




现代临床常见病护理方案

郑泽华 等/主编

 江西科学技术出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

现代临床常见病护理方案 / 郑泽华等主编. — 南昌 :
江西科学技术出版社, 2022. 11
ISBN 978-7-5390-8275-2

I. ①现… II. ①郑… III. ①常见病—护理 IV.
①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2022)第144849号

选题序号: ZK2022238
图书代码: D22431-101
责任编辑: 熊博丹 宋涛

现代临床常见病护理方案

XIANDAI LINCHUANG CHANGJIANBING HULI FANGAN

郑泽华 等/主编

封面设计 一斗金图书
出版发行 江西科学技术出版社
社 址 南昌市蓼洲街2号附1号
邮编: 330009 电话: (0791) 86623491 86639342 (传真)
经 销 全国新华书店
印 刷 西安五星印刷有限公司
开 本 787mm×1092mm 1/16
字 数 1032千字
印 张 41.5
版 次 2022年11月第1版 2022年11月第1次印刷
书 号 ISBN 978-7-5390-8275-2
定 价 298.00元

赣版权登字: -03-2022-191

版权所有, 侵权必究

(赣科版图书凡属印装错误, 可向承印厂调换)

主编简介



郑泽华，女，毕业于广州医学院，本科学历，主管护师，2005 年至今在中山大学孙逸仙纪念医院工作。从事临床护理工作期间，在泌尿外科、心胸外科、骨外科、心血管外科 ICU、胸外科等科室轮岗，曾担任过主带教和医院护理技术组成员，现为胸外科区护士长，在护理管理岗位上 7 年，有丰富的临床带教经验和临床护理经验。8 次荣获院级优秀护士称号；2 次荣获优秀带教老师称号；1 次荣获中山大学校级优秀带教老师称号；参加技能比赛获得奖项等。发表护理论文共近 10 篇，其中核心期刊 4 篇。



赵凌，女，1981 年出生，毕业于广州医学院，本科学历，学士学位。现为广州市红十字会医院血液净化中心副主任护师，从事临床护理工作 20 余年，现任广东省心身护理专委会委员。曾参与省级课题研究，发表论文多篇。



刘桂莲，女，1982 年出生，江西省南昌大学第一附属医院泌尿外科内镜诊疗中心主管护师，从事泌尿外科临床护理工作 18 年，临床经验丰富。担任科室总带教工作，主要负责临床护生，护理进修人员及本科室各层级护士的临床带教，工作指导，继续教育培训等工作。目前从事泌尿外科内镜相关工作，擅长泌尿外科各日间手术配合及管理、尿流动力学检查、男科相关诊疗及泌尿内镜等。曾在上海仁济医院及中山大学孙逸仙纪念医院等医院短期学习，并取得尿动力学规范化培训合格证。累计主持课题多项，发表论文若干篇，获得专利若干项。

编 委 会

主 编

郑泽华 赵 凌 刘桂莲 于冬雪
杨楠楠 王萌萌 张亚南 李 云

副 主 编

高彩清 唐晓琴 文晓晶 贺静芝
刘培佩 代 力 李俊晓 郭晶晶
肖翠霞 郑 锐

编 者 (以姓氏笔画为序)

于冬雪 赤峰学院附属医院
王萌萌 郑州市第三人民医院
文晓晶 新乡市中心医院
代 力 郑州市妇幼保健院
刘桂莲 南昌大学第一附属医院
刘培佩 郑州市第二人民医院
李 云 山西中医药大学附属医院
李春霞 郑州市第二人民医院
李俊晓 郑州市妇幼保健院
杨楠楠 郑州市妇幼保健院
肖翠霞 郑州市第二人民医院
张亚南 郑州市妇幼保健院
郑泽华 中山大学孙逸仙纪念医院
郑 锐 郑州大学第二附属医院
赵 凌 广州市红十字会医院
贺静芝 邯郸市中心医院
高彩清 山西医科大学第一医院
郭晶晶 郑州市第二人民医院
唐晓琴 深圳市第二人民医院

前 言

护理学是一门自然科学与社会科学交叉的综合性应用学科,近年来,随着科学技术的飞速发展和人民生活水平的提高,人民群众对护理质量和护理水平的需求也越来越高,因此,提高护理水平和护理管理质量已成为当前护理工作的重要任务。

本书从临床实用的角度出发,对多种疾病的病因、发病机制、临床表现、辅助检查、护理评估、护理措施作了较为全面的介绍。内容上理论与实践相结合,文字上删繁就简,条理清楚,重点突出,具有系统性、实用性、针对性和指导性。本书语言简洁,内容丰富,可操作性强,适用于临床护理人员参考与阅读。

