

危重病症

的急救与护理

Emergency and critical care disease

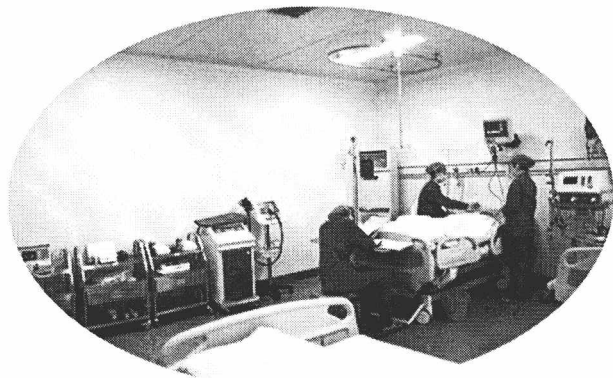
郭翠英 刘 峰 马秀红 宛 春 胡爱新 张兆云 主编



云南出版集团公司
云南科技出版社

危重病症 的急救与护理

郭翠英 刘 峰 马秀红 宛 春 胡爱新 张兆云 主编



云南出版集团公司
云南科技出版社
· 昆明 ·

图书在版编目(CIP)数据

危重症的急救与护理/郭翠英,刘峰,马秀红编著.
昆明:云南科技出版社,2009.10
(临床疾病知识丛书/郭翠英主编)
ISBN 978-7-5416-3487-1
I. 危… II. ①郭…②刘…③马… III. ①险症—急救
②险症—护理 IV. R459.7 R472.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 196064 号

云南出版集团公司
云南科技出版社出版发行
(昆明市环城西路 609 号云南新闻出版大楼 邮政编码:650034)
昆明锦润印刷有限公司印刷 全国新华书店经销
开本:889mm×1194mm 1/32 印张:9.5 字数:240 千字
2009 年 10 月第 1 版 2009 年 10 月第 1 次印刷
定价:120.00 元(共四册)

编委会名单

主 编 郭翠英 刘 峰 马秀红
宛 春 胡爱新 张兆云

副主编 田文萍 亓子涵 孙秀娟
郭健美 亓东红 任 晓
李传英 亓秀娟

前 言

临床常见危重病症,严重威胁人类的健康和生命,现已成为人群中主要的死亡原因,随着人们生活水平的提高及不合理的饮食习惯,各科临床常见危重病症的发病率和死亡率仍呈逐年上升趋势,因此,如何降低该类病症的发病率、死亡率,提高患者的生存质量,加强急救与护理,愈来愈显示突出地位。

护理工作是一门科学性、专业性、服务性、连续性为一体的综合工作,诊疗护理与操作规程是各科临床常见疾病康复中相辅相成的两个方面,按照科学的、系统的程序做好护理诊断和护理计划,并有效地进行全方位的细致护理,配合临床医师的诊断和治疗,并熟练掌握护理新方法,以满足病人的身心需要,适当处理好二者的关系,对危重病症患者的早日康复起着重要促进作用。

全书共分十四章,分别对临床常见危重病症的急救、护理与操作规程作了全面介绍,尤其对新的护理常规、操作规程、护理诊断,护理措施,护理程序和治疗过程等作了详尽的论述,较全面地反映了对临床常见危重病症的急救与护理水平,在编写过程中我们力求做到理论联系实际,重视总结经验,便于读者理解和掌握。

由于我们知识和实践水平有限,书中难免有不少缺点甚至错误,诚恳希望同仁谅解并指正。

编 者



目 录

第一章 普通内科急症的急救与护理	(1)
第一节 内科一般护理	(1)
第二节 内科常见症状护理	(2)
第二章 普通外科急症的急救与护理	(12)
第一节 休克急救与护理	(12)
第二节 感染症急救与护理	(30)
第三节 急性损伤症急救与护理	(46)
第四节 急腹症急救与护理	(51)
第五节 输血急救与护理	(53)
第六节 胃肠外营养支持的应用及护理	(74)
第七节 普通外科引流管护理	(91)
第八节 普通外科疾病一般护理	(99)
第三章 临床常见急症的急救与护理	(104)
第一节 中暑护理	(104)
第二节 急性中毒一般护理	(105)



