



第一节 肋骨骨折

【教学目标】

1. 掌握肋骨骨折的概念、分类、临床表现和围术期护理。
2. 能够运用护理程序对肋骨骨折患者实施整体护理。
3. 能够对术后并发症及药物不良反应进行观察和处理。
4. 能够对肋骨骨折患者开展健康教育。
5. 熟悉肋骨骨折的病因、病理生理和辅助检查。
6. 了解肋骨骨折的治疗方法。

一、肋骨骨折概述

(一) 肋骨骨折的定义

肋骨骨折 (rib fracture) 是最常见的胸部损伤之一, 约占胸部创伤的2/3, 指暴力直接或间接作用于肋骨, 使肋骨的完整性和连续性中断。第1~3肋骨粗短, 且有锁骨、肩胛骨保护, 不易发生骨折, 一旦骨折说明致伤暴力巨大, 常合并锁骨、肩胛骨骨折和颈部、腋部血管、神经损伤。第4~7肋骨长而薄, 最易发生骨折。第8~10肋骨前端肋软骨形成肋弓与胸骨相连, 而第11~12肋前端游离, 弹性较大, 均不易发生骨折, 若发生骨折, 预示着致伤外力强大, 常合并有膈肌、肝、脾和腹膜后组织器官损伤, 需积极排查, 尽早干预。

(二) 肋骨骨折的病因、分类和病理

1. 病因

(1) 外来暴力: 多数肋骨骨折常因外来暴力所致。外来暴力又分为直接暴力和间接暴力。直接暴力指打击力直接作用于骨折部位而发生的骨折, 间接暴力则是胸部前后受挤压而导致的骨折。

(2) 病理因素: 老年人肋骨骨质疏松, 脆性较大, 容易发生骨折。恶性肿瘤发生肋骨转移者或严重骨质疏松者, 可因咳嗽、打喷嚏或肋骨病灶处轻度受力而发生骨折。

2. 分类

(1) 根据骨折断端是否与外界相通分类: 开放性肋骨骨折和闭合性肋骨骨折。

(2) 根据损伤程度分类: 单根单处肋骨骨折、单根多处肋骨骨折、多根单处肋骨骨折

和多根多处肋骨骨折。

3. 病理

(1) 单根或多根肋骨单处骨折：骨折断端上、下仍有完整肋骨支撑胸廓，对呼吸功能影响不大；但若尖锐的肋骨断端内移刺破壁层胸膜和肺组织时，可产生气胸、血胸、皮下气肿、血痰、咯血等；若刺破肋间血管，尤其是动脉，可引起大量出血，导致病情迅速恶化。

(2) 多根多处肋骨骨折：局部胸壁失去完整肋骨支撑而软化，可出现反常呼吸运动 (paradoxical respiration motion) (图 3-1)，即吸气时软化区胸壁内陷，呼气时外凸，空气在两肺之间流动，出现低通气状态，称连枷胸 (flail chest)。若软化区范围较大，吸气和呼气时双侧胸腔内压力差发生变化，使纵隔左右扑动，影响肺通气和静脉血回流，导致体内缺氧和二氧化碳滞留，严重者可发生呼吸和循环衰竭。

