

临床常见急危重症 护理实践

尹爱菊 主 编

吉林科学技术出版社

临床常见急危重症 护理实践

尹爱菊 主 编

 吉林科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

临床常见急危重症护理实践 / 尹爱菊主编. -- 长春:
吉林科学技术出版社, 2018.8
ISBN 978-7-5578-5106-4

I. ①临… II. ①尹… III. ①常见病—急性病—护理
②常见病—险症—护理 IV. ①R472.2

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第204453号

临床常见急危重症护理实践

出 版 人 李 梁
责任编辑 孟 波 孙 默
装帧设计 陈 磊
开 本 850mm×1168mm 1/16
字 数 235千字
印 张 12.25
印 数 1-3000册
版 次 2019年5月第1版
印 次 2019年5月第1次印刷

出 版 吉林出版集团
吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85635177 85651759 85651628
85677817 85600611 85670016
储运部电话 0431-84612872
编辑部电话 0431-85635186
网 址 www.jlstp.net
印 刷 三河市天润建兴印务有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-5106-4
定 价 42.00元
如有印装质量问题 可寄出版社调换
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85659498

前 言

危重病是指各种危及病人生命或重要器官功能的疾病。随着科学和医疗技术的进步,越来越多的重症患者有更多的机会得到救治。在治疗急危重症患者的过程中,其护理无疑是至关重要的。

本书编者在参考最新国内外研究进展的基础上,又结合多年的临床实践经验,编写了这本《临床常见急危重症护理实践》。涵盖了急危重症护理的基础知识,同时增加了近年来的新理论、新技术。总结了重症患者的心理护理、常用急救药物、常用监护技术、常用急救技术及护理、危重病患者的营养治疗与护理、现代临床常见急危重症疾病护理。本书内容丰富、简洁明了、贴近临床。是一本具有针对性、实用性的护理专著。

由于编者受水平及时间的限制,本书可能存在疏漏、不足之处,敬请各位读者及同行专家批评指正,以便改正。

目 录

第一章 绪论	(1)
第一节 重症护理学的发展与现状	(1)
第二节 ICU 设置与管理	(2)
第三节 重症患者的接收流程	(4)
第四节 重症护理相关法律与伦理	(4)
第二章 重症患者的心理护理	(8)
第一节 重症患者常见的心理反应	(8)
第二节 重症患者的心理影响因素	(14)
第三节 重症患者的心理评估及干预	(16)
第三章 常用急救药物	(21)
第一节 常规急救药物	(21)
第二节 常用急性中毒解毒药	(47)
第三节 急诊抗菌药物	(51)
第四章 常用监护技术	(59)
第一节 中心静脉压监测	(59)
第二节 无创血压监测	(60)
第三节 有创动脉血压监测	(61)
第四节 血流动力学监测	(63)
第五节 颅内压监测	(65)
第六节 腹压监测	(66)
第七节 呼吸功能监测	(68)
第八节 肾功能监测	(69)
第九节 中枢神经系统功能监测	(70)
第十节 胃肠功能监测	(72)

第五章 常用急救技术及护理	(74)
第一节 经鼻气管插管术	(74)
第二节 经口气管插管术	(75)
第三节 心肺复苏术	(77)
第四节 胸腔闭式引流	(82)
第五节 腰椎穿刺术	(84)
第六节 腹腔穿刺术	(85)
第七节 气管插管术患者护理	(87)
第八节 气管切开患者护理	(88)
第六章 危重病人的营养治疗与护理	(90)
第一节 危重病人的代谢改变	(90)
第二节 危重病人的代谢支持	(92)
第三节 特殊营养物质在危重病人中的作用	(98)
第四节 危重病人的营养护理	(102)
第七章 现代临床常见急危重症疾病护理	(122)
第一节 休克	(122)
第二节 创伤	(138)
第三节 昏迷	(140)
第四节 多器官功能综合征	(143)
第五节 重症烧伤	(145)
第六节 急性中毒	(150)
第七节 急性胰腺炎	(159)
第八节 甲状腺危象	(165)
第九节 糖尿病酮症酸中毒	(170)
第十节 弥散性血管内凝血	(174)
第十一节 呼吸衰竭	(181)
第十二节 急性呼吸窘迫综合征	(183)
第十三节 心力衰竭	(184)
参考文献	(189)

