

wei zhong bing ji jiu

hu li xin jin zhan



危重病 急救护理新进展

● 任巧玲 等主编

ren qiao ling deng zhu bian

危重病急救护理新进展

主编 任巧玲等

江苏工业学院图书馆
藏书章

南海出版公司

2005·海口

图书在版编目(CIP)数据

危重病急救护理新进展/任巧玲等主编. —海口:南海出版公司, 2005. 6

ISBN 7-5442-3098-8

I. 危… II. 任… III. ①急性病—急救—护理
②险症—急救—护理 IV. R472. 2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 029994 号

WEIZHONGBINGJJIUHULIXINJINZHAN

危重病急救护理新进展

主 编 任巧玲等

责任编辑 陈弥

封面设计 韩皎瑾

出版发行 南海出版公司 电话(0898)65350227

社 址 海口市蓝天路友利园大厦 B 座 3 楼 邮编 570203

电子信箱 nhcbgs@0898.net

经 销 新华书店

印 刷 山东省泰安市第三印刷厂

开 本 850 × 1168 毫米 1/32

印 张 13.75

字 数 350 千字

版 次 2005 年 6 月第 1 版 2005 年 6 月第 1 次印刷

印 数 1 ~ 500 册

书 号 ISBN 7-5442-3098-8/R · 107

定 价 26.00 元

南海版图书 版权所有 盗版必究

主 编	任巧玲	袁佑爱	郭瑞萍	刘秋波	王爱芝
	张爱君	李兆凤	刘清华	岳爱香	岳淑英

副主编 (以姓氏笔画为序)

于凤英	王万明	任 萍	关中宪	李 冰
张晓艳	张继敏	张秀华	轩春燕	杨 鯤
杨 华	陈成英	陈庆雨	孟桂荣	段启涛
胡西香	郭 鸣	崔秀芹	傅 辉	楚 华
詹来英	薛 岚			

编 委 (以姓氏笔画为序)

马宏丽	王 芳	王 琼	王秀芳	王保森
王晓媛	牛秋红	石 凤	冯 燕	卢 炎
田丽娟	刘 伟	刘美兰	刘海霞	刘新华
吕 莉	任伟梅	余向锋	孙爱莲	孙建丽
李 宏	李 敏	李淑慧	杜佳敏	张 欣
张丽燕	张光海	张微微	宋 艳	宋凤英
严冬梅	杨 洁	杨卫清	杨秋兰	陈 捷
孟秀霞	周咏梅	胡桂芳	赵青松	赵庆莲
侯 蕾	郑 娟	郑文婧	徐凤英	莫元霞
殷亚梅	姬瑞霞	姬常英	郝 雷	郝秀珍
郝晓磊	崔爱环	谢鞠平	蔡英杰	颜 梅

前 言

面对危重病患者,能否及时无误地做出诊断和救护,直接关系到患者的安危和抢救的成败。为此,医护人员对常见危重病应该全面认识,熟练掌握急救知识和技能,在紧急情况下能对患者实施及时、准确的救治和监护,以提高救治的成功率。本书从临床实用出发,在广泛汲取国内外先进急救技术理论与实践的基础上,对最为常见的危重病的病情判断、急诊处理、护理原则和技术进行了较为准确、详尽的阐述,对常用的急救技术也做了详细介绍,在急救与护理方面更具特色。

本书由丰富临床经验的医疗、护理专家执笔,编写中参阅国内外最新资料,密切结合临床实际,内容丰富而新颖,重点突出且具体,科学性与实用性并重,能解决在急救中常遇到和想到的问题。可供临床工作者以及医、护院校师生学习参考,也是基层医务工作者的必备参考书。

如本书对广大读者有所裨益,我们将不胜欣慰。由于拥有的资料和学识水平有限,书中难免有不当之处,敬请诸位读者和有关专家不吝赐教,以便不断修订完善。

编 者

于山东省安康医院

2005年3月

目 录

第一章 概论	1
第一节 急救护理技术的发展	1
第二节 危重病的救护体系	2
第三节 救护危重病的设施配置及人员配备	4
第四节 护理人员在危重病救护中的地位和职责	5
第二章 循环系统	8
第一节 急性心肌梗死	8
第二节 急性左心衰竭	17
第三节 心脏骤停	23
第四节 心源性休克	33
第五节 完全性房室传导阻滞	37
第六节 高血压危象	41
第七节 心肌炎	46
第八节 心脏病术后护理	52
第三章 呼吸系统	58
第一节 呼吸衰竭	58
第二节 急性呼吸窘迫综合征	65
第三节 自发性气胸	72
第四节 大咯血	78
第五节 哮喘持续状态	83
第六节 肺栓塞	88
第四章 消化系统	91