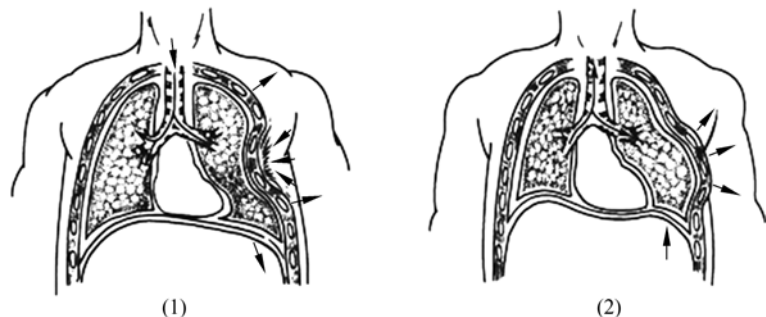


图 3-1 胸壁软化区的反常呼吸运动

(1) 吸气时软化区胸壁内陷；(2) 呼气时软化区胸壁外凸

(三) 肋骨骨折的临床表现

1. 症状 肋骨骨折断端可刺激肋间神经产生局部疼痛，当深呼吸、咳嗽或改变体位时，疼痛加剧；胸痛使呼吸变浅、咳嗽无力，呼吸道分泌物增多、潴留，易致肺不张和肺部感染。部分患者可因肋骨骨折断向内刺破肺组织而出现咯血；根据肋骨骨折损伤程度不同，可出现不同程度的呼吸困难、发绀或休克等。

2. 体征 受伤胸壁可见肿胀、畸形，局部压痛；间接挤压胸部，骨折处疼痛加重，甚至产生骨擦音；多根多处肋骨骨折者，伤处可见胸壁反常呼吸运动；部分患者出现皮下气肿。

(四) 肋骨骨折的辅助检查

1. 实验室检查 出血量大者，血常规示血红蛋白和血细胞比容下降。连枷胸患者可出现低氧血症。

2. 影像学检查 胸部X线平片是诊断肋骨骨折的最基本方法，能迅速识别危及生命的胸腔内损伤，如张力性气胸、大量血胸、心包填塞等，然而其对诊断肋骨骨折的敏感度较低；胸部CT检查能更准确地发现肋骨骨折和潜在的肺挫裂伤、纵隔血肿、心脏大血管

损伤等胸腔内器官损伤；肋骨三维重建CT可以更好地显示肋骨骨折情况，为判断创伤程度、是否需要手术治疗提供参考及依据。

3. 超声检查 B超可用于术前对骨折进行定位，也可用来识别肋骨肋软骨骨折和伴随的胸腔积液、气胸、血胸以及评价血流动力学状态。

（五）肋骨骨折的治疗方法

肋骨骨折处理原则为有效镇痛、处理肋骨骨折、肺部物理治疗和早期活动。

1. 闭合性肋骨骨折

（1）外固定治疗：外固定分为无创外固定和有创外固定。无创外固定包括多头胸带或弹性胸带、金属胸部保护板等。可直接用弹性胸带固定，或采用多带条胸带或宽胶布条叠瓦式固定胸廓，以减少肋骨断端活动，减少疼痛，此方法适用于闭合性单根单处肋骨骨折的患者，也可用于胸背部、胸侧壁多根多处肋骨骨折但胸壁软化范围小、反常呼吸运动不严重者。多根多处肋骨骨折且胸壁软化范围大、胸壁反常呼吸运动明显的连枷胸患者，可在患侧胸壁放置牵引支架，行牵引固定，或用厚棉垫加压包扎，以减轻或消除胸壁的反常呼吸运动，促进患侧肺复张。有创外固定有布巾钳重力悬吊牵引法、胸壁外固定牵引法，布巾钳重力悬吊牵引法于浮动胸壁中部选1~2根能持力的肋骨，用巾钳将肋骨夹住，巾钳尾部连接牵引架，通过滑轮进行牵引；对于胸前壁及侧壁肋骨骨折的固定可采用胸壁外固定牵引法进行固定，需要切开皮肤，操作复杂。这两种方式稳定性均较差，而且需长期卧床，增加了肺部感染及其他并发症的发生率，目前有创外固定基本上已废用。

（2）镇痛：有效控制疼痛能够促进患者早日下床活动，促进肺部分泌物的排出，降低肺部并发症的风险，有效增加患者肺活量、潮气量、功能残气量、肺顺应性和血氧分压，降低气道阻力和软化胸壁的反常运动。根据患者情况可口服或注射镇痛药，也可用患者自控镇痛装置和1%普鲁卡因封闭骨折部位或做肋间神经阻滞，甚至可硬膜外置管镇痛。

