

肿瘤急重症专科护理技术

肿瘤科

一、颅内压增高综合征

临床表现：头痛、呕吐、视神经盘水肿、意识障碍及生命体征变化、脑疝形成。

处理流程

评估 病人病情：

1. 病人的现病史、既往史、药物过敏史。
2. 病人目前的生命体征、意识、瞳孔、配合程度、肢体活动度、四肢肌力。
3. 病人有无头痛、呕吐、视盘水肿。
4. 病人有无其他合并症，相关检查、检验结果，包括头部 CT、肝肾功能、电解质、生化检查指标等。
5. 有颅内压监测者，严密监测颅内压的动态变化趋势。
6. 有头部引流管者，了解每天引流液的量、颜色、性状等。
7. 评估全身皮肤黏膜完整性。

评估治疗方案：了解治疗方案，合理安排药物治疗计划和处置措施。

一、颅内压增高综合征

预防 病情观察：

1. 体位卧床休息，头部抬高 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$ ，保持呼吸道通畅。
2. 病情观察 每30~60min 观察意识、瞳孔、生命体征的变化。观察有无偏瘫、失语、癫痫发作等症状。观察有无头痛、呕吐，监测颅内压(ICP) 的动态变化，发现异常立即报告医生。
3. 控制出入量 每天输液量不超过1500ml，准确记录 24h 出入量，以量出为入,保持出入量平衡。
4. 定期监测，监测肝肾功能、电解质变化。

引流管护理

- 1.引流管常规护理 颅内肿瘤术后留置的引流管根据部位的不同有:脑室引流管、硬脑膜下引流管、硬脑膜外引流管。所有的引流管均应保持引流通畅，引流系统密闭，观察引流液的颜色、性质、量等。
- 2.脑室引流管的护理将脑室引流管接防反流引流袋，给予抬高，高于脑室平面10~15cm，避免脑脊液过度引流导致低颅压综合征。
3. 硬膜下引流管的护理 将硬膜下引流管接防反流引流袋，出口平面低于脑室平面 20~30cm，靠重力引流。
4. 硬膜外引流管的护理 根据医嘱将引流管接低负压装置或防反流引流。

一、颅内压增高综合征

预防

药物治疗：1. 遵医嘱按时使用脱水药物、激素类药物等。如甘露醇、呋塞米、白蛋白、地塞米松等。

2. 高热者给予物理降温，遵医嘱使用抗菌药物预防和控制感染。

饮食指导：1. 高蛋白、高热量、高纤维素、易消化饮食可以保证病人的营养供给。

2. 多饮温热水，避免病人过度脱水。

3. 鼓励病人多吃蔬菜、水果，必要时给予缓泻剂，避免便秘。

生活护理：1. 定时翻身,预防压疮的发生。翻身时动作轻柔,尽可能头和躯干保持轴线运动，以免造成气道、颈静脉扭曲。避免头部位置突然剧烈搬动，安置好体位后避免患侧头部受压运动。

2. 协助病人床上活动，教授病人有效咳嗽和呼吸功能训练，避免剧烈咳嗽。

3. 保持大小便通畅，避免用力排便。

一、颅内压增高综合征

处理 控制癫痫发作

1. 药物治疗 遵医嘱定时定量给予抗癫痫药物;一旦发作应协助医师及时给予抗癫痫、降颅内压处理。
2. 防舌咬伤 有癫痫发作史的病人,床旁备口咽通气管、压舌板等,防止癫痫发作时舌咬伤。
3. 吸氧 持续或间断吸氧,改善脑缺氧,使脑血管收缩,降低脑血流量。

用药观察 1. 定时静脉输注脱水药物,注意输注速度,观察脱水效果。

2. 遵医嘱给予激素类药物,注意观察有无因应用激素诱发应激性溃疡出血、感染等不良反应。

3. 冬眠低温治疗的护理 (1) 物理降温时机:使用冬眠低温疗法者,根据医嘱给予足量冬眠药物,待自主神经被充分阻滞、病人御寒反应消失、进入昏睡状态后,方可加用物理降温措施。

(2) 物理降温方法:可采用头部戴冰帽或在颈动脉、腋动脉、肱动脉 股动脉等主干动脉表浅部放置冰袋;此外,还可采用降低室温、减少被盖、体表覆盖冰毯等方法。

(3) 降温速度:以每小时下降 1° 为宜,体温以降至肛温 $32\sim 34^{\circ}\text{C}$ 、腋温 $31\sim 33^{\circ}\text{C}$ 汇较为理想。

