

鲁医丛

杨文学 主编

实用内科护理新编

于炳举 著

国际文化出版公司

实用内科护理新编

于炳举 著

国际文化出版公司

图书在版编目 (C I P) 数据

实用内科护理新编/于炳举著. —北京: 国际文化出版公司, 2008. 8
(齐鲁医丛)
ISBN 978-7-80173-812-7

I. 实… II. 于… III. 内科学: 护理学 IV. R473.5

中国版本图书馆CIP数据核字 (2008) 第121607号

齐鲁医丛

主 编	杨文学
责任编辑	李璞 陈杰平 张妮莹 王逸明 潘建农 宋亚晖
封面设计	杨牧原
出版发行	国际文化出版公司
经 销	北京国文润华图书销售公司
印 刷	山东省临沂第二印刷厂
开 本	880×1230 32开
字 数	2750千字
版 次	2008年8月第一版 2008年8月第一次印刷
书 号	ISBN 978-7-80173-812-7
定 价	198.00元 (全九册)

国际文化出版公司地址
北京朝阳区东土城路乙9号 邮编 100013
电话: 64271187 64279032
传真: 64271499
E-mail: icpc@95777sina.net
<http://www.sinoread.com>

前 言

为了便于广大护理人员系统学习内科疾病护理的新理论、新知识、新技能,进一步提高专科护理水平,更好地为患者服务,我们编写了《实用内科护理新编》一书。编写中,本着科学、严谨、创新的态度,既吸收国内外前人的护理经验,又融入我们长期临床实践中的经验和体会。本书的主要特点:一是内容丰富、新颖。在简介内科各个系统常见疾病的临床表现、治疗原则的基础上,着重介绍了各种疾病的临床护理、病情观察要点和家庭护理知识。在力求内容覆盖面广、信息量大的同时,注重内容的先进性,尽量为读者提供新理论、新方法和新的护理技术。二是深入浅出,实用性强。在重点介绍内科常见疾病护理的同时,对特殊检查、治疗的护理,以及用药指导、功能锻炼、紧急自救、健康教育等知识也作了介绍,内容力求简明扼要,通俗易懂。我们真诚希望该书能成为护理工作者的良师益友,成为病人家属做好家庭护理的指南。

由于时间仓促,不成熟和疏漏之处难免,恳请读者批评指正。

编 者

2008年2月

目 录

第一章 整体护理概论与临床实践	1
第一节 整体护理的概念	1
第二节 护理程序	4
第三节 整体护理实施与护理病历	5
第二章 循环系统疾病护理	7
第一节 心力衰竭	7
第二节 心律失常	13
第三节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	17
第四节 心脏瓣膜病	24
第五节 先天性心脏病	28
第六节 高血压病	33
第七节 心肌炎	38
第八节 心肌病	41
第九节 心包疾病	47
第三章 呼吸系统疾病护理	51
第一节 急性气管-支气管炎	51
第二节 慢性阻塞性肺病	53
第三节 慢性肺源性心脏病	56
第四节 肺炎	60
第五节 肺结核	63
第六节 支气管哮喘	66
第七节 支气管扩张症	69
第八节 自发性气胸	72

第九节 原发性支气管肺癌	75
第十节 咯血	78
第十一节 呼吸衰竭	81
第四章 消化系统疾病护理	86
第一节 慢性胃炎	86
第二节 消化性溃疡	88
第三节 肝硬化	90
第四节 肝性脑病	93
第五节 原发性肝癌	95
第六节 急性胰腺炎	97
第七节 上消化道出血	100
第八节 溃疡性结肠炎	102
第九节 上消化道内镜检查与治疗	104
第五章 肾脏疾病护理	107
第一节 急性肾小球肾炎	107
第二节 慢性肾小球肾炎	110
第三节 肾病综合征	114
第四节 肾盂肾炎	117
第五节 肾功能衰竭	120
第六章 内分泌疾病护理	125
第一节 糖尿病	125
第二节 酮症酸中毒	131
第三节 尿崩症	134
第四节 甲状腺功能亢进	137
第五节 皮质醇增多症	142
第七章 血液和造血系统疾病护理	147
第一节 贫血	147
第二节 白血病	157
第三节 多发性骨髓瘤	165
第四节 过敏性紫癜	168

