

（这份是老师划了重点后重新整理的，注：老师说临床表现一般只考病例分析或选择题，所以不要求答得太详细。）

水电解质酸碱平衡

1. 水钠代谢紊乱的临床表现

（1）**高渗性缺水** 依据缺水程度和临床症状轻重不同可分为三度：

（2）**低渗性缺水** 依据缺钠程度可分为三度：

程度	身体状况	血清钠值 (mmol/L)	缺NaCl (g/kg体重)
轻度缺钠	软弱无力、疲乏、头晕、手足麻木；口渴不明显；尿量正常或增多、尿比重低、尿Na ⁺ 及Cl ⁻ 含量下降（低渗尿）	130—135	0.5
中度缺钠	除上述表现外，还伴恶心、呕吐、脉搏细速，血压不稳定或下降，脉压差变小，表浅静脉塌陷，视力模糊，站力性晕倒；皮肤弹性减退，眼球凹陷；尿量减少，尿比重仍低，尿中几乎不含钠和氯（无渗尿）	120—130	0.5—0.75
重度缺钠	以上表现加重，出现甚至不清，四肢发凉甚至意识模糊、木僵、惊厥或昏迷；肌痉挛性抽痛，腱反射减弱或消失，可出现阳性病理体征；常伴休克	<120	0.75—1.25

（3）**等渗性缺水**

1)缺水症状

口渴不明显，甚至不口渴；尿量减少，尿比重增高；恶心、乏力、厌食、唇舌干燥、皮肤弹性降低、眼球下陷。

2)缺钠症状

以血容量不足的症状为主。体液丧失达到体重的**5%**时，就有血容量不足的表现；当体液丧失达到体重的 **6%—7%**时，休克表现明显常伴代谢性酸中毒；若因大量胃液丧失所致的等渗性缺水，可并发代谢性碱中毒。

2. 低钾血症

临床表现：（**低钾三联征：肌无力、腹胀/肠麻痹、心律失常**）

1)肌无力为最早表现、严重者有腱反射减弱、消失或软瘫

2)恶心、厌食，肠蠕动减弱，肠鸣音减弱，腹胀，麻痹性肠梗阻及绞痛，便秘

3)传导阻滞和节律异常

4)意识混乱，易受刺激，急躁不安，嗜睡，抑郁

5)夜尿多、尿潴留

6)反常性酸性尿

诊断检查：血清 K⁺浓度低于 3.5mmol/L；尿量增多，尿比重下降；缺钾时典型的心电图改变为：T 波降低、增宽、双相或倒置，随后出现ST 段降低、QT 间期延长和U 波。

3. 补钾原则

不宜过浓、不宜过多、不宜过快、见尿补钾、禁止推注。

1) 尽量口服钾：常选 10%氯化钾溶液或枸橼酸钾为佳，对不能口服者可经静脉滴注；

2) 禁止静脉推注：常用针剂 10%氯化钾 1，应稀释后经静脉滴注，严禁静脉推注，以免血钾突然升高，导致心脏骤停；

3) 见尿补钾：一般以尿量必须在40ml/h 时方可补钾；

4)限制补钾总量：补钾量应为 60-80mmol/d；

5) 切忌滴注过快，补钾速度不宜超过20-40mmol/h；

6)控制补液中钾浓度：补液中钾浓度不宜超过40mmol/L。

4. 高钾血症

临床表现：轻度高钾血症为神经—肌肉兴奋性升高，重度高钾血症为神经—肌肉兴奋性降低的表现：四肢无力，腱反射消失甚至弛缓性麻痹，神志淡漠或恍惚。胃肠道症状恶心、呕吐，小肠绞痛，腹胀、腹泻；严重者出现皮肤苍白、湿冷、青紫及低血压心动过缓、心率不齐表现，甚至出现舒张期心搏骤停。

诊断检查：血清K⁺浓度高于 5.5mmol/L；血清钾大于 7mmol/L 者，几乎都有异常心电图的表现：早期为T 波高而尖，QT 间期延长，随后出现QRS 波增宽，PR 间期延长

处理：纠正高钾血症的主要原则为禁钾、抗钾、转钾和排钾

(1) 降低血清钾浓度（2、3 小点为降血钾的措施）

禁钾：立即停给一切带有钾的药物或溶液，避免进食含钾量高的食物。

转钾（使钾离子暂时转入细胞内）

1)静脉输注 5%碳酸氢钠溶液促进Na⁺—K⁺交换。

2)25%葡萄糖 100—200ml，每 3—4 克糖加入 1u 胰岛素静脉滴注。

3)肾功能不全，可用 10%葡萄糖酸钙溶液 100ml、11.2%乳酸钠溶液 50ml、25%葡萄糖溶液 400ml、胰岛素 30u，24 小时静脉持续滴注，每分钟 6 滴。