(4) 并发症观察:体温过低易诱发心律失常、低血压、凝血功能障碍等并发症,应密切观察。

(5) 药物使用方法:冬眠药物最好经静脉泵入,便于调节给药速度、药量控制冬眠深度。

一、颅内压增高综合征

处理 康复护理

1. 意识清醒病人的护理 按照床上主动活动四肢、床边坐、床旁椅上坐、床旁站立、行走的要求循序渐进增加活动量，防止肌肉萎缩。
2. 意识障碍、有瘫痪的病人的护理 给予电动康复脚踏车进行康复训练。按摩、针灸、理疗等康复措施，被动活动四肢，防止肌肉萎缩，促进知觉恢复。
3. 防足下垂 下肢瘫痪病人，可穿丁字鞋、不肢短腿支具、踝关节固定器、改良防旋鞋等防止足下垂。
4. 防深静脉血栓 长期卧床病人每天行四肢梯度压力泵治疗或使用抗凝药物预防深静脉血栓的发生。

评价

治疗：1. 无脑疝发生；2. 无深静脉血栓发生；3. 无应激性溃疡、感染等并发症发生。

功能改变：1. 躯体功能有改善，无肌肉萎缩、足下垂等。

皮肤管理：皮肤有无压疮 冻伤。

安全护理：无意外伤害。

健康宣教：对安全指导、饮食指导 用药指导、肢体功能锻炼表示理解，积极配合治疗。

一、颅内压增高综合征

注意事项：

- 1.突然变化体位、剧烈咳嗽、用力大小便等是导致颅内压突然升高的诱因，在护理病人时应避免。
- 2.动态观察病人的生命体征、意识、瞳孔、颅内压、肢体活动、头痛、呕吐等症状和体征，是及早发现颅内压增高的有效措施。
- 3.脱水疗法，成人常用20%甘露醇 125~250ml,快速静脉滴注，在15~30min 内完成，每6~8h 1次，心、肾功能不全者慎用，防止发生肺水肿和加重心、肾衰竭，准确记录24h 出入量。
- 4.利尿药：使用利尿药和脱水药时，因排钾过多，易致电解质紊乱,注意监测电解质和补钾。

二、鼻咽癌病人鼻出血护理技术

临床表现：鼻咽癌病人放疗后大出血往往有明显前兆征象,病人在大出血前出现不同程度的烦躁不安、面色苍白,出现反复头痛等。大出血前3~6h 鼻、口腔出现先兆性反复小出血,鼻腔分泌物增多伴恶臭。大出血前最近一次血常规检查可有不同程度血色素下降。大出血者可因呼吸困难、窒息、低血容量性休克而死亡。

处理流程：

评估 病人病情

1. 可根据出血量、出血次数以及鼻咽坏死情况和颅底的破坏情况来评估大出血的可能性。
2. 近期有无鼻腔、口腔先兆性出血。
3. 鼻腔分泌物增多伴恶臭。
4. 有无张口困难及程度。
5. 有无头痛及头痛的部位、性质、持续时间。
6. 生命体征、意识、瞳孔、呼吸道保护能力等。

二、鼻咽癌病人鼻出血护理技术

抢救配合 一般护理：

1. 体位 平卧位，头偏向一侧，避免因大出血导致呼吸道梗阻。
2. 急救物品准备 床旁备气管插管或气管切开用物，以备急需。
3. 保持呼吸道通畅 协助病人及时清除口鼻腔内的分泌物、血凝块，病人不能自行咳出者，可予以吸出。对于张口困难的病人，可预防性实施气管切开。
4. 治疗立即建立静脉通路，遵医嘱使用止血、镇静、抗炎药物，补充血容量。出血量大者，立即备血，输血。
5. 病情观察 密切监测生命体征、意识、瞳孔、尿量的变化。

二、鼻咽癌病人鼻出血护理技术

抢救配合 局部处理

1. 鼻腔填塞术

(1) 导尿管从前鼻孔向鼻咽部插入，当其前端球囊进入鼻咽后，往球囊内注入生理盐水使其膨胀，然后向前鼻孔侧用适当力度牵拉，以达到压迫鼻咽止血目的，有效止血后再辅以前鼻孔填塞，并将导尿管固定于前鼻乳。

(2) 碘仿纱条前后鼻孔填塞止血术

(3) 鼻内镜下行射频烧灼止血，但弥漫性出血或出血非常迅速者不适用。

2. 对于一次性出血量较大的处理 由于短期内大量鲜血涌入鼻腔及口腔，会出现呼吸异常，必要时需立即行气管插管，气管插管不能者行气管切开术，同时紧急行 DSA(选择性血管栓塞术)，明确出血部位及出血动脉，以明胶海绵、弹簧钢圈及可脱球囊等材料进行选择性的血管造影栓塞术。

