

2011年临床ICU护理：术后危重病人的监护和治疗护士资格考试 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/3/2021_2022_2011_E5_B9_B4_E4_B8_B4_c21_3033.htm

术后危重病人的监护和治疗：实施严密的监护和精心的治疗是十分必要的。在现代外科领域里，几乎没有手术禁区，病损的器官可以通过手术切除或修复。然而，疾病所造成的生理紊乱却是一个较持久的过程，并不会由于成功的手术而被立即纠正。如果病人在患病前即有潜在的内脏器官功能损害，再加上手术和麻醉的打击，那么就很有可能使这类病人术后发生一系列严重的并发症，乃至威胁病人的生命。因此，对这类病人在术后实施严密的监护和精心的治疗是十分必要的。在有条件的地方，这个任务主要由外科ICU完成。无ICU的单位，即使在普通病房内，也应尽可能提供相似的条件。其基本原则，无论是ICU还是普通病房都是应当共同遵循的。

white>来源:百考试题网 使用各种仪器对病人进行生理功能监测的结果是ICU内加强治疗的决策依据。由于现代科学技术的飞速发展和多学科的融合，新的仪器设备不断进入监测领域，这些设备集现代机械、电子、微机和传感技术于一体，必须做到完全熟练地掌握。对检测结果的解释要全面合理，要充分考虑每项监测的局限性和制约因素，注意研究同一系统不同指标间和不同系统间的联系，防止片面性。例如，心、肺无论在解剖还是功能上都是联系十分密切的器官，当获得一份动脉血氧分压较低的报告时，所想到的除了肺功能损害以外，还应同时排除心排量下降的因素。当心、肺功能处于边缘状态时，即使肺功能没有进一步恶化，也可由心排量降低导致动脉血气结果不良，此

与混合静脉血氧分压降低和肺内分流有关。疾病是个连续的病理过程，因此应强调作连续和动态地观察，孤立的、哪怕看来是“异常”的数据并不足以说明问题，突出的例证可见于循环压力监测。虽然人们为中心静脉压（CVP）、右房压（RAP）、肺动脉楔压（PAWP）等规定过一系列正常值，但仍不能根据一个偏高的CVP、RAP或PAWP数据就简单地判断为容量超负荷或心功能不全，因为危重病人通常伴有心血管系统顺应性下降，因此削弱了正常压力数值反映容量和心功状态的可靠性。这时，即使较低的容量和心室充盈不足也可能显示较高的压力值，为了鉴别，必须进行连续动态的心率、压力和心排量等项监测，必要时还要辅以容量负荷试验。要根据所获详实的监测资料制订出合理的治疗方案。在分析应用这些资料时，要辩证地而不是形而上学地，本质地而不是表面地看待病理状态下的机体变化。我们往往可以发现，在诸如心排量、氧耗、通气量、代谢等方面，许多指标都升高表现为“异常”。这种“异常”既是病症的反映，但同时也反映了机体健全的适应和代偿能力。因此，对这种变化正确的做法是应予保护，而不是人为地压抑，强迫其返回“正常”，除非这种反应过于剧烈，并可能引起新的损伤。我们应该明确，所谓“正常值”仅可用于正常人，它并不能表示疾病状态下的正常反应，如果在严重疾病时，那些反映代偿机能的测量参数仍显示为“正常”的话，则很可能表示病人的代偿机能不足，这才是真正值得忧虑的。另外，我们还应该了解，外科病人与内科病人不同，后者的器官衰竭往往是原发的；而前者往往是继发的，并主要是休克、容量不足，或严重感染的结果，因此预防是主要的治疗任务，这使得在

输液、用药等方面对外科病人通常要积极得多。目前，生理监测尚存在一些新的问题，例如，一些较重要和精确的监测还不能做到完全无创，并有损伤组织和诱发感染的可能。因此，在进行任何一项有创监测前，均应权衡利弊，在不影响观察和治疗的前提下，尽可能采用简单的和无创的监测系统。此外，现代监测只是传统观察和检查手段的延伸和补充，虽然它们可以发现许多人类用眼睛和其它感官所不能发现的东西，但有时仍不能取代传统的方法。例如，心脏瓣膜病变可以改变对血流动力学某些资料的解释；气胸可使休克难于复苏等。生理监测有时难以发现这些问题，然而却很容易被简单的物理检查所证实。总之，在我们充分肯定ICU和严密的生理监测的先进性和优越性的同时，也应看到其局限性和不足，做到扬长避短。事实上，尽管一些ICU拥有相同的仪器设备和医疗条件，但治疗结果却迥然不同，以致迄今仍然可以见到对ICU大相径庭的评价。更多信息请访问：[#0000ff> 百考试题护士网校#333333> 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 \[www.100test.com\]\(http://www.100test.com\)](#)