



中等职业教育护理专业“双元”新形态教材

外科护理

W A I K E H U L I



主编：周庆湘
主讲：杨波





外科护理



第二章

外科休克病人的护理

WAI KE XIU KE BING REN DE HU LI



目录

> 第一节 休克的概述

> 第二节 失血性休克病人的护理

> 第三节 感染性休克病人的护理



概念：

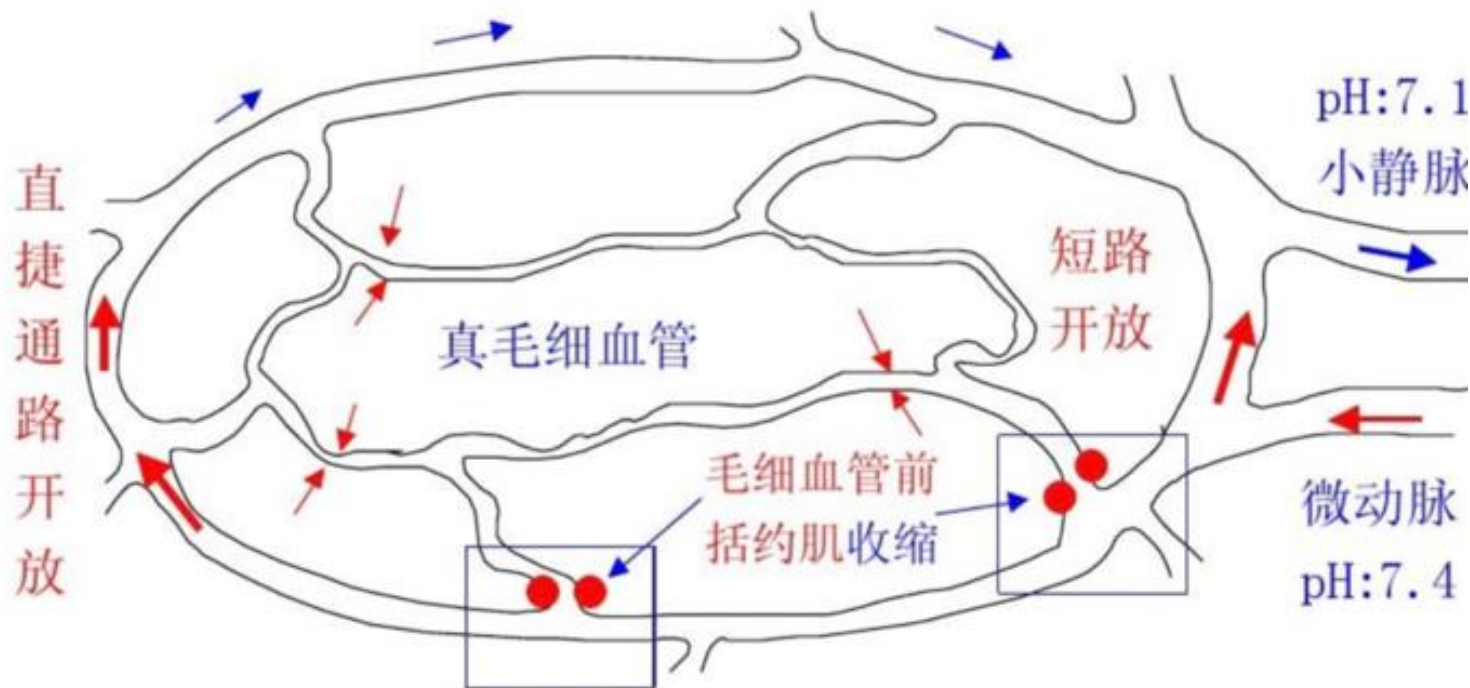
- 休克：由多种病因引起以**有效循环血容量减少**、组织灌注不足，细胞代谢紊乱和功能受损为主要病理生理改变的综合征。
- 有效循环血量：单位时间内通过心血管系统进行循环的血量。与三个要素有密切关系，即充足的血容量、有效的心排出量和良好的外周血管张力。



