



护理学基础



第十八章

危重病人的护理与抢救

第十八章 危重病人的护理与抢救

目录

01

危重病 人的 护理

02

危重病 人的 抢救
组织与 管理

学习目标

知识目标

- (1) 能正确理解并解释：意识障碍、轻度昏迷、深度昏迷、吸氧法、吸痰法、心肺复苏、洗胃法。
- (2) 能正确识别意识障碍的种类。
- (3) 能正确陈述吸氧的目的、操作步骤及注意事项。
- (4) 能正确陈述吸痰的目的、操作步骤及注意事项。
- (5) 能正确陈述心肺复苏的目的、操作步骤及注意事项。
- (6) 能正确陈述洗胃的目的、原则、操作步骤及注意事项。

能力目标

- (1) 具有正确使用格拉斯哥昏迷评分表评估病人意识的能力。
- (2) 具有遵医嘱正确为病人实施吸氧的能力。
- (3) 具有遵医嘱正确为病人实施吸痰的能力。
- (4) 具有遵医嘱正确为病人实施洗胃的能力。

素质目标

在对危重病人实施抢救的过程中具有认真专业、严谨慎独的态度，尊重病人，关爱病人的护理职业道德修养。



第一节 危重病人的护理

学习内容



一、危重病人的评估



二、危重病人的护理

案例导入

案例:

病人王某，男性，24岁，因“车祸致头部外伤”急诊入院。入院时T37℃,P74次/min,R18次/min, BP 113/78mmHg;病人处于睡眠状态，瞳孔等大等圆，对光反射存在，唤其姓名有反应，对日期和地点描述不准确。随后，病人脉搏突然降至60次/min,BP 82/56mmHg,对任何刺激都没有反应。头颅CT检查示脑挫裂伤，颅内出血，头皮血肿，行急诊开颅手术。术毕返回病房，病人昏迷，已行气管切开，辅助呼吸。

思考:

- 1.病人病情观察的方法包括哪些?
- 2.该病人病情出现了什么变化?护理观察的重点有哪些内容?
- 3.病人病情观察的意义是什么?



危重患者：指病情严重，随时可能发生生命危险的患者，如**呼吸困难、窒息、大出血、昏迷、心跳骤停**等。

一、危重病人的评估

一般状况

生命体征

意识状态

瞳 孔

自理能力

精神状态

一般状况

发育与体形

饮食与营养

面容与表情

姿势和体位

步态

皮肤与黏膜

呕吐物

排泄物

正常常用指标包括：

- 头部的长度约为身高的 $1/7-1/8$
- 胸围约为身高的 $1/2$
- 双上肢展开的长度约等于身高
- 坐高约等于下肢的长度
- 智力随年龄的增长而提高

一般状况

发育与体形

饮食与营养

面容与表情

姿势和体位

步态

皮肤与黏膜

呕吐物

排泄物

- **呆小症** 甲状腺功能减退导致体格矮小以及智力低下
- **侏儒症** 垂体功能减退导致体格异常矮小
- **巨人症/肢端肥大症** 因垂体前叶分泌生长激素过多所致。发生于青春期前，骨骺部未融合者为巨人症；发生于青春期后，骨骺部已融合者为肢端肥大症。
- **第二性征改变** 性激素分泌异常



巨人症



侏儒症



肢端肥大症



大脖子病



呆小症

一般状况

发育与体形

饮食与营养

面容与表情

姿势和体位

步态

皮肤与黏膜

呕吐物

排泄物

正常成人形体:

- **瘦长型（无力型）** 身高肌瘦、颈细长、肩窄下垂、胸廓扁平、腹上角小于 90°
- **匀称型（正力型）** 身体各部分结构匀称适中，腹上角接近 90° ，见于多数正常人
- **矮胖型（超力型）** 体格粗壮、颈粗短、肩宽、胸廓宽厚、腹上角大于 90°



Ectomorph



Mesomorph



Endomorph

一般状况

发育与体形

饮食与营养

面容与表情

姿势和体位

步态

皮肤与黏膜

呕吐物

排泄物

营养状态：与食物的摄入、消化、吸收和代谢等多种因素有关，判断机体健康状况、疾病程度以及转归

- 男性标准体重 = $(\text{身高cm} - 100) \times 0.9(\text{kg})$
- 女性标准体重 = $(\text{身高cm} - 100) \times 0.9(\text{kg}) - 2.5(\text{kg})$
- 正常体重：标准体重 $\pm 10\%$
- 消瘦： $< 10\%$
- 超重： $10\% \sim 20\%$
- 轻度**肥胖**： $20\% \sim 30\%$
- 中度肥胖： $30\% \sim 50\%$
- 重度肥胖： $> 50\%$

一般状况

发育与体形

饮食与营养

面容与表情

姿势和体位

步态

皮肤与黏膜

呕吐物

排泄物

营养状态：根据皮肤粘膜、皮下脂肪、肌肉、毛发的发育情况综合判断。

- **营养良好** 粘膜红润、皮肤光泽、弹性良好、皮下脂肪丰满、肌肉结实、毛发和指甲润泽。
- **营养中等** 介于良好与不良两者之间。
- **营养不良** 皮肤粘膜干燥、弹性减退、皮下脂肪菲薄、肌肉松弛无力、毛发稀疏、干枯、易脱落、指甲粗糙无光泽。当体重低于标准体重达10%以上时，称为消瘦；极度消瘦者，称**恶病质**。
- **营养过度** 体内的中性脂肪积聚过多，体重增加。体重高于标准20%以上时，称为肥胖。

一般状况

发育与体形

饮食与营养

面容与表情

姿势和体位

步态

皮肤与黏膜

呕吐物

排泄物

- **急性病容** 面颊潮红、呼吸急促、鼻翼扇动、口唇疱疹、表情痛苦。见于急性感染性疾病如疟疾、大叶性肺炎等。
- **慢性病容** 面色灰暗或苍白、面容憔悴、目光暗淡、消瘦无力。见于慢性消耗性疾病如恶性肿瘤、肝硬化、严重结核病等。
- **二尖瓣面容** 面颊紫红、口唇紫绀。见于风湿性心脏病二尖瓣狭窄。
- **贫血面容** 面色苍白、唇舌色淡、表情疲惫。见于各种原因引起的贫血。

