

内科护理学 实习指导

主编 黄秀萍 钟 萍

NEIKE HULIXUE
SHIXI ZHIDAO



第二军医大学出版社
Second Military Medical University Press

内科护理学实习指导

主 编 黄秀萍 钟 萍
副主编 彭 杨 黄春梅 秦 花
杨 惠

编 者 (以姓氏笔画为序)
任 雁 李艾虹 李艳丽
杨 惠 林春秋 钟 萍
秦 花 徐 英 黄秀萍
黄春梅 彭 杨



第二军医大学出版社
Second Military Medical University Press

内 容 简 介

本书为了帮助学生更好的在临床实践中学习收集患者的资料、实施整体护理和保健指导。本实习指导每一节主要有评估要点、护理和保健指导三个基本部分组成。全书共九章,分别为呼吸、循环、消化、泌尿、血液、造血、内分泌代谢、风湿病及神经系统疾病患者的护理。每一章包括该系统常见疾病患者的护理及常见症状的护理和常用诊疗技术。

本书可作为高专、高职护理学专业使用或实习护士随身携带的工具用书,也可作为低年资护士的临床参考用书。

图书在版编目(CIP)数据

内科护理学实习指导/黄秀萍,钟萍主编. —上海:第二军医大学出版社,2014.7

ISBN 978-7-5481-0809-2

I. ①内… II. ①黄… ②钟… III. ①内科学—
护理学—医学院校—教学参考资料 IV. ①R473.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 043333 号

出版人 陆小新
责任编辑 高 标 刘 向



内科护理学实习指导

主编 黄秀萍 钟 萍

第二军医大学出版社出版发行

<http://www.smmup.cn>

上海市翔殷路 800 号 邮政编码: 200433

发行科电话/传真: 021-65493093

全国各地新华书店经销

江苏天源印刷厂印刷

开本: 850×1168 1/32 印张: 8.25 字数: 229 千字

2014 年 7 月第 1 版 2014 年 7 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5481-0809-2/R·1567

定价: 25.00 元

前 言

本书系是成都医学院临床护理教研室编写的供高专、高职护理学专业使用的《内科护理学》的配套教材。

临床护理实习阶段是护理学专业教学过程中重要的实践性教学环节,要求学生在临床老师的指导下,通过对患者实施整体护理,把学得的理论、知识和技能运用于实践之中,逐步培养独立工作的能力。为了帮助学生在临床实践中学习全面地收集患者的资料、实施整体护理和保健指导,本实习指导每一节主要编写了评估要点、护理和保健指导三个基本部分。全书共九章,分别为呼吸、循环、消化、泌尿、血液及造血、内分泌代谢性疾病、风湿病、神经系统疾病患者的护理。每一章包括该系统常见病患者的护理及常见症状的护理和常用诊疗技术。

本书编写时注重将教学与临床实践密切结合,内容既具有专业性,又具有通俗性,使学生容易学习和使用。同时重点解决了实习护士在临床工作中可能遇到的疑难问题,力求语言简明扼要、内容实用,可作为实习护士随身携带的工具用书,也可作为低年资护士的临床参考用书。

编 者

2014 年 4 月

临床护理实习生守则及 临床护理实习生行为规范

1) 遵守医院各项规章制度。

2) 尊敬老师,服从护理部、护士长、带教老师的管理。

3) 努力学习护理基础理论,提高操作技能。

4) 实习期间,严格执行“三查七对”及无菌操作原则,各项护理操作均需在带教老师的监督指导下进行,要做到四勤:口勤、手勤、眼勤、腿勤。

5) 对患者要充满同情心及爱心,做到语言文明、微笑服务、注意保护性医疗制度。着装规范,禁止佩带首饰,禁染彩发。

6) 病假需本院医生开具诊断证明,并报护理部审批,休假后需护士长核实签字后假条交护理部,不允许请事假,特殊情况需经学校及护理部批准后方可请假。休假返院后,均到护理部销假,未销假者按旷工处理。

7) 不迟到、不早退、不无故缺勤;擅自脱离工作岗位者,按旷工处理。

8) 积极参加业务学习及理论知识和操作技能考试,按时填写实习感想与实习笔记。

9) 损坏公物照价赔偿。

10) 凡违反规章制度及操作规程者,出现医疗纠纷后果自负。

11) 因某种原因中止实习,个人需写出停止实习申请,由校方及本院护理部批准后办理离院手续。

12) 具体奖罚办法详见实习生管理制度。

目 录

第一章 呼吸系统 (1)

