



护理学专业融媒体教材系列



第五章 肿瘤患者危急重症的预防与处理

授课老师：邓莉、王玉花



目录

Content



一 肿瘤患者常见危急重症的概述



二 肿瘤患者常见危急重症的紧急处理



三 肿瘤患者常见危急重症的预防措施



学习目标



1. 识别肿瘤患者的常见急危重症
2. 掌握肿瘤患者急危重症的预防措施
3. 复述肿瘤患者急危重症的紧急处理措施





常见的肿瘤急危重症

- 颅内高压
- 癫痫发作
- 鼻咽癌大出血
- 大咯血
- 肺血栓栓塞症
- 上腔静脉综合征
- 上消化道出血
- 恶性肠梗阻
- 阴道大出血
- 肿瘤溶解综合征

→ 一、颅内高压

⊕ 颅内压的概述

定义：颅内压是指颅腔内容物对颅腔壁所产生的压力，即ICP。

颅内压正常值

成人70~200 mmH₂O

儿童50~100 mmH₂O

持续 > 200 mmH₂O

脑疝



一、颅内高压

颅内压的概述

◆ 临床表现

1. 颅内压增高“三主征”：**头痛、呕吐和视神经乳头水肿**

2. 意识障碍

3. 生命体征的改变，如库欣（Cushing）反应

动脉压  心率  心搏出量  呼吸 

病情进展，出现呼吸快而浅，脉搏细速，最终因呼吸循环衰竭而死亡

4. 其他症状和体征 如短暂性视力丧失、视物模糊等



→ 一、颅内高压

颅内高压的紧急处理

（一）减轻脑水肿

1. 脱水治疗
2. 激素治疗
3. 治疗癫痫

（二）减少脑脊液或脑血流量

1. 脑室穿刺引流术
2. 辅助过度换气
3. 体位 抬高床头 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$

（三）支持治疗

1. 限制液体入量
2. 氧气吸入
3. 避免诱发因素
4. 镇静
5. 亚低温冬眠疗法，控制体温

（四）手术治疗

如切除颅内肿瘤、开颅减压术等



→ 一、颅内高压

颅内高压的预防措施

- (一) 严格卧床休息
 - (二) 保持呼吸道通畅
 - ✓ 呕吐严重时侧卧位，防止误吸
 - ✓ 咳痰困难或气道梗阻时吸痰或行气管切开
 - (三) 预防癫痫发作
- 遵医嘱使用抗癫痫药物

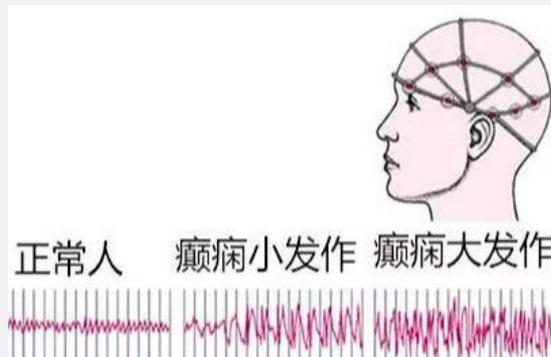
二、癫痫发作



癫痫发作的概述

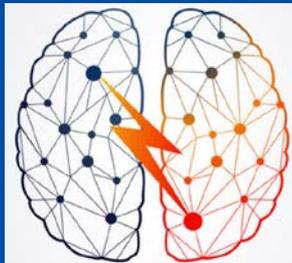
定义：一种脑神经元异常的阵发性放电活动，导致感觉功能、运动功能、行为或意识发生改变的临床综合征。

