

护理学基础与护理常规

HULIXUE JICHU YU
HULI CHANGGUI

主 编 袁 琛 王丽霞 陈太云 田 华 范淑红

云南出版集团
云南科技出版社

需要全本请访问 www.ertongbook.com

护理学基础与护理常规

HULIXUE JICHU YU
HULI CHANGGUI

主 编 袁 琛 王丽霞 陈太云 田 华 范淑红

云南出版集团
云南科技出版社
·昆明·

图书在版编目（CIP）数据

护理学基础与护理常规 / 袁琛等主编. -- 昆明 : 云南科技出版社, 2019.7
ISBN 978-7-5587-2232-5

Ⅰ. ①护… Ⅱ. ①袁… Ⅲ. ①护理学 Ⅳ. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2019)第136797号

护理学基础与护理常规
袁　琛　王丽霞　陈太云　田　华　范淑红　主编

责任编辑：王　韬
助理编辑：杨志芳
封面设计：品雅传媒
责任校对：张舒园
责任印制：蒋丽芬

书　　号：ISBN 978-7-5587-2232-5
印　　刷：云南出版印刷集团有限责任公司　云南新华印刷一厂
开　　本：889mm × 1194mm　1/16
印　　张：26
字　　数：824千字
版　　次：2019年7月第1版　2019年7月第1次印刷
定　　价：88.00元

出版发行：云南出版集团公司　云南科技出版社
地　　址：昆明市环城西路609号
网　　址：http://www.ynkjph.com/
电　　话：0871-64190889

版权所有　侵权必究

编　委　会

主　编　袁　琛　王丽霞　陈太云
田　华　范淑红

副主编　王秋玲　李云艳　宋　雪　吕　艳
冀雨萍　马婷婷　刘美玲

编　委　(按姓氏笔画排序)

马婷婷　北部战区空军医院
王丽霞　山东省临邑县人民医院
王秋玲　郑州市第七人民医院
田　华　青岛市第八人民医院
吕　艳　邯郸钢铁集团有限责任公司职工医院
刘美玲　北部战区空军医院
李云艳　河南中医药大学第一附属医院
李阿芳　中国人民解放军海军第九七一医院
邱　婷　成都医学院第一附属医院
宋　雪　南阳医专附属中医院
陈太云　合肥市第一人民医院，合肥市滨湖医院
范淑红　内蒙古医科大学附属医院
袁　琛　青岛市中心医院
冀雨萍　潍坊市人民医院

前　言

护理学是以维护和促进健康、减轻病痛、提高生命质量为目的，运用专业知识和技术为人民提供健康服务的一门科学。近年来，随着科技的进步，护理学的发展日新月异，许多护理新理论和新技术不断涌现并广泛应用于临床，有效地减轻了患者负担、缓解了患者病情。这就要求护理工作人员具备更高的人文素质、实践技能、整体护理知识和社会知识，本书正是在这样的背景下编写而成的。

本书以临床护理为依据进行介绍，介绍的内容更适用于临床实践。包括了急诊科护理、内科疾病护理、妇科疾病护理、儿科疾病护理、骨科护理、普外科疾病护理、耳鼻喉科护理、皮肤病的护理及消化内镜护理等内容。内容丰富，材料新颖，图文并茂，突出直观性和实用性，便于读者更好地理解和掌握。

在编写过程中，由于作者较多，写作方式和文笔风格不一，再加上时间有限，难免存在疏漏和不足之处，望广大读者提出宝贵的意见和建议，谢谢。

编　者

2019 年 7 月

需要全本请访问 www.ertongbook.com

目　录

第一章　急诊护理与急诊分诊 …… 1
　第一节　现场急救中的护理 …… 1
　第二节　伤员转送途中的护理 …… 6
　第三节　昏迷病员的护理 …… 9
第二章　常见急症的护理 …… 13
　第一节　急性心肌梗死 …… 13
　第二节　呼吸困难 …… 14
　第三节　窒息 …… 20
　第四节　急性胸痛 …… 21
　第五节　严重心律失常 …… 26
　第六节　急性腹痛 …… 31
　第七节　高血糖症与低血糖症 …… 35
　第八节　脑卒中 …… 40
　第九节　脑疝 …… 43
　第十节　多器官功能障碍综合征 …… 45
　第十一节　中暑 …… 50
　第十二节　冻僵 …… 51
　第十三节　淹溺 …… 54
　第十四节　缢死 …… 57
　第十五节　电击伤 …… 58
　第十六节　高原病 …… 61
第三章　神经内科疾病护理 …… 65
　第一节　癫痫 …… 65
　第二节　脑梗死 …… 70
　第三节　帕金森病 …… 75
　第四节　多发性神经病 …… 79
第四章　呼吸内科疾病护理 …… 81
　第一节　急性呼吸道感染 …… 81
　第二节　支气管哮喘 …… 83
　第三节　支气管扩张症 …… 89
　第四节　呼吸衰竭 …… 91
　第五节　肺血栓栓塞 …… 94
第五章　心内科疾病护理 …… 97
　第一节　心力衰竭 …… 97
　第二节　高血压 …… 105
　第三节　心绞痛 …… 114

