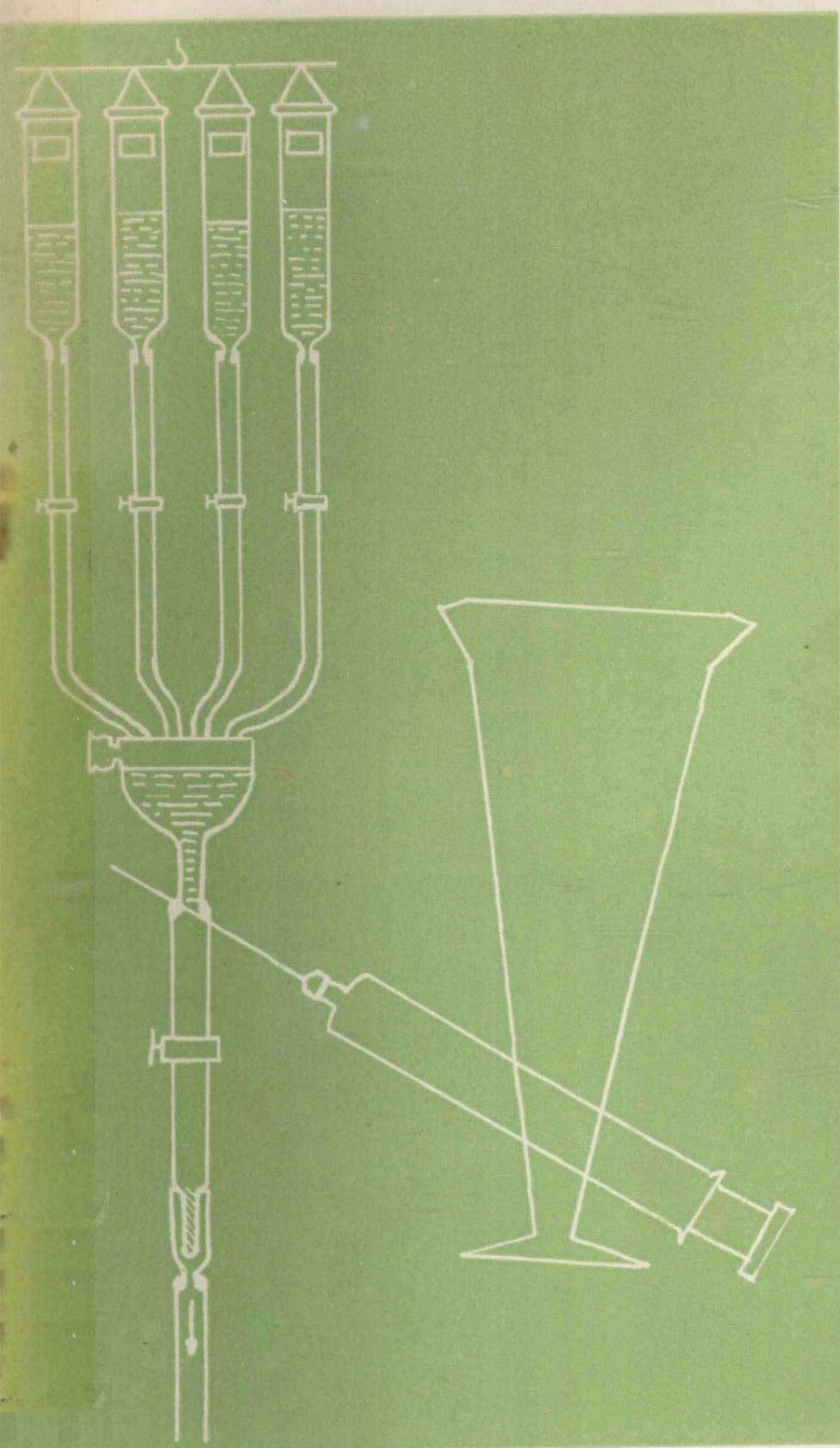


危重病急救处理讲义



哈尔滨铁路局卫生处编

前 言

急救护理是急救医学的重要组成部分。实践证明，在危重病的抢救治疗中，如果护理工作跟不上，无论抢救措施如何尽善尽美，也常使抢救工作功亏一篑，所以护理工作在保证病人安全、降低病死率方面具有十分重要的地位。危重病常以迅雷不及掩耳之势骤发，其病势凶险，变化迅速，因此护士仅仅机械地执行医嘱，远远不能适应抢救工作的需要。

在抢救过程中，不但要求护士熟练地掌握基础护理技术，而且要有敏锐的观察能力和分析判断能力，把每一个细微的病情变化的信息及时地提供给医生；对病人的处理要果断，动作要迅速。这就要求每一个护士都要熟悉与急救护理有关的理论知识，熟悉危重病的病情观察、监测的方法学。只有这样才能与医生紧密配合，提高抢救的成功率。