第一章 绪论

第一节 重症护理学的发展与现状

一、重症护理学的起源与发展

重症护理学是随着急救医学发展起来的护理学科,起源可追溯到南丁格尔年代。1854~1856年英、俄、土耳其在克里米亚发生战争,前线战伤的英国士兵死亡率高达50%,南丁格尔率领38名护士前往战争前线实行阵地救护,使死亡率下降到2%左右。这充分说明了有效及时的抢救和护理技术在重症患者救护中的重要作用。

20世纪50年代初期,北欧发生了流行性脊髓灰质炎,因患者无法自主呼吸,辅以“铁肺”治疗,配合相应的特殊护理,患者恢复效果良好,被视为世界上最早的“监护病房”。20世纪60年代,心电示波器、电除颤仪、人工呼吸机、血液透析机等电子仪器的发展及使用,促进了重症监护病房的建立。20世纪70年代,国际红十字会在前联邦德国召开的医学会议提出了急危重症急救事业国际化、国际互助和标准化的方针,要求急救车装备必要的仪器,国际统一紧急呼救电话及交流急救经验。在我国,心脏手术的蓬勃发展推进了术后监护室的建立,随后各大医院相继建立了各专科或综合监护病房。

二、中国重症护理学的现状

随着现代科学技术的不断发展,我国的重症护理学近年来飞速发展,各大医院ICU设置从以前的简单监护室,逐步发展成为今天的专科ICU或综合ICU。ICU在各种突发公共卫生事件中也发挥着重要的救治与护理作用,使很多重危患者得

到了及时有效的护理,促进了患者的康复。

教育部现已将“危重症护理学”确立为护理学专业的必修教程,并将《重症护理学》划入了国家“十一五”规划教材。2003年北京地区又启动了ICU护士资格认证工作,随后,全国各大省市都纷纷开办了ICU护士资格认证培训班,为临床重症护理工作培养了大量优秀护士。

第二节 ICU 设置与管理

重症监护病房是对全院各科室的重危病患进行集中救治与护理的场所,使重危患者在重症监护病房度过最危险时期。由于重症监护病房有其特殊性,根据管理学和护理学的综合特点,对重症监护病房进行科学合理的设置与管理就显得尤为重要。

一、ICU 的设置

(一)ICU 的模式

1. 专科 ICU 指专门为收治某个病房重症患者而设立,多属于某个或某类专业科室管理,一般为临床二级科室所设立,收治患者病种单一。如神经外科 ICU (NSICU)、烧伤 ICU (BICU) 等。

2. 部分综合 ICU 指介于专科 ICU 与综合 ICU 之间,即以医院较大的临床一级科室为基础组成的 ICU,如外科 ICU、儿科 ICU 等。

3. 综合 ICU 指一个独立的临床业务科室,收治医院各个科室的重症患者,代表了医院最高的抢救水平。

(二)ICU 的规模

1. 床位设置 ICU 的床位设置要根据医院的规模、总床位数来确定。ICU 患者的数量波动较大,难以估计,预测医院内最有效的 ICU 床位使用率十分必要。如果使用率过低,则需要负担高昂的维持费用,相反,如果 ICU 床位不足,院内重危患者无法得到及时有效的救治。一般综合性医院综合 ICU 床位数应占总床位数的 2%~8%。每张床的占地面积比普通病室的要大,不少于 15m²,相邻床位可根据需要设置屏风遮挡,或设置单人间、双人间、四人间等,以保证各种治疗、抢救设备的正常运行。

2. 中心监护站设置 护士中心监护站的设置,原则上应设置在所有病床的中

心地区,最能全面观察所有病床的扇形设计为佳。中心监护站设监护仪及记录仪、电子计算机等设备,同时能够存放病历夹、医嘱单、治疗单及各种记录表格。

(三)ICU 的人员配备

因 ICU 患者病种多,病情重,治疗方法复杂,工作量大,相对需要较多医护人员。目前,在我国 ICU,医生与床位比例要求达到 0.8 : 1 以上,护士与床位比例要求达到 3 : 1 以上,如有隔离病房或移植病房,护士比例还应增加,否则难以完成艰辛复杂的抢救任务。同时,还应配有呼吸机治疗师、营养治疗师、卫生人员及外勤人员等。

(四)ICU 的设备配备

使用仪器设备对患者进行监护治疗是 ICU 内对患者进行救护的主要方法,患者生理功能监护的结果是治疗决策的依据。ICU 设备的先进性是医院设备整体水平的集中体现。

1.床边设备 每张床配备完善的吊塔系统,内置电源、中心氧源、中心负压等。设多功能循环气垫床、护士记录用桌椅等。

2.监护设备 床边监护仪是 ICU 每张病床必备的仪器,能够持续监测并记录患者生命体征,具有监测有创血压、中心静脉压、脉搏指示连续心输出量(PICCO)等功能。还应设血气分析仪、血流动力学监测设备及心电图机等。

