



● 徐锦江 马露娜 主编

临床护理学 情境教学病例

Clinical Nursing Situation Teaching Cases



 辽宁科学技术出版社
LIAONING SCIENCE AND TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE

辽宁省优秀自然科学著作

临床护理学情境教学病例

徐锦江 马露娜 主编

辽宁科学技术出版社

沈 阳

主 编 徐锦江 马露娜
副主编 于 洋 赵 欣 程 威
秘 书 杨 柳

© 2014 徐锦江 马露娜

图书在版编目 (CIP) 数据

临床护理学情境教学病例 / 徐锦江, 马露娜主
编. —沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2014.2

(辽宁省优秀自然科学著作)

ISBN 978-7-5381-8383-2

I. ①临… II. ①徐… ②马… III. ①护理学—病案
IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字 (2013) 第274609号

出版发行: 辽宁科学技术出版社

(地址: 沈阳市和平区十一纬路29号 邮编: 110003)

印 刷 者: 沈阳新华印刷厂

经 销 者: 各地新华书店

幅面尺寸: 185mm × 260mm

印 张: 20.5

字 数: 420千字

印 数: 1~2000

出版时间: 2014年2月第1版

印刷时间: 2014年2月第1次印刷

责任编辑: 李伟民 陈 刚

封面设计: 嵘 嵘

责任校对: 尹 昭

书 号: ISBN 978-7-5381-8383-2

定 价: 60.00元

联系电话: 024-23284360

邮购电话: 024-23284502

<http://www.lnkj.com.cn>

《辽宁省优秀自然科学著作》评审委员会

主任：

康捷 辽宁省科学技术协会党组书记、副主席

执行副主任：

黄其励 东北电网有限公司名誉总工程师

中国工程院院士

辽宁省科学技术协会副主席

副主任：

金太元 辽宁省科学技术协会副主席

宋纯智 辽宁科学技术出版社社长兼总编辑 编审

委员：

郭永新 辽宁大学副校长

陈宝智 东北大学安全工程研究所所长

刘文民 大连船舶重工集团有限公司副总工程师

李天来 沈阳农业大学副校长

刘明国 沈阳农业大学林学院院长

邢兆凯 辽宁省林业科学研究院院长

辽宁省科学技术协会委员

吴春福 沈阳药科大学校长

辽宁省科学技术协会常委

张兰 辽宁中医药大学附属医院副院长

王恩华 中国医科大学基础医学院副院长

李伟民 辽宁科学技术出版社总编室主任 编审

目 录

第一章 内 科	001
第一节 呼吸科	001
一、肺心病情境教学病例	001
二、肺炎情境教学病例	005
三、肺间质纤维化情境教学病例	008
四、肺栓塞情境教学病例	013
五、慢性阻塞性肺气肿情境教学病例	018
六、慢性支气管炎情境教学病例	024
七、支气管哮喘情境教学病例	027
八、支气管扩张情境教学病例	030
九、呼吸衰竭情境教学病例	034
第二节 心内科	037
一、心力衰竭情境教学病例	037
二、心绞痛情境教学病例	042
三、心肌梗死情境教学病例	045
四、高血压情境教学病例	049
五、二尖瓣狭窄情境教学病例	052
六、心律失常情境教学病例	055
七、心脏骤停情境教学病例	058
第三节 消化科	060
一、肝硬化情境教学病例	060
二、溃疡情境教学病例	063
三、急性胰腺炎情境教学病例	065
四、上消化道出血情境教学病例	069
第四节 肾内科	071
一、急性肾小球肾炎情境教学病例	071
二、肾病综合征情境教学病例	074

三、急性肾衰竭情境教学病例	078
四、慢性肾衰竭情境教学病例	080
五、血液透析情境教学病例	082
第五节 血液科	084
一、白血病情境教学病例	084
二、再生障碍性贫血情境教学病例	087
三、多发性骨髓瘤情境教学病例	090
四、淋巴瘤情境教学病例	093
五、过敏性紫癜情境教学病例	097
第六节 内分泌科	100
一、糖尿病情境教学病例	100
二、甲状腺功能亢进症情境教学病例	106
第七节 风湿免疫科	109
一、系统性红斑狼疮情境教学病例	109
二、类风湿关节炎情境教学病例	113
第八节 神经内科	116
一、脑出血情境教学病例	116
二、蛛网膜下腔出血情境教学病例	120
三、脑梗死情境教学病例	122
四、重症肌无力情境教学病例	125
第九节 传染科	128
一、病毒性乙型肝炎情境教学病例	128
二、流行性出血热情境教学病例	131
三、艾滋病情境教学病例	135
第二章 外科	140
第一节 普外科	140
一、甲状腺腺瘤情境教学病例	140
二、甲状腺功能亢进情境教学病例	141
三、甲状腺癌情境教学病例	144
四、胃十二指肠溃疡情境教学病例	146
五、胃癌情境教学病例	151
六、胆道手术情境教学病例	153
七、胆囊癌情境教学病例	158
八、胰腺疾病情境教学病例	158
九、肝脏手术情境教学病例	163

