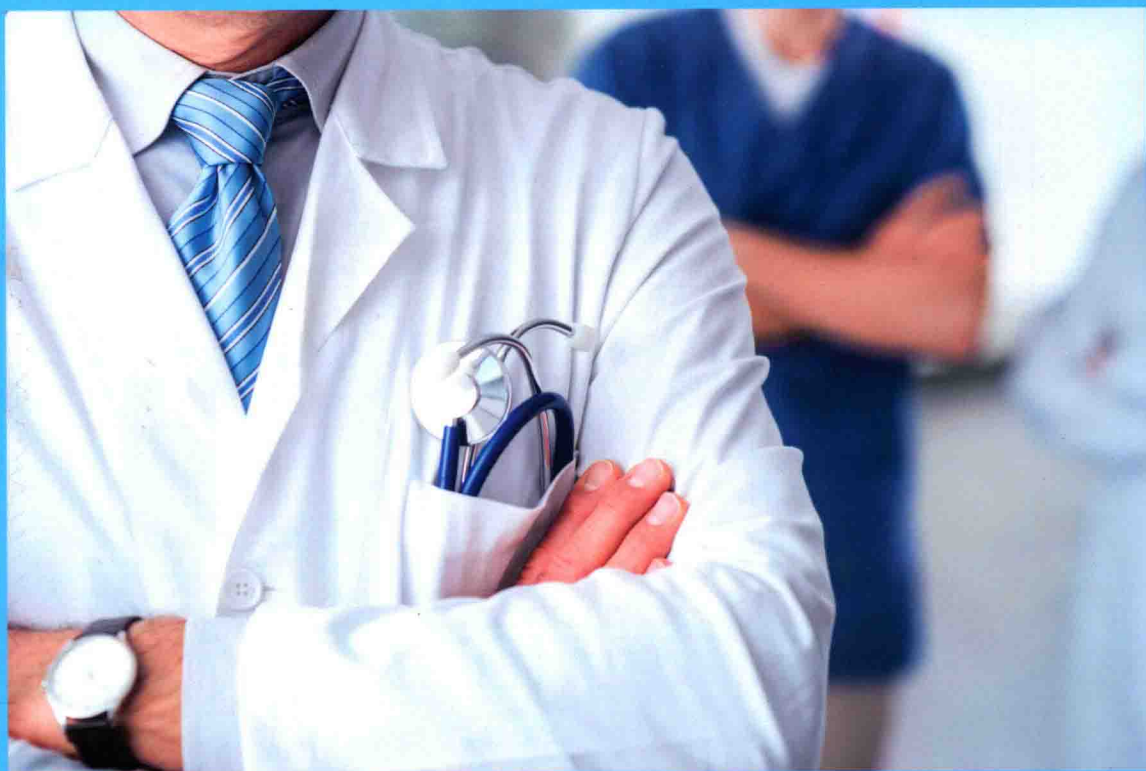


实用临床 护理实践

魏 燕等◎主编



实用临床护理实践

魏 燕等◎主编

 吉林科学技术出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

实用临床护理实践 / 魏燕等主编. -- 长春 : 吉林科学技术出版社, 2018.6

ISBN 978-7-5578-4949-8

I. ①实… II. ①魏… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第155166号

实用临床护理实践

主 编 魏 燕等
出 版 人 李 梁
责任编辑 史明忠 杨超然
封面设计 长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版 长春创意广告图文制作有限责任公司
幅面尺寸 185mm×260mm
字 数 242千字
印 张 25.75
印 数 650册
版 次 2019年3月第2版
印 次 2019年3月第2版第1次印刷

出 版 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 0431-85651759
储运部电话 0431-86059116
编辑部电话 0431-85677817
网 址 www.jlstp.net
印 刷 虎彩印艺股份有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-4949-8
定 价 100.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多,联系未果,如作者看到此声明,请尽快来电或来函与编辑部联系,以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话:0431-85677817

前 言

随着人们生活质量不断提高，患者对医疗保健服务质量的要求也不断提高，单纯的身体和心理护理已经不能满足患者的需求，我们要不断的摸索，总结出一套行之有效的办法，才能保证护理安全，使护理质量更优。鉴于此，我们在多年自身经验的基础上，又参考大量相关文献编写了这本《实用临床护理实践》，以期待对护理工作者有所帮助。本书向广大读者全面介绍了护理方面的新知识、新理论、新观点、新技术，力求摆脱一般护理学专著的常规内容，反映国际和国内护理的成果与经验，以及临床护理工作的新进展。

