



百种急危重病人抢救治疗护理常规

吉林大学第一医院护理部

百种急危重病人抢救治疗 护 理 常 规



吉林大学第一医院护理部
二〇〇三年六月

前 言

《百种急危重病人抢救治疗护理常规》终于和大家见面了，它是根据我院的工作需要、工作实际编撰的，在编写过程中力求做到标准明确、条款清晰，使其既符合我院护理工作实际又有一定的先进性，真正有助于我们的工作。

本书由我院护理部组织临床护士编写，但由于时间仓促及编者水平所限，难免出现疏漏和不足，欢迎批评指正。

吉林大学第一医院护理部

2003 年 6 月

目 录

1、有机磷中毒抢救治疗护理常规.....	(1)
2、一氧化碳中毒抢救治疗护理常规.....	(3)
3、巴比妥类药物中毒抢救治疗护理常规.....	(5)
4、强酸类中毒抢救治疗护理常规.....	(7)
5、强碱类中毒抢救治疗护理常规.....	(9)
6、蛇咬伤中毒抢救治疗护理常规.....	(11)
7、汞中毒抢救治疗护理常规.....	(14)
8、电击伤抢救治疗护理常规.....	(16)
9、溺水抢救治疗护理常规.....	(19)
10、过敏性休克抢救治疗护理常规	(21)
11、呼吸衰竭抢救治疗护理常规	(23)
12、休克型肺炎抢救治疗护理常规	(26)
13、肺性脑病抢救治疗护理常规	(28)
14、急性呼吸窘迫综合征 (ARDS) 抢救治疗护理常规	(31)
15、急性肺源性心脏病抢救治疗护理常规	(34)
16、大咯血抢救治疗护理常规	(36)
17、哮喘持续状态抢救治疗护理常规	(38)
18、循环骤停抢救治疗护理常规	(41)
19、心肺复苏抢救治疗护理常规	(44)
20、心绞痛抢救治疗护理常规	(47)
21、高血压危象抢救治疗护理常规	(49)
22、急性心肌梗塞抢救治疗护理常规	(51)
23、心源性休克抢救治疗护理常规	(55)
24、心律失常 (心动过速) 抢救治疗护理常规	(58)
25、心律失常 (心动过缓) 抢救治疗护理常规	(61)

26、电击复律抢救治疗护理常规	(64)
27、人工心脏起搏器抢救治疗护理常规	(67)
28、心力衰竭抢救治疗护理常规	(70)
29、脑血栓抢救治疗护理常规	(74)
30、蛛网膜下腔出血抢救治疗护理常规	(77)
31、脑栓塞抢救治疗护理常规	(80)
32、格林－巴利综合征抢救治疗护理常规	(82)
33、癫痫连续状态抢救治疗护理常规	(84)
34、上消化道大出血抢救治疗护理常规	(86)
35、肝性脑病抢救治疗护理常规	(89)
36、酮症酸中毒抢救治疗护理常规	(92)
37、甲状腺危象抢救治疗护理常规	(95)
38、中毒性痢疾抢救治疗护理常规	(97)
39、流行性乙型脑炎抢救治疗护理常规	(99)
40、血液病脑出血的治疗护理常规	(101)
41、骨髓移植治疗护理常规	(105)
42、新生儿窒息抢救治疗护理常规	(110)
43、新生儿颅内出血抢救治疗护理常规	(114)
44、新生儿败血症抢救治疗护理常规	(117)
45、小儿惊厥抢救治疗护理常规	(119)
46、小儿复苏抢救治疗护理常规	(122)
47、小儿呼吸衰竭抢救治疗护理常规	(125)
48、充血性心力衰竭抢救治疗护理常规	(128)
49、小儿昏迷抢救治疗护理常规	(130)
50、腹部闭合性损伤抢救治疗护理常规	(133)
51、腹部开放性损伤抢救治疗护理常规	(135)
52、胃穿孔抢救治疗护理常规	(137)
53、肠穿孔抢救治疗护理常规	(139)
54、急性胆囊炎（穿孔）抢救治疗护理常规	(141)

