

主 编 郭允慧 李 燕 李祥霞
 王玉梅 李翠萍 郭允娟

危重病护理



内蒙古科学技术出版社

危 重 病 护 理

主编 郭允慧 李 燕 李祥霞
王玉梅 李翠萍 郭允娟

内蒙古科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

危重病护理/郭允慧等主编. —赤峰:内蒙古科学技术出版社, 2006. 12

ISBN 7-5380-1528-0

I. 危… II. 郭… III. 险症-护理 IV. R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 162524 号

出版发行:内蒙古科学技术出版社

地 址:赤峰市红山区哈达街南一段 4 号

电 话:(0476)8224848 8231924

邮 编:024000

出 版 人:额敦桑布

组织策划:香 梅

责任编辑:张继武

印 刷:山东省泰安市第三印刷厂

字 数:323 千字

开 本:850 × 1168mm 1/32

印 张:13

版 次:2006 年 12 月第 1 版

印 次:2006 年 12 月第 1 次印刷

定 价:25.00 元

主 编 郭允慧 李 燕 李祥霞
王玉梅 李翠萍 郭允娟

副主编 (以姓氏笔画为序)

王海燕 王光英 尤艳峰 尹纪珍
申秀英 曲淑英 迟 静 张 琨
张卉英 苗玉梅 姚兴玲 夏俊英
高继艾 郭 霞

编 委 (以姓氏笔画为序)

王海燕 王光英 王玉梅 尤艳峰
尹纪珍 申秀英 曲淑英 迟 静
李 燕 李祥霞 李翠萍 张 琨
张卉英 苗玉梅 姚兴玲 夏俊英
高继艾 郭允慧 郭允娟 郭 霞

前 言

近年来危重病急救医学进展迅速,许多新理论、新知识不断涌现,并应用于指导临床工作。临床护士只有掌握危重病的基本知识和操作技术,在抢救工作中,医护双方才能密切合作,互相默契,出色完成常见危重病的护理工作,为此,我们在繁忙的工作之余,广泛参考国内外文献,精心编写了《危重病护理》一书,奉献给读者。

本书共分两篇,上篇总论,主要介绍危重病医学及危重病护理学概论、危重病监护、常见急危症状的护理;下篇常见危重病的护理,内容包括临床各科常见危重病的病因和发病机制、病情评估、急救及护理措施。资料新颖,切合实际,反映了当代危重病护理的专业特点。

由于时间仓促,水平所限,书中不妥之处在所难免,望读者批评指正。

郭允慧

于临沂市人民医院

目 录

上篇 总 论

第一章 危重病医学及危重病护理学概论.....	1
第一节 危重病医学概论.....	1
第二节 危重病护理学概论.....	2
第二章 危重病监护.....	5
第一节 重症病房简述.....	5
第二节 监护内容	10
第三节 监测技术	12
第三章 常见急危症状的护理	35
第一节 高热	35
第二节 昏迷	43
第三节 咯血	48
第四节 休克	56
第五节 晕厥	74

下篇 常见危重病的护理

第四章 呼吸系统危重病	81
第一节 急性呼吸衰竭	81
第二节 急性呼吸窘迫综合征	86
第三节 肺性脑病	96
第四节 急性肺水肿.....	102

第五章 循环系统危重病	113
第一节 心脏骤停	113
第二节 急性心力衰竭	132
第三节 急性心肌梗死	139
第四节 高血压急症	156
第六章 消化系统危重病	162
第一节 急性上消化道出血	162
第二节 肝性脑病	173
第三节 急性胰腺炎	185
第七章 泌尿系统危重病	194
第一节 急性肾小球肾炎	194
第二节 急性肾功能衰竭	199
第八章 血液系统危重病	218
第一节 急性粒细胞缺乏症	218
第二节 弥散性血管内凝血	222
第九章 内分泌、代谢系统危重病	231
第一节 糖尿病酮症酸中毒	231
第二节 甲状腺危象	239
第十章 神经系统危重病	246
第一节 脑出血	246
第二节 蛛网膜下腔出血	254
第三节 重症肌无力及危象	262
第十一章 急性中毒	270
第一节 急性有机磷农药中毒	270
第二节 急性一氧化碳中毒	278
第十二章 儿科危重病	284
第一节 小儿心力衰竭	284
第二节 小儿惊厥	296

