

|| 专科护理必备 ||

急诊科护理手册

JIZHENKE HULI SHOUC

主编 姜秀霞 张秀菊 谭颜华

 军事医学科学出版社

专科护理必备

急诊科护理手册

主 编 姜秀霞 张秀菊 谭颜华

副主编 (以姓氏笔画为序)

任金红 李 英 李淑敏

赵玉兰 陶久云 贾培兰

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

急诊科护理手册/姜秀霞,张秀菊,谭颜华主编.

-北京:军事医学科学出版社,2013.11

(专科护理必备)

ISBN 978-7-5163-0372-6

I. ①急… II. ①姜… ②张… ③谭… III. ①急诊-
护理-手册 IV. ①R472.2-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2013)第257785号

策划编辑:李 玫

责任编辑:蔡美娇

出 版 人:孙 宇

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路27号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)66931051,66931049,81858195

编辑部:(010)66931039

传 真:(010)63801284

网 址:<http://www.mmssp.cn>

印 装:北京宏伟双华印刷有限公司

发 行:新华书店

开 本:850mm×1168mm 1/32

印 张:9

字 数:222千字

版 次:2014年3月第1版

印 次:2014年3月第1次

定 价:30.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

前言

随着现代医学的迅速发展和医学模式的转变,以及人们生活水平的不断提高和对健康认识程度的逐渐深入,近年来护理人才的社会需求提高,并且呈现出了专科化、国际化的趋势,社会对护理人员的综合素质也提出了更高的要求。护士在面对急危重症患者时,能否及时无误地做出判断和救护,直接关系到患者的安危和抢救的成败,为此,要求护士能够熟练掌握急救知识和技能,能在紧急情况下对患者实施及时、准确的救治和护理,以提高抢救成功率。

本书涵盖了急诊科常见病的护理,对疾病的护理措施、治疗过程中可能出现的情况及应急措施进行了针对性的描述,实用性较强,有利于新人科护士快速掌握疾病的护理措施,提高临床护理质量,也可作为急诊科护理人员继续教育的参考用书。

本书集合了多名护理骨干的智慧和经验,对急诊科护理知识进行全面的总结和提炼,但因时间仓促,且各人的写作风格不完全相同,书中难免有不妥之处,衷心希望得到同行和读者的批评与指正!

目 录

第一章 常见急危重症状护理	1
第一节 心搏骤停护理	1
第二节 休克护理	3
第三节 发热护理	6
第四节 急腹症护理	8
第五节 中暑护理	11
第六节 电击伤护理	13
第七节 淹溺护理	15
第八节 烧伤护理	17
第九节 腹泻护理	20
第十节 呼吸困难护理	23
第十一节 疼痛护理	25
第十二节 颅内压增高护理	29
第十三节 气管内插管术护理	34
第十四节 昏迷常规护理	37
第十五节 高热护理	40

第十六节	弥散性血管内凝血(DIC)护理	42
第十七节	多脏器功能不全(MODS)护理	47
第十八节	电解质平衡紊乱-钾代谢紊乱护理	52
第十九节	电解质平衡紊乱-钙代谢紊乱护理	56
第二十节	电解质平衡紊乱-镁代谢紊乱护理	59
第二十一节	酸碱平衡紊乱护理	61
第二章	内科常见症状护理	64
第一节	慢性呼吸衰竭护理	64
第二节	急性呼吸窘迫综合征护理	69
第三节	慢性阻塞性肺气肿(COPD)护理	71
第四节	支气管扩张症护理	75
第五节	支气管哮喘护理	79
第六节	咯血护理	83
第七节	胸腔积液护理	87
第八节	慢性肾衰竭护理	90
第九节	急性肾衰竭护理	98
第十节	急性肾小球肾炎护理	101
第十一节	心律失常护理常规	103
第十二节	房颤护理	107
第十三节	急性胰腺炎护理	112