排钾

1)应用阳离子交换树脂口服或保留灌肠，每克可吸附1mmol 钾；也可口服山梨醇或甘露醇导泻以及呋塞米（速尿）静脉推注排钾。

2)腹膜透析或血液透析。

(2) 对抗心律失常（即：心脏骤停的抢救）可用钙离子对抗钾离子对心肌的毒性作用，临床上常用的是 10%葡萄糖酸钙静脉注射；

(3) 积极治疗原发病；

(4) 改善肾功能。

5. 代谢性酸中毒的临床表现

1)呼吸深而快，呼出的气体带有酮味（烂苹果气味）

2)表情淡漠、疲乏无力、嗜睡、精神混乱、定向感丧失、木僵、昏迷

3)酸中毒时常伴有高钾，可引起肌张力降低、腱反射减弱或消失，骨骼肌无力，弛缓性麻痹

4)心跳减慢，心音降低，心律失常，血压低

6. 呼吸性酸中毒的临床表现

- 1)慢性换气衰竭，无效型呼吸，如哮喘、呼吸困难
- 2)头痛、嗜睡、定向力丧失、木僵、谵妄，甚至昏迷
- 3)腱反射减低，骨骼肌无力，弛缓性麻痹
- 4)皮肤常干燥、苍白，严重换气不足时四肢末梢发绀

休克护理

- 1. 病生基础：有效循环血量的急剧减少。
影响有效循环血量的因素：充足的血容量；有效的心排出量；良好的周围血管张力。任何因素改变过度均可引起有效循环血量锐减，进而导致休克。
- 2. 失血性休克和感染性休克是外科中两个最常见的休克类型
- 3. 临床表现
 - (1) 休克前期：精神紧张，烦躁不安；脸色苍白，四肢湿冷，脉搏加快，呼吸增快血压正常或下降，脉压减小，尿量正常或减少
 - (2) 休克期：表情淡漠，反应迟钝，皮肤发绀或花斑，四肢冰冷，脉搏细速，呼吸浅促，血压进行性下降，表浅静脉萎缩，毛细血管充盈时间延长，代谢性酸中毒症状；少尿
 - (3) 休克晚期：意识模糊或昏迷，全身皮肤粘膜明显发绀或花斑，四肢阙冷，脉搏微弱，呼吸不规则，血压测不出，无尿
- 4. 扩充血容量
 - (1) 是治疗休克的最基本和首要的措施，适用于各类休克。
 - (2) 对于肝、脾等器官破裂大出血患者，应一面补充血容量，一面进行手术止血治疗。
 - (3) 扩充血容量一般先给晶体液，后给胶体液。晶体液首选平衡盐溶液，胶体液对于失血性休克，最好输新鲜全血。
 - (4) 可尽快建立两条以上的静脉通道。

中心静脉压与补液的关系			
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，纠正酸中毒，舒张血管
高	正常	容量血管过度收缩	舒张血管
正常	低	心功能不全或血容量不足	补液试验*

*补液试验：取等渗盐水250ml，于5—10分钟内经静脉滴入，若血压升高而CVP不变，提示血容量不足；若血压不变而VP升高（3—5cmH₂O），则提示心功能不全。

- 5. 应用血管活性药物
 - (1) 强心药：对于心功能不全的病人，可给予增强心肌功能的药物，如西地兰。
 - (2) 血管扩张剂：为改善微循环，可使用血管扩张剂。注意：血管扩张剂必须在补足血容量的基础上使用，否则可使有效循环血量减少，血压进一步下降。
 - (3) 血管收缩剂：常在收缩压低于 50mmHg，生命器官灌注无法维持时，暂时使用以维持生命器官的灌注。
- 6. 护理措施

失血性休克 治疗的重点主要是补充血容量和积极处理原发病。

- (1) 扩充血容量：是治疗休克的基本措施；
- (2) 抗休克裤的应用；
- (3) 维持呼吸道通畅：遵医嘱给予吸氧，鼻导管给氧时用 40%—50%氧浓度，每分钟 6—8L 的流量，以提高肺静脉血氧浓度；
- (4) 保持安静，避免过多的搬动：休克患者注意体位的安置，应下肢抬高15°-20°，头及胸部抬高 20°-30°；
- (5) 体温调节：休克时体温降低，应予以保暖。方法是增加室温，增加衣物及被盖来保暖；注意只能保暖，不可用热水袋、电热毯等进行体表加温；
- (6) 预防伤害 (7) 心理支持； (8) 作好术前准备； (9) 术后护理； (10) 健康教育。

感染性休克

- 1) 控制感染：积极处理原发病灶，给予足量、有效的抗生素治疗，才能纠正休克；
- 2) 补充血容量：恢复足够的循环血量是治疗感染性休克的重要环节；
- 3) 纠正酸中毒：给予 5%碳酸氢钠溶液纠正酸中毒；
- 4) 应用血管活性药物：对于心功能不全的病人，可给予增强心肌功能的药物，如西地兰。为改善微循环，可使用血管扩张剂。血管扩张剂必须在补足血容量的基础上使用。
- 5) 应用皮质类固醇：一般仅限于 48 小时内，与制酸剂联合应用以预防应激性溃疡的发生；
- 6) 降温时只能用物理降温，不能用药物降温。

麻醉护理

1.麻醉前用药的目的（术前 30-60min）

- 1) 镇静，使病人情绪安定而合作，缓和忧虑和恐惧心理。
- 2) 抑制唾液及气道分泌物，保持呼吸道通畅。
- 3) 减少麻醉药的副作用，消除一些不利的神经反射。
- 4) 提高痛阈，缓解术前疼痛和增强麻醉镇痛效果。

