

2022 年-护理 203-外科高频考点

水、电解质、酸碱代谢失调病人的护理

1、体液的含量与分布

成年人：男性占体重的 60%，女性为 50%，婴幼儿为 70%~80%。无形失水（不显性失水）：

皮肤和呼吸蒸发的水分，每日约 850ml，正常人每日尿量约 1500ml。

2、电解质的平衡

钠是细胞外液的主要阳离子，维持细胞外液渗透压和容量。正常值 135~145mmol/L，成年人每日需氯化钠 5~9g，肾脏是排出和调节的重要器官。钾是细胞内液的主要阳离子，正常值为 3.5~5.5mmol/L。Cl⁻和 HCO₃⁻是细胞外液中的主要阴离子。正常血液酸碱度（pH）：7.35~7.45。

外科休克病人的护理

1、概述：休克是以有效循环血容量骤减，组织灌注不足，细胞代谢紊乱，微循环障碍为特点的病理过程。分类：低血容量性休克（包括创伤性和失血性休克）；感染性休克；心源性休克；神经性休克；过敏性休克。低血容量性和感染性休克——外科休克中最常见。

2、低血容量性休克和感染性休克

类型	低血容量性休克		感染性休克
	创伤性休克	失血性休克	
病因	严重损伤，如骨折、挤压综合征等	有效循环血量锐减引起，如消化道大出血，肝脾破裂出血等	革兰阴性杆菌为主的感染，常见于严重胆道感染、急性化脓性腹膜炎、绞窄性肠梗阻和败血症等
治疗原则	补充血容量、治疗其病因和止血等		抗休克为主，同时抗感染

3. 护理要点

- (1) 合理补液：一般先快速输入晶体液，后输胶体液。
- (2) 休克时反映器官血流灌注最重要的指标是尿量。
- (3) 休克采取休克体位，目的是上利呼吸，下利回流；休克时体温降低，保暖，室温应保持在 20℃左右，切记不要用热水袋、电热毯进行体表加温，会导致回心血量减少，休克加重。

心肺复苏

1、概述：大脑缺血缺氧超过 4~6 分钟，即可遭受不可逆的损伤。

2、心肺复苏要点：

人工循环（C）手掌根部放在病人**胸骨下段（双乳头与前正中中线交界处）**，使胸骨下陷**至少 5cm**，反复按压，每分钟至少 **100 次**。

气道开放（A）舌根后坠和异物阻塞是造成气道阻塞最常见的原因。

人工呼吸（B）**口对口人工呼吸**——最简单、有效

人工循环与人工呼吸的比例为 **30:2**，即心脏按压 30 次，吹气 2 次。

胸外心脏按压有效的标志：①大动脉出现搏动；②收缩压在 8.0kPa (**60mmHg**) 以上；③瞳孔缩小，发绀减退；④自主呼吸恢复。

损伤病人的护理

1、清创术与更换敷料

（1）清创术伤后 **6~8 小时**内。若伤口污染轻，位于头面部的伤口，在早期应用有效抗生素的情况下，可延长至伤后 12 小时或更迟。

（2）一般情况换药顺序：先换**清洁**伤口，再换**污染**伤口，最后换感染伤口。

2、烧伤面积

手掌法	患者一个手掌的面积为 1%	
中国新九分法	成人男	3, 3, 3 (头、面、颈); 5, 6, 7 (双手、双前臂、双上臂); 5, 7, 13, 21 (双臀、双足、双小腿、双大腿); 13, 13, 1 (前后躯干、会阴)
	小儿 (<12 岁)	头大: 9+ (12-年龄), 下肢小: 46- (12-年龄)
	成人女	脚小, 屁股大: 双臀、双足各为 6

口诀：三三三五六七，五七十三二十一，十三十三会阴一。

3、烧伤深度

烧伤程度	分级	表现
------	----	----

浅度烧伤	I	红斑烧伤，伤及表皮层，干燥，灼痛，无水疱，3~7天愈合，不留痕迹
	浅II	伤及生发层与真皮浅层，水疱，疱壁较薄、内含黄色澄清液体、基底潮红湿润，疼痛剧烈，水肿明显。两周左右愈合，有色素沉着，无瘢痕
深度烧伤	深II	伤及真皮层，可有水疱，基底苍白与潮红相间，稍湿，痛觉迟钝，有拔毛痛。3~4周愈合，留有瘢痕
	III	伤及皮肤全层，可达皮下、肌肉或骨骼。创面无水疱，痛觉消失，无弹性，干燥如皮革样或呈蜡白、焦黄，甚至炭化成焦痂，痂下水肿