（3）肺部物理治疗：包括气道管理、呼吸机支持等方法。积极有效的气道管理如咳嗽咳痰、气道吸痰、使用呼吸功能锻炼器、吸氧等，是肋骨骨折患者的常规治疗，有助于清除气道分泌物，降低肺部感染的发生率；同时可以促进肺组织充分扩张，降低肺不张、呼吸衰竭的风险，改善肺功能，促进患者早日康复；对有多根多处肋骨骨折、咳嗽无力、不能有效排痰或呼吸衰竭者，应实施气管插管或切开，以利于抽吸痰液、给氧和施行呼吸机辅助呼吸。正压通气还可对软化胸壁起到“内固定”作用。

（4）预防感染：合理应用抗生素。

（5）早期活动：在有效镇痛和物理治疗的基础上，应根据患者情况早期下床活动，以利于肺功能恢复，预防肺不张、胸腔积液、肺部感染、下肢深静脉血栓等术后并发症。

2. 开放性肋骨骨折

除上述相关处理外，还需及时处理伤口。

（1）清创与固定：开放性肋骨骨折胸壁伤口需彻底清创，用不锈钢丝对肋骨断端行内固定术。

(2) 胸腔闭式引流：肋骨骨折致胸膜穿破者，需做胸腔闭式引流术。

(六) 肋骨骨折的护理原则

(1) 由高能级护士为患者提供责任制整体护理。

(2) 做好现场急救护理，保持呼吸道通畅，对于严重肋骨骨折，尤其是胸壁软化范围大、出现反常呼吸且危及生命的连枷胸患者，应协助医生采取急救措施。

(3) 术前做好患者疼痛、症状体征、检查结果、心理状况等情况的评估，并根据评估结果制定相应的护理计划，落实护理措施。

(4) 术后做好患者术中情况、生命体征、意识、伤口、引流管、并发症发生、活动等评估，并根据评估结果制定针对性的护理计划，落实护理措施。

(5) 全程做好患者病情观察，及时发现隐患及问题，告知医生，及时共同干预处理。

(6) 全程做好疾病相关知识的健康教育，如体位、疼痛、有效咳嗽、术后早期活动等知识的宣教。

(7) 全程做好心理护理，以减轻患者和家属的焦虑情绪。

二、肋骨骨折护理教学案例

【案例概要及导读】

患者赵女士，71岁，于2023年9月4日因外伤后胸痛2周，出现双侧胸壁疼痛，于当地医院住院治疗，予止痛、吸氧、祛痰、胸带固定等对症治疗。患者现疼痛未明显好转，来我院门诊就诊。体格检查：胸廓无畸形，胸壁未见曲张静脉，未见手术瘢痕。双侧胸壁压痛(+)，胸廓挤压征(+)，双侧触觉语颤对称。双侧叩诊对称，呈清音。胸部CT提示：右侧第2~10肋骨骨折(部分双骨折)，T4~9右侧横突骨折，左侧第5~7肋骨骨质欠光整，右侧胸腔积液伴肺膨胀不全。经手术治疗，患者恢复良好出院。本案例通过介绍肋骨骨折患者手术治疗，考查学生对护理程序的执行能力，包括护理评估是否全面到位、护理诊断/问题是否准确、护理计划是否符合患者实际情况并具有针对性、护理措施是否实施、评价是否及时。

【患者基本信息】

姓名：赵女士

性别：女

年龄：71岁

婚姻：已婚

籍贯：安徽省

职业：农民

文化程度：小学

血型：O型

入院日期：2023-9-4

出院日期：2023-9-13

疾病转归 ☐痊愈 ☒好转 ☐死亡

【案例信息】

(一) 案例信息一

患者赵女士，71岁，女性，于2023年9月4日因外伤后胸痛2周，出现双侧胸壁疼痛，于当地医院住院予止痛、吸氧、祛痰、胸带固定等对症治疗，患者现疼痛未明显好转前往

医院就诊。体格检查：胸廓无畸形，胸壁未见曲张静脉，未见手术瘢痕。双侧胸壁压痛（+），胸廓挤压征（+），双侧触觉语颤对称。双侧叩诊对称，呈清音。2023年9月4日胸部CT提示：右侧第2~10肋骨骨折（部分双骨折），T4~9右侧横突骨折，左侧第5~7肋骨骨质欠光整，右侧胸腔积液伴肺膨胀不全。为进一步治疗，拟住院接受手术治疗。测T：36.8℃；P：88次/分；R：20次/分；BP：130/74mmHg；SpO₂：90%，2023年9月5日血气检验报告：二氧化碳分压47.1mmHg，氧分压37.5mmHg。患者已婚，育有1子，有高血压病史20余年，口服苯磺酸左氨氯地平片每日1次，每次1粒。

