

急危重症护理观察 抢救指南

JIWEI ZHONGZHENG HULI GUANCHANG
QIANGJIU ZHINAN

主编：王新



军事医学科学出版社

急危重症护理观察 抢救指南

CHANGCHUN JIANGYAN

1181-1182

辽宁中医药大学附属医院

急危重症护理观察抢救指南

主 编 王 新

副主编 李 娟 孙玉玲

朱鑫华 张 华

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

内 容 提 要

本书从护理的角度对46种专科常见的急危重症的概念、临床表现、护理观察和护理措施进行了内涵丰富且简明扼要的阐述,可作为护理急救训练的教材和急危重抢救工作的工具书。

图书在版编目(CIP)数据

急危重症护理观察抢救指南/王新主编.

—北京:军事医学科学出版社,2009.8

ISBN 978-7-80245-327-2

I. 急… II. 王… III. ①急性病—护理—指南②险症—
护理—指南 IV. R472.2-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2009)第148534号

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路27号

邮 编:100850

邮系电话:发行部:(010)66931051,66931049,81858195

编辑部:(010)66931039,66931127,66931038

传 真:(010)63801284

网 址:<http://www.mmsp.cn>

印 装:北京市顺义兴华印刷厂

发 行:新华书店

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:7

字 数:75千字

版 次:2009年10月第1版

印 次:2009年10月第1次

定 价:16.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

前 言

急危重症的抢救是医护人员与病魔争夺患者生命的战斗,不允许有任何的迟疑和疏漏,必须要有清晰的思维、敏捷的动作、有效的措施,分秒必争地挽救患者的生命,责任重于泰山。为了使护理人员能够达到上述要求,不打无准备之仗,我们护理部的同仁参考了相关资料,集中了各专科护理抢救的经验,编写了这本《急危重症护理观察抢救指南》,从护理的角度对各专科常见的46种急危重症的概念、临床表现、护理观察、护理措施进行了内涵丰富且简明扼要的阐述,具有鲜明的护理特色。最初我们编印此教材是用于院内各专科护士急救训练的,但在临床的应用中,以它的实用性意外地得到了护士们的欢迎,既是训练的教材,又可以规范和指导护理的抢救工作。我们企盼本书的正式出版,能够方便护理人员把握急危重症抢救中护理工作的内容和方法,从而积极主动地配合医生对患者进行及时有效的抢救,实现我们救死扶伤的神圣使命。

由于经验不足、水平有限,其中必然有许多疏漏和不妥之处,恳请各位专家与同行批评指正。

王 新
2009年7月

目 录

突发事件护理观察抢救	(1)
多发性创伤护理观察抢救	(3)
颅脑损伤护理观察抢救	(5)
严重胸部创伤护理观察抢救	(9)
腹部创伤护理观察抢救	(11)
急腹症护理观察抢救	(13)
溺水护理观察抢救	(16)
中暑护理观察抢救	(18)
电击伤护理观察抢救	(20)
有机磷农药中毒护理观察抢救	(22)
急性一氧化碳中毒护理观察抢救	(25)
有机氟杀鼠剂中毒护理观察抢救	(27)
水、电解质平衡失调护理观察抢救	(30)
酸碱平衡失调护理观察抢救	(34)
窒息护理观察抢救	(36)
心跳骤停护理观察抢救	(38)
休克护理观察抢救	(40)
昏迷护理观察抢救	(43)
高热护理观察抢救	(45)
弥散性血管内凝血护理观察抢救	(47)
急性左心衰竭护理观察抢救	(49)

急性呼吸窘迫综合征护理观察抢救	(51)
急性肝功能衰竭护理观察抢救	(54)
急性肾功能衰竭护理观察抢救	(57)
急性心肌梗死护理观察抢救	(59)
脑梗死护理观察抢救	(61)
高血压危象护理观察抢救	(64)
急性脑出血护理观察抢救	(66)
癫痫持续状态护理观察抢救	(69)
糖尿病酮症酸中毒护理观察抢救	(71)
低血糖危象护理观察抢救	(73)
大咯血护理观察抢救	(75)
上消化道出血护理观察抢救	(77)
重症胰腺炎护理观察抢救	(79)
肝性脑病护理观察抢救	(81)
急性重症哮喘护理观察抢救	(83)
急性喉阻塞护理观察抢救	(85)
鼻出血护理观察抢救	(87)
急性宫外孕护理观察抢救	(89)
子痫护理观察抢救	(91)
多发性创伤急诊手术护理配合	(93)
颅脑外伤急诊手术护理配合	(95)
胸部外伤急诊手术护理配合	(98)
腹部创伤急诊手术护理配合	(100)
泌尿系统损伤急诊手术护理配合	(102)
急诊创伤性骨折手术护理配合	(104)
参考文献	(106)