55、急性胰腺炎抢救治疗护理常规	(143)
56、肠梗阻抢救治疗护理常规	(146)
57、急性腹膜炎抢救治疗护理常规	(148)
58、感染性休克抢救治疗护理常规	(150)
59、出血性休克抢救治疗护理常规	(152)
60、酸碱失衡治疗护理常规	(155)
61、闭合性气胸抢救治疗护理常规	(158)
62、开放性气胸抢救治疗护理常规	(160)
63、张力性气胸抢救治疗护理常规	(162)
64、心脏挫裂伤抢救治疗护理常规	(164)
65、心脏瓣膜病术后抢救治疗护理常规	(167)
66、急性肾功能衰竭抢救治疗护理常规	(170)
67、肾移植术后治疗及护理常规	(173)
68、脑疝抢救治疗护理常规	(176)
69、高颅压抢救治疗护理常规	(178)
70、脑外伤抢救治疗护理常规	(181)
71、高血压脑出血外科抢救治疗护理常规	(184)
72、全身麻醉的并发症及意外的抢救治疗护理常规	(187)
73、麻醉后复苏监控	(190)
74、DIC 抢救治疗护理常规	(193)
75、机械通气病人抢救治疗护理常规	(195)
76、产后出血抢救治疗护理常规	(198)
77、高危妊娠监测及抢救治疗护理常规	(201)
78、子痫抢救治疗护理常规	(204)
79、羊水栓塞抢救治疗护理常规	(206)
80、胎儿窘迫抢救治疗护理常规	(209)
81、前置胎盘抢救治疗护理常规	(211)
82、脊椎损伤抢救治疗护理常规	(213)
83、脊髓损伤抢救治疗护理常规	(216)

84、骨盆粉碎性骨折抢救治疗护理常规	(220)
85、眼球贯通伤的抢救治疗护理常规	(223)
86、急性闭角型青光眼抢救治疗护理常规	(226)
87、气管异物抢救治疗护理常规	(229)
88、喉癌治疗护理常规	(232)

有机磷中毒抢救治疗护理常规

一、发病机理

有机磷农药可经呼吸道、消化道及完好的皮肤侵入人体。经呼吸道和消化道吸收迅速而完全。吸收后 6~12 小时血中浓度达最高峰。有机磷在体内主要经历分解和氧化两种过程，氧化产物毒性增强，而分解产物毒性降低。有机磷的中毒作用主要在于抑制体内胆碱酯酶。有机磷酸脂进入人体内后，迅速与胆碱酯酶结合形成稳定的磷酸化胆碱酯酶，从而抑制胆碱酯酶的活性。

二、主要症状

1、突然发生症状，口中、身上或呕吐物含大蒜样臭味。

2、出现三类综合征：（1）毒蕈样症状 主要为副交感神经兴奋所致的平滑肌痉挛和腺体分泌增加。（2）烟碱样症状 由于运动神经过度兴奋，引起肌肉震颤、痉挛，肌力减退，肌肉麻痹等。（3）中枢神经系统症状 由于脑内中枢神经系统受乙酰胆碱刺激后，有头晕、头痛、疲乏、共济失调、烦躁不安、谵妄、抽搐和昏迷。

3、典型体征：（1）瞳孔缩小（2）肌肉震颤或痉挛（3）暂时性血压升高（4）流涎、多汗、口吐白沫（5）急性肺水肿等。

三、救治原则

1、清除毒物

（1）立即将病人撤离有毒环境，脱去染毒衣物，对沾有毒物的皮肤，立即用微温的肥皂水或碱水或 1~5% 碳酸氢钠溶液彻底洗涤。

（2）对口服中毒者，应立即予以及时有效的洗胃，一般选用 1~2% 碳酸氢钠溶液或 1% 食盐水或清水，直到洗出的液体没有有机磷气味，并与清洗液的颜色相同为止。应注意，敌百虫中毒

时忌用碳酸氢钠洗胃。

2、特效解毒剂

(1) 阿托品：为抗乙酰胆碱药物，能解除平滑肌痉挛，抑制腺体分泌，保持呼吸道通畅，消除和减轻毒蕈样症状和中枢神经系统症状。阿托品静注后 1~4 分钟开始发挥作用，8 分钟时达作用高峰。阿托品的应用以早期、足量和维持足够的时间为原则。