第一节 呼吸系统疾病患者常见症状体征及护理 (1)

第二节 急性上呼吸道感染患者的护理 (3)

第三节 慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿和慢性
肺源性心脏病患者的护理 (5)

第四节 支气管哮喘患者的护理 (9)

第五节 支气管扩张症患者的护理 (13)

第六节 肺炎患者的护理 (15)

第七节 肺脓肿患者的护理 (19)

第八节 肺结核患者的护理 (21)

第九节 原发性支气管肺癌患者的护理 (26)

第十节 自发性气胸患者的护理 (28)

第十一节 呼吸衰竭和急性呼吸窘迫综合征患者的护理
..... (32)

第十二节 机械通气及人工气道的护理 (36)

第十三节 呼吸系统常用诊疗技术及护理 (42)

第二章 循环系统 (51)

第一节 循环系统疾病患者常见症状体征及护理 (51)

第二节 心力衰竭患者的护理 (53)

第三节 心律失常患者的护理 (59)

第四节 心脏骤停患者的护理 (69)

第五节 人工心脏起搏和心脏电复律患者的护理 (73)

第六节 风湿性心脏病患者的护理 (75)

第七节	冠状动脉粥样硬化性心脏病患者的护理	(77)
第八节	原发性高血压患者的护理	(83)
第九节	病毒性心肌炎患者的护理	(88)
第十节	心肌病患者的护理	(90)
第十一节	感染性心内膜炎患者的护理	(92)
第十二节	心包炎患者的护理	(94)
第十三节	心血管病介入性诊治技术及护理	(96)
第三章	消化系统	(104)
第一节	消化系统疾病患者常见症状体征及护理	(104)
第二节	胃炎患者的护理	(106)
第三节	消化性溃疡患者的护理	(108)
第四节	胃癌患者的护理	(110)
第五节	肠结核患者的护理	(112)
第六节	溃疡性结肠炎患者的护理	(113)
第七节	肝硬化患者的护理	(115)
第八节	原发性肝癌患者的护理	(118)
第九节	肝性脑病患者的护理	(121)
第十节	急性胰腺炎患者的护理	(123)
第十一节	结核性腹膜炎患者的护理	(127)
第十二节	上消化道出血患者的护理	(128)
第十三节	消化系统常用诊疗技术及护理	(132)
第四章	泌尿系统	(141)
第一节	泌尿系统疾病患者常见症状体征及护理	(141)
第二节	急性肾小球肾炎患者的护理	(143)
第三节	急进性肾小球肾炎患者的护理	(144)
第四节	慢性肾小球肾炎患者的护理	(145)
第五节	肾病综合征患者的护理	(146)

第六节	肾盂肾炎患者的护理	(148)
第七节	急性肾衰竭患者的护理	(150)
第八节	慢性肾衰竭患者的护理	(152)
第九节	透析疗法的患者的护理	(154)
第五章	血液及造血系统	(165)
第一节	血液及造血系统疾病患者常见症状体征及护理	(165)
第二节	贫血患者的护理	(167)
第三节	出血性疾病患者的护理	(169)
第四节	白血病患者护理	(171)
第五节	淋巴瘤患者的护理	(173)
第六节	骨髓移植的护理(附:骨髓穿刺术患者的护理)	(174)
第六章	内分泌代谢性疾病	(183)
第一节	内分泌代谢性疾病患者常见症状体征及护理	(183)
第二节	甲状腺疾病患者的护理	(184)
第三节	肾上腺皮质疾病患者的护理	(187)
第四节	腺垂体功能减退症患者的护理	(188)
第五节	糖尿病患者的护理	(189)
第七章	风湿性疾病	(211)
第一节	风湿性疾病患者常见症状体征及护理	(211)
第二节	系统性红斑狼疮患者的护理	(212)
第三节	类风湿关节炎患者的护理	(214)
第四节	皮炎患者的护理	(215)

第一章 呼 吸 系 统

第一节 呼吸系统疾病患者常见 症状体征及护理

【实习目标与实施方法】

(一) 专科理论知识

1. 了解呼吸系统的结构、功能

呼吸系统主要包括呼吸道和肺。呼吸道被分为上、下呼吸道,从鼻腔开始到环状软骨称为上呼吸道,呼吸系统除作为气体通道外,还有湿化和净化空气的作用;环状软骨以下的气管、支气管至终末呼吸性细支气管末端为下呼吸道。

