

上消化道出血的护理(hùlǐ)查房病理讨论



目录(mùlù)



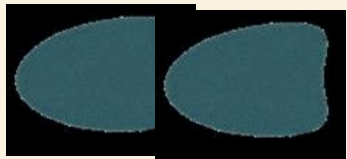
病情(bìngqíng)介绍



护理问题



护理措施



病例(bìnglì)讨论目的



病情(bìngqíng)介绍

- 患者刘*，男，*5岁，住院号：16****，以“发现血压升高30余年”为主诉，于201*年02月26日以“高血压病”为诊断轮椅入院，既往有“糖尿病”10余年，入院体检T:36.2，P:94次/分，R:21次/分，BP:120/70mmhg。入院后予控制血压、降糖、营养液鼻饲饮食等治疗。（03.03）胃OB:胃液(wèiyè)OB，3+，考虑消化道出血，予暂禁食，止血、抑酸保胃等治疗。（03.05）凝血六项，纤维蛋白，0.99g/L↓.患者纤维蛋白低予输血浆处理。



辅助(fǔzhù)检查

- (03.03) 胃OB:胃液OB, 3+
- (03.04) 血常规+CRP:全血C-反应蛋白(dànbái), 5.4mg/L,血红蛋白, 106g/L↓,白细胞, 19.45g/L↑.
- (03.04)凝血七项: D-二聚体定量测定, 1.15mg/L↑,纤维蛋白原降解产物, 11.52mg/L↑.
- (03.05)凝血六项: D-二聚体定量测定, 1.09mg/L↑,纤维蛋白原降解产物, 8.61mg/L↑, 纤维蛋白原, 0.99g/L↓.



主要(zhǔyào)诊断

- 1.高血压病(gāo xuè yā bìng)
- 2.糖尿病
- 3.消化道出血
- 4.心功能三级



护理(hùlǐ)诊断

- 体液不足：与消化道出血引起体液丢失过多，液体摄入量不足有关。
- 活动无耐力：与血容量减少有关。
- 清理呼吸道无效：与无力咳嗽，呼吸到痉挛有关。
- 排便异常：与上消化道出血有关。
- 焦虑：与环境陌生，健康受到威胁，担心疾病后果有关。
- 知识缺乏：病人缺乏合理饮食，有规律(guīlǜ)生活及服药，手术等知识。
- 潜在并发症：窒息。



护理(hùlǐ)措施

- 1.体位与保持呼吸道通畅：大出血时病人取平卧位并将下肢略抬高，以保证脑部供血。呕吐时头偏向一侧，防止窒息或误吸；必要时用负压吸引器清除气道内的分泌物、血液或呕吐物，保持呼吸道通畅。给予吸氧
- 2.治疗护理：迅速建立静脉通道，宜选择粗大血管，根据生命体征适当回快补液速度，在心率、血压基本平稳后可减慢速度，以免补液量大引起(yīnqǐ)肺水肿或再次出血。补液过程中注意晶体和胶体的搭配
- 3.饮食护理：急性大出血伴恶心、呕吐者应禁食。少量出血无呕吐者，可进温凉、清淡流质。出血停止后改为营养丰富、易消化、无刺激性半流质、软食，少量多餐，逐步过渡到正常饮食



- 4.心理护理：观察病人有无紧张、恐惧或悲观、沮丧等心理反应，特别是慢性病或全身性疾病致反复出血者，有地对治疗失去信心，不合作。解释安静休息有利于止血，关心、安慰病人。抢救工作应迅速而不忙乱，以减轻病人的紧张情绪。经常巡视，大出血时陪伴病人，使其有安全感。呕血或解黑便后及时清除(qīngchú)血迹、污物，以减少对病人的不良刺激。解释各项检查、治疗措施，听取并解答病人或家属的提问，以减轻他们的疑虑



- 5.病情监测：(1)生命体征：有无心率加快、心律失常、脉搏细弱、血压降低、脉压变小、呼吸困难、体温不升或发热，必要时进行心电监护。(2)精神和意识状态：有无精神疲倦、烦躁不安、嗜睡、表情淡漠、意识不清甚至昏迷。(3)观察皮肤和甲床色泽，肢体温暖或是(huò shì)湿冷。周围静脉特别是颈静脉充盈情况。(4)准确记录出入量，疑有休克时留置导尿管，测每小时尿量，应保持尿量>30毫升每小时。(5)观察呕吐物和粪便的性质、颜色及量。(6)定期复查红细胞计数、血细胞比容、血红蛋白、网织红细胞计数、血尿素氮、大便隐血，以了解贫血程度、出血是否停止。(7)监测血清电解质和血气分析的变化：急性大出血时，经由呕吐物、鼻胃管抽吸和腹泻，可丢失大量水分和电解质，应注意维持水电解质、酸碱平衡



- 6.出血量的估计：根据呕血与黑便估计：粪便潜血(qiánxuè)试验阳性，提示每日出血量在5毫升以上；出现成形黑便者，失血量在60毫升左右；排柏油样大便时，出血量在100毫升以上；胃内积血250毫升以上时可引起呕血。
- 7.休息与活动：精神上的安静和减少身体活动有利于出血停止。少量出血者应卧床休息。大出血者绝对卧床休息，协助病人取舒适体位并定时变换体位，注意保暖，治疗和护理工作应有计划集中进行，以保证病人的休息和睡眠。病情稳定后，逐渐增加活动量



- 8.安全的护理：轻症病人可以起身稍事活动，可上厕所大小便。但应
- 注意有活动性出血时，病人常因有便意而至厕所，在排便时或便后起立时晕厥。指导病人坐起、站起进动作缓慢；出现头晕、心慌(xīn huāng)、出汗时立即卧床休息并告知护士；必要时由护士陪同如厕或暂时改为在床上排泄。重症病人应多巡视，用床栏加以保护
- 9.生活护理：限制活动期间，协助病人完成个人日常生活活动，例如进食、口腔清洁、皮肤清洁、排泄。卧床者特别是老年人和重症病人注意预防压疮。呕吐后及时漱口。排便次数多者注意肛周皮肤清洁和保护



健康(jiànkāng)教育

- 1.指导病人平时吃易消化软食，避免刺激性、粗糙及过硬的食物。
- 2.保持乐观情绪及良好的心理状态，精神放松，愉快生活，避免生气，急躁等不良情绪。
- 3.按医嘱服用保护胃粘膜、制酸及降低门静脉压的药物。
- 4.指导病人如发现呕吐物及大便颜色(yánsè)异常，应及时就诊。
- 做好回访工作，以便给患者及时的健康教育指导。



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/877154011065006146>