



全国高等医药教材建设研究会·卫生部规划教材

全国高等职业教育护理专业领域技能型紧缺人才培养培训教材

供涉外护理专业用

急危重症监护

CRITICAL CARE



主编 谢天麟



人民卫生出版社

全国高等医药教材建设研究会·卫生部规划教材
全国高等职业教育护理专业领域技能型紧缺人才培养培训教材
供涉外护理专业用

急危重症监护

CRITICAL CARE

主 编 谢天麟

副主编 李 钦

编 者 (以姓氏笔画为序)

卫 玮 (平顶山卫生学校)
王立文 (无锡卫生学校)
丛小玲 (苏州卫生职业技术学院)
李 钦 (平顶山卫生学校)
李志华 (重庆市医药高等专科学校)
张志泉 (华中科技大学同济医学院附属协和医院)
陈绍云 (华中科技大学同济医学院附属协和医院)
邱小红 (江西护理职业技术学院)
罗 歆 (宜春职业技术学院)
柯箫韵 (黄石理工学院医学院)
陶春水 (宜春职业技术学院)
龚海蓉 (福建卫生职业技术学院)
谢天麟 (宜春职业技术学院)

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

急危重症监护/谢天麟主编. —北京:
人民卫生出版社, 2006. 12
ISBN 7-117-07887-1

I. 急… II. 谢… III. 险症-监护(医学)-高等学校: 技术学校-教材 IV. R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 084958 号

本书本印次封底贴有防伪标。请注意识别。

急危重症监护

主 编: 谢天麟

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E-mail: pmph @ pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 潮河印业有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/16 印张: 15.75

字 数: 444 千字

版 次: 2006 年 12 月第 1 版 2006 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-07887-1/R·7888

定 价: 24.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

出版说明

根据《教育部办公厅 卫生部办公厅关于确定职业院校开展护理专业领域技能型紧缺人才培养培训工作的通知》(教职成厅〔2003〕3号)的精神,卫生部教材办公室在认真、全面调研的基础上,规划并组织编写了全国高等职业教育护理专业领域(涉外护理、中西医结合护理)技能型紧缺人才培养培训卫生部规划教材。

本套教材的指导思想为:以全面素质为基础,以能力为本位;以市场需求为基本依据,以就业为导向;适应护理行业发展,体现教学内容的适应性和先进性;以学生为主体,体现教学组织的科学性和灵活性。本套教材编写要求体现“整体护理的理念、护理程序的模式、突出人文关怀”,从而达到使学生掌握“必需、够用”的基础理论知识、较强的技术应用能力、知识面宽、综合素质高的培养目的。

为保证涉外护理专业方向教材的质量,卫生部教材办公室成立了专家委员会对教材的规划、组织、编写、管理、使用、培训、评审等工作起指导、咨询、纽带的作用。经过专业委员会讨论,确定本套教材共编写14种,其他课程可用高职护理专业卫生部规划教材,不再重复编写。整套教材要求中英文双语编写,教材结构以中文为主、英文为辅。英文主要为章前言、核心词汇和每章小结,约占中文篇幅的1/5~1/3。同时每本教材在书末附中英文名词对照表、参考文献、教学大纲(参考),40学时以上的课程均编写了配套教材或配套光盘,以辅助教师教学和学生学。

全部教材将由人民卫生出版社在2006年9月前出版,以供教学使用。具体书目为:

书名	主编
* 1 多元文化与护理	顾 炜
* 2 护理专业英语——阅读分册	孙国棣
* 3 护理专业英语——视听说分册	刘国全
4 人际沟通	马如娅
5 护理学导论	史先辉
6 基础护理技术	刘登蕉
7 健康评估	马秀芬
8 急危重症监护	谢天麟
9 母婴护理	朱达琍
10 儿童护理	叶春香
11 成人护理	李 丹 张 蕻
12 老年护理	卢省花
* 13 精神护理	雷 慧
* 14 社区护理	徐国辉

说明:标注“*”的教材为教育部职业教育与成人教育司推荐教材。

卫生部教材办公室

2006年4月

全国高等职业教育护理专业领域
涉外护理专业方向技能型紧缺人才培养培训卫生部规划教材

专 家 委 员 会

顾 问:林菊英(卫生部北京医院)

王 玮(中国台湾)

袁剑云(美国)

李士鸾(美国)

主任委员:沈 宁(中国协和医科大学)

副主任委员:程渐奎(全国英语护理教育协作组)

李小妹(西安交通大学)

杜 贤(卫生部教材办公室)

