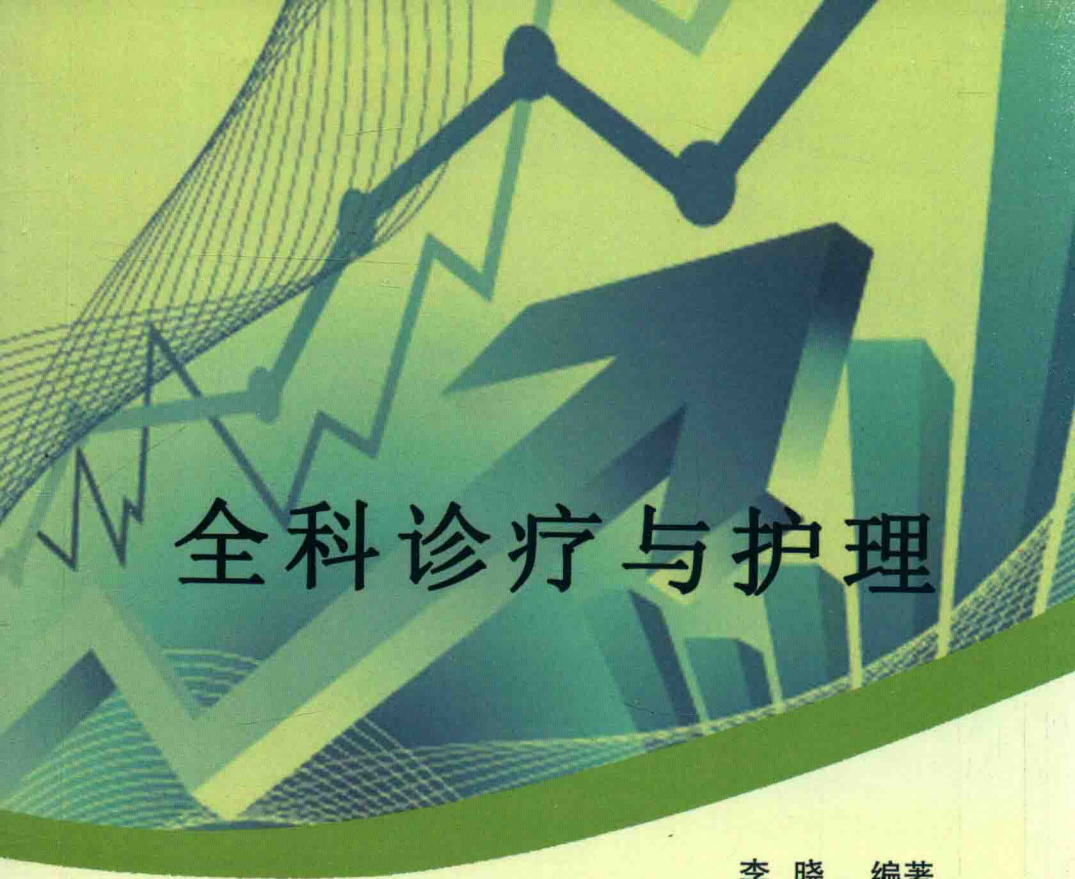




全科诊疗与护理

李 晓 编著



云南出版集团公司
云南科技出版社

全科诊疗与护理

李 晓 编著

云南出版集团公司
云南科技出版社
• 昆明 •

图书在版编目 (CIP) 数据

全科诊疗与护理 / 李晓编著. — 昆明 : 云南科技出版社, 2013.12

ISBN 978-7-5416-7819-6

I. ①全… II. ①李… III. ①临床医学—诊疗②护理学 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 306829 号

责任编辑: 赵伟力 吴 琼 师力唯

封面设计: 涂文静

责任校对: 叶水金

责任印制: 翟 苑

云南出版集团公司

云南科技出版社出版发行

(昆明市环城西路 609 号云南新闻出版大楼 邮政编码: 650034)