全书共分五篇，第一篇为急诊护理，详细介绍了急救操作技术、院前急救护理、严重创伤等内容。第二篇为内科护理，详细介绍了内科常见疾病护理、糖尿病护理等内容。第三篇为外科护理，详细介绍了外科疾病一般护理、外科感染的护理等内容。第四篇为妇科护理，详细介绍了妇科常用检查护理、女性生殖系统炎症患者的护理、女性生殖系统肿瘤患者的护理等内容。第五篇为基础护理，详细介绍了生命体征的观察与护理、病情观察等内容。

本书有较强的科学性和实用性，是一本对医疗、教学和研究工作者有实用价值的参考书，尤其适合于护理一线工作者参考，有利于指导解决在护理工作中遇到的实际问题。然而医学的发展日新月异，护理学的未来发展还有待于医学界同道共同开拓和探讨。

由于时间紧迫，本书涉及内容较广，篇幅较长，我们的学识和能力有限，书中难免存在不足之处。恳请各位专家和同行予以批评指正。

目 录

第一篇 急诊护理

第一章 急救操作技术	2
第二章 院前急救护理	39
第三章 严重创伤	52
第一节 概述	52
第二节 多发伤、复合伤	55
第三节 创伤心理反应与干预	62
第四章 常见急症的急救护理	64
第一节 呼吸系统急症	64
第二节 循环系统急症	68
第三节 消化系统急症	72
第四节 代谢系统急症	76
第五节 神经系统急症	78

第二篇 内科护理

第五章 内科常见疾病护理	83
第一节 消化内科患者的护理	83
第二节 呼吸内科患者的护理	89
第三节 心血管内科患者的护理	100
第四节 血液内科患者的护理	106
第五节 泌尿内科患者的护理	112
第六节 内分泌科患者的护理	119
第七节 神经内科患者的护理	127
第六章 糖尿病护理	141
第一节 糖尿病护理概述	141
第二节 糖尿病专科护理技术实践标准	145
第三节 糖尿病健康教育	148
第四节 糖尿病管理与教育中常用评价工具	152
第五节 糖尿病三级预防与儿童保健	156
第六节 妊娠期糖尿病	159
第七节 2型糖尿病防治与老年糖尿病保健	168
第八节 糖尿病并发症护理	189
第九节 糖尿病病人自我管理	217

第三篇 外科护理

第七章 外科疾病一般护理	230
第八章 外科感染的护理	234

第一节 概述.....	234
第二节 特异性感染患者的护理.....	235
第三节 化脓性感染患者的护理.....	240
第九章 普外科患者的护理	248
第一节 甲状腺疾病.....	248
第二节 乳腺疾病.....	260
第三节 腹部损伤.....	268
第四节 胃十二指肠溃疡.....	270
第五节 急性胰腺炎.....	276
第六节 急性阑尾炎.....	280
第七节 急性化脓性腹膜炎.....	283
第八节 肝脓肿.....	285
第九节 肝囊肿.....	290
第十节 胆管疾病.....	292
第十一节 门静脉高压症.....	299
第十二节 肠梗阻.....	304
第十章 泌尿外科疾病护理	308
第一节 泌尿外科疾病一般护理.....	308
第二节 普通腹腔镜手术.....	309
第三节 体外震波碎石术.....	310
第四节 肾结核.....	310
第五节 肾肿瘤.....	311
第六节 肾移植.....	312
第七节 原发性醛固酮增多症.....	314
第八节 肾盂成形术.....	314
第九节 尿道狭窄.....	315
第十节 输尿管损伤.....	316
第十一节 膀胱损伤.....	319
第十二节 肾、输尿管结石.....	323
第十三节 尿失禁.....	327
第十四节 肾损伤.....	328
第十五节 肾切除术.....	333
第十一章 神经外科疾病的护理	335
第一节 神经外科疾病一般护理.....	335
第二节 颅脑损伤.....	336
第三节 颅内肿瘤.....	351
第四节 脑血管疾病.....	357
第五节 脑脓肿.....	364
第六节 颅内压增高.....	365
第十二章 胸心外科疾病的护理	369
第一节 气胸.....	369
第二节 血胸.....	371
第三节 原发性支气管肺癌.....	373
第四节 心脏损伤.....	379