委 员:(按姓氏笔画排序)

吕瑞芳(承德卫生学校)

周凤生(江汉大学卫生技术学院)

刘书铭(乐山职业技术学院)

车春明(西安卫生学校)

袁耀华(郑州卫生学校)

戴瑞君(廊坊卫生学校)

屈光耀(无锡卫生学校)

陈明非(福建卫生职业技术学院)

曾志励(广西医科大学)

张 琳(宁夏医学院)

陈延年(济南卫生学校)

杨 晋(卫生部教材办公室)

秘 书:皮雪花(卫生部教材办公室)

前 言

随着国民经济发展及和谐社会的构建,人民的生活水平不断提高,生活方式不断发生变化,人们对医疗服务和卫生保健的要求越来越高。建立和谐社会、人们安居乐业和健康长寿已成为当今社会的美好向往。但是,我们在享受现代物质文明和精神文明的同时,也面临着突如其来的急危重病甚至突发灾害性事件的威胁,于是人们希望能在危难之时得到及时、迅速和有效的救助。提供快捷、方便和高水平的现代医疗和监护服务,培养和壮大急救和监护队伍,全面提高急危重症的急救和监护水平,是我国各级医院当今乃至今后一段时期内亟待解决的问题。

急危重症监护是一门跨专业的新兴边缘学科,它将急危重病疾病患者进行集中管理,并严密地进行呼吸、循环、代谢及其他脏器功能监护与全身支持管理的病室,在治疗原则上体现了人是不可分割的整体的主题,有利于对危重患者抢救。其水平的高低直接反映了医护人员的救治水平和整体素质,也反映了一所医院,或一个城市、或一个地区,乃至一个国家的卫生技术和管理水平的重要标志。

为了适应我国高等职业教育改革与发展的需要,在教育部、卫生部领导下,于2005年4月在江西省南昌市召开了“全国高等职业教育护理专业领域技能型紧缺人才培养培训卫生部规划教材主编人会议”,会议确定了高职涉外护理专业和中西医结合护理专业的教学计划和主要专业课程,根据涉外护理专业的教学计划,我们组织编写了《急危重症监护》这本教材。本教材的主要特点有:

1. 突出涉外护理岗位需求的特点,体现“必需” 本教材针对涉外护理岗位需求的特点,编写了包括急危重症管理、常见危重病症的监护两部分内容,每章节的概述和小结部分用汉英两语描述,旨在提高涉外护理专业学生的急救意识、急危重症监护能力和外语水平。

2. 立足高职涉外护理专业人才的知识需求,体现“够用” 根据课程目标和涉外护理专业的实践需要,教材内容重点放在对急危重症疾病概述、急救处理和监护等方面,对一些针对性不强的内容,仅作简单介绍。

3. 着重培养急救意识 为了适应新的医学模式的转变,密切联系涉外护理专业的实际,突出“时间就是生命”的急救理念,适当地编写了心理、社会等因素对急危重症的影响,以求增强学生的急救意识。

本教材采用法定计量单位,对部分习惯使用的单位采用括号说明。

本教材在编写、审定过程中,得到了卫生部教材办公室、江西省宜春职业技术学院及各编者所在学校的大力支持,本书的英文翻译由陈绍云、张志泉、陶春水老师完成,谨此一并表示感谢。

本教材经反复核对校正,力求准确实用。但由于涉及范围较广,我们的水平有限,疏漏与错误之处难于避免,恳请使用本教材的教师、学生批评赐教,以便再版时修正。

谢天麟

2006年6月

目 录

第一章 绪论	1
第一节 概 述	1
一、概 念	1
二、急危重症监护的发展史	3
三、急危重症监护护士的必备素质	3
四、学习目的与要求	4
第二节 急危重症患者的健康评估	4
一、急危重症病史采集的方法	4
二、急危重症病史采集的要领	5
三、体格检查	5
第二章 院前急救管理	9
第一节 概 述	9
一、院前急救的任务	10
二、院前急救的功能	10
三、院前急救的重要性	10
四、院前急救的原则	10
五、院前急救的特点	10
六、院前急救的内容	11
七、急救的功能评价	12
第二节 院前急救管理	13
第三节 院前急救护理	15
一、院前急救的组织体系	15
二、现场紧急救护	18
三、院前急救常用的护理措施	19
四、急救患者的运送、监护	20
五、伤病员的交接	22
第三章 急诊科管理与护理	23
第一节 概 述	23
一、我国急诊科现状	23
二、急诊科设置与布局原则	24
三、急救绿色通道	24
四、急诊科具体设置与布局	24