第三节	常见急性中毒护理	(107)
第四节	药物中毒护理	(114)
第五节	食物中毒护理	(115)
第六节	触电与雷击护理	(116)
第七节	溺水护理	(117)
第四章	呼吸系统危重病症的急救与护理	(119)
第一节	呼吸系统疾病一般护理	(119)
第二节	呼吸系统常见病症的急救与护理	(120)
第五章	消化系统危重病症的急救与护理	(130)
第一节	消化系统疾病一般护理	(130)
第二节	消化系统常见病症的急救与护理	(131)
第六章	心血管系统危重病症的急救与护理	(138)
第一节	心血管系统疾病一般护理	(138)
第二节	心血管系统常见病症的急救与护理	(139)
第七章	泌尿系统危重病症的急救与护理	(162)
第一节	泌尿系统疾病一般护理	(162)
第二节	泌尿系统常见病症的急救与护理	(163)
第八章	神经系统危重病症的急救与护理	(166)
第一节	神经系统疾病一般护理	(166)



第二节 神经系统常见病症的急救与护理	(167)
第九章 骨外科危重病症的急救与护理	(189)
第一节 骨外科疾病一般护理	(189)
第二节 骨外科常见病症的急救与护理	(194)
第十章 烧伤护理	(207)
第一节 烧伤一般护理	(207)
第二节 各部位烧伤护理	(213)
第十一章 神经外科危重病症的急救与护理	(216)
第一节 神经外科疾病一般护理	(216)
第二节 神经外科常见症状护理	(217)
第三节 神经外科常见病症的急救与护理	(220)
第十二章 儿科重症监护	(232)
第一节 急性呼吸衰竭	(232)
第二节 充血性心力衰竭	(234)
第三节 急性肾功能衰竭	(235)
第四节 急性颅内压增高	(236)
第五节 感染性休克	(238)
第六节 心跳呼吸骤停	(240)
第七节 急性中毒	(242)



第十三章 外科重症监护	(245)
第一节 基本监测	(245)
第二节 重症监护病人感染监控	(250)
第三节 外科重症病人的心理护理	(252)
第四节 重症监护病人的呼吸道管理	(254)
第五节 外科重症病人的监护	(259)
第六节 心肺脑复苏	(270)
第十四章 整体护理在临床实践中的应用	(278)
第一节 概 述	(278)
第二节 外科疾病常见护理诊断	(280)
第三节 外科常用标准护理计划	(286)



第一章 普通内科急症的急救与护理

第一节 内科一般护理

(1) 所有内科病员,原则上都应卧床休息。

(2) 入院后每日测体温、脉搏、呼吸3次,连续3天,以后每日2次。体温在 37.5°C 以上者每4小时测量1次,体温有突然升高者应复查核对,需密切观察体温者随时测量并记录。新病人测血压及体重(重症例外)1次,其他按医嘱执行。

(3) 护理按病情分特别护理和一、二、三级护理:

①特别护理:适用于病情危重需要随时进行抢救的病人。派专人昼夜守护,严密观察病情变化,备齐抢救用品,随时准备抢救,及时准确地填写特别记录。

②一级护理:适用于病危、病重及极度虚弱的病人,如各种原因引起的消化道出血、高热、昏迷、抽搐的病人,心力衰竭、严重呼吸困难、肝肾功能衰竭者等,病人的一切活动需护士协助。护士每15分钟至半小时巡视1次,密切观察病情变化。

③二级护理:适用于病危、病重期已渡过,症状减轻,病情好转但仍需卧床休息者,如慢性病及年老体弱的病人,在床上可以自理但不能下床活动的病人。护士每小时巡视1次,了解三情(疾病、思想及饮食情况),递送大小便器。

