

ICU 常见疾病护理诊断及护理措施

第一部分 ICU 常见护理诊断

呼吸系统:

清理呼吸道无效 与肺内感染、分泌物多而黏稠及无力咳嗽等有关

气体交换受损 与肺顺应性降低、呼吸肌无力、气道分泌物过多等有关

低效性呼吸型态 与呼吸节律改变有关

循环系统:

体液不足 与外伤、进食不足，感染等致体液丢失过多有关

体液过多 与心功能降低、循环障碍有关。

组织灌注量不足 与循环障碍、体液不足有关

消化系统

营养失调:低于机体需要量 与吞咽无力、吸收障碍等有关

便秘 与肠蠕动减弱，长期卧床有关

腹泻 与肠蠕动亢进有关

全身状态

体温调节无效 与感染、新陈代谢障碍、中枢功能障碍等有关

活动无耐力 与机体缺氧状态有关

躯体移动障碍 与肢体麻木、偏瘫或平衡能力降低有关

皮肤完整性受损 与长期卧床、低蛋白血症有关

语言沟通障碍 与建立人工气道有关

睡眠紊乱 与 ICU 环境及使用镇静镇痛药物有关

疼痛

焦虑

恐惧

自理缺陷 与医源性限制有关

潜在危险：

有感染的危险

有窒息的危险

有误吸的危险

有皮肤完整性受损的危险

第二部分 ICU 常见疾病护理诊断及护理措施

第一节 呼吸系统疾病

一、呼吸衰竭

【护理诊断】

1. 气体交换障碍：与肺顺应性降低、呼吸肌无力、气道分泌物过多等有关
2. 清理呼吸道无效：与并发肺内感染、分泌物多而黏稠及无力咳嗽等有关
3. 潜在危险：有感染的危险 有窒息的危险

【护理措施】

1. 抬高床头 30° - 45° ，以利膈肌下降。
2. 保持呼吸道通畅，做好痰液引流，及时翻身拍背，协助患者更换体位，及时清除痰液及口腔分泌物。
3. 遵医嘱正确给予氧疗，机械通气患者及时处理各项报警，予调节正确的湿化温度、湿度，及时倾倒冷凝水，预防 VAP 发生。
4. 密切观察患者神志、生命体征、SP02 情况，适时听诊患者双肺呼吸音，观察患者呼吸状态，遵医嘱正确实施体温护理。
5. 观察氧疗效果，检测 SP02、血气分析变化。

二、气胸

【护理诊断】

1. 气体交换障碍 与疼痛、胸廓运动受限或者肺萎缩有关。
2. 低效性呼吸型态 与胸膜腔内积气致肺扩张能力下降有关
3. 活动无耐力 与氧供不足有关
4. 疼痛 与气体刺激胸膜或胸腔置管有关。
4. 潜在危险：有肺或者胸腔感染的危险。
5. 潜在并发症：脓气胸、血气胸、纵隔气肿、皮下气肿

【护理措施】

1. 绝对卧床休息，无禁忌者协助取半卧位，利于呼吸、咳嗽及胸腔引流。
2. 遵医嘱正确给予氧疗，机械通气时观察呼吸机参数设置，禁止高压吸氧。

3. 密切观察患者呼吸频率、缺氧情况，听诊患侧呼吸音变化。
4. 胸腔闭式引流术后应观察创口有无出血、漏气、皮下气肿及胸痛情况。妥善固定胸腔引流管，保持引流通畅，防止牵拉，确保患者护理安全。
4. 密闭式胸腔引流护理：保持装置密闭，引流管插入引流瓶水面下 1-2cm，引流瓶液平面低于引流管胸腔出口水平 60cm，每 30-60min 挤压引流管，确保引流管通畅。更换引流装置前双重夹闭引流管，以防空气进入胸腔。
5. 注意观察引流管内水柱波动及气泡逸出情况及引流液的颜色性质并准确记录。
6. 遵医嘱正确使用镇静镇痛药物，减轻患者疼痛。
7. 严格执行无菌操作，预防感染。
8. 保持大便通畅，防止屏气等增加胸腔压力的活动。
9. 若引流管滑脱，应立即捏闭伤口处皮肤，消毒后用油纱封闭伤口，协助医生进一步处理。
10. 拔管指征：胸引管无气体引出，引流量明显减少且颜色变浅，24h 引流液 < 50ml，脓液 < 10ml，患者无呼吸困难，X 线胸片示肺膨胀良好无漏气，即可拔管。