赵女士因在当地医院治疗效果欠佳，术前反复询问医生和护士手术治疗方案及治疗效果，护士联合医生耐心解释了肋骨骨折手术治疗相关知识，同时指导患者心身放松技巧，如深呼吸、转移注意力等，以放松和调整自身状态。

1. 【护理评估】

（1）主诉：外伤后胸痛2周。

（2）现病史：因外伤后胸痛2周入院。患者2周前外伤后出现双侧胸壁疼痛，无胸闷、气急，于当地医院住院治疗，予止痛、吸氧、祛痰、胸带固定等对症治疗。患者现疼痛未明显好转，遂来我院就诊。胸部CT提示：双侧多发肋骨骨折。目前患者无头晕呕吐，无咯血，无腹痛、腹胀，无肉眼血尿。

（3）日常生活形态：生活规律，从事体力劳动。

（4）既往史：高血压病史20余年，口服苯磺酸左氨氯地平片每日1次，每次1粒。

（5）个人史：生长于安徽省，小学文化程度，务农。无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史，无吸烟史，无饮酒史。无冶游史。

（6）家族史：否认家族性遗传性疾病史、肿瘤病史、传染病史、精神病史。

（7）心理状态：焦虑。

（8）社会状况：已婚，育有1子，家庭和睦，经济承受一般。

（9）体格检查：T：36.8℃；P：88次/分；R：20次/分；BP：130/74mmHg。神志清晰，精神尚可，营养良好，发育正常，推入病区，对答切题，查体合作。皮肤黏膜无黄染，无皮下出血。全身浅表淋巴结未触及肿大。头颈部无头颅畸形，无巩膜黄染，无结膜苍白，口唇无紫绀，无扁桃体肿大。颈软，气管居中，甲状腺无肿大，无颈静脉怒张。胸廓无畸形，胸壁未见曲张静脉，未见手术瘢痕。双侧胸壁压痛（+），胸廓挤压征（+），双侧触觉语颤对称。双侧叩诊对称，呈清音。双肺呼吸音清，呼吸运动对称，未及干啰音。心前区无异常隆起，心界无扩大，未及震颤，HR 88次/分，律齐，无杂音。腹部外形无异常，腹壁柔软，全腹无压痛，无反跳痛，肝脏肋下未触及，脾肋下未触及，未触及腹部包块，移动性浊音（-），肠鸣音正常。肛门、直肠及外生殖器正常。脊柱无畸形，四肢无畸形，四肢活动自如。神经系统生理反射存在，病理反射未引出。

（10）辅助检查：2023年9月4日胸部CT提示：右侧第2~10肋骨骨折（部分双骨折），T4~9右侧横突骨折，左侧第5~7肋骨骨质欠光整，右侧胸腔积液伴肺膨胀不全。