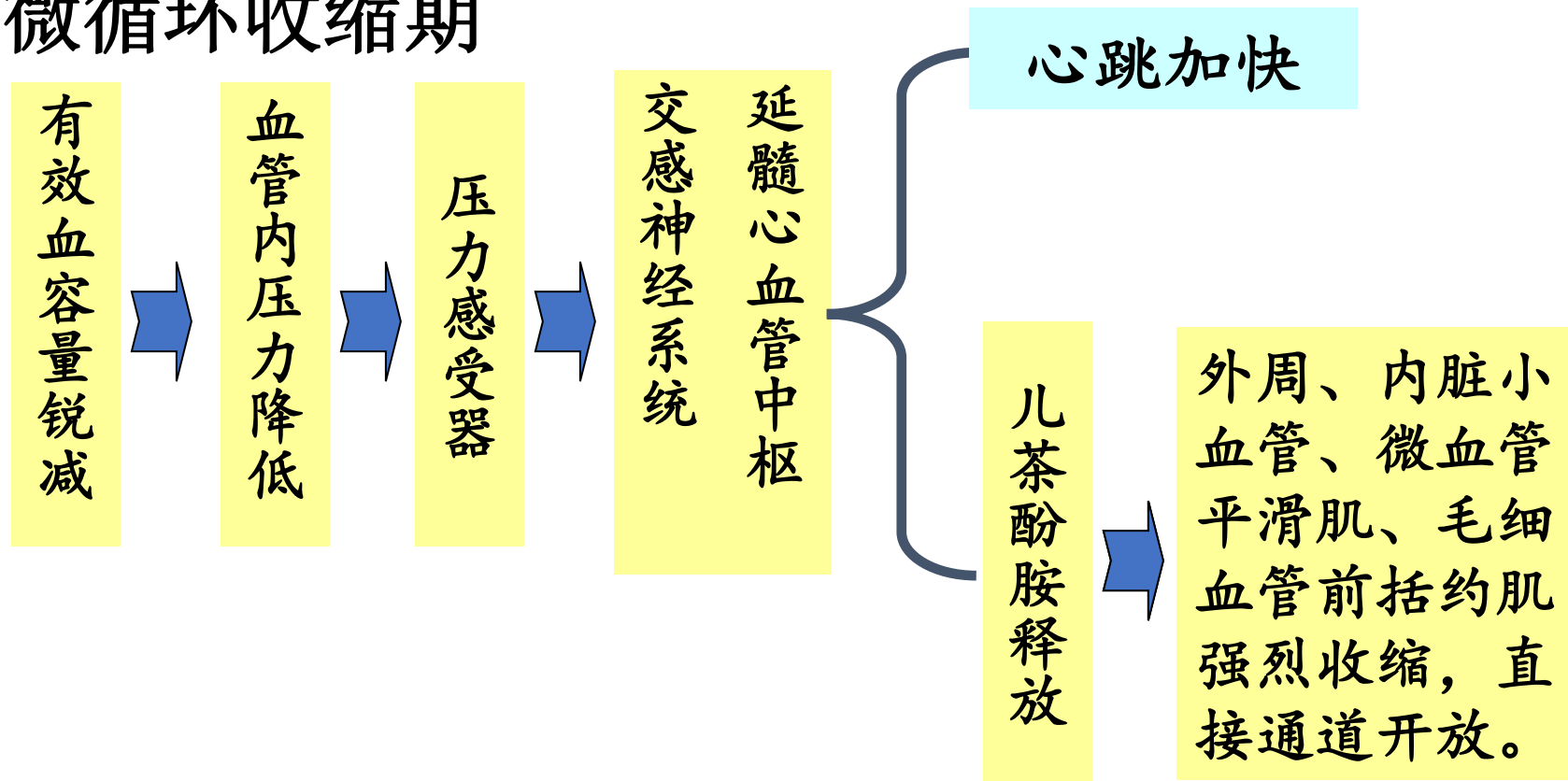
休克的微循环分期

- 微循环收缩期
- 微循环扩张期
- 微循环衰竭期

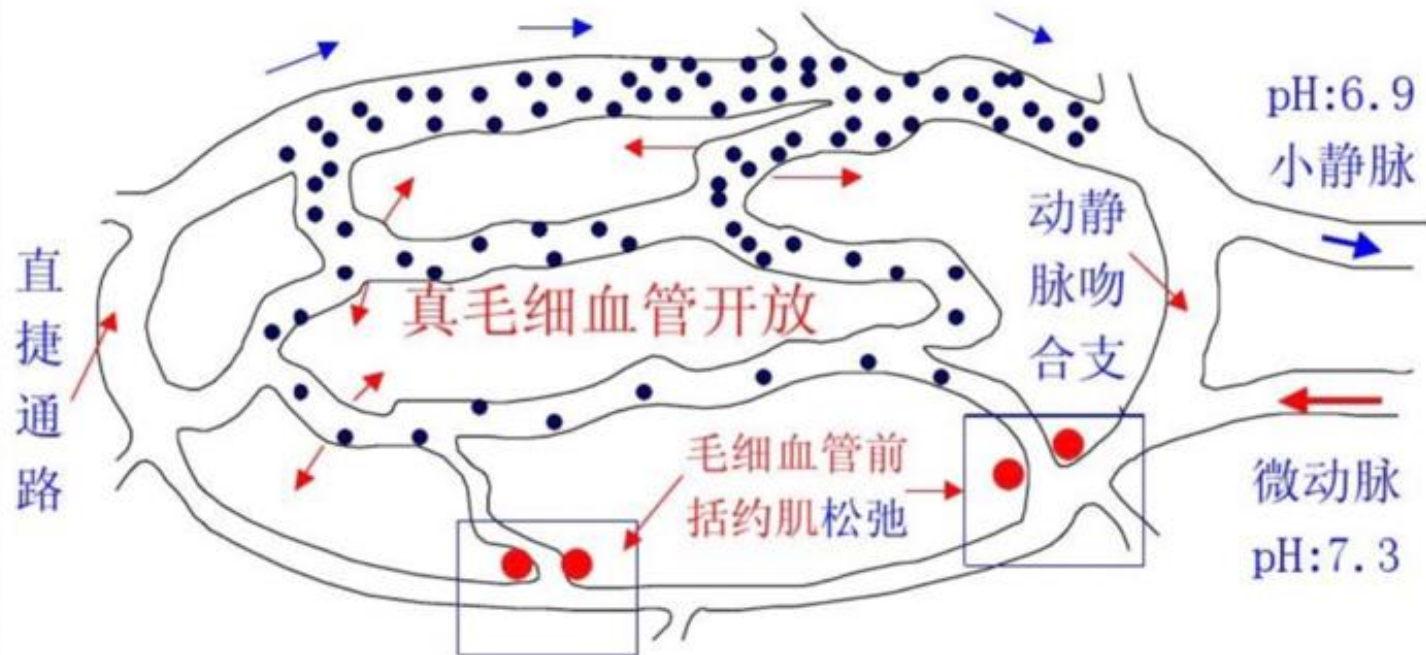
微循环收缩期



微循环收缩期



微循环扩张期



微循环扩张期

酸中毒，组胺类舒血管物质增多

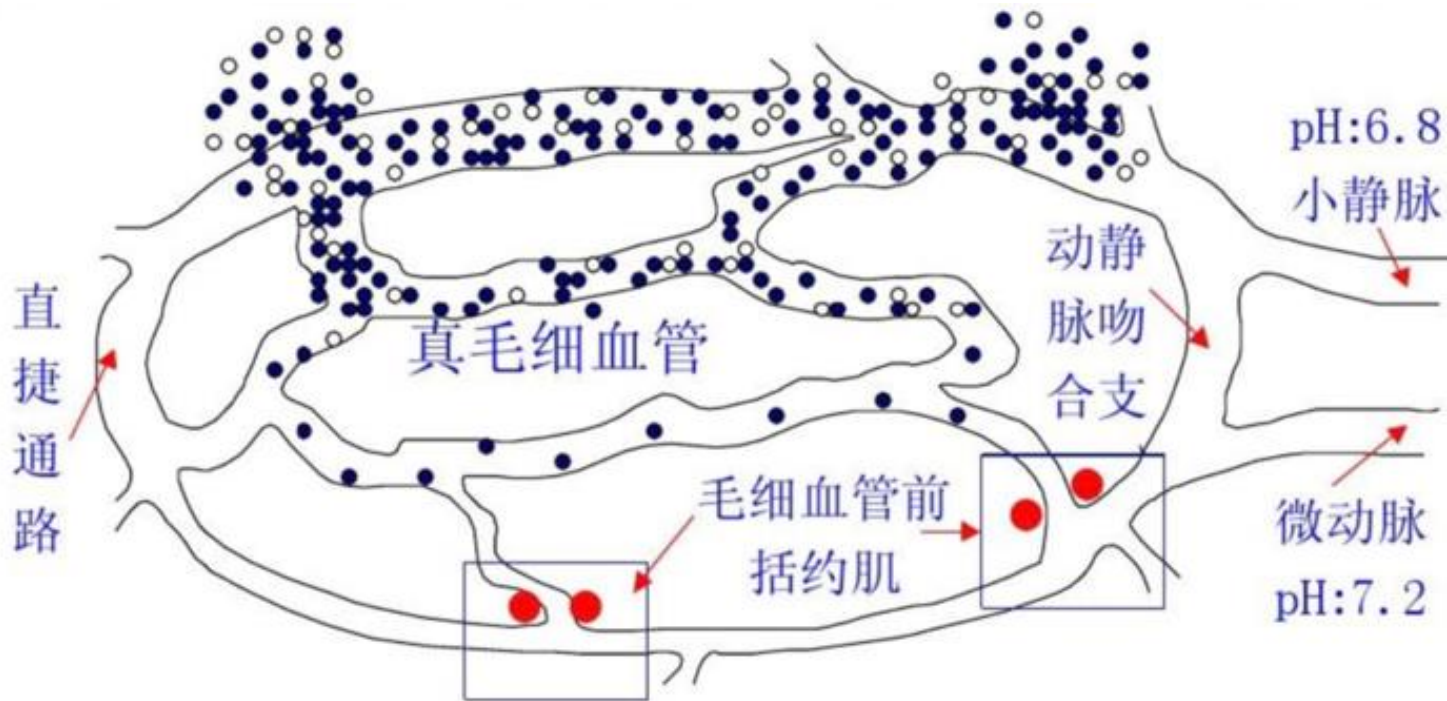


毛细血管前括约肌松弛，微静脉仍收缩



只灌少流或不流

微循环衰竭期



微循环扩张期

血流淤滞、血液浓缩、粘稠度增加，缺氧，
渗透性增加



血液凝集、微血栓形成



DIC、细胞和组织坏死



护理评估——健康史

- 一般情况：了解病人的年龄、性别、经济状况等