第一节	急性上消化道出血	91
第二节	肝性昏迷	100
第三节	急性出血性坏死性胰腺炎	107
第四节	急性化脓性胆道疾患	113
第五节	绞窄性肠梗阻	120
第五章	泌尿系统	126
第一节	急性肾功能衰竭	126
第二节	慢性肾功能衰竭	134
第三节	急性尿潴留	138
第四节	急性肾小球肾炎	141
第五节	慢性肾小球肾炎	145
第六章	造血系统	149
第一节	弥漫性血管内凝血	149
第二节	严重出血性疾患	155
第三节	急性粒细胞缺乏症	164
第四节	溶血危象	167
第五节	再生障碍性贫血危象	171
第七章	内分泌系统	178
第一节	垂体前叶机能减退危象	178
第二节	甲状腺危象	182
第三节	黏液性水肿昏迷	188
第四节	急性肾上腺危象	191
第五节	低血糖昏迷	195
第六节	糖尿病酮症酸中毒	198
第七节	高渗性非酮症糖尿病昏迷	203
第八章	神经系统	209
第一节	脑出血	209
第二节	蛛网膜下腔出血	214

第三节	缺血性脑卒中·····	218
第四节	癫痫持续状态·····	222
第五节	高血压脑病·····	226
第六节	重症肌无力危象·····	230
第七节	颅内压增高症·····	235
第八节	多发性硬化·····	241
第九节	格林-巴利综合征·····	245
第九章	精神科常见紧急状态·····	249
第一节	兴奋状态·····	249
第二节	抑郁状态·····	255
第三节	妄想及幻觉状态·····	259
第四节	强迫状态·····	264
第五节	暴力行为·····	267
第六节	其他几种状态的护理·····	273
第十章	妇产科疾病·····	278
第一节	妊娠高血压综合征·····	278
第二节	羊水栓塞·····	285
第三节	产后出血·····	292
第四节	阴道出血·····	297
第十一章	儿科疾病·····	302
第一节	新生儿败血症·····	302
第二节	新生儿破伤风·····	305
第三节	新生儿硬肿症·····	308
第四节	新生儿颅内出血·····	312
第五节	急性肺炎·····	315
第六节	重症婴幼儿腹泻·····	321
第七节	急性坏死性肠炎·····	328
第八节	小儿急性心力衰竭·····	331

第九节	病毒性心肌炎·····	336
第十二章	损伤及中毒性疾病·····	340
第一节	急性中毒·····	340
第二节	急性颅脑损伤·····	345
第三节	颈椎损伤·····	354
第四节	胸部损伤·····	359
第五节	腹部损伤·····	366
第六节	挤压综合征·····	374
第七节	烧伤·····	378
第十三章	多器官功能衰竭(MOF) ·····	388
第一节	MOF 的病因及临床表现 ·····	388
第二节	MOF 的监测项目 ·····	393
第三节	MOF 的治疗与预防 ·····	396
第四节	MOF 的护理 ·····	400
第十四章	救护技术·····	406
第一节	人工呼吸器的应用·····	406
第二节	锁骨下静脉穿刺插管术·····	409
第三节	中心静脉压测定·····	411
第四节	洗胃术·····	413
第五节	心肺脑复苏术·····	415
第六节	紧急直流电心脏复律和人工心脏起搏·····	417
第七节	气管内插管术·····	420
第八节	胸腔穿刺术及闭式引流术·····	424
第九节	气管切开术·····	428

第一章 概 论

第一节 急救护理技术的发展

现代急救护理的起源,可追溯到 19 世纪南丁格尔(F. Nightingal)的年代。1854 ~ 1856 年英、俄、土耳其在克里米亚交战时,前线战伤的英国士兵死亡率高达 42% 以上,南丁格尔率领 38 名护士前往前线医院救护,使死亡率下降到 2%,这充分说明了急救护理工作在抢救重伤病员中的重要作用。建立有效的抢救系统和发明急救护理技术,对抢救成批的伤病员是必需的,在平时急救和运送患者方面也起着关键作用。