3.其他设备 包括输液系统、抢救车、除颤仪、临时心脏起搏器、简易呼吸器、喉镜、呼吸机、血液净化装置、中心监护仪等。

二、ICU 的管理

(一)ICU 的功能

ICU 应具备的功能是:①心肺复苏;②呼吸道管理及氧疗;③持续性生命体征监测和有创血流动力学监测;④紧急心脏临时性起搏;⑤对各种检验结果作出快速反应;⑥有对各个脏器功能较长时间的支持能力;⑦全肠外营养;⑧熟练地掌握各种监测技术和操作技术;⑨在患者转运过程中有生命支持的能力。

(二)ICU 的收治对象

ICU 收治对象包括全院各科室的重危患者。即病情危重,随时有生命危险,需要集中强化救护,度过危险阶段有望恢复的患者。其主要服务对象如下:①创伤、休克、感染等引起系统器官功能不全及衰竭的患者;②心肺复苏术后需要长时间生命支持的患者;③各种术后重症或存在潜在危险的患者;④脏器移植术后及其他需

要加强护理患者;⑤新生儿或年龄较大有严重并发症的患者;⑥严重水、电解质、酸碱平衡失调的患者。慢性消耗性疾病终末状态、不可逆性疾病和不能从 ICU 监护治疗中取得改善的患者不属于 ICU 的收治对象。

(三)ICU 的规章制度

良好的管理水平体现在严格的规章制度上,制订各种规章制度是做好重危患者救治工作的基本保障,因此,建立完善的规章制度是十分必要的。除常规护理制度外,重症监护病房的规章制度还包括:①消毒制度;②隔离制度;③交接班制度;④岗位责任制度;⑤仪器设备管理制度;⑥血制品、药品交接制度。

第三节 重症患者的接收流程

ICU 收治患者主要来自院内住院患者,少数来自急诊患者。拟转入 ICU 的患者,应由患者所在科室负责医生书面或电话向 ICU 提出会诊转科申请,经 ICU 医生会诊,明确患者主要病情,需要转入 ICU 主要原因及重点监护治疗内容后,再由 ICU 医生作出决定。原负责医生有义务向患者及家属交代 ICU 相关情况。在原负责医生及护士陪同下将患者转入 ICU,并做好相关交接程序。

患者经 ICU 系统治疗病情稳定后,及时转回相关科室。任何科室均不应以任何理由拒绝。在确定患者可转回相关科室后,通知科室提前预留床位,及时办理手续,由 ICU 护士将患者送回,并对患者一般情况、皮肤情况等进行详细交接,填写 ICU 患者转出交接表。

第四节 重症护理相关法律与伦理

重症监护病房的护理工作内容庞杂、技术性强,在很多工作中难以有确切的指标测量,病室中没有家属陪护,护士大部分的工作是在无人监督的情况下完成的。护士不仅要救死扶伤,更要尊重患者的生命。随着健康概念的更新,护理法律、护理伦理道德问题也越来越被重视。

一、重症护理相关法律问题

随着科学的发展,社会的进步,人民群众法律观念的日益增强,利用法律武器维护自己正当权益的要求已逐渐成为人们的常识。现行的医疗制度下,运用法律

进行维权是人类社会的进步,也是依法治国的重要途径。重症监护病房是一特殊的救人治病场所,护理人员要把法律知识融合到实际工作中,以保障患者和自己的切身利益不受侵害。

(一)疏忽大意与渎职

疏忽大意是一种工作责任心不强的表现,因严重的疏忽大意造成严重后果的,常常就是渎职。

(二)侵权行为

侵权行为是属于需要法律过问的一种行为,指当事人一方对他方权利的侵害而给他方造成损失的行为。护理侵权主要是侵犯患者的自由权、知情同意权、隐私权、身体权、生命健康权、名誉权等。