- 既往史：了解病人有无外伤大出血病史；有无肠梗阻、严重腹泻、大面积烧伤渗液等大量失液史；是否存在严重的局部感染或脓毒症；发病以来是否进行补液等治疗干预。



护理评估—— 身体状况

	神志	口渴	皮肤色泽	皮肤温度	体表血管	脉搏	血压	尿量	估计失血量
休克代偿期-轻度	神志清楚、烦躁、伴有痛苦表情、精神紧张	口渴	开始苍白	正常或发凉	正常，无塌陷	100次/分以下，尚有力	收缩压正常或稍升高，舒张压增高，脉压缩小	正常或减少	20%以下 800ml以下
休克失代偿期-中度	神志尚清楚、表情淡漠、反应迟钝	很口渴	苍白	发冷	表浅静脉塌陷，毛细血管充盈迟缓	100~120次/分	收缩压为90~70mmHg 脉压差减小	尿少	20%~40% 800~1600ml
休克失代偿期-重度	意识模糊、甚至昏迷	非常口渴 (通常无主诉)	显著苍白，肢端青紫	厥冷(肢端更明显)	表浅静脉塌陷，毛细血管充盈非常迟缓	速而细弱，或摸不清	收缩压在70mmHg以下或测不到	尿少或无尿	40%以上 1600ml以上

心理社会状况：了解病人及家属的情绪反应，评估病人及家属对疾病、治疗及预后的知晓程度及心理承受能力



护理评估—— 辅助检查



三大常规

血常规：红细胞计数、血红蛋白值降低提示失血；
尿常规：尿比重增高提示血液浓缩或血容量不足。
大便常规：粪便隐血试验阳性或黑便提示消化道出血



动脉血气分析

若 PaO_2 低于60mmHg，吸入纯氧后仍无改善多提示急性呼吸窘迫综合征（ARDS）



凝血功能

当血小板计 $<80 \times 10^9/\text{L}$ 、血浆纤维蛋白原 $<1.5\text{g/L}$ 或呈进行性下降、凝血酶原时间较正常延长3秒以上时，提示DIC。