2.常用药

- (1)安定镇静药：常用药有地西泮（安定）、异丙嗪（非那根）。
- (2)催眠药：能预防局麻药的毒性反应，为各种麻醉前常用药物。常用药有苯巴比妥钠（鲁米那钠）。
- (3)镇痛药：常用药有吗啡、哌替啶（度冷丁）。吗啡对于小儿、老人应慎用；孕妇临产前和呼吸功能障碍者禁用。
- (4)抗胆碱药：是各种麻醉前不可缺少的药物（全麻和椎管内麻醉）。常用药有阿托品、东莨菪碱。心动过速、甲状腺功能亢进及高热等病人慎用阿托品，可选用东莨菪碱。

3.并发症的预防、处理

- (1) 恶心、呕吐：对呕吐频繁者，保持胃肠减压通畅、及时吸除胃内潴留物；
- (2) 窒息：完善术前胃肠道准备，择期手术前常规禁食8-12 小时，禁饮4 小时，以保证胃排空，避免术中发生胃内容物反流、呕吐或误吸；清理口腔，一旦病人发生呕吐，立即清理口腔等处的呕吐物，以免因口腔内残存物造成误吸；
- (3) 呼吸道梗阻（最常见）

4.腰麻后疼痛的预防和护理

- 1) 麻醉时用小针头穿刺
- 2)提高穿刺技术，避免反复穿刺
- 3)围手术期充分补液，并预防脱水
- 4)腰麻后给予平卧位 4~6 小时

- 1)对头痛者，予以平卧位，按医嘱给予镇痛药
- 2.局麻药毒性反应的预防和护理
 - 1)避免局麻药注入血管：每次注射前需回抽，确认无血方可注入
 - 2)限制局麻药的总量：一次用量不得超过最大限量或予以小剂量多次注射，年老体弱者减半，血液循环丰富部位减半
 - 3)加入适量的肾上腺素：加入适量的肾上腺素可以收缩血管，减缓局麻药的吸收
 - 4)给予麻醉前用药：给予地西洋和巴比妥类药物
 - 5)注意观察：积极处理毒性反应：一旦发生，立即停止注药，予以吸氧

手术室管理

第一、二、三节自己看书，一般考选择题。

- 1.常用手术体位
 - 仰卧位：最常见。适用于腹部、颌面部、颈部、骨盆和下肢手术等，乳腺手术术侧近床边，甲状腺手术垂头仰卧位；
 - 侧卧位：适用于胸、腰部和肾手术，半侧卧位适用于胸腹联合手术；
 - 俯卧位：用于脊柱及其他背部手术；
 - 膀胱截石位：适用于会阴部、尿道和肛门部手术；
 - 半坐卧位：适用于鼻咽部手术。

手术前后病人的护理

- 1.根据手术时限性分类
 - 急症手术：外伤性肝脾破裂和肠破裂等；
 - 限期手术：各种恶性肿瘤切除术；
 - 择期手术：一般良性肿瘤切除术。
- 2.术前评估要点
 - (1) 用药史：抗凝药（致术中出血）、镇静降压药（诱发低血压致休克）、利尿药（低钾致心脏骤停）、皮质激素（致消化道出血）、降血糖药；
 - (2) 心血管系统：①脉搏速率、节律和强度；②血压；③皮肤色泽、温度及有无水肿；④体表血管有无异常；⑤有无增加手术危险性因素如高血压、冠心病、贫血或低血容量；
 - (3) 呼吸系统：①胸廓形状；②呼吸频率、深度和形态（胸式/腹式呼吸）；③呼吸运动是否对称；④有无呼吸困难、咳嗽、咳痰、胸痛、哮喘或发绀等；⑤有无上呼吸道感染；⑥有无增加手术危险性因素如肺炎、肺结核、支扩、哮喘和慢性梗阻性肺疾患、肺气肿或吸烟等。
- 3.术前准备：
 - (1) 呼吸道准备
 - 戒烟：术前戒烟 2 周
 - 抗感染：抗生素，超声雾化
 - 深呼吸：胸部手术者，训练腹式呼吸；腹部手术者，训练胸式呼吸
 - 有效咳嗽：取坐位或半坐卧位，上身微前倾，先轻咳数次，再深吸气后用力咳嗽
 - (2) 胃肠道准备
 - 一般手术：手术前 12 小时禁食，4 小时禁饮
 - 胃肠道手术：术前 1—2 日开始进流质饮食，手术前 12 小时禁食，4 小时禁饮。
 - 置胃管或洗胃：适用于胃肠道手术病人
 - 灌肠：一般手术：术前晚用0.5%—1%肥皂水灌肠一次。直肠、结肠手术：手术前2日晚用 0.5%—1%肥皂水灌肠一次，术前晚及手术日晨

行清洁灌肠。

- (3) 心血管系统准备 血压在 160/100mmHg 以下者不必特殊准备；
原接受口服降糖药治疗者，术前改用胰岛素皮下注射；
血压过高者术前选用合适药物降压至一定水平；
急性心肌梗死病人 6 个月内不施行择期手术，6 个月以上，只要
没有心绞痛发作，在监护条件下可施行手术；
心力衰竭病人在心力衰竭控制 3-4 周后再施行手术；

