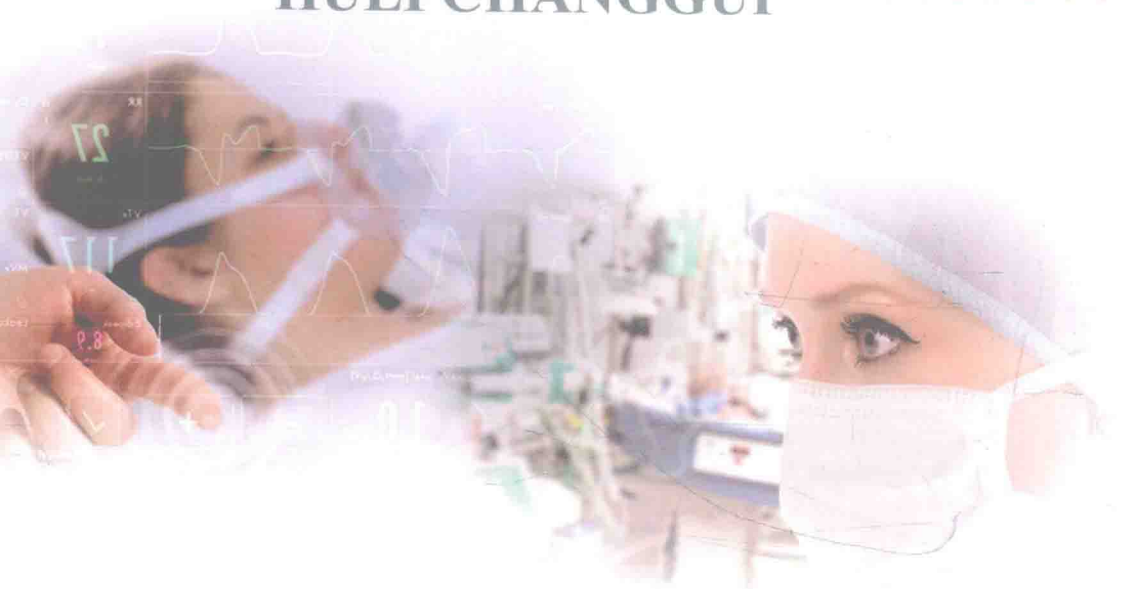


JIWEI ZHONGZHENG  
HULI CHANGGUI



# 急危重症 护理常规

刘风侠 梁军利 刘晋◎主编

JIWEI ZHONGZHENG  
HULI CHANGGUI

# 急危重症 护理常规

刘风侠 梁军利 刘晋◎主编



中国出版集团



世界图书出版公司

## 图书在版编目(CIP)数据

急危重症护理常规 / 刘风侠, 梁军利, 刘晋主编.  
—北京: 世界图书出版公司, 2016. 12  
ISBN 978-7-5192-2168-3

I. ①急… II. ①刘… ②梁… ③刘… III. ①急性病—  
护理学 ②险症—护理学 IV. ①R472.2

中国版本图书馆CIP数据核字(2016)第289593号

---

书 名 急危重症护理常规  
(汉语拼音) JI WEI ZHONG ZHEGN HU LI CHANG GUI  
编 者 刘风侠 梁军利 刘 晋  
总 策 划 吴 迪  
责任编辑 韩 捷  
装帧设计 中尚图  
出版发行 世界图书出版公司长春有限公司  
地 址 吉林省长春市春城大街789号  
邮 编 130062  
电 话 0431-86805551(发行) 0431-86805562(编辑)  
网 址 <http://www.wpcdb.com.cn>  
邮 箱 DBSJ@163.com  
经 销 各地新华书店  
印 刷 北京天宇万达印刷有限公司  
开 本 710 mm × 1000 mm 1/16  
印 张 28.5  
字 数 481千字  
印 数 1-1000  
印 次 2016年12月第1版 2016年12月第1次印刷  
国际书号 ISBN 978-7-5192-2168-3  
定 价 56.00 元

---

版权所有 翻印必究  
(如有印装错误, 请与出版社联系)

## 编委会

主 编：刘风侠 梁军利 刘 晋  
副 主 编：徐欣华 夏彬彬 李淑军 冀 娟  
郝瑞朝 朱碧维 王华荣  
编 委：吕苏梅 谢彦丽 张 缜 杨秋满  
李杏杏 周志国 高晓黎 徐 姝  
刘素芳 梁 超 李艳秋 梁君利

