

肺炎护理查房





【病历汇报】

- **病情** 患者男性，70岁，2天前受凉后突发高热，体温最高达39.7℃，伴寒战、咳嗽、咳痰、胸痛，自服阿司匹林后体温下降为38.5℃，伴大汗、头晕、乏力、口渴，24h尿量约500ml，4h前出现烦躁不安，四肢厥冷速来急诊，以“右下肺炎”收入院。

- **护理体查 T38.0℃ , P120次/分 , BP80/50mmHg , R30次/分 , SpO290%。意识模糊、烦躁 , 口唇发绀 , 皮肤颜色苍白 , 皮肤黄染 , 皮疹 ; 咽充血 , 气管居中。右胸上部叩诊呈浊音 , 心界不大、律齐 , 右下肺可闻及管状呼吸音 , 偶闻及细小湿啰音 , 胸膜摩擦音 (+) , 左肺呼吸音清 ; 腹部无明显压痛、反跳痛 , 无肌紧张 , 肝、脾未及 ; 四肢厥冷。**

- **辅助检查** 血常规示WBC $17.2 \times 10^9/L$, N90% ; 动脉血气分析示pH 7.57 , PaO₂42mmHg , PaCO₂26mmHg , SpO₂86% ; 痰革兰染色及抗酸染色阴性 ; 胸部X线片示右下肺大片状阴影 , 肋膈角可见少量胸腔积液 ; 心电图检查示窦性心动过速。

- **入院诊断 右下肺肺炎；右侧胸腔积液。**
- **目前主要的治疗措施**
- **①抗感染治疗。**
- **②支持疗法和对症治疗：吸氧、降温、护肝、护心、护胃、止咳化痰、营养支持；**
- **③并发症治疗。**



【护士长提问】

肺炎根据病因学、感染来源、解剖位置是怎样分类的？

- **答：按病因学分类，可分为细菌性、非典型病原体所致，病毒性、真菌性、其他病原体所致及理化因素所致的肺炎。病因学分类对于肺炎的治疗有决定性意义。**
- **按感染来源可分为社区获得性肺炎、医院获得性肺炎。肺炎病原体分布和临床表现有各自特点，处理和预后也有差异。**
- **按解剖可分为大叶性肺炎、小叶性肺炎、间质性肺炎。**

如何鉴别常见的肺炎？

项目	链球菌肺炎	病毒性肺炎	真菌性肺炎	支原体肺炎
起病急缓	急	较急,症状轻	缓	缓
前期症状	病前数日上感史	头痛、全身酸痛、倦怠	抗生素治疗后	咽痛、头痛、肌肉痛
发热	39 ~ 40℃ (稽留热)	中低热	可有发热	38℃左右
咳嗽咳痰	铁锈色痰	少量白色黏液痰	无色胶冻样,剧咳	痰少,阵发刺激性咳嗽
X线	大片炎症浸润影或实变影	双肺弥漫性结节性浸润	大片状阴影,多见肺底和中部	多形态浸润影,阶段分布多见于肺下野
一般药物	青霉素	利巴韦林、阿昔洛韦	氟康唑	红霉素

重症肺炎的诊断标准有哪些？

- 答：我国制定的重症肺炎的诊断标准为：①意识障碍；②呼吸频率 >30 次/分；③ $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ 、 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ （氧合指数） < 300 ，需行机械通气治疗；④血压 $< 90/60\text{mmHg}$ ；⑤胸部X线片显示双肺多肺叶受累，或入院后病变扩大 $> 50\%$ ；⑥少尿即尿量 $< 20\text{ml/h}$ 或 $< 80\text{ml/4h}$ 或急性肾衰竭需要透析治疗。

该患者目前首优的护理问题是什么？目标是什么？该采取哪些护理措施？

- **答：首优的护理问题是清理呼吸道无效，与呼吸道分泌物过多、黏稠，或患者疲乏、胸痛、意识障碍导致咳嗽无效、不能或不敢咳嗽有关。**
- **护理的目标是患者能运用有效咳嗽、体位引流排出痰液。**
- **护理措施的关键是常用胸部物理疗法，促进有效排痰。具体措施如下。**

- **(1) 环境** 为患者提供安静、整洁、舒适的病房，保持室内空气新鲜、洁净，注意通风。维持合适的室温（18~20℃）和相对湿度（50%~60%）。
- **(2) 休息与体位** 急性期绝对卧床休息，恢复期可适当活动；胸痛剧烈者取患侧卧位，呼吸困难者取半卧位。

- **(3) 饮食和营养** 给予高蛋白、高热量、高维生素的流质半流质饮食，鼓励患者多饮水，每日至少2500~3000ml，失水明显者遵医嘱静脉补液。心脏病或老年人应注意补液速度，避免过快导致肺水肿。

- **(4) 降温护理** 高热时可采用酒精擦浴、冰袋、冰帽等措施行物理降温，以逐渐降温为宜，防止虚脱。及时更换床单被服，保持床单位清洁、干燥、舒适。当有口腔干燥、黏膜损伤、口唇疱疹时，加强口腔护理，清洁口腔，促进食欲。
- **(5) 病情观察** 密切观察咳嗽、咳痰情况，详细记录痰液的色、量、质。正确收集痰标本，及时送检。

- **(6) 有效排痰**

- **①深呼吸和有效咳嗽：适用于神志清醒、一般情况良好、能够配合的患者。**
- **②吸入疗法：适于痰液黏稠和排痰困难者。防止窒息，尤其是体弱、无力咳嗽者。避免降低吸入氧浓度。避免湿化过度，以10~20min为宜。控制湿化温度，应在35~37℃。防止感染，严格无菌操作。**

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/198113023062006055>