一般状况

发育与体形

饮食与营养

面容与表情

姿势和体位

步态

皮肤与黏膜

呕吐物

排泄物

自动体位

被动体位

强迫体位

一般状况

发育与体形

饮食与营养

面容与表情

姿势和体位

步态

皮肤与黏膜

呕吐物

排泄物

1.蹒跚步态 又称鸭步。见于佝偻病、大骨节病、进行性肌营养不良、双侧先天性髋关节脱位等

2.醉酒步态 见于小脑疾病、酒精或巴比妥中毒者

3.共济失调步态 见于脊髓病变者

4.慌张步态 见于震颤性麻痹

5.剪刀步态 见于脑瘫、截瘫者

6.间歇性跛行 见于高血压、动脉硬化者，突然出现跛行则提示有发生脑血管以外、偏瘫的可能

7.高血压患者 突然出现跛行则提示有发生脑血管以外、偏瘫的可能

8.保护性跛行 多见于下肢损伤或疼痛者

一般状况

发育与体形

饮食与营养

面容与表情

姿势和体位

步态

皮肤与黏膜

呕吐物

排泄物

贫血患者 口唇、粘膜、指甲苍白

肺心病、心力衰竭等缺氧患者 口唇、面颊、鼻尖等部位发绀

热性病 皮肤发红

休克患者 皮肤湿冷

严重脱水、甲状腺功能减退者 皮肤弹性差

心性水肿 下肢水肿

肾性水肿 晨起眼睑、颜面水肿

一般状况

- 发育与体形
- 饮食与营养
- 面容与表情
- 姿势和体位
- 步态
- 皮肤与黏膜
- 呕吐物
- 排泄物

观察内容	正常情况	异常现象及原因
量	约300ml	> 300ml 幽门梗阻或急性胃肠炎 < 300ml且吐后可进食 神经官能症
色	食物的颜色	鲜红色 急性胃大出血 咖啡色 陈旧性出血 黄绿色 含有胆汁 米泔水样 霍乱、副霍乱
味	呈酸味	苦味 胆汁返流 腐败味 幽门梗阻 粪臭味 肠梗阻 碱味 胃内出血 大蒜味 有机磷农药中毒
伴随症状		腹痛、腹泻 急性胃肠炎、食物中毒 喷射状呕吐伴剧烈头痛 颅内高压 眩晕及眼球震颤 前庭功能障碍

一般状况

发育与体形

饮食与营养

面容与表情

姿势和体位

步态

皮肤与黏膜

呕吐物

排泄物

- 排泄物包括大便、小便、汗液、痰液等
- 评估其颜色、气味、性质和量等

生命体征

体温

- 体温低于 35.0°C , 多见于休克及极度衰竭病人
- 体温持续不升, 是病情危险的征兆
- 体温突然升高, 多见于急性感染
- 体温过高达 41.0°C 以上及持续高热, 都提示病情严重。

脉搏或心率

呼吸

血压

生命体征

体温

脉搏或心率

呼吸

血压

- 心率高于140次/分或低于60次/分，出现间歇脉、绀脉，均说明病情有变化
- 当触不到桡动脉时，往往提示循环血量不足

生命体征

体温

➤各种原因引起的肺内气体交换障碍,均可使病人发生呼吸改变

脉搏或心率

➤ 主要观察病人呼吸的频率、节律、深浅度、呼吸音、气味及皮肤、肢端有无发绀情况

呼吸

➤呼吸频率多于40次/分或少于8次/分,出现点头样呼吸或潮式呼吸,都是病情危重的表现

血压

生命体征

体温

脉搏或心率

呼吸

血压

➤若舒张压持续高于100mmHg或收缩压持续低于70mmHg，或血压时高时低均为异常现象。

意识状态

意识障碍：任何原因引起大脑高级神经中枢功能损害时，都可引起不同程度的意识改变。

- **嗜睡** 最轻的意识障碍，被轻度刺激或语言唤醒，能正确、简单而缓慢地回答问题
- **意识模糊** 定向力完全或部分障碍，错觉、幻觉、躁动不安、谵语或精神错乱
- **昏睡** 不易唤醒，强刺激可被唤醒，答话含糊或答非所问
- **昏迷** 最严重的意识障碍

意识状态

- **浅昏迷** 随意运动丧失，无反应，仅对强烈的疼痛刺激有简单防御动作和呻吟伴痛苦表情。生理反射存在；生命体征无明显变化；大小便失禁或有尿潴留。
- **中度昏迷** 无反应，对剧烈刺激**偶尔**可出现防御反射。生理反射**减弱**。生命体征**变化**。大小便失禁或有尿潴留。
- **深昏迷** 全身肌肉松弛，无反应，生理反射**消失**。呼吸不规则，**血压下降**，大小便失禁。

瞳孔

正常瞳孔 圆形，两侧等大等圆，自然光线下直径为2~5mm

瞳孔散大 瞳孔直径>5mm

双侧瞳孔散大 颅内压增高，颅脑损伤、颠茄类中毒及濒死状态；
一侧瞳孔扩大、固定 同侧颅内病变（如颅内血肿、脑肿瘤等）所致小脑幕裂孔疝

瞳孔缩小 瞳孔直径<2mm，小于1mm为针尖样瞳孔

双侧瞳孔缩小 有机磷农药、氯丙嗪、吗啡等药物中毒

单侧瞳孔缩小 同侧小脑幕裂孔疝早期

两侧瞳孔不等大 多见于脑外伤、脑肿瘤、脑疝

瞳孔

对光反应

正常瞳孔对光反应灵敏，并于光亮处瞳孔收缩，昏暗处瞳孔扩大。

危重或深昏迷患者对光反应消失

自理能力

- 了解病人的自理能力可以有助于护士对病人实施针对性的护理
- 通过量表评定病人的自理能力和病人的病残程度

精神状态

- 精神状态是指个体的情感反应，即情感在精神或行为上的表现
- 病人的精神状态指病人对自身躯体不适的情感反应
- 护士通过评估病人的语言与非语言行为、思维过程、认知能力、情绪状态、感知情况、对疾病的认识、信念及价值观等确定病人的精神状态
- 危重病人的情感反应常有焦虑、恐惧和沮丧等

危重病人的护理

1.病情监测

2.保持**呼吸道**通畅

3.加强基础护理

4.心理护理

课堂小结

一、危重病人的评估

二、危重病人的护理

案例:

病人王某，男性，24岁，因“车祸致头部外伤”急诊入院。入院时T37℃,P74次/min,R18次/min, BP 113/78mmHg;病人处于睡眠状态，瞳孔等大等圆，对光反射存在，唤其姓名有反应，对日期和地点描述不准确。随后，病人脉搏突然降至60次/min,BP 82/56mmHg,对任何刺激都没有反应。头颅CT检查示脑挫裂伤，颅内出血，头皮血肿，行急诊开颅手术。术毕返回病房，病人昏迷，已行气管切开，辅助呼吸。

思考:

- 1.病人病情观察的方法包括哪些？
- 2.该病人病情出现了什么变化？护理观察的重点有哪些内容？
- 3.病人病情观察的意义是什么？



第二节 危重病人的抢救组织与管理

学习内容

一、抢救工作的组织与管理



二、危重病人的抢救技术

案例导入

案例：

病人王某，女性，76岁，高血压病史10年。活动后胸闷、气喘1月余，夜间睡眠中突然感到极度胸闷、气急、大汗、咳嗽、口唇发紫急诊就诊，诊断“急性肺水肿”入院治疗。入院时病人精神欠佳，伴有明显三凹征， $T37^{\circ}\text{C}$, $P116$ 次/min, $R24$ 次/min, $BP200/110\text{mmHg}$;双肺闻及大量湿啰音；血气分析结果示 $\text{PaO}_2 4\text{kPa}$, $\text{SaO}_2 50\%$;病人烦躁不安，担心自己的疾病无法治愈，不能平静接受治疗。病房立即组织医护团队对该病人进行抢救。

