

儿科危重病识别与 护理



护士工作职责

一、认真执行各项护理制度和技术操作规程，正确执行医嘱。

二、密切观察并记录病人的病情变化。

、 、 、 、 、 、

病情观察是难点之一-----儿科病人的特点决定

- 1、起病急，变化快。
- 2、无明确的主诉，检查不配合。
- 3、需要仔细观察分析得到结论。

常见急危重症的范畴

急危重症通常指病人的脏器功能衰竭，包括“六衰”（脑功能衰竭、各种休克、呼吸衰竭、心力衰竭、肝功能衰竭、肾功能衰竭），衰竭的脏器数目越多，说明病情越危重（两个以上称“多脏器功能衰竭”），而最危重的情况莫过于心跳骤停。



呼吸衰竭和休克的识别

婴儿和儿童呼吸心跳停止很少是突发事件。往往是呼吸和循环功能进行性恶化而导致的终末结果。无论疾病初发状况或疾病发展过程如何，当疾病恶化时，其最终的共同途径是发生心肺衰竭和可能出现心跳呼吸停止。若临床医生护士能判断出呼吸衰竭或休克的临床表现并立即给予治疗，通常可预防心跳呼吸停止的发生。一旦心跳停止，脉搏消失，预后很差。



呼吸衰竭:

临床特点是没有足够的通气和氧合。由肺部疾病，气道病变，气道阻塞或缺乏足够的呼吸做功等原因引起。发生呼衰前可有一个代偿期，病人通过改变呼吸频率或呼吸深度来维持足够的气体交换。代偿期出现呼吸做功增加，以呼吸困难、气促、鼻翼扇动、辅助呼吸肌参与呼吸、吸气三凹征和心动过速等临床体征为特征。



传统呼衰的定义强调血气分析，但这种诊断存在一些问题：①动脉血气不易获得②单纯血气不能帮助诊断③血气结果应结合病人临床表现。

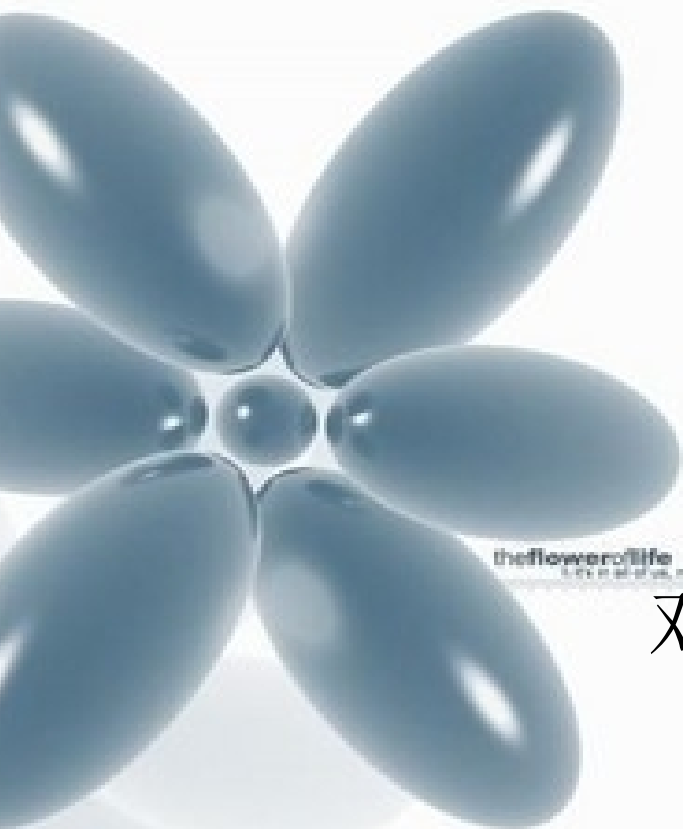


任何婴儿和儿童当有**呼吸困难、意识状态改变、青或苍白、或严重创伤**时均有潜在呼吸衰竭存在。

潜在呼衰和呼衰的区别（观察）：

- ①呼吸道不通畅（气道阻塞）
- ②进气状况：胸廓起伏
- ③呼吸频率：快/慢（**体温**）
- ④呼吸做功：三凹征、鼻扇等
- ⑤**心率、脉搏、皮肤灌注**
- ⑥意识水平

对症处理后上述症状未改善，呼衰可能已经存在。





婴儿和儿童呼吸停止的高危表现：

1. 呼吸频率增快，呼吸做功增加或呼吸音减弱
2. 意识状态改变或对父母和疼痛的反应减弱
3. 肌张力降低
4. 青紫

休克：

是机体不能输送足够的氧和营养物质以满足组织代谢需要的一种临床综合症，它引起器官和组织灌注不足与功能不全的临床表现。休克时心输出量可以正常、增高或降低；血压也可以正常、增高或下降。休克分为：代偿性和失代偿性。代偿性休克时血压正常，失代偿性休克以低血压为特征，且通常是低心输出量。





나 의
행 운 의
바 로
네 일
로
너 야 ~



休克的临床体征:

心动过速、意识改变、尿少、
肌张力低、中央动脉搏动减弱、外周
动脉搏动减弱或消失及毛细血管再充盈时
间延长（在温暖环境下）。

心动过缓、低血压、呼吸不规则是晚期、
临终的临床体征。



心力衰竭

(1) ①呼吸急促：婴儿 $>60/\text{min}$ ，幼儿 $>50/\text{min}$ ，儿童 $>40/\text{min}$ 。

②心动过速：婴儿 $>160/\text{min}$ ，幼儿 $>140/\text{min}$ ，儿童 $>120/\text{min}$ 。

③心脏扩大（体检、X线或超声心动图）。

④烦躁、哺喂困难、体重增加、尿少、浮肿、多汗、发绀、咳嗽、阵发性呼吸困难（2项以上）。

(2) 以上4项加以下1项，或以上2项加以下2项，即可确诊心力衰竭。

①肝脏肿大，婴幼儿肋下 $\geq 3\text{cm}$ ，儿童 $>1\text{cm}$ ，进行性肝肿大或伴压痛更有意义。

②肺水肿。

③奔马律。

(3) 严重心力衰竭可出现周围循环衰竭。

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/336131022044011003>