为此，我局举办了“危重病急救护理学习班”，邀请山东、北京、哈尔滨等地的护理专家及对急救护理造诣较深的护理部主任、护士长来讲学。这次专题讲座共涉及危重病护理30多个专题，我们将其进行整理，编印了这本《危重病急救护理讲义》。

本书内容包括常见危重病的急救护理及其他有关问题。作者们力求以现代理论为指导，紧密联系临床实际，提出了病情观察、监测、分析判断的方法学，并涉及一些急救护理的新进展，目的在于提高急救护理的技术水平。

本书的引用文献及参考文献均省略。由于时时仓促，书中难免挂一漏万，希批评指正。

本次专题讲座，承蒙各位老师所在单位的大力支持，在讲义编印过程中，得到哈尔滨铁路局印刷厂的热情协助，在此一并致以衷心地感谢！

哈尔滨铁路局卫生处

一九八四年七月 于哈尔滨

主 编: 白凤阁

副主编: 秦志汉

编 委: 张华民 苏明翥

易德山 滕毓晶

目 录

心跳骤停的抢救与护理	童雅培 李元春	(1)
昏迷病人护理	李元春	(7)
急性心肌梗塞的护理	李元春	(10)
急性肺水肿的护理	李元春	(12)
心功能不全与输液	李元春	(14)
呼吸衰竭的护理	李元春	(16)
机械呼吸应用过程中的护理	李元春	(18)
慢性肺原性心脏病的护理	李元春	(21)
抢救危重病的常用药物	王 萍	(24)
危重病人常用监测项目及正常值	王 萍	(30)
生命体征的监护	王 萍	(38)
危重病抢救中的静脉保护	王 萍	(41)
氧疗法	王 萍	(42)
严重烧伤的护理	王庭文 刘玉美	(44)
大面积深度烧伤切痂植皮手术的配合	李璟瑶	(61)
输血的护理	王庭文	(64)
冻 伤	刘玉美	(69)
颅内压增高综合症及脑疝的护理	李璟瑶	(70)
急性中毒的抢救及护理	童雅培	(78)
休克的抢救及护理	童雅培	(81)
急性上消化道出血的抢救及护理	童雅培	(86)
肝性昏迷的抢救及护理	童雅培	(89)
危重疾病中水与电解质酸碱平衡紊乱的护理	童雅培	(93)

颅脑损伤的护理·····	李璟瑶 (100)
气管切开术的护理·····	李璟瑶 (107)
胸部外伤的护理·····	刘玉美 (112)
急性肾功能衰竭的护理·····	刘玉美 秦志汉 (119)
中心静脉插管 (CVC) 及中心静脉压 (CVP) 测定·····	秦志汉 (129)

心跳骤停的抢救与护理

山东省医院 童雅培

北京积水潭医院 李元春

心脏骤停也称循环骤停，即指心脏突然停止跳动。是临床上极为严重的情况。如不能及时地进行有效的抢救，病员在数分钟内即可能由于全身组织器官严重缺氧而造成脑和心脏不可逆转的损害而导致死亡，因此抢救必须果断、正确、分秒必争，任何迟疑和失误，哪怕延误数分甚至数秒，都会导致抢救失败。为此，每个护士都必须熟练掌握复苏技术和抢救程序。

【病因】

- 1、心血管疾病：如冠状动脉硬化性心脏病，急性心肌梗死或急性心肌炎。
- 2、药物中毒或过敏：如毛地黄、奎尼丁、锑剂、普鲁卡因酰胺、吐根素、灭虫灵、氯奎、氯化钾、青霉素及链霉素等过敏。
- 3、电解质及酸碱平衡失调：血钾过高或过低，重度酸中毒等。
- 4、意外事件：触电、溺水、自缢、严重创伤或出血等。
- 5、手术及麻醉意外：如胸科的肝脏手术，支气管镜检查，心导管及心血管造影，心包穿刺，手术时麻醉过量，低温麻醉时降温太低等。

以上各种原因都可能造成机体组织缺氧和二氧化碳积聚以及迷走神经反射亢进，抑制心肌导致传导阻滞，以致心脏机能全面抑制而心跳停搏。

心脏停搏的类型：

心脏骤停分心跳完全停止和心室颤动两类，前者约占总数的90%，后者约占10%。两者的区别是后者心室壁尚有快而不规则的颤动，但心室已无收缩和排血动作，故其结果与前者相同，均为有效循环停止。

【临床表现】心脏骤停后，神志突然丧失、抽搐、全身紫绀、瞳孔散大、无呼吸，大动脉（颈动脉、股动脉）搏动消失，测不到血压，听不到心音，摸不到脉搏。

【诊断】

根据病史典型的临床表现，无脉搏、心音，测不到血压，即可作出诊断。

【治疗与护理】

（一）紧急处理：心脏骤停必须分秒必争抓紧时间进行抢救，使心脏及早复苏；因脑组织缺氧10分钟，即可造成不可逆转的损害。故护士发现病员心跳骤停，不能离开病员，也不作听心脏和测血压等检查；应在4分钟之内，完成有效的人工呼吸和心脏挤压，以维持病员的呼吸和循环功能。如医师不在场时，可另找值班者或家属去找医师，并请麻醉师，心电图