南漳县金鑫印务有限责任公司 全国新华书店经销

开本: 787mm×1092mm 1/32 印张: 5.375 字数: 136 千字

2014 年 1 月第 1 版 2014 年 1 月第 1 次印刷

定价: 36.00 元

目 录

第一章 心血管内科临床常见疾病的诊疗与护理	1
第一节 冠心病的诊断与护理	1
第二节 高血压的诊断与护理	6
第三节 心律失常的诊断与护理	10
第四节 二尖瓣狭窄的诊断与护理	14
第五节 心肌病的诊断与护理	16
第六节 肺动脉闭锁的诊断与护理	20
第七节 心衰的诊断与护理	23
第八节 胸主动脉瘤的诊断与护理	27
第九节 心肌炎的诊断与护理	30
第二章 消化内科临床常见疾病的诊疗与护理	34
第一节 碱性反流性胃炎的诊断与护理	34
第二节 胃炎的诊断与护理	38
第三节 消化性溃疡的诊断与护理	40
第四节 上消化道出血的诊断与护理	42
第五节 下消化道出血的诊断与护理	47
第三章 泌尿外科临床常见疾病的诊疗与护理	51
第一节 前列腺增生症的诊断与护理	51
第二节 前列腺癌的诊断与护理	54
第三节 尿石症的诊断与护理	57
第四节 肾囊肿的诊断与护理	58
第五节 膀胱癌的诊断与护理	60
第四章 儿科临床常见疾病的诊疗与护理	62
第一节 新生儿黄疸的诊断与护理	62

第二节	小儿结核性脑膜炎的诊断与护理	65
第三节	小儿脑性瘫痪的诊断与护理	71
第四节	小儿腹痛的诊断与护理	75
第五节	小儿支原体肺炎的诊断与护理	78
第六节	急性扁桃体炎的诊断与护理	82
第七节	急性支气管炎的诊断与护理	85
第八节	急性支气管炎的诊断与护理	93
第九节	小儿哮喘的诊断与护理	93
第十节	肺炎的诊断与护理	96
第十一节	自发性气胸的诊断要点	102
第五章	神经内科临床常见疾病的诊疗与护理	107
第一节	短暂性脑缺血发作的诊断与护理	107
第二节	脑血栓形成的诊断与护理	109
第三节	脑栓塞的诊断与护理	114
第四节	蛛网膜下腔出血的诊断与护理	117
第五节	癫痫的诊断与护理	120
第六节	化脓性脑膜炎的诊断与护理	122
第六章	临床常见病的检验诊断	126
第一节	血液标本采集和血涂片制备	126
第二节	红细胞检查	129
第三节	白细胞检查	132
第四节	血液分析仪及其临床应用	135
第五节	肝功能	137
第六节	心肌酶谱	141
第七节	肾功能	142
第八节	尿液生成和标本采集处理	143
第九节	尿液沉渣显微镜检查	145
第七章	医院临床常见病的药物(抗生素)治疗	149
第一节	临床药学	149
第二节	抗生素临床合理应用的方法	155

第三节	抗生素临床应用的配伍常识	155
第四节	尿路感染中抗菌药的合理应用	159
第五节	肾功能减退时抗生素的合理应用	160
第六节	中枢神经系统感染的抗生素治疗	162

第一章 心血管内科临床常见疾病的 诊疗与护理

第一节 冠心病的诊断与护理

【概述】

冠心病是冠状动脉粥样硬化性心脏病的简称,它是由于供应心脏营养物质的血管——冠状动脉发生了粥样硬化所致。这种粥样硬化的斑块,堆积在冠状动脉内膜上,久而久之,越积越多,使冠状动脉管腔严重狭窄甚至闭塞。从而导致了心肌的血流量减少,供氧不足,影响了心脏的正常工作,而产生一系列的缺血性临床表现,近年来,发病率已有增加趋势,在各类心脏病中所占的比例也越来越高。冠心病与其危险因素有关,这些因素是高血压、高血脂、糖尿病、吸烟、肥胖和家族史。

【发病机理】

动脉粥样硬化动脉硬化是动脉管壁增厚、变硬、失去弹性、管腔缩小等病理性改变。病变常发生在大、小型动脉,如发展到阻塞动脉管腔,则由该动脉供应血液的组织和器官将发生缺血以致坏死。心绞痛的发病机理,典型心绞痛常放射至左肩、左臂内侧达无名指、小指,或颈、咽部,或下颌部。心肌梗死的主要病变基础是冠状动脉粥样硬化造成管腔狭窄和心肌血供不足。无症状性心肌缺血是指病人没有胸痛表现,但客观检查,如安静状态或运动负荷试验后有ST段压低、T波减低、扁平或倒置等心肌缺血的心电图改变。

