

患者的病情观察

神经内一科

薛明霞

2017.7

病情观察的意义

- ❖ 病情观察是指护士在工作中用视、听、嗅、触及辅助工具来获得有关病人信息的过程。及时发现病人病情变化，准确地掌握或预见病情并提供相应的治疗和护理措施，促进病人康复、为医生确立诊断提供参考依据，为危重病人的抢救赢得时间。同时也是衡量一个护士业务水平高低和工作责任心强弱的标准之一。

病情观察的内容

一般情况

意识

生命体征

瞳孔

心理状态



一般情况观察

- 1、发育
- 2、饮食与营养
- 3、表情与面容
- 4、体位与姿势
- 5、睡眠
- 6、皮肤黏膜
- 7、呕吐物、排泄物

表情与面容

- ❧ 急性病容：表现为面色潮红，兴奋不安，呼吸急促，表情痛苦，见于急性热病如大叶性肺炎、疟疾等病人。
- ❧ 慢性病容：表现为面色苍白或黑暗，面容憔悴，目光暗淡，见于慢性消耗性疾病如肿瘤晚期、慢性肝病、结核病人。
- ❧ 危重病容：表现为面肌消瘦，面色苍白或铅灰，表情淡漠，双目无神，眼眶凹陷，见于严重休克、大出血、脱水、急性腹膜炎等严重疾病的病人。
- ❧ 二尖瓣面容：表现为双颊紫红，口唇发绀，见于风心病病人
- ❧ 贫血面容：表现为面色苍白，唇舌色淡，见于各类贫血病人

呕吐物、排泄物

- ❖ 要从时间、方式、性状、量、颜色、气味及伴随症状等几个方面观察。
- ❖ 颅内高压：喷射状呕吐伴剧烈头痛。
- ❖ 有机磷农药中毒：大蒜味。
- ❖ 肠梗阻：粪臭味。
- ❖ 消化道出血：柏油样便。

危重患者的病情观察

通过对生命“八征”的重点体格检查，来快速识别病人是否属于急危重症

——T、P、R、BP、
C、A、U、S

生命八征 (1)

1

temperature

体温 T

2

pulse

脉搏 P

3

respiration

呼吸 R

4

blood pressure

血压 BP

生命八征 (2)

5

意识
consciousness
C

6

瞳孔
A

7

尿量
urine
U

8

皮肤黏膜
skin & membrane

1、体温 (T)

体温的变化:

体温突然升高, 多见于急性感染的病人。

体温低于 35°C , 见于休克和极度衰竭的病人;

体温超过 39°C 可以局部用冷, 时间为20-30分钟为宜, 如需反复使用, 需间隔1小时。让组织复原防止发生继发效应。体温超过 39.5°C 全身冷疗, 温水擦浴、酒精擦浴。

持续高热、超高热、体温持续不升均表示病情严重。

存在问题

- ❖ 重症记录中缺失体温记录（每天至少4次）
- ❖ 电子体温枪的准确度。
- ❖ 体温过低，后无复测记录。
- ❖ 发烧患者，无降温后的体温绘制，升高者无处理记录及跟踪测量直至体温降至正常，或有“遵医嘱观察”文字描述。

2、脉搏（P）

脉搏的变化：

应注意观察病人脉搏的频率、节律、强弱的变化，如出现脉率低于60次 / 分或高于140次 / 分，以及间歇脉、脉搏短绌、细脉等，均表示有病情有变化。

存在问题

- ❖ 1、脉搏短绌的患者是否按时测量，体温单上是否如实记录？
- ❖ 2、脉搏低于60次/分时，是否还常规用洋地黄药物
- ❖ 3、急性脉搏消失常见于外伤、栓塞和血栓形成。

3、呼吸（R）

呼吸的变化：应注意观察病人呼吸的频率、节律、深浅度、音响等的变化。如出现呼吸频率高于40次 / 分或低于8次 / 分，以及潮式呼吸、间停呼吸等，均是病情危重的表现。

潮式呼吸：呼吸由浅逐渐变深快再由深快转为浅慢，再经一段呼吸暂停，又重复以上周期。多见于神经系统疾病。

存在问题

- ❖ 1、是否认真的数过患者的呼吸？一直在记录心率/4吗？能发现问题吗？患者的呼吸真的是20次/分吗？
- ❖ 2、当监护仪上显示呼吸40次/分的时候，你是如何处理的？无视？停下来观察患者的胸廓起伏？查看电极片的固定？
- ❖ 3、当患者的脉搏氧饱和度低于正常值时，你首先做的是什​​么？通知医生，观察一下呼吸状态，查看一下探头位置……你能做到什么？

4、血压（BP）

血压的变化：应注意监测病人的收缩压、舒张压、脉压的变化，特别是观察高血压及休克病人的血压具有重要意义。如收缩压持续低于70mmHg或脉压低于20mmHg，多见于休克病人；如收缩压持续高于180mmHg或舒张压持续高于100mmHg，是重度高血压的表现。血压受体位、活动的影响。