2. 【护理计划】

根据本案例制定的护理计划如表3-1所示。

表 3-1 患者术前护理计划

日期	护理诊断	诊断依据	护理目标	护理措施	评价
9.4	知识缺乏	缺乏肋骨骨折治疗及手术相关的知识	患者知晓肋骨骨折相关知识,并配合治疗	①根据患者需求,讲解与肋骨骨折治疗、手术及护理相关知识,取得患者配合;②向患者提供宣教视频或宣教手册,便于患者反复学习	患者知晓肋骨骨折相关知识,并配合完成治疗
9.4	焦虑	与疼痛、担心手术效果、不了解特殊治疗和检查有关	患者焦虑缓解	①向患者做好入院宣教,介绍病室环境及其主治医师与责任护士,使其消除陌生感;②向患者讲解有关肋骨骨折治疗、手术及预后相关知识,以消除患者的疑虑;③多与患者进行交流,了解患者焦虑、恐惧的原因,鼓励其表达心中感受,并有针对性地采取疏导措施,给予安慰与支持;④进行各项操作前,向患者解释清楚,做特殊检查时,由护士或家属陪同;⑤帮助患者结识其他病友,以便相互鼓励,交谈一些有益的感受;⑥指导患者使用放松技术,如深呼吸、全身肌肉放松、看电视等	患者焦虑减轻,积极配合治疗
9.4	疼痛	与外伤致肋骨骨折、胸部损伤有关	患者疼痛缓解或消失	①动态评估患者疼痛情况,尊重并接受患者对疼痛的反应,鼓励患者述说疼痛的感觉,给予适度的关怀;②协助患者取舒适体位,减少压迫,以减轻疼痛;③鼓励患者疼痛时多卧床休息,保证足够的睡眠;④妥善固定胸部,教会患者正确的呼吸方式,咳嗽时用双手用力按住患侧胸壁,以减轻疼痛;⑤指导患者采取预防或减轻疼痛的方法,如深呼吸、听音乐、看电视、聊天等分散注意力,以减轻疼痛;⑥必要时遵医嘱给予镇痛药物,观察药物疗效和不良反应	患者疼痛减轻,NRS疼痛评分<3分
9.5	气体交换受损	与肋骨骨折导致的疼痛、胸廓运动受限及胸腔积液有关	患者能自主清理呼吸道,呼吸正常	①加强观察和保持气道通畅,监测生命体征变化,观察有无反常呼吸、呼吸急促等情况;②选择大小合适的胸带进行胸廓外固定;③遵医嘱予以吸氧;④加强呼吸道护理,如翻身扣背、辅助咳嗽排痰、吸痰、雾化吸入、深呼吸锻炼等;⑤给予半坐卧位,以缓解呼吸困难和利于痰液引流。协助患者健侧翻身,向患者讲解定期翻身的重要性,必要时可采取俯卧位通气	患者呼吸正常

3. 【护理记录】

日期	时间	护理记录
2023年9月4日	13:20	A (评估): 患者反复询问医生和护士手术相关问题。 #1P (诊断): 知识缺乏。 I (措施): 1. 做好入院宣教,讲解与肋骨骨折治疗、手术及护理相关知识,取得患者配合。 2. 向患者提供宣教视频或宣传手册,便于患者反复学习。 O (结果): 9月5日9:00评价:患者知晓肋骨骨折治疗及手术相关知识,积极配合治疗。

续表

日期	时间	护理记录
2023年9月4日	13:20	A (评估): 赵女士在当地医院治疗效果欠佳,担心手术和预后。 #2P (诊断): 焦虑。 I (措施): 1. 做好入院宣教,介绍病室环境及其主治医师与责任护士。 2. 加强与患者及家属沟通,向家属宣教疾病治疗及手术相关知识。 3. 鼓励患者家属陪同,给予情感支持及生活上的关心。 4. 鼓励患者表达自身感受和想法,引导患者积极配合治疗。 5. 帮助患者结识其他病友,以便相互鼓励,交谈有益感受。 6. 指导患者使用放松技术,如深呼吸、全身肌肉放松、看电视等。 O (结果): 9月5日9:00评价:患者主诉焦虑。 A (评估): 患者主诉胸痛,NRS疼痛评分5分。 #3P (诊断): 疼痛。 I (措施): 1. 动态评估患者疼痛情况,尊重并接受患者对疼痛的反应,鼓励患者述说疼痛的感觉,给予适度的关怀。 2. 协助患者取舒适体位,减少压迫,以减轻疼痛。 3. 鼓励患者疼痛时多卧床休息,保证足够的睡眠。 4. 妥善固定胸部,教会患者正确的呼吸方式,咳嗽时用双手用力按住患侧胸壁,以减轻疼痛。 5. 指导患者采取预防或减轻疼痛的方法,如深呼吸、听音乐、看电视、聊天等分散注意力,以减轻疼痛。 6. 必要时遵医嘱给予镇痛药物,观察药物疗效和不良反应。 O (结果): 9月5日9:00评价:患者主诉疼痛减轻,NRS疼痛评分<3分
2023年9月5日	8:30	A (评估): 患者胸部CT示:右侧胸腔积液伴肺膨胀不全;2023年9月5日血气分析示:二氧化碳分压47.1mmHg,氧分压37.5mmHg。 #1P (诊断): 气体交换受损。 I (措施): 1. 加强观察和保持气道通畅,监测生命体征变化。 2. 选择大小合适的胸带进行胸廓外固定。 3. 遵医嘱予以吸氧。 4. 加强呼吸道护理,如翻身扣背、辅助咳嗽排痰、吸痰、雾化吸入、深呼吸锻炼等。 5. 给予半坐卧位休息,协助患者健侧翻身,向患者讲解定期翻身的重要性,必要时可采取俯卧位通气。 O (结果): 9月5日14:00评价:患者呼吸及血氧饱和度正常