(三)护士在执业过程中违反法律法规

护士未经执业注册,从事护理工作;护士遇自然灾害、传染病流行、突发重大伤亡事故,不服从卫生行政部门调遣的,违反《护士条例》。护士执业时,对一次性使用的医疗卫生用品未及时回收、彻底销毁;对须消毒的器械、空气和物体表面未进行严格消毒;对患者的污染物未进行消毒处理等,均违反了《消毒管理办法》。护士对传染患者隔离不当,致使传染病传播或流行的;对传染病患者污染的水、污染物、排泄物未进行消毒处理的;特殊手术后,如乙肝、艾滋病患者术后未做好消毒隔离造成同期手术患者的成批类似感染的,违反《传染病防治法》。

(四)护理记录中潜在的法律问题

护理记录是具有法律意义的原始文件依据,特别是涉及医疗纠纷时,它是支持医院、医生、护士公正地评价事实最关键的证据。如护理记录字迹模糊、陈述不清、随意涂改、回顾性记录、记录内容与医嘱不符、与医疗记录不符、护理措施和过程不全面,虚填观测结果、重抄护理记录、随意签名、代签名等,都使护理记录失去了真实性、完整性,一旦出现医疗纠纷,势必造成举证困难甚至举证失败。虽然护士在护理活动过程中无过失,但是由于护理记录的缺陷,破坏了护理记录的法律凭证作用,在医疗纠纷中护士同样会承担责任。

(五)药品使用不当所引发的法律纠纷

在医疗过程中使用假劣药品,无批准文号,无进口药品证书药品;滥用毒麻药、精神药品、非处方药品,护士利用职权为他人提供毒麻药品,造成吸毒、贩毒,均易引起法律纠纷甚至犯罪。

(六)特殊法律问题

1. 患者遗嘱 有些患者临终前,因某种原因需要护士做遗嘱见证人时,护士不

能干扰遗嘱人意愿;要记录遗嘱人当时的精神意识状态,身体状况,特别是精神意识状态。遗嘱人因感激护士热情周到的服务,向护士馈赠遗产时,护士最好谢绝,否则你将可能卷入法律纠纷中。

2.安乐死 是指患者患有不治之症,在重危濒死状态时,由于精神和身体的极端痛苦,在其本人及家属的要求下,经医生认可,用人为的方法,使患者在无痛苦的状态下,度过死亡阶段,终结生命的全过程。但到目前为止,安乐死并未得到我国社会的承认、接受,也未得到我国法律的承认。所以,在安乐死没得到立法之前,护士不能执行安乐死。

3.收礼与受贿 患者病愈或得到优质的护理服务后,出于感激心理,自愿向护理人员馈赠少量纪念性礼品,原则上不属于贿赂范畴,但若护理人员主动向患者索要并接受其作为酬谢而奉送的巨额钱物,则是犯了索贿、受贿罪。

二、重症护理相关伦理问题

在重症监护病房的护士应根据《国际护理学会护士伦理法典》(ICN,1973)和《新世纪中国护理人员伦理标准》,遵守护士“促进健康、预防疾病、协助康复和减轻痛苦”的基本职责,并遵守以下生命伦理学的基本原则:有利原则、尊重原则、公正原则、互助原则。重症护理相关伦理还包括:

(一)生命是否继续维持的伦理依据

患者对自己的疾病有认知权,也有对自己疾病处理措施表达意愿的权利,面临死亡的患者有选择死亡状态的权利。自主权是患者权利中最为基本的一种权利,是体现患者生命价值和人格尊严的重要内容。如果患者家属或其法定代理人已表明患者在某一伦理问题中的价值观与主要愿望,而医护人员未将患者的愿望或利益列入伦理决策的考虑时,即构成对患者的伤害。如果患者已事先表示希望能安详、无痛苦地走完人生旅程的意愿时,根据我国新世纪护士伦理守则,护士可尊重濒临死亡者的意愿,提供可增进其身心舒适的措施,不再施行创伤性的治疗,减少对患者的伤害,帮助其安详而尊严地离世。重危患者如果意识丧失,成为脑死亡、植物人或不可逆昏迷,则只能由家属代替。

(二)费用伦理问题

重症监护病房内患者使用先进的仪器和医疗护理方法,以及各学科专家联合诊疗等使得治疗费用相当昂贵,极高的救治费用与预后却不尽一致,形成重症患者突出的费用伦理问题。这不仅困扰医护人员,也给患者及家属带来巨大的经济和

伦理压力。

（三）隐瞒实情行为的伦理抉择

重危患者及家属为了更好的疗效,希望得到更好的治疗,一般情况,如果没有医生的推介,患者和家属也不知道什么是 ICU,医生为了提高 ICU 的利用率,甚至放宽入住 ICU 标准,这样使患者医疗费用较高。