突发事件护理观察抢救

概 念

指突然发生,可能造成严重社会危害,需要立即处置的自然灾害、公共卫生事件、事故灾难、社会安全事件以及其他事件。突发事件往往会给人民的生命安全构成重大威胁,医疗紧急救助责任十分重大。

护理观察

熟练掌握五步检伤法:

1. 气道检查:首先判定呼吸道是否通畅,有无舌后坠、口咽气管异物梗阻或颜面部及下颌骨折。
2. 呼吸情况:观察是否有自主呼吸,呼吸频率、呼吸深浅或胸廓起伏程度、双侧呼吸运动对称性、双侧呼吸音比较以及患者口唇颜色等。
3. 循环情况:检查桡、股、颈动脉搏动,检查甲床毛细血管复充盈时间(正常为2 s)以及有无活动性大出血。
4. 神经系统功能:检查头部是否有外伤,简单命其做张口、睁眼、抬头动作,了解意识状态、看瞳孔大小及对光反射、有无肢体运动功能障碍或异常、昏迷程度评分。
5. 充分暴露检查:根据现场具体情况,解开或脱去伤病员衣服充分暴露身体各部位,进行望、触、叩、听等检查,以便发现危及生命或正在发展为危及生命的严重损伤。

护理措施

1. 六个问清:病人数、病种、来自何处、大致病情、送来者、采取什么措施并做电话记录且签名。
2. 四个汇报:立即向科主任、护士长、值班医生、院值班室汇报。
3. 四个准备:①抢救器材准备;②药品准备;③生活用品的准备;④建立抢救登记准备。
4. 预检登记、正确分诊,分流确定抢救、留观、住院、手术。
 - (1)轻度:可自行行动,生命体征基本正常,挂绿色标记。
 - (2)中度:短时间内不会危及到生命,挂黄色标记。
 - (3)重度:危及生命者,呼吸 > 30 次/min 或 < 6 次/min,动脉搏动不存在,甲床毛细血管复充盈时间 > 2 s 者,窒息、大出血、休克、心室颤动、昏迷等,挂红色标记。
 - (4)死亡:意识丧失,动脉搏动丧失,心跳呼吸停止,瞳孔散大,挂黑色标记。
5. 急救措施:按先重后轻,先急后缓原则展开救治。
 - (1)控制大出血,积极抗休克治疗。
 - (2)保持呼吸道通畅及有效的呼吸支持。
 - (3)对心跳呼吸骤停者行心肺复苏术。
 - (4)紧急手术,加强监护。
 - (5)开设有效静脉通道。
 - (6)严密监测生命体征,详细记录病情变化、抢救措施、使用药物、检查结果。
6. 做好心理支持与疏导。
7. 做好危重病人的卫生整顿和生活护理。
8. 安排接待肇事单位人员,配合有关调查人员调查取样。

多发性创伤护理观察抢救

概 念

在同一致病因素下,使两个或两个以上解剖部位或脏器受到严重损伤,其中有一处是危及生命的或合并休克。凡具备下列两项以上定为多发性创伤:①头部伤(意识障碍、颅骨骨折、脑挫伤、颅内血肿);②胸部伤(多发肋骨骨折,血气胸,心肺挫伤,纵隔伤,心脏、心包、大血管伤,气管伤);③腹部伤(腹内出血、脏器伤、腹膜后大血肿);④长骨骨折(股骨或多发性长骨骨干骨折);⑤复杂骨盆骨折(或伴休克);⑥脊髓伤(伴高位截瘫)。

临床表现

1. 休克:常为大失血所致,有神志淡漠、烦躁不安、皮肤湿冷、心率加快、血压下降、尿量减少、中心静脉压下降,在无严重外出血时必须考虑胸、腹内脏的损伤、骨盆骨折、四肢长骨骨折等。
2. 呼吸困难:头、面、颈部的损伤、多发肋骨骨折、连枷胸、血气胸均有可能引起呼吸困难。
3. 意识障碍:常由于颅脑外伤所致。可有肢体偏瘫、失语、出现病理反射和生命体征的改变。

护理观察

1. 建立特护记录,严密观察病人神志、瞳孔、表情。
2. 心电监测。
3. 监测呼吸、血氧饱和度、尿量、尿色。
4. 体温:休克病人体温一般偏低,如病人体温突然升高表示有其他感染,要及时报告医师。
5. 伤情观察:体位、皮肤创面、伤肢姿势、活动情况、有无大小便失禁等情况。

