



临床护理查房系列丛书

| 总主编 |
陶 红

第二版

急危重症

护理查房

本书乃结合国内外最新资料和编者丰富的临床护理经验，以体现患者为中心的整体护理理念进行编写。全书精选临床病例61个。每个病例按病史汇报、护理查房和相关知识的结构进行介绍。本书内容丰富，逻辑清晰，编写形式新颖，实用性强。

| 主 编 |
席淑华 彭 飞 王世英

上海科学技术出版社

• 临床护理查房系列丛书 •

急危重症护理查房

(第二版)

总主编 陶 红

主 编 席淑华 彭 飞 王世英

上海科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

急危重症护理查房 / 席淑华, 彭飞, 王世英主编. —2 版.
—上海: 上海科学技术出版社, 2016. 7
(临床护理查房系列丛书/陶红总主编)
ISBN 978-7-5478-3043-7

I. ①急… II. ①席… ②彭… ③王… III. ①急性
病—护理学 ②险症—护理学 IV. ①R472.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 078547 号

急危重症护理查房(第二版)

总主编/陶 红

主 编/席淑华 彭 飞 王世英

上海世纪出版股份有限公司
上 海 科 学 技 术 出 版 社 出 版

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

上海世纪出版股份有限公司发行中心发行
200001 上海福建中路 193 号 www.ewen.co

常熟市兴达印刷有限公司印刷

开本 889 × 1194 1/32 印张 15.25

字数 420 千字

2010 年 8 月第 1 版

2016 年 7 月第 2 版 2016 年 7 月第 5 次印刷

ISBN 978-7-5478-3043-7/R · 1116

定价: 48.00 元

本书如有缺页、错装或坏损等严重质量问题,
请向工厂联系调换

内 容 提 要

本书从临床和教学的实际出发,结合国内外最新资料以及编者丰富的临床护理和心理护理经验,以体现患者为中心的整体护理理念进行编写。相较上一版,本次修订与时俱进,增加了近年来与公共卫生频发和突发事件相关的内容,重新修订了急性心肌梗死、多发性创伤、严重胸外伤、腹部外伤,增加了抢救流程、快速预检评估等内容,更加贴近当前的医疗发展和临床。全书共分8章,精选临床病例61个。每个病例按病史汇报、护理查房和相关知识的结构进行介绍。病史汇报主要介绍病例的详细情况;护理查房是以问题导入的方式,探讨与当前病例有关的理论、知识、技术和经验,同时引出病因、分期、病理生理、发病机制、诊疗、护理、预防等知识点;相关知识则补充所用病例未涉及的重要知识点、最新进展和专科护理的概括总结。同时,新版补充了危重患者常用监护指标及常用检验正常值,便于临床护士查阅。

本书内容丰富、逻辑清晰、编写形式新颖、实用性强,既可作为急危重症临床护理人员的继续学习用书,也可作为高等院校专业教育的参考教材。

临床护理查房系列丛书

编委会

总主编

陶 红

编 委

(以姓氏笔画排序)

丁小萍	王 琳	王世英	戈晓华	厉 瑛
卢根娣	叶志霞	朱大乔	朱晓玲	李 丽
李建萍	杨亚娟	邱 群	张 静	张伟英
张玲娟	张晓云	陆小英	周 立	俞美定
桂 莉	钱 嫵	郭林芳	席淑华	席惠君
	陶 红	曹 洁	彭 飞	

主编助理

王 琳

急 危 重 症 护 理 查 房

编写人员

主 编

席淑华 彭 飞 王世英

副主编

周 立 卢根娣 杨亚娟 席惠君 俞美定

编 者

(按姓氏笔画排序)

马 静	王 芳	王 蓓	王世英	尤秀丽
卢根娣	吕 君	朱 琳	乔安花	许开云
李 歆	李 蕊	李晓静	李舒玲	杨小妹
杨亚娟	沈谢冬	沈锡珊	张 英	张佩芳
邵小平	周 立	周万芳	郑鑫宏	须俊艳
俞美定	夏 兰	钱小洁	席淑华	席惠君
浦晓煜	彭 飞	董 兰	谢少飞	樊 落