4. 术日晨的护理

- (1) 进入手术室前的准备：若发现病人有不明原因的体温升高，或女性病人月经来潮情况，
应延迟手术日期；
(2) 准备麻醉床；
(3) 改善或纠正营养不良：血浆清蛋白值在30-35g/L的病人应尽可能通过饮食补充能量和蛋
白质；若低于 30g/L 则可在短期内通过输入血浆或人体清蛋白制剂等纠正低蛋白血症；对不
能进食或经口摄入不足的营养不良病人，可给予肠内、外营养支持以有效改善病人的营养状况，
提高对手术的耐受力。

5. 根据麻醉方式安置卧位

- ✧ 全麻：去枕平卧，头偏向一侧
- ✧ 蛛网膜下腔麻醉：去枕平卧 12 小时
- ✧ 硬膜外麻醉：平卧 6 小时，可不去枕
- ✧ 颅脑手术后，如无休克或昏迷，取床头抬高15°-30°头高脚低斜坡卧位
(而不是头抬高！)
- ✧ 颈、胸部手术后采用高半坐卧位
- ✧ 腹部手术后采用低半坐卧位
- ✧ 脊柱或臀部手术后采用俯卧或仰卧位
- ✧ 四肢手术后抬高患肢
- ✧ 休克病人应采用仰卧中凹卧位。

6. 术后病情观察和记录

- (1) 观察生命体征：中小型手术者术日每小时测量脉搏、呼吸、血压，监测6-8 小时至生命
体征平稳；大手术或可能出血者须严密观察，每15-30 分钟监测生命体征，至病情稳定后改为每
1-2 小时测 1 次；
(2) 观察尿液色和量：必要时记录 24 小时液体出入量；
(3) 加强巡视和观察：若病人出现脉搏变快、弱，脉压变小，血压下降，呼吸急促，每小
时尿量小于 50ml 时应及时报告医生。

7. 术后不适及处理

- (1) 切口疼痛：遵医嘱给止痛药，必要时肌肉注射哌替啶等；
(2) 发热：外科手术热可不需特殊处理，高热者给予物理降温，如冰袋降温、酒精擦浴等，
必要时应用解热镇痛药物；
(3) 恶心呕吐：平卧且头偏向一侧，以防误吸，观察呕吐及呕吐物情况，必要时遵医嘱给
予镇静剂或止吐药；
(4) 腹胀：早期下床活动，禁食、胃肠减压、肛管排气或高渗溶液低压灌肠；
(5) 呃逆：压迫眶上缘、抽吸胃内积气和积液、给予镇静、解痉药物治疗；
(6) 尿潴留：无禁忌者可协助其自行排尿，无效时导尿。注意：第一次导尿量超过500ml
者，应留置导尿管 1-2 天。第一次放尿量不超过 800-1000ml。

8. 切口愈合分类、分级

I 类切口：无菌切口

II 类切口：可能有污染

III 类切口：污染切口

甲级愈合：切口愈合优良，无不良反应

乙级愈合：切口处有炎症反应，但未化脓

丙级愈合：切口化脓，需切开引流处理。

例题：甲状腺大部切除后切口愈合优良（I/甲）

胃大部切除后切口血肿（II/乙）

阑尾穿孔切除术后切口愈合优良（III/甲）

9. 术后并发症的处理

（1）肺不张：翻身、拍背及体位排痰、深呼吸、自行咳嗽排痰、超声雾化、抗生素治疗

（2）深静脉血栓形成：抬高患肢、制动；忌经患肢静脉输液；严禁局部按摩，以防血栓脱落；给予尿激酶、右旋糖酐、肝素、华法林治疗

（3）切口裂开及内脏脱出：部分裂开用蝶形胶布固定切口，并用腹带加压包扎；完全裂开立即用无菌生理盐水纱布覆盖切口及脱出的脏器，后手术治疗，禁忌立即回纳腹腔内容物

（4）伤口敷料渗血：打开敷料检查切口以明确出血情况和原因，按渗血程度进行处理：1）少量出血时，一般经更换切口敷料、加压包扎或全身使用止血剂即可止血；2）出血量大时，应加快输液，同时可输血或血浆，扩充血容量，并做好再次手术止血的术前准备。

10. 术后早期下床活动有助于增加肺活量、改善全身血液循环、预防深静脉血栓形成、促进肠道功能恢复和减少尿潴留的发生。

外科感染护理

1. 外科感染的特点：①多数为几种细菌引起的混合性感染；②多有显著的局部症状和体征；③感染常较局限，随着病理发展引起化脓、坏死等，使组织遭到破坏，愈合后形成瘢痕组织，并影响功能。

2. 外科感染的临床表现

（1）局部症状：红、肿、热、痛和功能障碍是化脓性感染的五个典型症状

（2）全身症状：轻者可无全身症状；较重感染者可出现发热、头痛、腰背痛、精神不振、焦虑不安、乏力、纳差、出汗、心悸等一系列全身不适症状；严重感染者可出现代谢紊乱、营养不良、贫血、甚至并发感染性休克和多器官功能障碍和衰竭。

