

# 贵阳医学院教案首页

2010 年 9 月 21 日 授课年级

专业 09 级 独立乙班

授课时间	8Am—10:30Am
总学时 108	本人授课学时 27
讲课学时 81	考试课/考查课 考试课
实验学时 27	教学地点: 11 教

课程名称: 内科护理学

教研室: 内科护理学

教师: 付蕾

室主任审核签字:

教学内容: 教材名称(版次) 内科护理学

起止章节页码 247--254

讲授题目 上消化道大量出血

计划用时 3

教学要求: 掌握内容

理解上消化道出血的定义、常见病因

理解本病临床表现及诊断要点 上消化道大出血病情观察要点。

理解上消化道出血的预防措施重点: 上消化道大出血的抢救配合

熟悉内容

了解内容

教学要点: 重点、难点、疑点

重点: 上消化道大出血的抢救配合。上消化道大出血病情观察要点。

难点: 出血量的估计和出血是否停止的判断

教学进程  
(步骤)

- 一、概述：上消化道出血的概念，上消化道大出血的定义。
- 二、病因：详讲消化性溃疡、肝硬化等病因
  - 1. 上胃肠道疾病
  - 2. 门静脉高压引起食管、胃底静脉曲张破裂出血
  - 3. 上胃肠道临近器官或组织疾病
  - 4. 全身疾病
- 三、临床表现：详讲呕血、黑便特点，失血性休克程度判断等
- 四、实验室及其他检查：

教学方法：

- 举例
- 图片
- 解释

参考资料

实用消化病学 第2版 科学出版社

作业

上消化道大出血病情观察要点。

# 教案续页

辅助手段和时间分配	基本内容
<p>10 分钟 讲解 图片 举例</p>	<p>系指屈氏韧带以上的消化道出血，常表现为呕血和便血。</p> <p>(一) 上消化道疾病</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、食管疾病</li> <li>2、胃十二指肠疾病：消化性溃疡、急性糜烂性胃炎</li> </ol> <p>(二) 门静脉高压致食管胃底静脉曲张破裂</p> <p>(三) 上消化道邻近器官或组织的疾病</p> <p>(四) 全身性疾病</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 常见的出血病因：</li> <li>■ 消化性溃疡</li> <li>■ 食管胃底静脉曲张破裂</li> <li>■ 急性糜烂出血性胃炎</li> <li>■ 胃癌</li> </ul>
<p>25 分钟 讲解 图片 举例</p>	<p>临床表现</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、呕血与黑粪：特征性表现</li> </ol> <p>一般为：恶心→呕血→黑粪</p> <p>食管、胃出血：多为呕血和黑粪 但如出血量 速度慢，亦可无呕血</p> <p>十二指肠出血：多仅有黑粪 但如出血量 速度快，亦可有呕血</p> <p>呕血多呈咖啡色</p> <p>血红素 胃酸 正铁血红素</p> <p>黑粪呈柏油样，粘稠而发亮</p> <p>血红蛋白的铁 肠内硫化物 硫化铁</p> <p>心率增快、血压偏低、晕厥</p> <p>严重时呈休克状态</p> <p>烦躁不安、神志不清、面色苍白</p> <p>唇发绀、呼吸急促、血压下降</p> <p>脉细速、尿少</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3、发热：</li> </ol> <p>&lt;38.5 持续 3-5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4、肠源性氮质血症</li> </ol> <p>3-4 天后降至正常。</p> <p>如 BUN↑&gt;3-4 天：继续出血或再出血</p> <p>休克时间过</p> <p>或原有肾脏病变→肾衰竭</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5、血象变化</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Hb↓、RBC↓</li> <li>(2) 网织红细胞数↑ (3) WBC 数↑</li> </ol>

# 教案续页

辅助手段和时间分配	基 本 内 容
10 分钟 讲解 图片 举例	<p><b>实验室检查</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、胃镜检查：出血后 24~48h 内急诊内镜检查</li> <li>2、化验：血常规、血尿素氮、肝功等</li> <li>3、钡剂：在出血停止后且病情稳定数天后进行</li> <li>4、其他：选择性动脉造影 适用于内镜及钡剂未能确诊而又反复出血者</li> <li>5、吞线试验：不能耐受 X 线及内镜检查或动脉造影者 可作吞线试验，根据棉线有无沾染血迹及其部位，可以估计活动性出血的部位。</li> </ol> <p><b>诊断要点</b></p> <p>(一) 上消化道出血诊断的确立</p> <p><b>诊断根据</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 呕血、黑粪</li> <li>(2) 失血性周围循环衰竭表现</li> <li>(3) 呕吐物或黑粪隐血试验强阳性</li> <li>(4) Hb↓、RBC↓</li> </ol> <p>确诊为肝硬化的病人，其上消化道出血原因不一定是食管胃底静脉曲张破裂，部分是消化性溃疡、急性胃粘膜损害或其他部位病变。</p>
15 分钟 讲解 图片 举例	<p><b>治疗要点</b></p> <p>一) 迅速补充血容量，纠正休克</p> <p>——放在一切治疗措施之首。</p> <p>立即配血，快速输液，必要时紧急输血。</p> <p><b>紧急输血指征：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 体位改变出现晕厥、Bp 下降、心率增快</li> <li>(2) SBP&lt;90 mmHg (或较基础压下降 25%)</li> <li>(3) Hb&lt;70g/L 或血细胞比容低于 25%。</li> </ol>
10 分钟 讲解 图片 举例	<p>(二) 止血措施</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、非曲张静脉上消化道出血的止血措施             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 药物治疗</li> <li>(2) 内镜治疗</li> <li>(3) 手术治疗</li> <li>(4) 介入治疗</li> </ol> </li> </ol>