护理评估——辅助检查



中心静脉压

- ①正常值在5-12厘米水柱
- ②CVP<5cmH₂O时，表示血容量不足
- ③CVP>15cmH₂O，表示心功能不全、静脉血管床过度收缩或肺循环阻力增高



肺毛细血管楔压

- ①反映肺静脉、左心房和左心室的功能状态
- ②PCWP正常值为6~15mmHg,降低反映血容量不足，增高则反映左心房压力增大



影像学检查

X线、超声、CT、MRI等检查有助于了解脏器损伤、感染等情况，及时发现原发病



护理评估——处理原则

处理原则：尽早去除病因，迅速恢复有效循环血量，纠正微循环障碍，保护重要器官功能，预防MODS。



休克——护理诊断

1. 体液不足：与大量失血、失液有关
2. 气体交换受损：与微循环障碍，缺氧和呼吸形态改变有关
3. 有体温失调的危险：与感染或组织灌注不良有关
4. 有感染的危险：与免疫力下降、接受侵入性治疗有关
5. 有受伤的危险：与烦躁不安、意识模糊有关

休克—— 护理措施

1

补充血容量

2

改善组织灌注

3

呼吸道管理

4

纠正代谢紊乱

5

维持正常体温

6

预防感染发生

7

预防意外损失

8

心理护理

9

健康指导



护理措施—— 补充血容量

迅速建立1~2条静脉通路

周围静脉萎缩或肥胖病人穿刺困难时，应立即进行中心静脉穿刺，同时监测CVP

合理补液

先输入晶体溶液，首选平衡盐溶液；后输入胶体溶液；
根据病人心、肺功能，失血、失液量，血压及CVP值调整输液量和速度

01

03

02

04

病情观察

生命体征、意识状态、面色、肢端温度及色泽、中心静脉压（CVP）、尿量以及尿比重。

记录出入量

准确记录输入液体的种类、数量、时间、速度，并记录24h出入量

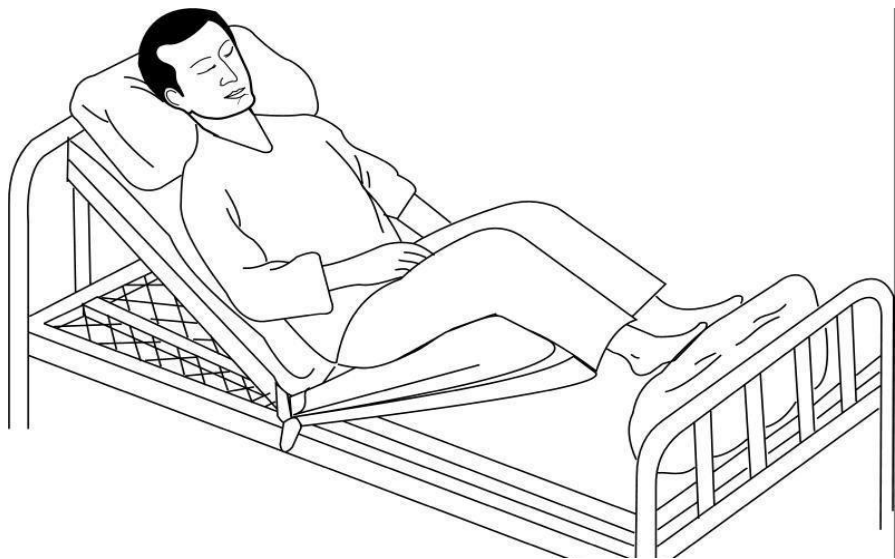


中心静脉压、血压与补液的关系

中心静脉压	血压	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*

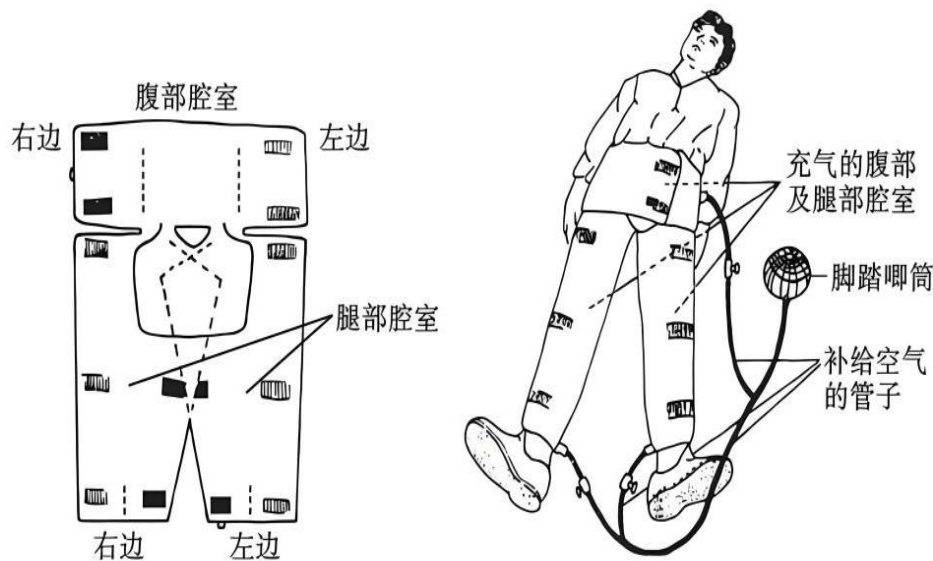
护理措施——改善组织灌注

1. 取休克体位：将病人置中凹卧位，即头和躯干抬高 $20^{\circ}\sim 30^{\circ}$ ，下肢抬高 $15^{\circ}\sim 20^{\circ}$ 。



护理措施——改善组织灌注