- 发作性
- 短暂性
- 重复性
- 刻板



二、癫痫发作

癫痫发作的概述



癫痫

◆ 临床表现

部分发作

单纯部分发作：无意识障碍

复杂部分发作：意识障碍

部分性继发全面发作：意识障碍

全面发作

强直期 → 阵挛期 → 恢复期

癫痫持续状态

全面强直一阵挛发作持续5分钟以上

难治性癫痫

每月4次以上频繁的癫痫发作，治疗2年仍不能控制



二、癫痫发作



癫痫发作的紧急处理

（一）保持呼吸道通畅

- 就地平卧，头偏一侧
- 解开衣领、衣扣及裤腰带，吸氧
- 取义齿，防误吸、窒息

（二）病情观察

专人守护，意识、瞳孔及生命体征
识别与处理癫痫持续状态

（三）安全护理

- 癫痫发作时不要掐人中
- 不强行按压抽搐的肢体
- 预防吸入性肺炎
- 防外伤及其他并发症



二、癫痫发作

癫痫发作的预防措施

(一) 疾病相关知识指导

告知疾病类型、病因及临床表现

(二) 规律服药

按时服用抗癫痫药

(三) 安全出行

随身携带病情卡片，勿从事有危险的机械性工作

(四) 婚育

特发性癫痫且有家族史不宜婚育

三、鼻咽癌大出血



鼻咽癌大出血的概述

定义：指鼻咽癌患者一次连续性出血量超过300 mL或者一次出血超过100 mL并反复出血。

◆ 临床表现

- 鼻塞、头痛、复视、面部麻木、眼睑下垂、视物模糊
- 出血迅速、反复和易变
- 可提前出现持续性小量出血，或面色苍白、烦躁不安、头痛等症状



三、鼻咽癌大出血



鼻咽癌大出血的紧急处理

(一) 保持呼吸道通畅

- 神志清楚半卧或坐位，清除口腔积血
- 休克或神志不清平卧位、头偏一侧，吸出鼻咽部的血液
- 呼吸困难、发绀、窒息时行气管插管或气管切开

(二) 止血

后鼻腔填塞止血或介入栓塞止血

(三) 维持有效循环

两条静脉通道扩容，必要时输血

(四) 病情观察

(五) 口腔护理

呋喃西林液或朵贝氏液漱口，温水湿润

三、鼻咽癌大出血



鼻咽癌大出血的预防措施

- (一) 减少放射性损伤
- (二) 预防感染
- (三) 降低假性动脉瘤发生率

鼻内镜下行鼻咽部清创术

- (四) 减少鼻咽部痂皮及肉芽组织形成
- 定期行鼻内镜检查与影像学评估，及时干预

→ 四、大咯血

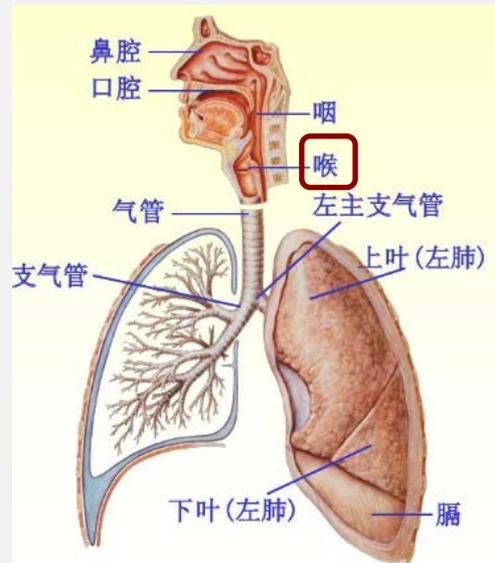


