

基础护理学

刘国玲◎著



 吉林科学技术出版社

基础护理学

刘国玲◎著

图书在版编目（CIP）数据

基础护理学/ 刘国玲著. --长春 :吉林科学技术出版社, 2016.7
ISBN 978-7-5578-1016-0

I. ①基… II. ①刘…III. ①护理学IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2016) 第167721号

基础护理学

Jichu huli xue

著 刘国玲
出版人 李 梁
责任编辑 孟 波
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
开 本 889*1194mm×1092mm 1/16
字 数 630千字
印 张 22.5
版 次 2016年7月第1版
印 次 2017年6月第1版第2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 0431-85635177 85651759 85651628
85652585 85635176
储运部电话 0431-86059116
编辑部电话 0431-86037565
网 址 www.jlstp.net
印 刷 虎彩印艺股份有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-1016-0
定 价 90.00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: 0431-86037565

目 录

第一部分 危重病的护理	1
第一章 急救与重症监护技能	1
第一节 一般急救技能.....	1
第二节 重症监护技能.....	3
第三节 内科急救技能.....	7
第四节 外科急救技能.....	18
第二章 危重患者的护理及紧急风险护理预案	23
第一节 创伤的急救方法.....	23
第二节 危重患者的支持性护理.....	30
第三节 危重患者的抢救技术.....	36
第四节 住院患者紧急状态时的护理程序.....	49
第五节 意外事故紧急状态时的护理应急程序.....	64
第二部分 内科的护理	71
第三章 内科疾病常见症状的护理	71
第一节 呼吸系统疾病常见症状.....	71
第二节 消化系统疾病常见症状.....	74
第三节 循环系统疾病常见症状.....	77
第四节 泌尿系统疾病常见症状.....	78
第五节 神经系统疾病常见症状.....	80
第六节 血液与造血系统疾病常见症状.....	81
第四章 呼吸系统疾病患者的护理	83
第一节 肺炎.....	83
第二节 肺结核.....	85
第三节 支气管哮喘.....	87
第四节 支气管扩张症.....	89
第五节 慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿.....	90
第六节 原发性支气管肺癌.....	92
第七节 慢性肺源性心脏病.....	95
第八节 慢性呼吸衰竭.....	97
第九节 呼吸系统专科诊疗技术.....	99
第五章 消化系统疾病患者的护理	102
第一节 急、慢性胃炎.....	102
第二节 消化性溃疡.....	103
第三节 胃癌的护理.....	105
第四节 上消化道大量出血的护理.....	108
第五节 肝脏疾病的护理.....	114
第六节 急性胰腺炎的护理.....	127
第七节 消化系统常用诊疗技术.....	130
第六章 循环系统疾病患者的护理	132
第一节 心律失常.....	132
第二节 心力衰竭.....	135
第三节 病毒性心肌炎.....	139

第四节 慢性心脏瓣膜病.....	140
第五节 原发性高血压.....	142
第六节 冠状动脉粥样硬化性心脏病.....	145
第七章 泌尿系统疾病患者的护理.....	149
第一节 肾盂肾炎.....	149
第二节 急性肾小球肾炎.....	151
第三节 慢性肾小球肾炎.....	153
第四节 肾病综合征.....	155
第五节 急性肾衰竭.....	163
第六节 慢性肾衰竭.....	167
第七节 透析疗法的护理.....	169
第八章 神经系统疾病患者的护理.....	173
第一节 周围神经疾病.....	173
第二节 脊髓疾病.....	177
第三节 脑血管疾病.....	180
第四节 癫痫.....	189
第五节 重症肌无力.....	190
第九章 血液及造血系统疾病患者的护理.....	193
第一节 贫血.....	193
第二节 白血病.....	196
第三节 出血性疾病.....	200
第十章 内分泌代谢性疾病患者的护理.....	202
第一节 糖尿病.....	202
第二节 甲状腺功能亢进症.....	205
第十一章 风湿性疾病患者的护理.....	208
第一节 类风湿关节炎.....	208
第二节 系统性红斑狼疮.....	209
第三部分 外科的护理.....	211
第十二章 外科感染患者的护理.....	211
第一节 软组织的急性化脓性感染.....	211
第二节 全身性感染.....	214
第三节 特异性感染.....	215
第十三章 水、电解质及酸碱代谢失衡患者的护理.....	219
第一节 酸碱平衡与失衡.....	219
第二节 水和钠的代谢紊乱.....	221
第三节 钾代谢的紊乱.....	225
第十四章 损伤患者的护理.....	228
第一节 概述.....	228
第二节 烧伤.....	229
第三节 清创术与更换敷料.....	232
第十五章 休克患者的护理.....	235
第一节 概述.....	235
第二节 失血性休克.....	236
第三节 感染性休克.....	237