2. 抗休克裤的使用：原理是充气后在腹部与腿部加压，使血液回流入心脏，改善重要脏器供血。



护理措施——改善组织灌注

3. 应用血管活性药物的护理：①从低浓度、慢速度开始。②在补足血容量的基础上使用。③避免药液外渗引起局部组织坏死。





护理措施—— 呼吸道管理

1. **保持呼吸道通畅：**解除气道压迫，清除呼吸道分泌物或异物。必要时行气管插管或气管切开，给予呼吸机辅助呼吸。
2. **吸氧：**氧浓度为40%~50%，氧流量为6~8L/min为宜。
3. **改善呼吸功能：**监测病人的呼吸频率、节律、深浅度及面唇色泽变化，动态监测动脉血气，了解缺氧程度和呼吸功能。



护理措施——纠正代谢紊乱

1. **纠正酸碱平衡失调：**遵医嘱补充碱性溶液，常用药物为5%碳酸氢钠。
2. **皮质类固醇：**用于严重休克和感染性休克病人。遵医嘱短期内大剂量应用，如地塞米松1~3mg/kg，一般使用1~2次；严重休克者可适当延长应用时间。
3. **改善细胞代谢：**应用三磷酸腺苷-氯化镁(ATP-MgCl₂)疗法，可增加细胞内能量供应、恢复细胞功能。



护理措施——维持正常体温

注意保暖，可提高室温、加盖棉被等。禁用热水袋、电热毯等进行体表局部加温，以免发生烫伤及因局部皮肤血管扩张、组织耗氧量增加而引起重要脏器血供进一步减少。感染性休克病人出现高热时，应采取物理或药物等方法进行降温，及时更换被汗液浸湿的衣、被等，做好皮肤护理。



护理措施—— 预防感染的发生

1. 各项护理时要严格遵循无菌操作技术原则。
2. 有外伤或创面者，应及时换药，保持伤口或创面清洁干燥。
3. 加强口腔和呼吸道护理，预防肺部感染。
4. 加强留置导尿管的护理，预防泌尿道感染。
5. 病情允许时，协助病人翻身预防压力性损伤的发生。
6. 遵医嘱合理使用有效抗生素。
7. 提供合理的营养支持，增强机体抵抗力。

护理措施

预防意外损伤

对烦躁不安或神志不清的病人，应加床栏以防坠床；输液肢体用夹板固定，必要时四肢以约束带约束。

关心、安慰病人和家属，及时做好安慰和解释工作。

心理护理

护理措施—— 健康指导

1. **疾病预防：**加强自我保护，避免损伤和其他意外伤害。
2. **疾病知识：**适当向病人或家属说明病情变化以及有关治疗方法、护理措施的意义，正确认识疾病及其变化过程。
3. **疾病康复：**指导病人出院后注意营养和休息。若发生高热应及时就诊。
。