二、鼻咽癌病人鼻出血护理技术

处理 先兆出血的护理

1. 先兆出血抢救预案

(1) 24h 持续监测生命体征及血氧饱和度。

(2) 在病人床旁备好凡士林纱条、碘仿纱条 后鼻孔填塞包、膨胀海绵等填塞止血物品。

(3) 备好气管切开包，准备带气囊气管套管、吸引器，预留 2~3 条输液通路，提前通知血库储备血源，并联系介入科。

2. 预防性气管切开 可避免鼻咽癌病人大出血时血液迅速阻塞气道，为后续抢救治疗赢得时间。

3. 癫痫病人的护理 遵医嘱定时定量给予抗癫痫药物，一旦发作应协助医师及时给予抗癫痫及降颅内压处理。床旁备口咽通气管、压舌板等，防止癫痫发作时舌咬伤。

二、鼻咽癌病人鼻出血护理技术

处理

心理护理

1. 向病人介绍填塞止血的方法，消除病人恐惧，稳定病人情绪。
2. 与病人家属沟通，获得家属的支持、理解与配合。
3. 让病人充分表达自己的想法和意愿,尽最大努力满足病人愿望。

生活护理

1. 环境 为病人提供安静、舒适、安全的休息环境，避免声光等刺激，保持环境清洁、整齐，温湿度适宜。
2. 口腔护理 保持口腔清洁湿润，每日口腔护理4~6次。
3. 及时清除鼻腔分泌物。

二、鼻咽癌病人鼻出血护理技术

评价

生命体征：生命体征稳定，呼吸道通畅，无感染发生。

止血效果：无继续活动性出血，纱条、止血导管无脱出。

心理精神状态：情绪稳定，积极配合治疗。

健康宣教：1. 病人对止血措施理解。

2. 病人及家属对鼻咽癌出血的认识提高。

注意事项

鼻咽癌放疗后大出血的关键在于维持呼吸道通畅，对于张口困难病人，可考虑行预防性气管切开,立即采取有效措施止血，加强护理，以此提高抢救成功率。

三、肺癌病人咯血护理技术

临床表现 取决于出血量、出血速度、病人的基础状态、是否出现窒息、失血性休克等并发症而不同。

(一) 咯血：咯血前病人可出现喉咙瘙痒、突然胸闷、呼吸困难等先兆。咯血时血色鲜红，可有血凝块,痰中带血等。

(二) 失血性休克：头晕、心慌、乏力、精神萎靡、尿量减少、血压下降、心率加快等。

(三) 窒息：突然咯血不畅或停止、胸闷气促,呼吸困难,牙关紧闭,意识丧失等。

三、肺癌病人咯血护理技术

评估 病人病情

- 1.病人的原发疾病,根据原发疾病查找咯血的原因
- 2.病人的意识、配合程度、心理状态、面色、尿量等。
- 3.病人及家属对疾病的了解程度
4. 评估咯血的颜色和量，有无窒息的先兆症状：咯血停止、发绀、胸闷、心慌、大汗淋漓、烦躁等。

检验检查

- 1.包括血常规、血型、凝血功能、肝功能、血气分析等
- 2.病人病情稳定时行胸片、胸部CT、纤维支气管镜、数字减影血管造影术(DSA) 等检查明确出血原因。

三、肺癌病人咯血护理技术

处理 紧急处理

1. 体位 绝对卧床休息，建议患侧头低足高卧位，头偏向一侧，利于气道分泌物排出，避免因大出血导致呼吸道梗阻。
2. 持续高流量氧气吸入，保持氧流量在6-8L/min，必要时建立人工气道行呼吸机辅助呼吸。
3. 保持呼吸道通畅 协助病人及时清除口鼻腔内的分泌物、血凝块，鼓励病人咳出气道内分泌物，病人不能自行咳出者，可予以吸出。
4. 立即建立静脉通路,补充血容量。
5. 密切监测生命体征、意识、瞳孔、尿量的变化。
6. 出血量大者，立即备血，输血。
- 7.根据医嘱，备齐抢救药品和用物，做好外出检查前的准备