第十六章 麻醉患者的护理	239
第一节 概述.....	239
第二节 护理.....	240
第十七章 外科围手术期护理	245
第一节 手术前患者的护理.....	245
第二节 手术后患者的护理.....	246
第三节 手术室护理工作.....	249
第十八章 颅脑损伤患者的护理	252
第一节 头皮损伤.....	252
第二节 颅骨骨折.....	252
第三节 脑损伤.....	253
第十九章 颈部疾病患者的护理	257
第一节 甲状腺肿瘤.....	257
第二节 甲状腺功能亢进.....	258
第二十章 胸部疾病患者的护理	261
第一节 肋骨骨折.....	26
第二节 气胸.....	261
第三节 护理措施.....	262
第四节 急性乳腺炎.....	264
第五节 乳腺癌.....	265
第二十一章 腹部疾病患者的护理	268
第一节 腹外疝.....	268
第二节 急性化脓性腹膜炎.....	269
第三节 肠梗阻.....	272
第四节 急性阑尾炎.....	276
第五节 门静脉高压症.....	277
第二十二章 骨外科疾病的护理	279
第一节 概述.....	279
第二节 常见的四肢骨折.....	284
第三节 骨感染患者的护理.....	289
第四节 石膏绷带术与护理.....	292
第四部 分妇产科的护理	297
第二十三章 产科的护理	297
第一节 妊娠期妇女的护理.....	297
第二节 分娩各期产妇的护理.....	300
第三节 正常产褥期产妇的护理.....	304
第二十四章 妇科的护理	310
第一节 妇科手术的护理.....	310
第二节 妊娠滋养细胞疾病.....	313
第三节 月经失调病.....	315
第二十五章 妇产科护理操作技术	318
第一节 会阴擦洗.....	318
第二节 阴道冲洗.....	318
第三节 会阴湿热敷.....	319

第四节 阴道或宫颈上药.....	320
第五节 坐浴.....	321
第五部分 儿科的护理.....	322
第二十六章 概论.....	322
第一节 儿科护理学的任务与范围.....	322
第二节 儿科护理学的特点.....	322
第三节 儿科常用护理技术操作.....	323
第二十七章 儿科常见疾病的护理.....	326
第一节 肺炎.....	326
第二节 惊厥.....	329
第三节 小儿腹泻.....	331
第四节 小儿贫血.....	334
第五节 维生素 D 缺乏性佝偻病.....	335
第六节 结核病患儿的护理.....	337
第二十八章 儿科护理操作技术.....	342
第一节 给药法.....	342
第二节 更换尿布法.....	343
第三节 约束法.....	343
第四节 婴儿盆浴法.....	344
第五节 静脉输液法.....	345
第六节 股静脉穿刺法.....	346
第七节 颈外静脉穿刺法.....	347
第八节 光照疗法.....	348
第九节 换血疗法.....	348
参考文献.....	351

第一部分 危重病的护理

第一章 急救与重症监护技能

目前,在医学界已形成急救医疗服务体系(emergency medical service system, EMSS)。急救医疗服务体系是把急救医疗措施迅速送到危重患者身边,送到发病现场,经过初步诊治处理,维护其基础生命,而后将患者安全转送到医院,为抢救生命和改善预后争取了时间。

一个完整的急救医疗服务体系应包括:完善的通讯指挥系统、现场救护、有监测和急救装置的运输工具,以及高水平的医院急诊服务和强化治疗。急救医疗服务体系包括院前急救中心、医院急救科和急诊强化医疗监护病室(emergencyintensivecareunit, EICu),既有各自独立的职责和任务,又相互紧密联系,是一个有严密组织和统一指挥的急救网。

第一节 一般急救技能

一、入院前急救技能

入院前急救是在现场和途中,经过专门培训的医护人员,对各种遭受危及生命的急症、创伤、中毒、灾难事故等患者进行医院前急救。

我国现拥有 40 万以上人口的城市或区域都设置急救医疗机构,建立健全院前急救医疗网络,我国已确定呼救电话“120”。院前急救所履行的功能是对危重患者进行现场急救,给予最基础的生命支持,包括现场心肺复苏及通气、止血、包扎、骨折固定和搬运后转送,以及初步的抗休克等治疗。尽量使患者病情得到缓解,疼痛减轻,并发症减少,为进一步的治疗赢得时间和提供有利条件。

呼救时通常打“120”电话应简单明确,内容大致包括:①报告发出急症的地点,尽可能详细或有明显标志处;②告知呼救处的电话号码;③简单报告发生的情况,如心脏病发作、交通事故、坠落伤等;④患者数目;⑤患者的简要情况;⑥已为患者所施行的急救情况,最后让对方先挂断电话,然后再挂断电话。

