

NEIKE
LINCHUANG
HULIXUE

内科

临床护理学

主编 宫淑芝 吕军娥

✚ 内科护理学是护理科学的一部分，属于临床护理学的范畴。学习内科护理学，是护士评估及护理病人的基础；学习内科护理学的任务是熟悉呼吸、循环、消化、泌尿、造血、内分泌等系统及风湿性疾病、理化因素所致疾病的临床特点，并以此作为评估分析资料，提出主要的护理诊断及护理措施，对病人进行身心护理，促进病人尽快康复。



陕西人民教育出版社

内科
+

临床护理学

• 主编 宫淑芝 吕军娥

陕西人民教育出版社

图书在版编目(CIP)数据

内科临床护理学/宫淑芝主编.—西安:陕西人民教育出版社,2006.7
ISBN 7-5419-9597-5

I.内… II.宫… III.①内科学:护理学 IV.R473.5

中国版本图书馆CIP数据核字(2006)第07586号

内科临床护理学

宫淑芝 主编

陕西人民教育出版社出版发行

(西安长安南路181号)

各地新华书店经销 石家庄龙星印务有限公司印刷

787 × 1092 毫米 16 开本 14 印张 287 千字

2006 年 8 月第 1 版 2006 年 8 月第 1 次印刷

ISBN 7-5419-9597-5/R · 33

定价:20.00 元

内科临床护理学

主 编:宫淑芝 吕军娥

副主编:(按姓氏笔划排列)

田益卿 李冬青 李秀芳 张素巧 张俊莲 杨坤明 赵秀娟

编 委:(按姓氏笔划排列)

王金华 王夕月 田益卿 吕军娥 李冬青 李秀芳 李英肖

李彩英 张素巧 张俊莲 张卫红 段 丽 祝雅慧 薛会娟

杨坤明 宫淑芝 赵艳娟 赵秀娟 赵义琴 赵 爽 刘桂珍

孙素娟 岳文芳

目 录

第一章 呼吸系统疾病病人的护理

- 第一节 概述 / 1
- 第二节 急性呼吸道感染的护理 / 4
- 第三节 慢性支气管炎的护理 / 6
- 第四节 慢性阻塞性肺气肿的护理 / 8
- 第五节 慢性肺源性心脏病的护理 / 9
- 第六节 支气管哮喘的护理 / 11
- 第七节 支气管扩张的护理 / 13
- 第八节 肺炎的护理 / 15
- 第九节 肺脓肿的护理 / 17
- 第十节 结核病的护理 / 18
- 第十一节 原发性支气管肺癌的护理 / 20
- 第十二节 胸腔积液的护理 / 22
- 第十三节 自发性气胸的护理 / 24
- 第十四节 呼吸衰竭的护理 / 26
- 第十五节 急性呼吸窘迫综合征 / 28
- 第十六节 机械通气的护理 / 29