五、急诊科的人员组成	25
第二节 急诊科管理	25
一、急诊科的管理制度	25
二、急诊科的设备管理	28
三、急诊科医院感染管理	28
第三节 急诊科的工作	29
一、急诊科的特点	30
二、急诊护理的任务与工作流程	30
三、急诊护士的职责	31
四、急诊护士与急诊患者及家属的沟通	34
第四节 常见症状的分诊	35
一、发 热	35
二、胸 痛	37
三、腹 痛	38
四、呼吸困难	40
五、意识障碍	41
第四章 重症监护病房的管理	44
第一节 概 述	44
一、ICU 的任务	44
二、ICU 的设置要求	45
三、ICU 的护理工作要求	45
四、ICU 的工作制度	46
五、ICU 的护理文件	46
第二节 急危重症患者的监护程序	48
一、接诊要求	48
二、病情判断	48
三、ICU 患者的护理	51
第三节 急危重症患者的监护技术	51
一、体温监护	51
二、心电监护	52
三、血流动力学监护	53
四、呼吸功能监护	54
五、肾功能监护	55
六、神经系统功能的监护	55
七、输液监护	56
第四节 急危重症患者的置管护理	57
一、气管内插管患者的护理	57
二、气管切开患者的护理	57
三、脑室引流管患者的护理	58

四、胸腔引流管患者的护理	58
五、三腔双气囊管患者的护理	59
六、负压引流管患者的护理	59
七、中心静脉导管患者的护理	59
八、导尿管患者的护理	59
第五节 急危重症患者的心理护理	60
一、急危重症患者常见的心理问题	60
二、心理评估的方法	61
三、心理护理	61
第五章 现场急救、运送及护理	64
第一节 现场急救技术与实施	64
一、通 气	64
二、止 血	65
三、包 扎	67
四、固 定	74
五、搬 运	77
第二节 现场急救的运送与护理	80
一、现场急救时护理工作的主要任务	80
二、伤病员运送途中的护理	80
第六章 心搏骤停与心肺脑复苏患者的护理	83
第七章 急性肺水肿患者的护理	93
第八章 休克患者的护理	98
第九章 危重心脏病患者的护理	104
第一节 急性心力衰竭患者的护理	104
第二节 急性心肌梗死患者的护理	108
第三节 严重心律失常患者的护理	116
一、严重心律失常的识别与治疗	116
二、护 理	125
第十章 呼吸衰竭患者的监护	131
第十一章 急性肾功能衰竭患者的护理	139
第十二章 上消化道大出血患者的护理	146
第十三章 多器官功能障碍综合征患者的护理	153
第十四章 急性中毒患者的护理	161
第一节 概 述	161
第二节 有机磷农药中毒患者的护理	165

第三节 一氧化碳中毒患者的护理	168
第四节 常见安眠药中毒患者的护理	171
第五节 毒蛇咬伤患者的护理	174
第六节 吗啡中毒患者的护理	176
第十五章 创伤患者的护理	181
第一节 概 述	181
一、创伤严重程度的判断	181
二、成批伤病员的分类、伤情的分类	182
三、严重创伤患者的护理	183
第二节 重型颅脑损伤患者的护理	185
一、头皮损伤	185
二、颅骨骨折	186
三、脑损伤	187
四、颅内血肿	188
第三节 多发伤患者的护理	189
第十六章 小儿惊厥患者的护理	193
第十七章 心脏直视术后患者的护理	200
第一节 体外循环	200
一、体外循环机的装置及原理	200
二、体外循环的应用	201
三、体外循环的管理	201
四、体外循环对机体的影响	202
第二节 心脏直视手术后的加强护理	203
一、手术患者的接收	203
二、基本生命体征监护	203
三、呼吸功能的监护	204
四、微循环状况的监护	206
五、出、凝血状况的监护	206
六、出入液量监护	206
七、术后并发症的监护	206
第十八章 器官移植术患者的护理	209
第一节 概 述	209
一、移植器官的分类	209
二、移植器官供体、受体的选择	210
三、移植物的保存	210
四、同种异体移植术后的排斥反应	210
五、影响移植受体术后过程的因素	211

第二节 器官移植术的术前准备	211
一、受者的准备	211
二、移植监护病房的准备	211
三、移植监护工作人员的准备	211
第三节 各器官移植术后护理	212
一、肾移植	212
二、肝移植	213
三、肺移植	214
四、心脏移植	215
五、胰腺移植	216
六、角膜移植	216
七、骨髓移植	216
八、器官联合移植的监护	216
教学大纲(参考)	219
英汉名词对照表	231
参考文献	238