【致病因素】

缺血性心脏病的病因迄今尚未完全清楚,其病因和易患因素是多方面的,但目前公认的较重要的因素主要有以下几方面:如年龄、性别、血压、血脂异常、吸烟、糖尿病,以及其他因素如肥胖、缺乏体力运动、从事脑力劳动、遗传、情绪变化、酸增高及体内铬缺乏等。

【临床表现】

1. 心绞痛

心绞痛其特点是阵发性、压榨性、胸骨后或心前区痛。常因体力活动、情绪激动、饱餐或受凉、吸烟等诱发,典型表现常在心前区或胸骨后,范围不局限,发作开始较轻,以后则变得难以忍受或伴濒死的恐惧感,迫使其立即停止活动,症状消失后如常人。

目前,心绞痛的分型方法繁多,尚未完全统一,根据我国的习惯分法,大致有以下几型:

第一种,是稳定型心绞痛(又称劳力型、典型、普通型):凡在较长时间内,一般指3个月以上,心绞痛发作的诱因、次数、持续时间、疼痛性质、部位、疼痛缓解的方式基本是固定不变的称为稳定型心绞痛。此型对抗心绞痛药物反应良好。

第二种,是不稳定型心绞痛:指心绞痛的频率、程度、诱因、持续时间常变动,进行性加重,服抗心绞痛药物不能立即缓解。广义的不稳定性心绞痛则包括下列不同类型:①进行性心绞痛:又叫增重型心绞痛;②初发型心绞痛:指新近发生的心绞痛;③中间综合征:发作常在休息或睡眠时,无明显诱因;④心肌梗死后心绞痛:指心肌梗死发生后1个月内又出现的心绞痛;⑤变异型心绞痛:病人常在休息时发生心绞痛,与体力活动和情绪无关;⑥卧位性心绞痛:可死于反复的心绞痛发作。

第三种,是老年人心绞痛。

2. 心肌梗死

心肌梗死的表现,与梗死范围的大小、部位以及是否存在其他代偿性供血(侧肢循环)情况有关。它有以下特点:先兆,胸痛,全身症状,心肌酶化验,心律失常,心源性休克,全身衰竭和体格检查。

3. 无症状冠心病

无症状冠心病即隐匿性冠心病或称无症状性心肌缺血。患此病没有症状,但有心肌缺血的客观表现,即心电图或放射性核素心肌显影示心脏已受冠状动脉供血不足的影响。平时容易麻痹大意,一旦加重,即可导致心肌梗死。

【检查与诊断】

1. 心绞痛

(1)心电图:①发作时心电图;②平板运动试验阳性;③二阶梯运动试验阳性;④动态心电图。

(2)放射性核素检查。

(3)冠状动脉造影可显示冠状动脉狭窄的程度和支数。

2. 心肌梗死

(1)一般检查。

(2)特殊检查有:①血清酶;②心电图;③切面超声心动图;④放射性核素心血管造影;⑤选择性冠状动脉造影。

(3)并发症心律失常、心源性休克、泵衰竭为急性心肌梗死最常见的主要并发症。

【诊断】

对急性心肌梗死的诊断要从以下四个方面考虑:

(1)临床症状:骤然发病,剧烈胸痛。疼痛性质与心绞痛相似,但要严重而持久。

(2)辅助检查:心电图早期出现ST段抬高及T波变化。

(3)体格检查:心音低钝或微弱、室性奔马律、不同程度的心脏扩大,心包摩擦音、心尖部收缩期杂音、各种性质的心律不齐。

(4)病史:询问既往有无心绞痛病史。

【治疗】

1. 去除危险因素。合理饮食,提倡清淡饮食,多食水果、蔬菜,烹调要用植物油。40岁以上的人尤应预防发胖,肥胖的人应减肥;低盐饮食。不吸烟,不饮烈性酒。要根据身体情况进行适当的体力活动和

体力劳动。

2. 积极治疗高血脂。

3. 治疗高血压。糖尿病高血压病、糖尿病可导致冠状动脉粥样硬化,血压增高还可以直接引起心绞痛发作。降血压、降血糖是防治冠心病的重要方面。控制高血压,维持血压水平在正常范围,要求收缩压低于 140mmHg。