第五节 肋骨骨折.....	382
第十三章 肝胆外科疾病的护理.....	385
第一节 肝肿瘤.....	385
第二节 肝脓肿.....	394
第三节 肝破裂.....	400

第一篇 急诊护理

第一章 急救操作技术

一、呼吸道异物的现场急救

呼吸道异物引起呼吸道阻塞通常被认为是最具生命危险的急诊，现场急救迅速解除梗阻是抢救成功的关键。在事故现场无任何抢救器械的情况下，可采用喉异物紧抱急救法（Heimlich 紧抱急救法），婴幼儿可采取倒提拍背法，如有条件可采用环甲膜穿刺进行急救。

（一）目的

迅速清除呼吸道异物，解除呼吸道梗阻，挽救患者生命。

（二）适应证

突然发生呼吸道梗阻者。

（三）操作前准备

环甲膜穿刺术需备 16 号粗针头、皮肤消毒剂、孔巾、T 形管、10 ml 注射器。

（四）操作步骤

1. 喉异物紧抱急救法

（1）患者站立时，术者于患者身后，两臂绕至患者腹前抱紧，一只手握拳以拇指顶住患者腹部，可略高于脐上、肋缘下，另一只手与握拳的手紧握，并以突然出现的快速向上冲力，向患者腹部加压（必要时可反复数次），异物可从喉部喷向口腔，并冲出体外。

（2）患者坐位时，术者可在椅子后面取站立或跪姿，使用上述手法。

（3）患者卧位时，先将其翻至仰卧位，然后术者跪姿跨于患者两胯处，以一只手置于另一只手之上，下面手的掌根部置于患者腹部（脐上胸肋缘下），以快速向上的冲力挤压患者腹部。

（4）患者自救时，以自己握拳的拇指侧置于腹部，另一只手握紧这只手，同样快速向上冲压腹部，将异物喷向口腔而排出体外。

2. 倒提拍背法

本方法主要适用于婴幼儿。术者一只手握住患儿双足提起，使患儿倒立，另一只手用适当的力量拍其背部，使异物从口腔排出。

3. 环甲膜穿刺术

详见环甲膜穿刺术相关内容。

（五）注意事项

1. 呼吸道异物引起的呼吸道阻塞，尤其是完全性呼吸道阻塞应争分夺秒进行抢救，因为脑缺氧时间的长短直接关系到患者的生命及复苏后的预后。

2. 使用喉异物紧抱急救时，用力要适当，防止暴力冲击造成腹腔脏器损伤。

3. 环甲膜穿刺术仅仅是呼吸复苏的一种急救措施，不能作为确定性处理。因此，在初期复苏成功后应改做正规气管切开或做异物摘除等处理。

4. 一般情况下环甲膜穿刺部位有较明显的出血时应注意止血，以免血液反流入气管内。

5. 在清除呼吸道异物、解除呼吸道梗阻过程中，如果患者发生心脏骤停，应立即进行心

肺复苏。

二、气管内插管术

气管插管术是需紧急解除上呼吸道阻塞，吸取下呼吸道分泌物和便于给氧、加压人工呼吸的一种急救方法。气管插管能有效地保持呼吸道通畅，便于清除气道分泌物或异物，增加肺泡有效通气量，减少气道阻力及死腔，提高呼吸道气体交换效率；便于应用机械通气或加压给氧，并利于气道雾化及气道内给药等。

（一）目的

1. 保持呼吸道通畅，及时吸出气管内痰液或血液，防止患者缺氧和二氧化碳积蓄。
2. 进行有效的人工或机械通气。
3. 便于吸入全身麻醉药的应用。

（二）适应证

1. 呼吸功能不全或呼吸困难综合征，需行人工加压给氧和辅助呼吸者。
2. 呼吸、心脏骤停行心肺脑复苏者。
3. 呼吸道分泌物不能自行咳出，需行气管内吸引者。
4. 各种全麻或静脉复合麻醉手术者。
5. 颌面部、颈部等部位大手术、呼吸道难以保持通畅者。
6. 婴幼儿气管切开前需行气管插管定位者。
7. 新生儿窒息的复苏。

