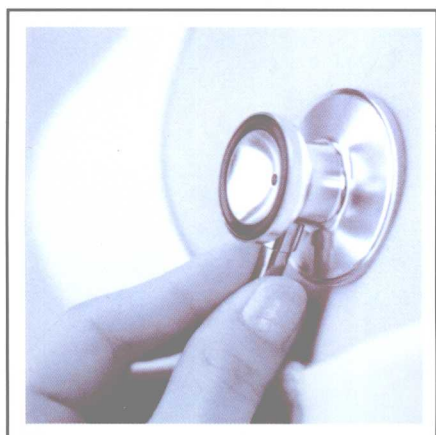


主编 刘桂荣 等



实用护理 操作技能

SHIYONG HULI CAOZUO JINENG

SHIYONG HULI CAOZUO JINENG

SHIYONG HULI CAOZUO JINENG

上海交通大学出版社

实用护理操作技能

主编 刘桂荣 等

上海交通大学出版社

内容提要

《实用护理操作技能》密切结合护理模式的发展,引入了新的护理理念,是根据护理人员的迫切需要而编写,其目的是普及急诊急救知识和基础技术,规范护理人员急救、基础、常用护理操作程序,培养护理人员的应急能力和实际操作能力。本书共分十二章,第一至第三章为急诊急救内容,详细介绍了急诊抢救预案、急救器械的使用和急救监护技术;第四至第八章为基础常用护理技术,阐明归纳了基础护理技术操作程序、常用护理技术操作程序、冷热疗法、常用引流管监护技术及药物应用护理;第九章概括阐述了精神科特殊症状、特殊治疗的护理和意外事件的处理;第十至第十二章分别为院内感染的预防和控制、医疗文件的书写与保管及临床化验标本留取和参考值。编写体例深入浅出,简便易懂,结构严谨,一目了然。本书既注重新知识、新技术和新方法的介绍,又包含总结和归纳的内容,重点突出“实用”性,是一本实用性强、操作性强的参考书,可用作护理专业教材,亦可作护理人员技术操作培训教材,同时也可用于护理部考试考核参考。

图书在版编目(CIP)数据

实用护理操作技能 / 刘桂荣等主编. —上海:上海交通大学出版社,2007

ISBN 978-7-313-04769-4

I. 实... II. 刘... III. 护理学-高等学校;技术学校-教材 IV.R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 056631 号

实用护理操作技能

刘桂荣等 主编

上海交通大学出版社出版发行

(上海市番禺路 877 号 邮政编码 200030)

电话:64071208 出版人:韩建民

太仓市印刷厂有限公司印刷 全国新华书店经销

开本:787mm×1092mm 1/16 印张:13 字数:313 千字

2007 年 5 月第 1 版 2007 年 5 月第 1 次印刷

印数:1—3 050

ISBN 978-7-313-04769-4/R·058 定价:28.00 元

版权所有 侵权必究

《实用护理操作技能》编委会名单

主 编 刘桂荣 吕克梅 单金凤 邢 燕 徐 莉

副主编 高贵秀 张延恒 张玉华 孙 磊 华秀芝 王 静
李雪媛 高兴花 任梅芳 庄茹娟 潘 琳 杨 会
孙继兰 王玉英 沈宪梅 王 青 秦 君 王娅洁
孙中慧 董秀萍 梁晓丽

编 委 (按姓氏笔画排序)

王玉英	王 青	王娅洁	王 静	王 燕	华秀芝
庄茹娟	任梅芳	邢 燕	孙 磊	吕克梅	刘桂荣
孙中慧	孙继兰	李 君	李雪媛	沈宪梅	张玉华
张延恒	张丽丽	宋乐蛾	杨 会	杨 萍	宗 美
单金凤	高兴花	高贵秀	秦 君	徐 莉	晁储玲
曹 芳	梁传荣	梁晓丽	董秀萍	鲍传敏	潘 琳

前 言

随着现代社会的迅速发展,护理科学对护理人员提出了更高的要求,作为当前专业人才,护理人员必须掌握广博的专业知识和娴熟的操作技术,才能向人民群众提供高质量和高效率的服务。为此,我们组建了一个具有较丰富的实践经验和较高理论水平的编委会,她们多是护理专家,编写了这本《实用护理操作技能》。