15 分钟 讲解 图片  
举例

### (1) 药物治疗

#### ① 抑制胃酸分泌

H<sub>2</sub> 受体拮抗剂

质子泵抑制剂

##### ■ 抑制胃酸分泌药止血机制

胃酸和胃蛋白酶干扰内、外源性凝血系统，抑制血小板因子 III 的活性及血小板聚集，并可破坏血凝块。

有效的抑酸治疗使胃内 pH 值 > 6，是促进血小板聚集和血浆凝血功能的有力措施。

#### ② 局部止血药

去甲肾上腺素 8mg + 冰生理盐水

30 ~ 50ml

出血停止 12 小时后停

出血控制后改 Q4 ~ 6h

氢氧化铝凝胶 20ml, tid ~ qid

1、非曲张静脉上消化道出血的止血措施

2、食管胃底静脉曲张破裂出血的止血措施

(1) 药物止血

(2) 三腔二囊管压迫止血

用于药物治疗无效时的暂时止血，

以争取时间进行其他有效治疗。

(3) 内镜直视下止血

(4) 外科手术或 TIPS (经颈静脉肝内门 - 体静脉分流术)

(1) 药物止血

① 血管加压素

② 生长抑素

主要护理诊断/护理问题

1、组织灌注不足 与大量失血、血容量不足有关。

2、恐惧：与突然大量出血有关。

3、有窒息的危险：与血块吸入有关。

护理措施

(一) 一般护理

1、休息与体位

大出血时绝对卧床休息，平卧下肢抬高

保持呼吸道通畅，吸氧

5 分钟 讲解 图片  
举例

# 教案续页

辅助手段和时间分配	基本内容
<p>15 分钟 讲解 图片 举例</p> <p style="margin-top: 100px;">5 分钟 讲解 图片 举例，实物</p>	<p><b>2、饮食</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 严重呕血或呕血伴有剧烈呕吐者，应暂禁食，止血后 1—2 天进食流质饮食。</li> <li>➢ 小量出血，摄少量温凉流质食物，然后过渡到软食</li> </ul> <p><b>(二) 病情观察</b></p> <p>1、呕血黑便的量、性质、次数及肠鸣音是否亢进；2、神志 3、生命体征；4、每小时尿量；</p> <p>5、肢体温度和湿度、皮肤与甲床色泽；</p> <p>6、周围静脉尤其是颈静脉充盈情况。</p> <p><b>出血量的估计</b></p> <p>1、根据临床表现</p> <p>粪便隐血</p> <p>黑粪</p> <p>呕血</p> <p>全身症状</p> <p>周围循环衰竭</p> <p>体位变化：平卧→坐位</p> <p>B P ↓ &gt; 15 - 20mmHg、P ↑ &gt; 10 次/分</p> <p>示血容量明显不足，需紧急输血。</p> <p>S B P &lt; 90mmHg，P &gt; 120 次/分，伴休克表现</p> <p>示严重大量出血，需积极抢救。</p> <p style="text-align: center;"><b>出血是否停止的判断</b></p> <p><b>继续出血或再出血征象：</b></p> <p>(1) 呕血、黑粪情况：</p> <p>反复呕血，或黑粪次数增多、</p> <p>粪质稀薄，甚至呕血转为鲜红色</p> <p>黑粪变成暗红色，伴肠鸣音亢进。</p> <p>(2) 周围循环衰竭表现：经充分补液输血</p> <p>后无明显改善，或虽暂时好转又恶化。</p> <p>(3) 血象变化：Hb、RBC 继续下降，网</p> <p>红细胞持续增高。</p> <p>(4) BUN：持续或再次升高（在补液和尿</p> <p>量足够的情况</p> <p>(5) 门脉高压的病人原有脾大，在出血后暂时缩小，如不见脾恢复肿大提示出血未止。</p> <p><b>(四) 三腔气囊管压迫止血期的护理</b></p>

# 教案续页

辅助手段和时间分配	基本内容
	<p>1) 经常抽吸胃内容物如新鲜血说明压迫止血失败, 应适当调整</p> <p>2) 病人感胸骨下不适出现恶心或频繁早搏, 应考虑是否有胃气囊进入食道下端, 挤压心脏, 应适当调整</p> <p>3) 如提拉不慎, 将胃气囊拉出而阻塞咽喉部引起窒息, 此时应立即将气囊口放开或剪除三腔管放出气体</p> <p>4) 注意口鼻清洁, 嘱病人不要将唾液、痰液咽下, 以免误入气管引起吸入性肺炎, 每日 2 次向鼻腔滴少许石蜡油, 以免三腔管粘附于鼻粘膜</p> <p>5) 一般三腔管放置 24 小时后, 食道气囊应放气 15~30 分钟同时放松牵引, 以暂解除胃底贲门压力, 然后再充气牵引, 以免局部粘膜受压过久糜烂坏死</p>

# 教案续页

辅助手段和时间分配	基本内容



# 教案续页

辅助手段和时间分配	基本内容

# 教案续页

辅助手段和时间分配	基本内容

# 教案续页

辅助手段和时间分配	基本内容

# 教案续页

辅助手段和时间分配	基本内容

# 贵 阳 医 学 院

## 教 学 教 案 本

课 程 名 称 外科护理学

授课班级及专业 2003 级护理本科班

教 研 室 外科护理学

教 师 及 职 称 顾颖 中级

教 研 室 主 任 李亚玲

贵 阳 医 学 院 教 务 处 制