

呼吸科急救护理案例 分析

汇报人：xxx

20xx-05-07



目录

- 呼吸科急救护理概述
- 案例一：支气管哮喘急性发作
- 案例二：慢性阻塞性肺疾病急性加重
- 案例三：重症肺炎并发呼吸衰竭
- 案例四：急性呼吸窘迫综合征
- 呼吸科急救护理经验分享与启示



01

呼吸科急救护理概述





呼吸科常见急症类型



急性上呼吸道感染

包括感冒、喉炎、咽炎、鼻炎等。



急性下呼吸道感染

如急性支气管炎、肺炎等。



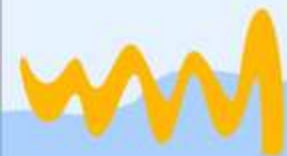
支气管哮喘急性发作

表现为喘息、气急、胸闷或咳嗽等症状突然发生或加重。



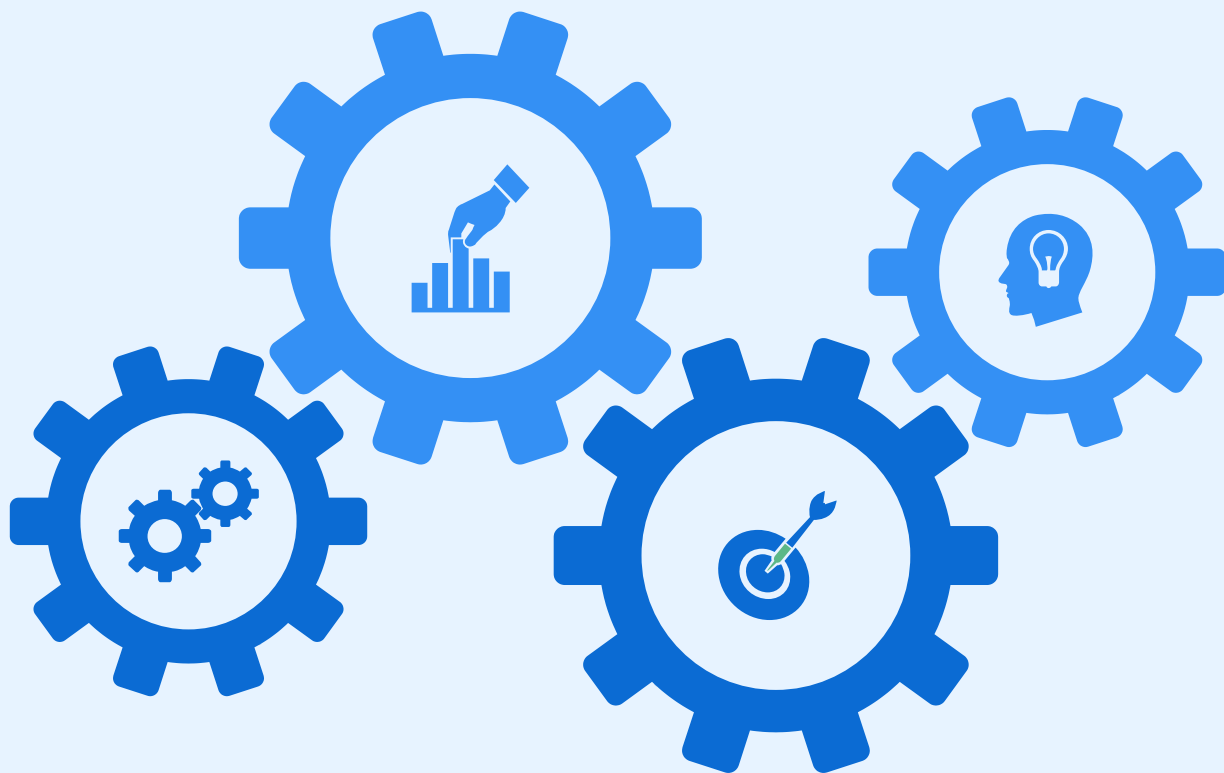
慢性阻塞性肺疾病急性加重