上世纪 50 年代初期,北欧发生了脊髓前角灰白质炎大流行,许多患者伴有呼吸肌麻痹,不能自主呼吸,而借“铁肺”治疗,经用与此相应的特殊护理技术,取得了良好的效果。这是世界上最早的用于监护呼吸衰竭患者的“监护病房”。外科手术后患者先到复苏室护理,清醒后再回病房,复苏室系外科手术后的早期监护病房。此后,急救护理技术进入了有抢救设备配合的新阶段。在上世纪 60 年代,由于电子仪器的蓬勃发展,如心电图装置、电除颤器、人工呼吸机、血液透析机的应用,医学理论与实践逐渐深化,护理理论与护理技术更进一步提高。到了上世纪 70 年代,有些国家组织了急救医疗体系,训练各行各业的人员作为二线急救组织成员,重视现场抢救,重视急救护理教育。当人们遇到急症患者、危重患者、火警、交通等人身事故时,能做到边抢救边电话报警,随之

而来的是配备了带有急救设备的专用救护车和急救医护人员。有些国家还用直升机作为运送伤病员的工具,随时以报话机和有关医院急诊科联系,并在有关专家指导下进行必要的处理,对降低死亡率及残废率起了重要作用。

急救护理技术的发展是关系到人民群众健康的大事,我国历来重视急救事业和急救知识的普及教育。早在上世纪 50 年代,我国医院各病房就普遍将危重患者集中在危重病房,靠近护士办公室,便于护士密切观察病情及护理。在 70 年代成立了心脏监护病房,随后相继成立了各专科或综合监护病房。1980 年 10 月卫生部颁发《城市医院急诊科建设方案》,北京和一些大城市陆续成立了急救中心,全国各地的医院里也先后成立急诊科。中华护理学会及护理教育中心举办了多期急救护理学习班,为开展急救护理工作及急救教育培训了人才。

急救护理技术的发展,证明人类对保护生命、减轻痛苦、促进健康的认识,是随生产力发展不断提高的。从我国急救护理体系看,目前的组织结构完全适应了现代化的演变。拨打“120”是抢救危重患者及救治突发事件受伤者首选的应急措施。一个装置现代通讯设备的协调中心,接受从各个方面、各个角度来的急诊呼号,然后以最迅速的方式,向离现场最近的急救站发出指令。该站急救医护人员奔赴呼救伤病员所在地,进行必要的急救处理,并将伤病员在密切监测和继续治疗下,送往按指令所规定的医院急诊科。在急诊科分类诊治,危重病患者可送入监护室继续抢救。“120”对于需要急救的患者来说,无疑是一条生命线。

第二节 危重病的救护体系

危重病救护是指对短时间内威胁人体生命安全的危重患者所采取的一种紧急医疗护理措施。采取迅速、准确、有效的救护措

施,可使不少患者的生命转危为安,获得新生。建立危重病的救护体系就是为危重患者提供快速有效的急救服务,其意义是:从患者发病之初或遭受较重外伤之际,即可在最短的时间内得到初步及时的处理或抢救,起到防止病情加重或伤势剧增的作用;将危重患者经过及时的初步处理后,在医护人员的监护下送医院急诊科;在医院急诊科进一步明确诊断和处理,根据病情或送手术室急诊手术,或送专科病房,或送重症监护室(ICU)。

危重病的救护体系是整个医疗救护网的一个重要组成部分,医疗救护网是在各级卫生行政部门和所在单位直接统一领导下,实施急救的专业组织,承担现场急救和途中护送,以及包括医院急诊抢救的全过程的工作。各城市应逐步建立健全急救站、医院急诊科,并与街道卫生院等基层卫生组织相结合,组成医疗急救网。医疗急救网以医疗急救为中心,急救站负责对各科急、危、重症患者及意外灾害事故受伤人员的现场和转送途中的抢救治疗。医院急诊科承担急救站转送的和来诊的急、危、重症患者的诊治、抢救和留院观察工作。基层卫生组织负责所在地段单位的负伤救护、防火、防毒等基本知识及技术操作的宣传教育工作,在广大群众中宣传、普及急救知识。一旦出现急、危、重症患者或意外灾害时,在急救专业人员到达前,及时、正确地组织群众开展现场自救、互救工作。