4. 药物治疗。较重的发作,可使用作用较快的硝酸盐制剂。这类药物除扩张冠状动脉,增加冠状循环的血流外,还通过对周围血管作用,减少静脉回流心脏的血量,减少心脏负荷和心肌对氧的需要,从而缓解心绞痛。

5. 急性心肌梗死的治疗。对急性心肌梗死的治疗主要包括以下三方面:

(1)监护和一服治疗。①休息:卧床休息,保持环境安静,防止不良刺激;②吸氧:最初几天间断或持续吸氧;③监测:进行心电,血压和呼吸的监护,有条件者可进入 ICU 病房;④护理:第一周完全卧床,日常生活由护理人员照顾,进食不宜过饱,食物以易消化,含较少脂肪而少产气者为宜,限制钠盐摄入量,保持大便通畅,第二周可在床上作四肢活动,逐步离床缓步走动。

(2)缓解疼痛:用杜冷丁 50~100 毫克肌肉注射或吗啡 5~10 毫克皮下注射。每 4~6 小时可重复应用,最好与阿托品合用。疼痛轻者可用罂粟碱 30 毫克肌肉注射。

(3)再灌注心肌。

(4)消除心律失常。

(5)治疗休克。

(6)治疗心力衰竭。

(7)其他治疗。①促进心肌代谢药物;②极化液疗法;③低分子右旋糖酐;④透明质酸酶;⑤糖皮质激素;⑥反搏术;⑦ β 阻滞剂,用于前壁梗死伴有心率快和血压高者,血管紧张素转换酶抑制剂卡托普利也曾应用。

6. 缓解期的治疗。尽量避开各种危险因素。调节饮食,不进食过饱,不吸烟饮酒;保持心情愉快,适当运动,一般不必卧床休息,但不稳定型心绞痛,怀疑为心肌梗死的前奏时,要休息一段时间。使用作用时间持久的药物,防止心绞痛发作。

7. 溶栓治疗。临床上应用的溶栓酶为纤维蛋白溶酶原(纤溶酶原)激活剂,可激活体内的纤溶酶原变为纤溶酶,使血循环中纤溶酶的数量增多,冠脉内血栓溶解,堵塞的冠脉重新开放,增加缺血心肌氧的供应。此法不能预防心肌坏死,但及早应用可挽救濒死心肌,从而缩小梗塞范围,改善左室功能,降低各种并发症的发生与病死率。这种治疗方法近来日益受到重视。

8. 手术治疗。

(1)冠状动脉扩张及支架术。皮腔内冠状动脉成形术(PTCA)是经皮肤穿刺股动脉将带球囊的特制导管逆行送入冠状动脉的病变部位,加压使球囊充盈来扩张冠脉的狭窄处,使血管内径扩大,从而改善心肌血供,缓解症状并减少急性心肌梗死发生的一种治疗技术。

(2)冠状动脉搭桥术。运用于左冠状动脉主干病变者;稳定型心绞痛内科治疗反应不佳、影响工作和生活者;恶化型心绞痛者;变异型心绞痛、冠状动脉有固定狭窄的人;急性心肌梗死的病人药物治疗疗效不佳者。

(3)心肌激光打孔术。冠心病采取三级预防。一级预防:即防止冠心病的发生;二级预防:已有冠心病者,防止其发生或发展为心肌梗死;三级预防:心肌梗死后防止再次梗死及心功能不全。

【护理】

调整环境,学习放松心情,维持愉快平稳的心情。预防重于治疗。养成每日运动的习惯,每次运动约20~60分钟为宜,可渐进增加。维持正常的排泄习惯,避免便秘(避免闭气用力解便)。含酒精、咖啡因等刺激性饮料,勿过量饮用。均衡的饮食习惯及适当的热量控制(勿暴饮暴食):采低盐、低胆固醇、低脂肪及高纤维饮食为主。定期返院复查,并按时正确服用药物。请随身携带硝化甘油药片及小卡片(注明:紧急联络人、姓名、电话、疾病),胸闷、胸痛时立即舌下含服药片,

