

关于危重患者病情 观察与护理抢救11



什么是危重病？

发病急骤
病情危重
预后难料



学习内容

- 一、危重病人的病情观察
- 二、危重病人的护理
- 三、抢救室的管理

一、病情观察

(一) 观察意义

(二) 观察方法

1. 直接法:

利用感官观察病人

(三) 观察内容

2. 间接法: 工作随时观察

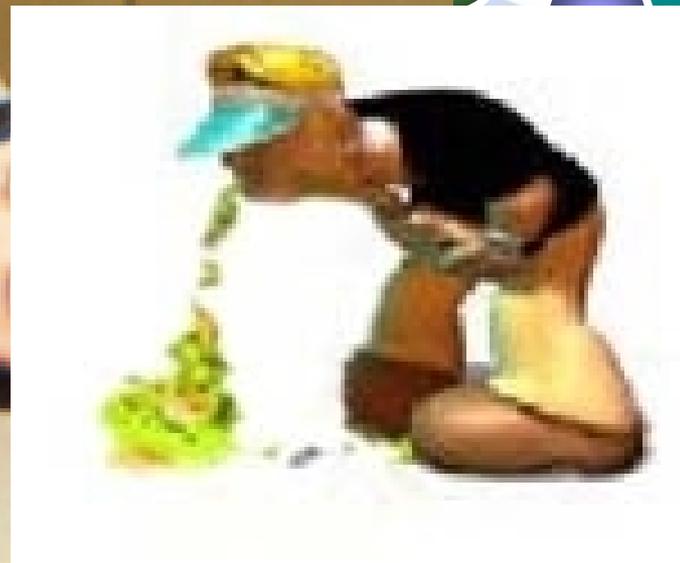
v 通过经常巡视家属交流阅读

病历等
v 对重点观察对象重点观察

借助仪器

1 一般情况

- (1)表情与面容
- (2)皮肤与粘膜
- (3)饮食与营养
- (4)姿势、步态与体位
- (5)呕吐物与排泄物
- (6)睡眠





偏瘫步态



剪刀样步态



共济失调步态



慌张步态



跨阈步态



摇摆步态

几种常见的异常步态



2 生命体征

观察

T

体温低于 35°C
或突然升高达 40°C 以上

P

脉搏 < 60 次/min 或 > 140 次/min

R

出现点头样呼吸或潮式呼吸

BP

舒张压持续 > 95 mmHg 以上
或收缩压持续 < 90 mmHg 以下
或血压时高时低

3 意识

正常人

意识障碍

意识障碍的程度

一般可分为：

嗜睡
意识模糊
昏睡
昏迷

4 瞳孔

(1)正常瞳孔



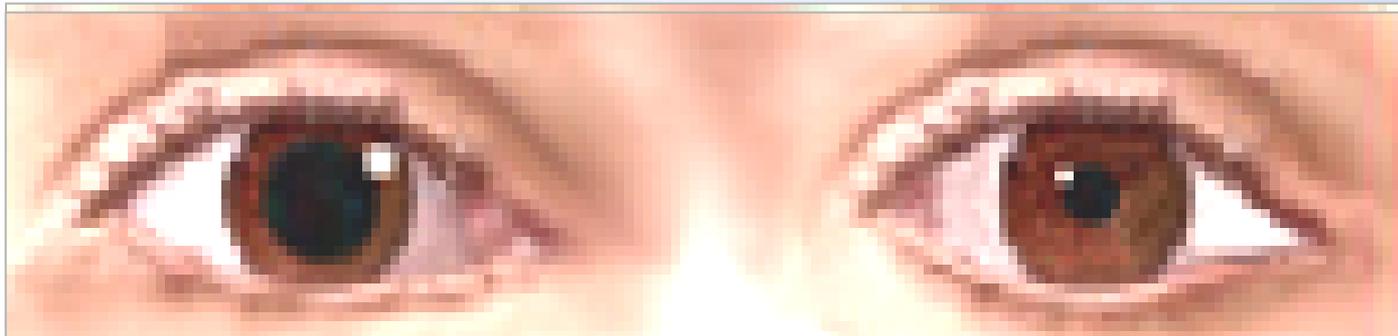
(2)异常瞳孔

v散大

v缩小

v单侧缩小

v不等大



5. 心理状态

有焦虑、恐惧与忧郁等心理反应。

6. 其他

治疗后反应：观察药物的疗效、副作用及特殊治疗后的反应。

危重患者的护理

- ❖ 1. 常见的护理诊断
- ❖ 2. 五勤
- ❖ 3. 护理措施

危重病人常见的护理诊断

1. 有误吸的危险 与意识障碍、咳嗽及吞咽反射减弱或消失等有关。
2. 有皮肤完整性受损的危险 与长期卧床、营养不良、意识障碍等有关。
3. 营养失调低于机体需要量 与机体分解代谢增强、摄入量减少有关。
4. 自理缺陷 与病人体力及耐力下降、意识障碍等有关。
5. 有受伤的危险 与意识障碍有关。
6. 尿潴留 与膀胱逼尿肌无力、缺乏隐蔽环境有关。
7. 完全性尿失禁 与意识障碍等有关。
8. 便秘 与摄入量减少、不活动等有关。
9. 排便失禁 与意识障碍、直肠括约肌失控、认知受损等有关。
10. 焦虑 与面临疾病威胁有关。



危重患者的护理★

1. 保持呼吸道通畅：
2. 患者清洁卫生及生活护理
 - (1) 眼的保护
 - (2) 做好口腔护理
 - (3) 做好皮肤护理
 - (4) 维持肢体功能



危重患者的护理

3. 补充营养和水分
4. 排便异常的护理
5. 注意安全
6. 保持引流管通畅
7. 监测生命体征
8. 心理护理



❖ 抢救室的管理

1. 抢救床

- ❖ 以能升降的活动床为佳，另备木板一块，作心脏按压时使用



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/546224032003010125>