大咯血的概述

定义：指喉及喉以下呼吸道及肺组织出血，在24小时内咯血量超过500 mL或每次咯血量在100 mL以上。

◆ 临床表现

- 胸闷、喉痒和咳嗽
- 颜色鲜红，混有泡沫或痰，呈碱性
- 痰中带血或大口涌出
- 持续时长不一
- 呼吸音减弱和湿啰音



→ 四、大咯血

大咯血窒息的紧急处理

（一）及时识别咯血窒息征兆

- 咯血突然减少或停止
- 患者表情紧张或惊恐，大汗淋漓、
- 两手乱抓或手指喉头
- 发绀、呼吸音减弱、全身抽搐
- 甚至呼吸心跳骤停

（二）急救措施

1. 保持呼吸道通畅

立即取头低脚高45° 俯卧位，头偏一侧，快速清除口腔内的血块，必要时行气管插管或气管切开

2. 纠正缺氧

3. 止血，快速补液、输血

4. 对症及支持治疗、病因治疗



→ 四、大咯血

大咯血的预防措施

1. 卧床休息，侧卧位
2. 病因治疗
3. 咯血较多取患侧卧位，防窒息
4. 床边放置急救设备
5. 指导患者及家属学会识别大咯血早期征兆及应急措施

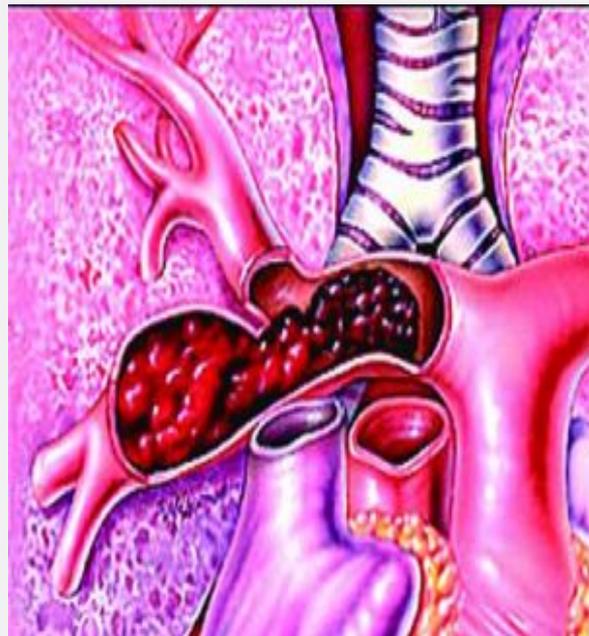
五、肺血栓栓塞症



肺血栓栓塞症的概述

定义：指来自静脉系统或右心的血栓阻塞肺动脉或其分支所致的疾病，以肺循环和呼吸功能障碍为其主要临床和病理生理特征，即PTE

- 多数继发于深静脉血栓（DVT）
- 近端DVT患者半数有症状性或无症状PTE





五、肺血栓栓塞症



癫痫发作的概述

◆ 临床表现

症状	体征
呼吸困难及气促 (80%~90%)	呼吸急促 (52%)
胸膜炎性胸痛 (40%~70%)	哮鸣音 (5%~9%) ; 细湿啰音 (18%~51%); 血管杂音
晕厥 (11%~20%)	发绀 (11%~35%)
烦躁不安、惊恐甚至濒死感 (15%~55%)	发热 (24%~43%), 多为低热, 少数患者可有中度以上发热 (11%)
咳嗽 (20%~56%)	颈静脉充盈或搏动 (12%~20%)
咯血 (11%~30%)	心动过速 (28%~40%)
心悸 (10%~32%)	血压下降甚至休克
低血压和(或)休克 (1%~5%)	胸腔积液体征 (24%~30%)
猝死 (<1%)	肺动脉瓣区第二心音亢进 (P2>A2) 或分裂 (23%~42%)、三尖瓣区收缩期杂音