（3）特异性表现：如破伤风病人表现为强直性肌痉挛；气性坏疽和其他产气菌感染时，局部可出现皮下捻发音等。

3. 疔的切口处理

（1）全身治疗：使用足量抗生素，休息、加强营养等治疗

（2）局部处理：及时切开排脓，用“+、++”等切口，切口大而深，切除坏死组织

4. 丹毒（1）特点：好发于面部，其次是四肢（下肢）；蔓延很快，病变区域与周围正常组织界限清楚，很少有组织坏死或局部化脓，且有接触性传染性。

（2）临床表现：起病急，一开始即有明显的全身症状。皮肤表现为鲜红色片状红疹，略隆起，中央较淡、边界清楚。局部烧灼样疼痛，红肿范围扩散较快，中央红色可转棕黄色，红肿区可有水泡，周围淋巴结肿大、触痛，感染加重可致全身脓毒症。若下肢反复发作可引起淋巴水肿，肢体肿胀，甚至发展为“象皮肿”。

5. 管状淋巴管炎

（1）特点：常见于四肢，下肢最多见，常因足癣所致。以皮下浅筋膜为界可分浅深两种。

（2）临床表现：浅层急性淋巴管炎表现为表皮下一条或多条红线，触之硬且有压痛；深层

则无表面红线，但患肢肿胀，局部有条形触痛区。

6. 破伤风的临床症状

- 1)潜伏期：破伤风潜伏期平均为 6—12 日，亦可短于 24 小时或长达 20—30 日、甚至数月，潜伏期越短，预后越差
- 2)前驱期：乏力、头晕、头痛、咬肌紧张、酸胀、咀嚼无力、烦躁不安、打呵欠等，常持续 12—24 小时
- 3)发作期：咬肌（牙关紧闭）→面肌（“苦笑”面容）→颈项肌（颈项强直）→背腹肌（角弓反张）→四肢肌（屈曲）→膈肌（呼吸困难）

创伤、烧伤护理

1. 创伤的临床表现

- (1) 症状
 - 1)疼痛：活动时加剧，制动后减轻，受伤 2-3 天后逐渐缓解。严重创伤并发休克时病人不能主诉，内脏损伤定位不确切；
 - 2)发热：中重度损伤不超过 38.5℃，中枢性高热可达 40℃；
 - 3)全身炎症反应综合征：体温>38℃或<36℃，心率>90 次/min，呼吸>20 次/min 或过度通气，PaCO₂<4.3kPa（32mmHg），白细胞计数>12×10⁹/L 或小于 4×10⁹/L 或未成熟细胞>0.1%（即体温升高，心率、脉搏加快；舒张压升高、收缩压正常或升高，脉压差减小；呼吸可加快，口渴、尿少、尿比重增高；食欲不振、饱胀；失眠；焦虑不安、昏迷等）
- (2) 体征：生命体征不稳定；有创口和出血；压痛和肿胀；活动受限或功能障碍。

2. 烧伤

- (1) 烧伤面积估计
 - 中国九分法：（头、面、颈）3、3、3，（双上臂、双前臂、双手）7、6、5，（躯干前、后、会阴）13、13、1，（双臀双大腿、双小腿、双足）5、21、13、7 注：成年女性双足及双臀各位 6%；
 - 手掌法：伤员本人五指并拢的手掌面积约为体表总面积的1%，五指自然分开的手掌面积约为 1.25%
- (2) 临床表现
 - 一度：又称红斑烧伤。无水疱，烧灼痒痛，皮肤红斑
 - 浅二度：有水疱，水疱较大、壁薄，基底潮红，剧痛
 - 深二度：水疱较小，疱壁厚，基底红白相间，拔毛样痛，可见网状血管栓塞
 - 三度：无水疱，皮革样创面，焦痂，痂下有树枝样栓塞的血管，无痛觉，复合后有瘢痕，影响功能
- (3) 护理措施
 - 1)现场急救：迅速脱离热源，抢救生命，预防休克，保护创面和保温，尽快转送；
 - 2)维持有效呼吸：氧浓度40%，流量4-5L/min；补充液体、维持有效循环：先晶后胶，先盐 后糖，先快后慢，维持尿量在 30-50ml/h；
 - 3)加强创面护理，促进愈合：抬高肢体，保持敷料清洁干燥，适当约束肢体，定时翻身，合理应用抗生素，控制病室温湿度。
- (4) 补液计算
 - 伤后第一个 24h 补液 补液的量：每 1%烧伤面积（II、III度）每公斤体重应补充胶体液和电解质液共 1.5.ml，另加每日生理需水量 2000ml。 补液的种类：胶体液和电解质液的比例为 0.5:1 。补液速度：先快后慢，补液总量的一半应在上后8 小时内输入，另一半在剩下的 16 小时完成。例如：某病人，体重 60kg；浅II度烧伤，面积为 50%，伤后第一个 24h 补

液总量为 $50\times60\times1.5+2000=6500$ (ml)，其中胶体液为 $50\times60\times0.5=1500\text{ml}$ ，电解质液为 $50\times60\times1=3000\text{ml}$ ，水分为 2000ml，补液总量的一半 3250ml 在伤后 8h 内输入。补液的顺序：先晶后胶、先盐后糖、先快后慢

