

全国卫生专业技术资格考试丛书

北京大学护理学院 编写

护理学专业[主管护师] 资格考试应试指导

2008年

- 紧扣全国卫生专业技术资格考试大纲
- 内容精练，重点突出
- 专家编写，考前必备

免费赠送20元
上网学习充值卡



北京大学医学出版社

全国卫生专业技术资格考试丛书

护理学专业（主管护师） 资格考试应试指导

北京大学护理学院 编写

北京大学医学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

护理学专业 (主管护师) 资格考试应试指导/北京大学
护理学院编写. —北京: 北京大学医学出版社, 2008. 1
ISBN 978-7-81116-222-6

I. 护... II. 北... III. 护理学—资格考核—自学参考资料 IV. R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 184490 号

护理学专业 (主管护师) 资格考试应试指导

编写: 北京大学护理学院

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地址: (100083) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网址: <http://www.pumpress.com.cn>

E-mail: booksale@bjmu.edu.cn

印刷: 莱芜市圣龙印务有限责任公司

经销: 新华书店

责任编辑: 许立 药蓉 曹霞 王智敏 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开本: 787mm×1092mm 1/16 印张: 65.75 字数: 1652 千字

版次: 2008 年 1 月第 1 版 2008 年 1 月第 1 次印刷 印数: 1—10000 册

书号: ISBN 978-7-81116-222-6

定价: 98.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

前 言

为配合全国卫生专业技术护理学专业（主管护师）资格考试，帮助考生在有限的时间内掌握考试要点，提高复习效率，北京大学护理学院组织相关学科专家，根据护理学专业（主管护师）最新考试大纲，共同编写了这套考试辅导丛书。本套丛书共分三本：

《护理学专业（主管护师）资格考试应试指导》

内容精练，重点突出，可以帮助考生在考前高效快速地掌握考试重点和难点。

《护理学专业（主管护师）资格考试习题集》

题量大，内容丰富，涵盖资格考试主要考点，是考前强化训练的必备用书。

《护理学专业（主管护师）资格考试全真模拟及精解》

全方位模拟考试真题，答案由专家解析，是考前冲刺的最佳选择。

编 者

目

第一篇 内科护理学

第一章 呼吸系统疾病病人的护理	3
第二章 循环系统疾病病人的护理	36
第三章 消化系统疾病病人的护理	73
第四章 泌尿系统疾病病人的护理	115
第五章 血液及造血系统疾病病人的护理	141
第六章 内分泌与代谢性疾病病人的护理	168
第七章 风湿性疾病病人的护理	183
第八章 理化因素所致疾病病人的护理	190
第九章 传染病病人的护理	198
第十章 神经系统疾病病人的护理	224

第二篇 外科护理学

第一章 水、电解质、酸碱代谢失调病人的护理	247
第二章 外科休克病人的护理	254
第三章 多器官功能障碍综合征	260
第四章 麻醉病人的护理	265
第五章 复苏	271
第六章 重症病人的监护	273
第七章 外科围手术期护理	279
第八章 疼痛病人的护理	288
第九章 营养支持病人的护理	291
第十章 外科感染病人的护理	297
第十一章 损伤病人的护理	303
第十二章 器官移植病人的护理	312
第十三章 肿瘤病人的护理	315
第十四章 颈部疾病病人的护理	319
第十五章 乳房疾病病人的护理	324

录

第十六章 腹外疝病人的护理	328
第十七章 急性化脓性腹膜炎病人的护理	332
第十八章 腹部损伤病人的护理	336
第十九章 胃、十二指肠疾病病人的护理	339
第二十章 肠疾病病人的护理	345
第二十一章 直肠肛管疾病病人的护理	353
第二十二章 门静脉高压症病人的护理	357
第二十三章 肝脏疾病病人的护理	359
第二十四章 胆道疾病病人的护理	363
第二十五章 胰腺疾病病人的护理	369
第二十六章 外科急腹症病人的护理	374
第二十七章 周围血管疾病病人的护理	378
第二十八章 颅内压增高病人的护理	382
第二十九章 颅脑损伤病人的护理	385
第三十章 常见颅脑疾病病人的护理	389
第三十一章 胸部损伤病人的护理	394
第三十二章 脓胸病人的护理	401
第三十三章 肺部疾病外科治疗病人的护理	404
第三十四章 食管癌病人的护理	409