存在问题

- ❖ 1、高血压给予降压组维持静点后无任何后续记录。液路500毫升计入总入量，但很多时候血压正常后停止降压，液体会剩下多半，我们可以补充文字描述（-250毫升）
- ❖ 2、使用血管活性药物后，要习惯性的询问医生的目标压：如收缩压维持在120—160之间。
- ❖ 3、危重患者必须床旁交接班，尤其是使用血管活性药的患者，注意交接（目标值，滴速，患者基础血压等）

5、意识（C）：

正常状态处于清楚状态、对答如流。

以觉醒度改变为主的意识障碍：可分为：嗜睡、昏睡、昏迷（浅、中、深）。

以意识内容改变为主的意识障碍：可分为意识模糊、谵妄。

GCS是通过睁眼反应、语言反应、运动反应来进行评分。分为轻中重三度。

焦虑或烦躁不安为意识障碍的一种，**务必重视**

检查有无尿潴留、缺氧、心衰、休克、颅内压增高等，不要贸然使用安定。

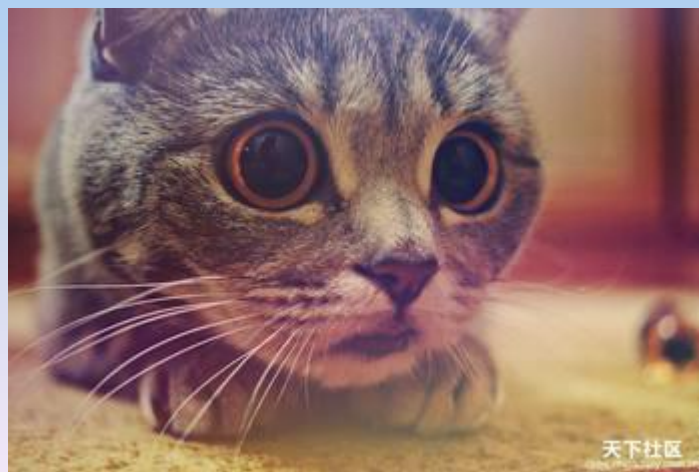
6、瞳孔（A）

正常直径 2~5毫米，双侧等大等圆，对光反应灵敏；

瞳孔散大并固定提示心跳停止，瞳孔缩小提示有机磷或毒品中毒，而一大一小为脑疝形成。

你看，你看，
我的眼睛悄悄的在
改变！

养成主动看瞳孔的习惯



7、尿量 (U)

- ❖ 少尿：24小时尿量少于400ml，或尿量少于17ml/小时，见于休克、发热、肝、肾功能衰竭等。
- ❖ 无尿：24小时尿量少于100ml或12小时无尿者。
- ❖ 多尿：24小时尿量超过2500ml，常见于尿崩症、糖尿病等



要关注单位小时尿量

存在问题

- ❖ 1、一个班次一次尿量，500—1000毫升。作为护士的你那么放心交给患者家属去做。对于重症监护的患者你可以几个小时不去观察尿管的通畅与否？
- ❖ 2、患者术后尿少，我们往往是交班才会发现通知医生，在通知医生之前是否总结一下患者入了多少液体？患者出汗多少？膀胱充盈与否？尿管通畅与否？尿色深浅与否？
- ❖ 3、我们是否做到了尿管的无菌操作？尿道口观察了吗？会阴护理做到了吗？健康宣教做到了吗？是否发生过尿管滑出多时还不知晓的差错？

8、皮肤黏膜（S）

皮肤苍白、四肢湿冷提示休克；

皮肤和口唇甲床紫绀提示缺氧；

皮肤黏膜黄染可能为肝细胞性、溶血性或者阻塞性黄疸所致；

皮肤黏膜广泛出血说明凝血机能障碍，提示发生了DIC（全身弥漫性血管内凝血）

急性出血坏死性胰腺炎：脐周或两侧腰部有蓝色瘀斑。

严重脱水、甲状腺功能减退者：皮肤弹性差

肾性水肿：晨起眼睑、颜面水肿。

存在问题

- ❖ 1、危重患者床头交接对于皮肤及粘膜的观察是我们的短板，必须重视，及时记录。
- ❖ 2、有管道及切口的部位要认真交接查看，并详细记录接班情况。如有无皮肤瘀斑，有无切口渗出，有无管路滑脱等。
- ❖ 3、患者的翻身记录，重症记录患者每2小时一次，如“协助患者翻身，叩背，取舒适卧位”

有生命危险的急危重症表现

窒息及呼吸困难

A

Asphyxia

大出血与休克

B

Bleeding

昏迷

C

Coma

正在发生的死亡

D

Dying

- ❖ 没有突然地病情变化
- ❖ 只有病情变化被突然的发现



危重患者的观察
及记录是护理工作
的重中之重！

你职责中的一次
认真观察也许会
挽救一条生命！

最好的监护仪



有经验的护士是最好的监护仪！

谢谢