（三）禁忌证

1. 喉水肿、急性喉炎、喉黏膜下血肿、插管创伤引起的严重出血等。
2. 咽喉部烧灼伤、肿瘤或异物存留者。
3. 主动脉瘤压迫气管者，插管可导致主动脉瘤破裂。
4. 下呼吸道分泌物滞留所致呼吸困难、难以从插管内清除者，应做气管切开。
5. 颈椎骨折脱位者。

（四）操作前准备

1. 器械

- (1) 麻醉喉镜、各种型号气管导管、牙垫、气管插管导丝、吸痰管。
- (2) 注射器、针头、氧气。
- (3) 各种型号的呼吸器。
- (4) 吸引器或中心负压。
- (5) 听诊器及简易呼吸器等。

2. 患者准备

- (1) 先清除患者口、鼻咽内分泌物、血液或胃反流物。
- (2) 取下活动性义齿，清醒患者应先做好解释工作，以消除心理紧张，同时给予适当的镇静剂或肌松剂。

- (3) 插管前应先给予纯氧吸入，以纠正患者的缺氧状态。

3. 向家属交代插管的必要性和危险性

（五）操作步骤

1. 经口腔明视插管法

（1）患者仰卧，使口、咽、气管处于一条轴线。术者站在患者头顶端，右手启开口腔，左手持喉镜从患者口腔右侧插入，将舌推向左侧，暴露腭垂，将喉镜窥视片继续向前推进，待镜片进入舌根与会厌沟部后，向上、向前提起喉镜暴露声门。

（2）左手保持喉镜位置，右手持气管导管后端，使其斜面朝向左侧，轻轻转动导管使其由两声带间滑入，导管气囊进入声带下方后，取出喉镜，注意维持导管位置。对于成人管头应位于声带下 5～6 cm 处。

（3）置入牙垫，用胶布将气管导管和牙垫一起捆扎固定。在气管导管前端的套囊注入 5 ml 左右空气（注意有无漏气）。听诊双肺，确认导管位置后用胶布固定导管和牙垫，将气管导管与呼吸机连接，进行机械通气。

2. 经鼻腔明视插管法

（1）插管前先用麻黄碱和液状石蜡滴鼻，导管选择应比口腔插管时小 2 F，用弹性好、较柔软的塑料导管。

（2）适当应用诱导麻药（常用的麻醉药有 2.5% 硫喷妥钠、地西洋、氯胺酮等），但麻醉不宜太深，一般不用肌松剂，使患者保持自主呼吸。

（3）先将气管导管经鼻腔送至咽喉部。

（4）明视下暴露声门，一手将导管尖端缓慢送入声门，或用导管钳将其送入声门，确认导管在气管内，将其固定，接呼吸机辅助呼吸。

（5）如插入后患者无法耐受，可适当加深麻醉，以免引起呛咳。

（六）注意事项

1. 操作要轻巧准确，插管大小适宜，插管时间不宜超过 72 小时。

2. 带气囊导管气囊内不宜充气过多，每小时放气 5～10 分钟，以防引起局部压迫性坏死，并使用抗生素控制感染。

3. 施行气管插管前，除选择预计型号导管外，还要备好相近型号大小导管各 1 支，以便临时换用。

4. 经鼻气管插管较困难、费时、损伤大，且可能将鼻腔细菌带入下呼吸道，故一般选用经口气管插管术。但在某些情况下，如患者仍有自主呼吸且无窒息、下颌活动受限、张口困难或不能将头部后仰（如颈椎骨折）等，就需要经鼻途径插管，且患者对鼻导管较经口导管易于耐受，尤适用于需较长时间插管呼吸支持的患者。

5. 气管导管误入食管后应立即拔出，重新行气管内插管。

（七）护理措施

1. 严密观察患者生命体征，包括血压、脉搏、呼吸、血氧饱和度、神情。

2. 保持口、鼻腔清洁，口腔护理每 4～6 小时 1 次。

3. 妥善固定导管，防止患者翻身躁动时牵拉脱出。每班记录气管导管插入的长度，并做好交接班。

4. 保持呼吸道通畅，定时吸痰。吸痰时应注意无菌操作，动作轻柔、迅速，每次吸引时

间不超过 15 秒。用一次性吸痰管，每次吸完应更换，且口腔、鼻腔、气管导管的吸痰管不能共用。如痰液黏稠，可先向导管内注入生理盐水 2 ~ 4 ml 湿化稀释痰液后再抽吸，吸痰前后均应充分给氧。

