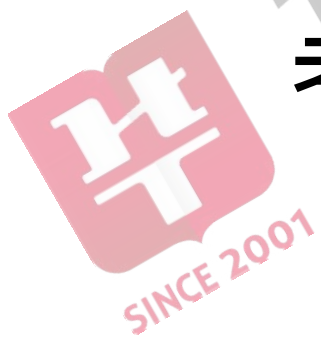


# 急救护理学

【课程代码：03007】

---

考前30分



华图教育  
HUATU.COM

1.院前急救的原则：（1）先排险后施救。（2）急救与呼救并重。（3）先重伤后轻伤。（4）先施救后运送。（5）转送与救护相结合。（6）院前与院内急救紧密连接。

2.五步检伤法：（1）气道检查。（2）呼吸情况。（3）循环情况。（4）神经系统功能。（5）充分暴露检查：望、触、叩、听等检查。

3.现场检伤分类标志

红色：危重伤，优先处理。

黄色：重伤，次优先处理。

绿色：轻伤，延期处理。

黑色：死亡，暂不做处理。

3. “SOAP” 急诊分诊法

S 主诉：收集患者的主诉和现病史。

O 观察：观察患者的现有症状。

A 评估：评估患者的生命体征、阳性检查、化验指标。

P 计划：计划安排患者的就诊位置及顺序。

4.需要急救患者的生命体征：①心率 < 50 次/分或心率 > 130 次/分。②呼吸 < 10 次/分或呼吸 > 30 次/分。③脉搏血氧饱和度 < 90%。④血压：收缩压 < 85mmHg、舒张压 < 50mmHg 或收缩压 > 240mmHg、舒张压 > 120mmHg。

5.吸气困难严重程度的 Hugh-Jones 分级法

分级	临床表现
I	与同龄健康人相同
II	在平地步行如同常人，但不能上下坡（或楼梯）
III	不能长距离步行，大多在 1.6km 以内
IV	中间不休息就不能走完 46m
V	说话、穿或脱衣都感到呼吸困难，不能行走

6.每日咯血量在 100ml 以内为小量咯血，在 100~500ml 为中等量咯血，在 500ml 以上（或一次 300~500ml）为大量咯血。

7.有无活动性出血 ①呕血频繁、血色较为鲜红、黑便次数增多、粪质稀薄，伴有肠鸣音亢进；②周围循环衰竭的表现，经积极补液、输血等治疗未见明显改善，或暂时好转又恶化；③红细胞计数、血红蛋白浓度持续下降，网织红细胞持续增多；④在充分补液、尿量足够的情况下，血尿素氮持续增高或再次增高。

8.院内心搏骤停生存链：监测和预防、识别和启动应急反应系统、及时高质量心肺复苏、快速除颤、高级生命维持和骤停后护理。主要取决于第一环——心搏骤停的监测和预防。

院外心搏骤停生存链：识别和启动应急反应系统、及时高质量心肺复苏、快速除颤、基础及高级急救医疗服务、高级生命维持和骤停后护理。主要取决于社区群众的支持。

9.有效人工通气的标准包括：通气量 500~600ml/次（6~8ml/kg/次），保证胸廓有起伏；吹气时间要 > 1s；避免过度通气。另外，建立高级气道后，推荐每 6s 送气一次，每分钟 10 次，不再按照按压/通气比例进行。进行人工呼吸前，抢救者正常吸气即可，无需深吸。

10.心肺复苏有效的指标：①患者有反应，自主呼吸恢复，可以触摸到颈动脉搏动。②患者面色（口唇）由发绀转为红润。③瞳孔由大变小，并有对光反射，甚至有眼球活动。④意识完全恢复或部分恢复，或仅有一些反射存在。⑤患者上肢的收缩压达到 60mmHg 以上。

11.补钾原则：①尽量口服补钾：常用的口服药物是氯化钾。②尿少时不宜补钾。③静脉补钾不宜过浓：静脉输入液钾浓度不大于 0.3%。④静脉补钾不宜过快：每小时输入速度为 10~20mmol/L。⑤静脉补钾不宜过多：禁食者每日补钾量为 2~3g，重症缺钾者 24h 不宜超过 6~8g。细胞内缺钾恢复较慢，往往需要补钾 4~6 天，严重者需要补钾 10~15 天。⑥禁止静脉推注、肌内注射及皮下注射。

12.包扎注意事项：①包扎的动作要轻、快、准、牢。避免碰触伤口。②对充分暴露的伤口，尽可能先用无菌敷料覆盖伤口，再进行包扎。③不要在伤口上打结，以免压迫伤口而增加痛苦。④包扎不可过紧或过松，以防滑脱或压迫神经和血管，影响远端血液循环，四肢包扎时，要露出指（趾）末端，以便随时观察肢端血液循环。