第四节　心肌梗死…… 119
第五节　感染性心内膜炎…… 125
第六章　消化内科疾病护理…… 131
第一节　胃食管反流病…… 131
第二节　急性胃炎…… 137
第三节　慢性胃炎…… 140
第七章　肾内科疾病的护理…… 143
第一节　肾小管性酸中毒护理…… 143
第二节　急性肾衰竭…… 145
第三节　慢性肾衰竭…… 148
第四节　急性间质性肾炎护理…… 153
第五节　慢性间质性肾炎护理…… 155
第八章　血液科疾病护理…… 157
第一节　血栓性血小板减少性紫癜…… 157
第二节　非霍奇金淋巴瘤…… 161
第三节　霍奇金淋巴瘤…… 163
第四节　贫血…… 172
第五节　急性白血病…… 183
第九章　妇科内分泌疾病护理…… 186
第一节　功能失调性子宫出血…… 186
第二节　经前期综合征…… 191
第三节　闭经…… 193
第四节　痛经…… 196
第五节　围绝经期综合征…… 197
第十章　生殖器官肿瘤护理…… 201
第一节　外阴癌…… 201
第二节　子宫颈癌…… 204
第三节　子宫肌瘤…… 210
第四节　子宫内膜癌…… 214
第五节　卵巢肿瘤…… 218
第十一章　外阴、阴道疾病护理 …… 225
第一节　外阴、阴道创伤 …… 225
第二节　先天性无阴道…… 227
第三节　尿瘘…… 228
第四节　盆底功能障碍性疾病…… 230
第十二章　产科疾病护理…… 234
第一节　妊娠期呕吐…… 234
第二节　妊娠期腹痛…… 239
第三节　妊娠期高血压…… 242
第四节　妊娠期阴道流血…… 246
第五节　前置胎盘…… 252
第六节　胎盘早剥…… 254
第七节　胎膜早破…… 257
第八节　产后出血…… 259

第九节　产褥期产妇的护理…… 261
第十三章　儿科护理…… 264
第一节　新生儿出血症…… 264
第二节　先天性心脏病…… 266
第三节　急性心力衰竭…… 269
第四节　支气管哮喘…… 273
第十四章　骨科疾病护理…… 276
第一节　骨伤患者入出院护理…… 276
第二节　骨伤患者的心理护理…… 282
第三节　骨伤患者的营养护理…… 286
第四节　手部开放性损伤…… 293
第五节　手部骨与关节损伤…… 295
第六节　手部肌腱损伤…… 296
第七节　肩部损伤…… 297
第八节　肱骨干骨折…… 299
第九节　肘部损伤…… 300
第十节　前臂骨折…… 302
第十一节　腕部骨折…… 303
第十二节　股骨粗隆间骨折…… 304
第十三节　股骨颈骨折…… 305
第十四节　股骨干骨折…… 306
第十五章　普外科疾病的护理…… 309
第一节　急性胰腺炎…… 309
第二节　急性化脓性腹膜炎…… 311
第三节　胃及十二指肠溃疡…… 315
第四节　结、直肠癌 …… 322
第十六章　耳鼻喉科疾病护理…… 329
第一节　急性化脓性中耳炎…… 329
第二节　耳源性并发症…… 330
第三节　梅尼埃病…… 332
第四节　突发性耳聋…… 333
第五节　慢性鼻炎…… 334
第六节　喉咽癌…… 335
第七节　喉癌…… 339
第十七章　皮肤病的护理…… 348
第一节　药疹患者的护理…… 348
第二节　梅毒的护理…… 356
第三节　淋病的护理…… 359
第四节　非淋菌性尿道炎的护理…… 361
第五节　尖锐湿疣的护理…… 362
第六节　生殖器疱疹的护理…… 364
第七节　风疹…… 366
第八节　丹毒…… 367
第九节　脓疱疮…… 369

第十节　麻风…… 372
第十一节　银屑病…… 374
第十二节　湿疹与接触性皮炎…… 378
第十三节　红斑狼疮…… 381
第十四节　带状疱疹…… 384
第十五节　过敏性紫癜…… 387
第十八章　消化内镜护理…… 393
第一节　上消化道内镜黏膜切除术和内镜黏膜下剥离术的护理配合…… 393
第二节　下消化道内镜黏膜下剥离术的护理配合…… 395
第三节　胃镜护理…… 399
第四节　食管、胃内异物取出术的护理配合 …… 407
第五节　食管、胃息肉治疗的护理配合 …… 408
第六节　经皮胃镜下胃和小肠造瘘术的护理配合…… 411
第七节　胃内球囊的护理配合…… 413
参考文献…… 416

第一章

急诊护理与急诊分诊

第一节　现场急救中的护理

院前救援中护理工作主要的职责是配合其他救援人员对伤病员的病情进行迅速准确的评估，做出初步诊断，处理致命病因与症状，并将伤病员迅速安全地转运。

一、现场护理体检

当救援人员到达抢救现场后，护理人员首先应迅速地配合处理直接威胁伤员生命的伤情或症状。同时迅速对伤员进行护理体检，判明损伤部位和伤情程度，检伤分类，从而为现场救援的初步处置及安全转运提供资料。