由于本书编写时间仓促,疏漏或不足之处恐在所难免,希望诸位同道不吝批评指正,以期再版时予以改进、提高,使之逐步完善。

目 录

第一章 内科护理	(1)
第一节 急性呼吸窘迫综合征	(1)
第二节 原发性高血压	(12)
第三节 食管癌	(19)
第四节 胃癌	(31)
第五节 胰腺癌	(40)
第六节 大肠癌	(51)
第七节 肾小球肾炎	(61)
第八节 肾病综合征	(72)
第九节 肾小管、肾间质疾病	(77)
第十节 代谢性肾脏病	(93)
第十一节 肾衰竭	(108)
第十二节 肾脏病患者营养评估与饮食教育	(121)
第十三节 脑梗死	(132)
第十四节 脑出血	(139)
第十五节 短暂性脑缺血发作	(144)
第十六节 蛛网膜下腔出血	(147)
第十七节 脊髓疾病	(150)
第十八节 中枢神经系统感染	(155)
第十九节 运动障碍性疾病	(165)
第二章 神经外科护理	(176)
第一节 颅内压增高	(176)
第二节 颅脑损伤	(184)
第三节 脑血管疾病	(201)
第四节 颅内肿瘤	(227)
第五节 三叉神经痛	(247)
第六节 癫痫	(250)

第三章 胸外科护理	(258)
第一节 胸外科患者的一般护理	(258)
第二节 胸外科常见症状护理	(260)
第三节 胸部损伤	(264)
第四节 肺癌	(272)
第五节 肺结核	(278)
第六节 急性乳房炎	(288)
第七节 乳腺癌	(291)
第八节 原发性纵隔肿瘤	(314)
第九节 贲门癌	(322)
第四章 泌尿外科护理	(327)
第一节 泌尿系统损伤	(327)
第二节 泌尿系结石	(347)
第三节 泌尿外科肿瘤	(356)
第五章 骨科护理	(381)
第一节 骨折	(381)
第二节 关节脱位	(393)
第六章 血管外科护理	(397)
第一节 周围动脉疾病	(397)
第二节 胸主动脉瘤	(417)
第三节 主动脉夹层动脉瘤	(427)
第四节 主动脉缩窄	(436)
第五节 胸腹主动脉瘤	(443)
第六节 腹主动脉瘤	(452)
第七节 静脉疾病	(462)
第七章 妇产科护理	(472)
第一节 生殖系统炎症	(472)
第二节 生殖内分泌疾病	(486)
第三节 生殖系统肿瘤	(498)
第四节 妊娠滋养细胞疾病	(525)
第五节 妊娠生理	(531)
第六节 妊娠诊断	(536)
第七节 异常妊娠	(538)
第八节 胎儿及其附属物异常	(546)
第九节 妊娠期高血压	(558)

第十节 妊娠合并糖尿病	(564)
第十一节 妊娠合并心脏病	(572)
第十二节 妊娠合并贫血	(579)
第十三节 正常分娩	(581)
第十四节 异常分娩	(590)
第十五节 产褥期	(598)
第十六节 分娩期并发症	(605)
第十七节 妇外科手术	(617)
第八章 眼科护理	(628)
第一节 结膜炎	(628)
第二节 眼睑病	(632)
第三节 角膜炎	(639)
第四节 青光眼	(645)
参 考 文 献	(653)

第一章 内科护理

第一节 急性呼吸窘迫综合征

急性呼吸窘迫综合征(ARDS)是指由心源性以外的各种肺内、外致病因素导致的急性、进行性呼吸衰竭。临床表现为呼吸窘迫和顽固性低氧血症,肺部影像学表现为非均一性的渗出性病变。ARDS是急性肺损伤(ALI)发展到严重阶段的典型表现。随着临床危重疾病的救治水平提高,很多患者不再直接死于原发病,从而使ARDS的发生率增加。ARDS起病急骤,发展迅猛,如不及早诊治,死亡率较高。目前ARDS总体病死率为30%~70%,与患者的原发病和严重程度有关。由感染中毒症、合并骨髓移植或条件致病菌引起的肺炎预后极差,因创伤发生ARDS的患者与因内科因素所致ARDS的患者相比,前者预后较好。老年患者(年龄超过60岁)预后不佳。存活者大部分能完全恢复,部分遗留肺纤维化,但多不影响生活质量。