第五节 免疫性血小板减少性紫癜·····	171
第六节 血友病·····	174
第七节 弥散性血管内凝血·····	178
第八节 淋巴瘤·····	182
第八章 风湿免疫性疾病护理·····	186
第一节 系统性红斑狼疮·····	186
第二节 类风湿关节炎·····	189
第三节 成人斯蒂尔病·····	193
第四节 痛风·····	196
第五节 强直性脊柱炎·····	200
第九章 神经系统疾病护理·····	204
第一节 三叉神经痛·····	204
第二节 面神经炎·····	207
第三节 急性感染性多发性神经炎·····	209
第四节 急性脊髓炎·····	216
第五节 癫痫·····	221
第六节 急性脑血管病·····	229
第七节 脑炎·····	247
第八节 帕金森病·····	251
第九节 运动神经元病·····	255
第十节 多发性硬化·····	257
第十一节 重症肌无力·····	260
第十章 肿瘤护理·····	265
第一节 化疗病人的护理·····	265
第二节 放疗病人的护理·····	275
第十一章 急性中毒护理·····	280
第一节 急性中毒的一般处理·····	280
第二节 药物中毒·····	285
第三节 农药中毒·····	291
第四节 有害气体中毒·····	296

171	第五节 强酸、强碱中毒.....	301
171	第六节 急性酒精中毒.....	305
171	第七节 毒瘾.....	307
182	第八节 动物毒中毒.....	309
181	第九节 植物毒中毒.....	315
181	第十节 食物中毒.....	319

第一章 整体护理概论与临床实践

“整体护理”是一种以服务对象为开放性整体作为问题思考框架的临床护理模式，它是从以疾病为中心的护理模式改变而来。整体护理在具体实践过程中，以护理程序为思考和工作的框架，而护理程序是一种运用系统方法，科学地认识、分析和解决问题的工作方法，这标志着护理学科方法论意识的形成。护理人员只有深刻理解整体护理的理念，熟练运用护理程序，才能使自己适应现代护理发展的需要。

第一节 整体护理的概念

【基本概念】

整体护理是以现代护理观为指导，以病人为中心，视病人为生物、心理、社会多因素构成的开放性有机整体，以满足病人身心需要，恢复健康为目标，运用护理程序的理论和方法，实施系统、计划、全面护理的护理思想和护理实践活动。

【护理发展的三个阶段】

1. 以疾病护理为中心阶段 护理概念的转变与社会其他科学的发展及所引发的人们在某一特定时期对健康与疾病的认识转变息息相关。17 世纪以来，自然科学不断发展，使医学科学逐渐摆脱了宗教和神学的阴影，各种科学系统被揭示和建立。在解释健康与疾病关系上，人们认为疾病是由于细菌或外伤袭击人体后所致的损害和功能异常，而有病就是不健康，健康则是没有病，一切医疗行为都着眼于疾病，从而形成以疾病为中心的医学指导思想。这一思想一直延续到 20 世纪

五六十年代，已成为指导和支配护理实践的基本理论观点。

运用这一观念，护理人员把帮助医师消除病人身体上的“病灶”，使其恢复正常功能作为护理的根本目标，把协助医师诊断和治疗疾病的各项工作作为护理工作的主要内容。在这个阶段，护理并没有自己的理论体系，所学知识基本上是临床医学诊断和治疗知识的派生，护理学的主要内容就是各科疾病护理操作程序和规范。因此，以疾病为中心的护理思想，决定了护理是一门有关协助医师诊治疾病，执行各种治疗方案的技术，也决定了护士是医师助手的地位，而执行医嘱就是护理工作最主要内容。

2. 以病人护理为中心阶段 美籍奥地利理论生物学家贝培朗菲提出“系统论”，美国心理学家马斯洛提出“人的基本需要层次论”，生态学家纽美提出“人和环境的相互关系系统”，这些系统以及精神病学、社会学的发展，为人们提供了一个重新认识人类健康与心理、精神、社会环境之关系的基础。1948年，世界卫生组织提出人的健康定义：健康不仅仅是没有身体上的疾病和缺陷，还要有完整的心理和社会适应状态。这为护理科学研究提供了广阔的实践领域。1955年，美国的莉迪生、霍尔首次提出了“护理程序”这一概念，用系统的观念来为护理工作释义，第一次把科学的方法具体运用于护理领域，使护理专业有了革命性的发展。1977年，美国医学家恩格尔提出“生物—心理—社会”这一新的医学模式，引起了健康科学领域认识观的根本改变，对所有相关健康事业的专业都产生了深远的影响。在护理领域，进一步强化了人是一个整体的思想。在这种思想指导下，护理工作的重点从以疾病护理转向以患病的人为中心的护理方式，应用护理程序全面收集病人的生理、心理、社会等方面的资料，制定了相应的护理计划，并对病人实施身心整体护理。这一阶段，护理理论与实践拓宽到人的心理、行为、社会、环境、经济、伦理、法律等方面，并逐渐形成护理学独特的综合自然科学和社会科学知识的完整体系。这是在人类对健康与疾病进一步认识条件下产生的，是护理学开始形成独立的、完整的理论体系和实践内容的重要阶段。