④三级护理:适用于轻症等待检查的病人,恢复期和慢性病好转期已可下床活动且生活能自理的病人。护士每日巡视3~4次,



观察病情。轻病人可适当到室外散步。

(4)病人入院后,于当日留出大、小便,并送病房化验室做常规检验。按照医嘱执行的大、小便化验,于次晨留出标本。

(5)每日下午记录大便1次,有次数增多者通知主治医师进行处理。3天无大便者,可常规给番泻叶10g代茶饮。必要时可灌肠通便。

(6)每周测体重1次(重症例外)。

(7)按医嘱给予饮食,并进行饮食指导。病人家属、亲友送来的食物需经办公室护士检查后方可食用。病人之间不得互换食物,以免交叉感染。

(8)病人入院后24小时内完成个人卫生处理。一般冬季每周沐浴或擦澡1次,夏季每周3次。洗发每两周1次,夏季每周1次。剪指甲每周1次。

(9)卧床病人应预防褥疮,并做好口腔护理。

(10)病室应保持整齐、清洁、安静、舒适。贯彻执行保护性医疗制度。

(11)定期消毒灭菌,做好消毒隔离工作,控制医院内感染的发生。

第二节 内科常见症状护理

一、高 热

发热是一种症状,常见于各种细菌和病毒感染,各种传染病、肿瘤及中暑等病。高热是指体温在 $39\sim 41^{\circ}\text{C}$,过高热指 41°C 以上。

体温升高过程中,常伴有皮肤干燥、面色苍白、寒战等。体温升高以后,皮肤变潮红、有汗,口渴,呼吸、脉搏、心率增快。发热时机体代谢和各系统功能发生改变,故发生一系列症状,如头痛、头



晕、全身肌肉酸痛、疲乏无力,严重者可有谵妄、惊厥、昏迷。

【护理】

(1) 执行内科一般护理常规。

(2) 卧床休息。

(3) 给高热量半流质饮食。体温过高时应给予流质饮食,每日摄入总热量为 8.4 ~ 12.5MJ。

(4) 高热病人应给予足够的水分。成人每日摄取量应在 3000ml 左右。

(5) 每 4 小时测量体温、脉搏、呼吸 1 次。

(6) 体温在 39℃ 以上者给头部冰袋,39.5℃ 以上者给予酒精或温水擦浴,也可应用退热药物或针刺降温(取大椎、曲池、合谷、十宣等穴)。

(7) 体温骤降时应予以保温,及时测血压、脉搏、心率,作记录,同时报告医师。

(8) 注意口腔卫生。每日给朵贝尔液漱口 3 ~ 4 次,口唇干燥时涂滑润剂。

(9) 注意皮肤护理,预防褥疮。大量出汗者,及时更换被单、内衣。并注意病人勿直接吹风,以防止感冒。

(10) 过高热出现谵妄、昏迷时加用床档,以防坠床。

(11) 诊断未明确者,配合医师及时留出大、小便,以做常规化验及培养。病人发冷寒战时,涂血片检查疟原虫。

(12) 疑某种传染病时,先按疑诊进行预防性隔离,以防交叉感染。确诊后按医嘱执行。

二、昏 迷

原因很多,需及时查明,常见于脑血管病、各种严重感染、酒精中毒、一氧化碳中毒、有机磷中毒、药物中毒、中暑、癫痫、尿毒症、肝昏迷、糖尿病昏迷、低血糖等。其临床表现有:神志不清、大小便失禁、意识丧失、对外界事物或刺激失去反应。



【护理】

(1) 执行内科一般护理常规,并发病危通知。

(2) 谵妄烦躁不安者应加床栏,以避免坠床。按医嘱给镇静剂,并适当约束病人,以防止外伤。剪短病人指甲,以免抓伤。

(3) 按医嘱给予饮食,必要时鼻饲,保证足够的营养及水分。鼻饲每日 5~6 次,注意保持鼻饲管的清洁和通畅。

(4) 给药时,药片药丸等需研碎成粉剂。

(5) 氧气吸入。

(6) 昏迷病人平卧位,抬高头胸部 $10^{\circ} \sim 20^{\circ}$ 。如为颅内压增高者,头部抬高 15° 。颅内压降低者,头低 15° 。头偏向一侧,防止分泌物吸入气管。随时注意吸痰,保持呼吸道通畅。对舌根后坠者,可托起下颌或安放机械通气。