包括慢性支气管炎和肺气肿，以持续气流受限为特征。





急救护理原则与重要性



急救护理原则

迅速、准确、有效地评估患者病情，采取必要的急救措施，确保患者生命安全。

重要性

呼吸科急症患者病情危急，若不及时采取急救护理措施，可能导致病情恶化，甚至危及患者生命。





护理人员角色与职责

护理人员是急救护理团队的核心成员，负责评估患者病情、执行医嘱、观察病情变化等。

角色

职责

保持呼吸道通畅，给予氧疗和辅助通气；迅速建立静脉通道，遵医嘱给予药物治疗；密切观察患者生命体征和病情变化，及时报告医生处理；做好心理护理和健康教育，缓解患者紧张情绪，提高自我护理能力。

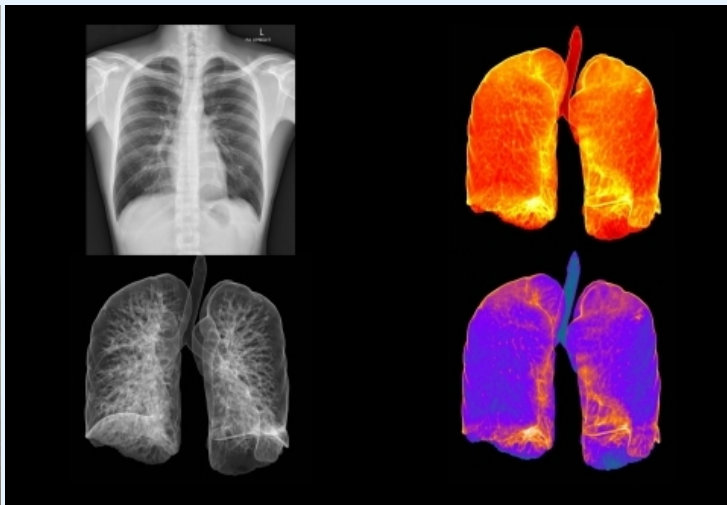
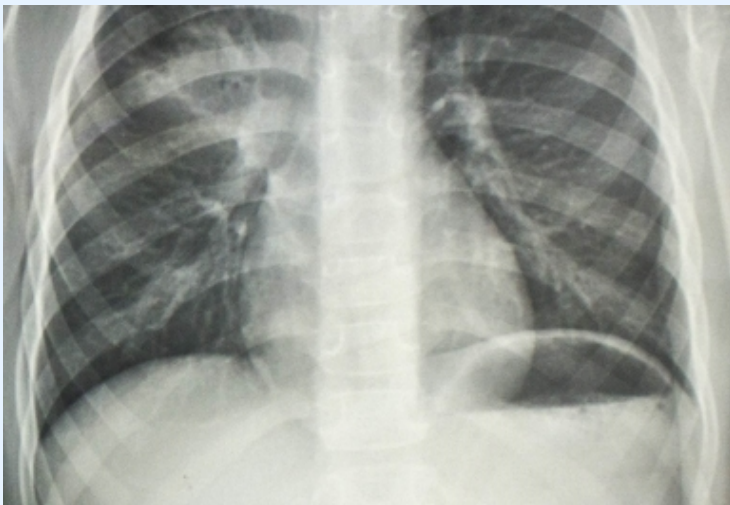
02

