

第二章 围手术期病人的护理

第一节 老年病人

考点一：老年病人的心理特点

(1) 孤独、失落；(2) 抑郁及自我概念低下；(3) 对治疗护理依从性较差。

考点二：老年手术病人用药护理

※ 由于老年人对药物的敏感性和耐受性改变，用药后易发生不良反应，药物不良反应造成的死亡率亦高。

- ① 应将所用**药物种类限制到最少**，遵循**小剂量**的原则，以防毒性反应和脏器功能受损；
- ② 由于老年病人用药依从性较差，**应督促或帮助其按时、按量服药**；
- ③ 对使用镇静剂、镇痛剂的病人要特别加强对**呼吸**的观察；
- ④ 注意降压药对水、电解质的影响；应用**洋地黄类药物**，**要注意监测血钾浓度**。

考点三：老年人患病后特点

(1) 疾病表现不典型	因中枢神经系统的退行性改变，发热时不易辨别热型，对疼痛的反应不敏感，对疾病的反应较差，自觉症状轻，易影响诊断和治疗。
(2) 应激能力差	多种疾病常伴发而表现为 症状复杂、病情多变 ，各种不良刺激易诱发意识障碍等精神神经症状。
(3) 并发症多	由于组织器官储备和调节代偿能力差，老年人易出现体液紊乱、感染、切口裂开、下肢深静脉血栓和各种脏器功能衰竭等多种并发症。

考点四：常见疾病的老年病人围手术期护理

- (1) 呼吸系统慢性炎症等病变：老年人术后**肺部并发症**的发生率较高且较严重，是引起**术后死亡的最主要原因**。
- (2) 术后需注意心律失常、心力衰竭的发生，恰当掌握输液的量、速度和钠盐的摄入；**术后 48~72 小时内持续低流量吸氧**，是**预防心律失常简单而有效**的方法。
- (3) 营养不良：营养支持；注意合理的饮食结构；增进食欲。

第二节 高血压病人

考点一：高血压对手术的影响

- ※ **血压骤升**：心脏负担加重，心肌耗氧量增加，冠状动脉血流减少，**易诱发急性心力衰竭和心肌梗死**。
- ※ **血压降低**：可因缺血造成脑梗死和急性肾功能衰竭。

考点二：高血压病人的术前护理要点

※ 选择既可降压又可为麻醉创造条件的药物,可持续用药至手术日晨,将血压控制在 180/ 100 mmHg 以下,减少手术危险性。血压在 160/100mmHg 以下者可不作特殊准备。

第三节 糖尿病病人

考点一：手术死亡原因

糖尿病病人手术死亡的主要原因是感染、电解质失衡等。

第四节 手术后病人疼痛的护理

考点四：术后镇痛的给药方法

方法	特点及并发症
口服	适合于门诊或短小手术后镇痛。
肌肉注射	使用简便、起效快,是目前对术后中、重度疼痛病人镇痛最常用的方法。
静脉注射和 静脉滴注	较肌注更快达到镇痛的有效药物浓度。 因静脉注射起效快、作用时间短,需反复用药,易发生蓄积,导致呼吸抑制。故以选择持续静脉滴注为好。
病人自控镇痛 (PCA)	止痛迅速,方便安全。 主要不适和并发症:恶心、呕吐、尿潴留、低血压、呼吸抑制、静脉炎等。
椎管内用药	并发症:呼吸抑制;恶心 呕吐;瘙痒;尿潴留发生率高。
体腔内镇痛术	目前推广应用的是胸膜间镇痛,尚有腹腔内、关节腔内镇痛等方式。

第三章 外科休克病人的护理

第一节 概论

考点一：休克的分类

※ 休克按病因分类为：低血容量性休克、感染性休克、神经性休克、过敏性休克、心源性休克。**低血容量性休克与感染性休克为外科常见类型。**

考点二：病理生理变化

※ 各类休克的**共同病理生理基础**是：绝对或相对的**有效循环血量减少**，组织与细胞微循环障碍、低灌注而缺氧，酸中毒等。

考点三：休克的临床表现

分期	神志	皮肤黏膜	脉搏	呼吸	血压	尿量	其他
休克早期 (微循环收缩期)	神志清楚，紧张，烦躁	苍白 ，手足湿冷	增快	过快过深	正常或偏高 ，脉压变小	开始减少	尚能代偿
休克期 (微循环扩张期)	表情淡漠，反应迟钝	青紫 ，湿冷，表浅静脉塌陷，毛细血管充盈迟缓；	细速	呼吸急促	下降， 收缩压降至 90mmHg 以下 ，脉压更小	进一步减少	失代偿，可伴有酸中毒及脏器功能改变表现
休克晚期 (微循环衰竭期)	神志不清，甚至昏迷	明显发绀 ，厥冷，充盈更迟缓	血压，脉搏可以测不清			无尿	DIC 发生时皮肤黏膜淤斑及全身多发性出血倾向