院前急救护理基本程序:医护人员抵达现场进行急救,要对患者伤情、病情快速评估,准确判断,果断采取必要的急救措施及进行安全转运,这几个环节紧密衔接构成急救救护基本程序。

1. 对患者进行评估 向呼救者询问病史及发病过程,对清醒患者,通过询问、观察,注意其精神、心理状况,随后要查看伤情、病情,观察与主诉相关的症状和局部表现,而后进行必要的体格检查。

2. 对病情作出初步判断。

3. 实施初步救护措施 作出初步判断后,护士应遵医嘱,配合医生对患者实施救护措施,危重患者入院前急救推荐国际标准急救法中的基础生命支持(BLS)和进一步生命支持

(AIJS)。BLS 指当患者突然发生心搏、呼吸停止时,在缺少器械、药物的现场,可进行简单的人工通气和心脏按压对患者实施心肺复苏,BLS 的步骤:A 为气道(airway),即开放气道;B 为呼吸(breathing),即口对口或口对鼻人工呼吸;C 为血液循环(circulation),即胸外心脏按压。ALS 指对心脏、呼吸骤停患者实施 BLS,进行初步复苏后或有条件情况下,利用急救医疗器械和急救技术,建立和维持可靠的人工气道通气和维持血液循环,包括氧疗和药物治疗。ALS 步骤:A 为建立可靠的人工气道通气,给予有效氧吸入;B 为人工循环,应用机械胸外心脏按压,心电监护,心脏电除颤或开胸心脏按压术;C 为开放静脉通道,应用药物治疗。

4. 包扎具有保护创面,压迫止血,骨折固定,用药及减轻疼痛作用。

5. 固定对于骨折、关节严重损伤,肢体挤压的伤病员,应采取临时固定的方法,以减轻痛苦,减少并发症,方便转运。

6. 搬运

(1)颅脑损伤:针对病情取平卧位,头侧向一边或侧卧位,保持呼吸道通畅。如颈椎损伤,应平卧位,用砂袋、衣物、软枕等固定头部左右两侧,一人托住头部,其余人员协调一致地将患者平直抬到担架上。

(2)脊髓、脊柱、骨盆损伤:应在伤病员身下垫一硬木板,取仰卧位。搬运时 3~4 人同时用力平抬起伤病员放置在硬担架上。不可扭动躯体,切忌拖、拉、推。

(3)胸部外伤:开放性血气胸者,包扎后取坐位或半坐位、坐椅式搬动为宜。呼吸困难者,也应取坐位或半坐位。

(4)腹部外伤:伤病员取仰卧位,下肢屈曲,以减轻腹部压力,防止腹腔器官脱出。可用担架或木板搬运。

(5)昏迷患者:搬运时应取仰卧位,头侧向一边或侧卧位,防止呼吸道阻塞。

(6)休克患者:搬运时应取去枕平卧位,抬高双下肢。

(7)四肢骨折、关节损伤等:应夹板固定好上、下两个关节后才可搬运,以免途中造成继发性损伤。

二、院内急救技能

院内急救护理是院前救护的延续,也是重症患者得到系统救治的第二个阶段。医院医护人员在得到重危患者即将来院通知,应根据病情立即组织相关人员做好迎接患者及开展救治工作准备。

1. 急诊危重患者接诊的要求快速接诊,对救护转来的患者或严重创伤、急性中毒、大量出血、发病骤急等患者,护理人员应主动到急诊室门口接待患者,与护送人员简单交接,并迅速判断伤病严重程度,立即送抢救室抢救,通知医师,先抢救后挂号。

2. 立即开放气道患者头偏向一侧,清除呼吸道异物,为有效呼吸提供保证;对昏迷患者给予吸氧,并做好气管切开、吸痰及辅助通气的准备。

3. 迅速建立静脉通路必要时采取多条静脉通道,可在上肢或颈外静脉经皮穿刺插入 16 号(或更大号)导管。由于留置导管不怕弯曲、不易滑脱,不影响测血压,且操作容易又安全,故对抢救患者补充有效循环血量效果较好。

4. 心理护理急诊危重患者特别是外科重危患者多数是意外发病,无心理准备,对症状反应强烈,内心紧张,心情焦虑,不知所措。护士应主动关心患者,对患者不能有丝毫厌烦情绪,抓住患者心理特点,使患者消除紧张心理、对疾病有正确认识、树立战胜疾病和克服困难的信心。

5. 维持抢救秩序急诊室常常拥挤嘈杂,陪客及围观的人群多,他们往往不知情况随便发表议论,给抢救工作带来干扰。值班护士常扮演组织抢救的角色,应以恰当的方式说服围观人员回避,保持一个良好的抢救环境。