## 前 言

临床护理是指导护士的基本工作，重点了解病人现存护理问题、措施及效果的一个重要手段。随着医学科学的发展，护理学的研究范围越来越广，临床护理所面临的难题也愈来愈多。作为护士，不仅要促使患者疾病康复，还要注意观察患者的心理变化，及时疏导不良情绪，真正落实责任制整体护理。

《急危重症护理常规》一书由临床护理专家精心撰写，阐述了护理工作者在护理工作中对患者查房护理流程、规范、采取的措施、护理水平评估及如何提高治疗效果等，也涉及引导患者家属如何对患者进行照护、病情及心理变化的观察、配合治疗等，内容丰富，实用性强，对临床护理工作有很高的指导意义。参编人员均系三级甲等医院的护理骨干和专家，他们将自己扎实的理论知识和多年积累的丰富经验毫无保留地倾注其中，与读者共同分享！

在书稿的编写过程中，得到了所有编者的大力支持，同时也得到了出版社的热情指导，在此深表谢意！尽管各位编者在编写过程中付出了辛苦和努力，但由于能力和水平有限，疏漏之处在所难免，恳请各位读者批评指正！

# 目 录

第一章	急重症护理常规	1
第一节	急诊抢救护理常规	1
第二节	重症护理常规	9
第二章	内科疾病护理常规	24
第一节	内科一般护理常规	24
第二节	呼吸系统	25
第三节	循环系统	41
第四节	消化系统	64
第五节	泌尿系统	80
第六节	血液系统	92
第七节	内分泌代谢系统	105
第八节	风湿免疫疾病	120
第九节	神经系统	129
第三章	外科疾病护理常规	151
第一节	外科一般护理常规	151
第二节	普通外科	156
第三节	骨外科	205
第四节	心胸外科	228

第五节	神经外科	·····	245
第六节	泌尿外科	·····	261
第七节	烧伤整形外科	·····	276
<b>第四章</b>	<b>妇产科疾病护理常规</b>	·····	<b>293</b>
第一节	妇    科	·····	293
第二节	产    科	·····	313
<b>第五章</b>	<b>耳鼻咽喉、头颈科疾病护理常规</b>	·····	<b>334</b>
<b>第六章</b>	<b>眼科疾病护理常规</b>	·····	<b>364</b>
<b>第七章</b>	<b>口腔、颌面外科疾病护理常规</b>	·····	<b>375</b>
<b>第八章</b>	<b>器官移植护理常规</b>	·····	<b>382</b>
<b>第九章</b>	<b>血液透析护理常规</b>	·····	<b>393</b>
<b>第十章</b>	<b>儿科疾病护理常规</b>	·····	<b>400</b>
第一节	儿    科	·····	400
第二节	新生儿科	·····	408
<b>第十一章</b>	<b>肿瘤科疾病护理常规</b>	·····	<b>420</b>
<b>第十二章</b>	<b>感染科疾病护理常规</b>	·····	<b>429</b>

## 第一章 急重症护理常规

### 第一节 急诊抢救护理常规

#### 一、心跳呼吸骤停抢救护理常规

1. 确认心跳呼吸停止立即快速大声呼救，立即抢救。
2. 立即予以胸外心脏按压或用萨勃机复苏。
3. 开放气道，清除口鼻分泌物，简易呼吸气囊辅助呼吸（30：2），尽早气管插管行机械通气。
4. 迅速建立静脉通道，按医嘱给予各种抢救药，密切观察用药效果。
5. 心电监护，如出现室颤，立即除颤，除颤后行5个循环CPR再查看心电图示波。
6. 及早使用冰帽护脑。
7. 严密观察病情：生命体征、意识瞳孔、血气分析、尿量等，做好抢救记录。
8. 做好基础护理，防止继发感染。
9. 积极治疗原发病，防止并发症的发生。
10. 向患者及家属及时讲解病情，提供心理支持，取得配合。