第三十五章 心脏疾病病人的护理	412
第三十六章 泌尿、男生殖系疾病的主要症状和检查	419
第三十七章 泌尿系损伤病人的护理	423
第三十八章 泌尿系结石病人的护理	426
第三十九章 泌尿、男生殖系结核病人的护理	430
第四十章 泌尿系梗阻病人的护理	432
第四十一章 泌尿、男生殖系肿瘤病人的护理	435
第四十二章 男性功能障碍、节育者的护理	440
第四十三章 肾上腺疾病外科治疗病人的护理	442
第四十四章 骨科病人的一般护理	448
第四十五章 骨与关节损伤病人的护理	453
第四十六章 骨与关节感染病人的护理	467
第四十七章 腰腿痛及颈肩痛病人的护理	473
第四十八章 骨肿瘤病人的护理	478

第三篇 妇产科护理学

第一章 女性生殖系统的解剖与生理	483
第二章 妊娠期妇女的护理	487
第三章 分娩期妇女的护理	496
第四章 产褥期妇女的护理	503
第五章 新生儿保健	507
第六章 高危妊娠妇女的护理	510
第七章 妊娠期并发症妇女的护理	515
第八章 妊娠期合并症妇女的护理	527

第九章 异常分娩的护理	535
第十章 分娩期并发症妇女的护理	541
第十一章 产后并发症妇女的护理	551
第十二章 遗传咨询与产前诊断	557
第十三章 妇科护理病历	561
第十四章 女性生殖系统炎症病人的护理	565
第十五章 月经失调病人的护理	578
第十六章 妊娠滋养细胞疾病病人的护理	584
第十七章 妇科恶性肿瘤化疗病人的护理	589
第十八章 妇科腹部手术病人的护理	593
第十九章 外阴、阴道手术病人的护理	607
第二十章 不孕症妇女的护理	616
第二十一章 计划生育妇女的护理	619
第二十二章 妇女保健	629
第二十三章 妇产科常用护理技术	631
第二十四章 妇产科诊疗及手术病人的护理	636

第四篇 儿科护理学

第一章 绪论	653
第二章 生长发育	654
第三章 小儿保健	662
第四章 小儿营养与喂养	669
第五章 小儿心理、用药护理及护理技术	677
第六章 新生儿和新生儿疾病患儿的护理	686
第七章 营养性疾病患儿的护理	703
第八章 消化系统疾病患儿的护理	711

第九章	呼吸系统疾病患儿的护理	725
第十章	循环系统疾病患儿的护理	736
第十一章	血液系统疾病患儿的护理	745
第十二章	泌尿系统疾病患儿的护理	753
第十三章	内分泌系统疾病患儿的护理	760
第十四章	神经系统疾病患儿的护理	765
第十五章	免疫缺陷病和结缔组织病患儿的护理	773
第十六章	遗传性疾病患儿的护理	780
第十七章	常见传染病患儿的护理	784
第十八章	结核病患儿的护理	796
第十九章	寄生虫病患儿的护理	804
第二十章	急性中毒和常见急症患儿的护理	806

第五篇 社区护理学

第一章	社区护理学概论	823
第二章	社区护理工作方法	826
第三章	社区家庭护理	847
第四章	社区重点人群保健	867
第五章	社区常见慢性病的护理和管理	876
第六章	社区常见精神病人的护理与管理	892
第七章	社区常见传染病病人的护理与管理	902
第八章	社区急重症病人的急救和转诊	912

第九章	社区康复护理	923
第十章	社区临终病人护理	929

第六篇 护理健康教育学

第一章	健康教育与健康促进	937
第二章	人类行为与健康相关行为	938
第三章	健康传播的方法与技巧	941
第四章	健康教育的步骤	946
第五章	医院健康教育	950

第七篇 医院感染护理学

第一章	绪论	955
第二章	医院感染的微生物学原理	957
第三章	医院感染监测	962
第四章	消毒与灭菌	967
第五章	手、皮肤的清洁和消毒	981
第六章	医院环境的消毒	985
第七章	隔离	987
第八章	合理使用抗感染药物	989
第九章	医院感染与护理管理	992
第十章	特殊病原菌的感染途径及消毒	997

第八篇 护理管理学

第一章	绪论	1005
第二章	管理理论在护理管理中的应用	1008
第三章	计划工作	1011
第四章	组织工作	1017
第五章	护理人力资源管理	1023
第六章	领导工作	1029
第七章	组织沟通	1033
第八章	冲突与协调	1036
第九章	控制工作	1037
第十章	护理质量管理	1039

第一篇

内科护理学

第一章 呼吸系统疾病病人的护理

第一节 概 述

一、呼吸系统的结构与功能

1. 呼吸道 以环状软骨为界将呼吸道分为上、下呼吸道。

(1) 上呼吸道：由鼻、咽、喉构成。主要生理功能是对吸入气体的加温、湿化和机械阻拦作用；咽是呼吸道与消化道的共同通道，吞咽时会厌将喉关闭，防止食物进入下呼吸道。环状软骨在声带下方，是喉梗阻时进行环甲膜穿刺的部位。