三、肺癌病人咯血护理技术

处理 药物治疗

- 1. 垂体后叶素** 强力收缩肺小动脉及毛细血管，使肺血流量减少，降低肺循环压力，同时有中枢镇静作用。为了便于调节计量，建议使用静脉泵人，起始剂量为 0.1~0.2U/min。高血压、冠心病病人不宜使用；少数病人使用垂体后叶素后血压升高，咯血加重，酚妥拉明适用于以上病人。
- 2. 普鲁卡因、酚妥拉明** 具有扩张外周血管、减少回心血量，同时兴奋迷走神经、分流血液至四肢，从而减少肺循环血量及降低肺循环压力而止血。
- 3. 作用于血小板及抗纤溶系统的药物** 如氨甲苯酸、酚磺乙胺、氨甲环酸等。
- 4. 立止血** 对大咯血者可选用立止血 1~2kU 静脉注射，每日总量不超过8kU，立止血可直接作用于内、外源凝血系统，发挥凝血活酶样作用，且增加出血部位血小板的黏附力和凝聚力，具有促进凝血和止血的作用。
- 5. 凝血酶** 可使出血局部的纤维蛋白原立即转变为纤维蛋白，加速血液凝固，填塞血管创面，达到局部止血的目的，用于局部止血。

三、肺癌病人咯血护理技术

处理 病情观察

1. 专人守护,立即给予心电监护,严密观察血压、呼吸、脉搏、体温、意识等的变化,每 15~30min 监测血压 1 次,早期发现休克先兆症状。
2. 保持呼吸道通畅,指导病人及时排出气道内血液,准确做好记录,注意咯血的量、性质。
3. 备齐急救用物、药品于床旁,,做好急救准备,配合医生及时采取抢救措施。
4. 用药护理 遵医嘱及时准确用药,观察药物疗效及不良反应,动态评估出血量及颜色,有血压增高者,警惕出血加重的症状。

三、肺癌病人咯血护理技术

处理 并发症的处理

1.窒息 窒息是导致大咯血病人死亡的最主要原因，一旦发生窒息，应立即采取以下措施：

- (1) 保持气道通畅：**采用头低足高位，侧卧位，利于病人排出气道内血液。
- (2) 吸氧：**立即予高流量吸氧。
- (3) 密切监测生命体征，同时迅速建立静脉通道，遵医嘱用药及补充血容量。**
- (4) 对不能自行咳出血液，排痰困难的病人立即行气管插管或气管切开。**
- (5) 遵医嘱做好支气管动脉栓塞或开胸手术等术前准备。**

三、肺癌病人咯血护理技术

处理 并发症的处理

2. 失血性休克

- (1) 大咯血病人，专人守护，立即行心电监护，密切监测心率、呼吸、血压、血氧饱和度，15~30min 测量血压1次,必要时行持续有创动脉压监测。
- (2) 建立两条以上静脉通道，快速输液、输血。
- (3) 流质导尿管，监测每小时尿量。
- (4) 遵医嘱使用止血药，观察止血效果。
- (5) 动态监测血常规，了解血红蛋白下降情况。
- (6) 需要手术者，遵医嘱做好术前准备。

三、肺癌病人咯血护理技术

处理 心理护理

1. 因人而异实施心理护理工作，首先做好安慰工作，让病人镇静下来，积极配合治疗，必要时可使用镇静剂。
2. 及时清除、擦干血迹，保持床单元清洁,减少刺激,护士在病人床旁守护，及时观察病人反映,满足病人需求。

生活护理

- 1：环境 为病人提供安静、舒适、安全的休息环境，避免声光等刺激，保持环境清洁、整齐,温湿度适宜
2. 口腔护理 做好口腔护理,保持口腔清洁湿润，每日口腔护理 4-6次。
3. 床单元 及时清除鼻腔分泌物，清除病人吐出的血液和床单元的血迹,保持床单元清洁干燥。
4. 饮食指导 急性大咯血时禁食，静脉补充营养物质，病情稳定后指导其合理饮食，给予高蛋白、高维生素、高热量、易消化、营养丰富的流或半流质饮食。食欲差者，可选用特殊医学用途食品行口服营养补充;补充含纤维素多的蔬菜和水果,保持大便通畅，避免用力排便而诱发出血。

三、肺癌病人咯血护理技术

评价

1. 生命体征 生命体征稳定，呼吸道通畅，无感染发生。
2. 止血效果 无继续咯血。
3. 心理精神状态 情绪稳定，积极配合治疗。
4. 健康宣教 病人对咯血的先兆症状、急救和护理知识有一定程度的了解。

注意事项

1. 注意鉴别咯血、呕血及口鼻腔内出血。
2. 咯血量的估计应考虑病人吞咽，呼吸道残留的血液及混合的唾液、痰等因素。
3. 及时清除口鼻腔及气道内血液，避免窒息,做好口腔护理，保持床单元清洁。
4. 保持呼吸道通畅,维持通气是抢救的基础，原则上就地抢救，避免不必要的搬动。

