

## ICU 护理常规

### （一）一般监护

1. 特级护理，热情接待患者，做好患者、家属的健康教育和心理护理，保证患者安全。
2. 持续心电监护，观察生命体征、心律、瞳孔、血氧饱和度等，按格拉斯哥氏评分标准评估患者的神经系统功能。动态监测血气分析和电解质，按需监测中心静脉压和有创动脉压。
3. 根据评估资料拟订、修订护理计划，落实、评估各项护理措施，并在观察记录中反映出来。
4. 持续低流量给氧、面罩给氧或机械通气。保持呼吸道通畅，做好人工气道的护理和人工呼吸机的管理，防止窒息、误吸。
5. 使用微泵输入药物时，根据医嘱调整速度和药物浓度。
6. 按需要监测血糖、尿糖和尿比重。记录各种检验数据及用药情况。
7. 维持静脉输液和动、静脉测压管、引流管通畅，中心静脉置管和动脉测压管穿刺口每日换药一次，各连接处用无菌敷料包裹，随时保持局部敷料干燥。引流瓶每日更换一次，注意观察引流液性状和量，准确记录出入量。
8. 晨、日间护理每日 2 次，尿道口护理每日 2 次，雾化吸入每日 2~3 次，翻身、拍背每 2—4 小时一次，加强肢体被动活动或协助主动运动。
9. 长期留置胃管、尿管的患者三周更换一次。
10. 遵医嘱做好肠内营养和静脉营养的护理，床旁腹透、血透患者按腹透、血透常规护理。
11. 密切配合医师进行床旁气管插管、气管切开、深静脉置管、各种穿刺

引流术、心肺复苏术等操作。

12. 各专科疾病或手术后按专科护理常规护理。

13. 做好床单元终末处理，床单元随时处于迎接、抢救患者的备用状态。

## （二）呼吸道监护

1. 根据患者情况，采取不同的给氧方式，以确保氧疗效果。

### （1）鼻导管吸氧。

湿化后的氧气经鼻导管进入呼吸道，适用于轻度缺氧者。鼻导管插入的深度为鼻尖到耳垂的  $2/3$ 。若为气管插管或气管切开的患者，导管插入深度不应超过气管插管或套管的长度，以免刺激患者引起呛咳。吸氧浓度为：一般患者  $3\sim 5\text{ L/min}$ ，慢性阻塞性肺部疾病的患者给予低流量持续吸氧，流量为  $1\sim 2\text{ Lmin}$ 。鼻导管应  $8\sim 12$  小时更换一次，防止鼻导管堵塞，影响氧疗效果。

### （2）面罩吸氧。

面罩置于患者的口鼻部，氧流量为  $6\sim 8\text{ L/min}$ 。

### （3）温箱给氧。

适用于新生儿的抢救。氧流量需  $6\sim 10\text{ L / min}$ ，每次打开孵箱后，应将氧流量加大至  $10\sim 12\text{ L/min}$ ，持续 3 分钟，以恢复箱内原来的氧浓度。

### （4）呼吸机辅助通气。

适用于各种原因导致的呼吸功能衰竭，经一般吸氧不能纠正缺氧者。

2. 给予呼吸道辅助疗法，促进肺功能恢复。

(1) 抬高床头  $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$  或予半坐卧位，有利于膈肌运动，并可防止食物返流；腹部压力过高的患者抬高床头不应超过  $15^{\circ}$ ，以免增加腹部张力。

(2) 雾化吸入 Bid，定时翻身、拍背，以利肺分泌物排出；

(3) 根据病情给予体位引流，鼓励患者深呼吸、咳嗽、排痰、吹气球等。

### 3. 预防和控制肺部感染。

(1) 口腔护理 Bid，减少上呼吸道的致病菌，并及时检查患者牙周感染或口腔疾病，给予及时处理。

(2) 吸痰前后需洗手，根据需要选用封闭式吸痰或开放式吸痰。吸痰管选用管径为气管导管  $1/2$ ；开放式吸痰吸引口腔和气道的吸痰管应分开，一根吸痰管只能用一次。