（一）生命体征

1. 呼吸　首先检查呼吸道是否通畅，注意观察呼吸频率、节律、深浅度，有无叹息样呼吸、呼吸暂停、被动呼吸体位及呼吸困难，有无三凹征及发绀。

2. 脉搏　测量脉率及脉律以及脉搏强弱。常规触摸桡动脉，桡动脉不能扪及者触摸颈动脉或股动脉。脉搏微弱或触摸困难常提示病员血容量不足和心功能不良。

3. 血压　血压是反映机体生命活动的重要指标。常测量肱动脉压，若双侧上肢损伤无法测肱动脉压时，应测量腘动脉压。其压力值比上肢动脉压高 2.6～4kPa（20～30mmHg）。血压过高时需立即控制，血压过低或脉压缩小提示有大量出血或休克存在。

4. 体温　首先用手触及病员肢体。拭其有无皮肤湿冷、发凉，并观察有无皮肤花纹出现，若肢端冰凉、发绀，且有皮肤花纹出现提示休克存在。必要时或伤情许可，可用体温计直接测腋下温度。

（二）意识

根据病员对刺激（语言或疼痛）所产生的觉醒反应的程度，觉醒水平及维持觉醒时间来判断意识状态。意识状态的改变是脑功能损害的基本表现，其程度一般与脑功能障碍的程度相应，故早期认识意识障碍并发现其原因，进行及时抢救，是挽救伤员生命的关键。

（三）瞳孔

对伤员的瞳孔观察应注意其瞳孔大小和对光反射。颅脑损伤者常发生颅内压增高而导致脑疝，观察瞳孔变化可及时发现脑疝，为救援处理提供信息。

（四）头部体征

1. 头颅骨　头部皮肤及颅骨是否完整，有无血肿或凹陷。

2. 面部　面色是否苍白、发绀或潮红，有无大汗。

3. 口　口唇色泽是否正常，有无发绀（注意区别口部化妆着色存在的假象），口腔内有无呕吐物、血液，唇、舌、牙龈等有无损伤，有无脱落的牙齿，如发现牙齿松脱或戴有活动性假牙要及时清除，并

注意有无舌根后坠，若舌后坠影响呼吸应立即放置口咽通气管。

4. 鼻　鼻的完整性，鼻腔是否通畅，有无呼吸气流，有无血性液或脑脊液自鼻孔流出。

5. 眼　观察眼球表面及晶状体有无出血、充血，视力如何，眼缘是否完整。

6. 耳　耳道中有无异物，听力如何，有无血性液或脑脊液自耳道流出，耳郭是否完整。

（五）颈部

仔细检查颈前部有无损伤、出血、血肿，气管位置是否居中，有无偏移。

（六）脊柱

对创伤伤病员在未确定是否存在脊髓损伤的情况下切不可盲目搬动伤员。令伤病员活动手指和足趾，如活动消失，保持伤病员平卧位，用指腹自颈后沿后正中线从上到下按压，询问是否有疼痛；触摸、检查有无肿胀或形状异常，四肢有无麻木和运动障碍。如疑有颈椎骨折，侧翻伤病员时应保持脊柱轴线位，以免加重损伤。

（七）胸部

胸部叩诊可初步判断胸腔有无积液、积气。查锁骨有无异常隆起或变形，在其上稍施压力，观察有无压痛，以确定有无骨折并定位；检查胸部在吸气时两侧胸廓是否扩张对称、胸部有无创伤、出血或可见畸形；双手平开轻轻在胸部两侧稍加压力，检查有无肋骨骨折。

（八）腹部

观察腹壁有无伤口、内脏脱出、出血或畸形；腹壁有无压痛或肌紧张；若腹部为开放性损伤，流出粪水样液体为外伤性肠穿孔；流出黄色或红色血液为十二指肠或胆管损伤；流出鲜红色血液为腹腔内实质器官损伤。

（九）骨盆

两手分别放在病员髋部两侧，轻轻施加压力检查有无疼痛或骨折存在。观察外生殖器有无明显损伤，男性有无前尿道损伤的体征。

（十）四肢

1. 上肢　检查上臂、前臂及手部有无异常形态、肿胀或压痛，桡动脉搏动是否存在，病员手指能否自主活动，有无感觉障碍，以判断有无骨折、关节脱位、血管神经损伤。若病员神志清楚可以配合，可让其活动手指及前臂，检查推力、握力及皮肤感觉。

2. 下肢　用双手在伤员双下肢同时进行检查；两侧相互对照观察有无变形或肿胀；但切不可抬起伤员下肢检查足背动脉搏动及肢端、甲床血循环情况。

现场体检要求迅速、轻巧，不同的致伤因素对伤员检查的侧重点不同、在检查中要随时处理直接危及伤员生命的症状和体征。

二、检伤分类

通过现场护理体检，依据伤情应及时将伤员分为以下三种情况，以便现场救援处置及时、准确、有序进行。

1. 轻症伤员　伤员清醒，对检查能够配并发反应灵敏。

2. 中重度伤员　对检查有反应但不灵敏，有轻度意识障碍进入浅昏迷状态。

3. 重度伤员　对检查完全无反应，意识丧失，中度或深度昏迷状态，随时有生命危险。

遇到重大灾害性事故或成批伤员时应依据伤情分类，最好边检查边配发伤情识别卡，并同时发给转运标志，转运标志可用别针别于伤员胸前。伤情识别卡有红、黄、绿、黑四种。红卡表示危重伤员；黄卡表示重伤员；绿卡表示轻症伤员；黑卡表示死亡或濒死伤员。同时把同类伤病员集中到同一种标志的救护区。伤情识别卡的目的是：减少对伤员的不必要重复检查，节省时间，减少抢救的盲目性，减轻伤员痛苦，给后续治疗的医务人员提供伤员情况，以便在后续抢救中分清救援顺序。

