

危急重症护理常识 一起了解一下

危急重症护理是指对病情危急、生命威胁较大的患者进行紧急救治和监护的护理工作。这种护理通常在重症监护室(ICU)或特定的高度监护单位进行,以提供全面的医疗和护理支持。那么,危急重症护理的重要常识包括哪些?下面简要介绍一下。

生命体征监测 护士需要密切监测患者的生命体征,包括心率、血压、呼吸频率、体温和氧饱和度等。这些数据提供了监测患者病情的重要指标,帮助护士评估患者的稳定性和病情变化。

呼吸管理 危急重症患者可能出现呼吸衰竭或需要机械通气支持。护士需要监测患者的呼吸状态,确保气道通畅,维持适当的通气和氧合。

循环支持 护士需要密切监测患者的循环状况,包括心脏功能、血压和液体平衡。根据患者的具体情况,可能需要进行液体输注、使用血管活性药物或机械辅助循环支持。

心肺复苏 对于心脏骤停患者,护士需要立即进行心肺复苏(CPR)措施,包括胸外按

压和人工通气。护士需要熟练掌握CPR的技巧,并按照国际指南进行操作。

药物管理 护士负责正确计算、配制和给予患者所需的药物。对于危急患者,药物管理的准确性和及时性尤为重要。护士需要了解各种药物的作用、副作用和相互作用,确保患者获得适当的药物治疗。

感染控制 危重患者往往存在感染风险,因为他们的免疫系统可能受损。护士需要采取适当的感染控制措施,如正确的手卫生、使用个人防护装备、执行无菌操作等,以预防和控制感染的发生。

疼痛管理 危重患者可能经历严重的疼痛。护士需要进行疼痛评估,并根据评估结果制定和实施疼痛管理计划,包括药物治疗、物理疗法和心理支持等。

患者和家属的心理支持 重症患者和家属,可能面临巨大的心理压力和情绪困扰。护士需要



提供情感支持、信息沟通和教育,帮助他们应对困境和焦虑。

以上只是危急重症护理的一些常识和要点。危急重症护理需要多个专业人员之间的密切合作,包括医生、护士、呼吸治疗师、药师、物理治疗师等。团队合作和有效的沟通至关重要,以确保患者得到全面和协调的护理。在实际护理过程中,护士需要根据患者具体情况和医疗团队的指导,进行具体的护理操作和决策。

危急重症护理是一个不断发展和变化的领域,护士需要持续学习最新的护理知识和技术,参加相关的培训和研讨会,以提高自己的专业水平。

山东省枣庄市立医院 贾广娜

手术期间, 如何保障患者的安全和舒适?

手术室是开展手术、为患者进行治疗的重要场所,同时也是高度复杂和风险较高的医疗环境,有效的医疗护理工作能够保障手术过程的安全性,舒适温暖的环境、关怀支持的态度能够减轻患者的焦虑和恐惧。手术作为一种应激源,不论患者接受何种类型的手术,都可能引起应激反应。若这种状况严重影响到患者的生理和心理功能,也会降低手术的安全性。那么,该如何保障患者在手术期间有更高的安全性和舒适度呢?以下两方面需要注意。

手术对患者安全感和舒适度的影响

手术对患者的安全感和舒适度的影响首先体现在环境方面,对于患者来说,手术室是一个相对陌生的地方。进入手术室后,患者容易产生孤独感和陌生感,手术过程中也会有明显的生理和心理应激。手术操作过程中,设备和器械可能会发出声响,使患者感到恐惧和疑虑,也可能因此在生理方面对手术产生不利影响。

其次,是心理方面。很多患者缺乏对手术的认知,担心手术效果和安全性,因此会感到紧张和焦虑,给手术的顺利进行带来隐患。此外,体位和疼痛也会对手术的舒适度产生影响。手术常需要对患者的肢体进行约束和固定,长时间的限制会增加患者的不适感。疼痛是手术中不可避免的症状,也是对手术舒适度影响最明显的因素。