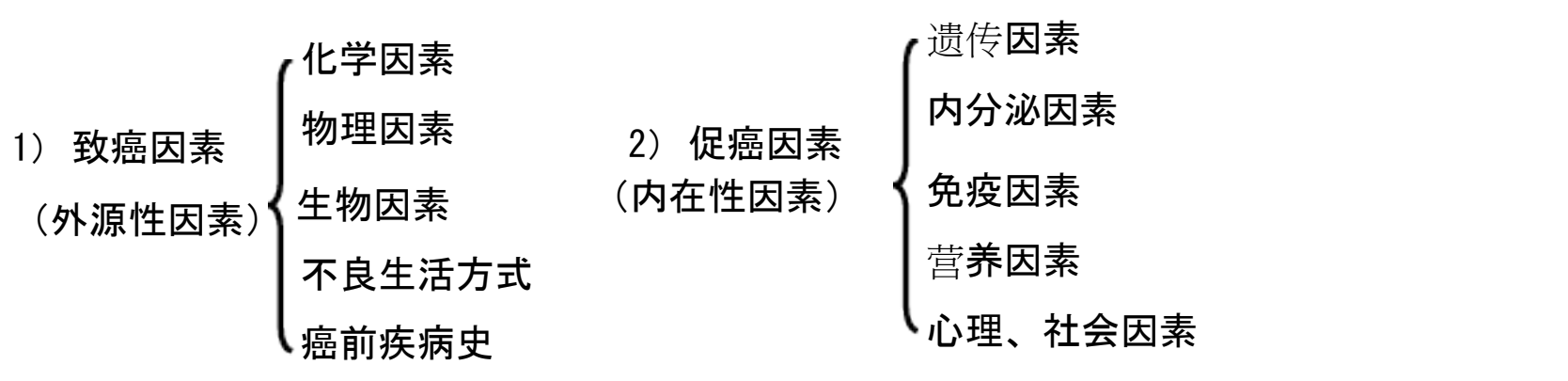
(5) 特殊烧伤部位的护理：见书本P131

肿瘤病人的护理

1. 良性肿瘤与恶性肿瘤的比较

	良性	恶性
生长方式	往往膨胀性或外生性生长.	多为侵袭性生长.
生长速度	通常缓慢生长.	生长较快，常无止境.
边界与包膜	边界清晰，常有包膜.	边界不清，常无包膜.
质地与色泽	质地与色泽接近正常组织.	通常与正常组织差别较大.
侵袭性	一般不侵袭，少数局部侵袭.	一般有侵袭与蔓延现象.
转移性	不转移.	一般多有转移.
复发	完整切除，一般不复发.	治疗不及时，常易复发.

2.病因



3.病理生理：发生发展可分为癌前期、原位癌、浸润癌。①癌前期：表现为上皮增生明显，伴有不典型增生；②原位癌：通常指癌变细胞限于上皮层、未突破基层的早期癌；③浸润癌：指原位癌突破基膜向周围组织浸润、发展，破坏周围组织正常结构。

转移方式有直接蔓延、淋巴道转移、血道转移、种植性转移。

TNM 分期：T 是原发肿瘤，N 是淋巴结，M 是远处转移。

4.临床表现

局部表现：肿块、疼痛、溃疡、出血、梗阻、浸润与转移症状

全身表现：早期不明显，或仅有消瘦、乏力、体重下降、低热、贫血等症状，晚期可出现全身衰竭症状，呈恶病质。

5.分期

震惊否认期：怀疑诊断，辗转求医；

愤怒期：迁怒他人，无理取闹；

磋商期：讨价还价，寻医求方；

抑郁期：悲伤抑郁，自杀倾向；

接受期：接受现实，心境平和。

6.术后感染的预防：术后早期下床活动可促进肠蠕动、减轻腹胀、预防肠粘连，并可增进食欲、促进血液循环和切口愈合，应注意保暖和安全。

7.化疗病人的感染和预防：每周检查血常规一次，白细胞低于 $3.5\times10^9/L$ 者应遵医嘱停药或减量；血小板低于 $80\times10^9/L$ 、白细胞低于 $1.0\times10^9/L$ 时，应做好保护性隔离，预防交叉感染；给予必要的支持治疗，必要时遵医嘱用升血细胞类药；加强病室空气消毒，减少探视；

预防医源性感染；对大剂量强化化疗者实施严密的保护性隔离或置于层流室。

颈部疾病的护理

1.损伤的典型表现

- (1) 喉返神经损伤：一侧损伤：声音嘶哑；双侧损伤：失音、呼吸困难，甚至窒息
- (2) 喉上神经损伤：损伤外支（运动支）：音调降低；损伤内支（感觉支）：误咽、呛咳

2.甲状腺术后常见并发症的护理

- 1) 呼吸困难和窒息 体位：病人取平卧位，以利呼吸和引流；保持伤口引流通畅；术后
 饮食：6 小时可进温凉流食，禁忌过热流质，以免诱发手术部位血管扩张。
 急救：一旦发现病人呼吸困难，立即床旁抢救。拆除切口缝线去除血肿、吸痰等，必要时及时行气管切开。对喉头水肿所致呼吸困难或窒息者，应遵医嘱即用激素地塞米松 30mg 静滴注。无效者可行环甲膜穿刺或气管切开。
- 2) 喉返神经损伤：鼓励术后病人发音，经理疗后，一般在3~6 个月内可逐渐恢复。
- 3) 喉上神经损伤：加强病人在饮食过程中的护理，并鼓励多进食固体类食物，一般经理疗后可自行恢复。
- 4) 手足抽搐：观察：加强血钙浓度变化的监测；
 饮食：适当限制肉类乳品和蛋类等含磷较高食物的摄入；
 补钙：症状轻者可口服钙剂。重者可加服维生素D。抽搐发作时，立即遵医嘱注射 10%葡萄糖酸钙。

