



急性胰腺炎护理查房

Nursing Ward Round of Acute Pancreatitis

LOREM IPSUM DOLOR

急性胰腺炎护理查房1

Contents



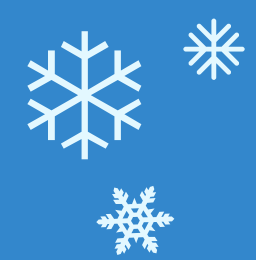
病例汇报 Case report



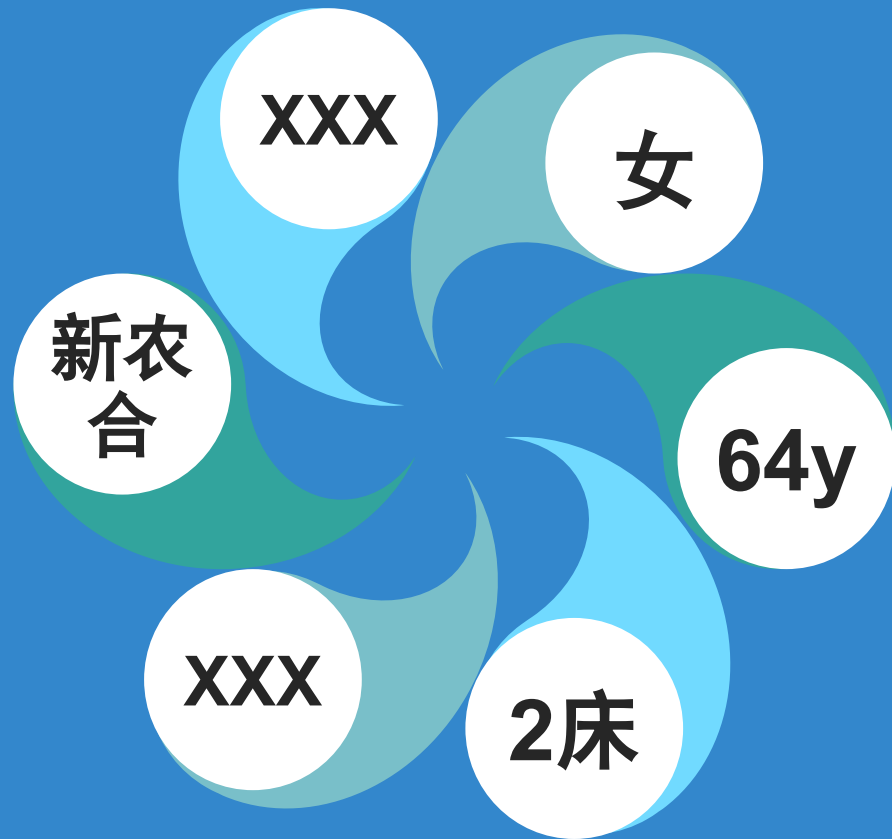
床边查体 Bedside examination



相关知识 Related knowledge



病例汇报—基本信息 Basic information





e of disease

患者8.27日无明显诱因下出现 右侧腰部及上腹部胀痛，伴恶心呕吐，呕吐物为宿食，呕吐后腹痛无缓解，无胸闷心悸，无腹胀腹泻，腹部CT示“急性胰腺炎”，腹部彩超示“胆囊炎，胆囊肿大，胰腺体积增大，胰管轻度扩张，就诊于繁昌县人民医院，予对症治疗后，症状无缓解，23：20分转入我院行进一步治疗，T：37.0℃

P：90次/分R：22次/分
视觉模拟疼痛
高血压病史两个月前行膝关节
胃肠减压、抑液、扩容等处

患者神清，精神欠佳 绝对卧床休息
仍有明显腹胀
肠减压管通畅
液体，腹部压痛（+）
小便正常。

患者仍有39.0℃。

患者血钾处理

置入鼻空肠内营养

患者腹胀减轻
甩下降

患者腹胀较前缓解，体温下降至正常，腹痛不明显。





病例汇报—生化检查 Biochemical test

项目 \ 日期	8.28	8.29	9.1	9.3	9.5	9.16
WBC	18.7	21.9	18.4	16.7	14.1	5.6
N%	88.5	89.5	90.8	83.5	81.2	60.2
L%	7.8	7.3	4.6	8.5	11.3	30.8
AMY	822	519.0	85.2	73.0	—	53
LIP	871.8	414.4	69.1	65.4	—	52.7
TP	—	61.3	—	—	—	—
ALB	—	38.1	—	—	—	—



病例汇报—生化检查 Biochemical test

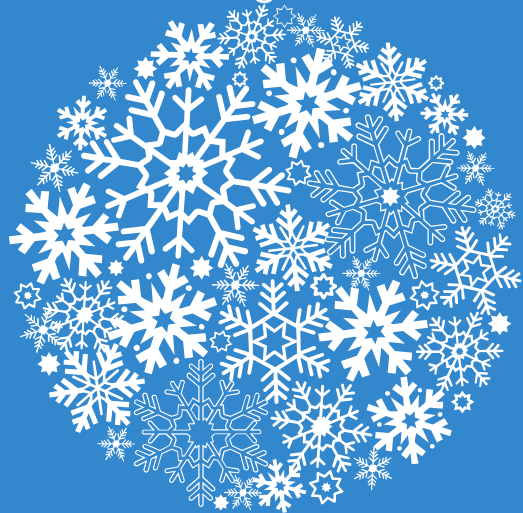
项目 \ 日期	8.28	8.29	9.1	9.3	9.5	9.16
K	3.85	3.26	2.94	3.21	3.62	4.23
Na	140.1	141.5	138.8	136.2	139.9	138
Ca	1.98	1.88	1.85	1.81	1.93	2.13
cl	107.1	101.5	—	94.7	98	98.6
Mg	—	0.74	—	—	—	—
GLU	9.01	6.95	—	—	6.3	—
TG	—	0.85	—	—	—	—
CPR	—		292.71	—	198.86	—



急性胰腺炎护理查房1







护理问题有哪些？

How many nursing problems does the patient has?