当服药无效或发病时勿惊慌,应安静休息,争取时间送医救治。维持理想体重,禁烟并拒抽二手烟。

第二节 高血压的诊断与护理

【致病因素】

年龄与性别因素;职业因素(紧张而繁重的职业高血压的患病率高;噪音环境可使血压缓慢升高);肥胖因素;妊娠高血压史;某些药物,因医生用药不当引起患者血压升高并超过正常值,称为医源性或药物性高血压(口服避孕药,单胺氧化酶抑制剂,其他药物:具皮质激素作用的药物,血管收缩药,对肾脏有损害的非那西汀)。

【诊断】

依据的临床表现有目昏。眩晕如有失去平衡感,在老年人应特别注意,可能是中风先兆。也有头沉重或压迫感,头痛常在晨起,这正是血压逐渐升高之时。耳鸣、心慌、失眠者测得血压高。心悸、气短、乏力、疲劳是心脏受损尚有代偿功能。此时除心悸外其他症状不明显。尿改变时说明高血压损及肾脏。早期肾功能处于代偿阶段,即使发生肾动脉硬化,也无明显的泌尿系统症状出现,直到肾功能明显减退时,才出现多尿、夜尿频、蛋白尿、管型尿,尿比重低,酚红排出量减少,最后是尿毒症。心、脑、肾联合受损者意义更大。鼻衄、月经过多、呕血、咯血、结膜膜下出血等均与外周小动脉硬化有关。小动脉硬化所致牙痛和牙龈出血。手足等处的麻木。手足尖的短时间麻木是生理现象。

95%的高血压病,病程进展缓慢达数十年之久,称为缓进型或良性高血压病,其余为急进型或恶性高血压病,后者病人常于发现高血压1~2年内死亡。近年急进型高血压趋于减少,存活期有所延长。高血压病的后期,可以引起心、脑、肾的损害,导致功能衰竭。

1. X线、CT、核磁共振、静脉数字减影、造影、放射性核素检查。

2. 实验室检查。

(1)尿常规和肾功能。

(2)血常规:患者红细胞和血红蛋白一般无异常,伴红细胞、血红蛋白增高者,血液黏度增加,易有血栓形成和左心室肥大。

3. 心电图及超声心动图检查。

由于长期的血压高增加心脏负荷、导致心室肥厚、劳损等改变。当由高血压病并发冠心病心肌梗死时,在心电图相应的导联上,因心肌坏死而出现病理性Q波,因心肌损伤使ST段抬高,心内膜下心肌梗死或ST段压低(心内膜下心肌梗死又称无Q波型心肌梗死)以及缺血性T波变化,T波低平或倒置,应积极抢救。

超声心动图(UCG)是了解高血压病并发心肌损害不可缺少的常规检查之一。故除做心电图之外,还需做超声心动图。

【药物治疗】

1. 利尿剂

(1)噻嗪类利尿药。噻嗪类利尿药作用于肾脏的髓样升枝粗段皮质部分,抑制该部位对氯离子的主动再吸收和钠离子的被动再吸收,从而利尿。

(2)保钾利尿药。安体舒通的化学结构与醛固酮相类似,通过其抗醛固酮的作用,作用于远曲小管及集合管内醛固酮受体,影响 $K^{+1} \sim Na^{+1}$ 交换,减少 Na^{+1} 的再吸收和钾的分泌,表现出排钠滞钾的作用。

(3)髓祥利尿药。速尿、利尿酸这两种强效利尿剂在高血压伴肾衰时,可能是唯一适用的利尿剂。

(4)其他利尿药。呋达帕胺为呋噻类的降压利尿药,主要作用于小动脉血管壁,降低血管张力和血管对升压物质的反应性,发挥长效降压作用。

2. 肾上腺素能受体阻滞剂

(1) β 受体阻滞剂。其作用机制是减慢心率、减弱心肌收缩力、降低心排血量和血浆肾素活性；可用作轻中度高血压的首选药物，尤其是伴有高动力循环者，且可与利尿剂和扩血管药合用。

