



临床常见危重

护理常规与抢救

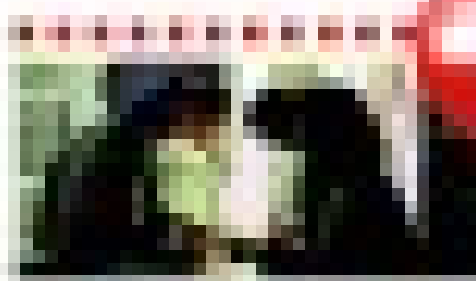
李小峰 向清平 ■ 主编

Linchuang Changjian Weizhonghuanzhe Huli Changgui yu



华中科技大学出版社

<http://www.hustp.com>



中国地质大学（北京）

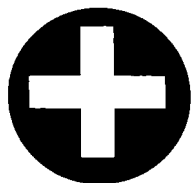
中国地质大学（北京）

中国地质大学（北京）

中国地质大学（北京）



中国地质大学（北京）



LinchuangChangjian Weizhonghuanzhe Hulichanggui yu Qiangjiuliucheng

临床常见危重患者 护理常规与抢救流程

李小峰 向清平 ■ 主编



华中科技大学出版社
<http://www.hustp.com>

中国·武汉

内 容 简 介

本书重点介绍内、外、妇、儿、五官等科的临床常见危重疾病的病因、病理、临床表现,以及对危重患者的护理常规与抢救流程。全书共分十章,分别为:内科部分、外科部分、妇产科部分、儿科部分、五官科部分、皮肤科部分、精神科部分、感染性疾病科部分、肿瘤科部分、急诊科部分。

本书主要供临床护士使用,也可供护理专业本科和高职高专学生使用。本书是医院建立危重患者护理常规与抢救流程的一本难得的参考书。

图书在版编目(CIP)数据

临床常见危重患者护理常规与抢救流程/李小峰 向清平 主编. —武汉:华中科技大学出版社,2010.12

ISBN 978-7-5609-6536-9

I. 临… II. ①李… ②向… III. ①险症-护理 ②险症-急救 IV. ①R472.2 ②R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 172800 号

临床常见危重患者护理常规与抢救流程

李小峰 向清平 主编

策划编辑:居 颖

责任编辑:孙基寿

封面设计:范翠璇

责任校对:刘 竣

责任监印:周治超

出版发行:华中科技大学出版社(中国·武汉)

武昌喻家山 邮编:430074 电话:(027)87557437

录 排:华中科技大学惠友文印中心

印 刷:湖北新华印务有限公司

开 本:710mm×1000mm 1/16

印 张:12.75

字 数:263 千字

版 次:2010 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

定 价:25.00 元



华中大版

本书若有印装质量问题,请向出版社营销中心调换

全国免费服务热线:400-6679-118 竭诚为您服务

版权所有 侵权必究

前 言

危重患者的护理是临床护理的重要组成部分,危重患者的护理常规与抢救流程则是一名护士所应掌握的必备技能。护士在面对危重患者时,能否及时无误地做出评估并实施救护,直接关系到患者的安危和抢救的成败。为此,护士应熟练掌握危重患者的护理常规与抢救流程,能在紧急情况下对患者实施及时、准确的抢救与护理,以提高抢救成功率。本书的作者在写作时,查阅了有关危重患者护理、急救护理、临床医学、病理生理学等大量医学护理方面的著作,力求将现代医学护理理论与临床实践更好地结合,从而指导临床危重患者的护理工作。

本书是结合国内外最新资料和编者丰富的临床经验,从临床实际出发,强调以患者为中心的整体护理理念而进行编写的。全书共十章,重点介绍内、外、妇、儿、五官等科的临床常见危重疾病的病因、病理、临床表现,以及对危重患者的护理常规与抢救流程。

本书主要供临床护士使用,也可供护理专业本科和高职高专学生使用。本书是医院建立危重患者的护理常规与抢救流程的一本难得的参考书。

在本书编写、审定和出版过程中,得到了华中科技大学出版社、各参编单位领导和专家的热情指导和帮助,在此表示感谢!因作者水平有限,疏漏和不当之处在所难免,敬请广大读者批评指正。