第十七节 呼吸系统常用治疗技术的护理 /33

第二章 循环系统疾病的护理

第一节 概述 / 37

第二节 心肌梗死的护理 / 39

第三节 心绞痛的护理 / 41

第四节 心力衰竭的护理 / 43

第五节 高血压的护理 / 45

第六节 心律失常的护理 / 47

第七节 病毒性心肌炎的护理 / 49

第八节 心包炎的护理 / 50

第九节 风湿性心脏病的护理 / 52

第十节 感染性心内膜炎的护理 / 53

第十一节 心肌病的护理 / 55

第十二节 冠状动脉造影的护理 / 57

第十三节 经皮冠状动脉内成形术+支架的护理 / 58

第十四节 射频消融术的护理 / 59

第十五节 永久性起搏器植入术的护理 / 60

第十六节 临时性起搏器植入的护理 / 61

第三章 消化系统疾病的护理

第一节 概述 / 63

第二节 胃炎的护理 / 67

第三节 消化性溃疡的护理 / 71

第四节 胃癌的护理 / 76

第五节 溃疡性结肠炎的护理 / 79

第六节 急性胰腺炎的护理 / 81

第七节 肝硬化的护理 / 85

- 第八节 原发性肝癌的护理 / 90
- 第九节 肝硬化的护理 / 93
- 第十节 上消化道出血的护理 / 96

第四章 血液系统疾病的护理

- 第一节 概述 / 103
- 第二节 缺血性贫血的护理 / 107
- 第三节 再生障碍性贫血的护理 / 109
- 第四节 巨幼红细胞性贫血的护理 / 113
- 第五节 溶血性贫血的护理 / 115
- 第六节 急性白血病的护理 / 117
- 第七节 特发性血小板减少性紫癜的护理 / 121
- 第八节 播散性血管内凝血的护理 / 123
- 第九节 淋巴瘤的护理 / 125
- 第十节 输血及输血反应的护理 / 128
- 第十一节 骨髓移植的护理 / 134

第五章 泌尿系统疾病的护理

- 第一节 概述 / 137
- 第二节 急性肾小球肾炎的护理 / 139
- 第三节 慢性肾小球肾炎的护理 / 141
- 第四节 肾病综合症的护理 / 142
- 第五节 急性肾功能衰竭的护理 / 143
- 第六节 慢性肾功能衰竭的护理 / 145

第六章 内分泌系统疾病的护理

- 第一节 概述 / 148
- 第二节 糖尿病的护理 / 150

- 第三节 甲状腺功能亢进的护理 / 152
- 第四节 甲状腺功能减退的护理 / 154
- 第五节 甲状旁腺功能亢进症的护理 / 155
- 第六节 皮质醇增多症的护理 / 156
- 第七节 嗜铬细胞瘤的护理 / 157
- 第八节 原发性醛固酮增多症的护理 / 159

第七章 风湿免疫系统疾病的护理

- 第一节 概述 / 160
- 第二节 类风湿性关节炎的护理 / 162
- 第三节 系统性红斑狼疮的护理 / 165
- 第四节 系统性硬化症的护理 / 168
- 第五节 炎性肌病的护理 / 171
- 第六节 干燥综合症的护理 / 174
- 第七节 痛风的护理 / 176
- 第八节 强直性脊柱炎的护理 / 179
- 第九节 成人斯蒂尔病的护理 / 182

第八章 神经系统疾病的护理

- 第一节 概述 / 185
- 第二节 短暂性脑缺血发作 / 190
- 第三节 脑梗塞 / 192
- 第四节 脑出血 / 198
- 第五节 蛛网膜下腔出血 / 201
- 第六节 帕金森病 / 204
- 第七节 癫痫 / 208
- 第八节 脊髓炎 / 214

第一章 呼吸系统疾病病人的护理

第一节 概述

呼吸系统的主要功能是进行气体交换,将空气中的氧气输送到血液,保证组织对氧的需要,同时将代谢产物二氧化碳排出体外。每天约有一万升气体进出肺脏,因而人体可以数周不进食,数天不喝水,但如数分钟不进行呼吸运动,生命就难以维持。呼吸系统疾病是临床常见病、多发病。近年来,随着人口老龄化、大气污染、工业发展、吸烟等生物、理化因素的影响,以及滥用肾上腺皮质激素和艾滋病等免疫低下状况的增多,支气管哮喘、肺癌、慢性阻塞性肺疾病等呼吸系统疾病的发病呈增高趋势。因此,呼吸系统疾病的研究和防治工作任重而道远。

首先简单了解一下呼吸系统的结构和功能。

呼吸系统主要是由鼻、咽、喉、气管、支气管和肺组成。

上呼吸道包括鼻、咽、喉,主要作用是气体的通道,防止异物吸入,对吸入气体有过滤、保湿和加温作用。下呼吸道是指从气管至终末呼吸性细支气管末端的气道,不参与气体交换,为解剖死腔。自呼吸性细支气管到肺泡囊都附有肺泡,参与气体交换,为膜性气道,是终末呼吸单位,它是肺的基本呼吸单位,肺泡则是气体交换的主要场所。肺的主要功能是完成气体交换,即吸入氧气和排出二氧化碳。呼吸系统的常见症状有:咳嗽与咳痰、呼吸困难、咯血。