思考：

- 1.病房如何组织抢救工作？
- 2.常用的抢救药物有哪些？
- 3.护理危重病人的措施有哪些？

一、抢救工作的组织与管理

抢救工作的组织管理

抢救设备的管理

抢救工作的组织管理

1.建立健全责任明确的抢救组织系统

2.积极参与制定抢救方案

3.抢救过程中积极配合医生做好抢救记录和药物的查对工作

4.积极参与会诊与病例讨论

5.抢救时合理安排抢救人员及抢救设备、器械的位置

6.抢救结束后及时整理与维护

7.抢救室和抢救车的管理

抢救设备的管理

1.抢救床

2.抢救车

3.抢救仪器设备

4.急救器械

二、危重病人的抢救技术

氧气吸入技术

吸痰技术

心肺复苏技术

洗胃技术

**简易呼吸器的
使用技术**

氧气吸入技术

氧气吸入技术是常用的抢救措施之一，是指通过吸入氧气提高病人的动脉血氧分压(PaO_2)和动脉血氧饱和度(SaO_2)，增加动脉血氧含量(CaO_2)，纠正各种原因造成的缺氧，促进组织新陈代谢，维持机体生命活动的一种治疗技术。

供患者吸氧气，提高动脉血氧含量和动脉血饱和度，纠正各种原因引起的缺氧状态。

氧气吸入技术

【氧疗的适应范围】

1. 呼吸系统疾病 如慢性阻塞性肺疾病、支气管哮喘、肺气肿、肺不张、气胸等影响肺活量的疾病。
2. 心功能不全 心力衰竭、肺部充血导致呼吸困难者。
3. 中毒 各种中毒引起的呼吸困难，如一氧化碳中毒、巴比妥类药物中毒导致的缺氧。
4. 中枢神经抑制引起缺氧者 如脑血管意外、颅脑损伤和昏迷的病人。
5. 其他 如创伤导致的大出血、休克、外科手术后、重度贫血病人和胎心异常的孕妇或产妇。

评估与准备

核对

- 核对医嘱和氧疗卡

患者

- 年龄、病情、意识、缺氧状况、血气分析的结果；鼻腔（黏膜、中隔、通气）、心理状态及合作程度

环境

- 整洁、安静、舒适、安全,病室内有无火源、易燃易爆物品、暖气等。

护士

- 洗手、戴口罩

用物

- 氧气表，流量表，湿化瓶内盛1/2 ~ 2/3满的冷开水或蒸馏水，通气管，吸氧管（双侧鼻氧管、鼻塞、面罩），扳手，小药杯盛冷开水，弯盘，无菌棉签，笔，纸，吸氧卡，手消毒液。

评估与准备

缺氧程度的判断

缺氧程度	临床表现			血气分析	
	发绀	呼吸困难	神志	动脉血氧分压 PaO ₂ mmHg (kPa)	血氧饱和度 SaO ₂ mmHg
轻度缺氧	轻	不明显	清楚	50 ~ 70 (6.65 ~ 9.31)	>80%
中度缺氧	明显	明显	正常或烦躁不安	30 ~ 50(3.99 ~ 6.65)	60% ~ 80%
重度缺氧	显著	严重、三凹征明显	嗜睡或昏迷	<30(3.99)	<60%

缺氧的类型

缺氧的类型	原因	常见疾病
低张性缺氧	动脉血压分压降低，导致动脉血氧含量减少，组织供氧不足。	慢性阻塞性肺疾病、高山病、先天性心脏病
血液性缺氧	血红蛋白数量减少或变性，造成血氧含量降低或血红蛋白结合的氧不易释放。	一氧化碳中毒、贫血、高血红蛋白血症
循环性缺氧	由于组织循环血量不足导致组织缺氧。	休克、心力衰竭、栓塞
组织性缺氧	由于组织细胞利用氧异常所致。	氰化物中毒，大量放射性照射

评估与准备

吸氧的种类

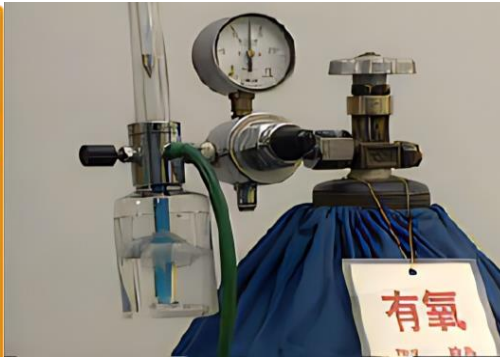
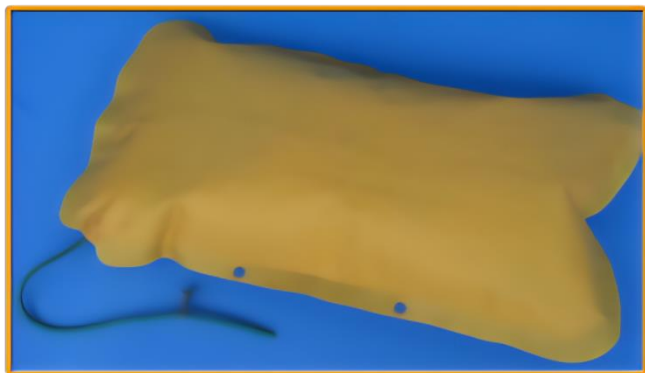
吸氧的种类	氧浓度	常见疾病
低浓度吸氧	<30%	慢性阻塞性肺心病、低氧血症伴二氧化碳潴留者
中等浓度吸氧	30% ~ 60%	休克、心肌梗死、肺水肿
高浓度吸氧	>60%	成人呼吸窘迫综合征，心肺复苏的生命支持阶段

氧流量与氧浓度对照表

氧流量 L/min	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
氧浓度 %	25	29	33	37	41	45	49	53	57	61