**案例一：支气管哮喘急性
发作**





患者基本情况介绍



患者姓名

张三



年龄

45岁



性别

男



患者基本情况介绍



01

主诉

突发喘息、气急、胸闷、咳嗽



02

既往史

有过敏性鼻炎病史，否认其他重大疾病史



03

过敏史

对尘螨过敏



04

体格检查

呼吸急促，双肺可闻及哮鸣音，心率加快



护理评估与问题分析

护理评估：患者处于急性
发作期，病情严重，需要
立即进行急救护理



问题分析

气道炎症导致气道高反应
性

过敏原接触引发过敏反应



急救护理措施实施

保持呼吸道通畅

协助患者取坐位或半卧位，给予吸氧，鼓励患者深呼吸、咳嗽排痰

迅速建立静脉通道

遵医嘱给予解痉、平喘、抗炎等药物治疗



密切观察病情变化

监测生命体征，观察呼吸、心率、血压等指标变化

心理护理

安慰患者，缓解紧张情绪，增强治疗信心

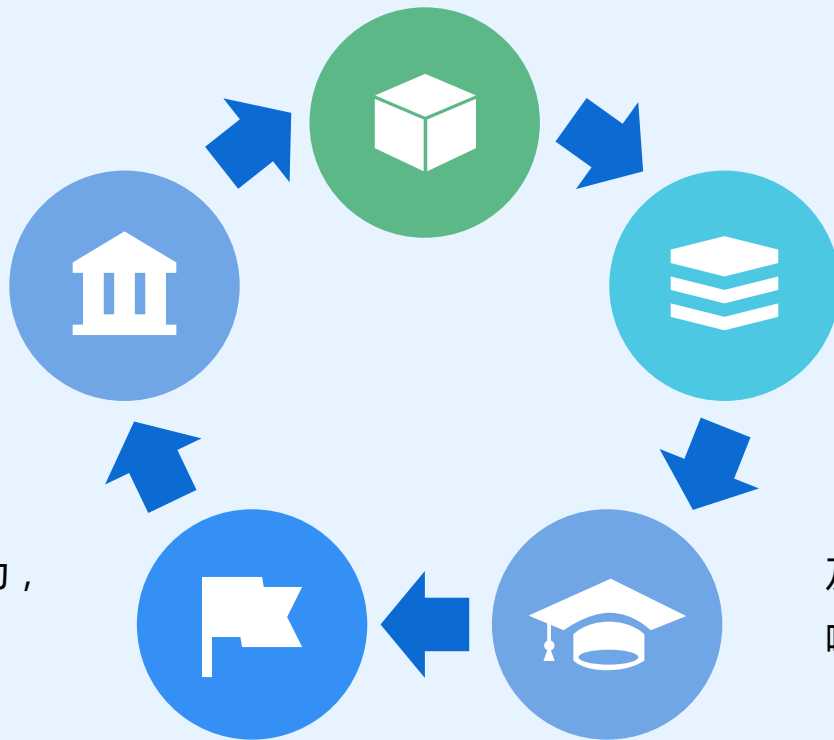


护理效果评价及总结

护理效果评价：经过急救护理，患者症状逐渐缓解，呼吸平稳，心率、血压恢复正常

完善急救护理流程，提高护理质量和效率

加强患者健康教育，提高自我管理能力和预防复发



总结

及时、有效的急救护理是缓解支气管哮喘急性发作的关键

03

**案例二：慢性阻塞性肺疾
病急性加重**





患者基本情况介绍

患者姓名

张三

年龄

65岁

性别

男



主诉

咳嗽、咳痰、气促加重2天

现病史

患者有长期吸烟史，被诊断为慢性阻塞性肺疾病（COPD）已有5年。近日因天气变化，出现咳嗽、咳痰加重，痰量增多，呈黄色脓性，伴有气促、胸闷、乏力等症状。

体格检查

体温37.8°C，心率105次/分，呼吸28次/分，血压130/80mmHg。口唇轻度发绀，双肺可闻及湿啰音。



护理评估与问题分析

护理评估

患者COPD急性加重，存在呼吸系统感染、低氧血症等问题。当前主要症状为咳嗽、咳痰、气促，需及时采取措施缓解症状，防止病情进一步恶化。

问题分析

患者病情加重的主要原因包括长期吸烟、天气变化导致呼吸系统感染等。此外，患者可能存在营养不良、心理压力等因素，影响病情恢复。





急救护理措施实施



保持呼吸道通畅

协助患者取半卧位，鼓励患者深呼吸、咳嗽排痰。必要时给予吸痰、雾化吸入等处理，以保持呼吸道通畅。

氧疗护理

给予患者低流量吸氧，根据病情调整氧流量和浓度。密切观察患者缺氧症状改善情况，防止氧中毒等并发症发生。



药物治疗与护理

遵医嘱给予患者抗生素、支气管扩张剂、糖皮质激素等药物治疗。密切观察药物疗效和不良反应，及时调整用药方案。

营养支持与心理护理

给予患者高蛋白、高热量、易消化的饮食，保证营养摄入。加强与患者的沟通交流，了解其心理需求，给予心理支持和安慰。



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/955014324221012010>