第二节 循环系统疾病

一、心力衰竭

【护理诊断】

1. 气体交换受损 与肺淤血、肺水肿有关
2. 活动无耐力 与呼吸困难、心排量下降和机体缺氧状态有关
3. 体液过多 与体循环淤血、水钠潴留、低蛋白血症有关。
4. 有皮肤完整性受损的危险 与水肿、局部长期受压有关
5. 潜在并发症：洋地黄中毒、静脉血栓、肺栓塞

【护理措施】

1. 休息：患者应绝对卧床休息，以减轻心脏负荷。协助患者取半卧位，使膈肌下降，增加肺活量，减少静脉回流。
2. 保持呼吸道通畅，给予正确氧疗，高流量吸氧或机械通气，缓解低氧血症，
3. 饮食原则为低盐易消化饮食，少食多餐，保持大便通畅，必要时使用缓泻剂。
4. 密切观察心率、心律、血压、血氧饱和度及尿量的变化，观察肢体水肿情况，准确记录出入量。
5. 用药护理：控制输液量与速度，防止加重心脏负荷。
 - (1) 镇静：消除病人恐惧、烦躁等情绪，减轻心脏负荷，松弛支气管平滑肌，改善通气，但注意呼吸抑制及低血压的发生。
 - (2) 利尿剂：扩张静脉，减少循环血量。严密观察血压、尿量与血电解质水平变化情况。
 - (3) 正性肌力药物：
 - ① 洋地黄药物：监测心律失常等洋地黄中毒表现，如有中

毒，应立即停药，遵医嘱补钾及使用抗心律失常药物。

② 小剂量多巴胺：降低外周阻力，扩张肾、冠脉和脑血管

(4) 血管扩张剂：降低心脏前后负荷，改善心功能，减低心肌耗氧，严密观察血压心率变化

6. 心理护理：稳定患者情绪，减轻呼吸困难

7. 保持床单位整洁，协助患者更换体位，必要时予渗液吸收贴保护受压部位。

二、心源性猝死

【护理诊断】

1. 气体交换受损：与心跳骤停致意识丧失、呼吸功能降低有关
2. 活动无耐力：与机体缺氧有关
3. 潜在并发症：脑缺氧 脑水肿 抽搐
4. 潜在危险：受伤 皮肤完整性受损

【护理措施】

1. 尽早进行心肺复苏和复律治疗。
2. 今早建立静脉通路，给予肾上腺素、碳酸氢钠等急救药物。
3. 维持有效呼吸功能：予呼吸机通气，监测患者呼吸功能，改善缺氧状态。
4. 尽早进行脑复苏：
 - (1) 降温：应用降温冰毯、冰帽等降低脑代谢，保护脑组织。
 - (2) 脱水：正确使用甘露醇、甘油果糖、呋塞米等脱水利尿药物。密切关注患者电解质变化。

(3) 防治抽搐：遵医嘱使用镇静镇痛药物。

三、心肌梗死

【护理诊断】

1. 疼痛：与心肌缺血缺氧有关
2. 活动无耐力 与心肌氧的供需失调有关
3. 潜在并发症：心律失常 心力衰竭 心源性休克 心脏骤停
4. 恐惧 与剧烈疼痛伴濒死感有关。
5. 自理缺陷 与医源性限制有关

【护理措施】

1. 绝对卧床休息，遵医嘱予镇静镇痛药物，减少心肌耗氧。
2. 低盐低脂流质饮食，少食多餐，减轻胃扩张。预防便秘，必要时使用缓泻剂，防止便秘时用力导致病情加重。
3. 尽快查心电图，监测生命体征并吸氧。
4. 建立静脉通路，遵医嘱正确使用升压药、血管扩张剂等药物补充血容量，纠正酸中毒，纠正心源性休克。
5. 使用溶栓药物的患者观察患者有无出血倾向，及时监测血凝变化。
6. 心理护理：给予心理支持，避免忙乱给患者的不安全感。

四、深静脉血栓

【护理诊断】

1. 疼痛 与深静脉回流障碍有关
2. 自理缺陷 与绝对卧床等医源性限制有关

3. 潜在并发症： 出血 栓塞

【护理措施】

1. 缓解疼痛：

(1) 观察患者患肢疼痛的部位、程度、动脉搏动、皮肤温度并准确记录。

(2) 抬高患肢以促进血液回流，降低静脉压。

(3) 遵医嘱予镇痛治疗。

2. 应用抗凝药物期间观察患者有无出血倾向，监测凝血时间等血凝指标。有出血倾向者遵医嘱停用抗凝药物，并给予鱼精蛋白或维生素 K1 等止血药物，观察患者用药后反映及血凝时间变化。