3.术前药物准备的护理

- (1) 开始即服用碘剂：2-3 周后甲亢症状基本控制的体征：病人情绪稳定，睡眠好转，体重增加，脉率<90 次/分以下，基础代谢率< + 20%，腺体缩小变硬；
- (2)（必考）先用硫脲类药物，待甲亢症状基本控制后停药，再单独服用碘剂2 周，再行手术。目的：因硫脲类药物能使甲状腺肿大充血，手术时极易发生出血，增加手术风险；而碘剂能抑制甲状腺素的释放，减少甲状腺的血流量，使腺体充血减少，腺体缩小变硬。

4.碘剂的使用方法：常用复方碘化钾溶液，每日3 次口服，第1 日每次 3 滴，第2 日每次 4 滴，依此逐日增加至每次16 滴，然后维持此剂量。因碘剂只能抑制甲状腺素的释放，不能抑制甲状腺素的合成，停药后会导致储存在甲状腺滤泡内的甲状球蛋白大量分解，使原有的甲亢症状再现，甚至加重，所以，不打算手术者不宜服用碘剂！

5.甲状腺危象

- (1) 预防：避免诱因；提供安静轻松的环境；做好术前药物准备；加强观察。
- (2) 表现：为术后 12~36h 内病人出现高热、脉快而弱、大汗、烦躁不安、谵妄，甚至昏迷，常伴有呕吐腹泻。
- (3) 急救护理
 - 1) 碘剂：降低循环血液中的甲状腺素水平
 - 2) 氢化可的松：拮抗应激反应
 - 3) 肾上腺素能阻滞剂：利血平，心得安，降低周围组织对肾上腺素的反应
 - 4) 镇静治疗：苯巴比妥钠等
 - 5) 降温治疗，保持体温在 37℃
 - 6) 静脉输入大量葡萄糖溶液
 - 7) 吸氧，以减轻组织缺氧
 - 8) 心力衰竭者，加用洋地黄制剂

胸部疾病的护理

1.乳房癌术后伤口的护理

- (1) 保持皮瓣血供良好：观察皮瓣颜色及创面愈合情况并记录；皮瓣下常规放引流管,并行

负压吸引,注意引流管护理原则;

(2) 预防患侧上肢肿胀: 勿在患侧上肢测血压等; 指导病人保护患侧上肢: 按摩或进行握拳、屈伸肘运动, 促进淋巴回流。

2.乳房切除术后的患侧上肢康复训练: 术后3 天内患侧上肢制动, 避免外展上臂; 术后2-3 天开始手指活动; 术后 3-5 天活动肘部; 术后 1 周进行肩部活动。

3.乳房自查: 在月经干净后 5-7 天进行。

4.血栓闭塞性脉管炎 (Buerger 病)

临床表现: 一期无明显症状; 二期 (局部缺血期) (1)肢端发凉、怕冷、酸痛、足趾有麻木感; (2)间歇性跛行; (3)游走性静脉炎; (4)足背、胫后动脉搏动减弱; 三期 (营养障碍期): (1)缺血性静息痛; (2)足背及胫后动脉搏动消失; (3)小腿皮肤苍白、干冷、肌肉萎缩; 四期 (坏疽期): 发生干性坏疽, 先见于拇趾, 可延及其他各趾, 继发感染时可转为湿性坏疽, 伴有全身中毒症状。

护理措施: 治疗原则为解除血管痉挛, 促进侧支循环建立, 改善血液供应, 从而减轻疼痛和 促进溃疡愈合。①控制或缓解疼痛: 绝对戒烟、肢体保暖、有效镇痛; ②预防或控制感染: 保持足部清洁干燥, 预防组织损伤、继发感染、术后切口感染; ③促进侧支循环, 提高活动耐力; 预防并发症。

5. 三种气胸的比较:

	闭合性	开放性	张力性
病因	肋骨骨折	锐器、火器、弹片	肺大泡、支气管破裂、肺裂伤
胸膜腔压力	小于大气压	等于大气压	大于大气压
特点	不再继续发展	继续漏气	进行性呼吸困难
伤口	闭合伤口	开放性伤口	伤口形成活瓣
临床表现	中度以上不同程度呼吸困难	伤侧肺完全萎陷 呼吸困难	极度呼吸困难、紫绀、休克 胸穿有高压气体向外冲

6. 张力性气胸的急救: 为立即排气减压: 用一粗针头在伤侧第2 肋间锁骨中点连线处刺入胸膜腔排气。

7. 进行性血胸的判断

- 1)脉搏逐渐增快, 血压持续下降
- 2)经输血补液后, 血压不升或升高后又迅速下降
- 3)血红蛋白、红细胞计数和红细胞压积重复测定呈持续下降
- 4)胸穿因血液凝固抽不出血液, 但X 线阴影增大
- 5)胸腔闭式引流后, 引流液持续 3h 每小时大于 200ml

8. 胸腔闭式引流的护理:

~~一(1) 妥善固定, 保持管道的密闭~~

- ①随时检查引流装置是否密闭及引流管有无脱落
- ②水封瓶长玻璃管没入水中 3—4cm, 并始终保持直立
- ③引流管周围用油纱布包盖严密
- ④搬动病人或更换引流瓶时, 需双重关闭引流管, 以防空气进入
- ⑤引流管连接处脱落或引流瓶损坏, 应立即双钳夹闭胸壁引流导管, 并更换引流装置