技师等亲临现场参加抢救。

抢救程序：

1、心肺复苏：

(1) 心前区叩击：在心脏骤停后1分30秒内，心脏应激性是增强的。叩击心前区，往往可使心脏复跳。

方法：心脏骤停后，立即将左手掌放于病人心前区，右手握拳叩击左手背，1——2秒钟一次，连叩数次。但目前多主张心前区叩击一次。如无效，即用心脏挤压。

(2) 胸外心脏挤压：按压胸骨下端，可间接的压迫左右心室腔，使血液流入主动脉和肺动脉，建立有效大小循环。

方法：使病员仰卧于硬板床或地下，如为钢丝床，在患者背部垫一木板，解开上衣，头后仰10°左右。手术者左手掌放在病员胸骨下端近剑突之上方，右手掌在左手背上，手掌垂直于病员胸骨部，借助体重，肩部肌肉适度用力，有节奏地带有冲击性地压迫心脏，使患者胸骨下陷3——4cm，每分钟按压60次为宜。一般按压时心脏为收缩，放松时心脏为舒张。按压后，股动脉、颈动脉如有搏动，说明按压有效。小儿用单手法按压胸骨中部。

心脏挤压有效指征：口唇指甲渐渐转红、可扪及颈动脉或股动脉搏动、可测得血压、瞳孔由扩大渐渐缩小、自主呼吸逐渐恢复、出现自主心搏。

(3) 胸内心脏挤压：在开胸手术中发生心跳骤停或胸外心脏挤压无效时开胸进行胸内心脏挤压，需由有经验的医师操作。

(4) 人工呼吸：人工呼吸有口对口呼吸法，胸部压迫人工呼吸法，面罩氧管插管加压呼吸法等。在临床心脏挤压抢救时，口对口呼吸法是简易有效而迅速的抢救方法。操作时，先消除呼吸道分泌物，再使病员后仰（以免舌根压迫会咽部，而致呼吸道阻塞），然后用漏斗或氧气罩叩紧在病员的口鼻上，手术者深吸气后对准氧气罩接管处吹气，吹到病员胸部膨胀而停止，使病员肺内气呼出。吹气以每分钟12——14次为宜。人工呼吸必须与心脏挤压同时进行，否则单独用心脏按压虽促使有效循环量恢复，但循环的血液是缺氧的血，所以必须同时给氧。

抢救护理中注意事项：

(1) 心脏复苏术有两个人同时进行，即一个人施行人工呼吸，另一人进行心前区叩击或胸外心脏挤压。如单人操作时，作10秒钟心脏按压后，作两次口对口吹气。人工呼吸与心脏按压频率为4：1。

(2) 胸外挤压部位在胸骨下端，剑突的上方，不宜靠上或靠下；操作也不宜用力过猛，以免发生肋骨骨折造成气胸，或发生肝脏损伤造成腹腔内出血；同时，如压不到心脏部位，起不到排血的功能。

(3) 自主心搏恢复前应持续进行，遇有必须暂停心脏挤压时，如测心电图，心内注射复苏药物，轮换操作者……等，动作应尽量迅速，以缩短暂停挤压的时间。

2、心内注射药物：

进行心脏挤压、人工呼吸的同时，应采用心脏复苏药物（常用三联针），进行心内注射，可迅速促进心脏自身节律的恢复。

方法：用长穿刺针，在第四肋间胸骨左缘1.5——2厘米处，垂直刺入心室，抽出回血后，注入三联针（盐酸肾上腺素0.5~1.0毫克、异丙基肾上腺素0.2~0.5毫克、去甲肾上腺

素0.5~1.0毫克)

心电图或示波为心室颤动者:

若为细颤波,则于心腔内注射三联针,使其转变为粗颤波。若为粗颤波,则于心腔内注射利多卡因100mg或溴苄胺250mg,作为药物除颤或电击去颤前的准备,有助于电击去颤的成功。

心电图或示波为心室停顿或慢而无效的室性自搏者,注入异丙肾上腺素,肾上腺素,硫酸阿托品,4%碳酸氢钠40~60毫升或11.2%乳酸钠20~40毫升。以上药物可以重复或交替作心腔内注射,若无效时可于心腔内注射10%氯化钙5~10毫升。

3、电击除颤:

心脏停止与心室颤动,要求在1分钟内给有效的电除颤,恢复心跳。一般先用心脏挤压,纠正心肌缺氧,使心肌张力增加,使细颤变粗颤,此时行电除颤才有效。

方法:

(1) 胸外心脏挤压,同时作心电图,确定心室颤动,注射肾上腺素及静脉注入氯化钙后使细颤变为粗颤。

(2) 护理人员迅速协助医师进行除颤,(备齐用物如手套、除颤器、抢救车及抢救药品、平卧的木板等)。检查除颤起搏器性能,连接电源,保证电路的安全。除颤电极接好,电极板与皮肤接触时,先涂以导电胶糊,也可用生理盐水,以免烧伤皮肤,分别放置胸骨右缘第二肋间及心尖部。