一、病因与发病机制

(一)病因

临床上将引起ARDS的危险因素分为肺内因素(直接因素)和肺外因素(间接因素)两大类。肺内因素是指对肺的直接损伤,包括:①化学性因素,如吸入毒气、烟尘、胃内容物及氧中毒等;②物理性因素,如肺挫伤、放射性损伤等;③生物性因素,如各种病原体引起的重症肺炎。肺外因素包括严重休克、败血症、严重非胸部创伤、大面积烧伤、大量输血、急性胰腺炎、代谢性疾病、药物或麻醉品中毒、羊水栓塞等。

在导致直接肺损伤的原因中,国外报道胃内容物吸入占首位,而国内以重症肺炎为主。

(二)发病机制

急性肺损伤的发病机制尚未完全阐明。除有些致病因素对肺泡膜产生的直接损伤外,更重要的是多种炎症细胞(巨噬细胞、中性粒细胞、血小板)及其释放的炎性介质和细胞因子间接介导的肺炎反应,最终引起肺泡膜损伤、毛细血管通透性增加和微血栓形成;并可造成肺泡上皮损伤,表面活性物质减少或消失,加重肺水肿和肺不张,从而引起肺的氧合功能障碍,导致顽固性低氧血症。

二、病理生理

ARDS 的主要病理改变是肺广泛性充血水肿和肺泡内透明膜形成。病理过程可分为三个阶段:渗出期、增生期和纤维化期。三个阶段常重叠存在。ARDS 肺组织的大体表现为肺呈暗红或暗紫红的肝样变,可见水肿、出血,重量明显增加,切面有液体渗出,故有“湿肺”之称。显微镜下可见肺微血管充血、出血、微血栓形成,肺间质和肺泡内有富含蛋白质的水肿液及炎症细胞浸润。约 72 小时后,由凝结的血浆蛋白、细胞碎片、纤维素及残余的肺表面活性物质混合形成透明膜,伴灶性 or 大片肺泡萎陷,可见 I 型肺泡上皮受损坏死。1~3 周以后,逐渐过渡到增生期和纤维化期,可见 II 型肺泡上皮、成纤维细胞增生和胶原沉积。部分肺泡的透明膜经吸收消散而修复,亦可有部分形成纤维化。

肺水肿和肺泡萎陷,使功能残气量和有效参与气体交换的肺泡数量减少,因而称 ARDS 肺为“婴儿肺”或“小肺”。其次,肺水肿和肺不张在肺内呈“不均一”分布,即在重力依赖区(仰卧位时靠近背部的肺区)以肺水肿和肺不张为主,通气功能极差,而在非重力依赖区(仰卧位时靠近胸前壁的肺区)的肺泡通气功能基本正常。上述病理和肺形态改变可引起严重通气/血流比例失调、肺内分流和弥散障碍,造成顽固性低氧血症和呼吸窘迫。呼吸窘迫的发生机制主要有:①低氧血症刺激颈动脉体和主动脉体化学感受器,反射性刺激呼吸中枢,产生过度通气;②肺充血、水肿刺激肺毛细血管旁感受器(J 感受器),反射性使呼吸加深、加快,导致呼吸窘迫。由于呼吸的代偿,PaCO₂ 最初可以表现降低或正常。极端严重者,由于肺通气量减少以及呼吸窘迫加重呼吸肌疲劳,可发生高碳酸血症。

三、临床表现

ARDS 多于原发病起病后 5 天内发生,约半数发生于起病后 24 小时内。除原发病的相应症状和体征外,最早出现的症状是呼吸加快,并呈进行性加重的呼吸困难、发绀,常伴有烦躁、焦虑,出汗等。其中呼吸困难的表现是呼吸深快、费力,患者常感到胸廓紧束、严重憋气,即呼吸窘迫,不能用常见的吸氧疗法改善,亦不能用其他原发心肺疾病(如气胸、肺气肿、肺不张、肺炎、心力衰竭)解释。早期体征可无异常或仅在双肺闻及少量细湿啰音;后期多可闻及水泡音,可有管状呼吸音。

四、辅助检查

(一)X 线胸片

早期可无异常或呈轻度间质改变,表现为边缘模糊的肺纹理增多。继之出现斑片状以至融合成大片状的浸润阴影,大片阴影中可见支气管充气征。其演变过程符合肺水肿的特点,快速多变;后期可出现肺间质纤维化的改变。