再版前言



“临床护理查房系列丛书”自 2011 年出版以来,得到了广大院校及临床护理工作人员的厚爱和肯定,在广泛征求国内临床一线护士、学生以及医院护理管理人员使用意见的基础上,我们自 2015 年 6 月开始对这套丛书进行修订。本次修订保留了第一版的经典内容,包括《内科护理查房》《外科护理查房》《妇产科护理查房》《儿科护理查房》《急危重症护理查房》五个分册,分册中的每个病例以病史汇报、护理查房和相关知识为线索进行介绍。病史汇报部分主要介绍病例的详细情况;护理查房部分通过一问一答的方式,对病例进行分析和探讨,在充分循证的基础上,对特定患者的护理原理、方法和操作进行充分阐述;相关知识部分则补充所用病例相关的重要知识点和专科护理的概括总结。

本次修订更新了第一版的案例,同时删减已经过时或不适当的内容,补充了所涉及的新的诊疗技术、治疗方法和相应的护理措施。本套丛书的特点在于,充分借鉴国内外最新资料和编者丰富的临床经验,从临床和教学实际出发,强调以患者为中心的整体护理理念。在修订的过程中,我们着眼于“实用”“好用”和“动态”三个方面。

①实用:在内容编排方面,无论是病例的选择还是问题的设计,我们首先考虑普遍性和代表性,注重“常见”“多发”,使病例内容满足更多读者的需求,最大限度给予临床借鉴。在设计问答方面,注重对病例内部所暗藏的各种信息的自然引申和层层剖析,通过模拟临床护理

查房情景的“边问边答”，展示如何运用理论来解释现象、用现象来验证理论，为护理人员提供临床常见疾病的护理查房思路及方法。读者亦可在层层深入的问答中训练临床思维，增加临床护理经验。②好用：由于护理查房时所提及的问题往往涉及多个学科，知识点多而分散。为了准备一次高质量、有效的护理查房，参与者需要投入较大精力来充分准备，包括选择合适病例、查阅书籍、整理和复习知识点。为此，我们将与提问和回答关联密切的基础和临床知识以“说明”的形式附在其后，并设“相关知识”板块，这样做的目的是为了便于读者在有限的时间内，快速捕捉所需要的信息。读者也可以本系列图书中的同类病例为蓝本组织查房，按需增减或调整查房内容，而“说明”和“相关知识”的设置则为病例的灵活运用提供了较大空间。③动态：符合疾病的动态演变过程，如在病情发展变化阶段、在特殊检查或治疗前后的护理查房；反映现今各科疾病诊疗和护理的新理论、新知识和新技术。

本套丛书内容丰富，资料翔实，清楚易懂，实用性强，既可作为临床护理教学查房的指导用书，也可用作临床一线护士的继续学习读物。

在书稿的编写、审定和出版过程中，我们得到了第二军医大学、各参编单位领导和专家以及上海科学技术出版社的热情指导与大力支持，在此深表谢意！同时，也期盼“临床护理查房系列丛书”的编写工作能日臻完善，恳望各位同仁、专家及热心读者多提宝贵意见。

陶 红

2016年4月

再版说明



本书从临床和教学的实际出发,与时俱进,增加了近年来公共卫生频发和突发的事件所相关的内容,同时结合国内外最新资料以及编者丰富的临床护理和心理护理经验,重新修订了急性心肌梗死、多发性创伤、严重胸外伤、腹部外伤病例;增加了抢救流程、快速预检评估等,内容更加贴近当前的医疗发展和临床;增加了危重患者护理章节,内容包括危重患者疼痛护理、危重患者营养护理、危重患者心理护理、危重患者镇静护理以及危重患者临终护理,真正按以患者为中心的整体护理理念进行编写。同时,为便于护士对监护指标以及常用检验值的快速查阅和学习,补充了危重患者常用监护指标及常用检验正常值。第二版增加的内容基本涵盖了目前危重症患者所涉及的最新方面和领域,为广大护士学习和使用急危重症相关知识提供了非常便捷的条件,使其对危重患者有了更全面的了解,同时也为护理教师进行教学查房提供参考。