第十三章	普通外科危重病·····	304
第一节	破伤风·····	304
第二节	胃、十二指肠溃疡急性穿孔·····	309
第三节	急性重症胆管炎·····	313
第十四章	心胸外科危重病·····	320
第一节	胸部损伤·····	320
第二节	急性脓胸·····	329
第十五章	神经外科危重病·····	334
第一节	颅脑损伤·····	334
第二节	脊髓损伤·····	351
第十六章	骨科危重病·····	358
第一节	创伤·····	358
第二节	骨盆骨折·····	366
第十七章	妇产科危重病·····	371
第一节	异位妊娠·····	371
第二节	前置胎盘·····	378
第三节	胎盘早剥·····	383
第四节	羊水栓塞·····	388
第十八章	五官科危重病·····	395
第一节	眼球穿通伤·····	395
第二节	鼻出血·····	398
第三节	喉阻塞·····	404

上篇 总 论

第一章 危重病医学及危重病 护理学概论

第一节 危重病医学概论

危重病医学(critical care medicine, CCM)是以危重病为主要研究对象,以基础医学与临床医学的相互结合为基础,以应用现代化的监测及干预性技术为方法,对危重病进行更全面的研究,通过对危重病人进行有效的治疗,而最终提高危重病人生存率为目的的医学专业学科。CCM 是现代医学的重要组成部分,具有多学科交叉、渗透的特点,狭义的 CCM 所涉及的主要是急性危重病人,包括由于各种疾病或创伤等引起的机体内环境严重失衡、单个或多个脏器功能衰竭者,而广义的 CCM 则包括一切随时可能发生危及生命的疾病或综合征。

危重病医学与其他学科一样,是随着客观需要和其他学科的发展逐步成熟起来了。早在 19 世纪中叶,危重病医学已经初见端倪。1863 年,著名的现代护理事业的先驱者南丁格尔曾撰文写道:“在小的乡村医院里,把病人安置在一间由手术室通出的小房间,直至病人恢复或至少从手术的即时影响中解脱的情况已不鲜见。”这种专门为术后病人,以后又进一步扩大到为失血、休克等危重外科病人开辟的“小房间”存在相当长的时间,在 20 世纪 20 年代被正式称作“术后恢复室”,并作为麻醉科或外科一部分存在。20 世纪 50 年代以后,若干重大事件促进了“术后恢复室”向

更高层次发展,如斯堪的纳维亚半岛和美国南加利福尼亚在 20 世纪 50 年代初发生多发性神经炎流行,为抢救呼吸衰竭病人,麻醉医师携带机械呼吸器介入病房的抢救工作,并获得了巨大成功。20 世纪 50 年代以后,随着科学技术的进步,各种新型轻便的呼吸机相继问世,心电和循环压力监测技术不断完善,大大拓展了临床监测和治疗能力,为危重病病人的监测和治疗的专业化提供了坚实的物质基础。尤其到 20 世纪 50 年代后期,首先在内科系统建立了具有现代危重病医学意识和拥有现代治疗和监测手段的加强监护治疗病房(ICU),如冠心病加强监护治疗病房(CCU)、呼吸加强监护治疗病房(RCU)等,继而外科“术后恢复室”也在充分吸收内科 ICU 长处的基础上建立起了专科和综合的外科 ICU(SICU),从而促进了危重病医学的实践和发展。

(郭允慧 李翠萍 王玉梅)

第二节 危重病护理学概论

一、概念

危重病护理学是研究抢救危重病病人的护理实施与护理行为的学科,是护理学学科范畴内一个分支学科,随着急诊医学的理论与实践的发展而逐步形成。

二、研究范畴

(一)危重病病人的急救与护理

1. 心跳骤停。
2. 休克。
3. 多发创伤。
4. 呼吸系统危重症。
5. 循环系统危重症。
6. 消化系统危重症。

7. 泌尿系统危重症。
8. 血液系统危重症。
9. 内分泌、代谢系统危重症。
10. 神经系统危重症。
11. 急性中毒。
12. 环境因素危重症。
13. 传染病危重症。
14. 外科危重症。
15. 妇产科危重症。
16. 儿科危重症。
17. 五官科危重症。