5. 如果气管导管不接呼吸机，可用单层盐水纱布覆盖导管口，以湿化吸入的气体并防止灰尘吸入。

6. 拔管护理

气管插管一般留置不超过 72 小时，否则应改气管切开术。

- (1) 拔管前应进行深呼吸、咳痰训练，以便拔管后能自行清理呼吸道。
- (2) 拔管时应该先吸尽口腔、鼻腔导管内的分泌物，以防拔管时误吸。
- (3) 拔管后立即给予面罩吸氧或高流量的鼻导管吸氧，30 分钟后复查血气分析。
- (4) 拔管后应注意观察患者有无声嘶、呛咳、吸气性呼吸闲难等。
- (5) 鼓励患者咳嗽排痰，定时变换体位，叩背。

三、环甲膜穿刺术及切开术

环甲膜穿刺术及切开术可改善急性上呼吸道梗阻引起的缺氧，达到抢救患者生命的目的。

(一) 目的

患者呼吸道内异物窒息，出现缺氧时，紧急建立人工呼吸道的方法。

(二) 适应证

1. 各种原因引起的上呼吸道完全或不完全阻塞，需通气急救者。
2. 牙关紧闭经鼻气管插管失败，需通气急救者。
3. 喉水肿及颈部或面颌部外伤致气道阻塞需立即通气急救者。
4. 3 岁以下的小儿不宜做环甲膜切开而需通气急救者。
5. 注射治疗药物，湿化痰液。
6. 注射局麻药物为气管内其他操作做准备。

(三) 禁忌证

有出血倾向。

(四) 操作前准备

环甲膜穿刺针或 6 号注射针头或用作通气的粗针头，无菌注射器，1% 丁卡因溶液或所需的治疗药物，必要时准备支气管留置给药管。另加手术刀、弯止血钳，有条件者可备气管切开用品。

(五) 操作步骤

1. 患者取仰卧位，去枕，将肩部垫起，使头部后仰；亦可取半卧位，头部后仰。
2. 常规局部皮肤消毒后，以 1% 普鲁卡因 1 ml 局部麻醉。情况特别紧急时，可不必消毒；如患者已意识丧失，可不必麻醉，以免浪费时间而延误抢救。
3. 环甲膜位于环状软骨与甲状软骨之间正中凹陷处。术者以左手示、中指分别固定环甲膜两侧，右手持注射器，针头斜面向下，从环甲膜正中处垂直刺入，刺穿时可感觉到阻力突然消失，并可抽出空气，患者可出现咳嗽反射。

4. 注射器固定于垂直位置，可注入丁卡因等少量表面麻醉剂，然后再换 15 ~ 18 号大针

头刺入,以解除气道梗阻导致的通气障碍。

5. 做环甲膜切开时,可在环甲膜皮肤处做一长约 1.5 cm 的横向切口,然后用刀尖将环甲膜切开,根据情况可再用止血钳将切口稍行扩大,再插入气管套管或钢笔杆、塑料管等,必须注意插入深浅适度,以防过深,插到气管后壁而无法通气,或过浅容易脱落。

6. 如发生皮下气肿或少量出血,可对症处理。

(六) 注意事项

1. 注意定位准确。
2. 环甲膜穿刺通气用的针头及 T 型管应作为急救常规装备而消毒备用。接口必须紧密不漏气。
3. 穿刺时勿过深,以免损伤气管后壁黏膜。
4. 患者出现剧烈咳嗽时应放弃穿刺。
5. 穿刺或切口部位有明显出血时,应注意止血,以免血液反流入气管内。
6. 一次性的锐器应放在锐器盒中集中处理。
7. 经环甲膜穿刺置管时间不宜过长,以免损伤环状软骨,造成声门下瘢痕狭窄,儿童尤应注意。
8. 环甲膜穿刺或切开术仅仅是呼吸复苏的一种急救措施,不能作为确定性处理,因此,在初期复苏成功后应该改做正规气管切开或立即做消除病因的处理。

(七) 护理措施

1. 注意观察患者的生命体征,包括血压、脉搏、呼吸、体温、血氧饱和度及神志。
2. 观察患者的穿刺或切开部位有无出血,有出血时应注意止血,以免血液反流入气管内。
3. 记录穿刺或切开的日期、时间。