第一章 绪 论

Introduction

现代医学进步的一个主要标志是对急危重症患者救治水平的提高,急危重症监护是伴随现代医学发展而逐步建立起来的一门新兴独立医学学科。无论人体的哪一个系统或脏器的病变发展到晚期阶段,都有可能通过先进的医疗仪器和训练有素的医务人员对患者进行严密监护,实施强化治疗和精心护理,阻止病情的进一步恶化,稳定病情,为原发病的治疗和最终康复创造条件,赢得时间。因此,急危重症监护是研究急诊、危重症患者对危及生命健康问题的各种反应,以现代监测技术与护理手段给予医疗辅助治疗与护理,从而解决患者存在的护理问题的临床实践科学。因此,在急危重症患者的抢救、监护过程中,护理的作用非常重要,护士必须熟练掌握各种监护设备的使用方法,准确评估、及时观察与处理病情变化,挽救患者的生命,使患者早日健康。

A main mark in the progress of modern medical science is the improvement of taking care of dangerous and serious patients. The critical care becomes an independent medical subject with the development of modern medical science. Whatever system or organ of a human body may get problem and turn into the terminal stage, we can carry on intensive treatment and perfect nursing with advanced instruments and well trained medical workers to prevent the patient from getting worse, stabilize the patient's condition and create a chance for the treatment and recovery of the original disease. Therefore, the critical care is to study the emergency intervention and nursing with modern monitoring techniques and nursing methods. The nurse plays a very important role in critical care, therefore, the nurse must master various kinds of monitor machines, observe patient carefully, make intervention correctly and save the patient wholeheartedly.

第一节 概 述

一、概 念

(一) 危重病医学

危重病医学(critical care medicine,CCM)是研究急危重病发生、发展规律、诊断和治疗、监护的科学,具有多学科交叉、相互渗透的特点。狭义的危重病医学所涉及的主要是急危重病患者,包括因各种疾病或创伤所致的单个或多个脏器功能衰竭或严重代谢紊乱者。而广义的危重病医学涵盖了一切随时可能发生生命危险疾病或综合征。因此,广义的危重病医学则包括了急诊医学的内容,它们之间是既有联系,又有区别与分工的邻近学科。

对危重病患者的判定临床上尚无统一的标准,从护理的观点,一般根据病情轻重程度,将患者分为四类,即

1. 病危 每日护理量在 24 小时以上,即护士不能离开病床,这样的患者至少有 1 个脏器功能衰竭,随时可有生命危险。
2. 病重 每日护理量在 8~16 小时,如严重创伤、大手术后及脏器功能不全的患者,有发展成

病危的可能或潜在生命危险。

3. 一般 每日护理量为4~8小时,病情基本稳定,无明显危险因素。

4. 自理 每日护理量少于4小时,患者生活能自理,无生命危险。

(二) 急诊医学

急诊医学(emergency medicine, EM)所涉及的内容很广,它包括因灾害、事故所致的创伤、中毒及突发的各种急性病症,可危及患者生命,因此要求医疗体系的各个环节能作出迅速有效的反应和采取有力的措施。急诊医学是一门跨科的学科,其主要工作是医院前的急救及院内的决定性治疗,院内治疗要求达到专业化,一般分专科进行。急救医学与急诊医学不同,它主要指现场急救和初步急救(first aid),包括工厂、农村、家庭、交通事故现场、游泳池等事故现场对患者的初步处理及生命支持,它涉及通讯、调度、指挥、急救及运送等重要环节。

(三) 急诊医疗服务体系

急诊医疗服务体系(emergency medical service system, EMSS)是把急救医疗措施迅速地送到事故现场的危重患者身边,经初步急救处理,再把患者安全地转运到医院内作进一步救治的服务体系。它由医院前急救、院内急诊科、重症监护治疗病房(ICU)急救三个部分组成,三者既有明确分工,又有相互密切联系,形成一个有机的整体。

1. 医院前急救 “时间就是生命”,医院前急救的现场急救和途中救护恰能争取关系到患者生存的关键的几分钟,为医院内急救创造有利条件。一个队伍健全、抢救质量高效的医院前急救应符合以下条件。

(1)有灵敏的通讯网络:中国电信开通的“120”急救专线电话,是保障我国城乡紧急呼救信号畅通的主要通讯网络。

(2)组建布局合理的急救网络:其目的是当有事故或灾害发生,或遇有紧急呼叫时,救护车能以最快的速度赶到现场,急救人员对伤病患者进行初步处理后,能迅速地将伤病患者送到合适的接收医院。急救网络应具有以下两方面的要求:

1)一个地区(市)应设有一个急救中心(站)和急救指挥中心以及分布合理的急救分站,能在短时间内下达命令,调集足够的急救车辆和急救人员赶赴事故现场。

2)在大中城市应设立三级“接收医院”急救网络,即一级网络由社区医院和乡镇卫生院组成,可收治一般伤病患者;二级网络由各区、县医院、大型厂矿医院组成,可收治较重的伤病患者;三级网络由市级综合性和教学医院组成,可收治病情危重且较复杂的伤病患者。

(3)组建一支政治业务素质好、技术精良的急救队伍:选拔德高医精的医护人员组成急救队伍,一般救护车急救人员应接受严格的院前急救专业培训,能熟练地掌握止血、包扎、骨折固定、搬运等技术,掌握心肺复苏技术,以及常见急症如急性心肌梗死、心力衰竭、休克、猝死和急性脑血管疾病等应急处理。监护型救护车人员应接受更多的训练,如心电监护、心脏电击除颤、抗心律失常和呼吸管理等。

(4)备有性能良好的救护车和急救设备:救护车是实施院前急救的重要工具,必须做到数量充足,质量良好,保证及时、高质、快速地投入院前急救使用。

2. 医院急诊科 急诊科是医院内急救的第一线,其任务是:①治疗各类急性及慢性病急性发作;②依据患者的病情经处理后对患者作出是否回家、留院观察或收急诊病房、ICU病房的决定;③培训急诊专业医生或来急诊科轮科医生,培训急诊护士;④开展有关急性病发病机制、早期诊断及有效治疗方法的研究等,重点开展复苏、休克、多系统和器官衰竭的研究;⑤结合急诊临床的需要,改进或研制有关医疗仪器和设备。

3. 重症监护治疗病房 重症监护治疗病房(Intensive care unit, ICU)是将危重病症、全身功能衰竭患者进行集中管理,并严密地进行呼吸、循环、代谢及其他脏器功能监护与全身支持管理的病室,在治疗原则上体现了人是不可分割的整体的主题,有利于对危重患者抢救。ICU可分为两类:一是

综合 ICU,其作用是监测和支持人体的所有脏器(如外科 SICU、儿科 PICU、急诊 EICU),二是专科 ICU(如心脏 CCU、呼吸 RICU)。

凡有接纳内外科危重患者能力的医院,都应根据医院的规模设立 ICU 病房。一般将其分为三级。

I 级 ICU:适合于县以下医院,在 ICU 内可以对危重患者施行严密的生命体征监测,如心电图、心率、呼吸、血压等,具有进行心肺复苏的能力;通常对患者进行呼吸支持不超过 24 小时。

II 级 ICU:适合于地、市级医院等。在 ICU 内除对患者进行生命体征监测外,还较长期地应用呼吸支持措施,有专职人员负责物理治疗,配备一些有关病理生理、生化等检验设备和 X 线检查设备,有能力对危重患者进行进一步诊治。

III 级 ICU:适合于大、中型综合型医院,尤其是省、部级以上医院。在这类 ICU 内,专职医生和护士的选择都很严格,同时还配有功能全面、先进的检查治疗仪器设备,具备完善的危重患者多脏器生命支持能力,如心肺漂浮导管的应用、颅内压监测等,各种有创治疗等;并有一定化验检查分析和科学研究的能力。

二、急危重症监护的发展史

急危重症监护是一门新兴学科,自 20 世纪 50 年代与 60 年代初,欧美国家的一些大的医疗中心相继建立了重症监护治疗病房(ICU)。目前,无论是综合 ICU,还是专科 ICU,已成为危重医学的实验基地,极大地促进了危重医学的发展。1968 年,美国提出建立“急救医疗体系”;1971 年正式将急诊医学列为第 23 个独立的临床专业学科。以 1970 年美国危重医学会成立为标志,30 余年来,危重医学的发展及其所发挥的作用,为整个医学界所瞩目。

我国于 20 世纪 70 年代开始建立专科 ICU,1980 年成立了全国危重医学筹委会,1983 年卫生部颁布了《医院建设急诊科(室)的方案》,1986 年中华医学会急诊医学专科学会正式成立,同年公布了《中华人民共和国急救医学法》草案,1991 年卫生部重点建设了 11 所部属医学院校附属医院的危重医学专业,并在全国大型教学医院建立了危重医学教学基地。到 20 世纪 90 年代中期,我国各大、中城市的多数综合性医院都单独设置了专科 ICU 和综合 ICU,医院急诊科建设已纳入医院达标升级评定的必备条件。