李小峰

2010 年 11 月

目 录

第一章 内科部分	(1)
第一节 呼吸衰竭	(1)
第二节 急性呼吸窘迫综合征	(3)
第三节 上消化道大出血	(6)
第四节 心力衰竭	(8)
第五节 心律失常	(11)
第六节 心肌梗死	(15)
第七节 急性肾功能衰竭	(19)
第八节 弥散性血管内凝血	(23)
第九节 脑出血	(27)
第二章 外科部分	(30)
第一节 烧伤	(30)
第二节 肾移植术后并发症	(33)
第三节 脑疝	(36)
第四节 气胸	(38)
第五节 主动脉夹层动脉瘤	(39)
第六节 肝破裂	(43)
第七节 脾破裂	(44)
第八节 急性腹膜炎	(47)
第九节 胃、十二指肠溃疡穿孔	(50)
第十节 肠梗阻	(52)
第十一节 急性胆囊炎	(54)
第十二节 急性胰腺炎	(56)
第十三节 股骨骨折	(58)
第十四节 创伤性截瘫	(60)
第三章 妇产科部分	(63)
第一节 妊娠高血压综合征	(63)
第二节 胎儿窘迫	(65)
第三节 妊娠合并心脏病	(66)
第四节 产后出血	(69)

第五节	子宫破裂	(72)
第六节	羊水栓塞	(73)
第四章	儿科部分	(76)
第一节	新生儿窒息	(76)
第二节	新生儿缺血缺氧性脑病	(77)
第三节	新生儿颅内出血	(80)
第四节	新生儿败血症	(82)
第五节	新生儿呼吸窘迫综合征	(84)
第六节	急性出血性坏死性小肠炎	(86)
第七节	小儿惊厥	(89)
第五章	五官科部分	(91)
第一节	原发性闭角型青光眼	(91)
第二节	急性化脓性中耳炎	(92)
第三节	鼻出血	(95)
第四节	喉阻塞	(97)
第五节	牙髓炎	(99)
第六节	面部疖痈	(102)
第六章	皮肤科部分	(104)
第一节	荨麻疹	(104)
第二节	大疱性皮肤病	(106)
第七章	精神科部分	(109)
第一节	精神分裂症	(109)
第二节	躁狂发作	(113)
第三节	恐怖性焦虑障碍	(114)
第八章	感染性疾病科部分	(117)
第一节	流行性乙型脑炎	(117)
第二节	狂犬病	(119)
第三节	霍乱	(122)
第四节	伤寒	(125)
第五节	流行性脑脊髓膜炎	(127)
第九章	肿瘤科部分	(131)
第一节	喉癌	(131)
第二节	肺癌	(136)
第三节	食管癌	(143)
第四节	原发性肝癌	(150)

第五节 脑瘤·····	(153)
第六节 恶性淋巴瘤·····	(156)
第十章 急诊科部分·····	(162)
第一节 高热·····	(162)
第二节 昏迷·····	(163)
第三节 咯血·····	(166)
第四节 溺水·····	(167)
第五节 中暑·····	(171)
第六节 休克·····	(174)
第七节 哮喘持续状态·····	(178)
第八节 有机磷农药中毒·····	(183)
第九节 糖尿病酮症酸中毒·····	(186)
第十节 低血糖昏迷·····	(188)
第十一节 甲状腺功能亢进危象·····	(191)
参考文献·····	(195)

第一章 内科部分

第一节 呼吸衰竭

一、病因

引起呼吸衰竭的病因很多,参与肺通气和肺换气的任何一个环节的严重病变,都可导致呼吸衰竭,包括:

- (1) 气道阻塞性病变,如慢性肺疾病、重症哮喘等;
- (2) 肺组织病变,如肺结核、肺水肿等;
- (3) 肺血管疾病,如肺栓塞;
- (4) 胸廓与胸膜病变,如胸外伤造成的连枷胸、胸廓畸形、广泛胸膜增厚、气胸等;
- (5) 神经肌肉病变,如脑血管疾病、脊髓颈段或高位胸段损伤、重症肌无力等。