一、咳嗽与咳痰

咳嗽是呼吸道黏膜受刺激引起的一种防御动作,借以清除呼吸道分泌物和防御异物吸入。咳痰是借助支气管黏膜上皮纤毛运动,支气管平滑肌的收缩及咳嗽反射,将呼吸道分泌物从口腔排出体外的动作。

(一) 护理评估

询问病人咳嗽是否伴有咳痰。咳嗽无痰或痰量甚少,称为干性咳嗽,咳嗽伴有痰液,称为湿性咳嗽。观察咳嗽的性质、音色、时间与节律,痰液性状等。如干性或刺激性咳嗽多见

于上呼吸道感染、气管异物、胸膜炎、支气管肿瘤等；慢性连续性咳嗽，常见于慢性支气管炎、支气管扩张等；夜间咳嗽明显者多见于左心衰竭、肺结核；注意观察痰液变化，白色、无色泡沫状痰或黏液痰多见于支气管炎和支气管哮喘，脓性痰提示有化脓菌感染，如绿脓杆菌感染时常咳黄绿色痰，肺炎杆菌感染时痰可呈红棕色胶冻状，铁锈色痰是肺炎球菌肺炎的特征之一，而粉红色泡沫样痰为急性肺水肿的体征，恶臭痰则提示厌氧菌感染。大量黄脓痰静置后痰液分三层：上层为泡沫，中层浆液或浆液脓性，下层为坏死组织，为支气管扩张及肺脓肿患者痰液的典型特征。

(二) 护理措施

1. 提供整洁、舒适环境，减少不良刺激。保持室内空气新鲜，有适宜的温度（室温 18 ~ 20℃）和湿度（50% ~ 60%），以充分发挥上呼吸道自然防御功能。

2. 避免诱因，注意保暖，避免灰尘与烟雾刺激，避免剧烈运动，避免进出空气污染的公共场所等，对吸烟病人，应与其共同制定戒烟计划，并说明戒烟可能消除慢性支气管炎的咳嗽。

3. 对于慢性咳嗽者给予高蛋白、高维生素、足够热量的饮食，注意病人的饮食习惯，保持口腔清洁，避免油腻、辛辣等刺激性食物，少食多餐，增强食欲，给予充足的水份以保证呼吸道黏膜的湿润及病变黏膜的修复，有利于痰液的排出，一般每天饮水 1500mL 以上。

4. 密切观察病情变化，咳嗽、咳痰的情况，详细记录痰液的性质、量，收集痰标本及时送检，为诊断和治疗提供可靠的依据。

5. 剧烈咳嗽时要防止发生晕厥等合并症，应适当给予镇咳药以减轻患者因咳嗽带来的痛苦，帮助患者采取适当体位等。湿性咳嗽者不宜单独使用强止咳药，尤其对年迈体弱者，以免造成窒息。

6. 做好卫生宣传教育，咳嗽时要轻捂嘴，不随地吐痰，将痰吐在纸上或痰杯中，以便灭菌后弃去，防止病菌污染空气而传染他人。

7. 促进有效排痰，一般有以下几种方式：①深呼吸和有效咳嗽，有助于气道远端分泌物的排出，保持呼吸道通畅，指导病人掌握有效咳嗽的正确方法，经常变换体位有利于痰液排出。②湿化和雾化疗法，湿化疗法是要达到湿化气道、稀释痰液的目的，适于痰液黏稠和排痰困难者，临床上常在湿化的同时加入药物以雾化方式吸入，可在雾化液中加入氟美松、抗生药、平喘药等，达到祛痰、消炎、止咳、平喘的作用。③胸部叩击和胸壁震荡，适于久病体弱、长期卧床、排痰无力者，禁用于未经引流的气胸、肋骨骨折、有病理性骨折史、咯血、低血压、肺水肿等病人。操作前对神志清楚的病人，应让病人了解操作的意义、过程和注意事项，以配合治疗。叩击时，应避开乳房、心脏和骨突部位，胸部叩击时，病人侧卧位，两手的手指腹并拢，使掌侧呈杯状，以手腕的力量，从肺底自下而上，由外向内迅速而有节律地叩击胸壁，震动气道，每一肺叶叩击 1 ~ 3 分钟，每分钟 120 ~ 180 次，叩击时发出一种空而深的拍击音则表明手法正确。胸壁震荡法，操作者双手掌重叠，并将手掌置于欲引流的胸廓部位，吸气时手掌随胸廓扩张，慢慢抬起，不施加任何压力，从吸气最高点开始，在整个呼吸