随着危重病医学的发展,危重病监护也逐步完善起来,不少发达国家已经将其列为护理系教学计划,设有急危重症监护进修班、ICU 训练班。目前,危重病医学及监护课程已被列为我国医学院校临床医学和护理专业的必修课程,护理队伍的整体急危重症监护意识与急救水平有望得到更大提高。

但必须看到许多医疗单位的急危重症监护尚缺乏有效的组织和高效的工作,使一些危重病的伤病者因得不到及时、正确有效的抢救而死亡。但伴随着计算机网络技术的发展,我国远程医疗网络正在迅速发展,它必将使危重病医学及监护水平跃上一个新的台阶。

三、急危重症监护护士的必备素质

急危重症监护工作复杂多变、千头万绪,监护人员及其政治业务素质高低直接关系到工作的质量和成效。因此,急危重症监护护士应具备良好的职业素质和心理素质,高尚的医德和精湛技术,能对灾害、事故、病情进行迅速判断和应急能力。

1. 高度的责任心和同情心 急危重症监护的特点决定了参加的护理人员必须具有高度的责任心和同情心,只要患者存有一线生存希望,就应尽心尽责、全力以赴、快速准确地进行抢救。

2. 良好的心理素质和全面的应急能力 护理人员应具有:①细致的观察力;②良好的记忆力;③敏捷的思维能力;④强烈的情绪感染力和情绪稳定力;⑤坚定的意志;⑥良好的性格;⑦迅速准确的判断力和应急能力;⑧恰当的表达力等。这样才能应对急危重症患者,尤其是对突发事件的大

批伤病患者的抢救。

3. 树立时间就是生命的理念 对急危重症患者要做到分秒必争,为其争取生存的关键几分钟时间,不失时机地进行抢救,提高抢救的成功率。

4. 准确地判断病情和正确地进行抢救 要求护理人员具有扎实的医学与护理知识、丰富的临床经验、熟练的操作技术,能迅速对伤病患者的病情作出评估,并准确地配合医生抢救治疗。

5. 保持良好的精神状态,重视人际交往技巧 监护护士应主动对患者的病情变化、治疗过程及医护结果作出恰当的解释或预告,帮助患者和家属建立必要的心理准备;指导家属进行一些简单的生活护理技术,以配合医护人员的工作。

四、学习目的与要求

我国是一个地域辽阔、人口众多的发展中国家,经济尚不发达,对急危重症患者的监护条件十分有限,护理人员的整体监护水平与发达国家相比还存在很大差距。因此,培训和努力提高护理人员的监护水平,完善 ICU 病房的监测设备,是降低急危重病病症病死率的重要环节。护理专业学生是急危重症监护队伍的强大后备军,要以高度的责任心,牢记“性命相托,生死所系”的誓言,认真学习急危重症知识,熟练地掌握急危重症监护与急救技能。

学习《急危重症监护》,必须认真学习其基本理论、基本知识和基本技能,主动地温新、巩固有关知识。在学习过程中,必须注意综合分析能力、判断能力、应急能力的培养,注重职业素质和心理素质培养。在灾害、重大事故前,能处惊不乱,遇急不慌;在抢救现场能迅速、果断地作出判断。学习时,特别要做到理论密切联系实际,强化基本技能训练,做到操作规范、娴熟自如。通过学习能做到:

1. 基本知识方面

(1)熟悉急危重症的概念和护理人员应具备的素质,了解急救和危重症监护的组织管理形式和制度。

(2)掌握医院前急救的规范内容和技能,按急救规范程序在医疗急救实践中加以运用。

(3)熟悉常见危重病病症的病因、发病机制、诊断与监护要点,在老师指导下对危重病症患者正确进行评估、应急处理监护。

2. 能力方面

(1)熟悉常见急救与监护技术的操作步骤,掌握操作规程,正确进行抢救技术操作。

(2)运用所学的医疗护理知识、人际交往技巧,按患者的基本需求向个体、家庭、社区提供健康服务,开展健康教育。

3. 思想教育方面

(1)具有辨证思维能力。

(2)熟悉急救与监护人员的角色功能和专业独特的医疗保健作用,以刻苦勤奋、严谨求实的态度学习本课程,在医疗实践中,表现出良好的医疗职业道德和科学严谨的工作作风。

第二节 急危重症患者的健康评估

急危重症的发病多急骤、突然,病情危重,随时可能危及生命,要求医疗体系的各个环节能作出迅速有效的反应和采取得力的措施。由于病情的特殊性,因此,护士应在短时间内采集到准确的病史。要做这点,不仅要求护士具有“时间就是生命”的理念,还需要有广博的医疗与护理知识以及丰富的临床经验和检查技术,熟练地对患者进行健康评估,对患者的健康情况作出及时、准确地评价。