(3) 医师带手套,一般直流电用200~300瓦秒;交流电用150~750伏,电击0.2秒除颤。如无效,护士可继续作胸外心脏挤压,并心内注射肾上腺素1毫克,隔3~5分钟,可重复电击。

(4) 电击无效,准备心内注射1%普鲁卡因5毫升或利多卡因100毫克,以提高电击除颤的成功率。

4、心脏起搏器的应用

当心脏停搏后,可用起搏器的脉冲电位刺激心脏,以帮助心脏起搏,促使心跳恢复正常。

(二) 对症护理及复苏后的护理:心跳骤停经抢救后,心跳、呼吸的复苏,是抢救成功的第一步。但脑、心、肾等重要器官和全身组织的严重缺氧性损害,以及心脏挤压、心内注射等机械性损伤,可出现脑水肿、心律失常、低血压、肾功能衰竭、酸中毒、电解质平衡失调,以及感染等问题;如不积极处理,仍可造成病员残废或再度心跳、呼吸停止。因此,护理人员应细致观察,妥善处理,并协助医师进行预防和治疗。

(1) 复苏后将病员放入监护室,安排有经验的护士守护病员,备好一切抢救药品及器械,如吸痰器、氧气、心电监护装置、气管插管、气管切开包、电击除颤器、人工起搏器。建立良好的静脉通道,以备液体及药物顺利输入。

(2) 严密观察血压并作记录,并按医嘱滴入升压药后,血压仍不升,协助医师分析,及时抽血,检二氧化碳结合力,观察尿量、中心静脉压等,并做心电图,寻找低血压原因。如尿量少于30毫升,中心静脉压低于6厘米水柱,提示血容量不足;如二氧化碳结合力降低,则为酸中毒;心律失常时,有心电图的改变。查明原因后,及时处理。

(3) 观察呼吸加强护理:

①无自主呼吸：有些病员心脏复苏后，仍无自主呼吸，此系脑缺氧、脑水肿影响延髓呼吸中枢的结果。可在病员头部和颈部大血管部位用冰袋降温，以保护脑部，减轻脑细胞的损害，并根据医嘱及时给脱水剂、利尿剂等，呼吸往往能恢复。应严格记录尿量，以助判断病情。

②观察异常呼吸：如呼吸深大，提示有酸中毒，应及时补充碱性溶液纠正；如呼吸不规则，呼吸表浅，或有双呼气、点头样呼吸，潮氏呼吸等，表示呼吸机能不全，应及时处理。否则，复苏的呼吸可再度停止。

③复苏后24小时，尚应警惕心脏挤压后导致气胸所致的呼吸困难；如明确是气胸，应协助医师抽气减压。

呼吸困难是由呼吸道不畅引起的，应及时吸痰、清除呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅。如仍不见好转，应随时准备和协助气管插管或气管切开，以及加压用氧等措施，加强无菌操作，及时吸痰以及气管妥善处理。插管时注意气囊有无漏气等护理事项。

（4）防治脑损害：

①在心脏复苏基础上，防止中枢神经系统后遗症，采用降温治疗：（头部降温，全身降温疗法）。冰袋、冰帽及时换水，注意防止漏水，预防耳廓及枕部冻伤。护士应观察病人降温中出现的反应如寒战反应或抽搐。每半小时到一小时一次测体温，体温应保持在肛表 $31^{\circ}\sim 33^{\circ}\text{C}$ 之间，如低于 30°C ，要采取措施，否则易出现心室纤颤。

②脱水疗法：是减轻脑水肿最直接的有效措施。常用的是渗透性脱水剂和快速利尿剂。如20%甘露醇或山梨醇。利尿剂如利尿酸钠或速尿。

（5）观察水、电解质及酸碱平衡失调：

心脏骤停以后，由于代谢障碍，体内乳酸、丙酮酸积聚，极易发生代谢性酸中毒；因呼吸停止后，不能通过肺排出二氧化碳，可能引起呼吸性酸中毒；同时钾由细胞内转入细胞外，致血钾升高，可能发生高血钾症；由于全身组织缺氧性损害，细胞通透性增高，加以在抢救中大量液体输入体内，也易发生水中毒。故在复苏后，水、电解质、酸碱平衡失调是多方面的。护理中应密切观察各种水、电解质失调的临床表现，并及时恰当地协助医师进行治疗加强临床分析，作好护理，这对抢救成败是十分重要的。当发现代谢性酸中毒，应立即抽血送二氧化碳结合力并补充碱性溶液。

呼吸性酸中毒时应注意作好加压吹气，并保持良好通气，使其尽快排出二氧化碳，同时建立有效循环，也可兼用3.64%缓血酸胺以利呼吸性酸中毒纠正。有高血钾者，对心脏产生有害影响，易致心肌收缩无力，造成心动过缓或心律不齐，甚至室颤，故应及时医治，加用脱水剂。如肾功能良好，钾从尿排出，血钾很快降低。排尿过多时，应注意低血钾症。当水潴留时，可导致肺水肿、脑水肿加重。应严格记录出入量，输液速度宜慢，每日水份的补充不宜超过1500~2000毫升，原则上是入量要少于出量，防止加重心脏负担。