6. 及时向家属交代病情对危重患者的抢救应及时向家属交代病情、主要的抢救措施及预后,让患者家属有心理准备,减少不必要的纠纷。

7. 做好手术准备做好术前皮试、术前用药及配血、备血等准备。

通过急诊室的抢救,患者的生命体征一旦平稳,应抓住有利时机进行分流,或进急诊观察室,或进病房,危重者进重症监护病房进一步救治。

第二节 重症监护技能

重症监护是集中优秀医护人员和先进仪器设备,运用现代医疗护理技术对危重患者的生活、功能进行连续性监测和积极治疗,以提高危重患者的抢救成功率,降低死亡率或伤残率的专门单位或管理单元。重症监护病房的特点是危重患者集中、设备和技术先进、监测细致、治疗及时且针对性强、医疗护理水平和工作效率高。重症监护病房是现代化医院的重要组成部分。

一、重症监护病房分类

重症监护病房根据收治患者专业范围不同可分为专科重症监护病房、综合重症监护病房和部分重症监护病房 3 种类型:

1. 专科重症监护病房专科重症监护病房是指某一专科范围内建立的加强监护病房,专门收治某一专业范围内危重患者。如冠心病加强监护病房、呼吸加强监护病房、新生儿加强监护病房、心胸外科监护病房、神经科加强监护病房、烧伤加强监护病房等,均属于专科重症监护病房。

2. 综合重症监护病房是在专科重症监护病房基础上发展起来的一种跨学科、面向全院的监护病房,其任务是收治多学科危重患者,监护和支持各脏器功能为其主要工作内容。

3. 部分综合重症监护病房是指多个邻近专科联合建立的重症监护病房,如外科重症监护病房,主要收治外科各专科术后的危重患者,这些患者除了专科的特点外,还具有外科手术后的共性。

二、监护对象

重症监护主要监护以下患者。

1. 多系统器官功能衰竭者。
2. 重症危象患者，如超高热危象、高血压危象、高血糖与低血糖危象、甲状腺功能亢进危象、重症肌无力危象、肾上腺危象和垂体危象等。
3. 心源性或非心源性心搏骤停急需行心、肺、脑复苏及复苏后的患者。
4. 因大出血、创伤、感染、过敏、心源性因素、神经源性因素所致的各类休克患者。
5. 多发伤、复合伤者，大手术后需监测救治患者。
6. 急性中毒、溺水、触电、毒蛇或虫咬伤和中暑等患者。
7. 突然昏迷、抽搐者，严重水、电解质、渗透压和酸碱失衡的患者。
8. 急性心肌梗死、急性心力衰竭、严重心律失常、不稳定型心绞痛患者在无冠心病监护病房时可收入重症监护病房监测。

三、监护病房的设施

1. 床位设置重症监护病房床位设置要根据医院规模、总床位或某科室有多少患者需要监护来确定，一般综合性医院综合重症监护病房床位数量占全院总床位的1%~2%，发达国家重症监护病房床位能占全院总床位的5%~10%。一般以8~12张床位较为经济合理，重症监护病房每张床位占地面积不小于20m²，以25m²为宜，有足够的空间，保证各种抢救措施的实施。室温要求保持在20~22℃，湿度以50%~60%为好。

2. 监护站设置 中心监护站原则上应该设置在所有病床的中央地区。以稍高出地面能够直接观察到所有患者为佳。围绕中心站周围，病床以扇形排列为好。内设中心监护仪及记录仪，电子计算机及设备；也可以存放病历夹、医嘱本、治疗本、病情报告本及各种记录表格，是各种监测记录的场所。

3. 人员编制 一般综合性重症监护病房要求医生与床位的比例为(1.5~2):1，护士与床位的比例要求(3~4):1。否则难以完成艰辛的抢救任务。

4. 重症监护病房装备应包括检测设备和治疗设备两种。常用的监测设备有：多功能生命体征监测仪、呼吸功能监测装置、血液气体分析仪、心脏血流动力学监测设备、血氧饱和度监测仪、心电图机等。影像学检测设备包括床边x光机，超声设备及纤维支气管镜等设备。常用的治疗设备：输液泵、注射泵、呼吸机(综合医院呼吸机拥有量应占全院床位的3%~5%)、心脏除颤器、临时心脏起搏器、主动脉内球囊反搏装置、血液净化装置及麻醉机等。重症监护病房每个病床床头前应安置氧气、负压吸引、压缩空气等插头装置。并安装多功能电源插座和床头灯。应设有应急照明灯，同时还应有紫外线消毒灯。电源的插孔要求是多功能的，每张床位的电源插孔不应少于20个，并配有电源自动转换装置，一旦断电，可自动启动备用系统。

