

专科急危重症 抢救护理预案

主编 赵崇梅 胡文彬

ZHUANKE
JI WEI ZHONGZHENG
QIANGJIU
HULI YU'AN



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

专科急危重症抢救护理预案

ZHUANKE JI-WEI-ZHONGZHENG QIANGJIU HULI YU'AN

主 编 赵崇梅 胡文彬
主 审 景炳文 胡文彬
编 者 (以姓氏笔画为序)
刁惠民 王淑欣 吕卫萍
刘会玲 安丰妹 应海玲
张少芹 张立新 张海生
胡文彬 赵崇梅 康丽艳
慕维莉



人民军医出版社

Peoples Military Medical Press

北 京

图书在版编目(CIP)数据

专科急危重症抢救护理预案/赵崇梅,胡文彬主编. —北京:人民军医出版社,2004.3

ISBN 7-80194-154-3

I. 专… II. ①赵…②胡… III. ①急性病-急救-规范②险症-急救-规范③急性病-护理-规范④险症-护理-规范 IV. ①R459.7-62②R47-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 106832 号

策划编辑:丁金玉 加工编辑:伦踪启 责任审读:李晨
版式设计:周小娟 封面设计:吴朝洪 责任监印:陈琪福
出版人:齐学进

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店
通信地址:北京市复兴路 22 号甲 3 号 邮编:100842
电话:(010)66882586(发行部)、51927290(总编室)
传真:(010)68222916(发行部)、66882583(办公室)
网址:www.pmmp.com.cn

印刷:京南印刷厂 装订:桃园装订厂

开本:787mm×1092mm 1/32

印张:8.125 字数:176千字

版次:2004年3月第1版 印次:2004年3月第1次印刷

印数:0001~4000

定价:18.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

电话:(010)66882585、51927252

前 言

随着社会的进步及医疗科技的发展,人类健康意识和对生命质量的期望值越来越高。社会的竞争,生存的压力,交通的发达,人际关系及饮食结构的变化等,又使人类在遭受“亚健康”困扰的同时,还要面对各种突发疾病和意外事故的伤害。如何有效地保护人类健康,延长人的寿命,提高生存质量,是现代医务工作者面临的重要任务。而迅速、有效、准确地诊断和抢救护理措施,在救治各类意外伤害及突发疾病的过程中起着举足轻重的作用,既可争取救治时机、提高成功率,又可减轻损伤程度、减少医疗费用。

本着这一宗旨,本书由多位有多年临床及急诊救治经验的专家编写而成,是临床各专科医师、护师、进修人员临床救治工作的参考书;对家庭及公共场所突发疾病及意外伤害的应急处理也具有指导和教学作用。

为便于读者参考和应用,本书在编写过程中坚持以下指导思想:

1. 以专科进行分类,以常见急、危、重症的救治为主。
2. 在阐述抢救护理预案之前,均有诊断说明。诊断依据从简,以决定性诊断项目为主。必要时加入了主要症状描述。
3. 诊断之后均简述救治原则,以达到明确目标、理清思路的目的。
4. 根据救治原则和病情需要,预案分紧急处理和一般处

理两部分。

5. 编写时,依病情及处置程序,尽量由急到缓,由先而后,并辅以数字标码以强调先后顺序。

6. 处置程序尽量明确,抢救器材及药品的名称、剂量、用法等也尽量标明,以提高救治效率。

由于作者水平及参考文献所限,书中难免有不足甚或错误之处,敬请同行给予批评指正。本书在编写过程中,得到了海军 401 医院院长方光荣教授,副院长裴继云、辛苏宁教授的关心和指导,谨此致谢!对本书所涉及的参考文献的作者表示衷心感谢!

编 者

2004 年 2 月



目 录

一、急诊科	(1)
安眠药物中毒	(1)
创伤性休克	(2)
多发伤、复合伤	(4)
多器官功能衰竭(MSOF)	(7)
急性阿片类药物中毒	(9)
心、肺、脑复苏	(10)
亚硝酸盐类中毒	(12)
昏迷	(14)
有机磷中毒	(15)
二、心血管内科	(17)
急性心肌梗死	(17)
心源性休克	(19)
高血压危象	(21)
超高热危象	(22)
急性肺水肿	(24)
心跳呼吸骤停	(26)
急性心脏压塞	(28)
严重心律失常	(30)
三、呼吸内科	(32)
急性呼吸道梗阻	(32)