#### 二、急性左心衰抢救护理常规

1. 绝对卧床休息，半坐卧位或端坐卧位，两腿下垂，上护栏，陪护，防止坠床。
2. 高流量给氧4～6升/分，或面罩给氧。必要时气管插管机械通气。



3. 尽早开放静脉通道，遵医嘱使用利尿、强心、镇静、血管活性药物，并密切观察药物反应，血管活性药物用输液泵输注。

4. 心电监护，严密观察神志、生命体征等病情变化，监测血气分析及脑钠肽，记录 24 小时出入水量。

5. 积极治疗控制原发病。

6. 做好健康教育，保持病室安静舒适，保持大便通畅。避免引起心力衰竭的诱发因素，如过度劳累、激动、上感、钠盐摄入过多等。

7. 按循环系统一般护理常规。

### 三、休克抢救护理常规

1. 平卧位或休克卧位，保暖。

2. 保持呼吸道通畅，吸氧。呼吸困难时，配合医生气管插管机械通气。

3. 建立多条静脉通道，遵医嘱留取化验标本，监测 CVP。

4. 严密观察生命体征、神志、瞳孔、尿量、皮肤色泽、肢体温度等并详细记录。记录出入水量。

5. 感染性休克者给予抗感染治疗，过敏性休克者给予抗过敏治疗。

6. 按医嘱给予血管活性药物，稳定血压。

7. 落实各项基础护理，如口腔护理、管道护理、皮肤护理等，预防并发症发生。

8. 遵医嘱给予饮食指导，选择高热量、高维生素饮食，必要时予静脉营养支持。

9. 积极治疗原发病。

### 四、急性中毒急救护理常规

1. 吸氧，保持气道通畅，呼吸抑制者立即予气管插管机械通气，心跳呼吸停止者立即心肺复苏。

2. 根据毒物进入人体途径，采取相应措施，迅速清除尚未被吸收的毒物：  
①经呼吸道吸入中毒者，立即脱离中毒环境，吸氧。  
②经皮肤黏膜吸收中毒者，立即脱去污染衣物，用清水彻底冲洗接触毒物的皮肤黏膜、体表、毛发及指缝 15 ~ 30 分钟。  
③由伤口进入中毒者，在伤口近心端 5 ~ 10 厘米处扎止血带（每

隔 30 ~ 60 分钟放松 5 分钟), 清洗伤口 15 ~ 30 分钟, 包扎。④由消化道吸收中毒者, 立即进行催吐、洗胃、导泻、灌肠, 腐蚀性毒物中毒者禁忌洗胃, 给予蛋清、牛奶口服保护胃黏膜。

3. 及时遵医嘱留取标本送检。
4. 按医嘱使用特效解毒剂, 观察药物疗效及副作用。
5. 促排: 静脉补液, 利尿, 血液净化。
6. 严密观察生命体征、神志、瞳孔、尿量的变化, 做好各项监护及记录。
7. 加强基础护理, 预防并发症。
8. 心理指导, 尤其是对自杀患者, 要针对原因耐心做好开导工作和三防。
9. 昏迷患者按昏迷护理常规。
10. 按内科一般护理常规。

## 五、急性有机磷中毒抢救护理常规

1. 按急性中毒护理常规。
2. 立即脱离中毒现场, 脱去污染衣物, 用清水或肥皂水反复清洗皮肤、毛发、指甲、眼部污染物, 持续进行, 减少再吸收。
3. 平卧, 头偏向一侧, 保持呼吸道通畅, 吸氧, 呼吸抑制者立即气管插管, 呼吸机辅助呼吸。
4. 口服中毒者遵医嘱给予催吐、洗胃。
5. 洗胃出现下列情况及时处理: 休克时抗休克处理; 心跳呼吸停止者行心肺复苏术。洗胃过程中严密观察患者腹部体征及洗出液性状, 若出现胃出血现象应立即报告医生, 暂停洗胃予以护胃处理。
6. 迅速开放静脉通道, 遵医嘱给予拮抗解毒剂, 药物治疗与洗胃同时进行。
7. 严密观察病情变化, 维持“阿托品化”, 防止阿托品中毒, 记录生命体征、神志、瞳孔、尿量、皮肤情况, 动态监测血胆碱酯酶活性等。
8. 洗胃或催吐后, 禁食 1 天, 然后给予高糖、低脂饮食, 乐果中毒者不宜过早进食。
9. 做好心理护理, 有自杀企图者, 专人陪护, 加强三防, 针对性做好预防有机磷中毒及急救知识的宣教。