重症监护病房应使用带有升降功能的输液轨。为减少交叉感染，两床之间最好应配有洗

手池，并装备有自动吹干机。自来水开关最好具有自动感应功能。

四、监护内容见表 1-1，表 1-2

五、监护病房患者的管理技能

1. 人工气道的管理人工气道是通过口腔、鼻腔或直接在上呼吸道置入导管而形成的呼吸通道，它既能保证气道开放，防止气道不通畅或被阻塞，又是连接患者和呼吸机的唯一途径，人工气道可选择简易经口鼻咽通气管，气管内插管和气管切开置管。人工气道的固定：①一般气管切开置管固定可用两根一长一短的系带，分别系于套管的两侧，将长的一根绕过颈后，在颈部左侧或右侧打一死结，系带的松紧度以能容纳一指为宜；②经鼻气管插管的固定应用一根长 10cm，宽 2.5cm 的白布胶布，从中间剪开一部分后固定，将宽的一端贴在患者鼻翼上，另一端两条细长的胶布，分别环绕在气管插管的外露部分；③经口气管插管的固定应用一条长约 35cm，宽 2cm 的胶布，从一端剪开 32cm，未剪开的一端固定在一侧颊部，将气管插管靠向口腔的一侧，剪开的一端胶布以气管插管外露部分为中心，交叉固定在另一颊部，注意经口气管插管要放置耳垫，防止患者双齿咬合时，夹闭气管插管导管。

(2) 气道湿化的标准：①湿化满意：分泌物稀薄，能顺利通过吸引管，导管内没有结痂，患者安静，呼吸道通畅；②湿化不足：分泌物黏稠(有结痂或黏液块咯出)，吸引困难，可有突然呼吸困难，发绀加重；③湿化过度：分泌物过分稀薄，咳嗽频繁，需要不断吸引，听诊肺部和气管内痰鸣音多，患者烦躁不安，发绀加重。

(3) 气道湿化护理要点：①保证充足的液体入量，在机械通气时液体出入量保持每日 2500~3000ml；②加热湿化器，以加热法为干燥气体提供恰当的温度和充分的湿度。机械通气的患者，湿化器的温度控制在 31~33℃；③气道内定期滴入湿化液，湿化不足的患者，应加强湿化，如适当增加湿化液滴入的量或缩短间隔的时间等。对于湿化过度的患者，每次滴入液的量应酌情减少，以免因呼吸道水分过多而影响患者的呼吸功能；④气道冲洗：在吸痰用无菌生理盐水 2~5ml，在患者吸气时注入气道，而后给予吸痰或叩背，使冲洗液和黏稠的痰液混合震动后再吸出；⑤雾化吸入，用于稀释分泌物，刺激痰液咳出及治疗某些肺部疾病；⑥除人工气道湿化外，病房可采用空气加湿等方法来提高室内湿度，达到 50%~70%。

表 1-1 危重患者一般项目的监测内容

项目	监测内容
体温	(1)中心温度：将测温电极置于食管、直肠、鼻咽部；(2)皮肤温度(外周体温)：将测温电极置于一指或趾；意义：若外周体温低于中心温度 3~4℃，提示外周循环差或低心排量情况
脉搏	(1)正常脉搏：60~80 次/min；(2)有无异常脉搏，如水冲脉、奇脉、交替脉、不整脉
呼吸	(1)正常呼吸频率：16~20 次/min，<10 次/min 为减慢，>24 次/min 为增快；(2)有无节律与深浅度异常，如哮喘性、急促式、叹息式、蝉鸣性、鼾音性、点头式、潮式、间停式、深快式及浮浅不规则呼吸
血压	(1)正常血压：成人 12.0~18.6/8.0~12.0kPa(90~140/60~90mmHg)；(2)有无高血压[≥18.6/12.0kPa(140/90mmHg)]、低血压[<12.0/8.0kPa(90/60mmHg)]、脉压增宽或缩小
血常规	(1)红细胞(RBC)：男性(4.0~5.5)×10 ¹² /L，女性(3.5~5.0)×10 ¹² /L；(2)血红蛋白(HB)：男性 120~160g/L，女性 110~150g/L；(3)白细胞(WBC)：(4.0~10)×10 ⁹ /L；(4)分类比例：中性粒细胞 0.50~0.70，嗜酸粒细胞 0.005~0.5，嗜碱粒细胞 0~0.01，淋巴细胞 0.20~0.40，巨噬细胞 0.03~0.08；意义：有否病理性增高或减少
尿常规	正常人：尿量 1000~2000ml/24h，淡黄色透明，pH 值 5~7，比重 1.010~1.025，尿蛋白(-)，尿糖(-)。显微镜下每高倍视野 RBC0~2，WBC0~5，管型 0 或少量透明管型
便常规	正常人：便性状成形，颜色为黄色或棕黄色，不带黏液。便镜检：红细胞 0~2/HP，白细胞和上皮细胞偶见，无寄生虫卵