一、急危重症病史采集的方法

急危重病病症发病突然,多危及生命,因此,在采集病史时,要求迅速与准确,不能因收集病史资

料而延误诊断和抢救生命。临床上根据病情轻重缓急不同,多采用以下3种方法收集病史资料。

1. 序贯式 按询问病史—体格检查—辅助检查等3段程序进行。即首先通过详细询问病史,再进行系统的体格检查,然后根据不同的需要进行必要的辅助检查。此方法适用于一般病情不十分危急的急诊患者。

2. 并进式 根据患者主诉,立即进行体格检查,同时询问病史。如急性心肌梗死患者,应在进行心脏检查的同时询问病史:何时感到何部位疼痛?疼痛的性质如何?是否向其他部位放射?持续时间以及休息(或口含硝酸甘油片)后,疼痛是否缓解?既往有无原发性高血压(又称高血压病)、冠心病、糖尿病史等,并立即做心电图检查以明确诊断。此方法适用于病情较紧急,或有明显痛苦表现,希望尽快给予诊治,迅速减除疼痛的患者。

对呼吸困难、端坐呼吸、发绀、大汗、烦躁不安等患者,亦应采取此方法,对患者胸部进行视、触、叩、听同时询问病史,如是否是首次发病,还是反复发病多年,或自童年有哮喘病?发作时间(夜间发作抑或受凉后发作)?发作时,注射何种药物能缓解(氨茶碱抑或毛花苷丙)?这有助于支气管哮喘抑或心源性哮喘的鉴别。

3. 追记式 对昏迷、休克、心搏骤停等病情十分危急,需要抢救生命的患者,应立即采取措施挽救其生命,如建立静脉通路、输氧、心电监护和施行心肺复苏术等,待其心搏、呼吸恢复,病情相对稳定后,再向伴送的家属、同事或邻居详细询问病史,了解发病经过及既往史等,再补充做一些必要的体格检查和辅助检查,以明确突发病因;将病因治疗与对症处理相结合,此方法也适用于外科大出血者,抢救人员应尽快压迫止血,待出血停止后再追问外伤经过及进行体格检查,以排除内脏出血的可能,并详细记录以完善病史。

二、急危重症病史采集的要领

1. 患者自述 如病情允许,最好是通过患者自述去直接获取病史第一手资料;如因病情危重,患者不能自述,应询问其最亲近的在场知情家属,或同事、邻居,或在场目击病情发作的其他人等,通过他们间接获取病史,并力求准确。

2. 突出重点,紧扣主诉 询问病史时应突出重点,紧扣患者主诉或主要症状与体征进行询问,并注意收集与主诉相关的问题或伴随症状。

3. 关注既往,搜集旁证 特别要了解过去有无与此次发作相类似情况,既往就诊经过(包括就诊医院、诊断和用药情况)和疗效,这对心绞痛或慢性心力衰竭,或慢性胆囊炎、慢性胰腺炎急性发作等疾病的诊断均有重大意义。

4. 了解一般,重视心理 如此次发病前的精神、情绪、食欲、活动量等是否正常,或曾经有过某些不适,能否忍受。

5. 重复询问,反证补充 通过对患者的体格检查和辅助检查所获得的阳性资料,再重复追问病史,以获得反证病史的资料或补充资料。

三、体格检查

1. 意识清醒患者

(1)一般情况检查:无论是一般急诊,还是危重急诊都不应忽视对患者的一般情况检查,如意识、皮肤、浅表淋巴结等检查。

(2)生命体征检查:如体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征检查。

(3)常规询问病史:对初次急诊患者,应按常规询问病史,并进行系统的体格检查。

(4)体格检查与主诉相结合:如以剧烈头痛为主诉者,应注意有无发热,或有无脑膜刺激症状。如头痛伴发热,且脑膜刺激征阳性者,应考虑为颅内感染的可能;如头痛不伴发热,但脑膜刺激征明显阳性者,应考虑为蛛网下腔出血的可能。以呼吸困难为主诉者,应仔细检查心肺,并做胸部X线