病例汇报—护理问题 Nursing problems

疼痛
Pain

发热
Fever

有导管滑脱的危险
The risk of
catheter slippage

有体液不足和电解质紊乱的危
险
The risk of
lack body fluid

营养失调
Malnutrition

知识缺乏
Lack of
knowledge

清理呼吸道无效
Infective airway
clearance

潜在并发症
Potential
complications

❄️ 病例汇报—护理措施 Nursing management

8.27 23:43
P1疼痛

与胰腺及其周围组织炎症有关

预期目标

病人疼痛减轻或得到控制。

休息

指导卧床，保持病室安静、舒适、整洁、空气新鲜、室温宜适，减少干扰，变换体位，按摩背部。

禁食

严格禁饮食，以减少或抑制胰液分泌，使消化道休息。

心理护理

病人疼痛时家属陪伴，接受病人的行为反应如呻吟、易激怒等，鼓励其表达内心感受。

药物护理

疼痛不能缓解时遵医嘱给予药物止痛，监测患者疼痛性质、持续时间、部位、有无放射等，密切观察呼吸、面色变化。

效果评价

病人9.4疼痛缓解。

急性胰腺炎护理查房1

❄️ 病例汇报—护理措施 Nursing management ❄️

降温处理

1. 观察病情
2. 给予物理降温
3. 遵医嘱予以安痛定肌注
4. 促进舒适，更换衣物，保持床单清洁干燥
5. 维持水电解质平衡
6. 加强心理护理，安慰患者

8.28
20:01 P2
发热

与炎症反
应有关

预期目标

患者体温降
至正常

效果评价

9.6 体温恢复正常

急性胰腺炎护理查房1

❄️ 病例汇报—护理措施 Nursing management ❄️

8.27 23:00
P3 有体液不足和电解质紊乱的危险

与炎性渗出、出血、呕吐、禁食有关。

预期目标

患者体液维持平衡。

维持水电解质平衡

禁食期间补液维持水电解质平衡，纠正低血钙、低镁、酸中毒和高血糖等。

防治休克

补充电解质溶液，以恢复有效循环血量和电解质平衡，同时应维持酸碱平衡。

效果评价

9.23患者住院期间未出现体液不足。

❄️ ❄️ 病例汇报—护理措施 Nursing management ❄️ ❄️

8.27 23:00
P4知识缺乏

缺乏相关疾病防治及康复的知识。

预期目标

患者掌握与疾病有关的知识。

讲解疾病相关知识

根据患者状况，选择适当的时间向患者和家属讲解该病相关医疗知识，可能出现的并发症及注意事项，正确认识疾病，掌握疾病规律，有利于配合治疗，避免诱发因素及防止并发症，尽快恢复和促进健康。

指导饮食、用药

指导禁食，告知禁食的必要性和重要性；指导正确用药，告知药物作用及注意事项。

效果评价

9.23患者了解疾病的相关知识。

❄️ 病例汇报—护理措施 Nursing management ❄️

8.29 10:00
P5营养失调

与禁食，呕吐，应激消耗有关。

预期目标

患者未发生营养失调。

营养支持

- 1、禁食期间遵医嘱静脉补充转化糖电解质、钠钾镁钙注射液、脂肪乳、氨基酸等必须能量
- 2、予肠内营养液空肠营养管鼻饲泵入

效果评价

9.23患者未发生营养失调。

❄️ 病例汇报—护理措施 Nursing management ❄️

8.27 23:00
P6潜在并发症
休克、MODS、
出血、胰痿或
肠痿。

与胰腺炎有
关

预期目标

患者未发生并发症

一级护理

- 1、观察腹部体征，监测生命体征变化
- 2、遵医嘱禁食
- 3、遵医嘱复查血淀粉酶及尿淀粉酶指标

效果评价

9.23患者未发生并发症。

❄️ 病例汇报—护理措施 Nursing management ❄️

8.27 23:00
P7有导管滑脱
的危险。

与留置胃肠
压管和空肠
营养管有关

预期目标

患者导管未滑脱

妥善固定

导管安全宣教

- 1、工字型鼻贴双固定，做好管道标识，保持管道通畅
- 2、嘱患者及家属翻身时防止管道滑脱，护士在各项护理操作时防止导管过度牵拉、打折、扭曲
- 3、建立高危导管评分表（q4h评估）

效果评价

9.23患者导管未滑脱。

❄️ 病例汇报—护理措施 Nursing management ❄️

8.27 23:00
P8清理呼吸道无
效:。

与长期卧床
身体虚弱,
无力咳痰有
关

预期目标

患者能自行咳痰

排痰化痰

- 1、促进有效排痰，深呼吸和有效咳嗽
- 2、遵医嘱予以沐舒坦化痰

效果评价

9.23患者能自行咳痰。

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/835202124134011231>