需要全本请访问 www.ertongbook.com

三、现场救援护理措施

（一）脱离险境，解除致伤因素

救援人员赶到现场抢救伤员的第一步是尽快将伤员救出。当车辆发生燃烧时避免使伤员继续受到烧伤或吸入有害气体。对溺水者首先立即清除其口鼻内淤泥、杂草、呕吐物等，如有活动性假牙应取出以免坠入气管；若伤员呼吸心跳停止，应紧急实施口对口人工呼吸并同时配合胸外心脏按压。在火灾现场救人的原则是先挽救生命，如火焰烧伤，应使其速离火源，避免烟熏和继续吸入有害气体；脱去或剪去已着火的衣服，特别应注意着火的棉服，有时明火已熄，暗火仍燃。若系电击伤，当务之急是采取当时最快的方式脱离电源，同时注意救援人员自身的安全，这是抢救成功的关键。若系地震灾害，救援护理人员应根据倒塌的建筑物中的呼救声，组织人力、物力搜寻伤员，进行挖掘救援、在接近伤员时应防止工具的误伤，尽量用手刨，保证伤员不再受到损伤。发现伤员后应尽快判断伤情轻重，如伤员口鼻内泥沙或呕吐物、血凝块堵塞，应迅速清除保持呼吸道通畅；若重物挤压时间过久，掀起重物后应密切注意挤压综合征的发生；在发现和怀疑有脊柱骨折时，小心搬动，防止脊柱弯曲和扭转加重损伤。若肢体被绞进机器应立即停止机器转动，并倒转机器轮子缓慢退出伤肢，切忌强行向外拖拉伤肢。若系化学药品烧伤应立即用清水冲洗灼伤部位。

（二）保持气道通畅防止窒息

若发现伤员呼吸困难、唇趾发绀、应立即解开伤员衣领和腰带，将伤员平卧，以仰头举颌法打开气道使头向后仰；若怀疑有头颈部受伤则采用托颌法，托起下颌迅速清除气道分泌物、呕吐物、血凝块或异物。舌后坠者，应用舌钳将舌牵于口外或放置口咽通气管，并同时吸氧。必要时行气管插管以保持气道通畅。

（三）创伤出血的现场处理

创伤出血是导致休克、引起死亡的主要原因之一。故救援人员应采取紧急止血措施，防止休克的发生。动脉出血呈鲜红色喷射状或随心脏舒缩一股一股地冒出，流速快，量多；静脉出血呈暗红色涌流状或徐徐外流，速度稍缓慢，量中等；毛细血管出血，血液像水珠样流出或渗出，血液由鲜红色变为暗红色且量少，判断出血的性质对抢救止血具有指导意义。

现场止血的护理操作要点如下：

（1）尽可能佩戴个人防护用品，戴上医用手套，若无，可用敷料、塑料袋、干净毛巾等作为隔离层防护。如必须用裸露的手处理伤口，在处理完毕后，清洗双手。

（2）脱去或剪开衣服，暴露伤口，检查出血部位。

（3）根据出血的部位及出血量的多少，采用不同的止血方法。

（4）不要对嵌有异物或骨折断端外露的伤口直接压迫止血。

（5）不要去除血液浸透的敷料，而应在其另加敷料并保持压力。

（6）肢体出血应尽可能将受伤区域抬高到超过心脏的高度。

（7）四肢的动、静脉出血，如使用其他的止血方法能止血的，就不用止血带止血。

止血方法有包扎止血、加压包扎止血、指压止血、加垫屈肢止血、填塞止血、止血带止血。

1）包扎止血法：用敷料包扎或就地取材，如干净毛巾、布料等包扎止血。用于表浅伤口出血损伤小血管和毛细血管，出血量小的伤口。

2）加压包扎止血法：在出血伤口上置厚敷料或清洁的毛巾，用绷带加压包扎，压力以能止住出血而又不影响伤肢的血循环为度。该方法多用于全身各部位小动脉、小静脉、毛细血管止血。

3）指压止血法：在出血伤口近心端，根据动脉行走的部位，用手指、手掌或拳头将动脉压在骨骼上，达到止血或减少出血的目的。这种止血法只是临时紧急措施，多用于动脉出血且血量较多的伤口。在压迫止血的同时，应立即实施其他有效的止血方法。

4）加垫屈肢止血法：对于肢体外伤出血量较大，且无骨折者，用上肢加垫屈肢止血法或下肢加

垫屈肢止血法。用此法需注意肢体远端的血液循环，每隔 40 ~ 50min 缓慢松开 3 ~ 5min，防止肢体坏死。

5）填塞止血法：对于四肢较深大的伤口或盲管伤、穿通伤，出血多，组织损伤严重的应现场紧急救治。用消毒纱布、敷料（如无，用干净的布料代替）填塞在伤口内，再用加压包扎法包扎。

6）止血带止血法：四肢大血管损伤，或伤口大、出血量多时，采用以上止血方法仍不能止血，方可选用止血带止血的方法。该方法简单易行且行之有效，但如果使用不当则可造成组织缺血、坏死，甚至使伤员失去肢体。无论使用哪种止血带都要在上止血带部位垫好衬垫（绷带、毛巾、平整的衣物等），注意定时放松（每 40 ~ 50min 放松一次，每次 3 ~ 5min），放松止血带要缓慢，防止血压波动或再出血。在转运时应明确标记，写明止血带的时间，做好交接工作。