对于患“不治之症”且预后不良的疾病、重危疾病和需要做大手术的患者,如果患者心理承受力较差,告知实情反而可能引发患者的悲观、绝望心理。此时应该注意保护性医疗制度,即对患者从轻告知或保密。这虽然是一种欺骗行为,但是动机无害于患者也可称为善意欺骗。诚然,患者被欺骗,即使是善意欺骗也是一种伤害。但是,如果这种伤害比告知实情造成的伤害要轻,根据“两害相权取其轻”的原则,对患者保密可以得到伦理辩护。另外,对患者保密虽然违背了护士的义务和尊重患者自主权的原则,但是中国有家庭本位的传统观念,在某些情况下对患者保密而告诉其家属真相,多数患者是能够理解和接受的,因为他们认为家属完全可以代表自己的利益。

（四）资源分配是否合理问题

因为 ICU 床位有限,可利用资源的分配往往不是按需分配,护理人员只关注患者的经济状况,经济较好或非自费医疗患者能享受到 ICU 医疗服务,而那些经济困难患者不能得到及时救治。这符合市场经济原则却违背了伦理理论的公正原则和卫生资源的合理分配、利用原则。

第二章 重症患者的心理护理

第一节 重症患者常见的心理反应

在重症患者护理过程中,所有的重症患者都有不同程度的应激反应。但是每位患者能够耐受的应激程度不同。多数应激不能自我减少或消除,但是可通过适当的护理干预得到缓解。护理干预可降低患者的应激水平并减少应激对患者的影响。应激源是指能够引发应激的各种内外环境刺激,分为躯体性、社会性、心理性和文化性应激源 4 部分。

重症患者的心理反应因年龄、性别、性格、身体状况、心理承受能力、病情危重程度、文化背景、受教育程度等多种内在因素影响。同时,外界因素如噪声、照明、环境等也都是患者产生应激的重要原因。护士可了解到患者为了克服重危疾病护理环境产生的应答反应。表 2-1 中列出了机械通气患者常见的应激源。

表 2-1 机械通气患者的应激源

应激源	研究的应激源的数量
呼吸困难/气短	14
紧张/焦虑/压力	10
恐惧	9
疼痛,不适	8
痛苦/惊慌/受挫	6
疲劳	5
丧失说话的能力	5
混淆/困惑/意识水平改变	4
愤怒/敌意	3

续表

应激源	研究的应激源的数量
忧郁	3
不安全/不确定	3
控制改变	3
失眠	3
希望改变	2
负性情绪	1
分泌物	1
自我效力改变	1
吸痰	1

一、患者对 ICU 的感知

从事重症患者康复的护理人员倾听了患者在 ICU 内的经历,多数患者很想知道自己在 ICU 内经历了什么,有国外研究表明,33%~63%的患者几乎或完全想不起来自己待在 ICU 的日子。但中国的研究恰恰相反,几乎所有的患者回忆起在 ICU 的日子均有不同程度的不适感。这可能与我国重症医学科起步较晚、医护人员专业化程度、ICU 的布局、人力资源的紧张以及我国重症患者对疾病与治疗的认识缺乏等诸多因素有关。以下是 ICU 患者常见的不适经历:

(一)气管插管

患者对气管插管感觉不舒服。患者经口气管插管可感到持续的窒息感,感觉到口渴。医护人员对应用气管插管患者的交流尤为重要,所以对清醒的患者,要为其讲解有关应用气管插管的必要性和重要性,取得患者配合。临床上可以应用打手势、写字板、沟通图册等方法了解患者所想表达的意思,满足患者生理或心理的需求。为应用气管插管患者实施口腔护理是非常重要的,在保持清洁的同时也让患者感觉到舒适。在患者定期翻身或移动时要固定好气管插管的位置,可避免或减少气管插管给患者带来的不适感。根据患者的病情尽可能避免行气管插管术,减少气管插管为患者带来的不适应。在病情允许的前提下尽早拔出气管插管。近几年开始在 ICU 重症患者应用无创通气,大大减少的呼吸机相关肺炎的发生率,同时也提高了患者的舒适度。

（二）机械辅助通气

长期处于机械辅助通气的患者会对呼吸机产生心理上的依赖,患者与呼吸机断开时,很多人内心感觉到恐惧,医护人员应该向患者解释断开呼吸机的目的,减少患者内心的恐惧。呼吸机的报警声音,也是影响患者不适的来源之一。所以护士与患者必须直接建立起信任的关系,帮助其建立战胜疾病的信心。在断开呼吸机前与患者进行详细的沟通,解释操作的目的。应立即解除呼吸机报警声音,并解释原因及补救措施。