供氧装置

供氧设备：中心供氧装置或氧气筒和氧气枕。



总开关
气门



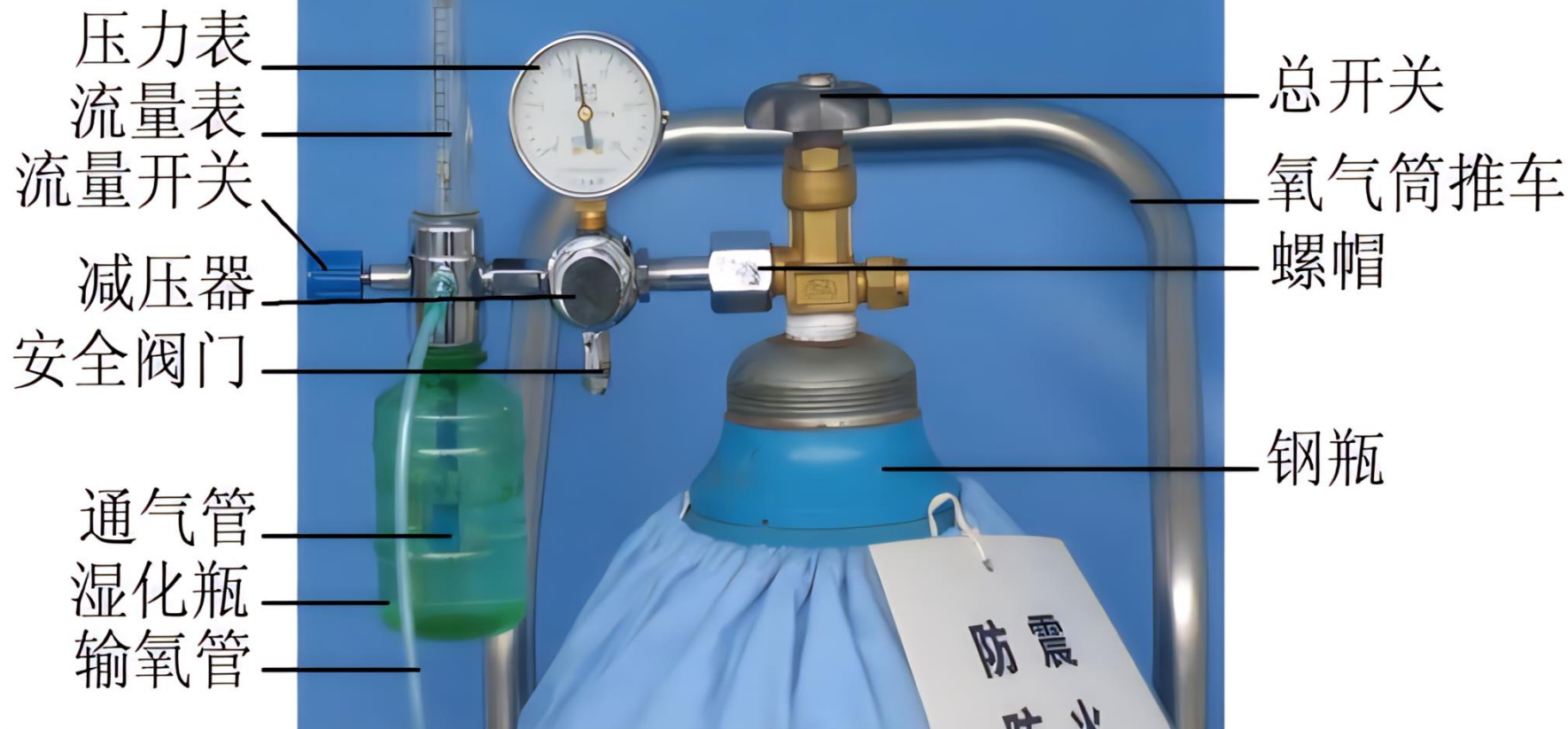
氧气帽

抗震圈

钢瓶

供氧装置

氧气筒



护理实施

氧气筒吸氧

装表

核对解释

安置病人
体位

检查清洁
鼻孔

交代注意
事项

插管固定

湿润检查

调节流量

连接
氧导管

整理记录

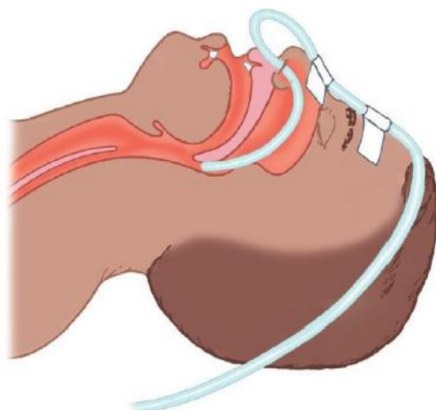
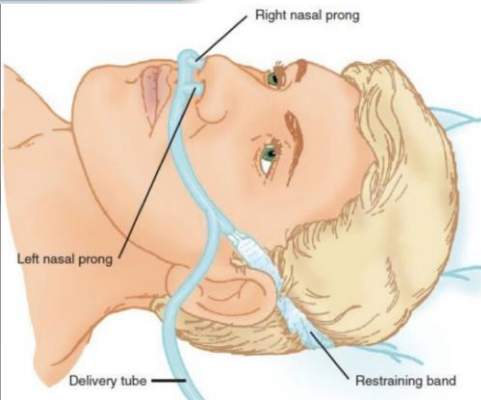
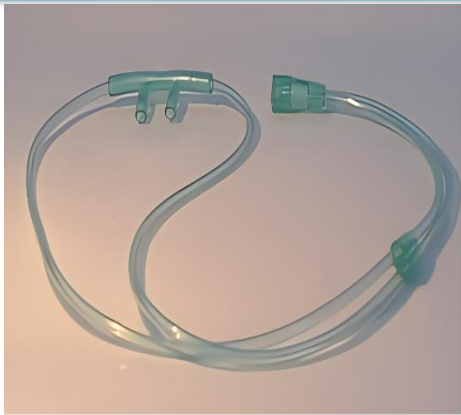
停氧

卸氧气表

清理用物

洗手记录

氧气吸入法种类



护理实施

中心管道供氧装置吸氧

检查管道氧气装置，连接流量表、通气管和湿化瓶，连接氧气管，调节氧流量，按氧气筒吸氧步骤进行吸氧。

氧气枕吸氧

将氧气枕垫于病人头下，借助重力使氧气流出，湿化瓶要垂直放稳。氧气枕上有导管，导管上有调节器调节氧流量，充入氧气，接上湿化瓶，连接吸氧管即可使用。

根据病情、年龄、缺氧程度调节氧流量

➤无二氧化碳潴留者：

轻度缺氧 1 ~ 2L/min

中度缺氧 2 ~ 4L/min

重度缺氧 4 ~ 6L/min

小儿 1 ~ 2L/min

➤二氧化碳潴留者：

低流量、低浓度、持续给氧 (1 ~ 2L/min)

护理评价

1. 患者呼吸平稳，发绀情况缓解或皮肤红润，情绪稳定。
2. 患者安全，有无意外发生。
3. 护患沟通有效，患者对护士的操作满意。

- 1.向患者及家属解释氧疗的重要性。
- 2.指导患者及家属正确使用氧疗的方法及注意事项。
- 3.积极宣传呼吸道疾病的预防保健知识。

注意事项

- 1.严格遵守操作规程，确保用氧安全 用氧的过程中切实做好“四防”，即防震、防火、防热、防油。氧气筒搬运时避免倾倒撞击,以免引起爆炸；周围严禁烟火和易燃品，距离火炉5m以上，距离暖气1m以上,告诉患者和陪人不能在病房吸烟。氧气表及螺旋口上勿涂油,也不可带油的手接触螺旋,避免引起氧气筒爆炸。
- 2.避免对肺组织的损伤 吸氧时，应先调节流量后插管，停氧时应先拔出导管，再关闭氧气开关。吸氧过程中若需要调节氧流量时，应先分离鼻导管，调节好流量再接上，避免开错开关，大量氧气冲入呼吸道导致肺组织损伤。
- 3.及时评估吸氧的效果 用氧过程中，定期评估患者的呼吸、血压、脉搏、精神状况、皮肤颜色、湿度等情况，从而判断氧疗效果。