(2) 下呼吸道：起自气管，止于呼吸性细支气管末端。气管逐级分支构成气管-支气管树状结构。气管在隆凸处分为左、右两主支气管。右主支气管较左主支气管粗、短而陡直，因此异物或吸入性病变（如肺脓肿）多发生在右侧，气管插管过深时也易误入右主支气管。黏液-纤毛运载系统和咳嗽反射是下呼吸道的重要防御机制。

(3) 肺和肺泡：肺泡上皮细胞分为两型：Ⅰ型细胞与邻近的肺毛细血管内皮细胞构成气-血屏障（呼吸膜）；Ⅱ型细胞分泌表面活性物质，其功能为降低肺泡表面张力，防止肺泡萎缩。肺泡表面活性物质缺乏与急性呼吸窘迫综合征的发病有关。

2. 胸膜和胸膜腔 胸膜腔是一个密闭腔隙，内有少量液体起润滑作用。胸腔内压是指胸膜腔内的压力。正常人平静呼吸的全过程胸膜腔内压均低于大气压（称胸内负压），吸气时胸内负压加大。胸内负压的生理意义是使肺维持扩张状态，同时促进静脉血及淋巴液的回流。

3. 肺的血液循环 肺有双重血液供应，即肺循环和支气管循环。肺循环为功能血管，进行气体交换，具有低压、低阻的特点。支气管循环为营养血管。

4. 肺的通气和换气功能

(1) 肺通气：通气使气体有效地进入或排出肺泡。临床上常用下列指标来衡量肺的通气功能。

1) 潮气量 (V_T)：指平静呼吸时，每次吸入或呼出呼吸器官的气量。正常成人潮气量为 400~500ml。

2) 每分通气量 (MV 或 V_E)：指静息状态下，每分钟吸入或呼出呼吸器官的总气量。 $MV = \text{潮气量} (V_T) \times \text{呼吸频率} (f)$ ，正常成人每分通气量约 6~8L。

3) 肺泡通气量 (V_A)：指在吸气时进入肺泡进行气体交换的气量，又称有效通气量。 $V_A = (V_T - V_D) \times f$ ， V_D 是生理死腔。上面的公式说明深而慢的呼吸比浅而快的呼吸通气效率高。

4) 最大通气量：是以最快的速度 and 尽可能深的幅度进行呼吸时所测得的每分通气量。能反映机体的通气贮备能力。若比预计值降低 20% 以上为不正常。

(2) 肺换气：指肺泡与血液之间的气体交换。气体交换通过呼吸膜以弥散的方式进行。影响气体弥散的因素有呼吸膜两侧的气体分压差、气体溶解度和气体分子量、通气/血流比值、肺泡膜的弥散面积和厚度等。

5. 呼吸运动的调节

(1) 呼吸中枢：呼吸中枢在延髓，吸气和呼气两组神经元交替兴奋形成呼吸周期。

(2) 呼吸运动的化学调节：是指动脉血或脑脊液中 O_2 、 CO_2 和 H^+ 对呼吸的调节作用。

1) O_2 ：正常情况下，外周化学感受器对缺氧不敏感，只有当 $PaO_2 < 60\text{mmHg}$ 时，才对外周化学感受器产生刺激作用，使呼吸加深加快。

2) CO_2 ： CO_2 是维持和调节呼吸运动的重要化学因素，其作用是通过中枢和外周化学感受器，尤其是中枢的化学感受器的刺激作用而实现的。 $PaCO_2$ 对肺通气的影响不仅与 $PaCO_2$ 的高低有关，还与升高的速度有关。当 CO_2 浓度缓慢持续升高时， CO_2 对中枢化学感受器的兴奋作用逐渐减弱，甚至处于抑制状态，此时呼吸运动的维持主要靠缺氧对外周化学感受器的刺激作用，若给予吸入较高浓度的 O_2 ，随缺氧刺激的消除，通气量降低，使 CO_2 潴留加重。

二、呼吸系统疾病病人的评估

1. 健康史 应全面评估，包括发病情况、生活史和家族史等。

2. 身体状况

(1) 咳嗽与咳痰：咳嗽是一种保护性反射动作，但长期、频繁的咳嗽可使胸腔内压增高，影响静脉血回流。咳嗽是呼吸系统疾病最常见的症状之一，咳嗽无痰或痰量甚少，称为干性咳嗽；有痰则称湿性咳嗽，也称咳痰。临床上呼吸系统疾病引起的咳嗽、咳痰症状常见于呼吸道疾病、胸膜疾病或理化刺激等。评估时应注意：咳嗽的性质、时间与节律、音色，痰的色、质、量、气味及伴随症状等。