十、门静脉高压情境教学病例	166
十一、阑尾炎情境教学病例	169
十二、肠梗阻情境教学病例	171
十三、大肠癌情境教学病例	174
十四、腹外疝手术情境教学病例	178
十五、大隐静脉曲张情境教学病例	182
十六、深静脉血栓形成情境教学病例	183
第二节 胸外科	185
一、胸部损伤情境教学病例	185
二、肺部手术情境教学病例	189
三、食道手术情境教学病例	193
第三节 乳腺科	199
一、乳腺良性瘤情境教学病例	199
二、乳腺癌手术情境教学病例	199
第四节 心外科	204
一、冠心病搭桥手术情境教学病例	204
二、主动脉瘤手术情境教学病例	206
三、先天性心脏病情境教学病例	207
第五节 神经外科	213
一、脑出血手术情境教学病例	213
二、垂体瘤情境教学病例	218
三、脑挫裂伤情境教学病例	221
四、颅内动脉瘤情境教学病例	224
五、颅底骨折情境教学病例	226
第六节 泌尿科	228
一、前列腺手术情境教学病例	228
二、膀胱肿瘤手术情境教学病例	231
三、肾肿瘤手术情境教学病例	235
四、肾和输尿管结石手术情境教学病例	238
五、精索静脉曲张手术情境教学病例	243
第七节 骨关节科	244
一、人工膝关节置换手术情境教学病例	244
二、人工髋关节置换手术情境教学病例	247
三、颈椎病手术情境教学病例	249
四、腰椎间盘突出症手术情境教学病例	252
五、上肢肿瘤手术情境教学病例	253

六、下肢肿瘤手术情境教学病例	256
七、胸椎肿瘤手术情境教学病例	259
八、腰椎肿瘤手术情境教学病例	262
九、骶骨肿瘤手术情境教学病例	263
第三章 妇产儿科	267
第一节 妇 科	267
一、妇科腹部手术情境教学病例	267
二、妇科阴式子宫手术情境教学病例	270
三、宫外孕情境教学病例	272
四、妇科肿瘤情境教学病例	274
五、盆腔炎情境教学病例	275
第二节 产 科	277
一、孕妇情境教学病例	277
二、产妇情境教学病例	279
第三节 儿 科	280
一、白血病情境教学病例	280
二、肺炎情境教学病例	282
三、过敏性紫癜情境教学病例	283
四、先天性心脏病情境教学病例	284
五、化脓性脑膜炎情境教学病例	288
六、急性肾小球肾炎情境教学病例	290
第四章 五官科	294
第一节 眼 科	294
一、青光眼手术情境教学病例	294
二、白内障手术情境教学病例	296
三、视网膜脱离手术情境教学病例	297
四、斜视矫正手术情境教学病例	299
第二节 耳鼻喉科	301
一、喉癌手术情境教学病例	301
二、鼻咽癌手术情境教学病例	304
三、鼻息肉手术情境教学病例	306
四、鼻窦炎手术情境教学病例	308
五、扁桃体摘除手术情境教学病例	310
第三节 口腔科	313
一、舌癌手术情境教学病例	313
二、颌骨骨折情境教学病例	316

第一章 内科

第一节 呼吸科

一、肺心病情境教学病例

【病例】

患者，男，68岁，身高：170cm，体重：65kg。

主诉：反复咳嗽、咳痰25年，活动后气促12年，加重伴反复下肢水肿3年。

现病史：咳黄色脓性痰，痰量增至每天100mL左右，难咳出，心悸、气促加重伴双下肢水肿，尿量减少。无发热、盗汗、胸痛及咯血。

既往史：幼年曾患“麻疹”，有35年吸烟史，每日20支左右。无饮酒嗜好。

查体：T：36.8℃、P：114次/min、R：32次/min、BP：100/60mmHg、SpO₂ 92%。

辅助检查：实验室检查：血常规：Hb：153g/L，RBC： $4.8 \times 10^{12}/L$ ，WBC： $9.0 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞占81.7%，淋巴细胞占18.3%。肝肾功能正常，电解质正常。血气分析：pH：7.391，动脉血氧分压（PaO₂）：73.10mmHg*（9.73kPa），二氧化碳分压（PaCO₂）：56.20mmHg（7.47kPa），提示有缺氧和二氧化碳潴留。

肺功能检查：一秒量占预计值39%，一秒量35%，一氧化碳弥散量占预计值48%，气道阻力占预计值20%，提示中度阻塞性通气功能障碍，弥散功能中度受损，气道阻力增高。

【情境教学问题】

（一）请问此病的初步诊断是什么？

肺源性心脏病。

（二）它的病因有哪些？

按原发病的不同部位，可分为3类：

1. 支气管、肺疾病；
2. 胸廓运动障碍性疾病；
3. 肺血管疾病；
4. 其他。

*注：本书以临床常用单位mmHg为准。（mmHg $\times 0.133 \rightarrow$ kPa）

原发性肺泡通气不足及先天性口咽畸形、睡眠呼吸暂停低通气综合征等均可产生低氧血症，引起肺血管收缩，导致肺动脉高压，发展成慢性肺心病。

(三) 其临床表现有哪些？

1. 肺、心功能代偿期

(1) 症状：咳嗽、咳痰、气促。

(2) 体征：偶有干、湿性啰音，心音遥远， $P_2 > A_2$ ，三尖瓣区可出现收缩期杂音或剑突下心脏搏动增强，提示有右心室肥厚。部分患者因肺气肿使胸内压升高，阻碍腔静脉回流，可有颈静脉充盈。此期肝界下移是膈下降所致。