注意事项

- 4.当氧气筒内氧气表指针降至0.5MPa(5kg/cm²)即不可再用，避免压力过低灰尘、杂质进入氧气筒内，再次充气时引起爆炸。
- 5.氧气筒应悬挂醒目的标志 对未用或已用空的氧气筒，应分别悬挂“满”或“空”的标志，以便及时调换，并避免急用时搬错。
- 6.定期消毒，预防感染 持续鼻导管吸氧的病人，鼻导管每日应更换2次以上；鼻塞吸氧应双侧鼻孔交替使用，每日更换；面罩吸氧应4-8h更换面罩一次；湿化瓶每日更换，以防止交叉感染。
- 7.单侧鼻导管吸氧，插管长度为鼻尖至耳垂的2/3。

吸氧并发症及预防

- 1.呼吸道分泌物干燥 氧气吸入前先湿化，以预防呼吸道黏膜和分泌物干燥。
- 2.呼吸抑制 肺源性心脏病、Ⅱ型呼吸衰竭等患者需低流量、低浓度、持续吸氧。
- 3.吸入性肺不张 预防呼吸道阻塞是防止吸收性肺不张的关键，鼓励患者深呼吸和咳嗽，促使痰液的排出、改变体位、降低吸氧浓度($< 60\%$)等护理措施进行预防。
- 4.晶状体后纤维组织增生 新生儿吸氧浓度严格控制在 40% 以下,控制吸氧时间。
- 5.氧中毒 通过控制氧吸入的浓度和时间，应尽量避免长时间使用高浓度的氧气，吸氧期间应监测血气分析结果，密切观察吸氧的效果和副作用。

吸痰技术

吸痰技术是指经口、鼻腔、人工气道将呼吸道的分泌物吸出，以保持呼吸道通畅，预防吸入性肺炎、肺不张、窒息等并发症的一种方法。临床上主要用于年老体弱、危重、昏迷、麻醉未清醒前等各种原因引起的不能有效咳嗽排痰者。

吸痰装置



压力表
中心负压
吸引接头



吸痰装置



电源指示灯

压力表

压力调节器

开关

储液瓶

安全瓶

脚踏开关

电动吸引器由马达、偏心轮、气体过滤器、压力表、安全瓶、储液瓶组成。

接通电源后马达带动偏心轮，从吸气孔吸出瓶内空气，并由排气孔排出，不断循环转动，使瓶内产生负压，将痰液吸出。

护理评估

核对

- 核对医嘱和吸痰卡

患者

- 年龄、病情、意识；痰液情况、鼾声及缺氧状况、血气分析结果；口腔情况；心理状态及合作程度

环境

- 整洁、安静、舒适、明亮

护士

- 洗手、戴口罩，必要时戴手套

用物

- 电动吸引器、有盖罐2只(试吸罐和冲洗罐，内盛无菌生理盐水)、一次性使用吸痰包、治疗巾、弯盘、消毒液瓶、手电筒、笔、吸痰卡。必要时备压舌板、张口器、舌钳、电插板等

护理实施

电动吸引器 吸痰

核对并
检查

安置体位

开包倒液

戴手套、试
吸

吸痰

冲管

观察

整理

洗手记录



护理实施

中心负压 装置吸痰

将吸引器的负压表插入墙壁管道中心负压插孔内，连接储液瓶和连接管，开启开关调节负压。

注射器 吸痰技术

用50 ~ 100ml注射器连接吸痰管抽吸痰液。

口对口 吸痰技术

托起病人的下颌，使其头部后仰，一手捏住病人的鼻孔，先深吸气后口对口吸出病人呼吸道的痰液。

护理评价

- 1.患者感觉舒适, 无损伤。
- 2.患者痰液被有效清除, 缺氧的症状改善。
- 3.护患沟通有效, 患者和家属满意。

- 1.教会清醒患者吸痰时正确配合的方法。
- 2.指导患者呼吸道有痰液时应及时排出，确保呼吸道通畅，改善呼吸，纠正缺氧。
- 3.向患者及患者家属讲解呼吸道疾病的预防保健知识。

注意事项

- 1.吸痰前，检查电动吸引器性能是否良好，连接是否正确。
- 2.严格执行无菌操作，每次吸痰应更换吸痰管。
- 3.1根吸痰管只能操作吸痰使用一次，每次吸痰时间<15秒，以免造成缺氧。
- 4.吸痰动作轻稳，不可停留，防止呼吸道黏膜损伤。
- 5.痰液黏稠时，可配合叩背、雾化吸入，提高吸痰效果。

注意事项

6.电动吸引器连续使用时间不宜过久；贮液瓶内液体达2/3满时，应及时倾倒，以免液体过多吸入马达内损坏仪器。贮液瓶内应放少量消毒液，使吸出液不致黏附于瓶底，便于清洗消毒。