(2) 胆碱酯酶复活剂：临床常用的复活剂为氯磷定和解磷定。

四、护理措施

1、病人体温过高要采取降温措施，头部冷敷、酒精擦浴或解热药等。防止大量出汗引起低血容量休克。

2、清除毒物要彻底，洗胃反复进行。

3、对于躁动病人应注意保护，防止外伤和坠床。

4、及时准确做好各项记录及监测。

五、健康教育

1、生产和喷洒有机磷杀虫剂应严格执行各种操作规程，做好个人防护。

2、普及防治中毒知识。

3、如发现有上述症状应及时到医院检查治疗。

4、指导病人加强农药保管，科学使用，施药时不可进食、吸烟，禁用农药洗涤衣物等。

一氧化碳中毒抢救治疗护理常规

一、发病机理

CO 经呼吸道吸入后，85% 通过肺泡壁进入血液与 Hb 结合形成碳氧血红蛋白，使血红蛋白失去携氧能力。CO 与 Hb 亲和力较 O₂ 与 Hb 的亲和力大 250—300 倍，而碳氧血红蛋白的解离比氧合血红蛋白约慢 3600 倍，因而组织缺氧。又由于血中的 CO 使氧解离曲线左移，HbO₂ 中的 O₂ 与 Hb 结合较前紧密，组织缺氧加重。由于中枢神经系统对缺氧最为敏感，故首先受累。脑血管先痉挛，而后扩张，严重者有脑水肿，继发脑血管床及皮质或基底节的局灶性软化或坏死，可出现缺氧性脑病及形成后遗症或迟发性脑病。

二、主要症状

1、轻度中毒：病人头痛、头晕、耳鸣眼花、恶心、呕吐、心悸、颞部压迫及搏动感、四肢无力、甚至有暂短的昏厥等。

2、中度中毒：除上述中毒症状加重外，尚有面色潮红、口唇呈樱桃红色、脉快、多汗、烦躁。当 HbCO 的含量大约 50% 时，病人可进入昏迷的状态。

3、重度中毒：常因短时间吸入高浓度的一氧化碳所致。可迅速出现昏迷、痉挛、呼吸困难致呼吸麻痹，即所谓“闪电样中毒”。可并发水、电解质、酸碱失衡、心律失常、肺水肿等。

三、救治原则

1、脱离中毒现场，立即打开门窗通风，并迅速将病人移至空气新鲜处。

2、迅速纠正缺氧状态，有条件积极采用高压氧治疗。高压氧治疗应在早期，最好在 4 小时内进行。危重病人可考虑血浆置换疗法。

3、改善脑组织代谢，早期给 ATP、辅酶 A、细胞色素 C 加入液体静滴，同时给予大量维生素 C 和 B 族维生素等药物。

四、护理措施

1、保持呼吸道通畅，立即给氧，流量大于 8 升/分。经抢救苏醒后应绝对卧床休息，观察 2 周。

2、密切观察病情，注意神经系统的表现及肢体受压情况。

3、昏迷合并高热和抽搐者，应给予以头部降温为主的冬眠方法。降温和解痉的同时注意保暖，防止自伤和坠伤。

4、准确记录出入量，注意液体的选择与滴数。防止脑水肿、肺水肿及水、电解质紊乱等并发症的发生。

五、健康教育

1、加强对一氧化碳中毒的宣传，室内要保持良好的通风。

2、病人出院时，指导病人吸取经验教训，加强预防一氧化碳中毒。

巴比妥类药物中毒抢救治疗护理常规

一、发病机理

1、中枢神经系统毒性作用：本类药物抑制丙酮酸氧化系统，从而抑制神经细胞的兴奋性，阻断脑干网状结构的上行激活系统的传导，抑制大脑皮层及下丘脑，使反射功能消失。

2、呼吸系统毒性作用：巴比妥是影响呼吸驱动及呼吸运动和节律性功能的抑制剂。大剂量可直接抑制延脑呼吸中枢致呼吸衰竭。

3、心血管系统毒性作用：急性高浓度中毒对心肌及血管病有直接抑制作用致心肌收缩力减低，心输出量减少，抑制血管运动中枢致容量血管扩张，有效循环血量减少，回心血量降低，血压下降，导致休克、心电图异常等。

