

急危重症

1、icu收治原则：

- (1) 急性、可逆、已经危及生命的器官或者系统功能衰竭，经过严密监护和加强治疗短期内可能得到恢复得患者
- (2) 存在各种高危因素，具有潜在生命危险，经过严密的监护和有效治疗可能减少死亡风险的患者
- (3) 在慢性器官或者系统功能不全的基础上，出现急性加重且危及生命，经过严密监护和治疗可能恢复到原来或接近原来状态的患者
- (4) 慢性消耗性疾病及肿瘤的终末状态、不可逆性疾病和不能从加强监测治疗中获得益处 的患者，一般不是icu的收治范围

2、icu收治对象(简答?)：

- (1) 创伤休克感染等引起mods患者
- (2) 心肺脑复苏术后需对其功能进行较长时间支持者
- (3) 严重多发伤、复合伤
- (4) 物理化学因素导致危机病症，如中毒、触电、中暑、淹溺、虫蛇咬伤等
- (5) 有严重心肌梗死、心律失常、急性心衰、不稳定心绞痛患者
- (6) 各种术后重症患者或者年龄较大，术后有可能发生意外的高危患者
- (7) 严重水电解质、渗透压、酸碱失衡患者
- (8) 严重代谢性障碍疾病，如甲状腺、肾上腺和垂体等内分泌危象患者
- (9) 各种原因大出血、昏迷、抽搐、呼吸衰竭等各系统器官功能不全需要支持者
- (10) 脏器移植术后及其他需要加强护理者

3、icu转出指征：

- (1) 急性器官或系统功能衰竭已基本纠正，需要其他专科进一步诊断治疗
- (2) 病情转入慢性状态
- (3) 患者不能从继续加强监护治疗中获益

4、院内感染管理措施：

- (1) 工作人员管理：尽量减少进出icu的工作人员，接触icu患者严格执行隔离原则与卫生 制度
- (2) 患者管理：感染与非感染者应分开安置，同类感染患者相对集中，MRSA、泛耐药鲍曼不动杆菌等感染或携带者单独安置，避免交叉感染。空气传播的感染，如开放性肺结核应隔离于负压病房，接受器官移植或者免疫明显受损的患者，安置于正压病房，医务人员不可同时照顾正负压隔离式内患者，如无禁忌证，应将床头抬高30~45°
- (3) 探视管理：尽量减少不必要的探视。探视严格遵循隔离消毒制度
- (4) 医疗操作流程管理：各项医疗护理操作严格执行无菌原则。
- (5) 物品管理：规范使用一次性物品，用后物品按照使用规范和院内感染管理要求进行清 洁消毒灭菌处理，定期消毒
- (6) 环境管理：定期对病室进行彻底清洁和消毒，定时开窗通风或机械通风，保持icu室内空气流通，空气新鲜无异味。多重耐药菌流行或院内感染爆发的icu，必须采用消毒剂清洁地面，每天至少一次
- (7) 抗菌药物管理：根据药敏试验和细菌培养结果，合理应用抗生素
- (8) 废物与排泄物管理：做好自我防护，防止体液接触暴露和锐器伤，医疗废物分类放置，规范处理
- (9) 监测与监督：常规检测院内感染发病率、感染类型、常见病原体和耐药状况等。

5、急诊3区4级：

(1)按病情分为4级：i级是濒危患者，n级是危重患者，m级是急症患者，w级是非急症患者。

(2)按功能结构将急诊科分为3大区域：红区为抢救监护区，适用I级和n级患者的处置，黄区为密切观察诊疗区，适用于m级患者，原则上按照时间顺序处置患者，病情变化或分诊护士认为有必要时可考虑提前应诊，病情恶化患者应立即送往红区，绿区为w级患者诊疗区。