等检查。如以心前区绞痛为主诉者,应注意心脏的检查和心电图等检查。小儿不明原因的吸入性呼吸困难,应注意有无气管异物。急腹症患者应重点检查腹部体征以及胸部炎症扩散;如腹部器官疾病不能成立时,还应考虑全身性疾病所致急腹症的可能,如过敏性紫癜、糖尿病酮症酸中毒,常以右下腹痛为主诉,应予注意。

(5)可疑阳性应反复查证。

(6)如患者的阳性体征与主诉不相符合时,应动态观察,反复查证。

2. 意识不清或昏迷患者 应按各系统的体格检查要求进行全面检查。

(1)生命体征检查

1)体温:是否发热或体温过低。发热见于感染、夏季中暑、脑干损伤(中枢热)或继发感染等;体温过低或不升见于休克、颅内肿瘤、肾上腺皮质功能减退、镇静安眠药中毒等。

2)脉搏:脉弦者多见于高血压、动脉粥样硬化等;脉数者见于心脏疾病、肺气肿、发热、休克、出血等;脉缓者见于老年人、颅内肿瘤、房室传导阻滞、病态性窦房结综合征等;脉不齐者见于心律失常、电解质紊乱者。

3)呼吸:深而快的呼吸见于缺氧、糖尿病酸中毒;深而慢的呼吸见于休克期的酸中毒、尿毒症性酸中毒;高热、肺炎、胸外伤、脑膜炎、腹膜炎、心包炎等患者多为快而浅的呼吸;窒息、呼吸衰竭、临终呼吸多为点头呼吸;潮式呼吸多见于间脑及中脑上部或临终前呼吸。

4)血压:血压过高见于高血压病、颅内高压者;血压过低见于休克、脱水、肾上腺皮质功能减退和晕厥者。

(2)气味:急性酒精中毒可闻及酒精味;有机磷农药中毒者可闻及大蒜味;糖尿病酮症酸中毒者可闻及烂苹果味;尿毒症、尿外渗者可闻及尿臭味;肝昏迷者可闻及肝臭味。

(3)皮肤黏膜:急性黄疸型肝炎、胆道阻塞、肝昏迷患者可出现皮肤黄疸;心肺疾病、苯胺或亚硝酸盐中毒者多有发绀;一氧化碳中毒者的皮肤为樱桃红色;严重贫血、出血性休克、低血糖者的皮肤苍白;高热、流行性出血热、阿托品中毒者的皮肤潮红;过敏性紫癜、血小板减少性紫癜、流行性脑脊髓膜炎、流行性出血热、脓毒血症者可见皮肤瘀点;甲状腺危象、低血糖、有机磷农药中毒者的皮肤湿润、多汗。

(4)头部检查:头外伤者可见头皮下瘀斑或血肿;颅底骨折者可有鼻、耳溢血或出血;有机磷农药、安眠药中毒者两侧瞳孔缩小;阿托品中毒、临终前患者可有瞳孔散大;脑疝形成者两侧瞳孔不等大不等圆;颅内高压或脑水肿形成者可见视盘水肿(又称视神经乳头水肿)。

(5)胸部检查:主要为心、肺检查。如严重肺气肿合并感染和肺性脑病者可有发绀、桶状胸,肺部叩诊过清音和听诊干、湿啰音、呼吸音低等;心律失常患者可有阿-斯综合征发生。

(6)腹部检查:肝脾大合并腹水常见于肝昏迷患者;腹膜炎、肠梗阻、肠麻痹患者可有腹部膨隆、肠鸣音减弱、气过水音等。

(7)四肢检查:有机磷农药中毒者可有肌束震颤;中毒性或代谢性脑病患者可有双手扑翼样震颤;慢性心肺疾病患者可有杵状指;指甲内有横行白线多见于重度贫血或重金属中毒者;双下肢压凹性水肿者多见于重度营养不良和心、肾、肝等脏器病变的晚期。

(8)神经系统检查:脑膜刺激征(如颈强直、Kerning 征、Brudzinski 征)阳性者提示有脑膜炎可能;脑部受损患者可有 Babinski 征、Oppenheim 征、Gordon 征阳性。

3. 辅助检查 急危重症患者一般根据病史和体格检查可作出初步诊断或明确的诊断,必要的辅助检查可为疾病提供更加客观的诊断依据,也是完整病史资料所需要的。

(1)检查重点:可根据病史特点有的放矢地进行,如:

1)高热者可做白细胞计数、分类,胸部 X 线检查和其他有关检查。

2)剧烈头痛伴发热者可做白细胞计数、分类和脑脊液检查。

3)头痛伴呕吐、不发热者应做脑脊液检查。