(二) 动脉血气分析

典型的改变为 PaO_2 降低, PaCO_2 降低, pH 值升高。根据动脉血气分析和吸入氧浓度可计算肺氧合功能指标,目前在临床上以氧合指数($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$)最为常用。其具体计算方法为 PaO_2 的 mmHg 值除以吸入氧比例(FiO_2 , 吸入氧的分数值),如某位患者在吸入 40% 氧(吸入氧比例为 0.4)的条件下, PaO_2 为 80mmHg, 则 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 为 $80 \div 0.4 = 200$ 。 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 降低是诊断 ARDS 的必要条件。正常值为 400~500, 在 ALI 时 ≤ 300 , ARDS 时 ≤ 200 。

在早期,由于过度通气而出现呼碱, pH 值可高于正常, PaCO_2 低于正常。在后期,如果出现呼吸肌疲劳或合并代酸,则 pH 值可低于正常,甚至出现 PaCO_2 高于正常。

(三) 床边肺功能监测

ARDS 时肺顺应性降低,无效腔通气量比例(V_D/V_T)增加,但无呼气流速受限。顺应性的改变,对严重性评价和疗效判断有一定的意义。

(四) 心脏超声和 Swan-Ganz 导管检查

此检查有助于明确心脏情况和指导治疗。通过置入 Swan-Ganz 导管可测定肺动脉楔压(PAWP),这是反映左心房压较可靠的指标。PAWP 一般 $< 12\text{mmHg}$, 若 $> 18\text{mmHg}$ 则支持左心衰竭的诊断。

五、诊断要点

中华医学会呼吸病学分会 1999 年制定的诊断标准如下。

- (1) 有 ALI/ARDS 的高危因素。
 - (2) 急性起病、呼吸频数和(或)呼吸窘迫。
 - (3) 低氧血症: ALI 时 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$; ARDS 时 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200$ 。
 - (4) 胸部 X 线检查显示两肺浸润阴影。
 - (5) $\text{PAWP} \leq 18\text{mmHg}$ 或临床上能除外心源性肺水肿。
- 同时符合以上 5 项条件者,可以诊断 AU 或 ARDS。

六、治疗要点

ARDS 是一种急危重病,应在严密监护下治疗。治疗原则与一般急性呼吸衰竭相同。主要治疗措施包括:积极治疗原发病、氧疗、机械通气以及调节液体平衡等。

(一) 原发病的治疗

治疗原发病是治疗 ALI/ARDS 首要原则和基础,应积极寻找原发病灶并予以彻底治疗。感染是导致 ALI/ARDS 的常见原因,也是 ALI/ARDS 的首位高危因素;而 ALI/ARDS 又易并发感染,所以对于所有患者都应怀疑感染的可能,治疗上宜选择广谱抗生素。

(二) 纠正缺氧

采取有效措施,尽快提高 PaO_2 。一般需高浓度给氧,使 $\text{PaO}_2 \geq 60\text{mmHg}$ 或 $\text{SaO}_2 \geq 90\%$ 。轻症者可使用面罩给氧,但多数患者需使用机械通气。

(三)机械通气

多数学者认为患者一旦诊断为 ARDS,应尽早进行机械通气。ALI 阶段的患者可试用无创正压通气,无效或病情加重时尽快气管插管或切开行有创机械通气。机械通气的目的是提供充分的通气和氧合,以支持器官功能。如前所述,由于 ARDS 肺病变具有“不均一性”和“小肺”的特点,ARDS 的机械通气推荐采用肺保护性通气策略,既要复张萎陷的肺泡并使其维持在开放状态,以增加肺容积和改善氧合,同时也要避免肺泡随呼吸周期反复开闭所造成的损伤。机械通气的主要措施如下。

1.呼气末正压(PEEP)

适当水平的 PEEP 可使萎陷的小气道和肺泡再开放,防止肺泡随呼吸周期反复开闭,使呼气末肺容量增加,并可减轻肺损伤和肺泡水肿,从而改善肺泡弥散功能和通气/血流比例,减少肺内分流,达到改善氧合和肺顺应性的目的。但 PEEP 可增加胸内正压,减少回心血量,从而降低心排出量,并有加重肺损伤的潜在危险。因此在应用 PEEP 时应注意:①从低水平开始,先用 $5\text{cmH}_2\text{O}$,逐渐增加至合适的水平,争取维持 PaO_2 大于 60mmHg 而 FiO_2 小于 0.6。一般 PEEP 水平为 $8\sim 18\text{cmH}_2\text{O}$ 。②对血容量不足的患者,应补充足够的血容量以代偿回心血量的不足,但不能过量,以免加重肺水肿。