危重症患者及时在现场得到正确、有效的救治极为重要,这样可使患者在生命体征尽可能稳定的情况下被送到医院进行治疗。许多急、危、重症患者的急救,往往“时间就是生命”,而危重病救护体系的有效运行,正是使广大患者在最短时间内获得救治的保证。目前,制订我国急诊医疗体系的条例,乃当务之急。各地已经建立和正在逐步完善急诊医疗体系,使我国的急诊医学,尤其是急救护理达到一个新的水准,以造福于所有危重症患者。

第三节 救护危重病的设施配置及人员配备

急救站要建立必要的通讯设施,现代化的医疗通讯联系,可以说是医疗救护体系的灵魂。急救站、救护车与医院急诊科应配备无线通讯,逐步建立起救护车派遣中心和急救呼叫专线电话,通讯网络的建立,有利于急救工作的顺利开展,这是不言而喻的。要配备一定数量车况良好、具有必要的救护装备的救护车,要有足够数量的急救医护人员,要有1~2名急救医生随车出发,以便进行及时有效的现场救护和运送途中的救护,改变救护车仅作为运送工具的状况。

医院急诊科接治的多是突发的急、危、重症患者,一切医护工作应以“急”为中心,布局应以应急出发,标志必须醒目、突出。应有独立的“小区”,门应足够大,门内大厅要宽广,以利担架、车辆的进出及较多的患者和家属做短暂候诊时停留。要有专门的医护人员编制和一定规模的救护装备和对内对外的通讯联系设施。为了随时准备救治危重患者,医院应组织创伤急救小组,并每日将该小组值班人员的名单公布于急诊科,遇到严重创伤患者来院,该小组成员迅速到位。这样可使患者得到及时、正确、有效的救治,将耽搁和延误减少到最低限度。

抢救危重患者,先进的仪器设备必不可少,各医院急诊科可根据本院实际情况配备。由于专用仪器设备较多,护士长应协助科主任做好仪器设备的登记、保管、维修、保养等方面的协调工作。除颤器、呼吸机、内镜等常规设备的充电、保养、消毒等要按规定经常进行;冰帽、冰毯、注射器、输液泵等小型仪器要保证随时可用;肾脏超滤、血浆置换等大型专用设备,应建立使用保管登记制度、维修保养制度及隔离消毒制度等,以保证设备的完好率和提高设备使用率。另外,还应建立小型的抢救用品库,储存少量急需药

品、卫生材料和急救用品,以保证随时使用和节假日及夜间的供应。可设立小型实验室,检查与抢救密切相关的、操作简单的血常规、血气、血电解质等项目的检验,并可由经过培训的护士兼做,但项目承担不宜过多,主要限于与抢救密切相关。

根据危重病患者监护、治疗的特点、性质、和职能,要配备充分的医护人员。急诊医生要有丰富的临床经验,责任心要强,技术要好,并应固定,一般不得随意调动或调换。还要配备专业知识扎实、操作技术熟练、有一定的临床护理经验、责任心强、服务态度好的护士,护士配备应注意掌握合理的年龄梯度和护龄梯度,使之保持科学的知识结构。所有医护人员均应掌握心脏按摩、人工呼吸、气管插管、心脏除颤、起搏、洗胃等急救技术操作。同时要配备一定数量的卫生员和勤杂人员。

第四节 护理人员在危重病救护 中的地位 and 职责

危重病来势凶险,变化迅速,在短时间内,甚至骤然之间即可危及人的生命安全。我国的危重病监护工作始创于上世纪 80 年代初期并发展迅速,是我国医学领域中一个新兴的临床学科,尤其是危重病监护室(ICU)的建立与完善,使我国的急诊医学从初级生命急救维护跃入了高级监护监测分析阶段,把先进的仪器监测用到患者床边,通过对多方位可控监护资料的分析处理,为多专科危重患者提供高质量的医疗和护理,挽救了千百万濒死患者的生命。ICU 的建立,也为我国护理事业的发展开辟了一条高速航线,对于发展和研究危重病的临床救治发挥了极其重要的作用。现代医疗监护理论与实践提示,护理人员在危重病抢救中的地位越来越重要。因为抢救患者的成功与否,不仅靠医生的技术,亦离不开

贯穿抢救过程始终的护理技能与职业责任心。危重病病情变化快,随时都有危及生命的可能,而在 24 小时内能够密切观察和直接得到第一手临床资料的只有护理人员。医生所得到的患者病情发展及是否需要修正治疗方案的信息主要来源于护理人员。护理人员是管理危重病患者最直接、最主要的人员之一。总之,在危重病抢救过程中,无论是各项繁杂的医嘱实施,患者迅速变化的病情观察,对病情的瞬间判断和抢救处理,各种监护仪器的使用,临床监护参数的分析,以及危重病患者的管理等,护理人员无一不是最直接、最主要的人员。护理人员在挽救患者生命、提高抢救成功率、降低死亡率、减少后遗症中,处处都发挥着无法替代的特殊作用。