五、肺血栓栓塞症



肺血栓栓塞症的紧急处理

（一）一般支持疗法

1. 呼吸与循环支持

高危肺血栓栓塞患者应绝对卧床休息，避免避免剧烈搬动和翻身

2. 应用血管活性药物

多巴胺、多巴酚丁胺、去甲肾上腺素

3. 对症处理：如镇静、止痛等

4. 病情观察

（二）抗凝治疗

低分子肝素或新型口服抗凝药

（三）溶栓治疗

评估出血风险，做好输血准备

（四）介入或手术治疗

导管或手术取栓术和溶栓治疗等



五、肺血栓栓塞症



肺血栓栓塞症的预防措施

（一）基础预防

1. 多饮水；戒烟戒酒；控制血糖、血脂
2. 避免久卧和久站；卧床休息时抬高下肢，做踝泵运动；病情允许尽早下床
3. 合理饮食，防便秘

（二）物理预防

使用间歇性充气加压装置/足底静脉泵/梯度压力弹力袜

（三）药物预防

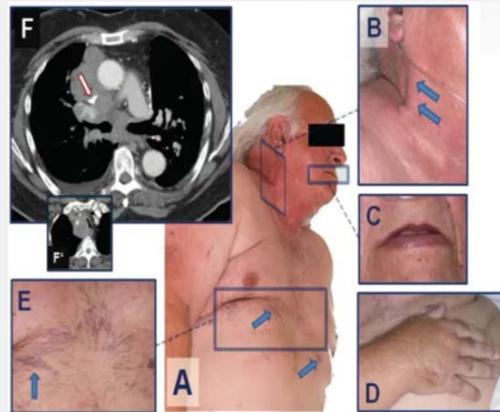
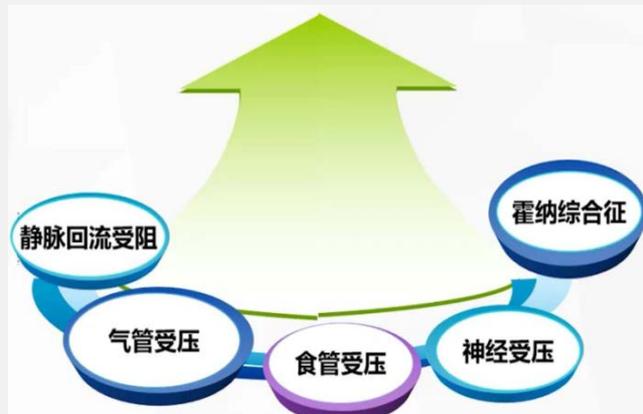
使用抗凝药物评估出血风险，用药后观察有无出血表现