2.小潮气量

ARDS 发生时有效参与气体交换的肺泡数减少,因此采用小潮气量,即 $6\sim 8\text{mL/kg}$,旨在将吸气平台压控制在 $30\sim 35\text{cmH}_2\text{O}$ 以下,防止肺泡过度扩张。为保证小潮气量,可允许一定程度的 CO_2 潴留和呼吸性酸中毒($\text{pH}7.25\sim 7.30$)。合并代谢性酸中毒时需适当补碱。

3.通气模式的选择

目前对 ARDS 患者机械通气时如何选择通气模式尚无统一的标准,压力控制通气可以保证气道吸气压不超过预设水平,避免呼吸机相关肺损伤,因而较容量控制通气更常用。其他可选的通气模式包括双相气道正压通气、反比通气、压力释放通气等,并可联用肺复张法、俯卧位通气等以进一步改善氧合。

(四)液体管理

为减轻肺水肿,应合理限制液体入量。在血压稳定和保证组织器官灌注前提下,液体出入量宜轻度负平衡,可使用利尿药促进水肿的消退。关于补液性质尚存在争议,由于毛细血管通透性增加,胶体物质可渗至肺间质,所以在 ARDS 早期,除非有低蛋白血症,不宜输注胶体液。对于创伤出血多者,最好输新鲜血。用库存 1 周以上的血时,应加用微过滤器,以免发生微栓塞而加重 ARDS。

(五)营养支持与监护

ARDS 时机体处于高代谢状态,应补充足够的营养。静脉营养可引起感染和血栓形成等并发症,应提倡全胃肠营养,不仅可避免静脉营养的不足,而且能够保护胃肠黏膜,防止肠道菌群移位。ARDS 患者应入住 ICU,动态监测呼吸、循环、水电解质、酸碱平衡及其他重要脏器的功能,以便及时调整治疗方案。

(六)其他治疗

可试用糖皮质激素、表面活性物质、 β 受体激动剂或一氧化氮等,但疗效不确定。

七、护理措施

(一)低效型呼吸型态

1.相关因素

- (1)肺泡Ⅱ型细胞损伤,表面活性物质缺失导致肺泡萎陷、水肿、肺顺应性降低。
- (2)疲乏或无力。

2.临床表现

- (1)呼吸困难、发绀(以口唇、舌、口腔黏膜、鼻尖、颊部、耳垂和指、趾末端最为明显)、鼻翼扇动、呼吸浅快。
- (2)动脉血气分析值异常。

3.护理措施

(1)严密监测患者生命体征,尤其是呼吸的频率、节律、深度的变化,观察患者有无胸闷、气急、口唇发绀等缺氧症状。

(2)遵医嘱给予高浓度氧气吸入或使用 PEEP,并根据动脉血气分析值变化调节氧浓度。经常检查鼻氧管有无堵塞或脱出,每周更换导管 1 次,每天 2 次消毒导管头端,并清洁鼻腔。

(3)给患者提供有利于呼吸的体位,如端坐位或高枕卧位。

(4)动脉血气是反映患者肺、心血管、肾和代谢功能的综合指标,定时监测动脉血气分析值的变化,有助于判断患者的病情变化。①物品准备:治疗盘、内含抗凝药的注射空针、橡皮塞、无菌治疗巾、血气分析申请单。②部位选择:成年人最常用的穿刺采血样部位有桡动脉、肱动脉、股动脉和足背动脉。桡动脉最适宜于动脉穿刺取血,因在腕部桡侧易于触及,部位表浅,穿刺后易于压迫和防止血栓形成。③采血步骤:解释→体位选择(坐位或半卧位)→穿刺部位选择→常规消毒→一手握注射器,一手摸动脉搏动,穿刺→逐渐进针,看到鲜血停止进针→获取足够血量,拔针→穿刺针头刺入橡皮塞→送检。④注意事项:抗凝药湿润整个注射器针筒内表面;排尽空气和过多抗凝药;采血完毕,尽快送检,如不能及时送检,将采好的血放入冰箱,2 小时内有效。

(5)预测患者是否需要气管插管或使用呼吸机辅助呼吸,做好抢救准备工作。

(二)气体交换受损

1.相关因素

肺毛细血管内皮细胞损伤,血管通透性增加,使肺间质及肺泡水肿,导致气体弥散障碍。

2.临床表现

- (1)呼吸困难,患者意识状态改变,嗜睡、烦躁不安。
- (2)患者动脉血气分析值异常:低氧血症、高碳酸血症。

3.护理措施

(1)保持病室环境清洁,定时进行空气和地面消毒,注意通风换气。

(2)监测患者生命体征和意识状态,每 30 分钟监测一次,判断与急性缺氧有关的症状和体征,尤其是呼吸和发绀状况的变化。

(3)遵医嘱及时采集和送检血气分析与生化检测标本,通过脉搏氧饱和度和血气分析中氧分压来判断患者有无低氧血症和低氧血症的严重程度。

(4)高浓度氧疗可以提高血氧分压,记录吸氧方式、吸氧浓度及时间,观察氧疗的效果和不良反应,在吸氧过程中气体应充分湿化,防止气道黏膜干裂受损。临床上给氧和改善氧合的方法可分为有创伤性和无创伤性两大类。