3. 以整体人的健康为中心阶段 由于科学技术的不断进步，传统

的疾病谱发生了很大的改变，由细菌引起的疾病得到了很好的控制，但是其他因心理、行为、环境密切相关的疾病大量增加，如心脑血管病、癌症、糖尿病等；同时由于健康观念的转变，使享有健康保健成为每个公民的权利。传统的患了病才寻求健康服务的观念已经过时，因此医疗保健只面向少数急、重症病人服务的政策受到挑战。1978年，世界卫生组织（WHO）正式提出战略目标是“2000年人人享有卫生保健”。这一目标成为全世界各个国家的健康保健人员的努力方向。世界卫生组织目标的提出，对护理专业的发展起到了极其重要的促进作用。1980年，美国护理学会正式陈述了护理的定义：护理是诊断和处理人类对现存的和潜在的健康问题的反应。这一定义，反映了护理的整体概念。

【整体护理的实践特征】

1. 以现代护理观为指导 现代护理观是与大科学观、大卫生观相适应的大护理观。它认为，护理是以人的健康为中心，护理对象不仅是病人，而且也包括健康人，护理服务范畴不仅在医院，而且还包括家庭和社区。
2. 以护理程序为核心 整体护理以护理程序为基本思维和工作框架，从而保证了最佳的护理效果。
3. 主动的计划护理 整体护理摒弃了传统的机械执行医嘱的被动工作性质和片断分割式的护理活动形式，代之以全面评估、科学决策、系统实施、客观评价的主动调控过程。
4. 护士是主动的思想者、决策者 由于工作的性质、内容、形式发生了变化，护士的职能行为也发生了变化。他们必须对患者全面负责，诊断患者的健康情况，制定护理计划，组织实施与评估，充分显示了护理专业的独立性和护士的自身价值。
5. 护患合作的过程 整体护理除了要明确各类护理专业人员完成的职责、任务、目标外，还要充分重视患者及家属的自护潜能的调动。应强调通过对不同人群实施特定的健康教育，提出指导患者及家属自护的内容、方法和要求，并提供机会让他们参与自身护理活动。

第二节 护理程序

【定义】

护理程序是一种科学的确认问题和解决问题的工作方法，是个综合的、动态的、具有决策和反馈功能的过程，是在临床护理工作中，通过一系列有目的、有计划的步骤和行动，予护理对象的生理、心理、社会文化、发展及精神等多个层面进行系统的整体护理，使其达到最佳的健康状态。

【护理程序的结构】

护理程序是一个开放的系统。构成该系统的要素有病人、护士、其他医护人员、医疗仪器设备、药品及资料等。这些要素既有自身的独特功能，又通过相互作用和与环境的相互作用，构成系统的特定功能，即给予护理对象以有计划、有系统、全面的整体护理，使其恢复或增进健康。护理程序由估计、诊断、计划、实施和评价 5 个步骤组成。

【护理程序的五个步骤】

1. 估计 估计是根据收集调查到的资料信息，对护理对象和相关的事物做一个大概的推断，为护理活动提供可靠的依据。此步骤在护理程序中最为关键。
2. 护理诊断 护理诊断是关于个人、家庭或社区对现存的或潜在的健康问题的一种临床判断，这些反应可由护士进行确认和处理，以维持健康或减轻、消除和预防问题或不良反应的发生。
3. 计划 计划是护理过程中的具体决策，是对患者实施护理的行为指南。它以护理诊断为依据，以使护理对象尽快地恢复健康为目标。
4. 实施 实施是将计划付诸行动，实现护理目标的过程。护士在实施计划的过程中扮演着多种角色，即决策者、实施者、教育者、组织者和联络者。
5. 评价 评价是将实施护理计划后所得到的患者健康状况的信息