(2) 肺源性呼吸困难：肺源性呼吸困难是指由于呼吸系统疾病引起肺通气和（或）肺换气功能障碍，导致缺氧和（或）二氧化碳潴留。临床上分3种类型：①吸气性呼吸困难：吸气困难，吸气时间延长，可表现为“三凹征”，见于喉头水肿、痉挛、气管异物、肿瘤等引起的上呼吸道机械性梗阻；②呼气性呼吸困难：呼气费力，呼气时间延长，见于支气管哮喘、喘息型慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿等；③混合性呼吸困难：吸气与呼气均费力，由于肺部组织广泛病变，呼吸面积减少，影响换气功能所致。评估时应注意：呼吸困难的类型、呼吸困难发作缓急及严重程度、有无诱因、有无发绀及发绀的程度、伴随症状和心理反应等。

(3) 咯血：咯血是指喉以下呼吸道和肺部病变出血经口咳出者。

临床上呼吸系统疾病引起的咯血常见于：支气管扩张症、支气管肺癌、肺结核、肺炎、慢性支气管炎、肺脓肿等。青壮年咯血多见于肺结核、支气管扩张症；40岁以上有长期大量吸烟史者，要高度警惕支气管肺癌。

除以上症状、体征外，还应注意评估病人的全身状况，另外应注意肺部啰音听诊，能够识别肺气肿、肺实变的体征。

3. 心理社会状况（略）

4. 辅助检查

(1) 血液检查：血液检查有白细胞计数及分类、血沉、血清学检查等，护士应及时准确

地采集血标本,及时送检。

(2) 痰液检查:痰液检查的目的是协助诊断病因、观察疗效和判断预后,常用痰涂片及痰培养。

(3) 影像学检查:影像学检查对呼吸系统疾病的诊断有很大帮助。

(4) 其他:纤维支气管镜和胸腔镜镜检、胸腔积液检查和胸膜活检、呼吸功能测定及血气分析等对于呼吸系统疾病的诊断和治疗具有重要意义,将在相关章节介绍。

第二节 急性呼吸道感染

一、急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染是由病毒或细菌引起的局限于鼻腔和(或)咽喉部的急性炎症。

1. 病因及发病机制 本病约70%~80%由病毒引起,细菌性感染仅占小部分。当机体或呼吸道局部防御功能降低(如受凉、淋雨、过度疲劳),原已存在于上呼吸道或从外界侵入的病毒或细菌迅速繁殖引起本病。

2. 临床表现 临床上常见的急性上呼吸道感染有以下几型:

(1) 普通感冒:成人多由鼻病毒、副流感病毒引起,潜伏期短(1~3天),起病急。初期有咽干、喉痒,继而出现打喷嚏、鼻塞、流涕,开始为清水样,2~3天后变稠,可伴咽痛,有时由于耳咽管炎使听力减退,可有流泪、呼吸不畅、声嘶、干咳或咳少量黏痰。全身症状轻且短暂,轻度畏寒或头痛,食欲不振,便秘或腹泻,鼻和咽部黏膜充血和水肿。如无并发症,1周左右痊愈。

(2) 病毒性咽炎、喉炎:根据病毒侵犯的部位不同分为:

1) 急性病毒性咽炎:临床特征为咽部发痒和烧灼感,轻度疼痛。体检可见咽部明显充血、水肿,颌下淋巴结肿大,可有触痛,腺病毒感染时可伴有眼结膜炎。

2) 急性病毒性喉炎:以声音嘶哑、说话困难、咳嗽时疼痛为特征,常有发热、咽炎和咳嗽。体检可见喉部水肿、充血,局部淋巴结轻度肿大,伴触痛,可闻喘鸣音。

(3) 细菌性咽、扁桃体炎:多由溶血性链球菌引起,起病急。有明显咽痛、畏寒、发热,体温可达39℃以上,体检见咽部明显充血,扁桃体肿大、充血,表面有黄色点状渗出物,颌下淋巴结肿大,有压痛。

3. 护理措施

(1) 休息:适当休息,避免过度疲劳。

(2) 隔离:注意呼吸道的隔离,防止交叉感染,病室保持空气流通。

(3) 对症护理:督促病人多饮水,维持水、电解质平衡。高热时给予降温并作好口腔护理,咽痛、声嘶时给予雾化吸入处理。发热、全身酸痛可用复方阿司匹林、快克(复方氨酚烷胺胶囊),体温超过39℃时需进行物理降温;咳嗽时给予溴己新(必嗽平)、喷托维林(咳必清);咽痛可用口含消炎喉片,局部雾化治疗;鼻塞、流涕可用1%麻黄碱滴鼻。