本书编委会

2016 年 4 月

目 录

第一章	临床危重症	1
病例 1	心搏骤停	1
病例 2	过敏性休克	9
病例 3	创伤性休克	17
病例 4	急性弥散性血管内凝血	24
病例 5	昏迷	31
病例 6	癫痫	38
病例 7	水、电解质及酸碱平衡失调	46
病例 8	高热	53
病例 9	低血糖危象	60
病例 10	大咯血	67
病例 11	窒息	75
病例 12	高血压危象	81
第二章	脏器功能衰竭	90
病例 1	成人型呼吸窘迫综合征	90
病例 2	急性肾功能不全	97
病例 3	呼吸功能衰竭	106
病例 4	急性心力衰竭	113

病例 5	多器官功能障碍综合征	120
病例 6	急性肝衰竭	128
病例 7	急性中枢神经衰竭	135

第三章

内科危重症	142
病例 1 重症哮喘	142
病例 2 应激性溃疡	148
病例 3 上消化道出血	154
病例 4 重症胰腺炎	161
病例 5 急性心肌梗死	169
病例 6 急性左心衰竭	179
病例 7 肝性脑病	185
病例 8 急性脑出血	192
病例 9 脑梗死	199
病例 10 糖尿病	205
病例 11 糖尿病酮症酸中毒	213

第四章

外科危重症	220
病例 1 急腹症	220
病例 2 急性宫外孕	227
病例 3 多发性创伤	234
病例 4 颅脑外伤	249
病例 5 严重胸外伤	257
病例 6 腹部创伤	271
病例 7 脊柱脊髓伤	279
病例 8 脑动脉瘤	289
病例 9 骨盆和四肢创伤	296
病例 10 截瘫	305
病例 11 急性喉阻塞	313

第五章	中毒	320
病例 1	有机磷中毒	320
病例 2	一氧化碳中毒	324
病例 3	镇静安眠药中毒	330
病例 4	强酸、强碱中毒	335
病例 5	百草枯中毒	338
第六章	物理化学损伤	345
病例 1	中暑	345
病例 2	溺水	350
病例 3	电击伤	357
病例 4	烧伤	364
病例 5	冻伤	374
第七章	器官移植	379
病例 1	肝移植	379
病例 2	肾移植	390
病例 3	心脏移植	398
病例 4	骨髓移植	407
病例 5	肝肾联合移植	415
第八章	危重患者护理	426
病例 1	危重患者疼痛护理	426
病例 2	危重患者营养护理	435
病例 3	危重患者心理护理	443
病例 4	危重患者镇静护理	451
病例 5	危重患者临终护理	459

附录	危重患者常用监护指标及常用检验正常值	465
附一	临床常用监护指标及参考值	465
附二	单位换算	468
附三	临床常规检验正常值	469

第一章

临床危重症

病例 1 心搏骤停

一、病史汇报

王先生,43岁,因心脏不适由120送入急诊就诊。急诊心电图显示ST段改变,查心肌酶谱升高,为进一步治疗,收入ICU。入院当天,晚班护士发现患者心跳呼吸骤停。

既往史:心绞痛病史。

体格检查:神志不清,体温 36°C ,脉搏测不到,呼吸浅而缓慢,约8次/分,对光反射消失,颈动脉搏动消失,心音消失,血压测不出,瞳孔散大,约5mm。

辅助检查:入院时心电图示ST段弓背样抬高,心肌酶谱升高,心电监护示室颤。

诊断:心搏骤停。

立即给予心前区捶击,未见效。再给予非同步电击除颤,同时简易呼吸器呼吸,胸外心脏按压,建立静脉通道,用肾上腺素1mg、5%碳酸氢钠升压、补液,给予头置冰帽等处理。

二、护理查房

1. 从病史来看,为何诊断为心搏骤停?