10. 昏迷患者按昏迷护理常规。
11. 按内科一般护理常规。

## 六、急性一氧化碳中毒抢救护理常规

1. 立即将中毒者移离现场，开窗通风，解开衣领，保暖。
2. 保持呼吸道通畅，吸氧4~6升/分，重者用面罩吸氧，流量8~10升/分。有条件者可行高压氧治疗，必要时行气管插管呼吸机辅助呼吸。
3. 开放静脉通路，按医嘱给予各种治疗药物。
4. 观察生命体征、缺氧改善情况，遵医嘱抽血查碳氧血红蛋白，有高热和频繁抽搐者，遵医嘱积极采取对症治疗措施。
5. 给予高热量、高维生素饮食，加强营养，保持水电解质酸碱平衡。
6. 做好心理护理，有自杀企图者，采取安全防范措施。
7. 给予预防一氧化碳中毒的宣传。
8. 昏迷者按昏迷护理常规护理。
9. 按内科一般护理常规。

## 七、中暑抢救护理常规

1. 将患者移至阴凉通风的环境、室温控制在22~25℃，卧床休息。
2. 按医嘱给予物理降温，用温水或酒精擦浴，口服含盐冷饮料，有条件者可置于降温毯上。可结合药物降温，体温降至38~38.5℃时终止降温，体温回升可重复以上降温措施。
3. 保持呼吸道通畅，吸氧。
4. 开通静脉通道，遵医嘱补充液体，注意补充营养和水分。
5. 观察患者生命体征，进行降温治疗时每4小时测量体温1次，物理降温后半小时复测体温1次，预防体温骤降造成虚脱或休克。
6. 加强基础护理，保持皮肤清洁干燥。
7. 饮食清淡易消化，含丰富维生素，多饮水，多吃新鲜水果和蔬菜。
8. 高热惊厥、抽搐的患者及时予以镇静和约束，防坠床，床边备压舌板或

开口器。

9. 加强防暑的卫生宣教，一旦出现中暑症状应及时治疗。

10. 昏迷按昏迷护理一般常规。

11. 按内科一般护理常规。

## 八、溺水抢救护理常规

1. 从水中救出后立即清除口鼻内污物，保持呼吸道通畅。有心跳者迅速控水，动作敏捷，保暖。

2. 如呼吸心跳停止，立即心肺复苏，就近转院，必要时配合医生行气管插管呼吸机辅助呼吸。

3. 建立静脉通道，按医嘱静脉药物治疗。

4. 严密观察病情：①监测神志、呼吸、心律、血压以及皮肤发绀的变化，持续心电监护。②遵医嘱做好血液生化、血气分析检查，记录出入水量。③防治脑水肿、ARDS、DIC、急性肾衰等并发症。

5. 保持皮肤清洁干燥，加强营养支持。

6. 做好溺水现场急救知识的宣教，自杀患者做好心理护理，防止再次自杀。

注：迅速倒水方法：①让溺水者俯卧，腹部垫高，头下垂，术者以手拍背。②抱住溺水者双腿，让其腹部趴在救护者肩背部，溺水者头下垂，促水排出。

7. 按内科一般护理常规。

## 九、电击伤抢救护理常规

1. 立即脱离电源，不用手直接接触患者，以免相继触电。心脏骤停者就地抢救复苏。

2. 密切观察病情和记录：遵医嘱持续心电监护，观察受伤部位皮肤血运，记录尿量。

3. 保持呼吸道通畅，吸氧。

4. 建立静脉通道，防治休克、脑水肿、肾衰、水电解质酸碱平衡紊乱。

5. 予以常规心电图描记，了解心肌缺血情况。

6. 处理电灼伤，清创包扎，观察伤口渗血情况。
7. 预防感染及其他并发症。
8. 给予心理护理，做好安全用电及电击伤现场急救知识的健康宣教。
9. 按烧伤疾病一般护理常规。