期手掌紧贴胸壁,施加一定压力并做轻柔的上下抖动,即快速收缩和松弛手臂和肩膀,以震动病人胸壁约 5 ~ 7 次,每一部位重复 6 ~ 7 个呼吸周期。震荡法只在呼气期进行,且紧跟叩击后。叩击力量适中,以病人不感到疼痛为宜。每次叩击或震荡时间以 5 ~ 15 分钟为宜,应安排在餐后 2 小时至餐前 30 分钟完成,以避免治疗中呕吐,操作时应注意病人的反应。④体位引流,体位引流是利用重力作用使肺、支气管分泌物排出体外,适用于肺脓肿、支气管扩张等大量痰液而排出不畅时。⑤机械吸痰,适用于无力咳出黏稠痰液,意识不清或排痰困难者,可经病人的口、鼻腔、气管插管或气管切开处进行负压吸痰,每次吸痰时间少于 15 秒,两次抽吸间隔时间应大于 3 分钟,并在吸痰前、中、后适当提高吸入氧浓度,避免吸痰引起低氧血症。⑥用药护理,按医嘱用抗生素、止咳、祛痰药物,指导病人正确使用超声雾化或蒸汽吸入,掌握药物的疗效和副作用,不滥用药物,如排痰困难者切勿自行服用强力镇咳药。

二、肺源性呼吸困难

呼吸困难是指在呼吸时有异乎寻常的不适感,它是心肺疾病的常见症状。

(一) 护理评估

询问病人胸部是否发紧、发闷,观察病人呼吸是否急促、费力,是否出现紫绀、端坐呼吸甚至意识障碍。呼吸困难的发生主要是由于机体对空气的需求量超过呼吸器官通气的能力,根据呼吸困难发生的机理可分为肺源性呼吸困难、心源性呼吸困难、中毒性呼吸困难、神经精神性呼吸困难、贫血性呼吸困难。

(二) 护理措施

1. 环境的安排 为患者提供一个舒适和安静的环境,包括空气的净化,空气的湿度和温度,对减轻呼吸困难,治疗原发病都有重要意义。不同病人对环境的要求侧重不同,如急性一氧化碳中毒病人需要新鲜空气;肺炎病人室内要求一定的湿度和温度;哮喘病人室内不能有过敏原;而急性心梗病人需要安静的环境,严重呼吸困难者应收入监护病房治疗。

2. 心理护理 呼吸困难病人的心情都会紧张,甚至出现焦虑与恐惧,故应给予精神上的安慰,重症病人则更应守护在床旁,根据呼吸困难程度采用恰当的沟通方式,及时了解病情。

3. 选择体位 协助病人采用合适体位,以减轻呼吸困难,如左心衰和哮喘者应采用坐位或半坐位;胸膜炎伴胸痛者宜采取患侧卧位。

4. 饮食 提供富有营养、易消化与不易发酵的食品,中度和重度病人应提供流食或半流食,以减轻因咀嚼与吞咽带来的呼吸困难。

5. 氧疗与机械通气治疗 低氧血症者应按医嘱给予合理的氧疗,严重呼吸困难患者要做好机械通气的准备工作,必要时进行机械通气并做好护理工作,向病人说明氧疗和机械通气的重要性、注意事项和正确使用方法,以得到病人的理解和积极配合,定期检查和消毒治疗装置。

6. 合理安排休息和活动量,调整日常生活方式。

三、咯血

咯血是指喉以下呼吸道和器官病变出血经口咳出者。

(一) 护理评估

评估咯血量,一般每次咯血在 50 ~ 100mL 以内为小量,100 ~ 300mL 为中等量咯血,每次咯血 300 ~ 500mL 为大量,最常见大量咯血的疾病是肺结核、支气管扩张等。