本书的目的是普及急诊急救知识和基础护理技术,培养护理人员的应急能力和实际操作能力。在编写过程中我们力求深入浅出、简便易懂,结构严谨、一目了然。本书既注重新技术和新方法的介绍,也着重对成熟经验技术的总结和归纳,重点突出“实用”性,是护理人员技术操作培训较好的教材,同时也可作为护理部考试考核的参考用书。

由于笔者的水平所限,不成熟和疏漏之处在所难免,恳请护理界同仁批评指正。

编 者

2007 年 5 月

目 录

第一章 急诊抢救案	1
第一节 突发事件抢救预案	1
第二节 颅脑损伤抢救预案	2
第三节 胸部损伤抢救预案	3
第四节 腹部损伤抢救预案	4
第五节 电击伤抢救预案	5
第六节 溺水抢救预案	5
第七节 中暑抢救预案	6
第八节 有机磷农药中毒抢救预案	7
第九节 巴比妥类中毒抢救预案	8
第十节 急性一氧化碳中毒抢救预案	8
第十一节 心跳骤停抢救预案	9
第十二节 大咯血抢救预案	10
第十三节 窒息抢救预案	11
第十四节 上消化道出血抢救预案	12
第十五节 急性脑出血抢救预案	12
第十六节 癫痫持续状态抢救预案	13
第十七节 休克抢救预案	14
第十八节 高热抢救预案	15
第十九节 昏迷抢救预案	16
第二十节 急腹症抢救预案	17
第二章 常用抢救仪器的使用	19
第一节 心电监测仪的使用	19
第二节 除颤器的使用	19
第三节 呼吸机的使用	20
第四节 微量泵的使用	22
第五节 输液泵的使用	22
第六节 心脏起搏及电复律	23
第七节 洗胃术	25
第三章 急救监护技术	28
第一节 心肺脑复苏术	28

第二节	气道通路的建立	31
第三节	静脉输液通路的建立	40
第四节	心电监护	45
第五节	血氧监护	47
第六节	血气分析	49
第七节	血流动力学监测	52
第八节	呼吸机参数设置与报警处理	55
第九节	肾功能监测	58
第十节	中枢神经系统功能监测	60
第四章	基础护理技术操作程序	62
第一节	体温、脉搏、呼吸的测量及绘制	62
第二节	血压测量法	63
第三节	皮内注射法	65
第四节	肌内注射法	66
第五节	静脉输液(密封式)	68
第六节	铺备用床	70
第七节	铺麻醉床	71
第八节	铺暂空床	72
第九节	卧床患者更换床单法	73
第十节	无菌技术	74
第十一节	口腔护理	76
第十二节	皮肤护理	77
第十三节	鼻饲法	79
第十四节	乙醇(酒精)擦浴	80
第十五节	大量不保留灌肠	81
第十六节	女患者导尿术	82
第十七节	男患者导尿术	84
第十八节	电动吸引器吸痰法	85
第十九节	氧气吸入(鼻导管法)	86
第二十节	人工呼吸法	87
第二十一节	胸外心脏按压术	88
第二十二节	心内注射法	89
第五章	常用护理技术操作程序	91
第一节	晨间护理技术操作程序	91
第二节	晚间护理技术操作程序	92
第三节	预防背部压疮护理技术操作程序	92
第四节	皮下注射技术操作程序	93