（6）急性肾功能衰竭：

心脏骤停，肾脏缺血缺氧。如缺氧时间长，可导致肾血管上皮细胞坏死，发生急性肾功能衰竭。因此，如及早发现加强治疗，可以恢复。护理人员应严格记录病员每小时的尿量，如每小时尿量少于20毫升（除外血容量不足），为早期肾功能衰竭的表现，应及时做尿检查，可有红细胞及管型等改变，抽血检NPN、 $\text{Co}_2\text{-CP}$ ，动态观察其变化。昏迷者，可留置导尿管观察其动态变化。

应严格控制水份的摄入，根据医嘱补充溶液纠正酸中毒。有肾血管痉挛时，应给予血管扩张剂，如普鲁卡因、氨茶碱、利尿剂等药物。

(7) 严密观察心率、心律变化：

复苏后设专人加强心脏监护，有条件的用心电示波仪连续监护，尤其在48小时以内尤为重要。当发生心律失常时应查心律失常的性质，及时处理，并警惕心室颤动和心脏骤停的再度发生。

(三) 药物治疗：

1、心脏用药：如心率在140/分以上给西地兰0.4毫克溶于50%葡萄糖液20毫升内静脉推注。心率低于60次/分，给予异丙基肾上腺素，溶于5~10%葡萄糖30毫升静注。当发生心室颤动时，除用5%碳酸氢钠静注外，迅速心内注射利多卡因50毫克或静注50~100毫克，以后根据病情隔5~10分钟重复一次，也可用溴苄胺250毫克溶于50%葡萄糖20~40毫升缓慢静注，以后每隔2~3小时重复一次。

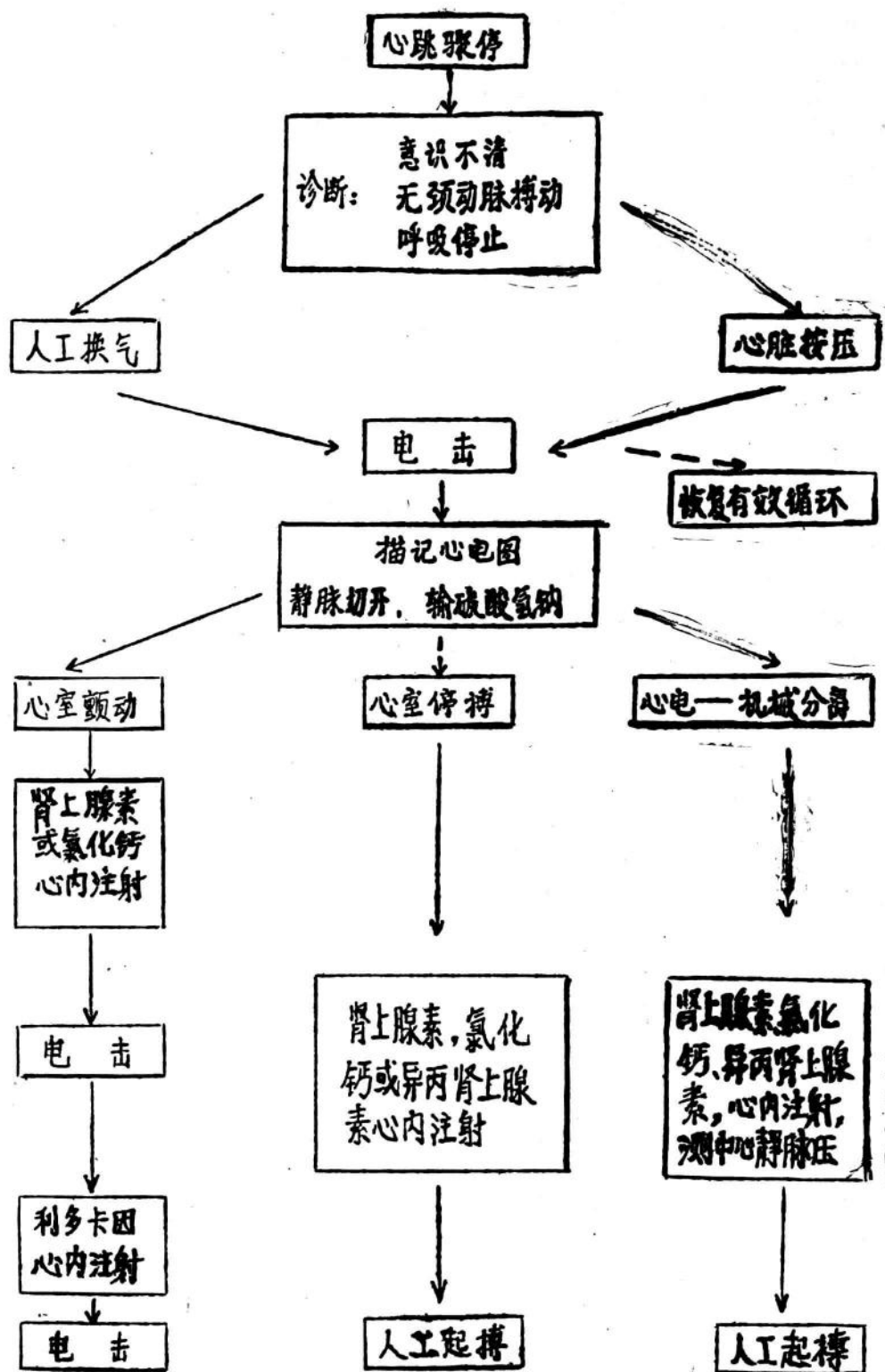
2、碱性溶液：酸中毒紧急时可用5%碳酸氢钠溶液100毫升静脉注入或三羟甲基氨基甲烷（THAM）7.28%溶液按2~3毫升/公斤/次计算缓慢静注；也可用11.2%乳酸钠溶液40~60毫升，以后根据二氧化碳结合力结果加以补充，但注意不宜过多，防止矫枉过正导致碱中毒。