⑥若引流管从胸腔滑脱, 立即用手捏闭伤口处皮肤, 消毒处理后, 用凡士林纱布封闭伤口, 并协助医师做进一步处理

~~一(2) 严格无菌操作, 防止逆行感染~~

- ①引流装置应保持无菌
- ②保持胸壁引流口处敷料清洁干燥, 一旦渗湿, 及时更换
- ③引流瓶应低于胸壁引流口平面 60—100cm, 以防瓶内液体逆流入胸膜腔
- ④按规定时间更换引流瓶, 更换时严格遵守无菌操作规程

(3) 维持引流通畅

- ①病人取半坐卧位
- ②定时挤压胸腔引流管，防止引流管阻塞、扭曲、受压
- ③鼓励病人作咳嗽、深呼吸运动及变换体位，以利胸腔内液体、气体排出，促进肺扩张

(4) 胸腔引流的观察与记录

- ①注意观察长玻璃管中的水柱波动：一般情况下水柱上下波动约4—6cm。水柱无波动提示引流管不通畅或肺已完全扩张

②观察引流液体的量、性质、颜色，并准确记录

(5) 体位与活动

最常采用的体位是半坐卧位；病情稳定时，病人可在床上或下床活动，应注意引流管脱落或引流瓶打破的处理

(6) 胸腔引流管的拔除及注意事项

拔管的指征：引流48—72小时后，24小时引流液小于50ml，脓液小于10ml，无气体情溢出，病人无呼吸困难，听诊呼吸音恢复，X线检查肺膨胀良好，可拔除胸管。

9. 玻璃管中水柱波动幅度反映的死腔的大小和胸膜腔负压的情况，一般情况下，水柱上下波动范围大约为4~6cm。若水柱波动过大，提示可能肺不张；若无波动，提示引流管不通畅或肺已经完全扩张；若病人出现气促、胸闷、气管向健侧偏移等肺受压症状，则提示血块堵塞引流管。

10. 肺癌的病因：长期大量吸烟（最主要）；工业粉尘、大气污染；人体内在因素；基因突变。

11. 肺癌的分类：①鳞状细胞癌（鳞癌）：最常见，以中央型肺癌多见，分化好，预后好；②未分化小细胞癌（小细胞癌）：肺癌中恶性程度最高的一种，在各型肺癌中预后最差；③腺癌：女性多见，多为周围型肺癌，局部浸润和血行转移较鳞癌早；④大细胞癌：少见，多为中央型，分化程度低，预后差。

12. 肺癌的临床表现：（1）早期：刺激性咳嗽；血痰；部分胸闷、哮鸣、气促、发热、胸痛；（2）晚期：声音嘶哑、吞咽困难、Horner征、Cushing综合征（满月脸水牛背四肢细）。

13. 肺癌的护理措施（看书P426整页）

（可能考点）肺癌手术肺段切除术或楔形切除术者，应避免手术侧卧位，尽量选择健侧卧位，以促进患侧肺组织扩张。全肺切除者，因避免过度侧卧，可采取1/4侧卧位，以预防纵膈一位和压迫健侧肺而导致呼吸循环功能障碍。

14. 食管癌的分型：髓质型（最常见）、蕈伞型、溃疡型、缩窄型（硬化型，程度重预后差）

15. 食管癌的临床表现

（1）早期：咽下食物哽噎感，胸骨后针刺样疼痛或烧灼感，食管内异物感；（2）进展期：进行性吞咽困难（典型症状）；（3）晚期：体重减轻、贫血、持续胸痛或背痛、恶病质。

16. 食管癌的饮食护理

（1）术前：注意补充营养，术前3天改流质饮食，术前1天禁食；拟以结肠代食管手术者，术前2天进食无渣流质，术前晚行清洁灌肠或全肠道灌洗后禁饮禁食；

（2）术后：①禁食期间不可下咽唾液，以免感染引起吻合口瘘；②胃肠减压期禁食禁水3-4天，并做好口腔护理；③禁食期间注意静脉补充营养和水分；④停止胃肠减压12-24小时后无不适可开始进食；⑤避免进食生冷食物；⑥因吻合口水肿导致进食时呕吐者应禁食，给予静脉营养，待3-4天水肿消退后方进食；⑦食管癌、贲门癌切除术后反酸呕吐者饭后2小时内勿平卧，睡眠时将床头抬高；⑧食管胃吻合术后呼吸困难者少食多餐，1-2个月后可缓解；⑨注意观察进食反应，有无不适、呕吐。

17. 食管癌术前胃肠道准备

进行食管及胃冲洗，可减轻局部充血水

1) 食管癌出现梗阻和炎症者，术前1周口服，减轻术中污染、防止吻合口瘘

服抗菌药

4) 拟以结肠代食管手术者，术前3~5天扣2)

术前3天改流质饮食，术前1天禁食分肠道抗生素，如甲硝唑、庆大霉素等，

3) 对进食后有滞留或反流者，术前1日晚

术前2天进食无渣流质，术前晚行清洁

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：
<https://d.book118.com/007010020010006140>