四、心脏电复律术

心脏电复律是在短时间内向心脏通过以高压强电流,使心肌瞬间同时除极,消除异位性快速心律失常,使之转复为窦性心律的方法。最早用于消除心室颤动,亦称心脏电除颤。

心脏电复律术的问世给快速心律失常的治疗带来了里程碑式的飞跃。

从整体上看,其疗效和安全性都大大优于抗心律失常药物。随着除颤器的普及、发展和广泛应用,电击复律术已经成为现代医学中必须掌握的主要急救技术之一。

(一) 目的

用高能脉冲电流,经过胸壁或直接作用于心脏,消除心室扑动或心室颤动,使心脏恢复窦性心律。

(二) 适应证

1. 急诊电复律指征

(1) 室上性心律失常

- 1) 室上性心动过速:经刺激迷走神经方法及药物治疗无效,并有明显的血流动力学改变者。
- 2) 急性心肌梗死:并发室上性心动过速、心房扑动或心房颤动,室率较快,伴有明显的血流动力学障碍者。
- 3) 预激综合征:并发极快心率的室上性心动过速(心室率超过 200 次/分)、并发心房颤

动(室率较快),药物治疗无效,伴有血流动力学明显障碍者。

(2) 室性心律失常

1) 心室颤动:是电复律治疗的绝对指征,应当分秒必争地进行,在30~45秒内转复为窦性心律最佳,最迟不宜超过4分钟。

2) 室性心动过速:室速伴有血流动力学显著改变,并出现心力衰竭、休克等,应立即行电复律治疗。血流动力学改变不明显时,可先试用抗快速型室性心律失常的药物治疗,一旦无效立即行电复律术。

2. 择期电复律指征

(1) 室上性心动过速:药物及兴奋迷走神经的方法治疗无效时需考虑电复律治疗。

(2) 心房扑动:常首选电复律术治疗,一般情况下心房扑动对药物治疗的反应差而电复律成功率高。

(3) 心房颤动伴有下述情况时应考虑电复律术治疗

1) 心房颤动时室率过快,药物控制室率不满意或伴有心绞痛频繁发作或心力衰竭,电复律后有希望改善者。

2) 房颤持续时间不足1年,心脏无显著增大者。

3) 近期有栓塞史者。

4) 去除基本病因后房颤仍持续,如平甲状腺亢进治愈后,心脏瓣膜病或缩窄性心包炎术后4~6个月仍为房颤者。

(三) 禁忌证

1. 洋地黄中毒性心律失常和(或)低钾血症引起的快速性心律失常(室颤除外)。

2. 心房颤动或室上性心动过速伴高度或完全性房室传导阻滞。

3. 病态窦房结综合征。

4. 复律后不具备长期用药物维持治疗者或药物维持治疗下反复发生心房颤动。

5. 巨大左房或二尖瓣有明显反流者。

6. 心脏扩大明显,心胸比例>60%,房颤病史>5年者。

7. 风湿性心脏病伴心房颤动,且风湿活动者。

8. 器质性心脏病心力衰竭未纠正者。

(四) 操作前准备

1. 心房颤动伴有心力衰竭者,先用洋地黄等以控制心室率,改善心功能,使心率在静息状态下为70~80次/分,可提高转复成功率。但在复律前2天停用强心利尿剂,纠正低血钾或酸中毒。

2. 过去有栓塞史,超声心动图发现有房内附壁血栓及人造生物瓣膜者,均应在复律前用华法林类药物抗凝2周,复律后应继续服用至少2周。

3. 心房颤动者复律前2天服用胺碘酮。

4. 直流电复律除颤器、气管插管器械和急救药品。

(五) 操作步骤

1. 非同步直流电复律

(1) 两电极板涂导电糊或用湿生理盐水纱布包裹, 分别放在心尖部和胸骨右缘第 2 ~ 3 肋间, 两电极相距约 10 cm, 避免两电极间因盐水或导电糊而短路。

(2) 打开除颤器电源开关, 选择“非同步”按钮。

(3) 按充电按钮, 充电能量至需要水平。

(4) 按放电按钮, 此时患者身体抽动一下说明已放电, 此后立即移去电极。

(5) 观察示波器或记录心电图, 判断患者心律是否已转为窦性心律。不成功时应立即准备第二次放电。不仅要观察心电图, 还应注意患者神志、发绀等情况。

(6) 开胸手术或开胸心脏按压抢救时, 消毒心电极板用消毒盐水纱布包扎后, 分别置于心脏前后, 充电、放电等操作与胸外心脏电除颤相同, 阴极置于左心缘, 阳极置于右心缘(两电极板相距应较远), 能量常为 20 ~ 50 J。