(二)一般急诊病人的护理

如发热、头痛、眩晕、哮喘、腹泻、呕吐等。

(三)急诊医疗体系管理学

由院前急救、医院急救中心或急诊科、综合性或专科性监护病房三部分组成。

1. 院前急救 主要任务是把有效的初步急救措施,以最快的速度送到病、伤人员身边,维持他们的生命,即进行基础生命支持(BLS)和基础创伤生命支持(BTLS)。BLS 和 BTLS 包括主要的现场初步急救和维持病、伤人员生命方法。一般由急救中心和急救站的医护人员完成。院前急救需要有现代化的管理制度:通讯、派遣、现场急救,然后将需要进一步诊治的病人转送到最近的接收医院。

2. 医院急救中心或急诊科 医院急救中心或急诊科是接收院前急救站送来的或用其他方法到院就治的危重症病人的第一线,是所有危重症病人入院治疗的必经之路。综合医院急诊科设有内、外、妇、儿、五官等专科诊室。上世纪 90 年代的急诊科多数设立了重症监护室。多数危重症病人可在急诊科得到及时、正确

的治疗和护理,部分病人需留观或转入相应的专科病房进一步治疗,仅有个别的危重病人需送到重症监护病房进行加强治疗和监护。

3. 综合性或专科性监护病房 系指受过专门培训的医护人员,在备有先进监护设备和急救设备的复苏室、抢救室、急诊监护室(EICU),接受院外和院内的危重病患者并对其进行脏器功能监测和支持,使病人度过急性脏器功能衰竭期,减少病死率和并发症。

(郭允慧 李翠萍 王玉梅)

第二章 危重病监护

第一节 重症监护病房简述

重症监护病房(intensive care unit, ICU)意为加强监护单位、加强监护病房或加强医疗科,是医护人员应用现代化医疗设施和复杂的临床监测技术,将人力、物力和重症与大手术后的患者集中一处,进行精细监测和强有力治疗与护理的场所。患者在 ICU 内,由受过特殊训练的医护人员进行管理,用较完善的电子装置和血液、生化检查等进行监测,可得到高质量的治疗和护理,比在一般条件下更易康复。ICU 的建立,对提高危重病病人的治愈率和降低死亡率,发挥了重要作用,已成为临床医学进展和衡量医院现代化的重要标志。由于 ICU 卓有成效的工作,促进了基础医学、临床医学和医用电子学的发展,而且已发展成为一门新兴的临床医学学科,即重症监护医学(critical care medicine, CCM)。

早在 19 世纪 50 年代 F. Nightingale 在克里来米战争期间,就提出尽可能把需要紧急救治的重伤员集中放置在靠近护士站的地方,并提出手术后应将病人放在与手术室邻近的病室内,待病人恢复后再送回到病室。虽然这是从实践中提出的简朴的认识,但确是麻醉恢复室乃至重症监护治疗病房(ICU)的先驱。经过 100 多年发展,特别是近 40 年来几代人的共同努力,一门新兴的跨学科的学科已经形成。

我国自 20 世纪 80 年代初开始建立 ICU。北京协和医院在 1982 年设立了第一张 ICU 病床,1984 年正式成立了作为独立专科

的综合性 ICU。目前,ICU 的规模,精密的监护治疗仪器的配置质量,医护人员的专业救护水平及临床实践能力,已成为一个国家、一所医院急救医疗水平的主要标准。我国卫生部也将医院建立急诊科和 ICU 作为医院等级评定的条件之一。