与预定的护理目标逐一对照,按评价标准对护士执行护理程序的效果、质量作出评定的过程。评价贯穿于患者住院实施护理计划的全过程。

第三节 整体护理实施与护理病历

【建立整体护理模式病区】

1. 制定引导护理服务的护理理念。
2. 组织护理人员学习整体护理理论,领会以恢复病人健康为中心的护理思想内涵,树立新的服务观念。
3. 制定以护理程序为框架的护士职责与评价标准。
4. 制定与护理程序相配套的护理记录表格。
5. 编制《标准护理计划》和《标准教育计划》。
6. 设立病房护理人员结构。以护士长、责任组长、分管床位护士为主的三级责任制结构,三级人员以按职上岗的原则进行分工。
7. 合理编配护理人力资源,病区按 1:0.4 床护比例编配护士人数,按病人的需求进行合理排班。白天 6:1~8:1,中午 8:1~10:1,晚、夜间 12:1~15:1 的床护比例进行排班。
8. 加强和完善支持系统。

【护理病历】

在临床应用护理程序过程中,有关病人的健康资料、护理诊断、护理目标、护理措施、护理记录和效果评价等,均应有书面记录,构成护理病历。

1. 护理病历首页 即入院评估表。主要内容包括患者的一般资料,现在健康状况、既往健康情况、心理状态、社会状况、护理体检。
2. 护理计划单 护理计划单是护理人员对患者实施整体护理的基本依据。包括护理诊断、护理目标、护理措施和效果评价等内容。
3. 护理记录单 护理记录是有关患者健康状况的变化和护理工作内容的记录。包括发现问题、采取措施、结果如何记录。
4. 住院护理评估单 住院患者护理评估单是护士对其分管患者住

5. 出院护理评估单 出院护理评估单包括护理小结、健康教育评估和出院指导等内容。

北美护理诊断协会 (NANDA), 1994 年批准在临床使用和检验的

北美护理诊断协会 (NANDA), 1994 年批准在临床使用和检验的护理诊断有 128 条项目。1997 年国家卫生部下发了《关于开展创建“以病人为中心、优质服务百佳医院”工作的通知》, 在百佳医院创建标准中, 规定了有关整体护理开展的要求和质量评价体系。

第二章 循环系统疾病护理

第一节 心力衰竭

充血性心力衰竭，指有适量静脉血回流的情况下，心排血量不足以维持组织代谢需要所产生的一种病理状态。心力衰竭本身并非一种疾病，而是一种综合征，不但心脏疾病可以引起，非心脏疾病，如甲状腺功能亢进、肾脏病、严重贫血、妊娠等，都可以引起心力衰竭。有50~60%的器质性心脏病病人最后会发生心力衰竭。常见病因有原发性心肌舒缩功能障碍、心脏负荷过重、心室舒张受限等。据统计，有80~90%的心力衰竭有诱发因素，最常见有感染、心律失常、妊娠和分娩、体力活动和情绪激动、输血输液过多或过快、出血和贫血、电解质紊乱和酸碱平衡失调、摄入钠盐过多等。

【临床表现】

1. 左心衰竭

(1) 疲劳、乏力 平时感四肢无力，一般体力活动即感到疲劳、乏力。

(2) 咳嗽、咳痰与咯血 是左心衰竭的主要症状之一。咳嗽多在体力劳动或夜间平卧时加重，同时可咳出白色泡沫痰。急性肺水肿时，可咳出大量粉红色泡沫样痰。二尖瓣狭窄、急性肺水肿及肺梗死等均可引起咯血，血色鲜红，量多少不定。

(3) 呼吸困难 呼吸困难最初仅发生在重体力劳动时，休息后可自行缓解，称为劳力性呼吸困难。随着病情的发展，呼吸困难可出现在较轻的体力活动时，劳动能力逐渐下降。有的则表现为阵发性夜间