(5)呼吸机辅助呼吸:PEEP是最常用的呼吸模式。应用 PEEP 时,应选择“最佳 PEEP”,所谓最佳 PEEP,既能防止呼气末肺泡萎陷,又能避免肺泡过度膨胀,即用最小 PEEP 值达到最佳的血氧浓度。但 PEEP 可增加胸内正压,减少回心血量,从而降低心排血量。因此,应用 PEEP 时应注意对血容量不足的患者适当补充血容量,以代偿回心血量的不足;但又不能过量,以免加重肺水肿;PEEP 从低水平开始,先用 $3\sim 5\text{cmH}_2\text{O}$ 开始逐渐增加至合适的水平。争取维持 $\text{PaO}_2 > 60\text{mmHg}$ 而 $\text{FiO}_2 < 0.6$ 。一般 PEEP 水平为 $5\sim 15\text{cmH}_2\text{O}$ 或 $10\sim 18\text{cmH}_2\text{O}$;施行肺保护性通气策略,选用压力控制的通气模式,将吸气末气道峰压(PAP)限制在 $35\text{cmH}_2\text{O}$ 水平以下,防止肺泡过度充气;低潮气量通气($6\sim 8\text{mL/kg}$),允许性高碳酸血症。

(6)协助翻身拍背,每 2 小时一次,以促进分泌物的排出。

(7)根据医嘱使用利尿药,以减轻肺间质及肺泡水肿,观察并记录尿量。

(8)加强巡视,及时满足患者的需求,减少机体耗氧。

(三)心排血量减少

1.相关因素

正压通气使上下腔静脉血的回心血量减少。

2.临床表现

(1)血压下降、脉搏细速、尿量减少。

(2)肢端皮肤冷、苍白或发绀。

3.护理措施

(1)使用 PEEP 时应有足够的有效循环血量,严格掌握好 PEEP 压力值。

(2)严密监测体温、脉搏、血压、呼吸的变化。

(3)准确记录出入量,密切观察尿量的变化。

(4)遵医嘱给予强心、利尿、扩血管药物,注意观察用药效果与不良反应。

(5)准备好抢救用物品和药品。

(四)营养失调:低于机体需要量

1.相关因素

代谢率升高、营养摄入减少。

2.临床表现

皮肤弹性减退,脂肪变薄;消瘦、体重进行性下降;头发枯黄,无光泽。

3.护理措施

(1)给予营养支持,可经胃肠道(EN)或胃肠外(PN)途径实施。尽管临床上多用胃肠外营养,但实验和临床研究证明胃肠内营养远胜于胃肠外营养,胃肠内营养支持有助于恢复肠道黏膜的完整性,减少肠萎缩,保持肠道 pH 平衡,抑制细菌过度生长,减少胃肠道出血,还可增加

胃肠运动,纠正胃肠排空延迟,故应尽早经胃肠内补充营养。

营养支持的原则:采用高蛋白、高脂肪、高糖类的膳食或胃肠外营养液;蛋白质、脂肪、糖类的能量比分别为 20%、20%~30%、50%~60%;每天的摄入量,卡氮比为(628~753)kJ:1g(1kcal=4.2kJ),危重患者可高达(837~1255)kJ:1g;每天适量补充各种维生素及微量元素,依据临床情况调整电解质用量,特别注意补充钾、镁、磷等元素。

营养支持的护理:包括胃肠内营养的护理和胃肠外营养的护理。①胃肠内营养的护理:鼻饲管的选择一般选择稳定性、相容性较好,耐胃酸腐蚀,放置时间长的聚氨酯材料的胃管,螺旋形鼻胃管用于胃肠道功能基本正常或肠道功能基本正常而胃功能受损的患者,能减少食物反流带来的误吸危险。喂养方法有灌注、滴注、泵注三种方法。用于机械通气患者时,其中泵注更能减少反流。喂养中注意“三度”,即营养液的温度为 37~41℃;浓度按比例调配,如为即用型营养液可直接使用;灌注速度由慢到快,最高速度不超过 130mL/h,24 小时总量最高为 1500~2000mL。②胃肠外营养的护理:静脉的选择有周围静脉和中心静脉,选择周围静脉时应选择弹性好、走向清晰、较粗的血管,同时采用静脉留置针;中心静脉常选择锁骨下静脉、颈内静脉、颈外静脉,行中心静脉插管术。配制方法必须严格无菌操作,应在无菌层流室或净化室内操作,按医嘱执行各种营养液的成分及比例配制。滴注速度应根据输液量及病情掌握输液速度,最快速度 ≤ 60 滴/min,要求匀速滴入,以免发生高糖血症,可以使用输液泵进行严格控制。