第十四节	心力衰竭护理	118
第十五节	急性心肌梗死护理	121
第十六节	心绞痛护理	124
第十七节	病毒性心肌炎护理	127
第十八节	肺栓塞护理	132
第十九节	消化道出血护理	137
第二十节	急性胃炎护理	141
第二十一节	重症肌无力护理	144
第二十二节	高血压病护理	148
第二十三节	糖尿病酮症酸中毒护理	152
第二十四节	脑梗死护理	154
第二十五节	脑出血护理	160
第二十六节	病毒性脑炎护理	166
第二十七节	眩晕护理	170
第二十八节	癫痫护理	173
第二十九节	癔症、神经官能症护理	176
第三十节	尿崩症护理	178
第三十一节	化脓性脑膜炎护理	181
第三十二节	带状疱疹护理	184
第三十三节	过敏性紫癜护理	186

第三十四节 手足口病护理	189
第三章 外科常见症状护理	194
第一节 颅脑损伤护理	194
第二节 多发伤护理	200
第三节 膀胱破裂护理	203
第四节 肌腱损伤护理	205
第五节 急性动脉栓塞护理	209
第六节 急性乳腺炎护理	213
第七节 腹股沟疝护理	215
第八节 舌咬伤护理	219
第九节 头皮撕脱伤护理	222
第十节 穿透性心脏外伤护理	224
第十一节 自发性气胸护理	228
第十二节 胆石症护理	233
第十三节 肠梗阻护理	238
第十四节 破伤风护理	241
第十五节 深静脉血栓形成护理	245
第十六节 主动脉夹层护理	249
第十七节 尿道断裂护理	254
第十八节 消化道穿孔护理	257

第四章 常见中毒护理	261
第一节 一氧化碳中毒护理	261
第二节 急性中毒护理	264
第三节 百草枯中毒护理	269
第四节 氨气中毒护理	273
第五节 酒精中毒护理	275

第一章

常见急危重症症状护理

第一节 心搏骤停护理

一、定义

心搏骤停是指心脏突然停止搏动,有效泵血功能消失,引起全身严重缺血缺氧,若不及时抢救,可导致死亡。

二、护理评估

1. 患者意识是否丧失。
2. 患者有无自主呼吸或不能正常呼吸(濒死喘息)。
3. 大动脉(如颈动脉、股动脉)搏动是否消失。
4. 患者面色(苍白或发绀)、瞳孔大小及反射情况。

三、护理问题/关键点

①急性意识障碍;②心排出量减少;③气体交换受损;④低效型呼吸形态;⑤清理呼吸道无效。

四、护理措施

(一)现场急救措施

1. 胸外心脏按压 无论何种原因引起的心脏骤停均应行及



时有效胸外心脏按压。将患者去枕平卧于硬板床或地上,头、颈、躯干平直无弯曲,双手放于躯干两侧,解开领口和腰带。按压速率每分钟至少 100 次,成人按压幅度至少 5 cm,胸外心脏按压与人工呼吸配合之比为 30:2。发生室颤的患者应立即给予电除颤,如室颤为细颤应先给予 0.1% 肾上腺素 1 mg 静脉注射,使之转为粗颤后再进行电除颤。

2. 开放气道

(1) 清除口咽部的分泌物、呕吐物,取出活动义齿和其他异物。

(2) 打开气道:仰头举颏法(适用于无颈椎损伤)、仰头抬颈法、托下颌法(适用于疑有颈椎损伤)。

3. 人工呼吸

(1) 呼吸道通畅后,即应施行人工通气,以气管插管后行机械通气最为有效。

(2) 若在心搏骤停现场,无气管插管用具和呼吸机,应立即采用口对口人工呼吸,以免延误抢救时机。

4. 建立静脉通道 迅速建立静脉通道,按医嘱应用改善心排量及血压的药物(肾上腺素、去甲肾上腺素、多巴胺、多巴酚丁胺),纠正心律失常药物(阿托品、胺碘酮),纠正酸中毒药物(5% 碳酸氢钠注射液)及脱水剂等。