7.如果给患者吸痰时，临床上有明显的血氧饱和度下降的问题，建议吸痰前提高氧浓度；建议在吸痰前的30～60秒，向儿童和成人提供100%的氧。

8.建议成人和儿童使用的吸痰管(直径)要小于他们使用的气管插管的直径的50%，婴儿则要小于70%。

心肺复苏技术

心肺复苏(CPR)是对由于疾病、外伤、中毒、淹溺、电击和意外低温等各种原因导致呼吸和心搏骤停,采取的紧急抢救措施。

通过心肺复苏技术帮助病人建立循环和呼吸功能,保证重要脏器的血液供应,尽快恢复心跳和呼吸。

评估与准备

患者

- 判断意识、心跳和呼吸（10s内同时确认心跳和呼吸）；呼救。

环境

- 环境安静、安全、空气流通、光线充足，大病房注意拉上隔帘，疏散人群。

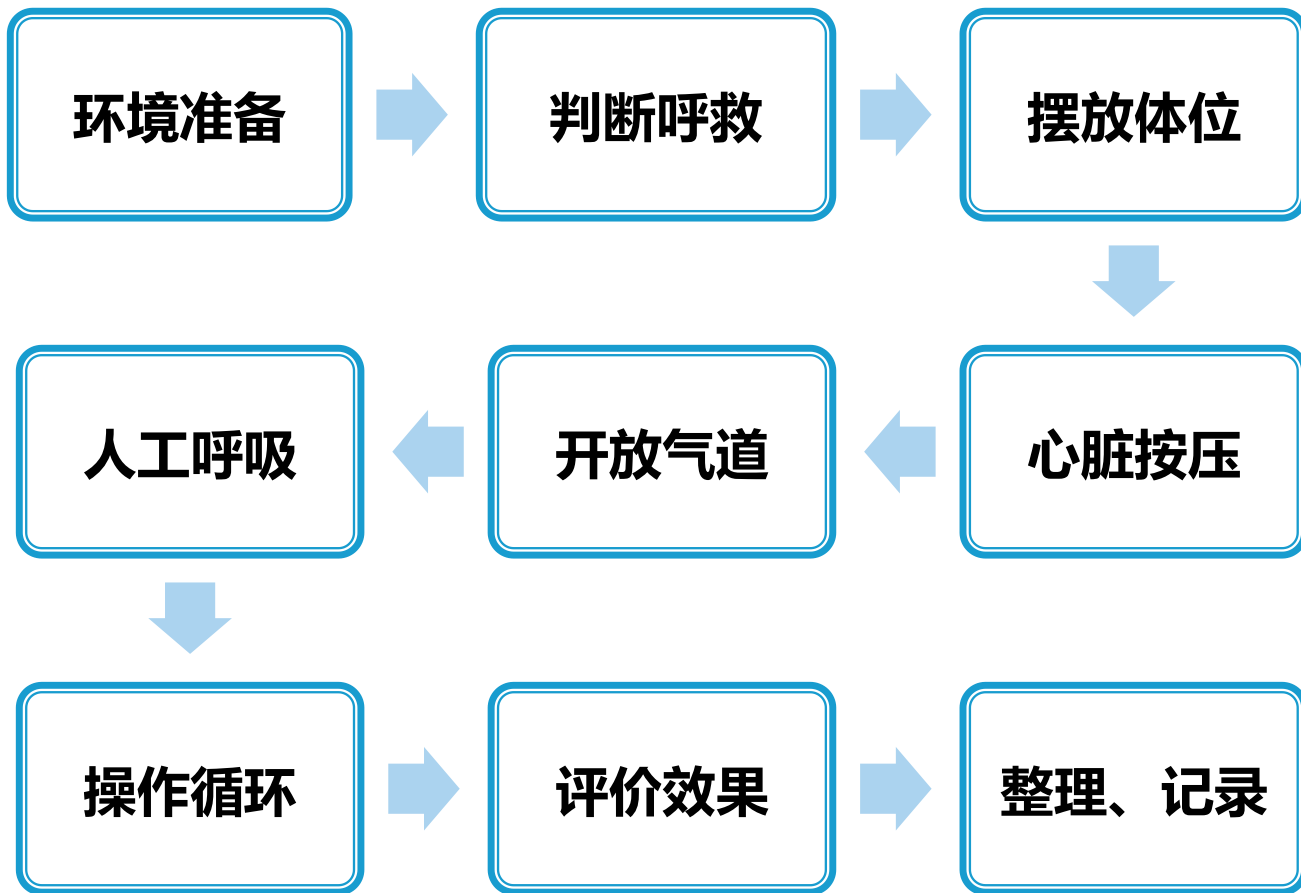
护士

- 洗手

用物

- 治疗车上层置治疗碗、纱布或隔离面膜，纱布(用于清除口、鼻腔分泌物)，弯盘、洗手液、护理记录单，心脏按压板一块

护理实施



护理评价

- 1.病人复苏成功，无并发症发生。
- 2.护士有急救意识，操作程序准确、动作迅速。
- 3.护士关心病人，注重人文关怀，有爱伤观念。

注意事项

- 1.发现呼吸停止或叹息样呼吸的心搏骤停成人应立即启动紧急救护系统（AED），并立即进行心肺复苏（CPR）程序
- 2.单人施救时应先胸外心脏按压30次,再进行人工呼吸2次，即心肺复苏的顺序是 C-A-B); 尽可能减少按压中的停顿,并避免过度通气。

注意事项

3.心脏按压要部位准确，用力均匀，严禁按压胸骨角、剑突下及左右胸部。避免用力过猛，导致肋骨骨折、血气胸以及肝脾破裂等并发症；压力过轻达不到复苏效果。按压姿势要正确,注意两臂伸直,两肘关节固定不动,双肩位于双手的正上方。为避免心脏按压时呕吐物逆流至气管,患者头部应适当放低并偏向一侧。

4.心脏按压与放松时间的比例为1：按压的频率：成人100~120次/min。按压深度成人5~6cm,儿童大约5cm,婴儿4cm,并保证每次按压后胸廓回弹。

5.呼吸复苏时，注意充分开放气道，吹气时口对口接触应严密。

洗胃技术

洗胃是将胃管插入病人胃内，反复注入和吸出一定量的溶液，从而达到清除胃内未被吸收的毒物或刺激物的一种减轻或避免吸收中毒的抢救治疗方法。

通过洗胃可以解毒、减轻胃粘膜水肿、为某些手术或检查前做准备。

评估与准备

核对

- 核对医嘱与执行卡

患者

- 年龄、病情、医疗诊断、意识状态、生命体征等；口鼻黏膜有无损伤，有无活动义齿；心理状态及合作程度

环境

- 整洁、安静、舒适、明亮

护士

- 洗手，戴口罩

用物

- 洗胃溶液：根据毒物的种类和性质准备洗胃溶液10000 ~ 20000mL，温度35 ~ 38℃
- 洗胃设备：漏斗洗胃管、电动吸引器、自动洗胃机，空桶2只（1只装污水用，1只盛洗胃溶液用）。
- 其他用物：1)口服催吐法：量杯或水杯、压舌板、水温计、标本试管、弯盘、毛巾或防水布围裙、洗手液、笔、医嘱执行单和护理记录单及洗漱用物(病人可自备)。2) 洗胃机洗胃法：无菌洗胃包(内有胃管、镊子、纱布或使用一次性胃管)、防水布、治疗巾、检验标本容器或试管、量杯、水温计、压舌板、弯盘、棉签、50ml注射器、听诊器、手电筒、液体石蜡、胶布，必要时备张口器、牙垫、舌钳放于治疗碗内。