考点四：诊断要点

※ 如已有血压下降，收缩压小 90 mmHg，表情淡漠，尿量少于 30ml/小时，则提示已进入休克期。
 ※ 若 PaO₂ 小于 60mmHg，虽**吸氧但不能改善**，则提示**发生成人型呼吸窘迫综合征 (ARDS)**，若二氧化碳分压亦升高则是病情严重的表现，提示全肺总的肺泡通气量减少。

第三节 感染性休克

考点一：血流动力学改变

类型	病理改变	临床表现
低动力型 (低排高阻型)	较常见也更严重，常见于革兰阴性菌感染。特点是周围血管收缩而使外周阻力增加，心排出量降低。	神志淡漠或嗜睡，皮肤苍白、发绀、花斑、湿冷，脉搏细速，脉压缩小，尿量减少。又称为冷休克。
高动力型 (高排低阻型)	较少见，常见于革兰阳性菌感染或休克早期，特点是周围血管阻力低血容量相对不足，心输出量正常或增加。	神志清楚，皮肤潮红、手足温暖、干燥，脉率慢而有力，尿量不减。又称为暖休克。

考点二：治疗原则

※ 在休克未纠正以前，以抗休克为主，同时抗感染。休克控制后，着重治疗感染。

第四节 休克病人的护理

考点一：输液扩容

- 1、输液扩容是抗休克的首要措施。
- 2、血容量补足的表现：
 - ①动脉血压接近正常，脉压大于 30 mmHg；
 - ②尿量大于 30ml/小时；
 - ③中心静脉压正常；
 - ⑤ 微循环好转，如唇色红、肢端温暖等。

考点二：应用血管活性药物的注意事项

- ① 使用时应密切监测，按需调整输入速度（多采用输液泵）。
- ② 一般从小剂量、慢滴速开始；准确记录给药时间、浓度、剂量、输入速度及血压变化。病人平卧，每 15 分钟观察一次血压以调整滴速。
- ③ 保证液体均匀输入，停药时逐步减量，不可骤停以防血压波动过大。
- ④ 使用血管收缩剂时要防止药物外渗，以免引起局部组织坏死，一旦发生，可用盐酸普鲁卡因或扩血管药物局部封闭。

考点三：休克指数

概念：临床上常用脉率/收缩压（mmHg）计算休克指数，帮助判断休克的有无及轻重。指数为 0.5 多提示无休克，指数>1.0~1.5 提示有休克，>2.0 为严重休克。

考点四：中心静脉压（CVP）

※ 是指右心房或胸腔段腔静脉内的压力。结合血压，可反映血容量和右心房功能。正常值为5~10cmH₂O。

※ 中心静脉压与血压监测的临床意义

CVP	BP	原因	处理原则
低	低	血容量严重不足	充分补液
低	正常	血容量相对不足	适当补液
高	低	心功能不全或血容量相对过多	给强心药，减慢输液，纠酸，扩血管
高	正常	容量血管过度收缩	扩血管
正常	低	心功能不全或血容量不足	补液实验

考点五：肺毛细血管楔压（PCWP）

※ 可了解肺静脉，左心房和左心室压力，藉此反映肺循环情况和左心功能，可帮助估计血容量，是监测输液速度、防止肺水肿的良好指标。低于正常值反映血容量不足，增高反映左心房压力高，如急性肺水肿。

第四章 外科感染病人的护理

第一节 概述

考点一：外科感染的特点

- ① 多数由几种细菌引起，少数可由单一病菌所致，但常发展为混合感染。
- ② 多有明显的局部症状和体征。
- ③ 感染常比较集中在某个局部；组织遭受破坏后形成瘢痕，可导致功能障碍。

考点二：外科感染的特点

(1) 分为非特异性感染和特异性感染两大类：

非特异性感染	又称化脓性或一般性感染，较常见。有化脓性炎症的共同特征红肿热痛和功能障碍。
特异性感染	较少见，如结核病、破伤风、气性坏疽等。它们的致病菌、病程演变和防治方法，都与非特异性感染不同。

(2) 按病程进展分类分为急性（在3周以内）、亚急性和慢性感染（>2个月）。

考点三：病因——条件因素

- (1) 条件性感染：在人体局部和（或）全身抗感染能力降低的条件下，原栖居于人体但毒性低、未致病的菌群可以变成致病菌，所引起机体的感染称条件性感染或机会性感染。
- (2) 二重感染：另一种条件性感染与致病菌抗（耐）药性有关，在应用广谱抗生素或联合使用抗菌药治疗感染的过程中，原来的致病菌被抑制，但耐药菌株如金黄葡萄球菌或白色念珠菌等大量繁殖，这种情况称二重感染或菌群交替症。

第二节 浅部组织化脓性感染

考点一：痈

- ※ 唇痈易引起颅内化脓性海绵状静脉窦炎。
- ※ 局部已形成脓肿，应及时手术。

考点二：急性蜂窝织炎

- 1、急性蜂窝织炎的概念：是指皮下、筋膜下、肌间隙或深部疏松结缔组织的一种急性弥漫性化脓性感染。
- 2、颌下与颈部的急性蜂窝织炎：易致喉头水肿和压迫气管，引起呼吸困难甚至窒息。应尽早切开减压。