5. 评估 持续评估是否出现复苏的有效指征,密切观察生命体征变化,并做好记录。

(二) 复苏后的护理

1. 立即做心电图检查,严密心电监护,密切观察心电图的动态变化。出现室颤立即给予电除颤。

2. 自主呼吸未恢复者应用呼吸机,维持呼吸功能。

3. 头部置冰帽及冰袋,行亚低温治疗以保护脑组织,降低脑细胞耗氧量。

4. 保留导尿管,详细记录出入量。
5. 密切监测生命体征变化,保持呼吸道通畅,做好气管插管的护理。
6. 加强基础护理,预防压疮、感染等并发症。
7. 保证足够的能量摄入,昏迷患者应遵医嘱给予鼻饲或胃肠外营养。
8. 遵医嘱准确采集化验标本,定期进行血气分析,电解质化验。
9. 严格落实查对制度及医嘱执行制度,用药及时准确。多种药物联合应用时应注意配伍禁忌。输液速度宜快以补充有效循环血量。

五、护理评价

1. 自主心率是否恢复(可听到心音、触及大动脉搏动、心电监护出现自主心率)。
2. 发绀是否消失,颜面、口唇及皮肤色泽是否转红润。
3. 散大的瞳孔是否开始缩小,有无自主呼吸出现。
4. 意识是否恢复。

六、健康教育

1. 大力宣传心肺复苏的知识及技能,使复苏技术社会化。
2. 有原发病者应及时就诊,去除各种诱发因素。

第二节 休克护理

一、定义

休克是由于各种原因引起的机体有效循环血量锐减、组织灌



注不足,以致细胞代谢障碍,重要器官受损的综合征。根据病因可分为低血容量性、感染性、心源性、神经源性和过敏性休克 5 类。低血容量性休克分为创伤性和失血性休克两类。其抢救处理原则为尽早去除病因,迅速恢复有效循环血量,纠正微循环障碍,增强心肌功能,恢复人体正常代谢。

二、护理评估

1. 休克的原因,如有无严重外伤、大出血、严重烧伤或感染、心功能不全、过敏反应等。
2. 意识状态与表情。
3. 生命体征,气道通畅度。
4. 皮肤色泽及温度、面色及末梢循环情况。
5. 各项检查及化验结果,如血常规、动脉血气分析、电解质、肝肾功能等。
6. 补液速度及维持情况,尿量、尿比重、酸碱度的情况。
7. 评估家属心理焦虑情况。

三、护理问题/关键点

①有效循环血量减少;②组织灌注不足;③体温过高;④焦虑、恐惧;⑤有皮肤完整性受损的危险;⑥健康知识缺乏;⑦并发症:心力衰竭、呼吸衰竭、肾衰竭。

四、护理措施

1. 立即给予持续心电监护、血压、血氧饱和度监测,注意保暖,密切观察生命体征、意识状态的变化。留置导尿以观察并记录尿量、尿色判断肾功能。
2. 迅速补充血容量,维持体液平衡。
 - (1)迅速建立两条以上静脉通路或行深静脉置管。



(2) 遵医嘱合理补液,一般先快速输入晶体液后输胶体液。根据血压及中心静脉压情况调节输液速度。

(3) 观察病情变化,定时监测脉搏、呼吸、血压及中心静脉压(CVP)变化,并观察患者的意识、皮肤温度及颜色。

(4) 准确记录出入量,动态监测尿量与尿比重,若尿量 $> 30 \text{ ml/h}$,提示休克好转。

3. 改善组织灌注,促进气体正常交换。

(1) 取休克卧位,即仰卧中凹位,头和躯干抬高 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$,下肢抬高 $15^{\circ} \sim 20^{\circ}$,心源性休克同时伴有心力衰竭的患者取半卧位。