腹外疝病人的护理

1、腹外疝——腹腔内的脏器或组织连同腹膜壁层，经腹壁薄弱点或孔隙向体表突出所形成。

病因病理：腹壁强度降低和腹内压力增加。

疝内容物：小肠——最多见，大网膜次之。

临床类型：

类型	特点
易复性疝	疝内容物容易回纳入腹腔
难复性疝	疝内容物不易回纳入腹腔
嵌顿性疝	内容物卡住，不能还纳
绞窄性疝	动脉血流受到阻断

急性腹膜炎病人的护理

1、急性腹膜炎。

分类：继发性腹膜炎、原发性腹膜炎

病因病理：继发性腹膜炎最常见空腔脏器穿孔，大肠埃希菌感染，一般为混合型感染。原发性腹膜炎（如上行性感染）。

临床表现：腹痛、恶心、呕吐，感染中毒，甚至休克症状等。胃肠、胆囊穿孔时可呈“板状腹”，腹膜炎的标志性体征（腹膜刺激征）——腹部压痛、反跳痛、腹肌紧张。

辅助检查：

血常规：白细胞计数及中性粒细胞比例增高；白细胞计数及中性粒细胞比例增高。B超引导下**腹腔穿刺抽液**或腹腔灌洗液的性质。

穿刺液的性质	常见疾病
草绿色透明腹水	结核
黄色、浑浊、 含胆汁 、无臭味	胃十二指肠穿孔
含食物残渣	饱食后穿孔
血性、胰淀粉酶含量高	急性重症胰腺炎
稀薄、脓性，略有臭味	急性阑尾炎穿孔
血性、臭味重	绞窄性肠梗阻
不凝血	腹腔内出血

阑尾炎病人的护理

病因病理：最常见——**阑尾管腔阻塞**。细菌感染——G-杆菌和厌氧菌。

四种类型：急性单纯性阑尾炎、急性化脓性阑尾炎、坏疽性及穿孔性阑尾炎和阑尾周围脓肿。

临床表现：典型——**转移性右下腹疼痛**，穿孔——腹膜炎和麻痹性肠梗阻等。

体征——**右下腹固定的压痛**（最重要）。

治疗要点：及早行阑尾切除术。非手术适用于早期单纯性阑尾炎、阑尾周围脓肿。

护理措施：“3禁”**禁食、禁吗啡止痛、禁服用泻药及灌肠**。

鼓励病人早期床上或下床活动，促进**肠蠕动恢复**，防止发生肠粘连。

直肠肛管疾病病人的护理

1. 痔：直肠下段黏膜和肛管皮肤下的静脉丛瘀血、扩张和屈曲所形成的静脉团。

病因病理：内痔、外痔、混合痔。

临床表现：内痔——位于齿状线以上，表面覆盖直肠黏膜。

好发于：直肠下端左侧、右前或右后方（**截石位3、7、11点**）。

主要表现——排便时**无痛性出血**和痔块脱出，分为四期。

分期	临床表现

分期	临床表现
I 期	排便时无痛性出血，痔块不脱出肛门外
II 期	便血加重，严重时呈喷射状，排便时痔块脱出，但便后能自行回纳
III 期	便血量常减少，痔块脱出不能自行回纳，需用手托回
IV 期	痔块长期脱出于肛门外，或回纳后又即脱出

2. 肛裂。**肛裂三联征**——前哨痔、肥大乳头、肛裂。

外科急腹症病人的护理

(1) 不同疾病的呕吐性质可有不同

疾病	呕吐性质
机械性肠梗阻	频繁而剧烈
麻痹性肠梗阻	溢出性
高位肠梗阻	吐出多量胆汁
低位肠梗阻	粪臭样呕吐物
绞窄性肠梗阻	血性或咖啡色呕吐物
幽门梗阻	呕吐物宿食无胆汁

骨科病人的一般护理

(1) 被动运动适应于严重瘫痪的病人。

(2) 骨科病人分阶段锻炼

分期	锻炼时间	锻炼目的
早期	伤后 1~2 周	促进血液循环，消除肿胀
中期	伤后 2 周	防止肌肉萎缩和关节粘连
晚期	伤后 6~8 周	促进功能全面恢复