ICU 分为综合性 ICU 和专科性 ICU 两种类型。综合性 ICU 是医院内唯一跨学科集中人力、物力对各科危重症患者集中监测、治疗和护理的场所。综合性 ICU 不仅相对地节省人力、物力,也符合 ICU 的特定目的。专科性 ICU 为各专科设置的 ICU,承担收治本科危重患者的任务。按重症监护对象所属科别分为内科 ICU、外科 ICU、神经内科 ICU、神经外科 ICU、儿科 ICU、新生儿 ICU、妇科产 ICU 等。依据重症患者主要病变部位和性质分为呼吸 ICU、冠心病 ICU、心脏病 ICU、肾病 ICU、血液病 ICU、代谢病 ICU、神经系统疾病 ICU、烧伤 ICU、中毒 ICU、创伤 ICU 等。

一、ICU 收容对象

包括各科的危重病人,如病情危重,处于生死关头,甚至有猝死危险的病人。危重大多由急性病变或慢性病急性变化造成,具体包括以下几种患者:①创伤、休克、感染等引起的多系统器官衰竭的患者;②急需行心、肺、脑复苏及复苏后的患者;③多发伤、复合伤患者;④急性物理、化学因素致伤性危急病症,如中毒、溺水、触电、蛇或虫咬伤和中暑等患者;⑤急性心肌梗死、严重心律失常、急性心力衰竭、不稳定型心绞痛患者,在无 CCU 时,可收入综合性 ICU 监测救治;⑥大手术后需监测救治的患者;⑦严重水、电解质、渗透压和酸碱失衡的患者;⑧甲状腺、肾上腺、胰岛和垂体等内分泌危象患者;⑨各类大出血,突然昏迷、抽搐、心力衰竭、呼吸衰竭等各系统器官功能衰竭的患者。

二、ICU 的人员编制

国内外尚未统一规定,但鉴于各类危急病人救治工作量大,治疗手段繁多,操作技术复杂,知识面要求广,故医护人员配备要超

过一般内、外科。参阅有关资料提出,综合性 ICU 以 10 张床为便,医生需 10~15 名,护士长 1 名,护士按其与床位数之比为 3.0~3.5:1,需要 30~35 名,否则不易达到 ICU 监测和治疗要求。

三、ICU 的设置

1. 位置 ICU 的位置应与病人来源最多的科室相邻近,以缩短病人的转运时间。

2. 床位要求 ICU 的房间布局有两种类型,一种是中心型的环形结构,中心监测台在中间,四周分隔成小房间,每间房的墙壁用玻璃隔开;另一种是周围型的长方形结构,房间面积比普通病房大,护士监测站在中间,对面一排是病床。ICU 内每张床的占地面积比普通病室要大,保证能容得下各种监护仪而且便于医生、护士操作。病床应易推动,以能使病人有多种卧床的多功能病床为佳。床头应配备中心供氧、中心负压吸引、压缩空气等装置。ICU 床位数要根据医院总的床位数或某一部分或病区有多少病人需要监护来确定。一般综合医院可占总床位数的 1%~2%,最多 12 张。ICU 每个单元最好设 2~4 张床,床边有多插头电源板,每张床配备一台多功能床边监护仪和一台人工呼吸机。现代化的 ICU 病床单位设计日趋向空中发展,且尽可能减少地面上物品堆集,以方便临床抢救护理工作的开展。

3. 中心监护站 中心监护站的设计原则,应在护士站即能直接观察到所有病床,护士站内应有中心监测显示仪、电子计算机,病历柜内有各种监护记录本、药物储存柜、联系电话等。

4. 计算机网络监护系统 根据情况选择由 6~10 台床边监护仪组成的网络监护系统,中心监护台置于护士中心监护站,床边监护仪应安装在墙壁的适当位置,既利于护士操作、观察,又保证病人不易碰及。

5. 闭路电视监控系统 中心监护站尽可能安装较大屏幕显示器,各室内安装转式搜寻器,可同时监控多个病人动态,以利全

面观察、护理。

除普通病室所备仪器之外,ICU 尚需备有多功能监护仪、中心监护仪、床边监护仪、闭路电视监控系统、呼吸机、除颤器、起搏器、心肺复苏机、输液泵、心电图机、床边 X 线机、血气分析仪,以保证顺利完成各种监护及抢救任务。