大咯血	(33)
哮喘持续状态	(35)
重症肺源性心脏病	(37)
呼吸衰竭	(38)
急性呼吸窘迫综合征(ARDS)	(40)
急性肺栓塞	(42)
四、消化内科	(44)
急性上消化道大出血	(44)
肝性脑病	(45)
肝肾综合征	(47)
急性出血性坏死性肠炎	(49)
食管胃底静脉破裂大出血	(51)
五、肾脏内科	(53)
急进性肾小球肾炎	(53)
急性肾功能衰竭	(54)
肾病综合征	(56)
六、内分泌科	(58)
肾上腺危象	(58)
甲状腺危象	(59)
糖尿病酮症酸中毒	(61)
低血糖危象	(63)
糖尿病高渗性昏迷	(64)
脑垂体前叶功能减退危象	(66)
七、高压氧科	(69)
重度一氧化碳中毒	(69)
电击伤	(71)
淹溺	(72)

减压病	(74)
急性肺气压伤	(76)
氧中毒	(77)
八、神经内科	(79)
癫痫持续状态	(79)
急性脑出血	(81)
重症肌无力危象	(82)
脑疝	(84)
急性感染性多发性神经根炎(吉兰-巴雷综合征)	(85)
蛛网膜下腔出血	(87)
颅内压增高	(88)
九、血液内科	(91)
急性白血病	(91)
急性溶血	(92)
弥散性血管内凝血(DIC)	(94)
急性再生障碍性贫血	(96)
特发性血小板减少性紫癜(ITP)	(97)
十、儿科	(100)
新生儿窒息	(100)
新生儿颅内出血	(102)
新生儿败血症	(104)
脐带脱垂	(106)
小儿惊厥	(107)
小儿肺炎并发心力衰竭	(109)
小儿中毒性脑病	(111)
十一、传染病科	(114)
急性肝功能衰竭	(114)



流行性出血热	(116)
重度中毒性菌痢	(118)
流行性乙型脑炎	(120)
狂犬病	(122)
流行性脑脊髓膜炎	(124)
霍乱	(125)
脓毒败血症	(127)
十二、普通外科	(129)
创伤性休克	(129)
急腹症	(131)
急性化脓性腹膜炎	(132)
重症急性胰腺炎	(134)
肝、脾破裂	(136)
腹部创伤	(137)
重症急性胆管炎(ACST)	(139)
绞窄性肠梗阻	(140)
急性胃、肠穿孔(胃、十二指肠穿孔)	(141)
急性肠系膜上动脉栓塞	(142)
严重烧伤	(144)
十三、心胸外科	(147)
创伤性血气胸	(147)
气管、支气管断裂	(148)
食管破裂	(150)
急性脓胸	(151)
胸主动脉损伤破裂	(153)
心脏大血管术后	(154)
化脓性纵隔炎	(157)

急性肺动脉栓塞	(159)
创伤性窒息	(161)
心脏瓣膜伤	(163)
急性严重气胸	(164)
十四、骨科	(167)
挤压综合征	(167)
脂肪栓塞综合征	(169)
重症盆骨骨折	(171)
严重开放性骨折	(173)
脊髓损伤	(175)
四肢骨骨折	(177)
十五、泌尿外科	(180)
严重肾创伤	(180)
严重尿道及膀胱损伤	(182)
急性创伤性肾功能衰竭	(183)
肾绞痛	(185)
十六、神经外科	(187)
严重脑挫裂伤	(187)
脑疝	(189)
重度硬脑膜外血肿	(190)
多发性颅内血肿	(192)
颅内高压	(194)
十七、手外科(显微外科)	(196)
四肢血管损伤	(196)
筋膜间隔综合征	(198)
肢体再灌注损伤	(200)
大面积皮肤撕脱伤	(201)



肢体离断伤	(203)
肢体毁损伤	(205)
十八、五官科	(208)
急性闭角型青光眼	(208)
眼球穿孔	(210)
视网膜中央动脉栓塞	(211)
急性喉梗阻	(213)
鼻出血	(214)
口腔颌面部创伤性呼吸道梗阻	(216)
口腔颌面部创伤性大出血	(218)
眼部酸、碱烧伤	(220)
急性眶蜂窝织炎	(221)
耳源性脑脓肿	(222)
十九、妇产科	(225)
产后大出血	(225)
前置胎盘	(227)
胎盘早期剥离	(229)
重度妊娠高血压综合征(妊高征)	(231)
子宫破裂	(234)
羊水栓塞	(235)
胎儿宫内窘迫	(238)
二十、麻醉科(麻醉意外所致)	(240)
麻醉中误吸窒息	(240)
麻醉中低血压	(241)
麻醉时呼吸抑制	(243)
手术或麻醉过敏	(244)
手术或麻醉意外	(245)