### 4. 人工气道护理。

(1) 向清醒患者解释人工气道的目的，做好心理护理。

(2) 严密观察患者呼吸频率、呼吸节律、呼吸动度、 $SpO_2$ 、心率、心律、血压、皮肤及黏膜有无紫绀等。

(3) 保持呼吸道通畅，及时清除口咽部和气道内的分泌物。

(4) 定时雾化，保持充分的湿化，维持呼吸机吸入气体温度  $32^{\circ}\text{C}\sim 35^{\circ}\text{C}$ 。随时评估湿化效果，即湿化满意——痰液稀薄，能顺利吸出或咳出；防止痰痂形成；听诊肺部无干鸣音或大量痰鸣音；呼吸道通畅，患者  $SpO_2$  无异常。湿化过度——痰液过度稀薄，需不断吸引；听诊呼吸道痰鸣音多；患者频繁咳嗽、烦躁不安，人机对抗；可出现缺氧性紫绀、 $SpO_2$  下降以及

心率、血压等改变。湿化不足——痰液黏稠、不易吸引或咳出；听诊气道内有干鸣音；导管内形成痰痂，吸痰管插入困难；患者突发吸气性呼吸困难、烦躁、紫绀、 $\text{SpO}_2$ 下降以及生命体征改变。

#### (5) 口咽通气道护理：

①保持口咽通气道位置正确、固定、无移位。

②保持口咽通气道清洁，定时向口咽通气道内滴入湿化液，或在口外通气管处用双层生理盐水纱布覆盖以对吸入气体进行过滤和湿化。

③口咽通气道留置时间不超过 48 小时，必要时行气管插管或气管切开。

#### (6) 气管插管护理：

①准确记录插管方法、途径、深度、套囊充气时间、插管过程中及插管后患者病情变化及处理措施。

②选择大小合适的牙垫，妥善固定导管，防止导管随呼吸运动上下滑动、移位、扭曲、咬闭、折叠，甚至吐管或自行拔管。

③病情允许时头稍后仰，左右变换头位，避免颈部强直或咽喉部损伤。

④保持牙垫、导管、固定的胶布清洁、干燥，及时清除口腔分泌物，做好口腔护理（见气管插管患者口腔护理操作规程）。若口腔分泌物过多浸湿固定的胶布，应充分清洁口腔、牙垫、导管和面部后更换胶布重新固定。

⑤一般导管套囊每隔 3—4 小时放气一次，低张高容套囊每日放气一次。套囊充气时囊内压不超过  $25\text{cmH}_2\text{O}$ ，可采用最小漏气技术或最小闭合容积技术：a. 最小漏气技术——套囊充气后，患者吸气时容许不超过  $50\text{mL}$

气体从套囊与气管壁间隙漏出。即充气时先把套囊注气至吸气时无气体漏出,然后以 0.1mL/次进行套囊放气,直至吸气时有少量气体漏出为止。b. 最小闭合容积技术——套囊充气后刚好吸气时无气体漏出。即充气时先把套囊注气至患者吸气时无气体漏出,然后以 0.1mL/次进行套囊放气,听到漏气声后向套囊内注气 0.5mL。

⑥拔管后观察患者有无呼吸困难、咳痰困难、声嘶、咽喉痛等。

(7) 气管切开护理:

①妥善固定导管,保持导管位置中立位,不前倾,不后仰。

②保持导管及切口敷料干燥,切口每日换药 2 次,敷料浸湿及时更换(按气管切开切口护理)。观察切口分泌物量、性状、气味等,做好记录。

③套囊护理(同气管插管的套囊护理)。

④未使用呼吸机患者,用双层生理盐水纱布覆盖气管切开管口,保持湿化和过滤的作用,保持温化和湿化。

⑤拔管后观察患者有无呼吸困难,有无气管食管瘘和气管切开瘘形成。

(三) 使用人工呼吸机监护

1. 使用呼吸机前连接好电源线路和送气管道,选择合适的螺纹管,用模拟肺按千克体重和病情预设和调试呼吸机,确认呼吸机工作状态。预设潮气量(TV)6~8 mL/kg,频率(RR) 16~20 次/分,吸/呼比(I: E)1: 2。吸入氧浓度(F:O<sub>2</sub>)40%~60%。高压报警限: 大于气道峰值压 10 cmH<sub>2</sub>O,低压报警限: 小于平均气道压 5—10 cmH<sub>2</sub>O。