2. 熟悉肺的通气 and 换气功能

肺通气功能的衡量指标:每分钟通气量、肺泡通气量、最大通气量。

3. 掌握呼吸系统疾病的常见症状

(1) 咳嗽与咳痰 病因不同,咳嗽与咳痰的性质有所不同,如犬吠样咳嗽见于会厌、喉部疾患与异物;金属音调咳嗽见于纵隔肿瘤、主动脉瘤或支气管肺癌压迫气管;嘶哑性咳嗽多见于声带炎、喉炎、喉结核、喉癌和喉返神经麻痹等。脓性痰是气管、支气管和肺部感染的可靠标志;肺结核、肺癌、肺梗死出血时,因痰中含血液或血红蛋白而呈红色或红棕色;铁锈色痰见于肺炎球菌肺炎;红褐色或巧克力色痰考虑阿米巴肺脓肿;粉红色泡沫痰提示急性肺水肿;砖红色胶冻样痰或痰中带血者常见于克雷白杆菌肺;痰有恶臭味常见于厌氧菌感染。

(2) 肺源性呼吸困难 临床分三型:吸气性、呼气性和混合性。

(3) 咯血 是指喉及其以下呼吸道或肺组织出血经口咳出。临床

据咯血量将其分为痰中带血、少量咯血($<100\text{ ml/d}$)、中等量咯血($100\sim500\text{ ml/d}$)或大量咯血($>500\text{ ml/d}$,或一次 $>300\text{ ml}$)。

(4) 胸痛 略。

4. 熟悉呼吸系统疾病的环境要求

环境应整洁、舒适,减少不良刺激。室温 $18\sim22^{\circ}\text{C}$,湿度 $50\%\sim60\%$,哮喘患者室内避免过敏源。

5. 掌握呼吸系统常见护理诊断

(1) 气体交换受损 与呼吸道痉挛、呼吸面积减少、换气功能障碍有关。

(2) 活动无耐力 与呼吸功能受损导致机体缺氧状态有关。

(二) 专科操作技能

1. 掌握痰液收集方法及注意事项

(1) 痰常规标本的采集 嘱患者晨起用清水漱口清洁口腔,然后用力咳出气管深处的痰液,盛于痰标本采集瓶内。如查癌细胞,瓶内应放 10% 甲醛溶液或 95% 乙醇溶液固定后送检。

(2) 痰培养标本的采集 嘱患者晨起先用漱口液漱口,再用清水漱口,以除去口腔中细菌,深吸气后用力咳出 $1\sim2$ 口痰于培养皿或瓶中,及时送检。

(3) 24 小时痰标本的采集 容器上的标签注明起止时间,并作好交接班。嘱患者将晨 7 时至次日晨 7 时的痰液全部留在容器中送检,不可将漱口液、唾液等混入。

(4) 吸痰管采集痰标本 在负压吸引器吸管头端接痰培养收集瓶,开动负压吸引后,痰液即被吸入瓶内,立即进检。

2. 咽拭子标本的采集

(1) 目的 从咽部和扁桃体取分泌物作细菌培养或病毒分离。

(2) 方法 ①查对医嘱,标签贴于标本容器上。②点燃乙醇灯,嘱患者发“啊”音,暴露咽喉,用培养管内的棉签以敏捷轻柔的动作擦拭两侧腭弓、咽和扁桃体上的分泌物。③取毕将试管口在乙醇灯火焰上消毒,然后将棉签插入试管,塞紧。④及时送检。

3. 掌握有效排痰的方法

(1) 深呼吸,有效咳嗽 有胸部外伤的患者,咳嗽时从双侧按压伤口,避免咳嗽引起的伤口牵拉疼痛。

(2) 湿化和雾化疗法 治疗中应注意防止窒息;避免湿化过度,时间为10~20 min;控制湿化温度,35~37℃;防止感染。

(3) 胸部叩击与胸壁震荡 叩击时从肺底自下而上,由外向内的顺序进行,且在餐后2 h至餐前30 min完成。(注意:听诊的顺序是从肺尖开始,自上而下。)

(4) 体位引流 抬高患肺位置,引流支气管开口向下。床头抬高30~50 cm,头低足高位。如有头外伤、严重心血管病、胸部创伤、咯血等不宜采用。

(5) 机械排痰 根据物理定向叩击原理,排除和移动肺内小气道分泌物及代谢废物。根据患者的病情、体格、耐受程度,选择合适的振幅(一般在15~30 Hz),一般不超过30 Hz。每侧排痰时间为10~15 min,或者是每个肺段3~5 min。一侧排痰结束后,随后吸痰,再排另一侧。

(6) 机械吸痰 吸引时间不超过15 s;每次抽吸间隔>3 min;吸痰不能超过3次,插管时不能有负压;吸痰前、后适当提高氧流量,避免低氧血症;将吸痰管一次插到位,自深部向上边旋转边提拉;吸痰时注意无菌操作,一次一管,经口腔的吸痰管切忌再从鼻腔吸。

【思考题】

- 1) 呼吸系统常见症状体征有哪些?
- 2) 简述有效排痰的方法。
- 3) 机械吸痰的注意事项有哪些?