6、检伤分类的目的：分配急救优先权和确定需要转送的伤员，是分级救治的基础。

7、检伤分类的原则：

(1)简单快速原则：平均每个伤员分类时间 $W_{\min}$

(2)分类分级原则：灵活掌握分类标准，先重后轻、合理调配

(3)救命优先原则：灾难现场检伤一般不包括伤员治疗，但出现气道阻塞等危及生命的情况，且简单手法即可缓解伤病员的紧急状况时，则先救后分或边救边分

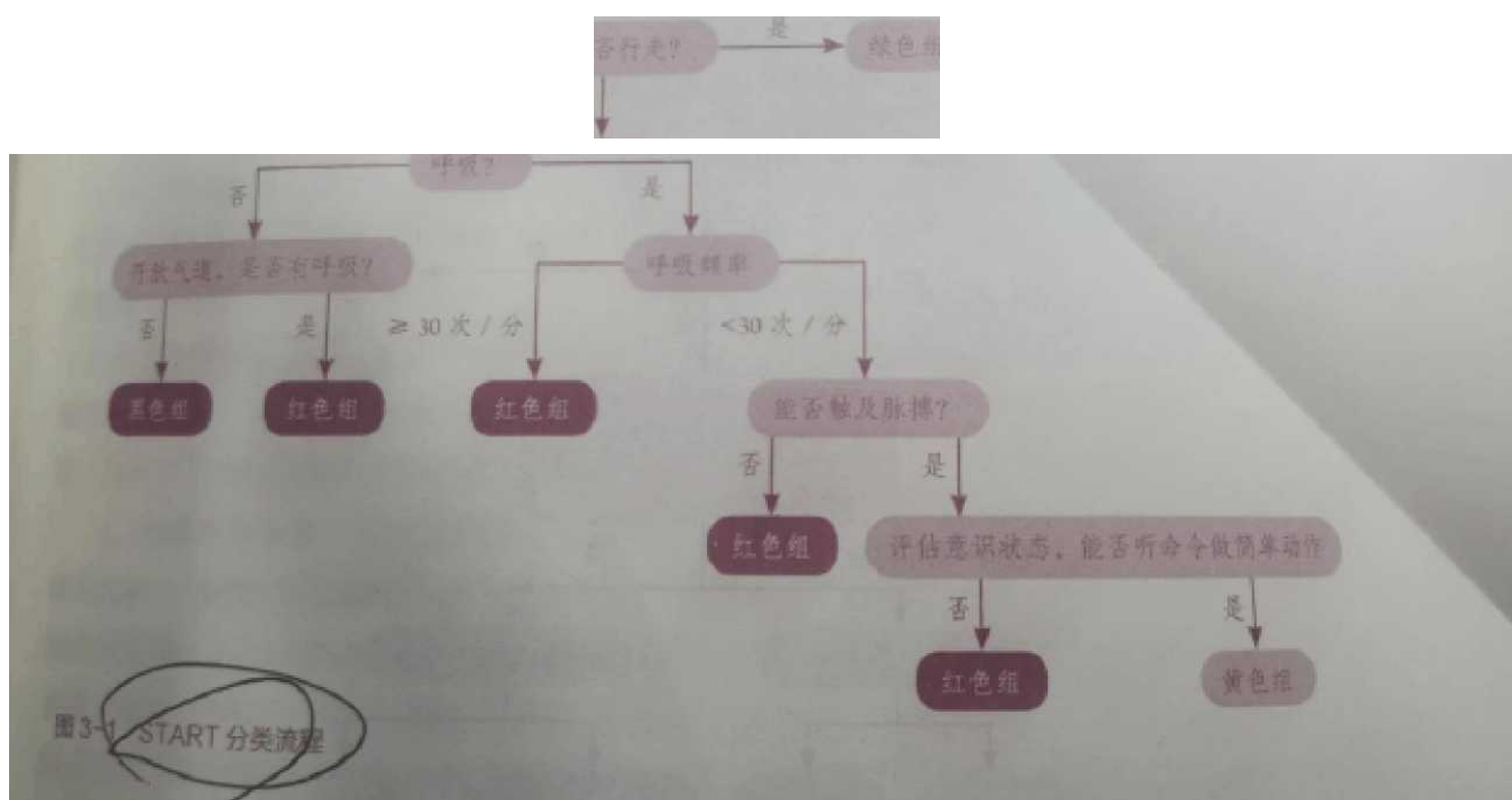
(4)自主决策原则：检伤人员有权根据现场需要和可利用资源等情况自主决定伤员流向和医学处置类型