13.尿潴留患者诱导排尿：①做好心理护理。②提供隐蔽的排尿环境。③调整体位和姿势。④热敷、按摩。⑤药物 在排除机械性尿路梗阻情况下，根据医嘱可用卡巴胆碱肌内注射。⑥对术后动力性尿潴留可采用听流水声或用温水冲洗会阴诱导排尿；亦可采用针刺等方法，刺激排尿。

#### 14.烧伤分度

分度	损伤	痛觉	局部表现	色素瘢痕	愈合时间
一度	表皮	烧灼痛	红斑、无水疱	无	3~5d
浅二度	真皮浅层	剧烈	有水疱、壁薄，基底潮红	有色素，无瘢痕	1~2 周左右
深二度	真皮深层	迟钝	有水疱、形小、壁厚，质地较韧	有	3~4 周
三度	皮肤全层	无	无水疱、焦黄甚至炭化，形成焦痂， 皮肤失去弹性，触之硬如皮革	有	3~4 周后

15.液体复苏的有效指标是：①成人每小时尿量 30~50ml，小儿每千克体重不低于 1ml；②患者安静，无烦躁不安；③无明显口渴；④脉搏、心跳有力，成人脉率 120 次/分以下。儿童 140 次/分以下；⑤收缩压维持在 90mmHg 以上，脉压在 20mmHg 以上，中心静脉压为 5~12cmH<sub>2</sub>O；⑥呼吸平稳。

16.急产对母体影响：①宫缩过强、过频，产程迅速进展时，宫颈、阴道易发生撕裂伤，如偶有宫颈不成熟或宫颈坚硬症者，可造成子宫破裂。②站立性分娩偶可见子宫内翻。③产程过快，来不及消毒接生，导致感染。④产后可因子宫肌纤维缩复不良发生产后出血。⑤严重者还会因为阴道与直肠或尿道间出现撕裂现象，日后产生大小便失禁的困扰。

17.急性闭角型青光眼降眼压：①缩瞳剂 2%毛果芸香碱。引起眉弓疼痛、视物发暗、近视加深等不良反应。②β-肾上腺素受体阻滞剂 脉率小于 60 次/分，停止使用，有支气管哮喘、肺源性心脏病、心力衰竭病史的患者禁用。③碳酸酐酶抑制剂 口服醋甲唑胺。有磺胺类药物过敏史的患者禁用此类药物。④高渗剂 20%甘露醇，异山梨醇。

18.清除未吸收的毒物：①催吐 意识清醒者立即催吐，取坐位前倾位。儿童及严重呼吸抑制患者禁用。②洗胃 意识不清或不合作者给予洗胃，一般中毒后 6h 内最有效。昏迷患者应先气管插管后洗胃。用 1: 5000 高锰酸钾溶液或清水洗胃。③灌入药用活性炭。④导泻 常用硫酸镁、硫酸钠、甘露醇等。一般禁用油类导泻，昏迷患者禁用硫酸镁导泻。⑤灌肠 口

服中毒超过 6h 以上、导泻无效者，或抑制肠蠕动的药物（巴比妥类）导致的中毒应给予灌肠。

19.高渗性非酮症糖尿病昏迷诊断标准：①显著特点：高渗透压、高血糖。②血糖  $> 33.3\text{mmol/L}$ 。③ $\text{pH}>7.30$ 。④血清  $\text{HCO}_3^->18\text{mmol/L}$ 。⑤无酮症酸中毒。⑥进行性意识障碍。⑦血浆渗透压  $> 320\text{mmol/L}$ 。

20.Whipple 三联征：①低血糖症状；②发作时血糖低于  $2.8\text{mmol/L}$ ；③供糖后低血糖症状能迅速缓解。

21.癫痫的特征：①共性 发作性、短暂性、重复性、刻板性。②个性。

22.发作时的护理：①切记不可离开患者，要边采取措施，边呼叫他人，同时抢救。②保持呼吸道的通畅，头转向一侧，及时清理呼吸道分泌物，立即给予吸氧。③注意观察发作的情况，并详细记录全过程。④发作时注意保护头部和四肢，摘下眼镜、义齿，解开衣领腰带。⑤用缠有纱布的压舌板置于上下臼齿之间，以免舌咬伤。用手托下颌，避免下颌关节脱位。⑥抽搐时勿用力按压抽搐的肢体，避免骨折和脱臼。⑦床旁有人保护，加床挡，防止坠床。



华图教育  
HUATU.COM