考点三：丹毒

- 1、丹毒又称网状淋巴管炎，致病菌：为β溶血性链球菌。
- 2、表现：有畏寒、高热、头痛等全身症状；局部片状红疹，色鲜红，边界清楚略隆起；水疱，局部有烧灼样痛；下肢丹毒反复发作形成“象皮肿”。
- 3、治疗：休息，抬高患肢；全身应用抗菌药物，并在症状消退后继续应用3~5天，以免复发。
- 4、丹毒属接触性传染病，需采取床边隔离。

第三节 全身性感染

考点一：脓毒症、菌血症的定义

- 1、**脓毒症**：是伴有全身性炎症反应，如体温、循环、呼吸等明显改变的**外科感染的统称**。
- 2、**菌血症**：是脓毒症中的一种，即血培养检出病原菌者，但其不限于以往的一过性菌血症的概念，目前多指临床有明显感染症状的菌血症。

考点二：脓毒症的主要表现

- ① **起病急，病情重，发展快**，骤起寒战，40~41℃高热或低温；
 - ② 头痛、头晕、食欲不振、恶心、呕吐、腹胀、腹泻、面色苍白或潮红、出冷汗、神志淡漠、烦躁、谵妄和昏迷；
 - ③ 心率加快、脉搏细速、呼吸急促或困难；
 - ④ 代谢失调，可出现不同程度的代谢性酸中毒；
 - ⑤ 可出现感染性休克、多器官功能障碍或衰竭，肝、脾可肿大，严重者出现黄疸、皮下淤血；
 - ⑥ 可有原发感染病灶表现。
- ※ 革兰染色**阴性杆菌**所致感染：常较严重，可出现“**三低**”现象（**低体温、低白细胞、低血压**），早期即可发生感染性休克。

考点三：采集血标本

- ※ 采血送细菌培养，最好在病人**寒战、高热**时抽血，以提高阳性率。

第四节 破伤风

考点一：临床表现

- ※ 典型症状是在肌肉紧张性收缩（肌强直、发硬）的基础上，呈阵发性强烈痉挛。
- ※ 起始表现为**咀嚼不便、张口困难**，随后出现牙关紧闭、苦笑面容、颈项强直、角弓反张、大汗、口吐白沫等。状态任何轻微的刺激，均可诱发强烈的阵发性痉挛。
- ※ 严重者可发生窒息、肺部感染、酸中毒、**循环衰竭（死亡的重要原因）**等并发症。

考点二：预防措施

正确处理伤口	正确处理伤口及早彻底清创，清创前用 3%过氧化氢 溶液冲洗伤面。
主动免疫	注射 破伤风类毒素 ，使人体产生抗体获得自动免疫。
被动免疫	对伤前未接受自动免疫的病人，尽早皮下注射 破伤风抗毒素（TAT） 。

考点三：治疗原则

清除毒素来源	有伤口者，均需在控制痉挛下进行彻底清创。
破伤风抗毒素的应用	目的是中和游离毒素。应尽早使用。破伤风人体免疫球蛋白可代替破伤风抗毒素，在早期应用有效，一般只需注射一次。
药物控制痉挛 (控制的主要方法)	安定、色比妥钠、10%水合氯醛等，重者可用冬眠疗法。抽搐严重者，可用硫喷妥钠肌肉注射。
防止并发症	给予青霉素、甲硝唑以抑制破伤风杆菌；并预防其他感染，如肺炎等；纠正酸中毒；加强营养；对抽搐频繁、呼吸道分泌物过多的病人，应早作气管切开，防止窒息。

考点三：护理措施

- (1) 病室要求：应住单间，遮光、安静，尽量避免不良刺激因素，以免诱发抽搐。各种操作应尽量集中在同一时段内执行，动作轻柔。床旁需备急救药物。
- (2) 保持呼吸道通畅：抽搐频繁发作时病人应尽早行气管切开。给氧、吸痰，按时清洁消毒气管套管和使用抗生素，预防肺部感染。
- (3) 防止受伤：使用护栏防止坠床，置软垫保护关节，防止肌腱断裂和骨折，应用牙垫避免舌咬伤。
- (4) 用药护理：按医嘱准确、及时用药，观察并记录用药后的效果。
- (5) 加强营养：应予高热量、高蛋白、高维生素饮食，喂食应少量多次，以免发生呛咳、误吸。对症状严重、不能进食或拒食者，可进行鼻饲。
- (6) 留置导尿管护理：保持引流通畅，做好尿道口和会阴部护理，防止感染。
- (7) 基础护理
- (8) 消毒隔离：严格执行无菌技术，病人的用物和排泄物均应消毒，更换的敷料应予焚烧，防止交叉感染。

获取完整资料 请下载 APP 或关注公众号



扫码下载 app



扫码关注公众号