(2) α -受体阻滞剂。其作用机制是阻滞肾上腺素、去甲肾上腺素和交感神经对血管的作用，降低外周阻力。

(3) α 、 β -受体阻滞剂。代表药物如拉贝洛尔，起效缓慢，对各种程度高血压均有效，可与利尿剂合用，副作用与 β 受体阻滞剂类似。

3. 扩张血管药

(1) 肼苯哒嗪和双肼哒嗪：临床上该类药适用中、重度高血压。

(2) 长压定：该药降压作用明显，维持时间长，无耐药性。与其他血管扩张剂一样，可反射性兴奋交感神经及激活肾素血管紧张素系统，从而抵消降压效果。

(3) 二氮嗪：此药对静脉的作用很微小，降压时伴激活交感神经活性，也可引起水钠潴留。

4. 中枢神经和交感神经抑制剂

适用于中重度高血压，尤适用于伴有肾功能不全和血浆肾素活性增高者；可与利尿剂和血管扩张剂（如肼屈嗪、米诺地尔，哌唑嗪）合用。

5. 周围交感神经抑制剂

(1) 罗芙木类：代表药物利舍平。

(2) 节后交感神经抑制剂：代表药物为硫酸苯乙肼。

6. 血管紧张素转换酶抑制剂

其作用机制是抑制血管紧张素 I 转变为血管紧张素 II，减慢有扩血管作用的缓激肽的降解，促进有扩血管作用的前列腺素的释放；适用于各种程度的高血压病，尤其适用于血浆肾素活性增高或正常的患者及伴有心功能不全的患者；不良反应有头晕、恶心、食欲减退、干咳、皮疹、粒细胞减少。

7. 钙拮抗剂

自钙拮抗剂 70 年代末广泛用于临床治疗高血压病以来,由于其降压效果确切,副反应相对较少,已从第一代钙拮抗剂发展到研制出第二代的钙拮抗剂,其中尤以二氢吡啶类发展迅速。近年已将钙拮抗剂列为治疗高血压病的第一阶梯药物。

【护理】

一般护理:

1. 血压测试:需在固定条件下测量血压,测量前患者需静坐或静卧 30min 之后在进行血压的测量。

2. 进行测量时如果出现血压收缩压高于 26kPa,应及时与医师联系并给予必要的处理。

3. 如果出现高血压患者血压急剧升高,应考虑发生高血压危象的可能,立即通知医师并让患者卧床、吸氧,同时准备快速降压药物、脱水剂等,如患者抽搐、躁动,则应注意安全。

对症护理:

1. 当高血压患者出现明显的头痛,颈部僵直感、恶心、颜面潮红或脉搏改变等症状体征时,应让患者保持安静,并设法去除各种诱发因素。

2. 对有失眠或精神紧张的高血压患者,在进行心理护理的同时配以药物治疗或针刺疗法。

3. 有些患者可能伴有心、脑、肾等并发症并发症应严密观察血压波动情况,详细记录出入液量,对高血压危象患者监测其心率、呼吸、血压、神志等。

4. 在冬季高血压患者应注意保暖,室内温度要适度,洗澡的时候避免受凉。

第三节 心律失常的诊断与护理

【分类】

心律失常按其发生原理可分为冲动起源异常和冲动传导异常两大类。

1. 冲动起源异常

(1) 窦性心律失常: 窦性心动过速; 窦性心动过缓; 窦性心律不齐; 窦性停搏; 窦房阻滞。

(2) 异位心律: 被动性异位心律: ①逸搏: 房性、房室交界性、室性; ②逸搏心律: 房性、房室交界性、室性。主动性异位心律: ①期前收缩: 房性、房室交界性、室性; ②阵发性心动过速: 室上性、室性; ③心房扑动、心房颤动; ④心室扑动、心室颤动。

2. 激动传导异常

(1) 生理性: 干扰、房室脱节。

(2) 病理性: 窦房传导阻滞; 心房内传导阻滞; 房室传导阻滞; 室内传导阻滞(左、右束支分支传导阻滞)。

(3) 房室间传导途径异常: 预激综合征。

3. 激动起源和传导异常

异位心律、反复心律、并行心律。

心律失常按发作时心率的快慢可分为快速型和缓慢型心律失常。

【病因病理】

临床上心律失常有单纯器质性的, 亦有单纯功能性的, 也有在器质性病变基础上又加上功能性合并发生的, 因此心律失常发病机制极为复杂。

1. 自主神经功能紊乱和电解质紊乱

迷走神经张力增高引起心率下降及房室传导时间延长, 甚至传导阻滞, 在心肌缺血或坏死时, 对儿茶酚胺释放更为敏感。事实证明, 心肌损伤或缺血时, 常有心肌细胞缺钾及(或)缺镁, 从而引起各种心律失常。