二、病理生理

外呼吸包括通气和换气两个基本环节。

(1) 肺泡通气不足 当二氧化碳产生增加时,需通过增加通气量来维持正常的二氧化碳分压。当肺通气不足时,进出肺气体减少,导致氧分压下降,二氧化碳分压升高,使流经肺泡毛细血管的血液不能充分动脉化,从而导致缺氧和二氧化碳潴留。

(2) 弥散障碍 肺内气体交换是通过气体弥散实现的,气体弥散量取决于弥散面积、肺泡膜厚度和通透性、气-血接触时间和气体分压差等。当肺实变和肺不张时,弥散面积减少导致弥散障碍。通常以低氧血症为主。

(3) 肺泡通气与血流比例失调 当肺泡通气不足,而血流正常时,流入该区的静脉血不能氧合;当肺泡血流不足或减少时,则该区气体不能充分利用。

(4) 肺循环短路增加 支气管扩张、先天性肺动脉瘘等病变,可增加解剖分流,使静脉血掺杂显著增多而引起血液运载气体异常。

三、临床表现

(1) 呼吸困难 呼吸困难主要表现为呼吸频率、节律和幅度的变化。

(2) 紫绀 紫绀是缺氧的典型症状。

(3) 精神神经症状 患者出现精神错乱、烦躁、昏迷、抽搐等症状。严重时可能出现腱反射减弱或消失,锥体束征阳性。

(4) 血液循环系统症状 患者多出现心动过速,晚期出现周围循环衰竭、血压下降、心律失常、心跳停搏。

(5) 消化和泌尿系统症状 严重呼吸衰竭对肝、肾功能都有影响,部分患者可出现由应激性溃疡引起的上消化道出血。

四、护理常规

(1) 绝对卧床休息。

(2) 病情观察:

① 观察意识、生命体征的变化及尿量和皮肤的色泽,监测动脉血气分析。

② 观察痰液性质、量、颜色。

③ 观察有无肺性脑病、酸碱平衡紊乱、心力衰竭等并发症。

(3) 保持呼吸道通畅:

① 清除呼吸道分泌物、有效咳嗽、雾化吸入、翻身叩背,必要时行吸痰、气管切开治疗;

② 准确执行医嘱;

③ 上述处理无效者行机械通气治疗。

(4) 合理氧疗 缺氧不伴有二氧化碳潴留者,给予高浓度吸氧(大于35%);缺氧伴有明显二氧化碳潴留者,给予低浓度持续吸氧(1~2 L/min,每日15 h以上),观察氧疗效果。

(5) 饮食护理 给予含高热量、高蛋白、多种维生素的容易消化的半流质饮食。对人工通气者采取鼻饲。

(6) 心理护理 给予患者精神支持,消除恐惧心理。

(7) 健康指导:

① 积极治疗原发病,避免诱发因素。

② 保暖防潮、防治上呼吸道感染。

③ 戒烟,减少对呼吸道黏膜的刺激。

④ 呼吸运动训练及家庭氧疗 每日15 h低流量吸氧,尤其是夜间吸氧。

⑤ 进行缩唇呼吸、呼吸功能锻炼及耐寒锻炼。

五、抢救流程

呼吸衰竭抢救流程见图 1-1。

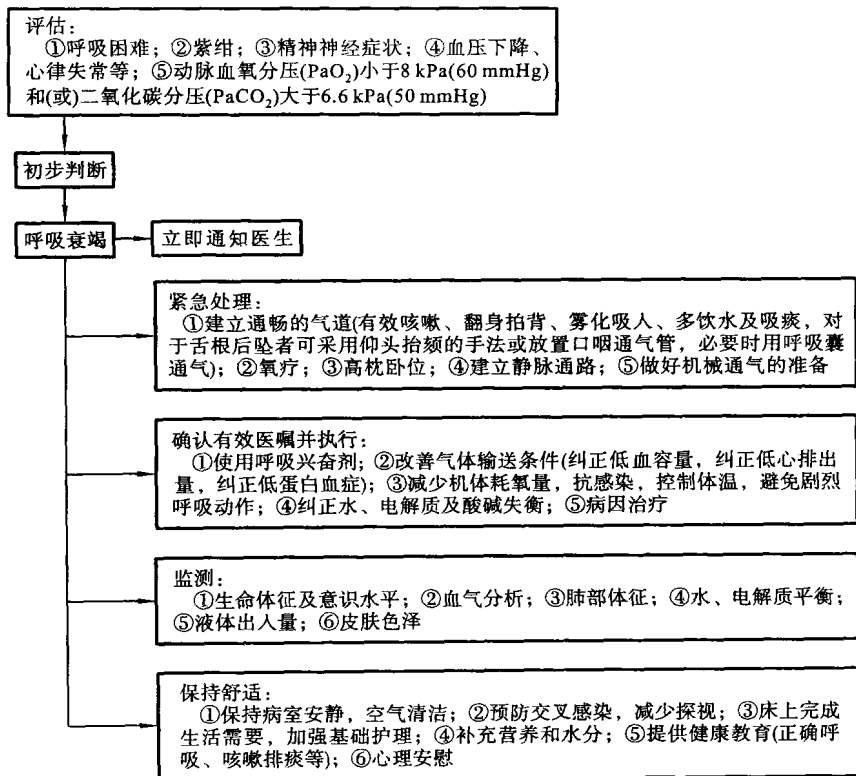


图 1-1 呼吸衰竭抢救流程

第二节 急性呼吸窘迫综合征

一、病因

(1) 肺内因素 肺内因素是指对肺直接损伤的因素, 包括: 吸入胃内容物、毒气、烟尘及长时间吸入纯氧等; 肺挫伤; 各种病原体引起的重症肺炎、淹溺。我国最主要的危险因素是重症肺炎。

(2) 肺外因素 肺外因素包括各种类型的休克、败血症、严重的非胸部创伤、药物(如麻醉品)中毒、急性重症胰腺炎等因素。

二、病理生理

肺毛细血管内皮细胞和肺泡上皮细胞损伤,肺泡膜通透性增加,引起肺间质和肺泡水肿;肺表面活性物质减少,导致小气道和肺泡不张。

三、临床表现

起病多急骤,典型临床经过可分四期。

(1) 损伤期 损伤后 4~6 h,患者出现呼吸增快,但无典型呼吸窘迫症状。X 线胸片无阳性发现。

(2) 相对稳定期 损伤后 6~48 h,患者逐渐出现呼吸困难、呼吸频率加快、低氧血症及二氧化碳分压降低,X 线胸片可见肺纹理增多、模糊和网状浸润影。

(3) 呼吸衰竭期 损伤后 24~48 h,患者出现呼吸困难、窘迫和出现紫绀,常规氧疗无效,呼吸频率可达 35~50 次/分,胸部听诊可闻及湿啰音。X 线胸片两肺有散在斑片状阴影或呈磨玻璃样改变,可见支气管充气征。血气分析氧分压和二氧化碳分压均降低,常呈代谢性酸中毒和呼吸性碱中毒(代酸呼碱)。

(4) 终末期 极度呼吸困难和严重紫绀,出现神经精神症状。X 线胸片示融合成大片状浸润阴影,支气管充气征明显。血气分析示严重低氧血症、二氧化碳潴留,常有混合性酸碱失衡,最终可发生循环功能衰竭。

四、护理常规

(1) 病情观察:

① 观察意识及生命体征变化。

② 准确记录 24 h 液体出入量,尤其是尿量的变化。

③ 观察有无呼吸窘迫、气促、紫绀等症状,如伴有烦躁、出汗、焦虑,应及时向医生报告。

④ 遵医嘱随时测定血气分析,根据血氧分压调节呼吸机给氧流量,进行心电图检查以及有关生化检查等,协助医生监测各项生命指标的动态变化。

(2) 重症护理

① 氧疗 高浓度吸氧(大于 50%),维持血氧分压 8.0~9.3 kPa(60~70 mmHg)。

② 通气 对于昏迷者行气管插管术或切开术,采用机械通气,加强气道的护理。

③ 保持呼吸道通畅 每两小时翻身、叩背一次,及时吸痰,防止呕吐物或口腔分泌物吸入肺内。

④ 注意水、电解质平衡 应遵医嘱及时输入新鲜血液及补充液体。输入量不宜过多,每日液体输入量应限制在 1 500~2 000 mL,滴数不宜过快,以防诱发或加重病情,要求液体出入量呈轻度负平衡(-500 mL)。随时测量中心静脉压,正常