## 十、大咯血抢救护理常规

1. 大咯血者立即置抢救室，头偏一侧，协助患者取患侧卧，迅速吸出口鼻血液。
2. 鼓励患者将血块轻轻咳出，保持呼吸道通畅，吸氧。
3. 建立静脉通路通畅，按医嘱使用止血药物，如垂体后叶素等。
4. 严密观察患者的生命体征、神志、面色、尿量，躁动不安者加床栏，专人守护，保暖，记录咯血颜色和量。
5. 观察有无再咯血征象以及窒息的先兆：如出现胸闷气促、咯血不畅、精神紧张、面色灰暗、喉部有痰鸣音、喷射性大咯血突然中止等窒息先兆时，应立即让患者侧卧取头低脚高位，用吸引器吸出血块并报告医生，必要时立即行气管插管解除呼吸道阻塞。
6. 大咯血者暂禁食。咯血停止后，按医嘱给予流质或半流质，避免进食刺激性和粗糙食物。
7. 向患者及家属做相关知识的健康宣教。
8. 按呼吸系统疾病一般护理常规。

## 十一、急性心肌梗死抢救护理常规

1. 置抢救室，绝对卧床休息，立即 18 导心电图描记。
2. 嘱患者卧床休息，保持环境安静，避免不良刺激。
3. 吸氧 4 ~ 6 升 / 分或面罩给氧。
4. 心电监护，密切观察。
5. 迅速建立左上肢或下肢静脉通道，化验血标本，床旁检测肌钙蛋白。
6. 严密观察病情，遵医嘱进行常规救治：①溶栓者：嚼服阿司匹林 300 毫克，口服氯比格雷 300 毫克，静脉给予溶栓药物，溶栓过程中需有医生在旁，做好

突发心律失常的应急准备。②行急诊 PCI（经皮冠脉内成形术）者，督促家属尽快办好住院手续，安全护送入介入室。不能住院者继续按医嘱药物保守治疗。

7. 饮食宜清淡易消化，忌烟酒，保持大便通畅。
8. 给予患者及家属心理护理，适时给予有针对性的健康教育。
9. 按心血管疾病一般护理常规。

## 十二、颅脑损伤抢救护理常规

1. 卧床休息，头部抬高  $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ ，躁动者加床栏。
2. 保持呼吸道通畅，吸氧，呼吸抑制者行气管插管机械通气。
3. 开放静脉通道，及早完善 CT 检查，送检过程中严密观察病情变化。
4. 遵医嘱给予降颅压、止血、镇静、预防感染等药物治疗。
5. 监测生命体征、神志、瞳孔、尿量，急性期禁食。
6. 配合医生清创缝合，需急诊手术者，完善术前准备工作。
7. 对耳鼻漏者，头下垫无菌巾，头部抬高，保持局部清洁，切忌堵塞或冲洗。
8. 积极处理高热，头部冰帽护脑。
9. 落实基础护理，预防并发症。
10. 神志清醒的患者给予其心理支持。
11. 昏迷患者按昏迷护理常规。
12. 按神经外科一般护理常规。

## 十三、上消化道出血抢救护理常规

1. 卧床休息，吸氧，保暖。呕血时侧卧位，拍背嘱其咳出血块防止误吸。
2. 迅速建立大口径静脉通道，遵医嘱留取血标本、备血，快速补液，监测 CVP，记录出入水量，观察尿量。
3. 持续心电监测，观察生命体征，并记录呕血和黑便的次数、性状、量。
4. 门脉高压症引起的消化道出血，备三腔二囊管，留置三腔二囊管的患者每隔 12 小时将食管囊气囊放气 1 次，压迫时间不超过 48 小时。
5. 出血期禁食，出血停止后 24 小时可进低温流质，72 小时后可进无渣半流，

恢复期宜进软食，少食多餐，忌辛辣刺激性食物。

6. 做好基础护理和心理支持。
7. 按消化系统疾病一般护理常规。

#### 十四、多发伤的抢救护理常规

1. 置抢救室，监护，根据伤情选择适当体位。
2. 给氧，保持气道通畅，必要时气管插管机械通气。
3. 迅速建立静脉通路，采血送检。
4. 根据病情快速补液，必要时深静脉置管，监测 CVP。
5. 协助医生进行伤口、创面处理。
6. 根据医嘱给予升压、止血、抗炎、止痛镇静等对症处理，及时完善各项检查，督促检验结果回报。
7. 病情观察：生命体征、神志瞳孔、出入水量、尿量等，观察有无致命伤情，如：连枷胸、张力性气胸、颅内出血、腹部膨隆内出血，外伤活动性出血等，随时关注病情变化，及时通知医生并记录。
8. 休克者抗休克处理，心搏骤停者立即心肺复苏。
9. 维护各种管道，保持畅通。
10. 需手术者，尽快完善术前准备，督促办理住院手续，与手术医生一起护送至手术室。
11. 按外科护理一般常规。