(2)向患者解释加强营养和合理搭配膳食的重要性,采取良好的均衡饮食,指导患者多食肉类、蛋类、牛奶及水果等高热量、高蛋白质、高维生素的食物,足够的营养有利于保持和恢复身体健康。

(3)做好口腔护理,勤漱口,给病人提供色、香、味佳的食物,刺激食欲,鼓励进食,营造整洁、安静、舒适的进餐环境,使患者能在愉快的心境中进食。

(4)大量盗汗者,监测其液体摄入量与排出量,补充足够的液体。

(5)每周监测体重 1 次并记录。

(6)定时监测白蛋白、血红蛋白水平及皮肤的弹性厚度。

(五)潜在并发症:气压伤

1.相关因素

(1)呼吸机压力过高和潮气量过大。

(2)特殊的通气模式,如 PEEP 和 PSV。

(3)患者有引起气胸的原发疾病或诱发因素,如先天性肺大疱、后天性肺气肿等。

2.临床表现

(1)气胸:胸痛、烦躁、大汗淋漓、缺氧、发绀、患侧胸廓膨隆、呼吸音消失或减弱,X 线胸片显示有气胸。

(2)皮下气肿:皮肤触诊有握雪感,严重时局部皮肤膨隆。

(3)纵隔气肿:主要依据胸部 X 线诊断。

3.护理措施

(1)气胸是呼吸机引起气压伤的主要临床类型,但并不是所有接受呼吸机治疗的患者都会

发生气胸,注意以下方面,是可以预防的。①对于应用呼吸机的患者,在通气压力调节和控制时以维持较好通气和氧合功能的最低水平为最佳水平。②对于有诱发气胸原发病存在的患者,慎用 PEEP 和 PSV,必须使用 PEEP 时压力从低水平 $0.29\sim 0.49\text{kPa}$ ($3\sim 5\text{cmH}_2\text{O}$)开始,逐渐增加,不宜超过 0.98kPa ($10\text{cmH}_2\text{O}$)。

(2)严密观察患者有无发生气压伤的临床表现,若发现立即通知医师,并协助处理。

(3)如患者气胸诊断明确,应立即进行排气减压,不能立即减压时,须停止呼吸机的应用,以免胸膜腔内压越来越高,危及患者生命。

(4)胸腔闭式引流是应用呼吸机患者排气减压的唯一方法。

(5)做好胸腔闭式引流管的护理:①在胸腔引流管下方垫一小毛巾以减轻不适感。②妥善固定引流管,防止引流管受压、扭曲及脱管。③保持水封瓶位置低于引流管;需进行必要检查、治疗而运送患者时应用两把血管钳钳紧引流管,防止空气或瓶内水倒吸入胸腔。④定时做深呼吸及咳嗽动作,加强胸腔内气体排出。⑤观察局部伤口有无红、肿,定时更换敷料。

(六)有皮肤完整性受损的危险

1.相关因素

长期卧床,不能活动;营养状况差;微循环灌注不良,致皮肤缺血、缺氧等。

2.临床表现

患者躯体受压部位、骨隆突处皮肤易出现红肿、破溃。

3.护理措施

原则是以预防为主,防止因卧床使组织长时间受压,立足整体治疗;改善营养、血液循环状况;重视局部护理;加强观察,对发生压疮危险度高的患者不但要查看受压皮肤的颜色,而且要触摸皮肤的质地。具体护理措施如下。

(1)采用评分法来评估发生压疮的危险程度,评分值越大,说明器官功能越差,发生压疮的危险性越高。

(2)重视预防:保持床铺的平整、松软、清洁、干燥、无皱褶、无碎屑;对长期卧床的患者,骨隆突处使用衬垫、气垫、棉垫、棉圈等,以减轻局部组织长期受压;间歇性解除压迫是预防压疮的关键。卧床患者每 2~3 小时翻身 1 次,有条件的可使用特制的翻身床、气垫床、明胶床垫、波纹床垫、压疮防治装置等专用器具,减少摩擦力和剪切力。半卧位时,可在患者足底部放一坚实的木垫,并屈髋 30° ,臀下衬垫软枕,防止身体下滑移动,以免产生摩擦损害皮肤角质层;及时为患者更换床单、内衣;搬动患者时避免拖、拉、推等动作;平卧位抬高床头一般不高于 30° ,以防剪切力。