(二) 护理措施

1. 平卧头偏向一侧,亦可取侧卧位,若已知病变部位则取患侧卧位最佳,能减少肺的活动,有利止血,同时也可避免窒息与血流向健侧。

2. 咯血时医护人员应守在床旁,使病人有安全感,在观察病情的同时,指导病人将血轻轻咳出,千万不能憋气,因为憋气会造成更大的出血,并有窒息的危险,尽量解除病人的紧张和焦虑情绪。

3. 大咯血病人应尽量避免搬动或转动,要迅速建立静脉通道,准备好抢救器械和药物,如吸引器、气管插管、氧气、垂体后叶素、呼吸兴奋剂以及升压药等。

4. 仔细观察病情,及时发现与处理窒息病人。咯血后要检查肺部,以便及早发现和处理肺不张等合并症。

第二节 急性呼吸道感染的护理

急性呼吸道感染分为急性上呼吸道感染和急性气管-支气管炎。

一、急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染是指鼻腔、咽或喉部的急性炎症,是呼吸道最常见的传染病。

(一) 病因

常见病因为病毒感染,少数由细菌感染。本病全年均可发病,以冬春季节多见,常通过含有病毒的飞沫或被污染的用具传播。以散发性多见,在气候突变时流行。当有受凉、淋雨、过度疲劳等诱因导致全身或呼吸道局部防御功能下降时,从外界侵入或原在上呼吸道的病毒或细菌迅速繁殖引起本病,尤其是呼吸道有慢性炎症或年老体弱者更易发病。

(二) 临床表现

1. 普通感冒又称伤风,潜伏期数小时或 1 ~ 3 日,全身症状较轻,表现为全身不适,轻度畏寒,一般不发热或偶有低热、头痛。其特点为上呼吸道卡他症状,如无并发症,可在 5 ~ 7 天内痊愈。

2. 流行性感冒,由流感病毒引起,有高度传染性,常有流行。潜伏期 1 ~ 2 天,起病急,

症状变化多,以中毒症状为主,呼吸道症状较轻,严重者可出现全身血管系统和神经系统症状,临床上分为单纯型流感、肺炎型流感、中毒性流感、胃肠型流感等。

3. 急性咽—喉—气管炎,表现为咽痛、声音嘶哑、干咳、发烧、全身酸痛;咽充血、有灰白色渗出物,咽后壁淋巴滤泡增生与颌下淋巴结肿大。

4. 疱疹性咽峡炎,多见于儿童,夏季易流行,故又称“夏季流感”。发病急,发烧、咽痛明显,在咽与扁桃体表面有灰白色疱疹及浅表溃疡;周围有红晕,病程约一周。

(三) 治疗要点

目前尚无特异抗病毒药物,治疗的重点是减轻症状,缩短病程和预防并发症。有细菌感染时,临床可根据病原菌和药物试验选用抗菌药物。常用速效伤风胶囊、清热解毒口服液、双黄连口服液、安替林含片、阿莫西林等。

(四) 护理措施

1. 环境与休息 保持环境安静无噪音;保持室内一定的温度(16 ~ 18℃)、湿度和空气流通,注意休息和个人卫生。

2. 饮食护理 病人常有食欲不振、消化不良,应给予清淡、高热量、丰富维生素易消化食物,鼓励病人每天保持足够的饮水量,避免刺激性食物,忌烟酒。

3. 口腔护理 进食后、睡前漱口或口腔护理,以防口腔感染。

4. 防止交叉感染 注意隔离病人,以避免交叉感染。病人咳嗽或打喷嚏时应避免对着他人,病人使用的餐具、痰盂等用具应每天消毒或用一次性器具。

5. 用药护理 遵医嘱服用解热镇痛药的,如阿司匹林、消炎痛等应嘱患者多饮水,以补充出汗等消耗,出汗多的病人应注意保持皮肤清洁。鼻塞时给予1%麻黄素溶液滴鼻,注意观察药物的副作用,应用青霉素时密切注意有无过敏反应的发生。