2. 向清醒患者解释使用呼吸机的目的,取得其合作,消除恐惧心理。

3. 保持气道通畅，及时吸痰，严格执行无菌操作。
4. 及时添加湿化器内蒸馏水，保持吸入气体温度在 32℃~ 36℃。呼吸机管路中的集水瓶底处于下方，随时倾倒瓶内冷凝水，避免冷凝水流入机器内或患者气道内。
5. 注意患者体位的舒适度，避免人工气道与患者气管成角。观察气管导管（插管）气囊有无漏气，测量并记录气管插管在口（鼻腔）长度，避免人工气道扭曲、折叠、滑脱或接头松脱，
6. 观察患者呼吸困难情况是否改善，动态监测血氧饱和度和血气分析。观察患者双肺呼吸音和胸廓动度，以了解患者有无肺不张、通气不足或通气过度。
7. 观察呼吸机是否与患者呼吸同步，分析不同步的原因，以采取相应的措施：恐惧？通气不足？缺氧、烦躁？存在通气障碍：气胸？肺水肿？气道梗阻？存在引起过度通气的疾患：颅内压过高？代谢性酸中毒？休克？
8. 观察呼吸机工作是否正常，及时去除呼吸机高、低压报警的原因。
9. 有心血管功能不良、血容量不足、高龄、药物抑制、原有低血压者易导致低血压，应采取相应的措施，维持循环稳定。
10. 与患者建立非语言交流渠道，减少患者心理压力，取得患者的配合。
11. 病情平稳，鼓励患者增强信心，用力深呼吸，配合撤机。

#### （四）各种引流管监护

引流管可将人体积血、积气、脓血及胃内容物等引出体外，对引流物量、颜色及性质的观察，可判定有无大出血及患者恢复情况。因此，对留置引流管的患者，应做好以下护理：

### 1. 观察要点。

(1) 观察病情变化：严密观察血压、脉搏、心率、呼吸、瞳孔、神志、尿量、大便颜色等变化，准确记录出入量，及时发现出血、感染、管道阻塞、水电解质紊乱等征兆。

(2) 观察引流管是否通畅，引流液的量、性状、色泽变化：每日认真观察记录引流液的性质、量、颜色变化，观察是否与病情相符，发现异常及时与医师联系。

(3) 观察体位与压力的改变：保证引流效果。

(4) 观察引流管处伤口情况：观察伤口有无发红、疼痛、肿胀及渗血渗液，及时发现出血、感染表现。

(5) 行夹管试验时，观察患者有无胸闷、腹痛腹胀、寒战、发烧或恶心、呕吐等不适，发现异常及时通知医师处理。

(6) 拔管后观察：拔管后观察患者有无发热、黄疸、腹痛、胸痛、食欲下降、大便颜色改变、尿路刺激症状等情况，如果发现及时通知医师处理。

### 2. 护理要点。

(1) 妥善固定：

根据引流管的不同类型妥善固定引流管及引流袋，位置不可过低或过

高，避免引流管移位、脱出，防止逆行感染。例如胸腔引流管的位置不能高于患者插管口的平面，脑室引流管有脑脊液引流时，常抬高引流管位置，切勿过高或过低，以免出现引流不畅或引流过度出现低颅压、抽搐和继发出血等。如有多条引流管应做好标记，以便辨认。

#### (2) 预防引流管脱出：

注意引流袋或管的长度应长短适宜，防止患者活动、翻身时牵拉使引流管脱出。引流袋内引流液较多时应及时倾倒，以防因引流袋过重掉落导致引流管脱出。对意识不清醒的患者必要时采取约束措施，防止意外拔管。

#### (3) 保持引流管通畅：

根据需要定时挤压，避免引流管折叠、扭曲、受压，保持引流通畅，如果引流不畅需查明原因给予相应处理。

#### (4) 保持引流系统密闭无菌：

保持引流管及引流袋的密闭无菌，长期置管的患者定期更换引流袋或负压吸引器时，或引流管阻塞需行冲洗时，均应严格遵守无菌操作原则（胃管除外）。

#### (5) 测量并记录引流量：

严格定时测量并记录引流液颜色、性质和量，发现与病情不符时，及时通知医师处理。

#### (6) 保持适宜的压力：

根据引流管的类型，观察并调整压力，保证引流、治疗效果。例如乳腺引流负压吸引不能过大，否则引起伤口出血。

(7) 保持适宜体位:

根据引流管类型取合适体位。例如留置胸腔引流管患者取半坐卧位，有利于呼吸和引流液的排出。

(8) 预防感染:

保持置管部位的洁净，若渗液多应及时更换敷料，换药时严格采取无菌操作，防止引流管处机体感染。患者移动时，应安放好引流袋或先夹闭引流管，防止逆行感染。

(9) 保持静脉通路的通畅:

当引流量较多，患者体液丢失较多时，要保证静脉通路通畅，及时补充营养物质，维持患者正常入量，保持水及电解质平衡。

(10)疼痛护理:

有些患者常因手术伤口或引流管刺激引起剧烈疼痛，如留置胸腔引流管的患者，护士应向患者解释疼痛的原因及持续时间，为患者做治疗时动作轻柔，根据情况采取护理措施，必要时遵医嘱给予止痛剂，用药后观察止痛效果。

(11)做好基础护理:

保持引流管处皮肤的清洁干燥，可以涂药膏保护皮肤，预防渗出物的刺激。做好口腔及受压部位皮肤的清洁，定时活动肢体，预防褥疮，保持皮肤完整性。有些患者因伤口疼痛或引流管刺激影响呼吸及咳嗽排痰，易发生坠积性肺炎等呼吸道感染，遇此情况应协助患者翻身、拍背及排痰，预防并发症的发生。

### 3. 健康指导。

(1)告知患者留置引流管的目的、重要性、留置时间、配合方法，充分解释以消除其紧张、恐惧、焦虑等不良心理因素，使患者积极配合治疗，早日康复。

(2)告知患者有不适应症状及时报告医护人员，如腹痛、腹胀、恶心、呼吸困难、胸痛、发烧等。

(3)告知患者翻身活动时注意事项：强调患者自身保护引流管的重要性，告知患者翻身及活动时引流管放置位置、固定方法，注意保护引流管，防止脱出。

(4)饮食指导：留置引流管期间和拔管后均应根据病情及医嘱指导患者饮食方面的注意事项，确保患者了解饮食治疗的重要性。

(5)带管出院患者的指导：指导患者如何保护引流管及引流袋，防止脱出；如何测量并记录引流量；如何保持引流通畅；如何换药、防止感染、保护皮肤等知识。

#### (五) 胃肠外营养监护

营养液必须在层流室或层流工作台配制，严格执行无菌技术和查对制度。

1. 输注前，检查营养液是否有混浊，在低于中心静脉插管远端迅速连接，防止空气混入。计算液体总量，调整输注速度，保证 24 小时匀速输注。切忌过快或过慢，造成代谢紊乱，葡萄糖的输注应以 0.5g/h·kg 为宜。

2. 输注中，严密观察生命体征，注意有无发冷、发热、头痛、胸背痛、

关节痛、呼吸困难、呕吐、皮疹等不良反应。动态监测血糖、尿糖、血脂及肝肾功能。

3. 营养液应现配现用，配制后的营养液若不输注，可置于 4℃ 冰箱中保存 24 小时。

4. 鼓励、协助患者在床上进行肌肉活动，以促进营养液的利用。

#### （六）胃肠内营养监护

1. 按保留胃管、空肠造瘘管护理常规护理。

2. 严格遵照医嘱配制流质，保证流质新鲜：粉剂现配现用，水剂开瓶后在冰箱内最多保存 24 小时，家属自备用于冲调营养制剂的蔬菜汤、肉汤等，在冰箱内保存不超过 24 小时。

3. 管饲前检查胃管是否在胃内，有无胃潴留，若胃潴留大于 100mL，应考虑减量或给予胃动力药。若潴留物为咖啡色或血性，应停用管饲，查明原因，及时处理。

4. 管饲前抬高床头 30°~ 45°；有人工气道者管饲前酌情先打卡弗。

5. 管饲方法：

(1)推注法：主要用于经胃喂养，不适用于经幽门后喂养，量宜小于 200mL/次。

(2)间歇滴注：循环滴注，其间予以休息，经胃管管饲推荐使用。

(3)输液泵滴注：持续 20~22 小时内经输液泵滴入，常用于幽门后喂养。

6. 首次管饲采用半浓度、小剂量，无不适后改为正常剂量浓度；经幽门后管饲最大速度不超过 125mL/h。

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/626032225052010105>