值为 5~12 cm H₂O, 低于 5 cm H₂O 提示血容量不足, 若高于 15~20 cm H₂O 提示有心功能明显衰弱, 应通知医生, 并监护心肺功能。

⑤ 加强口腔护理 及时清除呕吐物和分泌物, 以防窒息。做好皮肤护理, 防止发生压疮, 按时翻身变换体位, 以免加重肺部感染。

(3) 休息 绝对卧床休息, 取半卧位。

(4) 饮食护理 给予鼻饲或全胃肠外营养, 保证足够营养供给。

(5) 心理护理 可利用非语言沟通方式(如写字或手势等), 与患者交流, 消除患者焦虑、恐惧心理, 增强患者战胜疾病的信心与勇气。

(6) 健康指导:

① 积极预防上呼吸道感染, 避免受凉和过度劳累;

② 适当锻炼身体, 劳逸结合, 保持生活规律, 心情愉快, 增强机体抵抗力;

③ 宜食营养丰富、易消化的食物, 戒烟酒。

五、抢救流程

急性呼吸窘迫综合征抢救流程见图 1-2。

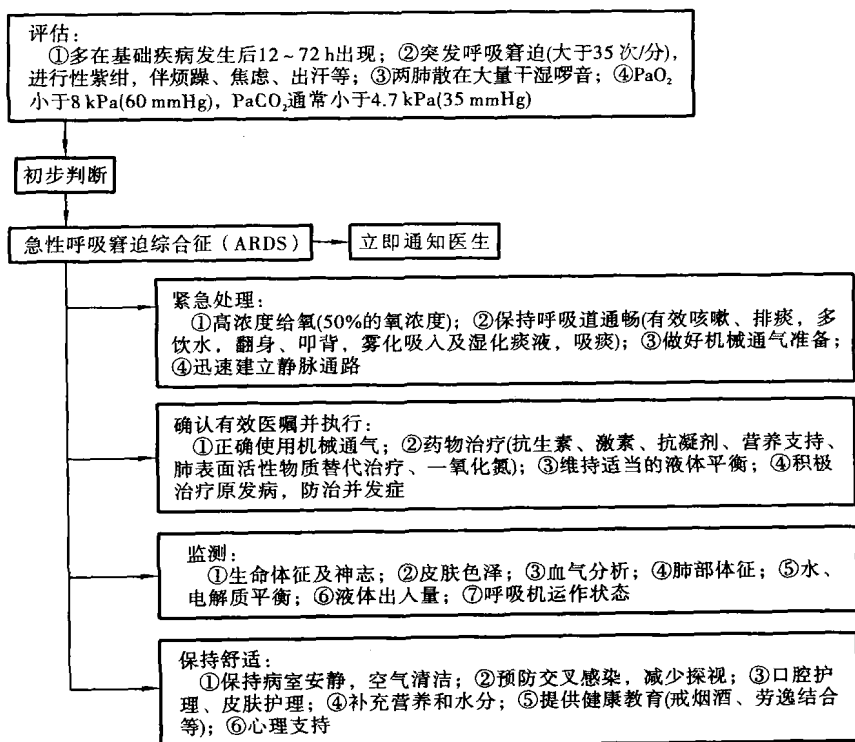


图 1-2 急性呼吸窘迫综合征抢救流程

第三节 上消化道大出血

一、病因

引起上消化道出血的病因很多,其中常见的有消化性溃疡、急性胃黏膜损害、食管胃底静脉曲张和胃癌。

- (1) 上胃肠道疾病。
- (2) 门静脉高压引起食管胃底静脉曲张破裂出血。
- (3) 上胃肠道邻近器官或组织的疾病。
- (4) 全身性疾病,如血液病、尿毒症等。