二、急性气管—支气管炎

急性气管—支气管炎指感染、物理、化学、过敏等因素引起的气管、支气管黏膜的急性炎症,临床主要表现为咳嗽和咳痰,多见于寒冷季节或气候突变时。

(一) 病因

1. 感染 由病毒细菌直接感染,或急性上呼吸道感染、细菌感染迁延而来,也可在病毒感染后继发细菌感染。病原体常为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌、腺病毒、流感病毒等。

2. 物理与化学因素 过冷空气、粉尘、刺激性气体或烟雾(氨气、氧气、二氧化硫、二氧化碳等),可刺激气管、支气管黏膜则引起本病。

3. 过敏反应 花粉、有机粉尘、真菌孢子或对细菌蛋白质过敏等,均可引起气管、支气管的过敏反应。寄生虫移行至肺也可致病。

(二) 临床表现

典型的临床表现为上呼吸道感染症状出现后,紧接着出现咳嗽、咳痰。开始为频繁干咳伴胸骨后不适,1 ~ 2天后痰量增多,呈黏液或黏液脓性,偶有痰中带血,如伴有支气管痉

挛可出现气短。全身症状较轻,可有发热,体温常在 38℃ 左右,头痛、全身不适。体格检查时主要发现是肺泡呼吸音增粗,可有散在不固定的干湿性罗音,一般患者体温在 3 ~ 5 日降至正常,咳嗽和咳痰可延至 2 ~ 3 周才消失,少数迁延不愈逐渐演变为慢性支气管炎。

(三) 治疗要点

治疗原则是止咳、祛痰、平喘和控制感染。

1. 对症治疗 对发热头痛者选用解热镇痛药;咳嗽无痰者可选用咳必清或可待因等药物,咳嗽伴痰难咳者可用必漱平或盐酸氨溴索(沐舒坦)等祛痰药,也可用雾化吸入法祛痰;如有支气管痉挛可选用平喘药,如氨茶碱、 β_2 肾上腺素受体激动剂等。

2. 抗菌治疗 一般选用青霉素、头孢菌素、大环内酯类、氟喹诺酮类抗生素或根据细菌培养和药敏试验结果选择药物,依症状轻重给予口服、肌注或静滴。

(四) 护理措施

1. 保持室内空气流通,适当的温度和湿度,注意保暖,清除鼻、咽、喉等部位的病灶。
2. 指导病人发热期注意休息,多饮水,进食宜清淡富有营养,注意皮肤卫生。
3. 咳嗽、咳痰护理见第一节。
4. 协助病人找出个案发病的原因和诱因,并加以避免,如停止吸烟和改善生活环境等。
5. 注意观察病情,药效及药物的副作用。

第三节 慢性支气管炎的护理

慢性支气管炎简称慢支,是指气管、支气管黏膜及周围组织的慢性非特异性炎症。以慢性咳嗽、咳痰或伴有喘息及反复发作作为临床特征,是人群的常见病,多发生于中老年人,长期反复发作可发展为阻塞性肺气肿和肺源性心脏病。

一、病因

慢支的病因较复杂,一般认为与大气污染、吸烟、感染、过敏因素及其他机体内在因素有关。

1. 感染 长期反复的病毒和细菌感染是引起慢性支气管炎的重要原因,据统计由感冒引起的占一半以上。国内资料分析表明,流感嗜血杆菌和肺炎球菌可能是本病的主要致病菌。

2. 理化刺激 ①大气污染也是本病的致病原因,患病率常与大气污染程度成正比。大气中的二氧化硫、氯气、二氧化氮、粉尘与刺激性的烟雾等吸入呼吸道后,刺激黏膜,使黏膜水肿、损伤和脱落,纤毛运动减弱甚至停止,为病原菌侵入创造条件。②吸烟与慢支关系甚

为密切,吸烟年龄越早,吸烟量越大则慢支的发病率越高,戒烟后患者症状可明显减轻。③气候突变和寒冷,约有半数以上病人在冬季或气候突变时发病或加重,慢支患病率在高寒地区较高,因温度下降使支气管纤毛运动减弱,局部抵抗力下降。

3. 过敏因素 慢支患者尤其是喘息型患者,多数有过敏史,多种抗原皮肤试验阳性率高于对照组,痰液中嗜酸性细胞较高,痰中组织胺含量高于正常人,提示慢支的发病与人体过敏有一定关系,致敏原有细菌、螨、粉尘等。