(7) 保持病人皮肤清洁,经常给以翻身,同时床铺应干燥平整,以预防褥疮。

(8) 注意保暖,用热水袋时避免烫伤。

(9) 口腔护理 3~4 次/d,预防口腔炎及腮腺炎。口唇涂滑润剂。

(10) 如两眼不能闭合时,应以凡士林纱布盖于眼上,以免角膜干燥或受伤。张口呼吸者,口盖湿纱布。

(11) 严格记录出入量,必要时作特别记录。

(12) 按医嘱及时留取大小便标本作检查,以助诊断。

(13) 6 小时无尿者,通知医师处理。尿潴留时一般不采用导尿,可用针灸、点穴或按摩进行排尿。

(14) 保持大便通畅。3 日无大便者给中药番泻叶冲服,必要时可进行灌肠。

(15) 密切观察神志、瞳孔、体温、脉搏、呼吸、血压等变化,及时做好记录。体温过高时物理降温。制订护理计划并严格实施。

(16) 昏迷伴有抽搐病人,上下颌臼齿间应放置牙垫,以防舌被



咬伤。

三、弥散性血管内凝血

正常人机体内有完整的凝血、抗凝和纤维蛋白溶解系统,使体内血流通畅,不发生凝血现象。当某种原因造成凝血、抗凝、纤溶改变时,即可发生弥散性血管内凝血(DIC)。DIC 诱发原因很多,最常见的有感染(细菌性及病毒性)合并休克,如败血症、肺炎、中毒性菌痢、化脓性腹膜炎、暴发性肝炎、流行性出血热等;另外恶性肿瘤、白血病、组织创伤(如灼伤、大手术)、严重输血输液反应、妊娠合并症等均可诱发。

轻者无明显症状,但血液学检查有异常。重者病势凶猛,病人极度烦躁不安、抽搐、昏迷、呼吸困难、全身青紫、少尿或无尿,皮肤黏膜及内脏有广泛性出血伴休克及血栓等。

【护理】

(1)执行内科一般护理常规。

(2)将病人安置在宽敞、安静、舒适、空气流通、温度适宜的病房内。病人应绝对卧床休息,并防止坠床。抢救设备应备齐,以便及时配合抢救。

(3)密切观察病情,做好记录。护理人员应识别 DIC 的早期征象,如有寒冷、四肢厥冷、指趾发绀等,迅速给氧气吸入,提高血氧含量,改善微循环,并协助医师及时测定凝血时间,以助诊断。

(4)DIC 晚期可有广泛性出血,常见有皮肤黏膜或内脏出血、鼻衄、齿龈出血、血尿、脑出血等,应配合医师抢救,并加强护理。

①鼻出血时可用 0.1% 肾上腺素棉球或碘仿纱条填塞鼻腔。

②齿龈出血时先用生理盐水含漱,再用消毒纱布压迫牙龈止血。

③穿刺或注射部位易出血不止,操作后用消毒棉棒或棉球按压局部 3 分钟以上,至出血停止为止。

④如有呕血、黑便等消化道出血时,可暂禁食,按病情需要给



流质饮食,并按消化道出血常规护理。

⑤血尿时留尿送检,并记录尿量。

⑥剧烈头痛、视力模糊疑为脑出血时,应将头部抬高和冷敷。疑有颅压增高时,按医嘱及时给降颅压药物。

(5)抢救过程中配合医师及时治疗原发病及行抗休克治疗。密切观察有无代谢性酸中毒表现,及时抽血检查,并及早纠正酸碱失衡和电解质紊乱。

(6)在凝血为主时,应用抗凝治疗,可用肝素、潘生丁或低分子右旋糖酐等。

①肝素:用量为 $0.5 \sim 1\text{mg/kg}$,以生理盐水稀释为 $10 \sim 20\text{ml}$,静脉缓注,每 $4 \sim 6$ 小时 1 次,可达到肝素化,有效地起到抗凝作用。也可用肝素 $100 \sim 200\text{mg}$ 加入 5% 葡萄糖液 500ml 内,以 7 滴/ min 的速度静滴。肝素应用的注意事项如下。DIC 伴有休克时,肝素用量要大大减少,一般静脉缓注用量为 $0.25 \sim 0.5\text{mg/kg}$,伴有颅内出血、肝肾疾病时,不用或慎用肝素。

有代谢性酸中毒时,应先纠正酸中毒后再用肝素,使肝素发挥最大效能。抢救用药的次序应根据病情,按医嘱合理安排。

应用肝素期间按医嘱定期抽血查凝血酶原时间,一般要求用药后控制在正常值的两倍。

DIC 完全好转时,肝素用量应逐渐减少,不宜骤停或换用其他抗凝药物,以防出现反跳。

肝素治疗期间应密切观察出血症状。有出血现象时,速告医师。严重出血时用拮抗药物,如硫酸鱼精蛋白放入 5% 葡萄糖内静滴(硫酸鱼精蛋白用肝素的半量即可起到中和肝素的效果)。