常用洗胃溶液

中毒药物	洗胃溶液	禁忌药物
酸性物	镁乳、蛋清水 ^① 、牛奶	强酸药物
碱性物	5% 醋酸、白醋、蛋清水、牛奶	强碱药物
氰化物	口服3%过氧化氢溶液后引吐 ^② ，1：15000～1：20000高锰酸钾	
敌敌畏	2%～4%碳酸氢钠、1%生理盐水、1：15000～1：20000高锰酸钾	
1605、1059、4049（乐果） ^③	2%～4%碳酸氢钠	高锰酸钾
敌百虫 ^④	生理盐水或清水、1：15000～1：20000高锰酸钾	碱性药物
DDT、666	温开水或生理盐水洗胃，50%硫酸镁导泻	油性药物
酚类	用温开水、植物油洗胃至无酚味为止	
煤酚皂	洗胃后多次服用牛奶、蛋清保护胃黏膜	
苯酚（石炭酸）	1：15000～1：20000高锰酸钾	
巴比妥类（安眠药） ^⑤	1：15000～1：20000高锰酸钾洗胃，硫酸钠导泻	硫酸镁
异烟肼	1：15000～1：20000高锰酸钾洗胃，硫酸钠导泻	
灭鼠药（磷化锌） ^⑥	1：15000～1：20000高锰酸钾洗胃，或0.1% 硫酸铜洗胃，0.5%～1%硫酸铜溶液每次10ml，每 5～10min服1次，配合用压舌板刺激舌根引吐	鸡蛋、牛奶、脂肪及其他油类
灭鼠药（抗凝血类敌鼠钠等）	催吐、温水洗胃、硫酸钠导泻	碳酸氢钠溶液
灭鼠药（有机氟类氟乙酰胺等）	0.2%～0.5%氯化钙或淡石灰水洗胃，硫酸钠导泻，饮用豆浆、蛋白水、牛奶等	
河豚、生物碱、毒蕈	1%～3%鞣酸	
发芽马铃薯（龙葵素）	温水、盐水、食用醋、1%活性炭悬浮液等	