六、上腔静脉综合征

上腔静脉综合征的概述

定义：上腔静脉内部新生物或管腔外部受到压迫导致上腔静脉完全或不完全阻塞，血液回流受阻所导致的一组临床征象。

◆ 临床特征



六、上腔静脉综合征



上腔静脉综合征的紧急处理

(一) 卧位和呼吸

半坐卧位，抬高头部和双上肢
持续低流量吸氧，雾化

(二) 用药及病因治疗

(三) 合理选择输液途径

- ✓ 限制输液总量及速度
- ✓ 不宜在上腔静脉系统输液、输血

- ✓ 可下肢浅静脉或股静脉置管输液、输血
- ✓ 同时伴有双下肢静脉血栓者可左上肢静脉输液

(四) 病情观察

记录24小时出入水量，不宜右上肢量血压

(五) 饮食指导

限制钠盐摄入

(六) 心理疏导



→ 六、上腔静脉综合征



上腔静脉综合征的预防措施

（一）早期识别

1. 识别风险因素
2. 辅助检查尽早明确诊断

（二）病因预防

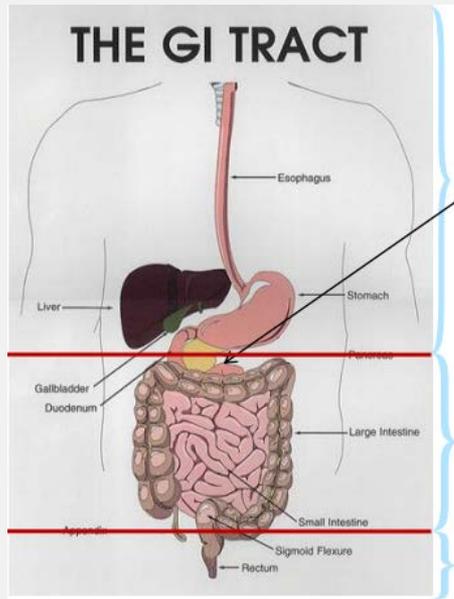
预防结核、导管内血栓、特发性纤维性纵隔炎等

七、上消化道出血

上消化道出血的概述

定义：指屈氏韧带以上包括食管、胃、十二指肠、胰或胆管病变引起的出血，以及胃空肠吻合术后的空肠病变出血，数小时内失血量超过1000ml或循环血容量的20%。

◆ 临床特征



上消化道

中消化道

下消化道



七、上消化道出血



上消化道出血的紧急处理

（一）补充血容量

1. 补液
2. 输血

（二）止血

1. 药物治疗
2. 三腔或四腔气囊管压迫止血
3. 内镜直视下止血
4. 介入治疗
5. 多学科诊治和外科手术干预

（三）一般措施

1. 绝对卧床
2. 病情观察
3. 饮食

大出血禁食，少量出血无呕吐进食温凉流质，出血停止半流质、软食，逐步过渡到正常饮食

4. 心理支持



→ 七、上消化道出血

上消化道出血的预防措施

（一）病因预防

1. 合理饮食
2. 增强体质
3. 定期体检和癌症筛查

（二）早期识别出血征象

出现头晕、心悸或呕血、黑便时，立即卧床休息，减少身体活动，及时就医

八、恶性肠梗阻



恶性肠梗阻的概述

定义：原发性或转移性恶性肿瘤造成的肠道梗阻，常合并炎性水肿、电解质紊乱、肠道动力异常、肠道菌群失调及药物不良反应等。

◆ 临床表现

- 恶心、呕吐、腹胀、腹痛、停止排便排气
- 体查见肠型、腹部压痛、肠鸣音亢进或消失
- 影像学检查可见肠道积气、肠内气液平面等





八、恶性肠梗阻



恶性肠梗阻的紧急处理

（一）物理治疗

禁食、胃肠减压、灌肠等，纠正水、电解质及酸碱平衡失调

（二）体位

取半坐卧位，减轻腹肌紧张

（三）镇痛

阿片类止痛药最有效

（四）止吐

（五）抑制腺体分泌

1. 抗胆碱药物

2. 生长抑素类似物

（六）补液

脱水症状者每日补液量为1000~1500ml

（七）手术治疗

如肠段切除、肠段吻合、肠造瘘



八、恶性肠梗阻