二、病理生理

(1) 食管胃底静脉曲张破裂出血 食管胃底静脉曲张破裂出血是肝硬化常见的并发症。

(2) 门静脉高压性胃病 胃黏膜微循环改变。

(3) 肝源性溃疡 肝硬化门静脉高压患者消化性溃疡发病率高于正常人。

(4) 胃窦毛细血管扩张症 黏膜病变主要在胃窦部,固有膜浅层毛细血管扩张,内镜下呈现多发性小红点。

(5) 肝性胃肠功能衰竭 在严重肝病肝衰竭晚期,常出现胃肠黏膜糜烂、溃疡而导致消化道出血。

三、临床表现

(1) 呕血与黑便 呕血与黑便是上消化道出血的特征性表现。出血部位在幽门以上者常有呕血和黑便,在幽门以下者可仅表现为黑便。

(2) 失血性周围循环衰竭 出血量 400 mL 以内可无症状,出血量中等可引起贫血或进行性贫血、头晕、软弱无力等。大量出血达全身血量 30%~50% (1 500~2 500 mL) 即可出现休克,若处理不当,可导致死亡。

(3) 氮质血症。

(4) 发热 中度或大量出血病例,于 24 h 内发热,体温多在 38.5℃ 以下,持续数日至一周。

(5) 血象 出血后均有急性失血性贫血。早期血象无变化,3~4 h 后出现贫血。出血 24 h 内网织红细胞增高,出血停止后逐渐降至正常。白细胞计数在出血后 2~5 h 升高,停止出血后 2~3 d 恢复正常,脾功能亢进者白细胞计数可不升高。

四、护理常规

(1) 建立静脉通路、配血、备血 遵医嘱补充血容量、进行各种止血治疗及用

药等,根据药物性质及患者心肺功能,注意调节输液滴速。

(2) 休息和体位 大出血患者绝对卧床休息,平卧位头偏向一侧,双下肢抬高。

(3) 保持呼吸道通畅 呕吐时头偏向一侧,防止窒息或误吸。必要时行机械吸痰。氧气吸入 6~8 L/min。

(4) 病情观察:

① 大出血根据病情一般 30~60 min 测量生命体征 1 次,行心电监护。

② 观察患者的症状体征:

(a) 烦躁不安、面色苍白、皮肤发冷、四肢冰凉提示微循环灌注不足;

(b) 皮肤逐渐转暖、出汗停止,提示灌注好转。

③ 观察呕吐物和粪便的性质、颜色及量。

④ 准确记录液体出入量,休克时应留置尿管,测每小时尿量,保持每小时尿量大于 30 mL。

⑤ 定时复查红细胞计数、红细胞比容、血红蛋白量、网织红细胞计数,以了解贫血程度,判断出血是否停止。

⑥ 监测血尿素氮及血清电解质的变化。

⑦ 需行双囊三腔管压迫止血、急诊胃镜、手术及介入治疗者应做好术前、术后护理。

(5) 心理护理:

① 观察药物的治疗效果及不良反应。准备好急救物品、药物。

② 使用了垂体后叶素的患者,应注意静脉滴注的速度以及有无恶心、便意、心悸、头痛、面色苍白等不良反应,防止药物外渗。

③ 使用生长抑制素时,应注意使用的连续性,注意观察滴速。

(6) 饮食护理:

① 活动性出血应禁食,出血停止后 1~2 d 可进高热量、高维生素流质食物,如无再出血可逐渐改为半流质食、软食。限制钠和蛋白质的摄入,避免摄入粗糙、坚硬、刺激性食物,并应细嚼慢咽,以防止损伤曲张静脉而再次出血。

② 少量出血无呕吐者,可进温热、清淡流质饮食,出血停止后渐改为营养丰富、易消化、无刺激性半流质饮食、软食,开始少量多餐,以后改为正常软食。

(7) 健康指导:

① 向家属和患者介绍此病的有关病因、预防、治疗和护理的知识。

② 建立良好的生活习惯,合理饮食。

③ 保持情绪稳定,避免过度疲劳。

④ 教会患者和家属识别出血征象及应急措施。

⑤ 定期门诊复查。

五、抢救流程

上消化道大出血抢救流程见图 1-3。

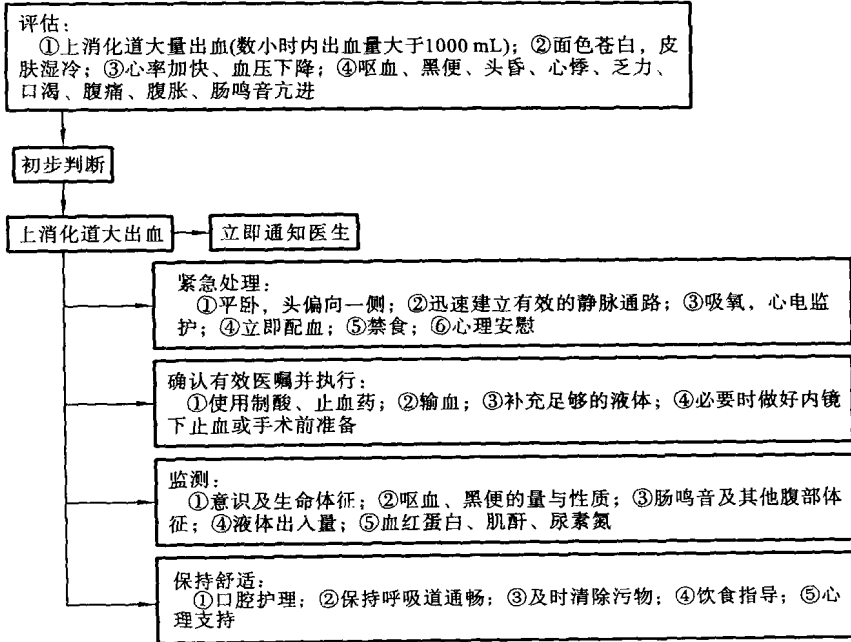


图 1-3 上消化道大出血抢救流程

第四节 心力衰竭

一、病因

1. 基本病因

- (1) 原发性心肌损害 临床上常见于急性心肌炎、急性心肌梗死等。
- (2) 心脏负荷过重 如严重的瓣膜狭窄、心室流出道梗阻、心房内球瓣样血栓或黏液瘤嵌顿, 动脉总干或大分支栓塞等。

2. 诱因

- (1) 感染, 呼吸道感染时最常见。
- (2) 心律失常。
- (3) 血容量增加。
- (4) 过度体力劳累和情绪激动。

- (5) 治疗不当。
- (6) 原有心脏病变加重。

二、病理生理

- (1) 急性弥漫性心肌损害,左心排血量急剧下降,导致肺循环压力骤然升高而出现急性肺水肿。
- (2) 急起的机械性阻塞引起心脏阻力负荷加重,排血受阻。
- (3) 急起的心脏容量负荷加重。
- (4) 急起的心室舒张受限制。
- (5) 心脏暂停排血或排血量显著减少。

三、临床表现

1. 左心衰竭

- (1) 症状 呼吸困难为最主要症状,咳嗽、咳痰和咯血、疲倦乏力、肾损害。
- (2) 体征 肺部湿啰音、心脏扩大、舒张期奔马律。

2. 右心衰竭

- (1) 症状 腹胀、恶心、呕吐为最常见症状,劳力性呼吸困难。
- (2) 体征 水肿、颈静脉怒张、肝肿大、右心室扩大。

3. 全心衰竭

全心衰竭主要表现为心排血量减少的相关体征和症状。

四、护理常规

1. 对症护理

- (1) 体位 立即取坐位或半卧位,让患者两腿下垂以减少静脉回流。
- (2) 氧疗 以 50%酒精湿化氧气吸入,流量 6~8 L/min,如患者不能耐受,可降低酒精浓度或间断给氧。危重患者可考虑面罩或气管加压给氧。
- (3) 保持呼吸道通畅 观察患者咳嗽情况,注意痰液的性质和量,协助患者排痰。
- (4) 心理护理 专人守护,安慰患者,避免其过分紧张。
- (5) 减少回心血量 止血带轮流结扎三个肢体,每 5 min 换一个肢体,平均每个肢体结扎 15 min,放松 5 min,在上述措施无效而无低血压及明显贫血的情况下,可在 30~50 min 内静脉放血 250~300 mL 或稍多。

2. 药物护理

- (1) 吗啡 静脉缓慢注射吗啡 5~10 mg,必要时间隔 15 min 重复 1 次,共 2~3 次。年老体弱者应减量或肌肉注射。注意有无呼吸抑制。