3、脱水剂：脑水肿时用25%山梨醇，20%甘露醇，每天每公斤体重1—2克，高渗葡萄糖加速尿20—40毫克或利尿酸钠25毫克静注。

4、呼吸兴奋剂：呼吸异常时，可用尼可刹米（可拉明）、山梗茶碱（洛贝林）、回苏灵、利有灵等。

5、血管活性药物：病人有休克时酌情选用间羟胺（阿拉明）、3-羟酪胺（多巴胺）、去甲肾上腺素等静脉滴入，注意点滴的速度和浓度，防止溢出血管外。（用药指征、剂量、用法详见“抢救危重病的常用药物”及“休克的抢救及护理”）

心跳骤停抢救程序见附图：



昏迷病人护理

北京积水潭医院 李元春

昏迷是意识障碍最严重阶段，是病情危重的信号。

昏迷是高级神经活动受到严重抑制，使机体对外界事物完全失去反应，意识、感觉和随意运动完全丧失。但有时出现不随意的运动、谵妄。

昏迷病人病情危重，紧急，变化急骤，死亡率高，治疗复杂，护理量大。昏迷病人抢救的成败关键不仅在治疗上是否合理，护理工作的好坏也是重要的一环。因此，要求护理人员要有高度的责任心，认真负责的工作态度，细心观察病情变化，细致护理，以协助医生为鉴别诊断提供依据。同时减少并发症发生。

一、病因

昏迷是一种临床症状，而不是临床诊断，常见的病因如下：

(一) 中枢神经系统病变：

- 1、感染性：各种病原引起的脑膜炎、脑炎、脑脓肿。
- 2、非感染性：脑血管意外、脑肿瘤、脑外伤。

(二) 中枢神经系统以外的脏器疾患引起的脑病：

1、身体其他部位感染：如中毒性痢疾、伤寒、败血症等引起中毒性脑病，中毒性休克。

2、某些内分泌与代谢障碍性疾病：如糖尿病昏迷、肝昏迷、尿毒症、垂体性（主要是垂体前叶功能减退）昏迷、甲状腺危象、粘液水肿性昏迷、肾上腺皮质功能减退性昏迷。

3、各种躯体疾病引起的缺氧、缺血、脑代谢障碍（如低血糖、二氧化碳潴留、水与电解质代谢紊乱及酸碱平衡失调、肺性脑病）。

(三) 意外的原因：

- 1、中毒：一氧化碳中毒，各种镇静剂、麻醉剂、急性酒精中毒、有机磷中毒。
- 2、药物过量：胰岛素过量引起的低血糖昏迷等。
- 3、物理因素：电击伤、中暑、触电、高山缺氧所致昏迷。