四、脊髓压迫症护理技术

临床表现

急性脊髓压迫症：急性发病，进展迅速，常常数小时到数天内脊髓功能完全丧失。表现为脊髓横贯性损害、脊髓休克、病变水平以下迟缓性瘫痪、各种感觉及反射消失、尿潴留。

慢性脊髓压迫症：

(1) **压迫早期** 又叫神经根痛期，主要表现为神经根痛，沿受压神经根分布的剧痛，性质为电击样、烧灼样、刀割样或撕裂样疼痛。屏气、喷嚏、咳嗽、排便等可诱发疼痛加重。

(2) **脊髓部分压迫期** 脊髓本身受压，影响脊髓内结构。临床表现为病损压迫脊髓平面以下的感觉、运动、自主神经功能障碍。一般运动障碍早于感觉障碍出现。运动障碍表现为受压病变以下同侧肢体痉挛性瘫痪，肌张力增高，腱反射亢进。感觉障碍表现为受压部位对侧肢体痛温觉减退或缺失。自主神经症状表现为尿潴留、尿失禁、便秘、少汗等。

(3) **脊髓完全压迫期** 脊髓横贯性损伤，受压平面以下的功能近乎完全丧失。

四、脊髓压迫症护理技术

处理要点

一、评估 病人病情

1. 肌力 肿瘤病人有无背痛伴进行性肌无力，特别是下肢，常提示脊髓受压。
2. 疼痛 观察病人疼痛情况,包括部位、持续时间、强度、疼痛特点。
3. 运动 检查手臂及腿部肌肉的强度、测试协调性,判断病人为自主运动或不随意运动。
4. 感觉 感觉神经功能，包括肢体的痛、温、触、压觉。
5. 各种脊神经反射。
6. 脊休克 脊休克时，横断面以下节段脊髓支配的骨骼肌紧张性降低或消失、外周血管扩张、血压下降、发汗反射消失 膀胱内尿液充盈、直肠内粪便积聚，躯体及内脏反射减退或消失。
7. 脊柱稳定性 分节段评估脊柱的稳定性。

四、脊髓压迫症护理技术

处理要点

一、轻度或潜在脊髓压迫的护理

1. 支具的使用

(1) 根据不同的脊椎骨质破坏的部位,指导病人佩戴颈托、腰托,避免负重。

(2) 支具松紧适宜,位置正确,使用支具后在病人皮肤上标注支具的正确位置,调节松紧度,在护理文书中记录,在使用第1周每日调整支具的初始位置和松紧度,之后如果没有明显体重变化,3-5d调整1次。

(3) 使用可拆卸支具的病人,根据病人病情,在病人坐、立、行走时才使用,夜间可拆除支具。

(4) 对于处于颈部过伸位的病人,还应观察有无吞咽功能障碍。

2. 受压骨突处的保护 可用棉垫、棉花等衬垫保护,特别是存在感觉功能障碍的病人,需要定时检查受压骨突处。

3. 详细检查和记录病人的神经功能,有变化及时报告医生。

四、脊髓压迫症护理技术

处理要点

一、中及重度脊髓压迫的护理

1. 评估病人压迫症状有无进展，记录四肢肌张力、肌力，有无尿潴留、尿失禁、便秘、大便失禁，有无痛温觉的改变。
2. 观察病人生命体征，特别是血压的变化。
3. 导尿的护理 导尿可采用间断清洁导尿的方法，保持病人每天饮水量在1500ml 以上,起到尿道自净作用。在每次导尿时鼓励病人锻炼自行排尿，形成反射性膀胱，起到训练膀胱的作用。
4. 压疮预防（1）保持床单元清洁、干燥，病人身体清洁，使用水波垫、气垫床、凝胶垫、软枕等悬空骨突部位，q2h 翻身1次，轴线翻身，保持脊柱无扭曲。
（2）腹泻的病人可以在肛门处贴肛袋或留置肛管引流大便，预防浸渍性皮炎。
（3）有痛温觉异常的病人，告知病人及家属使用热水时温度应低于50℃，避免烫伤，均衡饮食,加强营养。
（4）健康教育:告知病人及家属压疮的形成机制及预防的重要性，教会家属压疮预防的方法,出院的病人指导其家里准备气垫床,防止院外压疮的发生。