4、低温：直接抑制丘脑体温调节中枢。

5、胃肠道的毒性作用：中毒后胃肠道张力及运动降低。

二、主要症状

1、轻度中毒：一次用药约催眠剂量的 2 ~ 5 倍。嗜睡或深睡，推动可叫醒，反应迟钝，言语不清，判断及定向力障碍。

2、中度中毒：一次用药约催眠剂量的 5 ~ 9 倍。沉睡或进入昏迷状态，强烈刺激虽能唤醒，但不能言语，旋即又沉睡。呼吸略慢，眼球有震颤，反射存在或消失，无呼吸、循环障碍。

3、重度中毒：一次用药约催眠剂量的 15 ~ 20 倍。深昏迷，呼吸、循环衰竭。严重者休克，少尿，皮肤水疱，昏迷早期四肢强直，腱反射亢进，锥体束征阳性；后期全身弛缓，各种反射消失，瞳孔缩小，对光反射消失。

三、救治原则

1、纠治致死性的症状：维持有效气体交换及血容量，气管

插管，正压辅助呼吸。纠正低氧血症和酸中毒。建立静脉通道，碱化尿液，维持尿量 250 毫升/小时。

2、防止中毒药物的进一步吸收

(1) 洗胃：口服中毒者早期用 1:5000 高锰酸钾溶液或清水或淡盐水洗胃，服药量大者超过 6 小时仍需洗胃。

(2) 活性炭及泻剂的应用：首次活性炭剂量为 50 ~ 100 克，用 2 倍水制成混悬液口服或胃管注入。应用活性炭治疗同时要给予盐类泻剂；防止便秘。一般不用硫酸镁，常用硫酸钠 250 毫克/公斤导泻。

3、加速已吸收药物的清除：强力利尿，碱化尿液，腹膜透析、血液透析。

4、中枢兴奋药的应用：服入大量短时效巴比妥药物 48 小时后，仍昏迷不醒、深度昏迷、完全无反射状态、有明显呼吸抑制情况下可酌情使用中枢兴奋药。

四、护理措施

1、心电、血压监测，注意生命体征变化，及早预报呼吸衰竭和休克征兆；准确记录病情变化。

2、记录出入量，防治酸、碱、水、电解质失衡。

3、保温

4、躁动病人防止坠床和外伤。

5、加强基础护理、预防肺部并发症。

五、健康教育

1、保持乐观向上的人生观，对故意服用大量药物以求自杀的病人，应耐心作好其思想工作并要求家属合作，帮助病人走出困境。

2、消除自卑心理，树立自信心。

3、防止再次误服。

强酸类中毒抢救治疗护理常规

一、发病机理

强酸类毒物及其气体可经皮肤、消化道、呼吸道进入体内，经血液循环分布致身体各器官组织，造成中毒性损害，尤以肝、肾损害明显。酸在体内除中和解毒外，可由肾排出。强酸的主要毒害作用为使蛋白质凝固，造成凝固性坏死。在酸进入的局部可发生充血、水肿、坏死和溃疡。肝、肾常有脂肪变性和坏死。

二、主要症状

1、皮肤接触强酸类毒物后即发生灼伤、腐蚀、坏死和溃疡形成。

2、眼部接触强酸类烟雾或蒸气后，可发生眼睑浮肿、结膜炎症和水肿，角膜混浊甚至穿孔，严重时可发生全眼炎以致失明。

3、口服强酸类毒物后，口腔粘膜糜烂，局部形成不同色泽痂皮。病人口、咽、喉头、食管、胃均有剧烈灼痛，反复恶心、呕吐，呕吐物中含有血液和粘膜。食管和胃粘膜呈腐蚀性炎症，组织收缩变脆，可在1~2日内发生穿孔。大量强酸吸收入血后，可发生酸中毒和肝肾损害。病程后期。可发生食管，幽门和肠狭窄性梗阻。