4. 遗传因素 患者的家族患病率显著高于对照组。呼吸道 IgA 缺乏和无丙种球蛋白血症的儿童因反复呼吸道感染,到成人可发展成慢支,提示慢支发病的遗传因素。

5. 其它 全身抵抗力下降,过度劳累、酗酒,维生素 C 缺乏,呼吸道防御功能降低时慢支发病率也较高。

二、临床表现

起病缓慢,病程较长,咳嗽、咳痰、喘息为主要症状,一般以晨间咳嗽为主,白天咳嗽较轻,睡前有阵咳或排痰,以清晨排痰较多,一般为白色黏液或浆液泡沫痰,有支气管痉挛者可出现喘息,症状反复发作。

三、治疗要点

1. 急性发作期以控制感染、给予祛痰、镇咳和解痉平喘药物治疗。

(1)控制感染:根据病原菌药物敏感试验选用抗生素,如红霉素、罗红霉素对革兰阳性球菌和支原体有效,羟氨苄青霉素、头孢克洛等对革兰阴性和阳性菌均有效,氧氟沙星对革兰阴性菌作用更强,适用于对青霉素和头孢菌素类过敏者。

(2)祛痰、止咳:咳嗽无痰者,可选用喷托维林(咳必清)、依普拉酮(易咳嗉)或可待因止咳药,咳嗽伴痰难咳出者,可用溴己新(必嗽平)、复方氯化铵合剂或盐酸氨溴索(沐舒坦)等祛痰药,也可用雾化吸入法祛痰。

(3)解痉、平喘:常用氨茶碱、特布他林(喘康速)等口服,或沙丁胺醇(舒喘灵)、异丙托溴胺等吸入剂或雾化吸入,或生理盐水气雾湿化吸入,可稀释痰液,协助排痰。

2. 缓解期应加强锻炼、增强体质,保持环境卫生,避免诱发因素。

四、护理措施

1. 病情观察 密切观察咳、痰、喘症状及诱发因素,见咳嗽、咳痰护理。

2. 去除病因 协助病人找出个案发病的原因与诱因,并加以避免,如停止吸烟和改善生活环境。

3. 用药护理 用药后观察药物疗效及副作用,如止咳药可待因有麻醉性中枢镇咳作用,适于剧烈干咳者,有恶心、呕吐、便秘等副作用,可能会成瘾。如祛痰药溴己新可使痰液黏度降低,偶见恶心,转氨酶增高,胃溃疡者慎用。

4. 保持呼吸道通畅 指导痰多黏稠不易咳出的病人多饮水,遵医嘱每天用生理盐水,硫酸庆大霉素,糜蛋白酶等药物雾化吸入,指导病人采取有效咳嗽方式,协助病人翻身,胸部叩击和

体位引流以利于分泌物排出。

第四节 慢性阻塞性肺气肿的护理

慢性阻塞性肺气肿是指终末支气管远端气腔的扩张,伴有肺泡壁的破坏,它是肺气肿中最多见的一种类型。慢性支气管炎是引起肺气肿的最主要原因。

一、病因

发病机制至今尚未完全明了。一般认为是多种因素协同作用所致。引起慢支的多种因素如吸烟、感染、大气污染、有害气体和职业性粉尘的长期吸入、过敏等均可导致阻塞性肺气肿,而吸烟是主要因素。其发病机制为:①支气管慢性炎症引起管腔狭窄、不完全阻塞,且慢性炎症破坏小支气管壁软骨,失去支气管正常的支架作用,吸气时气体尚能进入肺泡,呼气时因胸膜腔内压增加、支气管过度缩小、陷闭而气体排出困难,肺泡内大量气体积聚、压力升高,肺泡明显膨胀;②吸烟者吸入的烟草烟雾通过细胞毒性反应和刺激有活性的细胞引起中性粒细胞释放弹性蛋白酶;③慢性炎症引起白细胞和巨嗜细胞释放蛋白分解酶增加,损害肺组织和肺泡壁,致多个肺泡融合成肺大泡或气肿;④肺泡壁毛细血管受压,肺组织血供减少,也可致肺泡壁弹力减退而促进肺气肿发生。