答:患者神志不清,血压、脉搏都测不到,大动脉搏动消失、瞳孔散大、发绀明显、心电监护示室颤,根据以上临床表现即可诊断为心搏骤停。

2. 引起心搏骤停的原因有哪些?

答: 常见有急性心肌梗死、低血钾和重症心肌炎,此外还有心脏病、二尖瓣脱垂、肺动脉栓塞、电解质紊乱、药物过敏或中毒、麻醉意外、创伤、触电、溺水、蛇咬伤、窒息、急性胰腺炎、迷走神经反射,以及其他各类心、肺疾病。此患者是因为急性心肌梗死引起心搏骤停。

3. 临床上如何进行心脏停搏心电图和先兆心电图的识别?

答: (1) 心脏停搏心电图

1) 室颤:在临床一般死亡中占30%,而在猝死中占90%,是心肌发生不协调、快速而紊乱的连续颤动。心电图表现 QRS 波群消失,代以连续而快慢不规则、振幅不一的心室颤动波,但需要注意不要将干扰杂波误认为颤动波。心室扑动也是死亡心电图表现,由于单纯心室扑动甚为少见,且很快转变为室颤或两种同时存在,称不单纯性心室扑动或心室扑动-颤动。心室扑动心电图表现为振幅相同、快慢规则、顶端和下端均呈钝圆形,无法区别 QRS 与 ST-T 波。

2) 心室静音(伴或不伴心房静音):为死亡常见表现。心电图上完全无心室活动波,呈平线或仅见房性 P 波。常见窦性、房性、结性冲动波不能到达心室,且心室内辅助节奏点也未能及时发出冲动时即表现为心室静止。它既可发生在室上速进行颈动脉窦按摩时或行直流电击后,也可发生在心室扑动或颤动和严重逸搏心律后。

3) 心电机械分离:常是心脏处于“极度泵衰竭”,心肌已无收缩能力,虽然心电图可呈缓慢(20~30次/分)、矮小、宽大畸形的心室自主节律,但无心搏出量,即使采取心脏起搏救治,也常不能获得效果,为病死率极高的一种心电图表现,不要误认为心脏仍在跳动。

(2) 心脏停搏先兆心电图

1) 缓慢心律失常:严重窦性心动过缓(心率<40次/分),高度或Ⅱ度莫氏型房室或窦房传导阻滞,室性自主心律和短暂心室静音。

2) 室性心律失常:频发、多源、多形性室性期前收缩,有时呈二、三联律或短暂室速,尤其警惕是室早 R-on-T、R-on-P 有可能突然变为 R-on-T 室颤。室扑是室颤过渡形式且短暂,也呈濒死状态。

3) 心动过速:常见房性、交界性、室性心动过速,室率>180次/分,有时与缓慢心律失常交替出现,提示窦房结功能衰竭,称病态窦房结

综合征(SSS)。

4) Q-T 间期延长。

5) ST-T 改变,ST-T 代表心室激动产生 QRS 波群以后至心室复原所需时间。ST 段抬高多因特异性心绞痛或心肌梗死和急性心包炎引起心肌损伤,前者弓背向上,后者弓背向下;ST 段下降临床较多见,常受心肌炎症、心肌肥厚或缺血及药物洋地黄等影响。当 ST 段急剧改变,且幅度较大呈水平型时结合临床排除心内膜下心肌梗死、心绞痛等。T 波异常变化也有相似意义,且需注意电解质紊乱,T 波高尖提示高血钾。

6) U 波异常,代表心肌激动的“激后电位”。U 波幅度加大、Q-T(U)间期延长见于受低血钾、奎尼丁、洋地黄、胺碘酮等药物的影响。笔者遇到多例发生扭转型室速前出现很有规律的“U”波交替电压,而临床存在严重低血钾,应重视监测。