呼吸困难，病人常在熟睡中惊醒。左心衰竭严重时患者即使平卧休息也感到呼吸困难，被迫取半卧位或坐位，称为端坐呼吸。

(4) 急性肺水肿 严重时可有大量泡沫样液体由口、鼻涌出，面色苍白，口唇紫绀，皮肤湿冷，两肺布满哮音，血压下降，甚至休克。

(5) 其他症状 可有心悸、紫绀、夜尿增多、声音嘶哑（左肺动脉扩张压迫左喉返神经）等症状。

(6) 体征 除原有心脏病体征外，可有舒张期奔马律、交替脉、肺动脉瓣区第二音亢进。轻症肺底部可听到散在湿性哮音，有时伴哮鸣音。

2. 右心衰竭

(1) 颈静脉怒张和内脏瘀血 坐位或半卧位时可见颈静脉怒张；肝—颈返流征阳性；肝肿大并有压痛，肝脏长期淤血，可引起肝细胞变性坏死，并发展为心源性肝硬化；胃肠道淤血常引起消化不良、食欲减退、腹胀、恶心和呕吐等症状；肾脏淤血导致尿量减少，尿中可有少量蛋白和细胞。

(2) 下垂性水肿 水肿多见于足踝，卧床病人则在腰、背及骶部。少数病人可出现胸水、腹水。

(3) 紫绀 多为周围性，出现在肢体的下垂部分及身体的周围部位。

(4) 心包积液 严重而持久的右心衰竭病例，心包腔内可有异常数量的液体漏出，发生心包积液。

(5) 神经系统症状 可有焦虑、失眠、嗜睡等症状。重者可发生昏迷。

【治疗原则】

去除病因，包括基本病因和诱发因素两个方面；减轻心脏负荷；增强心肌收缩力。

【护理】

1. 一般护理

(1) 减轻心脏负荷 ①取端坐体位：病人有严重的呼吸困难、端坐呼吸时，宜取半坐位或坐位，这样的体位可使膈肌下降，胸腔负压

增加，肺扩张度增大，使氧合作用增加，同时减少静脉血回流，减轻心脏负荷。②适当的休息与活动：活动的程度应根据心力衰竭的严重程度而定，心力衰竭Ⅰ度时，应限制体力活动，尤其是应停止较强的运动；心力衰竭Ⅱ度，日常生活可自理，但应严格限制体力活动，夜间睡眠可给予高枕卧位；心力衰竭Ⅲ度时，需绝对卧床休息，日常生活应有专人辅助及护理。卧床的时间要充足，病人心脏贮备量得到恢复，但也不宜过长，要注意预防长期绝对卧床休息的并发症，例如，血栓性静脉炎、深静脉血栓形成、肺栓塞、坠积性肺炎等。心力衰竭病人的休息必须是身心两方面的休息，应努力减轻病人的焦虑等不良情绪，必要时，可适当应用镇静药，以保证病人充分休息。③控制食物的摄取：心力衰竭的病人应摄取低热能、清淡、容易消化的食物，避免产气食物。每日摄取的热能以 5022~6277 千焦（1200~1500 千卡）为宜，促使体重减轻，降低基础代谢率。少食多餐，减少胃肠道在消化食物时需要的血液量，减轻心脏的负荷。④预防便秘：用力排便会使大量静脉血突然回流到心脏增加心脏的负荷，可给缓泻药物以利通便。⑤供给氧气：心力衰竭病人的血氧浓度均有不同程度的降低，供给氧气时病人较舒适，减轻呼吸困难，可较好地休息。通常使用鼻导管给氧，氧气流量 2~4 升 / 分钟。

(2) 限制过量的液体摄入 ①适当限制钠的摄入：水潴留常继发于钠潴留，体内无钠潴留，就不可能有水分的潴留。正常成年人，每日食盐摄入量为 10 克左右，心衰Ⅰ度患者，每日钠的摄入平均总量应控制在 2~3 克（相当于氯化钠 5 克）；心衰Ⅱ度患者，每日钠摄入量应限制在 1 克（相当于氯化钠 2.5 克）；心衰Ⅲ度患者，每日钠的摄入量不得超过 0.4 克（相当于氯化钠 1 克）。以上所指的钠或钠盐摄入量，包括食物中原来含有的钠盐在内。②限制水分的摄入量：水潴留是钠潴留的结果，在严格限制钠摄入时，一般水分可不必严格限制。患者的液体摄入量，以每日 1.5~2.0 升为宜。但对于难治性心力衰竭的病人，24 小时的饮水量不可超过 600~800 毫升，并根据病人喜好在白天饮用，通常半量在用餐时摄取，另一半量在两餐之间摄入。如果病人感觉口渴，可给予口腔护理。③减轻焦虑：长期处在焦虑或忧郁状