2. 同步直流电复律

(1) 患者卧于木板床上或背部垫木板, 空腹并术前排空尿, 建立静脉输液通道。测血压, 记录 12 导联心电图以了解心律失常和 ST 段情况, 接好心电示波连续监测。

(2) 选择 R 波较高的导联进行观察, 测试同步性能, 将电钮放在同步位置, 则放电同步信号应在 R 波降支的上 1/3。除颤电极板的放置位置和方法同前。

(3) 常用硫喷妥钠和地西洋或丙泊酚麻醉。缓慢注入地西洋 20 ~ 30 mg, 同时嘱患者报数。“1, 2, 3……”直至患者入睡, 睫毛反射消失, 按压充电按钮, 根据心律失常类型选用不同能量充电(单相波除颤、心房扑动为 50 ~ 100 J, 心房颤动、室上性心动过速、室性心动过速为 100 ~ 150 J)。一切工作人员离开床边, 放电方法同前, 但应持续按压放电按钮, 待放完电后再松手。首次失败后间歇 5 ~ 10 分钟后进行第二次放电, 能量可增加 50 ~ 100 J。若再不行, 可第 3 次电击。一般来说, 择期性电复律一天内不超过 3 次。

(4) 复律成功后, 应观察患者血压、心律、呼吸, 直到患者清醒。清醒后让患者四肢活动, 观察有无栓塞现象。术后给予维持剂量的抗心律失常药物, 胺碘酮每天 0.1 ~ 0.2 g, 可继续服用 3 ~ 6 个月, 也可用几年。

(六) 注意事项

1. 室颤和室扑应按心脏骤停复苏处理, 必须分秒必争地迅速除颤。因患者神志消失, 故无须行麻醉。电除颤的成功标志是心电图由室颤或室扑变成一条直线, 至于是否复律, 则由窦房结或房室结是否能复跳所决定。如电击后心电图为一直线而不复跳, 则应注射肾上腺素及心外按压。

2. “潜伏”室颤对已经停跳的心脏进行除颤并无好处, 然而在少数患者, 一些导联有粗大的室颤波形, 而与其相对导联则仅有极微细的颤动, 或出现一条直线类似于心脏停搏, 称为“潜伏”室颤, 在 2 个导联上检查心律有助于鉴别这种现象。更重要的是, 有研究提出“误导”心脏停搏, 由于技术错误出现心搏呈现直线(如无电源、未接导联、参数设置错误、导联选择不正确), 临床上这种情况多于潜伏的室颤。为了应付随时可能发生的室颤, 除颤器应随时处于待机状态。建立使用检查记录以避免除颤设备性能障碍和不正确操作, 而不适当地维护或电源故障通常是除颤器性能障碍的主要原因。

3. 电极板放置的部位有 2 种: 一前一后, 阳极放在左背部肩胛下区, 阴极放在胸骨左缘

第5肋间水平；一左一右，阴极放在左腋前线的心尖水平，阳极放在胸骨右缘2～3肋间处。如胸部有埋藏起搏器者，应尽量避免电极板接近起搏器。电极板应涂导电糊或垫盐水纱布，且加压使电极板紧密接触胸壁。注意两电极板不宜相接近，亦不宜让导电糊或盐水相通以免短路。

4. 同步与非同步模式

(1) 电复律时电流波与QRS波群相同步，从而减少诱发室颤的可能性，如果电复律时正好处在心动周期的相对不应期，则可能形成室颤。

(2) 在转复一些血流动力学状态稳定的心动过速时，如室上性心动过速、房颤和房扑，同步模式可避免这种并发症的发生，室颤则应用非同步模式。

(3) 有些室速及预激综合征并发房颤患者采用同步模式复律非常困难。因QRS综合波的形态变化很大，除颤器不能识别R波，故无法放电，此时可选择非同步模式复律。但是，室速用非同步模式电击后，可能恢复窦性节律，也可能由于电流与QRS波群不同步，落到心肌易损期，转变为室颤。此时应再用非同步模式除颤，使之恢复窦性节律。