4、强酸烟雾吸入后，病人发生呛咳、胸闷呼吸加快。鼻腔和咽喉粘膜严重水肿、充血，有浆液性分泌。如短时间内吸入高浓度烟雾，可引起肺水肿和喉头痉挛，致呼吸困难和窒息而死亡。

三、救治原则

1、皮肤灼伤后，立即用大量流动水冲洗；然后局部给予2~5%碳酸氢钠或1%氨水或肥皂水以中和酸，然后再用水冲洗。

眼受到损害，立即用大量清水或等渗氯化钠液彻底冲洗，然后给予可的松及抗生素眼药水交替滴眼，疼痛明显时滴以 0.5% 丁卡因溶液。

2、口服中毒者，严禁洗胃，可给予 2.5% 氧化镁溶液、牛乳、豆浆、蛋清、花生油等口服。

3、吸氧，必要时气管切开，解除喉头痉挛和肺水肿。

四、护理措施

1、皮肤或眼部接触强酸，清洗时间宜长且以清水为首选。

2、对胃内缓慢注入保护剂，用力不宜过大不宜过快，且在确定无穿孔后注入。

3、重症病人心电、血压监测，注意生命体征，维持有效呼吸。

五、健康教育

1、强酸物品与食物分开放置，防止误服。

2、一经接触强酸并发生损伤后立即实施自我救治，及早排除毒物或保护胃肠道粘膜。

3、入院早期遵医嘱给予胃管内流食，出院后，口服强酸造成狭窄或梗阻病人，以少纤维半流质易消化食物为主，定期到医院复查。

强碱类中毒抢救治疗护理常规

一、发病机理

强碱类毒物接触皮肤或进入消化道后，可与组织蛋白结合形成碱性蛋白盐，并能皂化脂肪，使组织脱水。碱吸收后可引起碱中毒和肝、肾脂肪变性与坏死。

二、主要症状

1、皮肤粘膜受强碱类毒物损伤后，发生充血、水肿、糜烂，局部先为白色，后变为红色和棕色，并形成溃疡。严重碱灼伤可引起体液丢失而发生休克。

2、眼部接触强碱类毒物后，可发生严重角膜炎和角膜溃疡。

3、口服强碱毒物后，可发生口腔、咽喉、食管和胃的严重灼伤，常有强烈的灼痛、腹绞痛，反复呕吐，呕吐物中有血性液体，常有腹泻和血便。严重者可发生食管、胃穿孔。强碱经消化道吸收后可引起碱中毒和肝、肾损害，严重者发生急性肾功能衰竭。

4、氧化铵可释放出氨，吸入氨后可引起呼吸道刺激症状，可咳出大量痰和坏死组织，并可发生肺水肿。少数病例可因反射性声门痉挛而呼吸骤停。

三、救治原则

1、碱灼伤皮肤后应立即用大量清水冲洗，然后涂以1%醋酸以中和剩余碱，切忌在冲洗前应用中和碱，导致产生中和热而加重灼伤。

2、口服强碱后，可迅速口服食醋、3—5%醋酸或5%稀盐酸中和，然后给予生蛋清和橄榄油。如吞咽困难发生早，可先放置并保留胃管。早期应用1—2周的肾上腺皮质激素，可减少食道瘢痕狭窄的发生。

3、吸入性氨中毒时应给予吸氧，保持呼吸道通畅，必要时气管切开。

4、补液和纠正电解质紊乱，防止休克。

四、护理措施

1、对强碱类毒物中毒的病人，清洗毒物首选液以清水为宜，并要求冲洗时间稍长一些，然后选用合适的中和剂继续冲洗。

2、口服强碱的病人禁止洗胃，可给予胃粘膜保护剂缓慢注入胃内，用力不要过大，速度不宜过快，防止造成紊乱。

五、健康教育

强碱类药物应注明标签并妥善保管，放置于儿童触不到的地方，加强宣传教育，防止误服，一旦误服应立即采取措施，防止产生不良后果。