恶性肠梗阻的预防措施

（一）识别高危人群和高危因素

原发肿瘤肠腔占位；合并腹内疝、腹水、低钾血症等，高龄、虚弱、长期卧床、腹腔化疗后、服用阿片类药物、止泻治疗中等均属于高危因素

（二）早期识别恶性肠梗阻

出现恶心、呕吐、腹胀、腹痛、无法进食、停止排便排气时应警惕恶性肠梗阻，及早诊断和处理

→ 九、阴道大出血

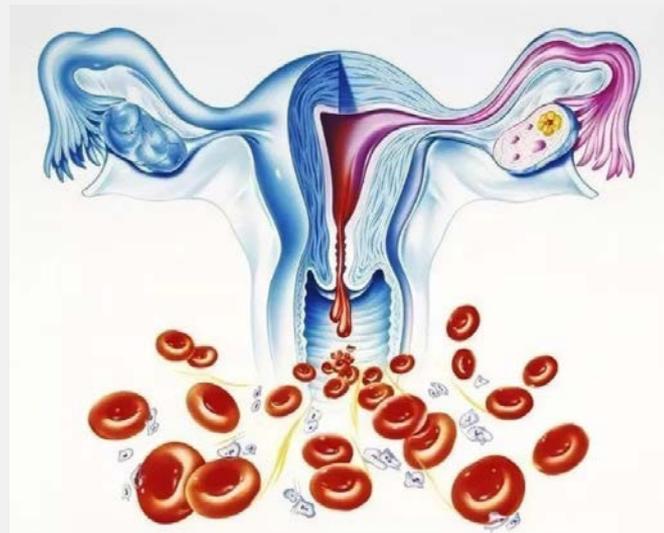


阴道大出血的概述

定义：指阴道内涌现大量的新鲜血液，出血量是正常月经数倍或有大量血凝块流出阴道。

◆ 临床表现

- 阴道涌现大量新鲜血液或血凝块
- 伴头晕、心慌、面色苍白、呼吸困难甚至休克



九、阴道大出血



阴道大出血的紧急处理

（一）补充血容量

输液、交叉配血、输血、止血治疗，快速扩充血容量

（二）迅速止血

迅速阴道内填塞无菌纱布或碘仿纱条压迫止血

1. 体位 膀胱截石位，协助医师先明确出血部位再填塞

2. 阴道填塞

用力适度，记录纱布数量，每日更换，时间不宜过长，保持会阴部清洁

3. 阴道填塞前留置导尿管

（三）吸氧、保暖

（四）生命体征监测

（五）心理护理



九、阴道大出血



阴道大出血的预防措施

（一）预防出血

减少不必要的宫颈活检、妇科检查，冲洗阴道动作轻柔

（二）注意个人卫生

指导患者注意性生活以及月经期的卫生，避免病原菌感染

（三）定期体检

早发现肿瘤，尽早治疗

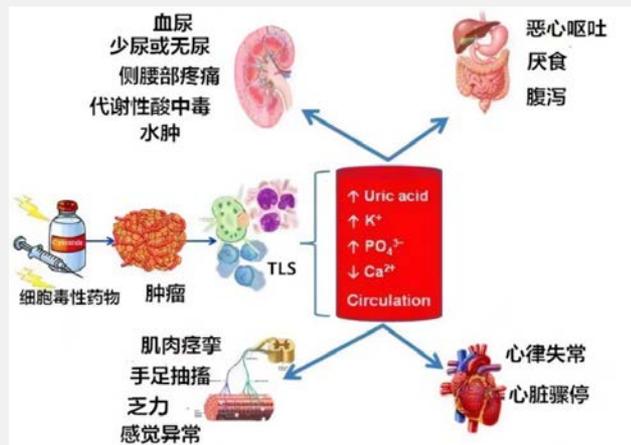
十、肿瘤溶解综合征



肿瘤溶解综合征的概述

定义：由于肿瘤治疗所导致的大量肿瘤细胞快速和大规模被破坏，引起高尿酸血症、高磷血症、高钾血症、低钙血症，甚至肾衰竭，也可导致心律失常、癫痫发作和猝死，即TLS。

- 最常见于高度增殖性血液系统恶性肿瘤
- 常发生于化疗后1~7天



➔ 十、肿瘤溶解综合征

⊕ 肿瘤溶解综合征的概述

◆ 临床表现



十、肿瘤溶解综合征



肿瘤溶解综合征的紧急处理

（一）水化与利尿

保持高尿量和充足的水合作用

严密观察体重和尿量变化

（二）保持水电解质平衡

高钾血症或低钙血症患者行心电监测

（三）药物治疗

禁止使用阿司匹林、显影剂等

（四）血液透析

持续性高钾血症或高尿酸血症，继发性低钙血症、出现肾功能衰竭患者行血液透析



→ 十、肿瘤溶解综合征



肿瘤溶解综合征的预防措施

（一）早期识别

诱发TLS的危险因素有重度淋巴瘤、急性白血病及大的实体瘤、慢性肾功能不全、少尿、脱水、广泛淋巴结肿大、腹水，及使用肾毒素药物等

（二）有效预防

1. 提高意识 密切监测血清电解质、肌酐、尿酸等水平
2. 预防性用药
3. 管理体液平衡
4. 健康指导



小结



- 1.恶性肿瘤患者出现危急症可能危及生命。
- 2.肿瘤急危重症以发病急需紧急处理为特点。
- 3.需早期识别风险因素，提早预防，积极处理。

THANKS