(二) 案例信息二

赵女士入院后,完善术前准备,于2023年9月9日在全麻下行“右侧肋骨骨折切开复位钢板内固定术胸腔镜检查”,手术顺利,返室带回胸腔引流管1根。术后第1天,医生听诊肺部有湿啰音,患者咳嗽无力,无法有效排痰,护士指导患者有效咳嗽和咳痰方法。9月11日血常规检验报告:快速C反应蛋白13.78mmHg,血红蛋白110g/L。赵女士术后积极配合治疗,于2023年9月13日康复出院。出院后一周,责任护士电话随访,患者表示

身体状况良好，无不适症状。

1. 【护理评估】

- (1) 舒适度改变：与手术创伤有关。
- (2) 有脱管及引流失效的危险：与导管脱出、堵塞有关。
- (3) 清理呼吸道无效：与术后疼痛不能有效咳嗽有关。
- (4) 有出血的风险：与手术创伤有关。
- (5) 潜在并发症：肺部和胸腔感染。
- (6) 潜在并发症：肺不张。

2. 【护理计划】

根据本案例制定的护理计划如表3-2所示。

表3-2 患者术后护理计划

日期	护理诊断	诊断依据	护理目标	护理措施	评价
9.9	舒适度改变	与手术有关	患者在手术恢复期无不适主诉	①经常巡视病房，了解患者生活所需，协助患者做好生活护理；②指导患者半卧位；③指导患者床上、床下活动，并指导活动时如何保护伤口和引流；④患者若主诉疼痛，可遵医嘱予以止痛药物，减轻不适感	患者无不适主诉
9.9	有导管脱出及引流失效的危险	与导管脱出、堵塞有关	患者术后导管未脱出，引流有效	①保持胸腔闭式引流管道的密闭，妥善固定引流管；②搬动患者时，先用两把止血钳双重夹住胸腔引流管，再把引流瓶放床上，可放在患者双下肢之间。搬运后，先把引流瓶放于低于胸腔的位置，再松钳；③水封瓶玻璃管应置于液平面以下1~2cm，保持直立位；水封瓶被打破或更换时，必须钳夹引流管，以免造成张力性气胸；④水封瓶位置不可高于胸部，应放在患者胸部水平下60~100cm处，勿使水封瓶倒置，以免液体逆流入胸腔。下床活动时，水封瓶位置应低于膝关节；⑤观察引流液的颜色、性质和引流量，当引流量<50ml/d时，及时告知医生拔管；⑥严格执行无菌操作，防止逆行感染；⑦引流管脱落时，立即用手捏闭伤口处皮肤，并立即通知医生	患者术后引流管引流有效，导管未脱出，顺利拔管
9.10	清理呼吸道无效	与手术后咳嗽无力有关	患者痰液有效咳出，无呼吸困难发生	①观察患者痰液的性质、量、是否易咳出，以及干、湿啰音和痰鸣音的变化情况；②观察患者是否有呼吸困难、紫绀加重、烦躁不安、意识障碍等呼吸道阻塞的情况发生；③嘱患者每2~4小时做几次深呼吸，同时护士可协助患者翻身或行胸、背部叩击；④教会患者有效咳嗽的方法，指导患者咳嗽时可用双手或枕头捂住疼痛部位；⑤有大量浓痰的患者应做好体位引流，每日1~3次，每次15分钟。体位引流应在餐前进行，引流时注意观察患者的反应，严防窒息发生；⑥鼓励患者多饮水，每日饮水量应在1500ml以上，以稀释痰液；⑦遵医嘱给予雾化吸入	患者痰液有效咳出，无呼吸困难等情况发生
9.10	有出血的风险	与手术方式有关	患者术后未出现出血	①观察患者生命体征和伤口渗血情况；②观察胸腔引流管的颜色、性质和量；③如出现面色苍白、冷汗、脉搏细速、血压下降，胸腔引流管流出大量血性液体，及时汇报医生，遵医嘱予以相应处理	患者术后未出血