（四）合理放置伤员体位

对于轻症或中重度伤员，在不影响急救处理的情况下，救援护士应协助伤员取舒适安全的体位，平卧位头偏向一侧（疑有颈椎骨折者，应使其头、颈、躯干保持平直卧位），或取屈膝侧卧位。使伤员以最大程度的放松，保持气道通畅，防止误吸发生，保证其重要器官的血流灌注。对于胸背部直接受撞击引起胸腔压力突然增高，压迫心脏，以致心脏力量减弱，造成胸部血液回流困难而引起损伤性窒息的病员，原则上宜取半卧位，以减少回心血量，减轻心脏负荷，增加心肌收缩力。

（五）建立良好的静脉通道

凡需建立静脉通道的伤员，均应选择使用静脉留置针。因静脉留置针穿刺方便、易于固定，可将软管留置在血管内。能保证快速而通畅的液体流速。对抢救创伤出血、休克等危重伤员，在短时间内扩充血容量极为有利。而且在病员躁动、体位改变和转运中留置针不易脱出或穿破血管壁。若发生创伤性休克，应迅速建立双静脉通道，保证有效循环血量，使尿量维持在 60 ~ 80ml/h，避免肾功能的进一步损伤。

（六）松解伤员衣物技巧

在救援现场为便于抢救、观察及治疗，需适当地脱去或剪开病员的某些衣物，尤其对创伤、烧伤者，衣服不仅掩盖了真实的创口或出血、粘连在创口，且有直接的污染作用。去除衣物需掌握一定的技巧，以免操作不当加重伤情。

1. 脱除头盔法　如伤员有头部创伤，且因头盔而妨碍呼吸时应立即脱除头盔。疑有颈椎创伤时应十分慎重，必须与医生合作处理。如伤员无颅外伤、呼吸良好，且去除头盔较为困难时，不主张强行脱除。脱除头盔法是用力将头盔的边向外侧扳开，解除夹在头部的压力，再将头盔向后上方托起即可脱除。整个过程应稳妥，忌粗暴，以免加重伤情。

2. 脱上衣法　脱衣顺序是先脱健侧，再脱患侧。卧位病员脱衣应先解开衣扣，将衣服尽量向肩部方向推，背部衣服向上平拉，提起健侧手臂，使其屈曲，将肘关节和前臂及手从衣袖中拉出；将脱下的一侧衣袖打成圈状（衣扣包在里面），衣服从颈后平推至对侧，然后徐徐退下患侧衣袖。如伤员生命垂危、情况紧急、伤员衣服与创伤处的血凝块粘贴较紧或伤员穿有套头式衣服较难脱去时，可直接用剪刀剪开衣袖，为救援争取时间和减少意外创伤。

3. 脱长裤法　伤员呈平卧位，解开腰带及扣，从腰部将长裤退至髋下，保持双下肢平直，将长裤平拉脱出，不可随意抬高或屈曲双下肢。

4. 脱鞋袜法　托起并固定踝部，以减少震动，解开鞋带，向下再向前顺脚型方向脱下鞋袜。

上述救援护理准备为后续抢救和治疗提供了方便。现场救援护理的主要目的在于：维持伤员生命，减少出血及防止休克，保护伤口，避免加重骨折损伤，防止并发症及伤势恶化。一旦病情允许，迅速将伤病员安全地转运到就近医院或专科医院继续治疗。

四、安全转运

经现场初步救援处置后，将伤员快速、安全地转至医院，使伤员尽早地接受专科治疗，对减少伤残

至关重要。决定伤员转运的基本条件是在搬动及转运途中伤员不会因此而危及生命或，使伤情急剧恶化。

（一）搬动伤员至安全区

救援现场停留的救护车，都配有功能良好的担架 1 ~2 副。一般而言，应尽可能在不改变伤员体位的情况下将伤员移上担架。在狭窄地带、山区、塌方或火灾现场，要依靠救援护理人员协助伤员移出危险区，并搬运至安全地带或救护车上。尽管这个过程短暂，但也应十分谨慎小心，处理恰当，否则会前功尽弃。如将脊柱损伤者随便抱扶至担架，可加重其骨折或损伤脊髓。

（二）搬运方法

1. 常用担架　担架的种类很多，除特制质量较好的担架外，简易的担架有：

（1）帆布担架：帆布担架构造简单，由一幅帆布、两根木棒、两根横铁或横木、两根负带和两根扣带组成。该方法适用于内科系列伤员，脊柱损伤者禁用。

（2）绳索担架：多为临时制成。用木棒或竹杆两根扎成长方形之担架状，然后缠以坚实的绳索即成。

（3）被服担架：取两件衣服或长衫、大衣翻袖向内成两管，插入两根木棒，再将纽扣扣好即成。

2. 上担架法　在尽可能不改变伤员体位的情况下，将伤员平抬上担架。如 3 人搬运，每人将双手平放在伤员的头、胸背、臀部、下肢下面，使伤员的头、躯干、四肢保持在同一水平，听统一号令，将伤员一同抬起，平移放在担架上。如搬运者是两人，可用一床单或毯子轻轻平塞入伤员身下拉平展开，搬运者站在伤员头、脚部，拉起床单的四角，共同用力平兜起伤员移置担架上。注意床单要结实完好，两人用力一致以免摔伤伤员。如果使用的是可以拆装的帆布担架，则可拆下担架上的帆布，将其平铺在伤员身下面，再将两根长杆插入帆布的侧筒中，即可将伤员移至担架上。