第二节 急性上呼吸道感染患者的护理

【实习目标与实施方法】

(一) 专科理论知识

1. 熟悉急性上呼吸道感染的临床表现

急性上呼吸道感染(acute upper respiratory tract infection)常因局

部防御功能下降由病毒、细菌感染引起。急性上呼吸道感染病因不同其临床表现也不同,急性气管支气管炎除有上呼吸道感染的鼻塞、流涕、咽痛、声嘶等症状外,还会出现咳嗽、咳痰,甚至气紧、低热、乏力等状况。

2. 熟悉急性上呼吸道感染的常见护理诊断

(1) 舒适的改变 鼻塞、流涕、咽痛、头痛与病毒和(或)细菌感染有关。

措施: ①保持病室内一定的湿度、温度和空气流通。②给予清淡、高热量、丰富维生素、易消化食物,鼓励患者每天饮足够的水,避免刺激食物,忌烟、酒。③进食后漱口或口腔护理,防止口腔感染。④防止交叉感染。⑤用药护理: 遵医嘱对发热、头痛的选用解热镇痛药;鼻塞、咽痛者给予银翘片;鼻塞严重者用麻黄碱滴鼻,并用热水湿敷鼻两侧。

(2) 体温过高 与病毒和(或)细菌感染有关。

(二) 专科操作技能

(1) 熟悉急性呼吸道感染的饮食护理 给予清淡、高热量、丰富维生素、易消化食物,多饮水,避免刺激性食物,忌烟、酒。

(2) 了解预防交叉感染的措施 减少探视,患者咳嗽或打喷嚏时避免对着他人,患者使用的餐具、痰盂等用具每天消毒。

(三) 特别关注

- 1) 预防交叉感染。
- 2) 注意观察痰液性质,不可滥用抗生素。
- 3) 体温的观察及正确采取降温措施。

(四) 出院指导

- 1) 多饮水,多休息,避免过度疲劳。
- 2) 注意增强体质,防止感冒。
- 3) 药物治疗不缓解或症状加重应及时就诊。

【思考题】

- 1) 急性上呼吸道感染患者如何对症处理?
- 2) 急性上呼吸道感染由什么感染引起?

第三节 慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿和慢性肺源性心脏病患者的护理

【实习目标与实施方法】

(一) 专科理论知识

1. 熟悉慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿及慢性肺源性心脏病的特点

表 1-1 慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿及慢性肺源性心脏病的特点

	慢性支气管炎	慢性阻塞性肺气肿	慢性肺源性心脏病
概念	支气管壁的炎症,如患者每年咳嗽、咳痰达 3 个月以上,并排除已知原因的慢性咳嗽	临床上将具有气道阻塞特征的慢支和肺气肿统称为慢性阻塞性肺气肿	肺功能、肺结构发生病理改变,引起肺动脉高压,最后导致右心室肥大、右心功能衰竭
病因、发病机制	吸烟,职业性粉尘和化学物质,空气污染、感染、蛋白酶-抗蛋白酶失调		肺动脉高压形成和右心受累
临床表现	慢性咳嗽、咳痰、气短、呼吸困难、喘息、胸闷。逐渐加重的呼吸困难,晚期出现呼衰		代偿期:原发病表现,肺动脉高压表现 心肺功能失代偿期:呼吸衰竭,心力衰竭;体循环淤血
治疗要点	避免加重因素;控制感染;解除气道阻塞保持气道通畅;控制咳嗽和痰液生成;纠正低氧血症,防止并发症		积极控制感染,保持呼吸道通畅,改善呼吸功能,纠正缺氧和二氧化碳潴留,控制呼衰和心衰
并发症	自发性气胸,急性感染,肺源性心脏病等		肺性脑病,酸碱失衡及电解质紊乱,心律失常、休克、消化道出血和 DIC