四、脊髓压迫症护理技术

处理要点

三、并发症的预防

1. 肺部感染

(1) 鼓励病人咳嗽，对咳嗽力量差或咳嗽方法不正确者，可在胸骨上窝处按摩气管刺激咳嗽。坚持每2~3h 为病人翻身、叩背。

(2) 指导病人做深呼吸训练，鼓励病人多饮水，保持病室温湿度适宜,遵医嘱使用化痰药及抗生素。

(3) 对痰多不能咳出，排痰困难者，可行气管插管或气管切开。

2. 排便功能障碍

(1) 使用通便的食物，如香蕉、火龙果 绿叶蔬菜、香油等

(2) 使用通便的药物，如西甲硅油、番泻叶、麻仁丸等。

(3) 灌肠，使用肥皂水或生理盐水。训练排便反射：对于截瘫病人，协助每天定时坐位排便，同时按摩刺激肛门、按摩腹部、增加腹压，训练排便反射。

(4) 电刺激：使用电刺激神经根,模拟正常的神经冲动，使结肠蠕动,括约肌收缩，完成排便。

四、脊髓压迫症护理技术

处理要点

四、康复训练

1. 病人能自主活动的肢体，制定活动计划,鼓励病人主动活动。
2. 瘫痪的肢体，每天定时给予按摩，协助病人被动活动。
3. 指导或协助病人做关节活动度运动 关节活动度运动是指关节活动时能达到的最大程度，可预防脊髓压迫症病人可能出现的关节僵硬，帮助病人训练动作的协调性，每次活动时做好记录，包括活动关节的骨性标志、左右、主动活动或被动活动、活动的弧度等。

四、脊髓压迫症护理技术

处理要点

四、心理护理

1. 密切观察病人的情绪、心理和精神状态，以便早期诊断，早期干预。
2. 医护人员主动关心病人，了解病人的愿望，及时满足病人的需求。
3. 鼓励病人亲人、朋友探视病人,解除病人孤独。

五、健康教育

1. 给病人讲解预防压疮、肢体功能锻炼、膀胱训练、排便训练等的重要性和必要性，使病人主动配合训练和治疗。

四、脊髓压迫症护理技术

评价

生命体征

生命体征正常、平稳。

压疮

无压疮发生。

排尿、排便训练

训练反射性排尿、排便有效。

健康宣教

病人及家属掌握压疮、肺部感染的预防方法，排尿排便训练方法等。

五、恶性肠梗阻的护理技术

临床表现

腹痛、呕吐、腹胀、肛门停止排气排便是其共同表现，通常会逐渐加剧，直至变成持续性。症状的出现与强度与肠道阻塞的程度有关。

腹部体征：

- ①腹部视诊，机械性肠梗阻可见肠型和蠕动波。肠扭转时腹胀多不对称。麻痹性肠梗阻腹胀均匀。
- ②压痛、反跳痛，单纯性肠梗阻只有轻度压痛，绞窄性肠梗阻可有固定的压痛和肌紧张，少数病人可触及腹部包块。肠梗阻并发坏死、穿孔出现腹膜刺激征。
- ③听诊,绞痛发作时肠鸣音亢进,有气过水声、金属音等。

五、恶性肠梗阻的护理技术

处理流程

一、评估 病人病情

1. 病史 包括恶性肿瘤病史、既往有无腹部手术、放疗或腹腔内灌注化疗。
2. 临床表现 有无反复发作的腹痛、腹胀、恶心、呕吐，肛门排气排便情况。
3. 腹部体征 检查腹部有无肠型、压痛、反跳痛、肠鸣音亢进。
4. 腹部平片 肠管扩张，多个气液平面。
5. 病人可能的梗阻部位。
 - (1) 高位小肠梗阻：呕吐出现较早而频繁，水、电解质、酸碱平衡失调严重，腹胀不明显。
 - (2) 低位小肠梗阻：呕吐出现晚，一次呕吐量大，有粪臭味。
 - (3) 结肠梗阻：腹痛常不显著，腹胀出现较早，呕吐发生较迟。钡剂检查显示肠腔胀气明显且在梗阻部位突然中止。钡剂灌肠可见梗阻部位。

五、恶性肠梗阻的护理技术

处理流程

一、评估 病人病情

6. 是否完全梗阻 部分肠梗阻病情发展较慢，有排便排气;完全性肠梗阻病情发展快而重，多无排便排气。
7. 有无绞窄性肠梗阻 有以下情况者，有绞窄性肠梗阻可能。
 - (1) 剧烈腹痛，发病急,阵发性加重的间歇期仍有持续疼痛。
 - (2) 早期出现休克：心率快，血压低，全身湿冷，少尿或无尿,电解质紊乱,酸解平衡失调。
 - (3) 腹膜刺激征明显，体温、白细胞在监测下升高。
 - (4) 呕吐或自肛门排出血性液。
 - (5) 腹腔穿刺抽出血性液。
 - (6) 腹胀不对称，腹部有压痛的肠袢。