表 1-2 危重患者心血管功能的监测

项 目	监测内容
心脏听诊	(1)心音、心律、心率、杂音、心包摩擦音 (2)出现异常的临床意义：心音增高或降低，心率增快或减慢，心律失常，病理性杂音，心包摩擦音，舒张期奔马律的意义
心电监护	(1)监护导联(综合 I、II、III导联) (2)监测有无心律失常或传导障碍、心肌损害、心肌梗死、电解质失衡
中心静脉压	(1)正常值 0.6~1.2kPa(6~12cmH ₂ O)；(2)临床意义：①中心静脉压下降，血压下降，说明有效血容量不足；②中心静脉压升高，而血压低下，提示心功能不全；③中心静脉压升高，血压正常，提示容量负荷过重；④中心静脉压进行性升高，血压进行性降低，提示严重心功能不全或心包填塞
肺毛细血管楔嵌压	(1)正常值：0.67~2.0kPa(平均 1.33kPa) (2)判断左心功能状况

(4)吸痰的注意事项：人工气道建立后，一旦发生痰堵塞，就会直接影响患者的气体交换效果，所以必须通过吸痰清除呼吸道内的分泌物。吸痰的注意事项：①吸痰一定要严格按照吸痰的操作流程执行；②吸痰时动作要轻、稳、准、快，一次吸痰时间不宜超过 15 秒，以免发生低氧血症；③为防止吸痰时造成的低氧血症，可以在吸痰前、后给予 100%氧气吸入 1~2 分钟；④吸痰时注意患者心率、血压和血氧饱和度等参数的变化，观察痰液的性质、颜色和量，判断痰液黏稠度；⑤吸痰时吸痰管进入插管内可能会引起呼吸困难，故吸痰前最好将

气管导管外气囊内气体排尽；⑥气管插管患者，应注意吸痰顺序，先吸净口咽部分泌物，再吸引气管内分泌物，然后放松气囊再吸引气道深部的痰液，以免口咽部分泌物在放松气囊时下行进入气管而发生感染；⑦危重和分泌物较多的患者，吸痰时不宜一次吸净，应将吸痰与吸氧交替进行；⑧对于痰液黏稠不易吸出的患者，在吸痰前可给予生理盐水 2~5ml 冲洗气道，待几次通气后立即吸痰。

2. 呼吸机的管理

(1) 使用前准备：①气密性检查：接上呼吸机气源，连接好患者外部管道，包括湿化器，设：定强制通气方式，将吸气时间设为最大，压力设在工作压力以上，测试时用手堵住 Y 形管的、出口，观察气道压力表，如气密性好，气道压力表在吸气相表头指针应该保持基本恒定，如有漏气则指针会下降；②气源供气检查：呼吸机管路接好，接上模拟肺，设定需要的每分钟通气量/潮气量，然后用控制通气方式通气，观察呼吸机工作压力有无下降，如果压力表下降幅度很大，超过 5%，则需要进一步检查气源；③呼吸机设置参数检查：主要检查各种报警，如压力上、下限报警，窒息报警和触发灵敏度等实际值与设置值是否一致。

(2) 使用期间管理：①注意定时倒掉管道积水罐内的积水；②查看积水罐是否滑脱，管道是否漏气，有无打折；③查看空气进气口端或空气压缩机出气端的气水分离器有无积水，机器的散通风口有无堵塞现象，压缩机通风口过滤网应定期清洗；④在使用呼吸机时，呼吸机可自锁的轮子要锁住，防止机器移动，电源插头要插得牢固，不要把过多插头插在一个插座板上；⑤如果长时间使用要隔日重新更换呼吸机的湿化罐及所有管道；⑥呼吸机一次使用时间无论长短，都要进行消毒、维护和保养，一般按照呼吸机随机附带的说明书上的具体要求拆卸和安装需要保养、清洁和消毒的各个部件。

第三节 内科急救技能

一、消化系统疾病急救技能

(一) 急性出血性坏死性胰腺炎

是指胰腺的消化酶消化胰腺本身及其邻近组织，引起胰腺各部或整个胰腺细胞坏死、组织水肿、血管出血坏死、血栓形成，以及化学性炎症反应。临床表现为突然发作的急剧上腹痛，向后背放射，恶心、呕吐、发热、血压降低，血、尿淀粉酶升高为特点。起病急骤，病情严重，并发症多，可突然猝死。

急救处理：患者应送入有监护设施的病房进行治疗，监护原则是使胰腺休息（禁食、胃管减压、抑制或减少胰液分泌）、补充体液、维持水和电解质平衡、能量支持、防止局部及全身并发症。