护理措施

1. 抢救原则:保全生命、保留肢体、减少残废、防止感染。
2. 保持呼吸道通畅:排除呼吸道梗阻、纠正舌后坠,必要时气管插管、气管切开,呼吸机辅助呼吸。
3. 吸氧。
4. 心跳呼吸骤停,立即进行心肺脑复苏术。
5. 开放1~3条大口径静脉通道:①测中心静脉压;②补充液体,疑有骨盆骨折、腹部内脏出血、损伤时,不能从下肢静脉补液;③立即配血、输血;④应用血管活性药物。
6. 绝对卧床休息,防止坠床。观察期间禁食。
7. 手术治疗者及早做好术前准备:迅速做好青霉素、普鲁卡因皮试,备皮、血交叉配血试验等术前准备。
8. 留置导尿。
9. 积极协助医生检查。①实验室检查:血常规、血细胞比容、尿常规、肾功能、淀粉酶等;②特殊检查:B超、X线透视平片、CT、MRI、诊断性穿刺。
10. 镇痛、镇静、心理护理。
11. 防止并发症:休克、内脏损伤、出血、重要动脉损伤、脊髓损伤、周围神经损伤、脂肪栓塞。

颅脑损伤护理观察抢救

概念

颅脑损伤是指外力直接或间接作用于头部所造成的颅脑功能性和器质性损伤。包括头皮损伤、颅骨损伤、脑损伤(脑震荡、脑挫裂伤)、颅内血肿、脑干损伤。

临床表现

1. 头皮创伤:有头皮挫伤、裂伤、撕脱伤、头皮血肿。头皮创伤可因大量出血而发生休克。

2. 颅骨骨折:分为颅盖骨折与颅底骨折,颅底骨折会出现脑脊液鼻漏、耳漏等。

3. 脑创伤

(1) 脑震荡:单纯脑震荡,昏迷时间 $< 30 \text{ min}$,有轻度头痛、头晕症状,神经系统及脑脊液检查无明显异常,有或无颅骨骨折。

(2) 脑挫裂伤:意识障碍,昏迷一般在 30 min 以上或 $> 12 \text{ h}$ 。轻度脑挫裂伤者生命体征可有轻度改变,严重者可出现明显改变。可出现瘫痪、失语、癫痫和感觉障碍等定位症状和体征;有躁动、易怒、拒食、打人、毁物、恐惧、痴呆等精神症状;头痛、呕吐、脑膜刺激征阳性。

(3) 脑干伤:由于网状上行激活系统受损,患者昏迷深而持久。伤后会出现双侧锥体束征阳性,甚至出现去脑强直。

(4) 弥漫性轴索损伤:患者表现长期昏迷,可以无定位体征和颅内高压症表现。

护理观察

1. 了解病人头部受伤史:了解致伤物体的大小、形状、质量、速度和作用于头部时的方向、角度等。向陪护人员询问受伤时病人的神志是否清醒,神志不清所持续的时间,有无中间清醒期,采取了哪些急救措施。病人受伤后多久出现头痛、头晕、呕吐等症状。

2. 观察病人有无口、鼻、外耳道出血或脑脊液漏。

3. 观察意识状态是脑损伤病人最易出现的变化之一,表现为嗜睡、朦胧、半昏迷和昏迷。可采用国际通用的 GCS 昏迷评分法来判断病人的情况。

4. 观察瞳孔变化提示脑损伤的情况:①伤后一侧瞳孔扩大、对光反应消失,是颅内血肿的表现;②双侧瞳孔时大时小、变化不定,对光反应差,常为脑干损伤的特征;③伤后一侧瞳孔进行性散大、对侧肢体瘫痪、意识障碍,提示脑受压或脑疝;④伤后双侧瞳孔均散大,超过 5 mm,眼球固定,对光反射消失,出现不规则病理呼吸和去脑强直症状,提示有枕骨大孔疝形成;⑤眼球若能外展、伴复视为外展神经损伤;⑥眼球震颤为小脑或脑干损伤;⑦双瞳缩小、光反应迟钝,则可能是桥脑损害、蛛网膜下腔出血,也可能因使用冬眠药物,大剂量镇静剂及吗啡等所致。

5. 观察生命体征变化:①高热、深昏迷表示丘脑下部受损;中枢神经高热或体温不升,提示有严重颅脑损伤;体温逐渐升高且持续不退,提示继发感染的可能。②伤后血压上升、脉搏缓慢而有力、呼吸慢而深,提示颅内压增高,应警惕颅内血肿或脑疝发生。