(4) 警惕并发症:如有耳痛、耳鸣、听力减退、外耳道流脓等提示有中耳炎发生;若病人发热、头痛加重,伴脓涕,鼻窦有压痛应考虑鼻窦炎,并及时通知医生。

(5) 药物护理:病毒感染可用金刚烷胺等。细菌感染可选用青霉素、红霉素等抗菌药物。另外,可选用中成药板蓝根冲剂、感冒清热冲剂、银翘解毒片。

(6) 健康教育:积极开展体育活动,增强机体抵抗能力。避免受凉、淋雨、过度疲劳等诱发因素,流行季节避免到公共场所,注意居住、工作环境的通风换气。

二、急性气管-支气管炎

急性气管-支气管炎是由病毒、细菌感染,物理、化学刺激或过敏所引起的气管、支气管黏膜的广泛急性炎症。

1. 病因及发病机制

(1) 感染:病毒或细菌是本病最常见的病因。

(2) 过敏反应:花粉、有机粉尘、真菌孢子的吸入等为常见的致敏原,钩虫、蛔虫的幼虫在肺内移行,以及对细菌蛋白质的过敏均可引起本病。

(3) 理化因素:过冷的空气、粉尘、刺激性气体或烟雾的吸入。

感染是最主要的病因,而过度劳累、受凉是常见诱因。

2. 临床表现

(1) 呼吸道症状:常先有急性上呼吸道症状,当炎症波及气管、支气管黏膜,出现咳嗽、咳痰,开始为频繁干咳,伴胸骨后不适,2~3天后,痰由黏液性转为黏液脓性,偶有痰中带血。如伴有支气管痉挛,可有气急和喘鸣音。

(2) 全身症状:可有发热,全身不适,体温多于3~5天内正常,咳嗽、咳痰可延迟2~3周才消失。

(3) 其他:肺部有散在干、湿啰音。

3. 辅助检查 病毒感染时,血白细胞计数多正常;细菌感染时,白细胞总数和中性粒细胞比例增高。痰涂片或培养可发现致病菌。X线胸片检查多无异常,或仅有肺纹理增粗。

4. 治疗要点 治疗原则是止咳、祛痰、平喘和控制感染。

(1) 一般治疗:注意休息,保持空气新鲜,避免再次受凉,多饮水,补充足够的能量。

(2) 对症治疗:对发热、头痛者,选用解热镇痛药;咳嗽无痰者,可选用喷托维林或可待因等止咳药;痰液黏稠不易咳出者,可用盐酸氨溴索、溴己新等祛痰药,也可以用雾化吸入法祛痰;如有支气管痉挛,可用平喘药,如茶碱类、 β_2 肾上腺素受体激动剂等。

(3) 抗菌治疗:如有细菌感染,可适当应用抗生素,一般选用青霉素、头孢菌素、大环内酯类、喹诺酮类,或根据细菌培养和药敏实验结果选择药物,依症状轻重给予口服、肌内注射或静脉滴注。

5. 护理问题

(1) 清理呼吸道无效:与气管-支气管炎、痰液黏稠有关。

(2) 体温过高:与气管-支气管感染有关。

(3) 知识缺乏:缺乏疾病预防保健知识。

6. 护理措施

(1) 环境:室内通风每天2次,每次15~30分钟,但应避免对流,以免病人受凉。维持适宜的室温(18~20℃)与湿度(50%~60%),以充分发挥呼吸道的自然防御功能。

(2) 饮食护理:给予高蛋白、高维生素、高热量的饮食。食物宜清淡、易消化,避免油腻、辛辣。鼓励病人多饮水,每天保证饮水在1500ml以上,足够的水分可保证呼吸道黏膜的湿润和病变黏膜的修复,有利于痰液的稀释和排出。

(3) 避免诱因:注意保暖;避免尘埃、烟雾等不良刺激;适当休息,避免疲劳,发热期

间应卧床休息。

(4) 用药护理: 按医嘱正确、及时给予祛痰、止咳、解痉、平喘药物及抗生素, 注意观察药物的疗效和不良反应。

(5) 病情观察: 注意观察体温的变化及咳嗽、咳痰情况, 注意有无胸闷、气促等症状, 详细记录痰液的色、量、质及气味。指导病人正确留取痰液标本并及时送检, 为诊断与治疗提供可靠的依据。