2. 掌握慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿及慢性肺源性心脏病护理措施

(1) 气体交换受损 与呼吸面积减少有关。

气体交换受损护理措施：①病情观察：评估患者呼吸型态及呼吸困难程度。②环境与体位：协助患者取舒适体位，如半坐位。保持室内空气洁净，温度保持在 $18\sim 22^{\circ}\text{C}$ ，湿度 $50\%\sim 60\%$ 。③制定呼吸运动训练计划，锻炼呼吸肌：腹式呼吸训练、缩唇呼吸训练。④氧疗：长期持续低流量吸氧 ($1\sim 2\text{ L/min}$)。

(2) 清理呼吸道无效 与无效咳嗽、痰多黏稠有关。

清理呼吸道无效护理措施：①痰液观察：观察痰液颜色、性质、气味和量。②排痰措施：鼓励患者有效咳嗽，清除呼吸道分泌物。痰液黏稠不易咳出，可给予翻身、拍背、雾化吸入、祛痰剂等协助排痰，必要时可采用机械吸痰。拍背注意自下而上，由外向内。雾化注意事项：防止窒息、避免湿化过度、控制湿化温度、防止感染。机械吸痰前、后高浓度吸氧，每次吸痰时间少于 15 s ，两次间隔 3 min 。③对症护理：患者胸痛时，常随呼吸、咳嗽而加重，可采取侧卧位，或用宽胶布固定胸廓，减轻疼痛；必要时可用少量可待因。有低氧血症 ($\text{PaO}_2 < 60\text{ mmHg}$) 或发绀者给氧。④适宜的室温和湿度，减少不良刺激。高蛋白、高维生素饮食，充足的水分。⑤口腔护理。⑥促进痰液引流。

(3) 体液过多 与心脏负荷增加、心肌收缩力下降、心输出量减少有关。

体液过多护理措施：①选择适当的体位，注意皮肤的护理。②饮食：限制钠盐摄入，高热量、高纤维素、清淡易消化食物，防止便秘。避免高糖食物。少食多餐，进食前后漱口。必要时静脉补充营养。③遵医嘱给药，注意药效并观察副作用。④监测血压、脉搏、呼吸、心率、心律、尿量及意识情况。

(4) 睡眠型态紊乱 与呼吸困难、不能平卧、环境刺激有关。

睡眠型态紊乱护理措施：①避免强烈光线刺激和噪声。②舒适的体位，保持呼吸道通畅。③睡前不要运动、缓慢做深呼吸、温水洗脚、按摩等；限制夜间的液体摄入量，睡前排尿；限制午后饮用咖啡饮料，避免饮酒；生活规律。④适当增加白天的体力活动，减少白天睡眠时间；有计划安排护理任务，减少睡眠时的干扰。⑤必要时用药，帮助患者夜间得到较好的休息。

(5) 潜在并发症 肺性脑病。

肺性脑病护理措施：①观察病情变化。②绝对卧床休息，舒适卧位，对烦躁不安者约束肢体，必要时专人护理。③吸氧：吸氧浓度30%~40%，氧饱和度维持在90%以上。④遵医嘱使用呼吸兴奋剂，观察疗效；病情变化及时通知医生。⑤对昏迷患者做好皮肤、口腔护理，防止褥疮和口腔炎。

(二) 专科操作技能

1. 肺功能的训练

指导患者进行缩唇呼吸、腹式呼吸。缩唇呼吸和腹式呼吸每天训练3~4轮，每轮重复8~10次。

(1) 缩唇呼吸 在嘴唇半闭(缩唇)时呼气，类似于吹口哨的嘴型。可在气管、支气管内产生压力，防止细支气管失去放射牵引和胸内高压而引起塌陷。

(2) 腹式呼吸 第一种叫做顺式呼吸，就是在吸气时把腹部鼓起，呼气时把腹部缩回；第二种叫做逆式呼吸，就是反过来，吸气时将腹部收缩，呼气时再把腹部鼓起。做腹式呼吸时注意把握以下几点：①呼吸深长而缓慢。②用鼻呼吸而不用口。③一呼一吸掌握在15s左右。深吸气(鼓起肚子)3~5s，屏息1s，然后慢呼气(回缩肚子)3~5s，屏息1s。

2. 无创机械通气的应用

(1) 概念 是一种新的机械通气的方法，使用面罩或鼻罩替代气管内导管，降低了呼吸相关性肺炎发生，增加了患者的舒适性，易于带机和撤机。主要用于无气管插管指征的Ⅰ型和Ⅱ型急性呼吸衰竭。