（三）交流

在重症护理中,交流是一个普遍的需求,也是一个最常见的问题。从事重症护理的医护人员最需要的技术之一是交流能力。这需要护理人员有耐心,把患者作为独立个体,才能准确的理解患者的心理,并作恰当的应答。护理人员应及时察觉患者因不能说话表现出的挫折感。医护人员为理解患者所表达的内容而进行的努力让患者感到温暖。护士应评估患者看、听、触、应答、理解、使用符号语言、说话的能力,并使用正反馈,如微笑、点头等给患者足够的关心。使用肢体接触作为交流方式告诉患者他们正受关爱。患者对于肢体接触感到舒适,尤其是握手,这是患者感到自己正被关心的一个重要指标。

（四）工作人员的噪声及在床旁谈话

重症患者常常感到病房环境的高噪声。许多患者发现难以入睡是因为噪声困扰,尤其是工作人员交谈或护士与其他患者谈话时音量过高。所以在护理时应保持环境低噪声,与工作人员或患者交流时使用正常音量。在各项操作时也要尽可能的轻声,夜间把报警音量调小,提供相对安静的环境。

（五）睡眠剥夺与时间定向障碍

重症监护病房护理环境的特点是不间断的为患者提供护理干预,使得患者易出现睡眠紊乱及昼夜节律失调。许多患者表示不能分辨昼夜和时间段。患者觉得灯光给他们带来了不适。如果可能,长期在ICU的患者应安置在有自然光照射的地方,夜晚把ICU的照明灯特别是患者正对的棚顶灯尽可能关掉,改用床旁照明,提供相对容易入睡的环境,另外护士更应主动的介绍时间,减少患者昼夜节律失调状况发生。

（六）梦与幻觉

患者指出他们在重病期间经历过幻觉。有些患者会产生一种令人害怕和痛苦的感觉。护士可以用肢体语言、安慰的言语消除患者的顾虑。

(七)转到普通病房

在ICU内住过很长时间的患者,对转到普通病房会感到恐惧。他们认为转到普通病房将失去护士对他们的单独看护,担心病情的反复。这就需要ICU的护士及时的为患者及其家属提供健康教育,教会患者一些自护知识及方法,帮助和鼓励患者建立信心。

(八)疼痛

疼痛的经历是一个包括社会、文化、情感、心理和生理因素的复杂现象。患者认为疼痛是重症护理中最大的应激源之一。疼痛现在已经被列为第五大生命体征,所以护士要定期对患者的疼痛进行评估和实施相应的护理措施以减少患者的疼痛。如果患者不能自我表达,护士必须靠生理变化来判断,例如心动过速、血压升高及躯体反应等。

二、重症患者心理特点

临床观察表明,患不同疾病的重症患者心理反应存在一定的共性规律。心理护理是根据护理心理学理论,通过沟通交流在护理实施过程中,以行动来影响和改变患者心理状态和行为,促进患者康复的有效方法和手段。

(一)焦虑、恐惧

最突出的表现在入ICU的1~2天。重症患者病势凶险,救治困难,随时处于死亡威胁之中,主要是因为对死亡恐惧,担心疾病转归,这可以认为是一种合理的心理反应,是原始的心理抗衡机制的反应。加之病房的各种抢救仪器和设备、医护人员严肃的面孔及抢救过程等,可加重患者紧张、焦虑和恐惧的情绪。如急性心肌梗死的患者可因持续难忍的疼痛而产生濒死的恐惧感和惊慌失措。伤残患者,因自我完整性受损,担心影响工作和家庭生活,易产生焦虑。医护人员一般可以用简单的心理安慰,适当的保证,使之减轻这种恐惧心理,以尽快适应ICU。

(二)否认

多数患者在入ICU后第2天开始出现否认现象,第3~4天达到高峰。主要表现为:否认自己有病;另一种虽承认生病的事实,但否认入住ICU的必要性。约50%的患者产生心理否认反应。由于急性症状略有控制,短期的患者心理上否认自己有病或认为虽有病但并不需要住进重症监护病房,这是一种心理防御反应。但若长期存在否认心理则不利于患者康复,不利于患者树立战胜疾病的信心。否认反应一般可持续2~3天,可能有1~2天反复发生。