7) 束支传导阻滞:右束支传导阻滞意义较小,完全性左束支传导阻滞常提示心脏器质性损害,而双侧束传导阻滞常是发生完全性房室传导阻滞的前奏,且阿-斯综合征发病率特别高,尤其是新近发生更应重视。

8) 尖端扭转型室速(TDP):尖端扭转型室速是一种介于室速与室颤之间特殊类型的快速室性心律失常,其病因、心电图特征和治疗方法均有别于常见室速与室颤。其心电图诊断标准:①阵发性、节律不规则、室速,平均心率 200~250 次/分。②QRS 振幅呈进行性改变,在 5~10 个 QRS 波后电轴改变,波形围绕等电位线扭转。③持续数个综合波或几分钟后自行终止,各次发作 QRS 波形态和持续时间不一。④可以演变为形态一致的室速或室颤。常见病因为受低血钾、低血镁、药物(胺碘酮、奎尼丁、普鲁卡因胺)影响,处理采用静滴异丙肾上腺素、心脏快速起搏(120~150 次/分)。鉴于最常见病因为低钾或低镁,故静脉补给氯化钾、硫酸镁常可取得良好效果。不采用利多卡因、普罗帕酮等心脏抑制药。

4. 观察患者时,一旦出现呼吸心跳骤停,该如何急救?

答:高质量的心肺复苏能提高患者生存概率,并且为后续的基本和高级生命支持打下良好基础。依据《2015 年美国心脏协会(AHA)

心肺复苏(CPR)及心血管急救(ECC)指南》，首先评估患者的意识，同时进行呼吸和脉搏的评估，之后进行心肺复苏(CPR)。依据“C—A—B”程序进行：即当发现患者意识丧失、无反应且没有呼吸和脉搏时，首先施行胸部按压(C)30次，然后再开始常规的开放气道(A)，施行人工呼吸(B)。除颤一直是 CPR 中保证患者存活率的关键一环，一旦除颤仪准备好后就直接除颤，但在自动体外除颤器(AED)和除颤仪获取及准备过程中，始终继续 CPR。胸部按压(chest compression)：目的是尽早维持血流灌注，按压速率 100~120 次/分，按压幅度 5~6 cm，按压与通气的比例为 30 : 2；每次按压中断控制在 10 秒以内，保证每分钟至少有 36 秒的时间在按压，按压间隙不能有任何力量施加在患者胸部，即手可以放在患者身上，但不能有任何力量。开放气道(airway)：在一次胸外按压后，立即进行气道的开放，仰头提颏法(医务人员怀疑有外伤：推举下颌法)保持呼吸道的通畅。呼吸(breathing)：进行人工呼吸，根据按压呼吸比(30 : 2)进行，每分钟要做 3~4 次人工呼吸，每次人工呼吸的时间控制在 10 秒以内，在实施高级气道措施气管插管后，可继续进行胸外按压，且不必与呼吸同步，可按照每 6 秒 1 次的速度进行人工呼吸(每分钟 10 次)，需避免过度通气。具体内容及要求见表 1-1。

表 1-1 呼吸和心跳骤停的急救

内容	成人	儿童	婴儿
识别	无意识反应(所有年龄)		
	没有呼吸或不能正常呼吸(即仅仅是喘息)	不呼吸或仅仅是喘息	
	对于所有年龄,在 10 秒钟内未扪及脉搏(仅限医务人员)		
心肺复苏程序	C—A—B		
按压速率	每分钟 100~120 次		
按压幅度	5~6 cm	1/3 前后径,约 5 cm	1/3 前后径,约 4 cm
胸廓回弹	保证每次按压后胸廓完全回弹		
按压中断	尽可能减少胸外按压的中断,将中断控制在 10 秒以内。 医务人员每 2 分钟交换一次按压职责		