1. 抗休克，纠正水电解质失衡根据血液生化检测结果补充钾、钙、镁。输入全血及血浆，补足血容量，改善微循环，必要时加用正性收缩能药物（多巴胺、多巴酚胺、异丙肾上腺素）。

2. 禁食、禁水，胃肠减压，胃肠道外营养(TPN)。
3. 抑制胰腺外分泌细胞的酶蛋白合成用药：法莫替丁、奥美拉唑、抑肽酶、奥曲肽或生长抑素等。
4. 抗感染感染菌常为混合感染。选用克林霉素(氯林可霉素)、哌拉西林(哌哌青霉素)、甲硝唑。必要时做血培养及药敏试验。
5. 监护监测尿量、生命体征、血糖、血常规、血气分析、肝肾功能等。
6. 防治并发症主要防治休克、DIC、ARDS、缺氧、脱水、酸碱平衡失调、高血糖和低血钙。
7. 手术治疗 对内科治疗不理想者可考虑手术治疗。

(二)急性上消化道大出血

上消化道出血是指屈氏韧带以上的消化道(食管、胃、十二指肠、空肠上段、胰腺、胆管)急性出血。大量出血：短期内出血量超过 1000ml 或循环容量的 20%，常伴有急性周围循环衰竭。若出血量过大，出血不止或治疗不及时，可导致患者死亡。对急性上消化道大出血急救处理如下。

1. 一般处理①绝对卧床休息，去枕平卧位，头偏向一侧，保暖。②饮食护理：出现呕血的患者，急性期应禁食，止血后 1~2 天渐进高热量、高维生素、温凉流食。③吸氧。④心理护理：由于出血量较大，患者情绪紧张，恐惧感增加，护士耐心安抚患者，以稳定情绪，避免精神紧张，保持安静，有利于止血。烦躁不安者可给予肌肉注射地西洋 10mg。由肝病所致大出血用；④提高胶体渗透压：10%血浆白蛋白 50ml 静脉滴注，1~2 次/d。

(4)止血药与凝血药：早期(<3h)给予抗纤溶药物如氨基己酸、氨甲环酸(止血环酸)、巴曲酶(立止血)等。

(5)保证营养和维持水电解质平衡：每日液体摄入量按尿量+500ml 计算，高热、多汗、呕吐或腹泻的患者还需适当增加入液量。注意防止低钠血症，以免加重脑水肿。

(6)预防及治疗并发症。

(7)手术治疗。

2. 蛛网膜下隙出血(SAH)

常为脑底部动脉瘤或动静脉畸形破裂，血液直接流入蛛网膜下隙所致，又称自发性 SAH。

脑实质或脑室出血、外伤性硬膜下或硬膜外出血流入蛛网膜下隙为继发性 SAH。对蛛网膜下隙出血急救处理如下。

(1)一般处理：①绝对卧床 4~6 周，床头抬高 15~20°，病房保持安静、舒适和暗光；②避免引起血压及颅内压增高的诱因，如用力排便、咳嗽、喷嚏和情绪激动等，以免发生动脉瘤再破裂。高血压患者死亡风险增加，通常卧床休息和轻度镇静即可，若血压超过 21.3/14.6kPa(160/110mmHg)，需行降压处理。头痛剧烈时可应用止痛药，保持通便可使用

缓泻剂。

(2)降低颅内压(用脱水剂)。

(3)抗纤溶药物应用,防止再出血:可抑制纤维蛋白酶形成,推迟血块溶解和防止再出血:①氨基己酸:每次6~8g,6~8h 1次,静脉滴注;②氨甲苯酸:0.8~1.5g,静脉滴注,8h 1次。

(4)防止脑血管痉挛:尼莫地平每日0.1~0.2mg/kg,缓慢静脉滴注或用输液泵24h维持。2周后改为口服,每次20~40mg,每日4~6次。

(5)放脑脊液疗法:腰穿缓慢放出血性脑脊液,每次10~20ml,每周2次,可减少迟发性血管痉挛、正常颅压脑积水发生率,应注意诱发脑疝、颅内感染和再出血的风险,严格掌握适应证,并密切观察。

(6)手术治疗:是根除病因、防止复发的有效方法。

(二)重症肌无力危象

重症肌无力(MG)是乙酰胆碱受体抗体介导的,细胞免疫依赖及补体参与的神经-肌肉接头处传递障碍的自身免疫性疾病。当延髓所支配的呼吸肌及全身肌肉的无力进行性加重,出现喉肌和呼吸肌麻痹:换气功能障碍,以致不能维持正常生理功能的危急状态时称重症肌无力危象。此危象分为3种:①肌无力危象;②胆碱能危象;③反拗危象。对重症肌无力危象急救处理如下。