第五节	静脉注射技术操作程序	94
第六节	静脉穿刺套管针留置技术操作程序	96
第七节	静脉输血操作程序	97
第八节	胸腔穿刺操作程序	98
第九节	腹腔穿刺操作程序	99
第十节	腰椎腔穿刺操作程序	100
第十一节	压缩雾化吸入技术操作程序	101
第十二节	呼吸机患者吸痰技术操作程序	102
第十三节	气管切开伤口换药技术	103
第十四节	三腔管压迫止血操作程序	104
第十五节	负压引流技术操作程序	105
第十六节	膀胱冲洗操作程序	106
第十七节	耻骨上膀胱穿刺操作程序	107
第十八节	小量不保留灌肠操作程序	108
第十九节	清洁灌肠操作程序	109
第二十节	保留灌肠操作程序	109
第二十一节	肛管排气操作程序	111
第二十二节	保护性约束技术操作考核程序	111
第六章	冷热疗法	113
第一节	热疗法	113
第二节	冷疗法	116
第七章	临床常用管道的护理技术	119
第一节	一般伤口的引流管护理	119
第二节	脑室引流的护理	119
第三节	气管插管的护理	120
第四节	气管切开套管的护理	121
第五节	胸腔引流管的护理	122
第六节	胃肠减压管的护理	123
第七节	双气囊三腔管的护理	124
第八节	T型引流管的护理	125
第九节	留置导尿管的护理	126
第八章	常用药物应用及护理	127
第一节	给药的基本原则	127
第二节	口服给药法	128
第三节	雾化吸入疗法	130
第四节	注射用药	132

第五节 临床皮试液的配制及临床应用	133
第六节 常用药物应用及护理	141
第九章 精神科护理技术	151
第一节 精神科特殊症状的护理	151
第二节 精神科意外事件的处理	153
第三节 精神患者电抽搐治疗的护理	154
第十章 医院内感染的预防和控制	157
第一节 医院内感染	157
第二节 清洁、消毒和灭菌	158
第三节 无菌基本技术操作法	162
第四节 隔离技术	166
第五节 供应室	170
第十一章 护理文件的书写与保管	172
第一节 护理文件的书写和保管要求	172
第二节 护理文件的书写	173
第十二章 临床常用检验标本的留取	175
第一节 临床常用检验标本的留取	175
第二节 常用检验参考值及临床意义	180
参考文献	195

第一章

急诊抢救预案

为了保障病员及人民群众的身体健康和生命安全,本着“早发现、早救治、早报告、早隔离”的原则,对常见急诊急救患者,需制订应急抢救预案。

第一节 突发事件抢救预案

一、临床表现

急性创伤,重大传染病暴发流行,群体性不明原因疾病,急性食物、药物中毒,急性职业性中毒等。

二、预处理措施

- (1) 预检登记:按部位、性质、循环、呼吸、意识等方面分清病情,并对病历进行编号。
- (2) 正确分诊:询问病史,如受伤时间、部位、体位及伤后神志,有无呕吐、排便等。根据病情将患者分为危重病员和一般病员。
- (3) 通知相关科室及人员:及时通知医务部、行政总值班、抢救小组的医生和护士,启动突发事件抢救预案。

三、急救措施

(一) 急救原则

先重后轻,先急后缓,坚持抢救、诊断、治疗、护理一体化原则。

(二) 具体措施

控制大出血,积极抗休克治疗,保证呼吸道通畅及有效的呼吸支持。对心跳、呼吸骤停者行心肺复苏术,紧急手术,加强监护。

对于传染病及原因不明的疾病,应查明原因,进行隔离、对因或对症处理。

对药物、食物和职业性中毒,应实施紧急救治、检测分析和对症处理。

四、护理要点

- (1) 详细记录病情变化、抢救措施和药物应用,检查结果。
- (2) 分流转道,处以留观、住院等,均有护士 24h 值班,严密观察患者病情变化。
- (3) 配合有关人员调查取样。
- (4) 坚持疫情上报制度,按要求向所属市局及相关单位报告。

第二节 颅脑损伤抢救预案

一、颅脑损伤的分类

(一) 按病变部位分类

(1) 头皮损伤:分为头皮裂伤、头皮下血肿和头皮撕脱伤等。

(2) 颅脑损伤:分为颅顶部骨折和颅底部骨折。

(3) 脑损伤:分为脑震荡、颅内血肿、挫裂伤和脑干损伤等。

(二) 按伤情分类

(1) 轻度颅脑损伤:为单纯性脑震荡,原发性昏迷时间 $<30\text{min}$,有轻度头疼、眩晕、恶心、呕吐,神经系统及生命体征无明显改变。

(2) 中度颅脑损伤:有明显的颅骨骨折及轻度的脑挫裂伤,原发性昏迷时间 $<12\text{h}$,神经系统及生命体征均有轻度改变。

(3) 重度颅脑损伤:表现为广泛性粉碎性颅骨骨折和重度脑挫裂伤,有急性颅内血肿、脑干损伤及脑疝者,昏迷时间常 $>12\text{h}$,神经系统及生命体征均有明显改变。