(4) 室速时患者如存在无脉搏、意识丧失、低血压或严重的肺水肿，可适时选择非同步电复律，以避免因反复试图用同步模式复律不成功，而延误治疗。

(5) 发现室颤或无脉性室速一般应在数秒钟内给予电除颤。

5. 电复律术的并发症电复律术的并发症发生率为4%～6%，部分并发症与麻醉有关。

(1) 低血压：使用高能量放电时容易出现，不需特殊处理，数小时后自行恢复。

(2) 心肌损伤及心肌顿抑：复律后可出现心肌损伤性心电图表现，可持续一段时间，不需特殊处理。

(3) 心律失常：电复律术可引起多种心律失常，多数情况历时短暂，不需处理，诱发室性快速性心律失常，可再次电击治疗。

(4) 栓塞：少数病例可发生肺血管或周围血管栓塞。可在术前服适量抗凝药物，但不作为常规用药。

(七) 护理措施

1. 操作完毕及时擦干患者胸前及电极板上的导电糊。

2. 密切观察患者的神志、血压、心率、心律变化。

3. 除颤位置的皮肤如有灼伤则按一般烧伤处理。

4. 及时记录患者电复律的日期、时间、选择的电能、复律的效果。

五、洗胃术

洗胃术即洗胃法，是指将一定成分的液体灌入胃腔内，混合胃内容物后再抽出，如此反复多次。其目的是为了清除胃内未被吸收的毒物或清洁胃腔，为胃部手术、检查作准备。对于急性中毒，如吞服有机磷、无机磷、生物碱、巴比妥类药物等，洗胃是一项极其重要的抢救措施。

(一) 目的

1. 除去胃内的有毒物质或刺激物，避免其被胃肠道吸收。

2. 减轻胃黏膜水肿，如幽门梗阻的患者，通过胃灌洗，将胃内潴留食物洗出，减少滞留物对胃黏膜的刺激，从而消除或减轻黏膜水肿。

3. 为胃肠道等手术或检查做准备。

（二）适应证

1. 口服毒物中毒，清除胃内未被吸收的毒物。
2. 治疗完全性或不完全性幽门梗阻。
3. 急、慢性胃扩张。

（三）禁忌证

1. 吞服强酸或强碱等腐蚀性毒物时切忌洗胃，以免造成穿孔。
2. 严重的心肺疾患。
3. 惊厥未控制者不宜插胃管，强行试插常可诱发惊厥。
4. 消化道溃疡、食管阻塞、食管静脉曲张、胃癌等患者应慎重。
5. 口服催吐法（适用于清醒、能合作的患者）

（四）口服催吐法（适用于清醒、能合作的患者）

1. 操作前准备

治疗盘、橡皮围裙、水桶、清水。

2. 操作步骤

（1）患者取坐位，戴好橡皮围裙，水桶放置患者座位前。

（2）嘱患者自饮大量灌洗液，引发呕吐，不易吐出时，可用压舌板压其舌根刺激引起呕吐；反复进行，直至吐出的灌洗液清亮无异味为止。在此过程中要注意患者的一般情况，询问其感受，并予以必要协助，观察呕吐物，注意有无出血等。

（3）协助患者漱口，擦脸，必要时更换衣物，卧床休息。

（4）清理用物，整理患者床单位。

（5）记录灌洗液名称及液量，呕吐物颜色、气味及量，必要时将呕吐物送检。

（五）注射器洗胃法（主要用于儿童患者）

1. 操作前准备

治疗盘内有：①弯盘；②治疗碗；③液状石蜡；④纱布；⑤压舌板；⑥多孔喷洒式硅胶胃管；⑦ 20 ml、50 ml 注射器；⑧棉签；⑨水温计；⑩垫巾。胶布、听诊器、清水桶、污水桶、洗胃机、洗胃溶液。

操作者洗手，戴口罩。物品准备齐后携用物至患者床旁，向患者解释洗胃的目的，介绍插管步骤和插管过程中的不适，望其配合。

2. 操作步骤

（1）摆体位，协助患者取左侧卧位。

（2）取垫巾放于患者头部，如有活动性义齿应先取下，弯盘置于患者口角处。

（3）右手示指分别按压双侧鼻翼查看鼻腔是否通畅。

（4）取棉签蘸清水清洁双鼻腔，选择较大一侧为插入端。

（5）插胃管

1) 戴清洁手套。

2) 测量插入胃管长度，由耳垂经鼻尖至胸骨剑突下 45 ~ 55 cm。

3) 取棉签蘸液状石蜡润滑胃管前端 14 ~ 16 cm。