二、临床表现：

根据大脑皮层受抑制的部位及程度不同，可有不同的临床表现。根据疾病不同阶段，可分昏迷前期，昏迷期。从昏迷的程度上可分深昏迷，浅昏迷。

(一) 昏迷前期：

- 1、嗜睡：似入睡，可以唤醒，唤醒后能正确回答问题，过一段时间后复入睡。
- 2、昏睡：唤之不应，需推或给予“损伤”性刺激（如针刺，捏等）能醒。但醒后又很

快入睡。

3、**朦胧**：睁眼，表情紧张，乱摸，乱碰，问之不能切题对答。

4、**谵妄**：表现为强烈的兴奋，恐怖性幻视、战慄、甚至兴奋、喊叫，多伴高热，然后多转入抑制，昏迷。

（二）昏迷期：

1、深昏迷：

（1）对外界的一切刺激（包括声音、光、疼痛和其他刺激）失去正常反应，如灌水进口腔不能引起吞咽动作。

（2）所有的生理反射消失，如压迫眶上点无疼痛反应。眉弓反射、防御反射、瞳孔对光反应、角膜反射、咽反射均消失。

（3）四肢肌张力减低，肌肉松弛，无自主运动。

（4）呼吸深浅不均，呈潮式呼吸、双吸气样呼吸。

（5）大小便失禁。

2、浅昏迷

（1）对外界的强刺激尚能引起一些疼痛或运动反应，如压迫眶上点尚有疼痛反应，糖水至咽部仍能引起吞咽和咳嗽反射；击掌时有眨眼反射。

（2）生理反射并未完全消失，而是减弱。

（3）肢体仍可见活动。

三、护 理

昏迷病人，病情危重，生活自理能力完全丧失，一切依赖于医护人员，病情的好转与恶化，全由观察与检查中的结果来判定。因此就需要有高度的责任心，耐心、细心做好各项护理工作。有的病人昏迷可达数小时、数日、数周或数月之久，护理工作更为重要。

（一）注意安全，对躁动不安病人，应采取保护性措施。

（二）保持呼吸道通畅：昏迷病人一经发现，重要的是立即建立并维持一个畅通的气道。

呼吸困难，发绀者应立即吸氧，提高血氧饱和度，防止二氧化碳潴留。呼吸道分泌物增多需行气管切开。

（三）预防泌尿系感染：一般六小时无尿应立即通知医生采取措施，认真记录尿量。

（四）严密观察病情：能否认真仔细地观察病情是衡量一个护士水平和工作责任心的标志之一。如病人意识状态，瞳孔大小及对光反射，肢体活动情况，体温、脉搏、呼吸及血压变化，以上均需要护士仔细观察，如发现异常变化及时呈报医生，协助抢救。

（五）防止各部位褥疮的发生：保持床单干燥、清洁、整齐、无皱褶，每2~4小时变换体位一次。

（六）加强全身的一般护理：

1、加强口腔护理。

2、认真加强眼睛护理。

3、饮食：保证病人有足够营养和水分，用鼻饲法供给高热量，高蛋白的流食，每日总热量2500卡。

- 4、保持大便通畅：可给小剂量泻剂口服或保留灌肠。必要时灌肠。
- 5、认真记录好特别护理记录及液体出入量记录，做好交接班工作。
- 6、静脉点滴要固定好，注意输液的速度，观察针头有无脱出等。
- 7、按医嘱留取各项化验标本，以助诊断。
- 8、注意保暖，以防受凉。

急性心肌梗塞的护理

北京积水潭医院 李元春

急性心肌梗塞是内科心血管疾病中死亡率最高的一种危重急症，也是冠心病病人造成猝死的主要原因。部分病例在发病前症状不典型，易被忽略，发病后又病情多变，病势凶险。在急诊室分诊的护士要认真询问病史，辨认症状，为急诊医师及时诊治和抢救创造有利条件，在抢救治疗过程中，医护密切配合，加强护理是减少和预防并发症，降低心肌梗塞死亡率的关键。

心肌梗塞是冠状动脉闭塞，使部分心肌因严重的持久性缺血、缺氧发生局部坏死，而引起的一系列病理生理改变。

一、临床表现：

按临床过程和心电图的表现，本病可分为急性、亚急性和慢性三期，但临床症状主要出现在急性期中，部分病人在发生急性心肌梗塞前还有先兆表现。

(一) 先兆：突然发生或出现较以往更剧烈而频繁的心绞痛，持续时间较以往长，口含硝酸甘油不能缓解，心绞痛发作时伴有恶心、呕吐、大汗，并有急性心功能不全，严重心律失常和低血压等表现。

(二) 症状：

1、胸痛：部位与性质和心绞痛相同，但常发生于安静或睡眠时，疼痛程度较重，范围较广，持续时间较长，休息和口含硝酸甘油不能缓解，病人常烦躁不安、出汗、恐惧，有濒死之感。

2、休克：主要为心源性，由心肌严重损伤后心搏血量急剧降低所致。病人面色苍白、皮肤湿冷、血压下降、脉细而快，尿量减少，神志迟钝，甚至昏迷。

3、心律失常：以室性心律失常为最多，尤其是室性早搏。

4、心力衰竭：主要是急性左心衰竭，为梗塞后心脏收缩力显著减弱所致。

5、胃肠症状：恶心、呕吐、上腹胀疼，与迷走神经张力增高有关。

6、发热：由坏死物质吸收引起。

二、护理：

严密观察病情，急性心肌梗塞如无并发症，预后较好，但病情三变（突变、易变、多变）是本病的特点，因此医护人员决不能有任何一点麻痹大意，应积极治疗，精心护理。

(一) 急诊室护理:

1、分诊处护理:

根据患者主诉,临床表现,应优先即刻就诊,立即由医生或护士进行心电图检查。如病人有上腹痛、恶心等胃肠道症状,结合临床表现及其他实验性检查,首先除外急性心肌梗塞。但早期典型心肌梗塞图形不一定出现或根本无表现。如临床症状可疑,不可轻易排除。护士可提醒低年资医生,留病人于急诊室观察。