从事危重病抢救的护理人员要具备高于一般护理人员的特殊素质,应逐步培养成为急救专业护士。要掌握一定的各科急救临床知识和经验,具备一定的应急能力和基本技术,而且应当明确以下职责:

一是定时检查并保证各种管道通畅。管道多是急、危、重症患者抢救中的一大特点,能否保持各种管道通畅,对救治用药、病情观察、引流治疗等都至关重要。护理人员应定时检查各种管道(输液管、胸腔闭式引流管、导尿管、中心静脉压力管、气囊漂浮导管等)的畅通情况,遇到异常应及时处理,并注意防止感染。

二是正确使用并保持各种监护仪器的正常工作。危重病抢救除普通病室所需医疗器械外还需一些精密、多功能的测试仪器,如床边心电监护仪、呼吸机、心电图机、除颤机、起搏器、血气分析仪、气管插管等。先进的监护仪器设备要求护理人员具有相应的知识结构,熟练掌握各种仪器的性能、使用、管理、监测参数和图像的分析及临床意义等。

三是制定护理计划。严密观察并准确记录患者的监测状况和病情变化,制定周密的护理计划,内容要做到具有科学性、系统性、

完整性及逻辑性,用词要准确,要有可靠的数据和参考价值。

四是熟练掌握多专科护理抢救知识及急救技术操作。急、危、重症患者病理变化复杂多样,有时累及多脏器,发生多脏器功能衰竭。因此,护理人员应能进行多脏器的功能监护,技术要全面,应变工作能力要强,要通晓多专科护理抢救知识,熟悉掌握各种护理操作先进技术。

五是严格执行交接班制度。急、危、重症患者交接班应一律在床头进行,因监护仪器使用情况及治疗用药繁杂多变,交接班必须详细、完整,而且对病情发展要有概括性总结及预后提示,以引起注意。

六是认真做好基础监护。对危重病患者必须严密监护生命体征,如患者的意识、瞳孔、体温、脉搏、呼吸、血压等。对患者给予持续的心电图、心率、呼吸频率监测;留置导尿管记录每小时尿量;记录24小时内液体及电解质出入平衡情况。认真做好患者的生活护理,加强皮肤与口腔护理。防止各种并发症发生,是决定总体治疗方案成功与否的基本条件,应引起高度重视。

七是定期进行监护室的空气清洁和消毒。危重病患者防御能力十分低下,为预防交叉感染,护理人员应采取严密有效的措施,保持监护室整洁、安静,给患者以良好的治疗环境。

(任巧玲 陈庆雨)

第二章 循环系统

第一节 急性心肌梗死

急性心肌梗死 (Acute myocardial infarction) 是冠状动脉分支急性闭塞引起局部心肌发生缺血性坏死, 临床表现为胸骨后持续性剧烈疼痛、发热、白细胞增多和血清心肌酶活力增高及心电图进行性改变, 常有心律失常, 可并发休克或心力衰竭。

一、病情诊断

(一) 半数以上患者在发病前有前驱症状, 如乏力、气短、烦躁、频发心绞痛等, 其中以初发型心绞痛或原有心绞痛加重最为突出。凡心绞痛发作频繁、程度加重、持续时间较长并伴有急性心功能不全、心动过缓、严重心律失常或血压较大波动等, 均可能是急性心肌梗死的先兆。

(二) 突然发生胸骨后或心前区持续性剧烈疼痛, 常放射到颈、臂或上腹部, 休息或含硝酸甘油可缓解。不典型者可无胸痛而突然出现休克、心力衰竭或心律失常等。部分患者伴发热、恶心、呕吐、大汗、恐惧和心前区收缩期杂音等。

(三) 白细胞增高、血沉加快, 血清心肌酶如谷草转氨酶 (GOT)、肌酸磷酸激酶 (CK)、乳酸脱氢酶 (LDH) 等升高, 血肌钙蛋白升高。

(四) 心电图检查发现随梗死部位不同可出现相应导联 ST 段呈弓背形升高, 并出现病理 Q 波及冠状 T 波。但在多发性小灶型