二、临床表现

主要表现为进行性加重的呼吸困难、咳嗽与咳痰、疲乏、无力、食欲下降与体重减轻等。可并发自发性气胸、肺部急性感染、慢性肺源性心脏病、消化性溃疡等。

三、治疗要点

急性期主要是控制感染,选用敏感抗生素,如青霉素,必要时可用氨苄青霉素等药物,同时用祛痰、止喘药以控制炎症和保持呼吸道通畅,从而缓解缺氧与二氧化碳潴留,呼吸困难伴紫绀者,给予低流量吸氧以改善低氧血症,缓解期则以增强体质,减少慢支急性发作与进行呼吸运动锻炼为主,用以改善呼吸功能,减缓病情的进展。

1. 对症治疗 止咳、祛痰、平喘。

2. 控制感染 急性发作期应根据致病菌或经验,尽早选择抗生素治疗。

3. 家庭氧疗 持续低流量吸氧能改变疾病的自然病程,改善生活质量。

4. 呼吸肌功能锻炼和康复治疗 可改善呼吸功能,增强体质。

5. 手术治疗 局限性肺气肿或肺大泡可进行合适的手术治疗。单侧肺移植比全肺移植效果好。

四、护理措施

1. 卧床休息,病人取舒适体位,呼吸困难时抬高床头,取半卧位或坐位。晚期病人常采取身体前倾位,使辅助呼吸肌共同参与呼吸。

2. 病室每日通风两次,每次 30 分钟,保持室内空气新鲜,温度和湿度适宜。冬季注意保暖,避免直接吸入冷空气,戒烟,保持环境安静舒适。

3. 持续低流量吸氧,以改善病人低氧血症。

4. 饮食以高热量、易消化的流食、半流食为宜,鼓励患者多饮水。

5. 加强口腔护理,去垢除臭,使口腔湿润、舒适。

6. 观察病情变化,如神志、呼吸深度、频率、音调、口唇和甲床的颜色,监测动脉血气分析和水、电解质、酸碱平衡状况。观察病人咳嗽、咳痰、呼吸困难进行性加重的程度、全身症状、体征和并发症的情况。

7. 排痰困难者可行雾化或体位引流,指导患者有效地咳痰,学会腹式呼吸。

8. 指导患者正确留取痰标本,同时观察痰的颜色、性状、气味等。

9. 呼吸运动的训练。缩唇腹式呼吸,肺气肿病人可通过腹式呼吸以增强膈肌活动来提高肺活量,缩唇呼吸可减慢呼吸,延缓小气道陷闭而改善呼吸功能,因而缩唇腹式呼吸可有效地提高病人的呼吸功能。患者取立位,亦可取坐位或卧位,一手放在前胸,另一手放在腹部,先缩唇,腹内收,胸前倾,由口徐徐呼气,此时切勿用力,然后用鼻吸气,并尽量挺腹,胸部不动,呼与吸时间之比为 2:1 或 3:1,每分钟 7 ~ 8 次左右,每日锻炼 2 次,每次 10 ~ 20 分钟。

第五节 慢性肺源性心脏病的护理

慢性肺源性心脏病(简称肺心病)是由肺组织、肺动脉血管或胸廓慢性病变引起的肺组织结构和功能异常,肺血管阻力增加,肺动脉压力增高所致的右心扩张、肥大或伴有右心衰竭的心脏病,是我国中老年人的常见病、多发病。冬春季节气候骤变是肺心病急性发作的重要因素。

一、病因

1. 支气管、肺疾病 约占 80 ~ 90%,最多见为慢性阻塞性肺疾病,其次为支气管哮喘、支气管扩张、重症肺结核、尘肺、慢性弥漫性间质纤维化、结节病等。

2. 胸廓运动障碍性疾病 较少见,严重的脊椎后、侧凸、脊椎结核、类风湿关节炎等引起的严重胸廓或脊柱畸形,以及神经肌肉疾病(脊髓灰质炎)等病。