3. 徒手搬运法　当现场找不到担架、转运路程较近，而且伤情又允许时，可采用此法。但徒手搬运无论对搬运者或伤员都比较劳累；对病情较重的伤员，如骨折、胸部创伤者不宜使用此法。

（1）单人搬运法：①搀扶法：适用于神志清楚、行动困难但不能自行脱离危险区的伤员，救护人员站在伤者一侧，拉起近侧手臂，使伤者手臂搭在救护者的颈部，然后救护者用外侧的手牵着伤者手腕。另一只手环绕住伤者腰部，并抓牢伤者衣服，使其依靠救护者的身体协助行动。②拖运法：使伤者平躺，两臂弯曲并搭放在胸前，救护者蹲在伤者头前方，双手置于伤病员腋下，抓紧腋下衣服使伤者头依附在救护者的前臂上。然后，向后用力使伤员在地上平移，直至拖行出危险区。③背负法：救护者站在伤者前面呈同一方向，微弯背部将伤者背起。但对胸部、脊柱创伤者不宜采用此法。如伤者卧于地上不能站立，则救护人员可躺于伤者一侧，一手紧握伤者肩，另一只手抱其腿，用力翻身，使伤者负于救护者背上，而后慢慢起来。

（2）双人搬运法：①椅托式：又称座位搬运法。甲乙两救护者在伤者两侧对立，甲以右膝而乙以左膝跪地，各以一手置于伤者大腿之下而相互握紧，另一只手彼此交替而搭于肩上，支持伤者背部以免跌下。②拉车式：由两个救护者实施。一个站在伤者头部两手置于伤者腋下将其抱入怀内；另一个站在伤者足部跨在伤者的两腿中间用手托起其大腿，两人步调一致慢慢抬起卧式前行。

4. 上、下救护车法　救护车上多安置有轨道滑行装置，上车时要注意伤者头部在前，将担架放在轨道上滑入车内。如无此装置，救护人员应合力将担架抬起，保持头部稍高位抬入救护车内。将担架抬下救护车时，救护人员要注意保护伤者，如从轨道上滑行，要控制好滑行速度，尽可能保持担架平稳。

（袁　琛）

第二节　伤员转送途中的护理

一、伤病员转送途中护理的必要性

灾难发生时，绝大多数情况下系在较短的时间内突然造成大批的伤病员。由于现场环境恶劣、条件限制、场地狭小，人员拥挤，不允许就地抢救大量伤员，必须将伤病员转送出去，方能实施有效救治。因此，做好转送途中的护理处置工作，对确保转送途中伤病员的安全，减轻伤病员的痛苦，预防和最大限度地减少并发症，降低伤残率和死亡率都有十分重要的意义。

二、伤病员转送前的要求

（1）根据不同灾害和伤情，转运前必须将伤员进行大致分类，一般分轻、中、重、危四类，并对受伤部位做出鲜明的标志，以利途中观察与处置。

（2）注意发现危及生命的症状及体征，如出血、内脏穿孔、发热抽搐、呼吸道阻塞、骨折等，都应在转送前做紧急处理，以防转送途中伤情恶化导致死亡。

（3）对失血过多的伤病员除止血包扎外，应给予静脉补液或输注血浆代用品，纠正和预防失血性休克，以保证安全转运到达目的地。

（4）对接触的每个伤员应做必要的检查，发现伤处注意保护。

三、不同转运工具转送的特点与途中护理要求

转运伤病员所用的工具，归纳起来有：担架（木板）、平板车、马车、汽车、火车、轮船、飞机等。下面根据不同转运工具的注意事项和护理要求做一阐述。

（一）担架（木板）转运伤员途中的护理

木板、担架是转运伤病员最常用的工具，因其结构简单、轻便耐用，无论是短距离转运还是较长路段的转送，不管是农村山区，还是海岛丛林、码头车站，都是一种极为常用的转送工具。

（1）担架转送伤病员的特点：担架转送伤员较为舒适平稳，转运途中对伤病员的影响小，适用于各类伤病员。它简单灵便，不受地形、道路等条件限制，担架不足时还可利用木板、树枝、竹杆等就地取材，临时制作以供使用。缺点是非机械化，速度慢，占用人力多（一般需 4 人抬 1 人），担架员搬运途中消耗体力大。当遇寒冷、强风、雨雪恶劣气候情况下影响使用，需加用保温、防雨等措施，否则会使伤员冻伤、感染、病情变化。

（2）伤员在担架上的体位：一般伤员在担架上取平卧位。有恶心呕吐的伤病员，应取侧卧位防止呕吐物吸入气管或造成窒息。对有颅脑损伤、昏迷等病员，应将头转向一侧以防舌根后缩或分泌物阻塞咽喉与气道。必要时将舌牵出用别针别在衣服上。胸、肺部损伤伤员常有呼吸困难，可用一支架或被褥将背部垫起或半卧位，这样可使症状减轻。担架在行进中，伤员头部在后，下肢在前，以便随时观察病情变化。如伤病员面色、表情，呼吸是否平稳，有无缺氧等。