(4) 特重度颅脑损伤:常在伤后 3h 内有去大脑强直状态及脑疝的表现,预后极差。出现明显的脑干功能衰竭,呈现持续性昏迷。

二、临床表现

(1) 脑震荡:表现为脑细胞在分子水平上暂时性功能障碍。意识丧失时间常 $<30\text{min}$,醒后有头昏、反应迟钝、嗜睡、近事记忆遗忘等现象。

(2) 脑挫裂伤:属于器质改变的损伤,昏迷时间较长,常伴有剧烈的头疼、呕吐和蛛网膜下隙出血。下丘脑损伤可出现 39°C 以上的高热,亦称为“中枢性高热”。

(3) 颅内血肿:可分为硬脑膜外血肿、硬脑膜下血肿、脑内血肿、脑室内血肿、混合性血肿和多发性血肿等。

三、急救措施

(1) 吸氧,保持呼吸道通畅,必要时切开气管,进行机械通气。

(2) 建立有效的静脉通道,给予 $10\%\text{GS } 500\text{ml}$,静脉滴注。

(3) 控制出血,给予止血药。

(4) 预防感染,给予足量的抗生素。

(5) 控制脑水肿:①脱水剂如甘露醇、呋塞米等。②给以肾上腺皮质激素。③低温疗法,给予氯丙嗪或物理降温。

(6) 控制癫痫发作,应用苯妥英钠。

(7) 开颅清除血肿,做好剃头、配血、导尿、皮试等术前准备工作。

四、护理要点

(1) 保持呼吸道通畅,给使用呼吸机的患者做好呼吸机管理、气道护理。

(2) 立即开放静脉通道,并注意输液速度和输液量。

(3) 严密观察病情变化,做好 24h 内每 $15\sim 30\text{min}$ 测血压、呼吸、脉搏一次,观察神志、

瞳孔及颅内压变化情况。

(4) 对耳鼻流血或脑脊液耳鼻漏者,应保持局部清洁通畅,切勿堵塞或冲洗。

第三节 胸部损伤抢救预案

一、胸部损伤分类

胸部损伤多由于暴力挤压、冲撞、跌倒、坠落、钝器打击、锐器伤或枪弹伤及胸部所致。一般根据是否穿破壁层胸膜造成胸膜腔与外界相通而分为闭合性损伤和开放性损伤。

二、临床表现

(1) 肋骨骨折:胸部压痛、骨摩擦音、皮下气肿、多处多段骨折,可见胸壁塌陷、反常呼吸等。

(2) 气胸:可分为单纯闭合性气胸、张力性气胸、开放性气胸。主要表现为胸痛、胸闷气促、胸部有伤口,纵隔向健侧移位,呼吸困难,甚至出现休克、叩诊鼓音、呼吸音消失。

(3) 血胸:胸腔大量积血,面色苍白、出冷汗、脉搏细弱、血压下降、气促、叩诊浊音,呼吸音消失。

(4) 心脏、大血管损伤:有血胸、血气胸。心包压塞表现:憋喘呼吸困难,发绀,心前区疼痛等。

三、急救措施

(1) 立即止痛,固定浮动胸壁,纠正呼吸、循环功能障碍。

(2) 如患者心跳停止,应立即进行心肺复苏术。

(3) 若患者窒息,应消除呼吸道分泌物,并行口对口人工呼吸或机械通气。

(4) 出血性休克者,应尽快做血交叉配血试验,尽快输血。

(5) 如有张力性气胸,应用粗针头从第2前肋间刺入排气减压,连接于水封瓶,吸氧,做好手术准备。

(6) 若为开放性气胸,应立即封闭伤口,及早清创缝合伤口,进行胸穿抽气减压或胸腔闭式引流,高流量吸氧4~6L/min,给予抗生素治疗以控制感染。

(7) 协助患者做X线胸片和心电图检查。

四、护理要点

(1) 严密观察病情变化,如体温、脉搏、呼吸、血压、瞳孔、神志、胸壁运动等。

(2) 取半卧位,高流量吸氧,保持呼吸道通畅。