四、监测和治疗条件

ICU 应具备的监测和治疗条件包括:①有专业医护人员负责危重病病人的收入、转出与 24 小时连续监测和紧急处理;②有进行心肺复苏的设备和技术条件;③有连续的心电监护,直流电复律和心脏电起搏等;④有血流动力学监测,包括中心静脉压、动脉压、肺动脉压、肺动脉楔嵌压和心排出量监测;⑤有呼吸监测;⑥有血气、电解质、肝功能、肾功能、心肌酶等测定的综合实验条件;⑦有辅助呼吸机治疗;⑧有胃肠道外高营养导管的放置和维持;⑨有透析治疗条件;⑩应用输液泵进行药物滴注治疗;⑪有体外反搏及主动脉内气囊反搏的设备和技术。此外,ICU 内每个床头均应设氧气、负压吸引器、压缩空气等管道装置,要有多插头电源和可移动的床头灯等设施。

五、ICU 的管理

1. ICU 组织管理 危重病病人的救治成功率是衡量一个医院医疗水平的重要指标。由于 ICU 集中了全院最危重的病人,因此,从院长到每一个专业医务人员都要十分关注 ICU 的建设和发展。医疗行政的主管部门应该特别关注全院危重病病人的流向,根据专科与 ICU 病人危重程度、数量的比例,制订相应政策,促使危重病人正常地输送到 ICU。对 ICU 的组织管理大致可分为三个层次:①战略管理。应由医院的最高领导层决定,包括 ICU 的工作性质、建设规模和经费投入。②组织管理。主要目的是保证实施战略管理的有效性和高效率。结合我国的实际情况,这一层次的职能部门应该是医疗行政主管部门,如医务部、处或医政科,其具体

工作是负责 ICU 与各专科的协调以及对 ICU 的保障。③战术管理。由 ICU 主任和护士长实施完成,如制订 ICU 工作的阶段规划、年度计划,组织实施日常医、教、研和行政的管理工作。衡量组织管理工作的好坏,主要有两个指标:一是预算投入与产出效益的比值,即要用较少的资源投入而获得较大的社会和经济效益。对此,要排除那种以赢利为目的的商业性活动,并以完成 ICU 的目标为前提。因此,第二个指标就是减少危重病人的死亡率和各种严重并发症的发生率。

2. ICU 的病室管理 探视管理:ICU 病室内无家属陪住。病人进入 ICU 后,家属可留下电话号码,有情况随时可与家属联系。设计现代化的 ICU,其外常有一圈玻璃窗与走廊,在家属休息室有闭路电视可以观察 ICU 病区内病人情况,因而可减少因探视给 ICU 病区带来的污染及对正常医护工作的干扰。感染控制:ICU 收治病人病情危重,自身抵抗力和保护能力均较差,给治疗及护理工作带来极大困难。同时,由于 ICU 病人流动性大,常会随着病人的转出而造成在医院内的感染流行。因此,ICU 内的感染控制是一个很重要的问题。严格管理制度:如严格控制流动人员的管理制度。严格护理操作,控制交叉感染。常规更衣制度:专科医生及进修、实习生应穿专用隔离服;接触病人应戴套袖,ICU 护士必须穿专用隔离服,所有装饰物品一律不应配带;探视、来访人员进入 ICU,应穿隔离服,并更换专用拖鞋或鞋套。探视时间,每个病人只允许两名探视人员,12 岁以下的儿童一般谢绝探视。如患有感冒、咽炎的探视人员拒绝进入 ICU。严格的无菌操作技术:在 ICU 内进行的操作都要严格遵循无菌操作原则,如气管切开、留置导尿管、动静脉插管、鼻饲等。ICU 内的工作人员每半年至 1 年应定期体检,防止各种交叉感染,每月做空气培养 1 次。ICU 内的病室须每日湿扫,吸尘。使用消毒剂擦地,单间 ICU 病室,应使用独立空调、空气过滤装置,而不应加入医院总建筑中央空调,防止交