(3)保持皮肤的清洁和完整是预防压疮的重要措施;每天用温水清洁皮肤 2 次,以保持皮肤清洁及凉爽;擦干皮肤后骨隆突处外涂赛肤润以保护皮肤;对皮肤易出汗部位(腋窝、腘窝、腹股沟部)随时擦拭。当大小便失禁时,每次温水擦拭后涂擦鞣酸软膏或赛肤润,以防肛门周围皮肤糜烂。当小便失禁时,女性患者用吸水性能良好的尿不湿;男性患者用阴茎套外接引流管引流尿液,避免会阴部皮肤长期被尿液浸渍而溃烂,男性患者阴囊处可用爽身粉保持干爽。

(4)正确实施按摩:患者变换体位后,对受压部位辅以按摩,尤其是骶尾部、肩胛区、髂嵴、股骨大转子、内外踝、足跟及肘部;患者病情极其严重,翻身可能促进病情恶化、加重损伤时,则

暂不翻身,仅对骨隆突受压处按摩,以改善局部血液循环;按摩手法:用大小鱼际肌,力量由轻一重一轻,每个部位按摩5~10分钟,每2~3小时按摩1次。按摩时可使用润肤乳或赛肤润,促进局部血液循环;对因受压而出现反应性充血(局部皮肤变红)、皮肤变硬时则不主张按摩,以免加重损伤,而应使其局部悬空,避免受压。

(七)有口腔黏膜改变的危險

1.相关因素

禁食、机体抵抗力降低。

3.护理措施

原则是以预防为主,防止组织长时间受压,立足整体治疗;改善营养、血液循环状况;重视局部护理;加强观察,对发生压疮危险度高的患者不但要查看受压皮肤的颜色,而且要触摸皮肤的质地。具体护理措施如下。

(1)采用评分法来评估发生压疮的危险程度,评分值越大,说明器官功能越差,发生压疮的危险性越高。

(2)重视预防:保持床铺的平整、松软、清洁、干燥、无褶皱、无碎屑;对长期卧床的患者,骨隆突处使用衬垫、气垫、棉垫、棉圈等,以减轻局部组织长期受压;间歇性解除压迫是预防压疮的关键。卧床患者每2~3小时翻身1次,有条件的可使用特制的翻身床、气垫床、明胶床垫、波纹床垫、压疮防治装置等专用器具;减少摩擦力和剪切力。半卧位时,可在足底部放一坚实的木垫,并屈髋 30° ,臀下衬垫软枕,防止身体下滑移动,以免产生摩擦损害皮肤角质层;为患者及时更换床单、内衣;搬动患者时避免拖、拉、推等;平卧位抬高床头一般不高于 30° ,以防剪切力。

(3)保持皮肤的清洁和完整是预防压疮的重要措施;每天用温水清洁皮肤2次,以保持皮肤清洁及凉爽;擦干皮肤后骨隆突处外涂赛肤润以保护皮肤;对皮肤易出汗部位(腋窝、腘窝、腹股沟部)随时擦拭。当大小便失禁时,每次温水擦拭后涂擦鞣酸软膏或赛肤润,以防肛门周围皮肤糜烂。当小便失禁时,女性患者用吸水性能良好的尿不湿;男性患者用阴茎套外接引流管引流尿液,避免会阴部皮肤长期被尿液浸渍而溃烂,对于男性患者阴囊处可用爽身粉保持干爽。

(4)正确实施按摩:患者变换体位后,对受压部位辅以按摩,尤其是骶尾部、肩胛区、髂嵴、股骨大转子、内外踝、足跟及肘部;对病情极其严重,翻身可能促进病情恶化、加重损伤时,则暂不翻身,仅对骨隆突受压处按摩,以改善局部血液循环;按摩手法:用大小鱼际肌,力量由轻重-轻,每个部位按摩5~10分钟,每2~3小时按摩1次。按摩时可使用润肤乳或赛肤润,促进局部血液循环;对因受压而出现反应性充血(局部皮肤变红)、皮肤变硬时则不主张按摩,以免加重损伤,而应使其局部悬空,避免受压。

(八)有口腔黏膜改变的危險

1.相关因素

禁食、机体抵抗力降低。

2.临床表现

患者口腔黏膜发生溃疡、感染。