(5)重复检伤原则：医护人员应每隔一段时间再次对伤病员进行伤情评估

(6)公平有效原则：为尽可能挽救更多伤病员，兼顾公平性和有效性是现场检伤分类的基本伦理原则

8、常用的检伤分类方法：(1) start法：最常用，基于呼吸心跳以及精神状态的检伤分类方法，在此分类过程中，救治方面一般仅做三项处理措施：开放气道、止血、抬高患肢。

Start法流程：



7、检伤分类的标志：灾难现场通常以颜色醒目的卡片或胶带表示伤病员的分类，通常用红、黄、绿、黑四色系统

(1)红色：代表危重伤，第一优先。伤情紧急危及生命，生命体征不稳定需要立即给予基本生命支持，在中内转运到确定性医疗单位救治

(2)黄色：代表中重伤，第二优先。生命体征稳定的严重损伤，有潜在危险。此类伤员应急救后优先后送，在4~6h内得到有效治疗。

(3)绿色：代表轻伤，第三优先。不紧急、能行走的伤员，损伤较小，不需要立即入院治疗。

(4)黑色：代表致命伤。指已死亡、没有生还可能、治疗为时已晚的伤病员。

8、伤病员的暂缓转送指征：休克未纠正，血流动力学不稳定者；颅脑外伤疑有颅内高压、可能发生脑疝者；颈髓损伤有呼吸功能障碍者；胸、腹部损伤后病情不稳定，随时有生命危

险者；被转送人员或家属依从性差。

9、转送途中护理要点：

(1)担架转送护理 ①安置合理体位，一般平卧位。②防坠床。③注意舒适护理。④加强病情观察：应让伤病员头部向后、足部在前，方便病情观察，发现变化及时处理。

(2)卫生车辆转送护理：①准备车辆和器材②伤病员准备：根据伤情和有无晕车史等，遵医嘱给予止血、止痛、镇静、防晕车等药物。③妥善安排登车：出血骨折瘫痪昏迷等重伤员安置在下铺，每台车或车厢安排1~2个轻伤员，协助观察和照顾重伤员。④合理安置体位，防坠床。⑤加强病情观察，保证途中治疗。⑥下车护理：重伤员先下车，清点伤员总数，做好交接。

(3)卫生船护理：①防晕船：晕船者预先口服茶苯海明(乘晕宁)②防窒息：昏迷、晕船者头偏向一侧防窒息。③妥善固定。④保持自身平衡，妥善实施护理操作。⑤病情观察及其他护理措施同陆地转运护理。

(4)空运护理：①合理放置伤病员位置。②加强呼吸道护理：气管切开者应用雾化器、加湿器等湿化空气，或定时给予气管内滴入等渗盐水。气管插管者应减少气囊中注入的空气或者改用盐水充填，以免高空中气囊过度膨胀压迫气管粘膜造成缺血性坏死。③特殊伤情伤病员护理：外伤致脑脊液漏者，因气压低漏出量增加，需要用多层无菌纱布保护，及时更换敷料防止逆行感染。中等以上气胸或开放气胸者，空运前要反复抽气，或做好胸腔闭式引流，使气体减少至最低限度。④其他护理同陆地护理。

10、肢体离断的现场救护不可用生理盐水浸泡断肢，应用洁净敷料包裹并低温保存，对离断肢体残端止血包扎，迅速将伤员送往医院。

11、挤压综合征：受灾人员长时间受坍塌重物挤压，肌肉组织缺血坏死，并释放大量有害物质进入体内，可导致肾衰竭和休克。

12、火灾中死亡人数的80%是因吸入有毒气体所致。

13、特大面积烧伤患者(烧伤面积>70%)应在伤后1h送到指定医院；特重烧伤者(烧伤面积>50%或Ⅲ度烧伤>20%)应在伤后4h送到医院。一旦伤员休克，应就地进行抗休克治疗，不可匆忙转运，转运途中需要及时补液，监测血氧饱和度和血流动力学。

14、急诊分诊概念：急诊患者到达急诊科后，由分诊护士快速、准确地评估病情严重程度，判断分诊级别，根据不同等级安排就诊先后秩序及就诊区域，科学合理地分配急诊医疗资源的过程。

15、急诊分诊作用：(1)安排就诊顺序(2)患者登记(3)紧急处置(4)建立公共关系(5)统计资料的收集与分析

16、国际分诊标准

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/536151040150010111>