续表

日期	护理诊断	诊断依据	护理目标	护理措施	评价
9.10	潜在并发症: 肺不张	与手术创伤及呼吸功能锻炼不当有关	患者术后未出现肺不张	①遵医嘱予以低流量吸氧; ②观察患者生命体征, 胸廓起伏、口唇颜色及血氧饱和度, 及时听诊双肺呼吸音; ③指导患者进行呼吸功能锻炼, 如腹式呼吸、缩唇呼吸、吹气球训练、有效咳嗽等, 促进肺功能康复; ④指导患者术后一周开始手臂和肩膀的运动	患者术后无肺不张发生
9.11	潜在并发症: 肺部和胸腔感染	患者血常规检查提示C反应蛋白增高	患者感染得到有效控制, 住院期间未再发生感染	①监测体温变化, 若体温超过38.5℃且持续不退, 通知医生及时处理; ②协助并鼓励患者深呼吸、咳嗽、排痰, 以减少呼吸系统并发症; ③严格执行无菌操作, 做好胸腔闭式引流管的护理; ④鼓励患者进食营养丰富的饮食; ⑤向患者讲解导致感染发生的危险因素, 指导患者掌握预防感染的措施; ⑥遵医嘱合适使用抗菌药物	患者感染得到有效控制, 住院期间未再发生感染

3. 【护理记录】

日期	时间	护理记录
2023年9月9日	13:00	A (评估): 患者术后带入胸腔引流管, 因担心导管牵拉脱出, 害怕翻身活动。 #1P (诊断): 舒适度改变。 I (措施): 1. 向患者解释术后活动的重要性。 2. 指导患者体位变换方法, 协助患者取舒适体位, 定时翻身, 进行床上主动和被动活动。 3. 妥善固定导管, 预留足够的长度, 为患者活动提供方便。 4. 经常巡视病房, 了解患者生活所需, 协助患者做好生活护理。 O (结果): 9月9日 16:00 评价: 患者感觉舒适, 床上活动好。
2023年9月10日	9:15	A (评估): 患者留置胸腔闭式引流管, 缺乏导管护理知识。 #2P (诊断): 有导管脱出及引流失效的危险。 I (措施): 1. 保持胸腔闭式引流管道的密闭, 妥善固定引流管, 指导患者翻身和搬运时注意事项。 2. 保持水封瓶处于直立位, 水封瓶被打破或更换时, 必须钳夹引流管, 以免造成张力性气胸。 3. 观察引流液的颜色、性质和引流量, 当引流量<50ml/d时, 及时告知医生拔管。 4. 严格执行无菌操作, 防止逆行感染。 5. 引流管脱落时, 立即用手捏闭伤口处皮肤, 并立即通知医生。 O (结果): 9月12日 8:00 评价: 胸腔引流管固定妥, 引流畅, 24小时引流液30ml, 医生拔除引流管
2023年9月10日	9:15	A (评估): 术后第一天听诊肺部有湿啰音, 患者咳嗽无力。 #1P (诊断): 清理呼吸道无效。 I (措施): 1. 观察患者痰液的性质、量、是否易咳出, 以及干、湿啰音和痰鸣音的变化情况。 2. 观察患者是否有呼吸困难、紫绀加重、烦躁不安、意识障碍等呼吸道阻塞的情况发生。 3. 嘱患者进行深呼吸和有效咳嗽, 同时护士可协助患者翻身或行胸、背部叩击。 4. 鼓励患者多饮水, 每日饮水量应在1500ml以上, 以稀释痰液。 5. 遵医嘱给予雾化吸入。 O (结果): 9月11日 10:00 评价: 患者肺部湿啰音减少, 能有效咳痰。