②溶栓剂:用纤维蛋白溶解治疗 DIC 也很重要。一般用链激酶(也称溶栓酶),可使已形成的血栓迅速溶解而改善微循环。纤溶治疗,是在机体纤溶亢进且造成严重出血不易控制时应用。

用药前先测定抗链激酶含量,高于 100 万 U 时禁用。



用药前采用耳针针刺神门、肾上腺穴,或用氢化泼尼松,50mg或地塞米松 5mg 加入 50% 葡萄糖 20ml 内静注,以防过敏反应。

链激酶 50 万 U 溶于生理盐水或 5% 葡萄糖液 100ml 中于 30 分钟内静脉点滴完;或用 60 万 U 溶于 250 ~ 500ml 内,另加地塞米松 2.5mg,每小时以 10 万 U 的速度静滴,24 小时不超过 240 万 U,直至 DIC 完全好转。连用 1 ~ 5 日后停用链激酶,选用潘生丁和低分子右旋糖酐。

纤溶过程引起出血时应停药,改用 6—氨基己酸等抗纤溶药物,以达到止血目的。

(7) 注意增加营养和按医嘱应用保肝药,以保护肝脏。DIC 休克期可大量消耗肝脏合成的各种凝血因子,同时肝内有微血栓,使肝细胞坏死、出血、衰竭,应及时给葡萄糖及各种维生素(维生素 K、维生素 B₁、维生素 C 等)、三磷酸腺苷、辅酶 A 等治疗。

四、咯 血

咯血常见于肺结核、支气管扩张、支气管内膜结核、肺癌、二尖瓣狭窄等。最常见为肺结核,约占咯血的 90%。

喉以下呼吸道任何部位的出血经口腔咯出,称咯血。咯血前一般有喉头瘙痒,血因咳嗽而出。咯血的特点是血鲜红,有泡沫,混有少量痰液。应与呕血区别。呕血为血暗红,伴有食物,量多。呕血前常有恶心,然后呕出。

【护理】

(1) 执行内科一般护理。

(2) 绝对卧床休息,未确诊前先行呼吸道隔离。

(3) 发病危通知。对病人要给予精神安慰,给温流质或半流质饮食。

(4) 咯血时应去枕平卧,头偏向一侧,并嘱轻轻呼吸,不可屏气,不要将血咽下。

(5) 适当给予镇静剂,但禁用吗啡,以免过度抑制咳嗽而引起



窒息。

(6) 每 0.5 ~ 1 小时测血压、脉搏 1 次,并记录。

(7) 病侧胸部放置冰袋及沙袋。

(8) 备好氧气、吸痰器及人工气箱。

(9) 验血型及做交叉配血试验,血压下降时立即输血。

(10) 按医嘱给止血药物。一般用脑垂体后叶素 10U 加 25% ~ 50% 葡萄糖静脉缓慢注射,10 ~ 20 分钟注射完毕。必要时每 6 ~ 8 小时重复一次。或将垂体后叶素 20U 加入 5% 葡萄糖 100 ~ 200ml 内,缓慢静滴(心脏病、高血压、妊娠者禁用)。

(11) 留痰观察,并按医嘱送检。

(12) 密切观察病情。如病人在咯血过程中,突然出现胸闷、烦躁、呼吸困难、咯血不畅、肺内痰鸣音明显,或在喷射性大咯血过程中呼吸突然停止,从鼻腔喷出少量血液后即出现张口瞪目、呼吸表浅急促、紫绀明显者,应考虑为痰或痰血块阻塞大的气管、支气管而出现窒息,应立即进行抢救。

①施行头低足高位,头向下倾斜 $45^{\circ} \sim 60^{\circ}$,以保持引流体位。

②口内放开口器,尽量去除存于口内血块。

③轻拍健侧背部,使流入健侧血块排出,以保持呼吸道通畅。

④如无效,可用导管插入气管吸引,紧急时行气管切开,吸出血块。

五、消化道出血

常见于胃和十二指肠溃疡,以及门静脉高压引起的食管、胃底静脉曲张破裂出血,也见于慢性胃炎、胃癌、十二指肠炎、憩室、胆道出血、脑血管病、血液病、尿毒症等。

大量出血时可有头晕、心慌、面色苍白、出冷汗、口渴、四肢厥冷、脉搏加快、血压下降等症状。

【护理】

(1) 执行内科一般护理常规,并发病危通知。