(3) 迅速建立静脉通道,选择大血管,及时配血型,做交叉配血试验,准备输血。

(4) 对放置闭式引流管的患者,做好引流管的护理。

(5) 对留置导尿管者,记录尿量、尿比重。

(6) 对应用呼吸机的患者,做好气道护理。

(7) 备好心肺复苏的必要仪器及药物,做好送患者去手术室的准备。

第四节 腹部损伤抢救预案

一、腹部损伤分类

腹部损伤可分为开放性损伤和闭合性损伤;开放性损伤又分为单纯腹壁伤和腹部穿透性损伤。

二、临床表现

(1) 单纯腹壁伤,伤口无腹腔内容物脱出,亦无胃肠道内容物外露。患者一般情况尚可,出血不严重。

(2) 腹部穿透性损伤,伤口内有血液或胃肠道内容物外露,有部分内脏脱出,患者一般情况差,严重出血者可出现休克。

(3) 闭合性腹部损伤,主要表现为腹痛、休克、恶心、呕吐、腹胀、呕血或便血、血尿、压痛、肌紧张、反跳痛、呼吸浅而促、以胸式呼吸为主、腹部移动性浊音、肠鸣音减弱或消失。

三、急救措施

(1) 治疗原则:迅速进行全身体格检查,手术治疗时先实质脏器后空腔脏器,大血管优先处理。

(2) 腹部损伤合并危及生命的颅脑或胸部损伤,应首先处理合并伤。

(3) 保持呼吸道通畅,吸氧,有气道阻塞、喉部或气管外伤者应即刻处理。

(4) 防止休克,输血、输液,必要时可作静脉切开或中心静脉插管,快速输入血浆代用品或平衡液,以补充血容量。

(5) 禁食,胃肠减压、留置导尿管。

(6) 对开放性腹部损伤并有脏器脱出者,应按无菌原则认真处理,防止腹腔感染。

(7) 对闭合性损伤者,未明确诊断前禁用止痛剂,以免掩盖病情。

(8) 对出血多者,须迅速采取有效的止血措施,如用明胶海绵填塞,也可用无菌止血钳钳夹或缝线结扎等。

四、护理要点

(1) 绝对卧床休息。

(2) 做好术前准备:备皮、交叉配血试验,腹腔灌肠等。

(3) 迅速建立静脉通道,快速输液、输血。

(4) 诊断未明确前禁止饮水,禁用止痛剂。

(5) 保持导尿管、胃肠减压管通畅,并做好各种出入量记录。

(6) 严密观察病情,每 15min 测血压、脉搏呼吸一次,每 30min 检查腹部体征一次,如有异常须立即向医生报告,并予以及时处理。

第五节 电击伤抢救预案

电击伤是电流通过人体引起的损伤,可以是全身性或局部性损伤。

一、临床表现

(1) 全身性表现:轻者头晕、心悸、面色苍白、全身无力、口唇发绀、肌肉酸痛;重者抽搐、昏迷、休克、心跳呼吸停止。

(2) 局部表现:局部皮肤呈白色或黄色,严重者局部皮肤炭化、焦化,局部组织坏死。

二、诊断标准

(1) 有电击病史。

(2) 有上述全身或局部损伤表现。

三、急救措施

(1) 立即用绝缘物切断电源或迅速帮助伤员脱离致伤源,切不可徒手直接接触伤员或电器,以免救护者发生继发触电。

(2) 若伤员心跳、呼吸停止,应立即进行心肺复苏术及电除颤。

(3) 维持呼吸功能,供给患者氧气,必要时行人工呼吸或给予呼吸兴奋剂(如洛贝林)。严重者可可行气管插管或气管切开通气。

(4) 纠正循环功能障碍,轻者给予口服淡盐水或烧伤饮料,严重者应尽快补液,休克者可用升压药;纠正水电解质紊乱,防止血栓形成,可给予低分子右旋糖酐;预防感染可给予抗生素治疗。