(6) 促进有效排痰: 详见本章第三节。

(7) 健康指导: 教育病人注意增强体质, 预防感冒, 避免理化因素的刺激。

第三节 慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿

一、慢性支气管炎

慢性支气管炎(简称慢支)是指气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。

1. 病因及发病机制 慢性支气管炎的发生是在机体抵抗力和呼吸道防御功能减退时, 呼吸道反复感染和理化因素刺激, 引起支气管黏膜上皮细胞变性的结果。

(1) 病因

1) 吸烟: 吸烟和慢支的发生关系密切, 是最重要的病因。

2) 大气污染、感染、理化因素、气候、过敏因素等都是慢支发生发展的重要因素之一。

3) 内在因素: 副交感神经功能亢进、呼吸道防御功能退化及遗传因素与本病有关。

(2) 发病机制: 烟草等理化刺激, 可损伤呼吸道上皮细胞, 使纤毛运动减弱和巨噬细胞吞噬功能减退; 支气管黏液腺肥大, 杯状细胞增生, 黏液分泌增多, 使气管净化能力下降; 支气管黏膜充血、水肿、黏液积聚, 易继发感染; 慢性炎症和吸烟刺激黏膜下感受器, 导致副交感神经功能亢进, 引起支气管平滑肌收缩, 气流受限。

2. 临床表现 护士应掌握本病的主要症状、体征、分型及分期。

本病临床特征为慢性反复发作的咳嗽、咳痰或伴喘息, 病情常缓慢进展, 可并发性阻塞性肺气肿和慢性肺源性心脏病。

(1) 症状: 起病缓慢, 病程较长, 咳嗽、咳痰、喘息为主要症状。

1) 咳嗽、咳痰: 初期症状仅在寒冷季节出现, 重症患者四季发作, 在冬春季加剧, 早晚加重。支气管黏膜充血、水肿, 分泌物积聚于气管内, 引起咳嗽。痰液多为白色黏痰, 细菌感染时呈脓痰, 若咳嗽剧烈使支气管黏膜微血管破裂则出现血痰。痰量以夜间或清晨体位变动时较多。

2) 喘息: 由支气管痉挛、支气管黏膜水肿、管壁肥厚和痰液阻塞引起。

(2) 体征: 早期多无异常体征, 急性发作期可在肺底闻及散在的干、湿啰音, 咳痰后啰音可消失。喘息型患者呼气延长, 伴哮鸣音。

(3) 分型: 慢性支气管炎分为两型: ①单纯型: 仅有咳嗽、咳痰; ②喘息型: 除咳嗽、咳痰外, 还有喘息和哮鸣音。

(4) 分期: 根据病情分为: ①急性发作期: 指1周内咳、痰、喘症状中任何一项明显加剧; ②慢性迁延期: 指咳、痰、喘症状迁延1个月以上者; ③临床缓解期: 指经治疗或自然缓解, 症状基本消失或偶有轻微咳嗽和少量痰液, 保持2个月以上者。

临床上根据咳嗽、咳痰或伴喘息,每年发病持续3个月,连续2年或以上,并排除其他心、肺疾患(如肺结核、肺尘埃沉着症、支气管哮喘、支气管扩张症、心功能不全等)者,可做出诊断。如每年发病持续 <3 个月,而有明显的X线检查、呼吸功能异常等客观依据者,也可诊断。

3. 辅助检查

- (1) 血液检查:慢性支气管炎急性发作期,白细胞总数及中性粒细胞比例增多。
- (2) 痰液检查:痰培养可了解致病菌种类以指导治疗。
- (3) X线检查:肺纹理增多及紊乱。

4. 治疗原则

- (1) 急性发作期治疗:以控制感染为主,适当应用祛痰、镇咳、解痉和平喘药物。

- 1) 控制感染:急性发作期以控制感染为主,7~10天为一个疗程。

- 2) 镇咳、祛痰、平喘:在应用抗生素治疗的同时应用镇咳、祛痰药物可明显改善症状。对年老体弱、咳嗽无力及痰液较多者,应以祛痰为主,镇咳剂一般仅用于严重的剧烈干咳者。喘息型患者可用支气管扩张剂或加用肾上腺皮质激素平喘。