(2) 方法 选择适宜的面罩和鼻罩，妥善固定，连接呼吸机。主要使用BiPAP模式。吸气时进行压力支持通气(PSV)或吸人气道正压(IPAP)支持，增加患者吸入潮气量和分钟通气量，降低二氧化碳分压(PaCO_2)水平，缓解呼吸困难，减少使用呼吸辅助肌。呼气时产生呼吸末正压或呼气气道正压，提高氧分压(PaO_2)水平。

(3) 护理 ①选择合适的面罩和鼻罩：是保证通气的关键，可减少漏气。②选择合适的体位：患者尽量采取半坐卧位，以防止误吸。

③指导患者顺应呼吸机进行呼吸。④注意观察有无并发症：胃扩张。必要时行胃肠减压。

(三) 出院指导

- 1) 作好宣传工作,了解疾病相关知识。
- 2) 避免诱因,注意防寒保暖。
- 3) 坚持呼吸锻炼和全身锻炼,保护肺功能。
- 4) 氧疗:每天吸氧 10~15 h,流量 1~2 L/min,注意用氧安全。
- 5) 坚持饮食原则和计划,增强体质。
- 6) 使家属了解疾病特点和家庭配合的重要性,鼓励家属参与护理计划的制定。
- 7) 防止呼吸道感染,遵医嘱合理用药。出现呼吸困难、胸痛,发热,咳嗽等加重及时就医。

(四) 特别关注

- 1) 呼吸肌功能锻炼。
- 2) 无创呼吸机的应用及护理。

(五) 前沿进展

(1) 无创呼吸机的应用 尽早使用 BiPAP 无创呼吸机治疗肺心病伴呼吸衰竭患者,能提高患者氧分压并降低二氧化碳分压,缓解病情,减少了行人工气道及使用有创呼吸机的概率。目前,有学者研究认为夜间使用 BiPAP 无创呼吸机效果优于白天。

(2) 咳痰机和振动排痰仪促进排痰 COPD 及肺心病患者均有咳嗽咳痰,而痰液黏稠的老年患者常需要通过辅助方法来保持呼吸道的通畅。现临床上使用的咳痰机、振动排痰仪将使患者排痰的有效性得到提高。因此,多种排痰方式联合应用,将有效维持患者呼吸道通畅。

(3) 针对气管切开的患者 采用封闭式吸痰法将降低院内感染发生率,同时降低吸痰对呼吸、循环参数的影响。

(4) 俯卧位呼吸法 有研究报道:由仰卧位转为俯卧位,使肺部的功能性容积增加,膈肌的运动得到改善,肺内分泌物易于清除以及血流灌注的重新分布,使得通气得到改善。俯卧位的安置:头部用软枕垫

高 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$, 双手向上, 放于头的两侧, 在髌、膝、小腿关节处垫软枕; 每日 4 次, 每次 30 min。

【思考题】

- 1) 慢阻肺的治疗要点有哪些?
- 2) 这三类疾病的氧疗要点有哪些?
- 3) 肺功能锻炼的方法有哪些?

第四节 支气管哮喘患者的护理

【实习目标与实施方法】

(一) 专科理论知识

1. 熟悉支气管哮喘的概念

哮喘(asthma)是一种由嗜酸性粒细胞、肥大细胞和 T 淋巴细胞等多种炎症细胞参与的气道慢性炎症。

2. 了解支气管哮喘的病因及发病机制

哮喘受遗传和环境因素的双重影响。气道慢性炎症是哮喘的本质, 气道高反应性是指气道对各种刺激因子出现过强或过早的收缩反应, 与遗传关系较密切, 是哮喘发作的重要特征。

3. 掌握支气管哮喘的临床表现

(1) 典型三联症状 喘息、气促、咳嗽。此外还有出汗、心动过速、呼吸辅助肌参与呼吸、发绀等。双肺可闻及散在、弥漫性、以呼气期为主的哮鸣音。

(2) 重症哮喘患者表现 呼吸肌严重疲劳, 出现奇脉, 不能说话或仅能说字, 呼吸音减弱或消失。

4. 掌握支气管哮喘的病情观察

监测呼吸音、哮鸣音的变化, 观察患者发绀、呼吸困难、出汗、神志等变化, 夜间多巡视及时发现危重症状等。

5. 熟悉支气管哮喘的常用药物

(1) 支气管舒张药 主要作用为舒张支气管及抗炎作用。常用药