一、急 诊 科

安眠药物中毒

【诊 断】 一次性摄入或人为因素使大量安眠类药物进入人体内,损害组织,破坏神经及体液调节功能,使正常生理功能发生严重障碍并引起功能性或器质性病变的一系列代谢紊乱,称安眠药物中毒。

【救治原则】 迅速救治呼吸和循环衰竭,防止毒物进一步吸收,立即清除毒物和对症处理。

【紧急处理】

1. 洗胃、催吐、导泻。
2. 静滴葡萄糖盐水、吸氧。
3. 呼吸抑制者予纳络酮或贝美格(美解眠)静滴。
4. 严重者可进行透析疗法。

【一般处理】

1. 催吐

(1)用手指或压舌板刺激咽后壁诱发呕吐。

(2)硫酸铜 1g 加水 50~100ml 口服。



(3) 盐酸阿朴吗啡 5~8mg 肌注。但有中枢神经系统抑制症状者不宜用。

2. 洗胃 一般于进食毒物 4~6h 内最有效。用 1:2 000~1:5 000 高锰酸钾或温水 4 000~5 000ml 洗胃(每次不超过 300ml)。

3. 导泻 常用 25% 硫酸钠 30~60ml 或 50% 硫酸镁 40~50ml, 于洗胃后由胃管注入, 不宜用油类泻剂。

4. 促进毒物排泄

(1) 静脉滴注 10% 葡萄糖注射液及生理盐水, 促进利尿。

(2) 如尿量过少可静脉注射 50% 葡萄糖注射液 60~100ml, 或静脉滴注 20% 甘露醇注射液 100~250ml。

5. 特效解毒剂 可用纳络酮 0.8~1.6mg 静滴或贝美格(美解眠) 50~100mg 静滴, 4~6h 后可重复使用。

6. 血液透析

7. 高压氧疗法 可用于地西洋(安定)类中毒引起心搏骤停, 经抢救复苏后脑缺氧者。

【对症处理】 要根据具体情况有目的地施行, 主要是针对下述几个方面:

1. 抢救呼吸衰竭。
2. 抗休克。
3. 纠正水、电解质紊乱。
4. 治疗和保护重要器官的功能。
5. 预防和治疗继发感染。
6. 做好护理工作。

创伤性休克

【诊断】 因严重创伤打击, 机体有效循环血量不足, 微

循环障碍所致的休克。

【救治原则】 迅速脱离危险环境,解除呼吸道梗阻,立即予以救治心跳呼吸骤停,处理活动性出血及气胸,积极补液,补足血容量,迅速纠正休克。

【紧急处理】

1. 补充血容量。
2. 迅速止血。
3. 尽早明确出血的病因,进行针对性治疗。
4. 如剧烈疼痛者,应选用止痛药物。

【一般处理】

1. 一般措施 置患者于头低足高位,注意保暖,对疼痛剧烈、烦躁者给予镇痛镇静,保持呼吸道通畅。

2. 去除病因 在其他抢救措施进行的同时,应尽早去除导致休克的病因,如控制出血、纠正张力性气胸,切除坏死组织等。

3. 补充血容量 为抢救创伤性休克的关键性措施。

(1)以失血为主者可主要补充全血,以渗出失液为主者,主要补充血浆、代血浆。

(2)平衡盐液、右旋糖酐-70(中分子右旋糖酐)也是用来扩容的常用制剂。

4. 血管活性药物的应用

(1)休克早期血管多呈痉挛状态,在补充血容量的基础上,应使用扩血管药物。

(2)常用中等剂量多巴胺,5~10 μ g/(kg·min)静滴。

(3)酚苄明,0.5~1mg/kg,加入液体中静滴。

(4)或用阿托品1~2mg稀释后静注,15~30min重复1次,至微循环改善。



5. 纠正酸中毒 静脉输入 5%NaHCO₃(碳酸氢钠)或氨丁三醇,用量根据血气分析结果进行调整。

6. 强心药物应用 有泵衰竭表现时可应用毛花苷 C、多巴酚丁胺等。

7. 加强利尿 为保护肾功能,必须设法维持尿量,除提高灌注压外,应使用强利尿剂如呋塞米(速尿),并可使用甘露醇。

8. 肾上腺皮质激素的应用 可用地塞米松 20~50mg/次静注,1~2/d,用 2~3d,或选用氢化可的松,1 次剂量为 400~1 000mg。

9. 防治 DIC 发现 DIC 迹象时即应给予抗凝治疗,一般选用肝素,剂量为 1mg/kg,静注,每 6h 1 次。

10. 防治急性呼吸窘迫综合征(ARDS) 有呼吸窘迫迹象,血气分析呈低 CO₂、低氧时,可予加压面罩给氧,严重时可行气管插管或切开,持续机械辅助呼吸,并附加呼气末正压(PEEP)通气。

11. 其他措施 使用冲击剂量激素,限制晶体液入量,补充白蛋白以增加胶体渗透压、利尿等。

多发伤、复合伤

【诊断】 多发性创伤指在同一伤因打击下,人体同时或相继有 2 个以上的解剖部位或脏器受到严重损伤。其特点是:伤势重、伤情变化快、伤死率高;严重低氧血症;易漏诊和误诊;并发症和感染率高。复合伤是指 2 种以上致伤因素同时或短时间内相继作用于人体所造成的严重损伤,多发生于战时或特殊环境。

【救治原则】 迅速脱离危险环境,解除呼吸道梗阻,立即

予以救治心跳呼吸骤停,处理活动出血及气胸,伤口及离断肢体处理及抗休克,迅速送医院并制止各种因素造成的循环功能衰竭。

【紧急处理】

1. 迅速作全身检查,判断有无内脏损伤或多发性损伤。紧急处理呼吸循环障碍,及时行腹腔穿刺、CT 及 B 超检查。

2. 保持呼吸道通畅,必要时吸氧或气管插管维持呼吸。

3. 立即建立静脉通路,输入平衡盐溶液 500~1 000ml。

4. 血压不稳或持续下降者,立即抗休克治疗

(1)立即快速补液或配血、输血。

(2)留置尿管,记录尿量。

(3)置入胃管,了解有无血性液体,并予抽出胃液。

5. 降低颅内压,适当限制入液量,给予脱水药物(甘露醇、呋塞米)。

6. 胸腔闭式引流,以排出胸腔内积血,使受压肺复张,并可观察有否继续出血及出血的量。

7. 四肢、脊柱骨折的诊断处理,伤肢应用夹板固定。及时行 X 线检查,应注意休克的防治。

8. 抗感染及早给予抗生素。

【专科处理】

1. 治疗原则

(1)已明确诊断或高度怀疑有内脏损伤者,应尽早手术。

(2)有多发性损伤者,首先处理危及生命的损伤,如伴有呼吸困难、开放性气胸或大出血等,应先进行处理。

(3)腹内实质脏器损伤常因大出血而危及生命,应紧急处理。

2. 防治休克



(1)尽快建立静脉输液通路,积极抗休克,如快速输液、输血。

(2)如经一般抢救血压仍不稳或持续下降,提示内出血未止,应在抗休克同时,急症剖腹探查,制止出血。

(3)保持安静,减少搬动,严密监测生命体征。

(4)诊断明确者,可给镇静剂或镇痛剂,如地西洋 10mg/次,肌注;哌替啶 50~100mg/次,肌注。

3. 胸部损伤

(1)当出血量很大,失血性休克,估计有胸内脏器严重损伤。

(2)有继续出血,胸腔引流量超过 150ml/h,连续 3h。

(3)胸腔内积存较多量血块,引流管不能排出时。应及时手术治疗。

4. 剖腹探查术 确定有内出血或空腔脏器损伤者,应尽早施行剖腹探查术。一般在全麻下进行,采取正中或腹直肌切口。处理次序是:

(1)首先止血,进行损伤脏器的修补或切除。

(2)其次是处理空腔脏器伤。发现肠破裂穿孔,应予以夹闭或暂行简单缝合,控制内容物外溢。

(3)应按一定顺序全面探查腹内脏器,避免遗漏。

5. 多发骨折根据情况行手术或非手术治疗。

【对症处理】

1. 防治和控制感染。

(1)空腔脏器损伤,内容物外溢,可引起腹腔广泛感染;腹腔积血未清除,也可继发感染,应尽早使用广谱抗生素,如青霉素族和氨基糖苷类抗生素。

(2)同时使用甲硝唑或替硝唑,防治厌氧菌感染。