(5) 镇静止痛:可口服止痛片或肌内注射哌替啶,有呼吸功能衰竭者忌用吗啡。

(6) 创面的处理:创面宜用无菌敷料覆盖或包扎,以免再受损伤或污染。

四、护理要点

(1) 卧床休息。

(2) 观察病情:呼吸、脉搏、血压、神态、出入量及受伤部位皮肤血运,持续心电监护,进行氧饱和度监测。

(3) 建立静脉通道,补充水分及用药。

(4) 保持呼吸道通畅,供给患者氧气。

(5) 加强营养支持,做好皮肤护理。

(6) 预防并发症发生,如内脏损伤、肢体骨折、肺炎等。

第六节 溺水抢救预案

一、临床表现

主要表现为:颜面肿胀、口鼻充满污水、污物或外溢血性泡沫、皮肤苍白、四肢厥冷、腹部隆起、抽搐、昏迷、呼吸浅促、脉搏细弱、血压下降,严重者呼吸心跳停止。

二、诊断标准

- (1) 有溺水史。
- (2) 有上述临床表现,实验室检查低氧血症、高碳酸血症等。

三、急救措施

- (1) 倒水处理:将溺水者俯卧于高坡上,头向下,按压背部迅速把水驱除。
- (2) 保持呼吸道通畅,清除口鼻内污物,供给充足氧气。
- (3) 建立静脉通路,保证静脉用药,并纠正水、电解质、酸碱失衡。
- (4) 预防感染,给予抗生素。

四、护理要点

- (1) 给患者以保暖,绝对卧床休息。
- (2) 保持呼吸道通畅,防止水倒流,舌后坠。
- (3) 严密观察病情变化,注意血压、呼吸、脉搏、神态、瞳孔的变化。
- (4) 保持输液通畅,注意输液速度和输液量。
- (5) 加强营养支持,做好口腔护理和皮肤护理。
- (6) 防止并发症的发生,如脑水肿、肺水肿、呼吸窘迫综合征、急性肾衰竭、酸碱平衡失调、继发感染等。

第七节 中暑抢救预案

一、临床表现

依照中暑的程度不同分为先兆中暑、轻度中暑和重度中暑。

- (1) 先兆中暑:患者表现为乏力、头痛、口渴、大汗、胸闷、体温轻度升高。
- (2) 轻度中暑:患者表现为头痛、头晕加重、面色潮红、大汗淋漓、体温在 38°C 以上、脉搏快弱、呼吸气促。
- (3) 重度中暑:体温在 40°C 以上、无汗、呼吸急促、血压下降、烦躁、意识模糊、抽搐、甚至昏迷。

二、诊断标准

- (1) 在高温或烈日暴晒环境中。
- (2) 有不同程度中暑的 3 种表现。
- (3) 出现心、肺、脑、肝、肾功能障碍。

三、急救措施

- (1) 脱离现场:立即将患者移至阴凉通风处。
- (2) 物理降温:用乙醇(酒精)擦浴或冰水灌肠。
- (3) 药物降温:给予氯丙嗪注射或叫咪美辛塞肛。
- (4) 支持疗法:静脉补液,纠正酸中毒、电解质紊乱。
- (5) 控制惊厥、抽搐:给予苯妥英钠、大仑丁等。

四、护理要点

- (1) 严密观察患者体温、脉搏、呼吸、血压、神志等生命体征的变化,若体温降至 38℃时可停止降温,血压应维持在 12kPa(90mmHg)以上。
- (2) 保持呼吸道通畅,供给患者足够的氧气。
- (3) 给患者补充含盐饮料或静脉补液,防止输液反应的发生。
- (4) 病房温度应控制在 25℃以下,阴凉空气流通。