#### 十五、急性呼吸衰竭抢救护理常规

1. 置抢救室，半坐卧位，安静休息。
2. 吸氧，心电监护。
3. 测血气分析，根据血气结果判断呼衰类型进行氧疗；使用有创或无创呼吸机辅助呼吸，需插管者配合医生气管插管。
4. 迅速建立静脉通路，采血送检。
5. 根据医嘱及时给予药物治疗。

6. 病情观察: 生命体征、神志、 $\text{SPO}_2$ 、发绀, 监测血气观察氧疗效果。
7. 急性期禁食。维护各种管道, 保持气道通畅, 定时排痰、翻身, 预防并发症。
8. 对患者和家属针对性健康教育。
9. 按呼吸系统疾病一般护理常规。

## 十六、急性脑出血急救护理

1. 置抢救室, 平卧, 头偏一侧, 保持气道通畅, 吸氧。
2. 心电监护。
3. 建立静脉通路, 采血送检。
4. 尽早完善 CT 检查。
5. 根据医嘱给予脱水、止血、改善脑循环等药物治疗, 注意收缩压维持在 140mmHg 以上。
6. 留置导尿。
7. 病情观察: 记录生命体征、神志、瞳孔、尿量, 随时观察病情变化, 出现呼吸抑制, 立即通知总住院气管插管, 准备呼吸机辅助呼吸。
8. 根据 CT 检查结果和家属意愿, 完善相关术前准备。
9. 与家属做好沟通解释, 增加配合依从性。
10. 基础护理: 急性期禁食; 加强气道管理; 皮肤护理, 预防并发症。
11. 按神内一般护理常规。

## 第二节 重症护理常规

### 一、重症监护室一般护理常规

#### 1. 观察要点

- (1) 生命体征、 $\text{SPO}_2$ 、神志、瞳孔。
- (2) 24 小时出入水量, 液体管理。



- (3) 皮肤色泽、温度，有无压疮。
- (4) 呼吸功能，有无咳嗽、咳痰，有无舌后坠，呼吸道是否通畅。
- (5) 伤口及引流管的观察。
- (6) 有无并发症的发生。

## 2. 护理措施

(1) 一般护理：①按专科疾病护理常规。②体位：视病情需要采取相应体位，床边加放护栏，躁动不安的患者，适当约束四肢。③饮食：不能经口进食者，给予鼻饲管注入或静脉输入营养物质。④按照重症监护特级护理服务项目要求实施基础护理和专科护理。⑤全麻手术后、低温体外循环内心直视手术后、休克、昏迷、气管切开、使用呼吸机患者分别按相应护理常规。

(2) 病情观察：①监测患者生命体征、神志、瞳孔、 $\text{SPO}_2$  等变化并处理。②保持患者呼吸道通畅，给予鼻导管吸氧，必要时气管插管或气管切开行呼吸机辅助呼吸。③准确记录 24 小时出入水量，注意观察每小时尿量、尿颜色、尿比重、皮肤色泽、弹性、有无水肿等。④观察伤口情况，保持敷料干洁固定。有引流管者，保持引流通畅，观察引流物量、颜色及性状并做好记录，及时更换引流袋。按医嘱正确留取各种标本并及时送检。

(3) 用药护理：正确使用血管活性药物及特殊治疗药物；遵医嘱控制输液量和速度，必要时使用微量泵控制。仔细观察药物疗效并做好药物知识宣教。

(4) 心理护理：向患者及家属介绍疾病相关知识、治疗方案、护理措施，消除患者的思想顾虑及恐惧心理。

(5) 预防并发症。

## 二、昏迷护理常规

### 1. 观察要点

- (1) 生命体征、 $\text{SPO}_2$ 。
- (2) 神志、瞳孔：瞳孔大小、对光反应。
- (3) 皮肤色泽、温度，有无压疮。
- (4) 有无咳嗽、咳痰，有无舌后坠，呼吸道是否通畅。
- (5) 有无并发症的发生：肺炎、出血等。