2、一经确诊不允许搬动病人,专人负责 加强对病人监护,严密观察病情,主动、迅速、正确的执行医嘱(如静脉输液,吸氧,注射药物),认真记载各种记录。

3、对心律失常不可忽视,认真监测示波屏上变化,及时报告医生,以免造成病人死亡。

4、病情平稳后,可送入病房住院治疗,加强由急诊到病房路途的监护,携带氧气袋,静脉点滴药物,由医生护送。如推病人车行速要慢,拐弯要稳,认真做好与病房交接班工作。

(二) 病房对急性心肌梗塞护理:

本病病情重,病程长,变化快,如有条件最好收入监护病房,无条件可住小房间,监护病房由专人加强监护。严密观察病情,及时发现与治疗各种心律失常,加强护理是抢救成功,降低病死率的重要因素。

1、绝对卧床休息(包括精神和体力):即使病情平稳,急性期也应绝对卧床休息,严禁探视,避免精神紧张,一切活动包括翻身、进食、洗脸、大小便等均需医护人员协助。要向病人及其家属反复说明卧床休息的重要性,争取病人合作。无合并症者第一周绝对卧床休息,第二周可坐起,在床上做轻微活动,第三周可在床旁活动,这些活动都在护士的陪同下进行,逐渐增加。有并发症者根据病情相应延长。

2、严密监护:要求坚守岗位,一丝不苟。

(1) 心肌梗塞病人置于监护室,采用心电监测,连续3—5天,准确记录,细心注视着示波屏上每一微小的变化,可使各种心律失常或心率变化做到三早(早发现、早诊断、早治疗)。患者应用抗心律失常药物要严密观察药物的效果及反应,护士应详细记录用药时间、剂量与用药后的反应。我院有闭路电视,可直观病人。

(2) 观察血压:24小时内每隔2小时测血压一次,平稳后根据情况每4小时测血压一次,有病情变化遵医嘱。

(3) 呼吸、体温观察;

(4) 对所有入院急性心肌梗塞病人,严密监护三天,有合并症者一直监护至脱离危险。

3、严密观察病情:包括神志、面色、出汗情况、皮肤温度、体温、脉搏、呼吸、血压等变化。特别要观察有无心律失常,心力衰竭及休克,严密注意患者疼痛的部位、性质、持续时间及放散部位等,观察到的情况应详细记录,并立即通知医生,配合抢救。但应当指出,虽使用心电监测,而床边严密观察也同样不可偏废,只有两方面互相配合,才能更及时、有效的发现病情变化。

4、饮食:食物以易消化,低脂肪少产气者为宜,开始几天给予流食,一周后改半流食,宜少食多餐,限制钠盐的摄入量,给予足够的热量和营养,无刺激性食物,严禁吸烟,记录出入量。

5、保持大便通畅：大使用力可引起病情突变，而发生并发症，甚至可导致心脏破裂。除劝告不宜摒气用力外，可每晚服予缓泻剂，亦可肛注开塞露等。

6、严防发生肺水肿，限制输液量，控制输液速度。记录24小时液体出入量。

7、熟练掌握各种器械、药物的性能与用法，对抢救患者起决定性作用。

8、在急性心肌梗塞后期，也不可麻痹，发生并发症虽较早期明显减少，但仍可突变，在后期有因饱食，精神过度兴奋或大使用力过度而发生心脏停搏的报导。我们也曾有过教训，因此在护理本病的全过程中，都要加强责任心，严密观察，精心护理。

急性肺水肿护理

北京积水潭医院 李元春

急性肺水肿是常见的急重症之一，起病急，发展快，病情重，若不及时采取措施，可导致死亡。严密观察病情及时有效的护理，对挽救急性肺水肿患者的生命起着十分重要的作用。

一、急性肺水肿的概念：

肺水肿是由于全身或局部的原因，引起肺内组织液的生成与回流平衡失调，大量血液成分在短期内自肺毛细血管渗出，超出肺淋巴系统和肺静脉系统引流能力，液体在肺间质、肺泡和细小支气管内积聚，导致肺的通气、换气功能严重障碍的综合病症。

二、病因：

(一) 心源性：主要由肺毛细血管静水压升高引起。

1、各种心肌炎、缺血性心脏病等；

2、瓣膜机能不全：二尖瓣狭窄和闭锁不全等。

3、血管功能异常：高血压性心脏病，高血压危象等。

(二) 非心源性：细菌性或病毒性肺炎、尿毒症、休克、流行性出血热、严重肝病、肾病、溺水、过多过快输液等。

(三) 混合性或原因不明性：高原性肺水肿、妊娠中毒性肺水肿、肺栓塞、心脏手术等。

三、肺水肿引起的病理生理改变及损害：

肺水肿发生后，可致机体的呼吸功能，酸碱代谢及血液动力学平衡遭受不同程度的干扰和影响。

(一) 呼吸功能障碍；