续表

日期	时间	护理记录
2023年9月10日	9:15	A (评估): 患者行胸腔手术, 手术切口和创伤较大。 #2P (诊断): 有出血的风险。 I (措施): 1. 观察患者生命体征和伤口渗血情况。 2. 观察胸腔引流管的颜色、性质和量。 3. 如出现面色苍白、冷汗、脉搏细速、血压下降, 胸腔引流管引流出大量血性液体, 及时汇报医生, 遵医嘱予以相应处理。 O (结果): 9月11日10:00评价: 患者未发生出血
2023年9月11日	8:00	A (评估): 患者血常规检查提示C反应蛋白增高。 #1P (诊断): 潜在并发症: 肺部和胸腔感染。 I (措施): 1. 监测体温变化, 若体温超过38.5℃且持续不退, 通知医生及时处理。 2. 协助并鼓励患者深呼吸、咳嗽、排痰, 以减少呼吸系统并发症。 3. 严格执行无菌操作, 做好胸腔闭式引流管的护理。 4. 鼓励患者进食营养丰富的饮食。 5. 向患者讲解导致感染发生的危险因素, 指导患者掌握预防感染的措施。 6. 遵医嘱合适使用抗菌药物。 O (结果): 9月12日9:00评价: 患者血常规提示C反应蛋白较之前降低, 感染好转

【案例分析思路】(图 3-2)

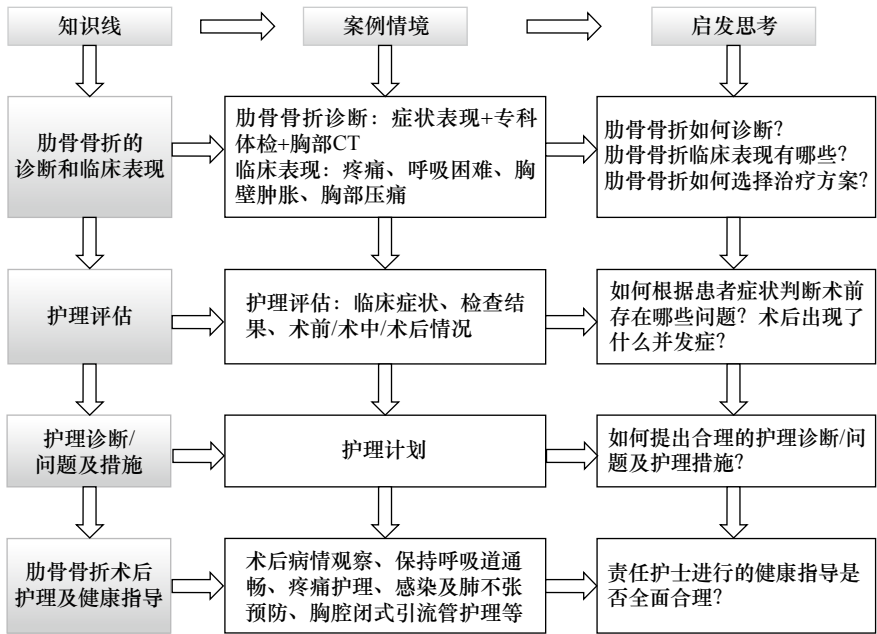


图 3-2 案例分析思路