如何保障患者的安全和舒适

术前评估 在手术前,医疗团队会对患者进行全面评估,包括病史、过敏史、特殊需求等,以制定个性化的手术计划,并针对患者的特殊情况做出相应的安排。

术前核查 医护团队在手术前会细致地执行手术安全核查清单,核对患者身份、手术部位、手术器械和药物使用等关键信息,以确保手术的准确性和安全性。

控制疼痛 有效控制患者的疼痛也很重要,使用适当的麻醉技术和药物来减轻患者手术期间和术后的疼痛。手术过程中,要密切监测患者的生命体征,如心率、血压、血氧饱和度、呼吸等,通过监测设备提供实时数据以便及时采取必要的措施,最大程度地确保患者在手术过程中没有疼痛,并保持良好的血压和氧气供应。

保护隐私 医疗团队会尊重患者的隐私权和尊严,手术室会提供适当的隐私保护措施,确保患者在手术期间得到充分的尊重和保护。医护团队之间将进行有效的沟通和协作,确保关键信息的传递和理解。同时,医护团队会与患者及其家属进行适当的交流,解答疑问并提供支持。

总而言之,在手术中保持患者的安全和舒适是医疗团队的首要任务,需要全体医护人员的合作和努力。

山东省日照市人民医院 徐衍芬

盲插空肠管的技巧与注意事项

危重患者由于机体代谢速率加快、经口摄食能力减弱,发生营养不良的风险较大。营养状况不仅对疗效与预后有一定程度的影响,还与患者的身心状态和生存质量密切相关,因此保证足够的营养至关重要。盲插空肠管是实施营养支持的主要手段,下面将具体介绍其技巧与注意事项,供大家了解。

盲插空肠管即在无可视设备辅助的情况下,利用手法和手感主动置入空肠管的过程。其中各环节的完成质量都会对最终的置入效果产生影响,需要相关人员熟练掌握操作技巧,以提高置管成功率。

1. 根据患者情况和盲插空肠管的需要,准备所需物品,包括适宜型号的空肠管、生理盐水、胃复安、注射器、无菌手套、胃管标识、听诊器、酸碱度试纸、导管固定贴等。

2. 推动空肠管内导丝,在其到达导管尖端后进行固定处理,注意避免导丝从尖端穿出。导管头端有亲水性涂层,用适量

的无菌水或无菌生理盐水浸泡湿润,并向管腔内注入5毫升水,以润滑管腔内壁的涂层。将导管从患者的一侧鼻孔送入至剑突水平。判断导管的位置,确认其在患者的胃内后进行抽取,并尽可能将胃内容物抽尽。继续置入空肠管,这一过程中需要轻轻旋转,以使导管顺应胃体的解剖结构移动。同时,每置入5厘米用注射器向导管内注入10毫升空气。利用听诊判断气流声注需要,以在每次注气后回抽等量气体。

3. 依次对患者的剑突下、左肋下、脐上、右肋下进行听诊,以感知胃贲门、胃底、胃体和幽门的气流声。导管尖端所在位置会产生最明显的气流声,这是指导导管尖端走向的关键。

4. 如果置管进度已经超过10厘米,但气流声最明显处位置未发生改变,就要考虑导管盘绕的可能。此时需要退出5至10厘米,然后再轻轻旋转、缓慢送入。结合手法、手感、听诊等各种技巧,巧妙地运用患者呼

吸时产生的起伏,顺利将鼻肠管插入空肠管。当在患者右肋下能够听到响亮的气流声时,就可以初步确定导管尖端已通过幽门,之后根据患者的实际情况,继续置入一定深度。抽取液体,并用酸碱度试纸测量,作为判断导管位置的依据。

5. 根据腹部平片结果对导管尖端位置进行最终判断。

除了熟练掌握以上技巧,还需要明确以下注意事项:

1. 徒手盲插的要领在于“慢”,过程中相关人员需要有足够的耐心。

2. 确认导管尖端是否通过幽门非常重要,主要的确认方法包括酸碱度测试和手感判断。在手感判断中,若导丝有明显的阻力感或存在较大的绕弯情况,表示尚未通过幽门。

3. 为避免在拔出导丝时导管尖端偏离幽门的问题,需推注20毫升生理盐水,增加导管尖端的重力。

湖南省康复医院重症监护室
袁海芳 李凤辉