- 3) 雾化吸入:雾化吸入可稀释气管内痰液,或加入庆大霉素进行局部消炎。痰液黏稠者可加糜蛋白酶雾化吸入,利于排痰。

- (2) 缓解期治疗:避免诱发因素,增强体质,提高机体抵抗力。

5. 护理问题

- (1) 清理呼吸道无效:与呼吸道炎症、阻塞、痰液过多、痰液黏稠、无力咳嗽有关。
- (2) 知识缺乏:缺乏对疾病的基本知识与康复知识的了解。

6. 护理措施

- (1) 病情观察:详细观察病人咳嗽、咳痰情况,如痰量及颜色等,标本送检以帮助诊断和治疗。

- (2) 协助病人排痰:对年老体弱及卧床病人要协助其翻身拍背,嘱其深呼吸。痰液黏稠者可雾化吸入。

- (3) 协助治疗:急性发作期要保证及时、准确地应用抗生素及平喘、祛痰药。

- (4) 饮食护理:给予高蛋白、高维生素、清淡饮食,保证充足的水分摄入,以利痰液排出。

- (5) 健康教育:控制诱发因素;加强锻炼,提高机体免疫力;控制呼吸道感染。

二、慢性阻塞性肺气肿

慢性阻塞性肺气肿(简称慢阻肺)系指终末支气管远端气腔的扩张、过度充气,肺组织弹性回缩力减低。

1. 病因及发病机制 最常见的病因是慢性支气管炎,其次是支气管哮喘、支气管扩张症、肺尘埃沉着症、肺纤维化。吸烟、空气污染、感染等引起慢性支气管炎的因素均可引起肺气肿。

2. 临床表现

- (1) 症状:主要是呼吸困难,早期仅在劳动时出现,以后逐渐加重,轻度活动,甚至休息时也出现明显的呼吸困难,感染时呼吸困难加重。出现逐渐加重的呼吸困难是慢支并发慢阻肺的标志性症状。

- (2) 体征:早期仅有慢性支气管炎体征。典型肺气肿患者的胸廓呈桶状;呼吸运动减

弱, 两侧语颤减低, 叩诊过清音, 肺下界及肝浊音界下移, 心浊音界缩小, 肺底移动度减少, 两肺肺泡呼吸音减弱, 呼气延长。患者呼吸费力, 两肩高耸, 辅助呼吸肌参与呼吸。

(3) 并发症

1) 自发性气胸: 特别是有肺大泡的病人, 当剧烈咳嗽或屏气时, 肺泡内压力急剧增加, 可致肺大泡或肺泡破裂发生自发性气胸。如病人呼吸困难突然加剧, 并伴有明显的胸痛、发绀, 听诊时一侧肺呼吸音减弱或消失, 叩诊时呈鼓音, 应考虑气胸存在, 通过 X 线检查, 可明确诊断。

2) 肺部急性感染、慢性肺源性心脏病、呼吸衰竭: 肺部急性感染常伴有畏寒、发热、呼吸困难、咳嗽加重和痰量增多, 应注意年老体弱病人有时虽有严重感染, 但无发热, 仅有呼吸困难加重, 痰量及痰中脓性成分增多。

3. 辅助检查

(1) 肺功能检查: 是判断气流受限的主要客观指标, 对慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 诊断、严重程度评价、疾病进展、预后及治疗反应等有重要意义。

1) 第一秒用力呼气量占用力肺活量的比值 (FEV_1/FVC) 是评价气流受限的一项敏感指标; 第一秒用力呼气量占预计值百分比 ($FEV_1\%$ 预计值) 是评估 COPD 严重程度的良好指标。

2) 肺总量 (TLC)、功能残气量 (FRC) 和残气量 (RV) 增加, 残气量/肺总量 $> 40\%$, 肺活量 (VC) 减低, 表明肺过度充气, 对诊断有参考价值。

(2) 影像学检查: 早期可无异常, 反复发作者可见两肺纹理增粗、紊乱等非特异性改变, 以及肺气肿改变: 胸廓扩张, 肋间隙增宽, 肋骨平行, 活动减弱, 膈低平, 两肺野的透亮度增加, 可见局限性肺大泡。胸部 CT 较 X 线准确。

(3) 其他: 动脉血气分析、血常规等 (略)。

4. 治疗要点 治疗的目的是缓解症状, 控制各种并发症, 改善呼吸功能, 提高病人生活质量和工作能力。治疗原则包括: ①避免吸烟、刺激性气体等加重因素; ②解除呼吸道阻塞中的可逆因素, 保持呼吸道通畅; ③合理氧疗, 纠正低氧血症; ④控制咳嗽和痰液的生成, 控制感染, 防治并发症; ⑤改善营养状态, 进行呼吸功能锻炼和康复治疗; ⑥解除病人焦虑和忧郁情绪。护士应注意稳定期和急性加重期的治疗侧重点不同。

(1) 稳定期治疗

1) 避免接触诱发因素: 消除及避免烟雾、粉尘和刺激性气体的吸入, 避免接触过敏原, 脱离污染环境, 帮助吸烟者戒烟。

2) 祛痰: 痰液黏稠不易咳出者, 可用盐酸氨溴索、溴己新等祛痰药, 也可以用雾化吸入法祛痰。对年老体弱、痰量较多者, 应以祛痰为主, 避免使用强烈镇咳剂, 如可卡因。