第二节 失血性休克病人的护理



失血性休克

概念： 由于急性大量出血所引起的休克称为“失血性休克”。

病因： 多见于大血管破裂、腹部损伤引起的实质性脏器(如肝、脾)破裂及其他原因出血，导致快速失血量超过总血量的20%时，即可出现休克。

护理评估—— 身体状况

意识



早期病人表现兴奋，烦躁不安；加重时表情淡漠、意识模糊、反应迟钝，甚至昏迷。

皮肤



早期皮肤口唇黏膜苍白，四肢湿冷；休克晚期可出现发绀，皮肤呈花斑状征象。

生命体征



大出血时，脉搏90~100次/min，收缩压正常或稍低，脉压20~30mmHg，失血量500~800ml；脉搏>100次/min，收缩压70~90mmHg，脉压<20mmHg，失血量800~1600ml；脉搏速而细弱，收缩压<70mmHg，失血量1600ml以上。



护理评估—— 身体状况

呼吸



早期呼吸加快，加重时呼吸急促、变浅、不规则，增至30次/min以上或8次/min以下表示病情危重。

体温



体温偏低，合并感染时可升高，若体温突升至40℃以上或降至36℃以下则病情危重。

尿量



反映肾血液灌注情况的重要指标之一。若尿量 $<25\text{ml/h}$,表示血容量不足或肾血管收缩。尿量 $>30\text{ml/h}$ 时,表示休克改善。

护理评估——处理原则

补充血容量

根据血压和脉率的变化估计失血量，快速扩充血容量。

止血

在补充血容量的同时，迅速控制活动性出血。可先采用非手术方法止血。

迅速补充血容量，积极处理原发病以控制出血



护理诊断

1. 体液不足：与大量失血、失液有关
2. 体温过低 与组织灌注不良有关



护理措施

快速补液扩充血容量是纠正失血性休克的重要保证。补液的种类、量和速度是纠正休克的关键。迅速建立起两条以上的静脉通路，快速补充平衡盐溶液，改善组织灌注。其余护理措施参见本章第一节。

第三节 感染性休克病人的护理

感染性休克

概念： 由于病原体(如细菌、真菌或病毒等)侵入人体，向血液内释放内毒素，导致循环障碍、组织灌注不良而引起的休克。

病因： 继发于以释放内毒素的革兰氏阴性杆菌为主的感染，常见于胆道化脓性感染、急性腹膜炎、绞窄性肠梗阻、泌尿系感染及败血症等，病死率高。



护理评估——健康史

了解病人有无胆道、肠道、腹膜、泌尿道、呼吸道等严重感染。了解有无感染的诱因。

护理评估—— 身体状况

1. 皮肤温度休克早期因发热、血管扩张表现为肢端皮肤温暖，休克后期表现为湿冷。
2. 全身炎症反应综合征(SIRS) 由于体内多种炎症介质释放，可引起：
① $T > 38^{\circ}\text{C}$ 或 $< 36^{\circ}\text{C}$ ；② $P > 90$ 次/min；③ $R > 20$ 次/min或过度换气， $\text{PaCO}_2 < 32\text{mmHg}$ ；④血白细胞计数 $> 12 \times 10^9/\text{L}$ 或 $< 4 \times 10^9/\text{L}$ ，或未成熟白细胞 $> 10\%$ 。SIRS进一步发展，可致多器官功能衰竭(MODS)。

护理评估——心理社会状况

感染性休克病情严重，发展变化快，病人及家属易产生紧张、恐惧、濒危感、无助等心理反应。





护理评估——处理原则

- 感染性休克的处理原则是纠正休克与控制感染并重
- 在休克未纠正前，将抗休克放在首位，兼顾抗感染，休克纠正后，重点是控制感染



护理诊断

1. 体液不足 与严重感染致微循环障碍有关
2. 体温过高 与感染有关



护理措施

护理措施参见本章第一节，但需要特别注意以下几点：

病情观察



病人出现神志改变，以及面色、脉搏、血压、尿量等相继改变时，应警惕感染性休克发生；若体温突升至40℃以上或突然下降，则表示病情严重。

扩容护理



遵医嘱快速输入平衡盐溶液，再补充适量胶体溶液。补液期间应监测中心静脉压，及时调整输液种类和速度。

控制感染



配合处理原发感染病灶，遵医嘱大剂量使用有效抗生素，必要时采集标本进行细菌培养。

对症护理



对于高热病人，应予物理降温。可将冰帽或冰袋放置在头部、腋下、腹股沟等处降温；也可用4℃等渗盐水100ml灌肠；必要时遵医嘱采用药物降温。



谢谢观看