6. 观察肢体运动和锥体束征:观察肢体肌力、肌张力,结合病理反射和有无感觉障碍进行综合分析。有无偏瘫、癫痫,有无颅内压增高症(剧烈头痛和喷射性呕吐)。

护理措施

1. 建立特护记录,严密观察病情,伤后 24 h 内,测血压、呼吸、脉搏、瞳孔 1 次/15 ~ 30 min,观察神志、颅内压变化。
2. 绝对卧床休息,禁食,抬高床头 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$,以利颅内静脉回流,减轻脑水肿。
3. 保持呼吸道通畅,必要时气管切开,进行机械通气,对使用呼吸机的病人做好呼吸机管理、气道护理。定时翻身拍背,预防肺炎的发生。
4. 氧气吸入以改善脑缺氧。
5. 立即开放大口径静脉通道,并注意输液速度和输血量。
6. 对耳、鼻流血或脑脊液耳鼻漏者,应保持局部清洁通畅,切勿堵塞或冲洗。
7. 防止坠床、自伤等继发性损伤,做好防护外可用苯妥英钠控制癫痫发作。
8. 控制脑水肿:①脱水药物应用(甘露醇、呋塞米、白蛋白);②肾上腺皮质激素;③低温疗法(冬眠合剂、物理降温、冰帽、冰毯等)。
9. 若需急诊开颅清除血肿、钻孔检查,在 30 min 做好剃头、配血、导尿、皮试等术前准备工作。
10. 伤后 72 h 内宜采用肠外营养,3 d 后肠鸣音恢复可采用肠内营养,经口饮食或鼻饲。
11. 协助医生进行 X 线检查、腰椎穿刺、脑超声波、脑电图、CT 扫描。
12. 加强口腔卫生,预防口腔炎。
13. 保持皮肤清洁,加强护理,防止褥疮发生,保持皮肤完整性。
14. 昏迷病人常留置导尿,应严格执行无菌操作,做好导尿管护理,预防泌尿系感染。

护理措施

15. 预防关节挛缩、肌萎缩:卧床病人双下肢用软枕垫起,保持功能位,防止足下垂;每日做关节运动及肌肉按摩,防止肢体挛缩和畸形;在病情允许的情况下,可协助病人床上活动,加强功能锻炼,以促进功能重建。

严重胸部创伤护理观察抢救

概 念

由于胸部内有重要的生命器官,严重的胸部创伤常引起呼吸、循环功能障碍,若不及时处理可致死亡。

胸部伤一般根据是否穿破壁层胸膜,造成胸腹腔与外界相通分为闭合性和开放性两大类。

护理观察 与 急救

1. 肋骨骨折:胸部压痛,骨摩擦音,皮下气肿,多处多段骨折,胸壁塌陷,反常呼吸。立即给予药物止痛、肋间神经封闭、固定制动、保持呼吸道通畅、预防肺部感染、纠正反常呼吸。

2. 张力性气胸:胸壁有伤口,并有空气进出的响声,可引起胸闷、气促、发绀甚至休克,纵隔移向健侧,气管向健侧移位,伤侧胸部叩诊鼓音,呼吸音消失。立即在伤员胸部第2~3肋间与锁骨中线交点处穿刺排气减压,高流量吸氧4~6 L/min,胸腔闭式引流,抗生素控制感染,做好手术准备。

3. 开放性气胸:极度呼吸困难、发绀甚至休克,有皮下气肿、纵隔气肿,并呈钟摆状,叩之鼓音,呼吸音消失。立即封闭伤口,及早清创缝合伤口;胸穿抽气减压或胸腔闭式引流;高流量吸氧4~6 L/min;控制休克;控制感染;做好手术准备。

护理观察
与急救

4. 创伤性血胸:胸腔大量积血时,伤员有面色苍白、出冷汗、脉搏快弱、血压下降、气促等休克表现,纵隔移向健侧,叩诊浊音,呼吸音消失。控制休克;输液,输血,高流量吸氧 4 ~ 6 L/min;胸腔抽血;胸腔闭式引流;控制感染;做好手术准备。

护理措施

1. 取半卧位,保持呼吸道通畅,及时清除呼吸道分泌物,高流量给氧。
2. 建立特护记录,严密观察病情,注意有无咯血、呼吸困难,监测体温、脉搏、呼吸、血压、胸壁运动、CVP、心电监护、SPO₂、血气检测。
3. 迅速建立静脉通道,控制休克,及时配血型,做血交叉、配血试验。
4. 对放置胸腔闭式引流管的伤员做好引流管护理;保持引流密闭和通畅,密切观察引流液的色、量、性质。
5. 留置导尿,记录尿量。
6. 对应用呼吸机的伤员做好气道护理。
7. 需手术者做好手术准备:备皮、奴夫卡因皮试,备好引流用物、胸带等。