五、恶性肠梗阻的护理技术

处理流程

二、处理 病情观察

1. 生命体征 定时测量体温、脉搏、呼吸、血压。
2. 腹部体征 腹痛腹胀改善情况，有无压痛、反跳痛、肌紧张以及肌紧张的程度。
3. 呕吐情况 呕吐物的颜色、性质、量。
4. 排便情况 观察肛门排气、排便情况，排便颜色、性质、量。
5. 意识 严密观察脱水、休克早期症状,老年人特别注意意识状态的变化。
6. 出入量 准确记录24h 出入量。
7. 术前准备 如备皮、备血、补液纠正水电解质紊乱、营养支持提高手术耐受性、做好手术部位标识等。

五、恶性肠梗阻的护理技术

处理流程

二、处理 胃肠减压的护理

1. 遵医嘱留置胃管。
2. 留置胃管前与病人充分沟通，讲解配合方法，缓解病人紧张心理。
3. 置管动作轻柔，遇到阻力不可强行置入。
4. 妥善固定胃管，用人字形胶布固定在鼻翼，在面颊部采用高举平台法做二次固定，避免意外脱出。
5. 每日清洁鼻腔，更换胶布，避免鼻黏膜出现压力性损伤。
6. 持续有效减压，每2~4h 冲洗胃管1次,保持通畅，观察记录引流液的颜色、性质、量。
7. 肠功能恢复，肛门排便排气后先停止胃肠减压，保留胃管观察 24h,确定梗阻症状解除后方可拔管。
8. 拔除胃管，先夹闭胃管末端，让病人屏气迅速拔出，避免误吸。

五、恶性肠梗阻的护理技术

处理流程

二、处理 呕吐的护理

- 1.病人呕吐时取侧卧位，或平卧位头偏向一侧，及时清除口腔内分泌物。
- 2.口腔护理每天 4~6 次,呕吐后及时行口腔护理，保持口腔清洁。
3. 保持床单元清洁，及时清除床边呕吐物。
4. 病室定时开窗通风，保持病室空气新鲜，清除异味。

五、恶性肠梗阻的护理技术

处理流程

二、处理 解痉止痛的护理

- 1.常用的止痛药 有阿片类镇痛药、止吐药、糖皮质激素、抗分泌药物等。
2. 遵医嘱按时、按量给药。
3. 遵循WHO癌症疼痛治疗指南，强阿片类止痛药强调个体化用药剂量，当肠梗阻原因未明确，使用此药可能影响病情观察。
4. 抗胆碱药物 用于单纯用阿片类药物止痛效果不佳的病人,如东莨菪碱、山莨菪碱。
5. 激素类 具有辅助镇痛、止吐的作用，但有应激性溃疡、消化道穿孔、出血的危险。
6. 抗分泌药 静脉泵人生长抑素

五、恶性肠梗阻的护理技术

处理流程

二、处理 实施肠外营养的护理

1. 输液护理 立即建立静脉通道，休克病人保持两条以上静脉通道通畅。
2. 严格无菌操作，肠外营养液建议从中心静脉输人。
3. 输注肠外营养液时，定时监测血糖、电解质的变化。
4. 卡文输注注意事项
 - (1) 可经周围静脉或中心静脉进行输注。
 - (2) 使用前开通腔室间的可剥离封条，使三腔内液体混合均匀。
 - (3) 混合液应立即使用，如暂时不用,应放在2-8°保存不超过 24h。
 - (4) 如果卡文内加人药液，在配药时，应遵循以下原则
 - 1) 先混合腔内液体，利用维他利匹特溶解水溶性维生素，加人混合液并混合均匀。
 - 2) 将微量元素和其他电解质加人混合液并混合均匀，一袋卡文输注 12h 以上。
5. 须经常检测脂肪廓清能力。推荐检测方法是在输注结束5~6h 后进行,输注期间血清甘油三酯不宜超过3mmol/L

五、恶性肠梗阻的护理技术

处理流程

二、处理 健康教育

1. 给病人、家属介绍留置胃管持续减压的重要性，使病人主动配合治疗，避免非计划拔管。
2. 病人呕吐时协助其侧卧或头偏向一侧，避免误吸。
3. 协助训练床上大小便，配合完成术前准备等。