（3）使用止血带的伤员：应每隔 40 ~ 50min 松解一次，每次 3 ~ 5min，松解止血带时要用力按压住出血的伤口，以防发生大出血造成休克。

（4）对颅脑损伤者应注意观察双侧瞳孔是否等大等圆，对光反射是否灵敏，如出现头痛、呕吐、颈部抵抗、心率变慢等，说明有出血或脑水肿、颅压增高征象，应及时采取止血、脱水、降颅压等措施。

（5）担架在行进途中，担架员的步调力求协调一致、平稳，防止前后左右摆动，上下颠簸而增加伤员痛苦。另外，最好在担架上捆 2 条约束带将伤病员胸部和下肢与担架固定在一起以防其摔下。

（6）为防止压伤和压疮发生，每隔 3 ~ 4h 应翻身或调整体位一次，在骨隆突处适当地加以拍打按摩以促进血液循环，并在该处加垫海绵、纱布等软物加以保护。

（7）为防止伤员和担架员疲劳，途中应定时休息，并利用休息时间查看伤员的体温、脉搏、呼吸、血压及进行必要的护理，如更换绷带、纱布，给注射、服药，并协助伤员排大小便、进食、饮水、调整体位等。

（8）护送中带有输液管、气管插管及其他引流管道的伤员，必须注意保持管道通畅，防止滑脱、移位、扭曲、受压和阻塞等，必要时可指定专人观察和保护。

（9）注意防雨、防暑、防寒，担架上应有备用雨布、棉被、斗篷、热水袋等，以便在冬季保暖防冻、夏季防晒、防雨。

（10）妊娠晚期孕妇转运：在担架上要倾斜30°，以减轻对膈肌的压迫。

（二）汽车转运伤员时的护理

1. 汽车转运伤员的特点　汽车转运伤员，因具有快速、机动、受气候条件影响小等特点，为转运伤员重要工具之一。常用的有救护车、客车、卡车等，其中以装有各种急救器材的救护车最为理想。但是，汽车在不平的山路、土路上行驶时颠簸较严重，难以在行驶中施行抢救。另外，部分伤员易发生晕车、恶心呕吐，消耗体力，加重病情，给生活护理增加难度。

2. 汽车转运伤员的护理要求　如下所述。

（1）合理安排车辆：伤员乘坐的车辆，应由医护人员统一安排。原则上危重病员及路途上需要输液、吸氧、抢救的伤员应使用救护车或带有急救设备的客车运送、轻伤员或途中一般不需要实施治疗的伤员可用大客车或卡车运送。

（2）对于转送途中有生命危险的伤员，如大出血，骨折固定不确定，休克，体温、脉搏、血压等生命体征尚不稳定者，应暂缓用汽车长途转送。

（3）体位的放置要合理：一般重伤员均可取仰卧位。胸部伤呼吸困难者，取半卧位并给吸氧。颅脑损伤和呕吐病员头应偏向一侧以防止发生窒息。长骨骨折病员应将伤肢放在合适位置，背部及两侧用棉垫或被褥垫好并固定牢靠，防止行进中的颠簸摩擦撞击产生疼痛及再次损伤血管神经。

（4）严密观察伤情：转运途中护理人员应加强责任心、勤问勤查、监护伤员。注意伤员面色、表情、呼吸深浅、均匀度。观察呕吐物、分泌物及引流液颜色，伤员伤口敷料浸染程度等情况。发现异常情况及时处理。

（三）列车转送途中的护理要求

当大批伤员转送时，每节车厢伤员的病情轻重应加以调配，转运人员对重伤员必须重点加以护理。应做到如下几点。

（1）对特殊或重伤员做明显标志：由于伤员多又分上中下三层，给转运途中的观察治疗护理带来困难。因此，对出血、瘫痪、昏迷、截瘫等危重伤病员，必须在其身旁挂有醒目标记，以便对其重点实施观察护理。

（2）要做到四勤：即勤巡回、勤查体、勤询问、勤处理。只有这样才能及时发现病情变化，及时给予处置。如本车厢处理抢救困难，应立即报告请求他组援助，以保证伤员安全顺利到达目的地。

（3）全面观察、重点监护：列车在行进中伤员的伤情会随时发生变化，危重者可因及时救治转危为安，轻伤员也可因护理不周而使伤情恶化。因此，对列车上的所有伤病员无论伤情轻重，医护人员都有责任认真检查，细心照顾。注意生命体征的观测，采取一看、二摸、三听的办法以便及时发现伤情变化。①看：就是看病员的脸色、表情、姿势、呼吸的深浅及均匀程度，有无烦躁不安等。如伤员面色苍白表情淡漠，出冷汗，可能系出血性休克。表情痛苦可能由于伤口恶化、创伤骨折疼痛等所致。如口唇四肢末梢发绀，系缺血、缺氧所致。若面色潮红、惊厥，可能有高热，伤口感染的存在。内腔引流物或呕吐物出现咖啡色时说明该处有可能为内出血，若变成鲜红色说明有活动性出血，均应立即采取措施。另外要注意观察伤病员瞳孔大小，对光反应灵敏度等。如双侧瞳孔不等大或眼球转动失灵，可能为脑出血、脑水肿或已形成脑疝。应考虑静脉给予止血、脱水、利尿，降颅压等药物。②摸：用手触摸伤员的皮肤、温度、湿度、脉搏的频率和强弱。如失血过多进入休克前期，伤员可出现皮肤湿冷、脉搏细弱；