1. 维持呼吸:①立即吸氧;②必要时作气管切开;③呼吸肌辅助呼吸。

2. 对症处理

(1)肌无力危象:静脉用抗胆碱酯酶药物如新斯的明1mg加入5%葡萄糖溶液或0.9%生理盐水溶液1000ml中静脉滴注,或1mg肌内注射,以后每隔30分钟注射0.5mg。症状好转后逐渐改为口服。

(2)胆碱能危象:静脉注射阿托品1~2mg,根据病情每h重复1次。用药中随时重复依酚氯铵(腾喜龙)试验,用依酚氯铵8~10mg,静脉推注观察。如此试验阳性,则提示本危象已过,应谨慎地给予新斯的明。

(3)反拗危象:立即停用一切药物,尽快施行气管插管或气管切开,加压控制呼吸,至少72h以后才可从小剂量开始应用抗胆碱酯酶药物。

3. 肾上腺糖皮质激素和免疫抑制剂

(1)泼尼松:60~80mg,每日或隔日口服,用足1个月。以后10~30rag隔日服用,一般需维持1~2年。

(2)免疫抑制剂:首选环磷酰胺或硫唑嘌呤,按常规用量使用。

4. 维持水、电解质平衡。

5. 口服麻黄碱(麻黄素)25mg,每日2~3次,以增强抗胆碱酯酶抑制剂的作用。

(三)癫痫持续状态

是指由于脑部兴奋性过高的神经元过量放电而引起阵发性大脑功能紊乱,临床发作一次和脑电发放持续 30 分钟以上,或连续频繁多次发作,以致发作间隙中持续昏迷者,称为癫痫持续状态。常伴有高热、脱水与酸中毒。对癫痫持续状态急救处理如下。

1. 紧急处理

(1) 尽快控制发作:迅速建立静脉通道,并遵医嘱立即缓慢推注地西洋 10~20mg,若 5 分钟后不能终止者可重复使用;必要时可使用苯妥英 15~18mg 缓慢推注,还可继以地西洋 80~100mg 加入 5% 葡萄糖注射液或生理盐水溶液 500ml 中,按 40ml 几的速度静脉滴注。

(2) 保持呼吸道通畅:取平卧位头偏向一侧,立即吸痰、清除口鼻分泌物,必要时协助安放口咽通气道或行气管插管;备好气管切开包、人工呼吸器于床旁,随时协助气管切开或人工辅助呼吸。

(3) 立即采取维持生命功能的措施,纠正脑缺氧、防止脑水肿、保护脑组织。立即高流量持续输氧;静脉抽血查血常规、血糖、电解质、尿素氮及抗癫痫药物血液浓度;采动脉血查 pH、PaO₂、HC0₃⁻;J[~]测呼吸、血压及心电图(ECG)变化,必要时做脑电图(EEG)监测。

(4) 防止感染,预防和控制并发症。抽搐时做好安全防护,防止舌咬伤和坠床;高热者行物理降温并做好皮肤护理;不能进食者予以插胃管鼻饲流质,并做好口腔护理、保持口腔清洁。

2. 控制发作后应使用长效抗癫痫药物过渡或维持,早期常用苯巴比妥,0.2g 肌注,每天 3~4 次,连续 3~4 日。同时应根据癫痫类型选择有效的口服药,过渡到长期维持治疗。

三、呼吸系统疾病急救技能

(一) 大咯血

一次咯血量在 100~500ml 以上,或 24h 内咯血量>500ml 者称为大咯血。大咯血时,可因气管、支气管突然吸入大量血液而发生窒息,或因大量失血致低血容量性休克,威胁生命。对大咯血的急救处理如下。

1. 一般处理

(1) 大咯血患者应绝对卧床休息,不宜搬动,以免因活动而加重咯血。取患侧卧位,有利于止血且可避免血液流入或堵塞健侧气管,有利于健侧肺的通气,防止吸入性肺炎或肺不张的发生。也可取半卧位,减少下肢与腹腔血液回流,降低肺循环压力,有利于肺血管收缩。

(2) 消除紧张和恐惧心理,必要时应用少量镇静剂。

(3) 剧咳者可用镇咳剂,如喷托维林(咳必清)25mg 口服,每日 3 次。

(4) 指导咯血:帮助患者取正确咯血卧位,全身放松,头偏向一侧,唇边放干净痰杯,让患者将血一口一口咳出,吐入痰杯。

(5) 气促时给予氧疗,低流量吸氧。

(6) 定时记录咯血的量,测呼吸、血压、脉搏。

注意事项:若不明确出血部位可暂取平卧位或半卧位,禁用吗啡;年老体弱者镇咳药剂