3. 避免大幅度活动患肢、按摩患肢，以防血栓脱落引起脏器栓塞。

4. 保持大便通畅，避免腹内压增高影响下肢静脉回流。

五、冠状动脉旁路移植术后

【护理诊断】

1. 低效性呼吸型态 与手术、麻醉、体外循环和术后伤口疼痛有关

2. 心排量减少 与心功能减退、血容量不足、水电解质失衡有关

3. 潜在并发症 出血、急性心脏压塞、肾功能不全、感染

4. 焦虑与恐惧 与心脏疾病与手术有关

【护理措施】

1. 机械通气以维持有效呼吸，妥善固定和护理气管插管，及时

清理呼吸道分泌物，随时监测血气分析变化。

2. 持续心电监测，每日定时做心电图，发现异常急查心肌酶，预防围手术期心梗。

3. 遵医嘱镇痛镇静，控制体温，充分补液，预防心律失常，维持有效循环容量，改善心功能。

4. 保持引流管通畅，术后 1H，每 15min 挤压引流管；术后 2H，每 30min 挤压引流管；术后 4H，每 H 挤压引流管。观察引流液的性质及量，准确计量，及时发现有无出血。成人血性引流液量 $>100\text{ml/h}$ ，引流液呈鲜红，有较多血细胞凝集块，伴血压下降，脉搏增快、躁动和出冷汗等低血容量表现，考虑有活动性出血。

5. 观察有无少尿、无尿、高血钾、尿素氮和血清肌酐上高等肾功能不全表现。疑为肾衰者，严格记录出入量，限制水钠摄入，并停止使用肾毒性药物，严重者行 CRRT 治疗。

6. 用药护理：

（1）正确使用抗凝药物，观察用药后反应及凝血酶原时间，确保血管桥的通畅。

（2）遵医嘱应用扩冠药物，预防术后冠状动脉痉挛而致心肌梗死。

7. 取静脉术肢予弹力绷带包扎并抬高 $15-30^{\circ}$ ，间断被动或主动活动术肢，促进侧支循环建立，防止血栓形成。观察术肢血运及足背动脉搏动情况。

第三节 消化系统疾病

一、急性胰腺炎

【护理诊断】

1. 疼痛 与胰腺及周围组织炎症、水肿、出血有关
2. 恐惧 与腹痛剧烈及病情进展急骤有关。
3. 有体液不足的危险 与渗出、呕吐、禁食等有关。
4. 营养失调：低于机体需要量 与呕吐、禁食、胃肠减压有关
3. 潜在并发症 急性肾衰竭、MODS、DIC、消化道出血等

【护理措施】

1. 病人绝对卧床休息，以降低机体代谢率，增加脏器血流量。
2. 禁食水，明显腹胀患者行胃肠减压，减少胃酸分泌及胰液分泌。观察引流液的量及性质。
3. 用药护理：
 - （1）遵医嘱予镇静镇痛药物并观察患者疼痛程度、性质及部位变化。
 - （2）按医嘱输注液体，补充血容量，根据患者血压调整血管活性药物剂量。
 - （3）遵医嘱合理用药，预防应激性溃疡并观察胃肠减压引流物颜色，识别有无溃疡出血。
4. 观察患者皮肤黏膜色泽及弹性变化，判断失水情况。准确记录 24 小时出入量。

5. 监测血尿淀粉酶，电解质及血气分析变化。注意有无尿量减少、呼吸急促、脉搏细速等 MODS 表现。

6. 禁食期间，遵医嘱给予营养支持。

二、上消化道出血

【护理诊断】

1. 潜在并发症 血容量不足
2. 焦虑 与反复出血有关
3. 活动无耐力 与失血致周围循环衰竭有关
4. 潜在危险 误吸

【护理措施】

1. 上消化道大出血时患者应取平卧位并抬高下肢，有呕血者，头偏向一侧，防止窒息及误吸。
2. 观察患者有无血压下降、心率加快、四肢湿冷等低血容量休克表现。
3. 建立静脉通路，遵医嘱准确输血、输液等治疗补充血容量，改善急性失血性周围循环衰竭，观察治疗效果及不良反应。
4. 非手术性止血措施的护理：
 - (1) 药物止血：正确应用生长抑素止血，或奥美拉唑等质子泵抑制剂保护胃黏膜，预防应激性出血。
 - (2) 胃内局部止血：遵医嘱应用去甲肾上腺素收缩局部黏膜血管或凝血酶冻干粉使纤维蛋白原转变成纤维蛋白加速血液凝固等止血药物。

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/648102065053006033>