第八节 有机磷农药中毒抢救预案

有机磷中毒主要是指有机磷酸酯进入人体内后,迅速与胆碱酯酶结合,形成稳定的磷酰化胆碱酯酶,从而抑制了胆碱酯酶的活性,致使乙酰胆碱大量蓄积,引起中毒。

一、临床表现

(一) 中毒症状和体征

- (1) 突发症状,身上或口中有大蒜样臭味。
- (2) 三类综合征:①毒蕈碱样症状,主要为平滑肌痉挛和腺体分泌增加;②烟碱样症状,表现为肌肉震颤、痉挛、肌肉麻痹;③中枢神经系统症状,头痛、头晕、中枢神经系统功能障碍。
- (3) 典型体征:瞳孔缩小,肌肉震颤或痉挛,血压升高,流涎、多汗、口吐白沫,急性肺水肿。

(二) 实验室检查

- (1) 轻度中毒:血胆碱酯酶活性降至 70%~50%。
- (2) 中度中毒:血胆碱酯酶活性降至 50%~30%。
- (3) 重度中毒:血胆碱酯酶活性降至 30%以下。

二、急救措施

(一) 清除毒物

- (1) 立即撤离有毒环境,脱去污染衣物,对沾有毒物的皮肤进行彻底冲洗。
- (2) 口服中毒者中,对清醒者给予催吐。
- (3) 洗胃,一般用 20 000ml 的清水或 2%的碳酸氢钠(敌百虫除外)洗至无色无味止。洗胃后用 40~50ml 50%的硫酸镁导泻。

(二) 特效解毒剂

- (1) 阿托品应用原则:早期、足量、反复给药。
- (2) 胆碱酯酶复活剂,主要为解磷定、氯磷定的应用。

三、护理要点

- (1) 密切观察体温、脉搏、呼吸、血压、生命体征及神志、瞳孔的变化,体温过高者要采取降温措施。
- (2) 保持呼吸道通畅,使患者平卧、头偏向一侧。
- (3) 建立静脉通道,准备好抢救用药。

- (4) 做好饮食护理,洗胃或催吐后,禁食 1d。
- (5) 注意躁动患者的安全保护,防止外伤和坠床。
- (6) 及时并准确做好各项记录。

第九节 巴比妥类中毒抢救预案

巴比妥类为应用较普遍的安眠药,如果用药量过大可引起中毒。根据中毒程度不同,可分为轻度、中度和重度中毒

一、临床表现

- (1) 轻度中毒:嗜睡或深睡,反应迟钝,言语不清,可以叫醒。
- (2) 中度中毒:沉睡或进入昏迷状态,强刺激能唤醒,但不能言语,即刻又沉睡。
- (3) 重度中毒:深昏迷,呼吸、循环衰竭。严重者发生休克,瞳孔缩小,各种反射消失。

二、急救措施

(一) 立即排毒

- (1) 清醒患者给予催吐。
- (2) 洗胃:用 1:5000 的高锰酸钾溶液或清水洗胃,洗胃后用 50ml 50% 的硫酸镁胃管注入导泻。

(二) 特效解毒剂

- (1) 贝美格(美解眠)50~150ml 静脉推注。
- (2) 对症处理:平卧、保暖、吸氧。

三、护理要点

- (1) 密切观察病情,注意呼吸、血压、体温、脉搏的变化,准确记录病情变化。
- (2) 准确记录出入量,防止酸碱及水、电解质失衡。
- (3) 躁动患者要防止坠床和外伤。
- (4) 保持呼吸道通畅,防止吸入性肺炎和窒息并发症的发生。

第十节 急性一氧化碳中毒抢救预案

一氧化碳(CO)经呼吸道吸入后,通过肺泡壁进入血液与血红蛋白(Hb)结合,形成碳氧血红蛋白(HbCO),失去携氧能力,因而致使组织缺氧。由于中枢神经系统对缺氧最敏感,故首先受累。根据缺氧的严重程度不同可分为轻度中毒、中度中毒和重度中毒。

一、临床表现

- (1) 轻度中毒:血液中 HbCO 含量在 10%~20%。患者有头痛、头晕、耳鸣、眼花、恶心、呕吐、心悸、无力等症状。
- (2) 中度中毒:血液中 HbCO 含量 30%~40%。患者表现为头痛加重、面色潮红、口唇樱桃红色、脉快、多汗、烦躁。
- (3) 重度中毒:血液中 HbCO 含量在 50%以上。出现昏迷、痉挛、呼吸困难以至呼吸麻痹。