五、恶性肠梗阻的护理技术

评价

1. 生命体征 生命体征正常、平稳，早期发现休克先兆。
2. 腹部症状 腹痛、腹胀、呕吐改善,肛门排便、排气恢复。
3. 健康宣教 病人及家属了解病情并积极配合治疗。

注意事项

1. 大多数恶性肠梗阻病人失去了手术治疗机会，且临近生命终点。护士需评估病人、家属的情绪变化，鼓励病人、家属说出内心感受。对病人及家属的不良情绪给予心理疏导和安抚。
2. 护理人员应当了解肠梗阻发生的原因、症状、可供选择的治疗模式,协助医生缓解病人的症状,减轻病人的痛苦,增进舒适度。

六、阿片类药物中毒急救护理技术

临床表现

1. 前驱期 出现欣快、脉搏增快、头痛、头晕。
2. 中毒期 出现恶心、呕吐，失去时间和空间感觉，肢体无力、呼吸深慢、沉睡，瞳孔缩小、对光反射存在。
3. 麻痹期 病人昏迷,针尖样瞳孔，瞳孔对光反射消失,呼吸抑制。病人呼吸浅慢、皮肤湿冷、脉搏细速、腱反射消失等。
4. 恢复期 四肢无力，尿潴留、便秘等。

六、阿片类药物中毒急救护理技术

处理流程

一、预防措施

- 1. 药品管理** 使用阿片类药物镇痛的病人，药物由护理人员专人、专柜、双锁管理,班班交接。
- 2. 发放药物** 口服药物护士当面发放到病人手中，看到病人服下后方可离开;发药时如病人未在病房,应将药物收回，班班交接，不得放在病人床旁。
- 3. 健康教育** 指导病人正确使用药物，介绍药物的作用、不良反应。告知病人出现异常不适时立即告知医务人员。
- 4. 病情观察** 经常巡视病房，每天评估病人使用药物后的效果，观察病人呼吸、血压、意识、瞳孔等的变化，及时发现药物中毒先兆症状
 - 1. 呼吸** 呼吸深慢、呼吸频率下降、潮气量下降。

六、阿片类药物中毒急救护理技术

处理流程

二、评估中毒症状

1. 呼吸 呼吸深慢、呼吸频率下降、潮气量下降。
2. 意识 意识障碍，失去时间和空间感觉，沉睡，甚至昏迷。
3. 瞳孔 瞳孔缩小，甚至呈针尖样，对光反射消失。
4. 其他症状 脉搏细速，血压下降，皮肤湿冷，四肢无力，腱反射消失，尿潴留。

六、阿片类药物中毒急救护理技术

处理流程

三、急救处理

1. 口服中毒者尽快给予催吐或洗胃(1 : 5000 高锰酸钾溶液)。由于阿片类可引起幽门痉挛，胃排空延缓，即使中毒较久的病人，仍应洗胃。
2. 遵医嘱立即使用纳洛酮或纳络芬。
3. 保持呼吸道通畅，吸氧。紧急情况下可给予疼痛刺激,查看病人的反应，如呼吸状态无改善,立即留置口咽通气管，简易呼吸器辅助呼吸。酌情使用呼吸兴奋剂,维持呼吸功能。呼吸不能维持者，需立即行气管插管，呼吸机辅助呼吸。
4. 输液、利尿，促进药物排泄，必要时行血液净化治疗。
5. 心跳呼吸骤停的病人，可以首先使用纳洛酮治疗，并同时开始心肺复苏术。
6. 密切观察病人生命体征、意识、瞳孔恢复情况，记录24h出入量。

六、阿片类药物中毒急救护理技术

处理流程

四、健康教育

1. 药物不良反应 阿片类药物常见的不良反应有便秘、恶心呕吐、谵妄、尿潴留、嗜睡镇静等。但最严重的不良反应是呼吸抑制,通常发生于第一次使用阿片类药物且剂量过大的病人。
2. 使用注意事项 告知家属阿片类药物中毒的先兆、药物使用注意事项等,特别是将止痛药物带回家里治疗者,应遵医嘱使用,不得在短时间内过量使用,避免严重不良反应的发生。当病人出现症状性呼吸抑制时,可给予病人疼痛刺激,并立即送医院治疗。

评价

- 药物使用情况 阿片类止痛药物保存、使用符合规范。
- 生命体征 病人呼吸状态、意识改善,生命体征稳定。
- 健康宣教 病人及家属对止痛药物的使用、不良反应已了解。

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/015111341001011201>