(2) 做好用药护理,防止药液外渗。多种药物联合应用时应注意配伍禁忌。

(3) 维持呼吸道通畅,迅速清理呼吸道分泌物,维持有效的气体交换,避免误吸、窒息,鼻导管或面罩给氧。必要时行呼吸机辅助呼吸,清醒患者可鼓励其深呼吸、有效咳嗽。

4. 严格执行消毒隔离和无菌操作原则,遵医嘱应用抗生素,及时防治感染。维持正常体温,注意保暖,高热者给予物理降温。

5. 准备好抢救物品,药品包括强心剂、纠酸药物、血浆代用品、升压药、呼吸兴奋剂等。急救器材如氧气瓶、呼吸机、气管插管等。

6. 预防皮肤受损和意外受伤。

(1) 病情允许时每2小时翻身1次,骨隆突处给予保护,必要时增加翻身次数,预防压疮。

(2) 适当约束,做好口腔、皮肤、管道护理。

(3) 意识不清、烦躁患者,加强安全措施,必要时使用约束带。

7. 积极处理原发病。

8. 保持环境安静,空气新鲜,室内温湿度适宜,准确进行特护记录。

9. 安慰患者,缓解患者紧张、恐惧的心理,使患者积极配合治



疗和护理。

五、护理评价

1. 生命体征是否稳定,呼吸是否平稳。
2. 患者体液是否得以平衡,生命体征是否稳定及尿量是否正常。
3. 患者的微循环是否改善,血气分析值维持在正常范围。
4. 患者体温是否维持正常。
5. 患者是否发生感染,或感染后被及时发现和控制。
6. 患者是否发生压疮或意外受伤。

六、健康教育

根据不同病因,采取各种方式进行健康教育。

第三节 发热护理

一、定义

发热是指任何原因引起的产热过多、散热减少、体温调节障碍、致热源作用于体温调节中枢使体温调定点上移而引起的体温升高,并超过正常范围,又称体温过高。临床以感染性发热多见。常见热型有稽留热、弛张热、间歇热、不规则热等4种。发热是一种症状而非独立的疾病,对发热患者除对症护理外,重要的是积极寻找原因与相关因素进行治疗与护理。

二、护理评估

1. 体温、脉搏、呼吸、血压。

2. 热性和伴随症状。
3. 体液平衡状况、皮肤弹性和精神状态。
4. 引起发热的原因。

三、护理问题/关键点

①体温过高;②体液不足;③感染;④口腔黏膜改变;⑤潜在并发症:惊厥、意识障碍;⑥健康知识缺乏。

四、护理措施

1. 保持环境安静、空气流通,但注意保暖勿使患者着凉。高热者卧床休息,低热者可酌情减少活动,适当休息。有谵妄、意识障碍时应加床档,注意安全。

2. 监测生命体征并记录,一般每日测量体温4次,高热时每4小时测量体温1次,直到体温恢复正常3天后改为每天1次。注意观察热型、发热的程度及经过,出现异常及时通知医师。

3. 观察在发热时有无寒战、淋巴结肿大、出血、单纯疱疹、关节肿痛、肝脾肿大或意识障碍等伴随症状。观察患者末梢循环情况,高热且四肢末梢厥冷、发绀等提示病情加重。

4. 加强监测,了解血常规、血清电解质等变化。在患者大量出汗、食欲不佳及呕吐时,应密切观察有无脱水现象。

5. 体温超过 38.5°C ,给予物理降温或遵医嘱给药,30分钟后测体温,并记录在体温单上。

6. 给予高维生素、高热量、营养丰富易消化的流食或半流食,鼓励患者多饮水,摄取量 3000 ml/d 左右。

7. 每日酌情口腔护理2~3次,进食前后漱口。注意皮肤清洁卫生。穿棉质内衣、保持干燥。长期持续发热患者应经常改变体位,防止坠积性肺炎或压疮等并发症出现。

8. 给予心理护理。注意患者心理变化,及时疏导,使患者保持



心情愉快,处于接受治疗护理最佳状态。

五、护理评价

1. 患者体温是否降至正常。
2. 活动耐力是否改善。
3. 患者有无脱水现象。

六、健康教育

1. 鼓励使用高碳水化合物、高蛋白、低脂肪的饮食,多饮水。
2. 鼓励穿着宽松、棉质、通风的衣服以利于排汗。戒烟,保持口腔卫生。
3. 指导患者多了解发热的危险性,预防与处理方法。
4. 切忌滥用退热及消炎药。
5. 加强锻炼,提高机体抗病能力。日常生活中应尽量少接触感染源。

第四节 急腹症护理

一、定义

以急性腹痛为主要表现的腹部疾病,需要紧急处理的腹部疾病,统称为急腹症。其特点是发病急、进展快、病情重。外科性急腹症一般先有腹痛,后有发热、呕吐。分为感染性、出血性、梗阻性和缺血性四大类。内科性急腹症常先有发热、呕吐,后有腹痛;妇产科急腹症多发生在生育年龄妇女,腹痛由下腹或小腹部开始,常常伴有月经改变及阴道出血等症状。