护理实施

口服催吐法

核对并解
释

安置体位

口服洗胃
液引吐

整理记录

漏斗胃管洗胃

核对并解
释

病人准备

插胃管

洗出胃内
内容物

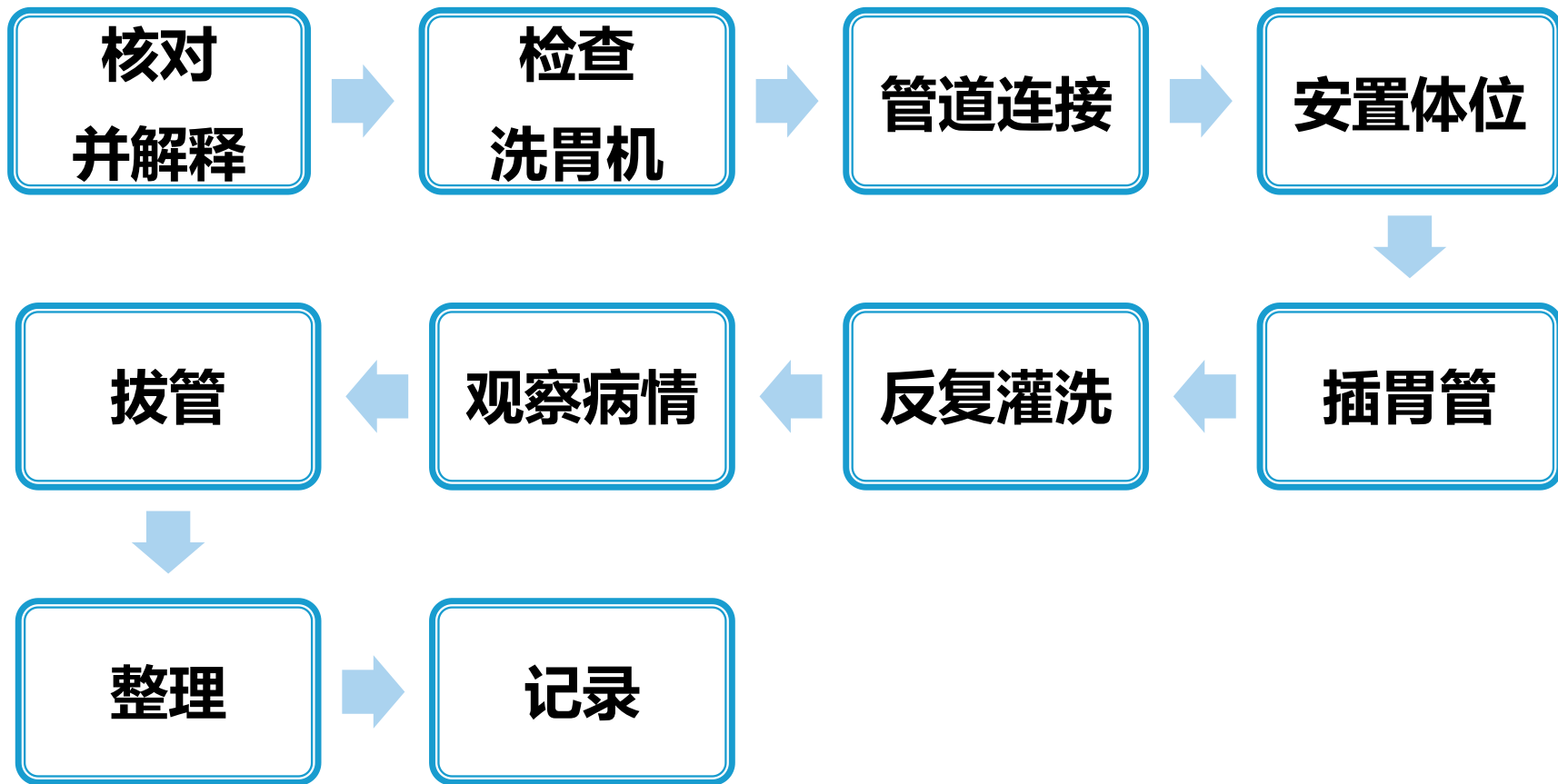
整理记录

反复灌洗

灌液洗胃

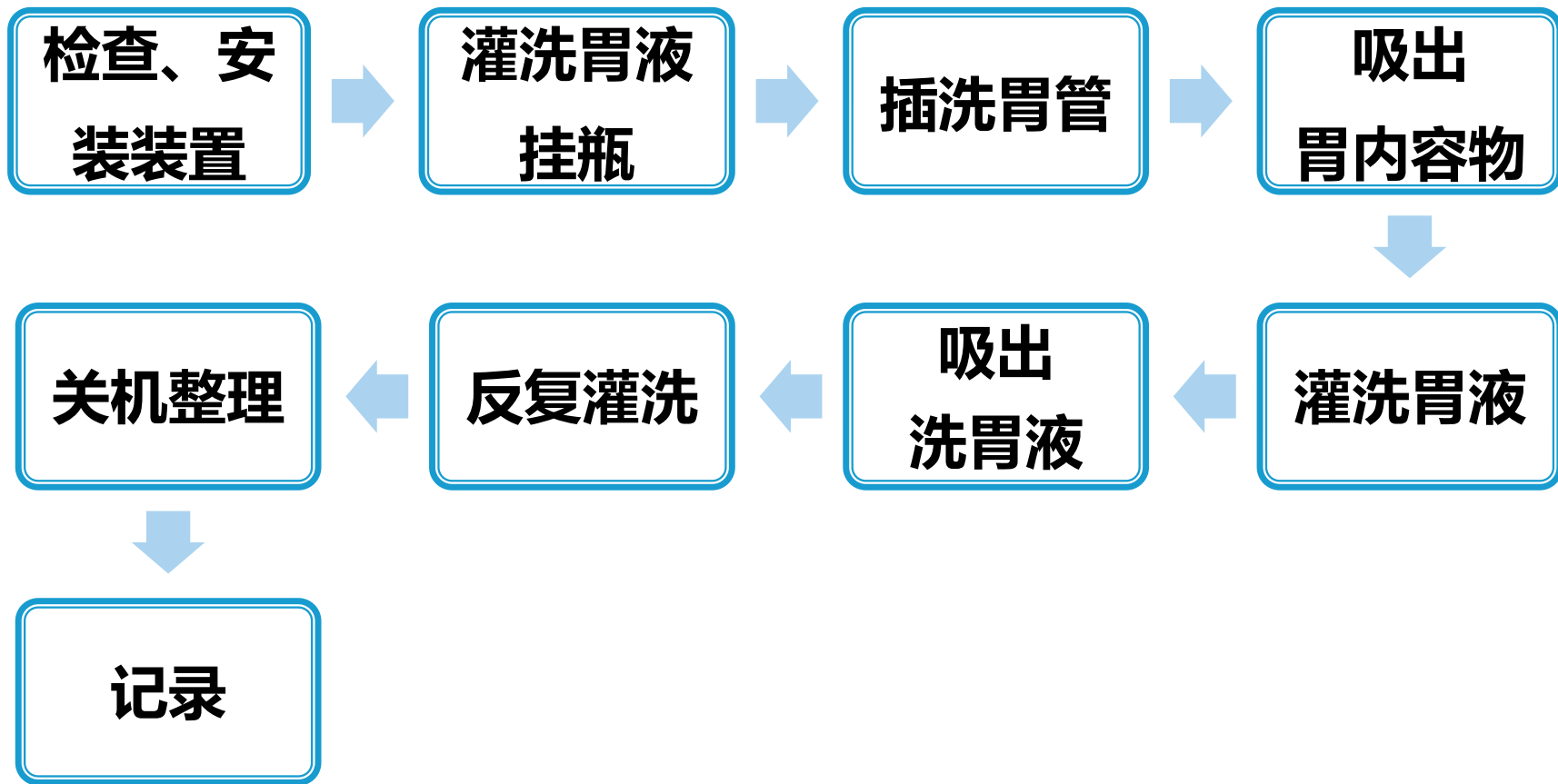
护理实施

全自动洗胃机洗胃



护理实施

电动吸引器洗胃



护理评价

- 1.患者安全，洗胃彻底有效，胃黏膜无损伤。
- 2.环境清洁，患者的衣被无污染。
- 3.护患沟通有效，患者对护士的操作满意。

- 1.教会口服催吐患者正确配合的方法。
- 2.指导洗胃患者正确配合插胃管。
- 3.向患者及患者家属讲解洗胃相关知识。

注意事项

1.评估病人中毒情况，如病人中毒的时间、途径、毒物种类、性质、量等，来院前是否呕吐。急性中毒者若意识清醒，应先迅速采用口服催吐法，必要时进行洗胃，以减少毒物的吸收。一般情况下，洗胃应在服毒后的6小时内进行，越早越好。

2.准确掌握洗胃禁忌证和适应证

(1)适应证：非腐蚀性毒物中毒，如有机磷、安眠药、重金属类、生物碱及食物中毒等。

(2)禁忌证：强腐蚀性毒物(如强酸、强碱)中毒、肝硬化伴食管胃底静脉曲张、胸主动脉瘤、近期内有上消化道出血及胃穿孔、胃癌等。病人吞服强酸、强碱等腐蚀性药物，禁忌洗胃，以免造成穿孔。可按医嘱给予药物或迅速给予物理性对抗剂，如牛奶、豆浆、蛋清、米汤等以保护胃黏膜。上消化道溃疡、食管静脉曲张、胃癌等病人一般不洗胃，昏迷病人洗胃应谨慎。

注意事项

3.当中毒物质不明时，洗胃溶液可选用温开水或生理盐水。待毒物性质明确后，再采用拮抗剂洗胃。

4.洗胃过程中应随时观察病人的面色、生命体征、意识、瞳孔变化、口腔黏膜、鼻腔黏膜情况及口中气味等。洗胃并发症包括急性胃扩张、胃穿孔、大量低渗液洗胃致水中毒、水电解质紊乱、酸碱平衡失调、昏迷病人误吸或过量胃内液体反流致窒息、迷走神经兴奋致反射性心搏骤停，及时观察并做好相应的急救措施，并做好记录。

5.注意病人的心理状态、合作程度及对康复的信心。向病人讲述操作过程中可能会出现不适，如恶心、呕吐等，希望得到病人的合作；告知病人和家属有误吸的可能与风险，取得理解；向其介绍洗胃后的注意事项，对自服毒物者，耐心劝导，做针对性的心理护理，帮助其改变认知，要为病人保守秘密与隐私，减轻其心理负担。

简易呼吸器的使用技术

简易呼吸器由呼吸囊、呼吸活瓣、面罩及衔接管组成使用简易呼吸器在呼吸停止或呼吸衰竭病人未行气管插管建立人工气管情况下辅助呼吸，或因辅助呼吸机突然出现故障时辅助呼吸，是最简单、最有效的人工呼吸方法，维持和增加机体通气量，纠正低氧血症。

评估与准备

核对

- 核对医嘱、护理执行单

患者

- 年龄、病情、体位、意识状态、呼吸状况(频率、节律、深浅度)、呼吸道是否通畅；面色、发绀的情况和口腔有无活动义齿等；心理状况及配合程度

环境

- 清静、安全，温度适宜

护士

- 洗手，戴口罩

用物

- 简易呼吸器

护理实施

核对
并解释



安置体位



清理
呼吸道



扣紧面罩



整理记录



安置体位



观察效果



挤压气囊

护理评价

- 1.有急救意识和爱伤观念，操作迅速准确。
- 2.体现人文关怀。

注意事项

- 1.介绍呼吸器使用的目的、方法和必要性,解除恐惧、焦虑心理。
- 2.做好卫生宣教工作,保持室内环境卫生。

课堂小结

一、抢救工作的组织与管理

二、危重病人的抢救技术

作 业

案例：

病人王某，女性，76岁，高血压病史10年。活动后胸闷、气喘1月余，夜间睡眠中突然感到极度 胸闷、气急、大汗、咳嗽、口唇发紫急诊就诊，诊断“急性肺水肿”入院治疗。入院时病人精神欠佳，伴有明显三凹征， $T37^{\circ}\text{C}$, $P116$ 次/min, $R24$ 次/min, $BP200/110\text{mmHg}$; 双肺闻及大量湿啰音；血气分析结果示 $\text{PaO}_2 4\text{kPa}$, $\text{SaO}_2 50\%$ ；病人烦躁不安，担心自己的疾病无法治愈，不能平静接受治疗。病房立即组织医护团队对该病人进行抢救。

思考：

- 1.病房如何组织抢救工作？
- 2.常用的抢救药物有哪些？
- 3.护理危重病人的措施有哪些？



谢谢观看