3) 解痉、平喘: 详见本章第四节。

4) 合理家庭氧疗: 对低氧血症者予以氧疗。一般用鼻导管吸氧, 流量为 $1 \sim 2L/min$, 每天 15 小时以上。目的是使病人在海平面、静息状态下, 达到 $PaO_2 \geq 60mmHg$ 和 (或) 使 SaO_2 升至 90% 以上, 以提高病人生活质量和生存时间。

5) 其他: 改善营养状态, 进行呼吸功能锻炼和康复治疗, 以改善呼吸功能, 增强体质。

(2) 急性加重期治疗

1) 控制感染: 应根据病人所在地常见病原菌类型及痰培养药物敏感试验, 尽早选用有效的抗生素治疗, 以控制感染。常用的药物有: 大环内酯类 (如红霉素、罗红霉素)、喹诺

酮类(如左氧氟沙星)、头孢菌素类(如头孢呋辛、头孢唑肟)等,可根据病情的轻重予以口服或静脉滴注。

2) 祛痰、解痉、平喘(同稳定期)。

3) 控制性吸氧。

4) 营养支持:对营养状况差、进食少的病人适当予以静脉营养药,如复方氨基酸、脂肪乳等。

5) 糖皮质激素应用:重症病人可使用糖皮质激素,如泼尼松龙口服或静脉给药。

5. 护理问题

(1) 气体交换受损:与呼吸道阻塞、肺组织弹性降低、残气量增加引起通气和换气功能障碍有关。

(2) 清理呼吸道无效:与呼吸道炎症、阻塞、痰液过多、痰液黏稠、无力咳嗽有关。

(3) 营养失调:低于机体需要量:与呼吸困难、疲乏等引起食欲下降、摄入不足、消耗量增加有关。

(4) 知识缺乏:缺乏对疾病的基本知识与康复知识的了解。

(5) 潜在并发症:自发性气胸、肺部急性感染、慢性肺源性心脏病、慢性呼吸衰竭等。

6. 护理措施

(1) 休息与活动:急性加重期应卧床休息,以减少机体消耗,协助病人取舒适体位,晚期病人常采取身体前倾位,使辅助呼吸肌共同参与呼吸;稳定期可适当活动,以病人不感到疲劳为宜。

(2) 饮食护理:提供营养支持,预防营养不良及呼吸肌疲劳的发生。对高碳酸血症者,应适当控制糖类的摄入量,以免加重二氧化碳潴留。宜少食多餐,避免易于产气的食物,以免腹部饱胀,使膈肌上抬而影响呼吸。便秘者,应鼓励多进食富含纤维素的蔬菜和水果,保持大便通畅,避免用力排便。对心、肝、肾功能正常的病人,应鼓励多饮水,每天保证饮水量在1500ml以上。

(3) 心理护理:(略)。

(4) 用药护理:按医嘱正确、及时给药,注意观察有无二重感染。

(5) 病情观察:监测病人呼吸的频率、节律、深度及呼吸困难的程度。监测生命体征,尤其是血压、心率和心律的变化。观察缺氧及二氧化碳潴留的症状和体征。密切观察病人咳嗽、咳痰等情况。注意有无并发症的发生,如并发自发性气胸时,尤其是张力性气胸时,要及时通知医生并配合进行排气减压等抢救。监测动脉血气分析,电解质、酸碱平衡状况,为诊断与治疗提供可靠的依据。

(6) 保持呼吸道通畅:及时清除呼吸道分泌物,保持呼吸道通畅,是改善通气、防止和纠正缺氧与二氧化碳潴留的前提。护理措施包括胸部物理治疗、湿化和雾化、机械吸痰及必要时协助医生建立人工呼吸道。护士应熟练掌握各项措施的适应证、方法及注意事项。

1) 深呼吸和有效咳嗽、咳痰:适用于神志清醒、能咳嗽的病人。

有效咳嗽、咳痰的方法:病人取坐位,双脚着地,身体稍前倾,双手环抱一个枕头,有助于膈肌上升;进行数次深而缓慢的腹式呼吸,深吸气后屏气3~5秒,从胸腔进行2~3次短促有力的咳嗽,张口咳出痰液,咳嗽时收缩腹肌,或用自己的手按压上腹部,帮助咳嗽。或病人取俯卧屈膝位,可借助膈肌、腹肌收缩增加腹压,有效咳出痰液。经常变换体位也有利于痰液咳出。