



内江市第二人民医院

The second people s hospital of neijiang

危重症患者观察与护理

授课者：唐忠亮 时间：2022.04.06

目录/content



01

危重症患者的概述

02

危重症患者评估与观察

03

危重症患者护理管理

04

典型病例分析与反思



Part1

危重症患者概述



生命体征不稳定，病情变化快，两个以上的器官系统功能不稳定，减退或衰竭病情发展可能会危及到病人生命。我们称这一类病人为危重病人



危重症患者特点



复杂
危重
变化快

各种
侵入性
操作多

监护导线多
留置导管多

营养状况差
免疫力低下



危重症患者分类



1、**脑功能衰竭**：如昏迷、中风、脑水肿、脑疝形成、严重脑挫裂伤、脑死亡等

2、**各种休克**：循环功能衰竭，有效血容量减少、组织灌注不足、细胞代谢紊乱和功能受损的一组综合征

3、**呼吸衰竭**：I型呼衰(单纯低氧血症 $PaO_2 \leq 60\text{mmHg}$,

$PaCO_2 < 50\text{mmHg}$) ; II 型呼衰(同时伴有二氧化碳潴留 $PaO_2 \leq 60\text{mmHg}$, $PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}$)

4、**心力衰竭**：如急性左心衰竭(肺水肿表现)、慢性右心衰竭、全心衰竭

5、**肝功能衰竭**：肝昏迷，包括急性肝坏死和慢性肝硬化

6、**肾功能衰竭**：急性肾功能衰竭和慢性肾功能衰竭

危重症患者分类

- 心脏骤停
- 心肌梗塞
- 心功能不全
- 肺功能不全
- 肝肾功能不全伴凝血障碍
- ◆脑卒中
- ◆严重高血压、糖尿病

内科
疾病

外科
疾病

- ◆严重创伤所致失血性休克或多发伤
- 严重颅脑外伤昏迷
严重烧伤
- ◆严重坏死性胰腺炎、化脓性胆管炎、肠梗阻伴中毒性休克
- ◆重大手术后



Part 2

危重症患者评估与观察

评
估

危重患者早期预警评分 (MEWS)

项 目	评分						
	3	2	1	0	1	2	3
心率(次/min)		≤40	41-50	51-100	101-110	111-130	≥130
收缩压(mmHg)	≤70	71-80	81-100	101-199		≥200	
呼吸频率(次/min)		<9		9-14	15-20	21-29	≥30
体温(℃)		<35	35, 1-36.5	35.0-38.4	>37.5	≥38.5	
意识				清楚	对声音有反应	对疼痛有反应	无反应



MEWS评分	要求
0~3分	①巡视频率： <u>每3h 1次</u> 。②体温监测频率：1次/d, 若体温>37.5 °C, 改为每4 h 1次, 直到至体温正常。③遵医嘱测血压等。④记录生命体征1次/周
4~6分或 单项指标≥2分	①巡视频率： <u>每2h 1次</u> 。②有心电监护, 生命体征监测增至每小时1次; 无心电监护监测生命体征频率为第4 h1次。③采用 <u>SBAR沟通模式通知医生</u> 患者情况, 密切观察病情, 遵医嘱采取相应护理措施
7~8分或 单项指标≥3分	①巡视频率： <u>每小时1次</u> 。②全麻术后监测生命体征每30min 1次, 连续测3次后, 改为每小时1次, 遵医嘱测血压。③采用SBAR沟通模式通知医生患者情况, 密切观察病情, 遵医嘱采取相应护理措施, 做好 <u>转入ICU相关准备</u>
≥9分	①生命体征监测频率： <u>每30min 1次</u> 。②采用SBAR沟通模式通知医生患者情况, 密切观察病情, 遵医嘱采取相应护理措施, 备抢救车并做好抢救准备

观

察

危急生命指征

意识	呼吸	血压	心率	瞳孔	SP02
昏迷 谵妄 抽搐	不规则 双吸气 长吸气 点头样	>0/0 <60/0	<40 >180	扩大、 对光反射消失	<80%



1、体温(T)

正常值为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ ；
 $>37^{\circ}\text{C}$ 为发热，多见于感染。

$<35^{\circ}\text{C}$ 为低体温，可见于全身衰竭。

2、脉搏(P)

正常 $60\sim 100$ 次/分、有力；同时听诊心音，心律整齐、清晰有力，未闻及杂音。

HR >100 次/分，常见于发热、低血钾、甲亢、休克状态、低氧血症。

脉搏短绌；常见于心房颤动的病人。

细脉：休克、心功能不全

3、呼吸(R)

正常 $16\sim 20$ 次/分、节律规则；同时听诊双肺，呼吸音清晰一致未闻及干湿罗音。

呼吸异常包括频率异常、节律异常、深度异常、声音异常、呼吸困难

4、血压(BP)

正常收缩压 $>90\text{mmHg}$ 或平均动脉压 $>70\text{mmHg}$
(平均动脉压=舒张压+ $1/3$ 脉压差)

血压低于此数值，即应考虑休克的可能性；

而舒张压超过 90mmHg 。则称之为高血压。



5、神志(C)

采用 **格拉斯哥评分**；
如果烦躁、紧张不安，往往提示休克早期；而神志模糊或嗜睡，说明即将发生昏迷；
注意有无尿蒲留、缺氧、心衰、休克、颅内压增高

6、瞳孔(A)

瞳孔散大并固定提示心跳停止；
瞳孔缩小提示有氯丙嗪、吗啡等中毒；
一大一小为脑疝形成，双侧散大见于颅内压增高及濒死状态。

7、尿量(U)

少尿：24h尿量少于400ml，见于休克、发热、肝、肾功能衰竭等
无尿：24h尿量少于100ml 或12h无尿者，见于严重休克、急性肾衰竭
多尿：24 h 尿量超过2500ml，见于尿崩症

8、皮肤黏膜

紫绀表示严重缺氧苍白为交感神经亢进，血管收缩或贫血；
皮肤弹性差：严重脱水皮肤苍白、四肢湿冷提示休克
皮肤黏膜广泛出血：说明凝血机能障碍，提示发生了DIC。



格拉斯昏迷量表

	睁眼反应	计分	语言反应	计分	运动反应	计分
13-14分轻度意识障碍						
◆ 9-12分中度意识障碍						
3~8分重度意识障碍						

13-14分轻度意识障碍

◆ 9-12分中度意识障碍

3~8分重度意识障碍

睁眼反应

计分

语言反应

计分

运动反应

计分

自动睁眼
呼唤睁眼
刺痛睁眼
无反应

4
3
2
1

回答正确
回答错误
含糊不清
只能发音
不能发音

5
4
3
2
1

遵嘱动作
刺痛定位
躲避刺痛
刺痛屈曲
刺痛伸肢
不能活动

6
5
4
3
2
1



Part 3

危急重症患者护理管理

建立抢救小组

每个科室，包括医院，都需要建立抢救领导管理小组，明确责任，分工协作，密切配合。



制定抢救方案

制定救治方案，护理管理上督促责任护士制定护理工作计划，督促实施。



医护配合

相互多提醒，多沟通，默契配合完成急救工作。



严密核对查对

用药复杂，抢救多。正确执行医嘱，严格执行护理核心制度。



及时完善记录

要严格按照书写要求，认真完成书写记录任务。



抢救设备管理

专人管理，严格执行“五定”制度，护士长做好督促和监督管理，使急救物品完好率做到100%。

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/688077104135006122>