另外包扎伤口的绷带纱布松紧程度，腹部肌肉有无紧张及压痛、反跳痛，有无腹腔积液及尿潴留等均靠医护人员细心用手触摸。③听：听伤员有无呻吟、声音嘶哑、哮喘、咳嗽、气短，肺部有无干湿啰音、喘鸣、心律不齐、肠蠕动异常等不正常的声音。这些声音的存在和强弱变化可提示病变部位病情变化。如病员由原来的呻吟不止逐渐变成安静时，要高度警惕，可能病情恶化。

（4）注意各种导管保持良好功能：伤员中由于病情需要可能带有输液管、气管插管、胃肠减压管、导尿管、胸腔及腹腔引流管等。各种导管必须按要求加以保护，尤其当伤员躁动或列车晃动时管道极易脱出、坠入、移位、扭曲、阻塞等。为确保管道通畅应做到：①加强固定，在搬运前用胶布、缝线、绷带纱布等牢牢加以固定。②各种引流管要留有一定的长度以方便站立和左右翻身。③定时抽吸防止引流物形成凝块阻塞。④注意保持管道清洁，加强无菌操作，导管外口要覆盖无菌纱布或罩单。脱出的导管不经消毒处理或更换，禁止随意再次连接，防止带入细菌导致感染。

（5）保持伤员合适体位：合适的体位不但能减少伤员痛苦，而且也是一种有效的治疗措施。如下肢损伤或手术的病员转运途中应适当抬高 15°～20°，以减少伤口的出血、水肿造成的胀痛不适。颅脑伤员则应垫高头部，并用沙袋固定头部以减少震动和损伤。对气胸和腹部损伤的伤员可用被褥或大衣垫成半卧位。伤员足部可朝向车厢通道，身子靠在车厢壁上。这样既利于伤员呼吸又利于观察伤员面部表情。对于高位截瘫的伤员，除取平卧位还应注意保持头颈部的稳定。

（6）做好危重伤员的生活护理：对车厢中昏迷、瘫痪和其他重伤员除积极治疗外还应做好生活护理。定时给予翻身拍背、刷牙漱口以防压疮和感染的发生。对烦躁不安、神志不清伤员的衣食住行，根据气候温度随时增减被褥和衣服，注意饮食卫生。不能自行进食的伤病员，工作人员应喂水喂饭，并协助其大小便。对剩饭剩菜、果皮垃圾以及大小便随时清理，以保持车厢内清洁卫生，减少传染病的发生。

（四）飞机转运伤员的护理

1. 飞机运送伤员的特点　利用飞机运送伤员已日益普及，飞机运送伤员具有速度快、效率高、平稳舒适等优点，且不受道路、地形的影响。但是，飞机运送伤员也有不足之处，例如随着飞行高度的上升，空气中氧含量减少，氧分压下降。一般每升高 1 000m，氧分压则下降 2.4～2.7kPa（18～20mmHg），含氧量低对心肺功能不全患者会加重病情。另外，飞机上升及下降时，气压的升降变化会使开放性气胸的伤员纵隔摆动而加重呼吸困难。腹部手术的伤员则可引起或加重腹部胀气、疼痛、伤口裂开。飞机的噪音、震动、颠簸亦可引起伤员晕机、烦躁、恶心、呕吐等。

2. 空中转运时的护理要求　如下所述。

（1）伤员在机中摆放的位置：大型运输机，伤员可横放二排，中间为过道，便于医护人员巡视治疗。休克伤员因血容量少血压低，头部应朝向机尾以免飞行中引起脑缺血。若系直升飞机，伤员应从上到下逐层安置担架。危重伤员最好放在下层以利抢救。

（2）高空中温度、湿度较低：气管切开插管患者应配用雾化器、加湿器等，使之保持空气湿润防止气管内分泌物黏稠结痂而阻塞气道，或定时在气管内滴 1～2ml 生理盐水和抗生素，反复滴入吸出以保持清洁湿润。对闭式气管插管的气囊在空运中要避免气压降低引起的膨胀，压迫气管黏膜造成缺血性坏死，气囊内空气注入量应适当减少，待飞机着陆后再适当补充。

（3）外伤导致的脑脊液漏患者，因空中气压低会增加漏出量。要用多层无菌纱布加以保护，严谨堵漏，预防逆行感染。

（4）头面部外伤波及中耳及副鼻窦时，空气可能由此进入颅腔，引起颅内压增高。可在鼻道内滴入麻黄素、肾上腺素等血管收缩药，以保持中耳鼓室、副鼻窦与外界畅通。

（5）昏迷患者因眼球易外露致角膜干燥，要定时滴氯霉素眼液、眼膏及眼球上覆盖无菌湿纱布加以保护。

（6）注意伤员身上各种导管的保护。

（7）做好机舱内检疫消毒工作：发现有传染病患者应立即登记标明。在到达转运终点后进行隔离治疗。伤员搬运完毕应彻底清理仓内污物、垃圾，并进行机舱消毒。

需要全本请访问 www.ertongbook.com