2. 肺、心功能失代偿期

(1) 呼吸衰竭的症状为呼吸困难加重，夜间尤甚，常有头痛、失眠、食欲下降，但白天嗜睡，甚至出现表情淡漠、神志恍惚、谵妄等肺性脑病的表现。体征：明显发绀，球结膜充血、水肿，严重时可有视网膜血管扩张、视乳头水肿等颅内压升高的表现。腱反射减弱或消失，出现病理反射。因高碳酸血症可出现周围血管扩张的表现，如皮肤潮红、多汗。

(2) 右心衰竭的症状为气促更明显，心悸、食欲不振、腹胀、恶心等。体征：发绀更明显，颈静脉怒张，心率增快，可出现心律失常，剑突下可闻及收缩期杂音，甚至出现舒张期杂音。肝大且有压痛，肝颈静脉反流征阳性，下肢水肿，重者可有腹水。少数患者可出现肺水肿及全心衰竭的体征。

(四) 该病人主要的护理诊断有哪些？

1. 气体交换受损；
2. 清理呼吸道无效；
3. 心输出量减少；
4. 活动无耐力；
5. 语言沟通障碍；
6. 体液过多；
7. 潜在的并发症——电解质紊乱。

(五) 诊断此病的主要依据是什么？

根据患者有慢性支气管炎、肺气肿、其他胸肺疾病或肺血管病变，并已引起肺动脉高压、右心室增大或右心功能不全，如 $P_2 > A_2$ 、颈静脉怒张、肝大压痛、肝颈静脉反流征阳性、下肢水肿及体静脉压升高，心电图、X线胸片、超声心动图有右心增大肥厚的征象，可以做出诊断。

(六) 此病应如何鉴别诊断？

1. 冠状动脉粥样硬化性心脏病（冠心病） 慢性肺心病与冠心病均多见于老年人，有许多相似之处，而且常有两病共存。冠心病有典型的心绞痛、心肌梗死病史或心电图表现，若有左心衰竭的发作史、原发性高血压、高脂血症、糖尿病史，则更有助鉴别。体检、X线、心电图、超声心动图检查呈左心室肥厚为主的征象。慢性肺心病合并

冠心病时鉴别有较多困难，应详细询问病史，并结合体格检查和有关心、肺功能检查加以鉴别。

2. 风湿性心脏病 风湿性心脏病的三尖瓣疾患，应与慢性肺心病的相对三尖瓣关闭不全相鉴别。前者往往有风湿性关节炎和心肌炎病史，其他瓣膜如二尖瓣、主动脉瓣常有病变，X线、心电图、超声心动图有特殊表现。

3. 原发性心肌病 本病多为全心增大，无慢性呼吸道疾病史，无肺动脉高压的X线表现等。

（七）在急性发病期应如何治疗？

积极控制感染；通畅呼吸道，改善呼吸功能；纠正缺氧和二氧化碳潴留；控制呼吸和心力衰竭；积极处理并发症。

1. 控制感染 参考痰菌培养及药敏试验选择抗生素。在还没有培养结果前，根据感染的环境及痰涂片革兰染色选用抗生素。社区获得性感染以革兰阳性菌占多数，医院感染则以革兰阴性菌为主。或选用二者兼顾的抗生素。常用的有青霉素类、氨基糖苷类、喹诺酮类及头孢菌素类抗感染药物，且必须注意可能继发真菌感染。

2. 氧疗 通畅呼吸道，纠正缺氧和二氧化碳潴留，可用鼻导管吸氧或面罩给氧。

3. 控制心力衰竭 慢性肺心病心力衰竭的治疗与其他心脏病心力衰竭的治疗有不同之处，因为慢性肺心病患者一般在积极控制感染、改善呼吸功能后心力衰竭便能得到改善，患者尿量增多，水肿消退，不需加用利尿药。但对治疗无效的重症患者，可适当选用利尿药、正性肌力药或扩血管药物。

4. 控制心律失常 一般经过治疗慢性肺心病的感染、缺氧后，心律失常可自行消失。如果持续存在，可根据心律失常的类型选用药物。

5. 抗凝治疗 应用普通肝素或低分子肝素防止肺微小动脉原位血栓形成。

6. 加强护理工作 因病情复杂多变，必须严密观察病情变化，宜加强心肺功能的监护。翻身、拍背排出呼吸道分泌物，是改善通气功能的一项有效措施。

（八）在缓解期应怎样治疗？

原则上采用中西医结合综合治疗措施，目的是增强患者的免疫功能，去除诱发因素，减少或避免急性加重期的发生，使肺、心功能得到部分或全部恢复，如长期家庭氧疗、调整免疫功能等。慢性肺心病患者多数有营养不良，营养疗法有利于增强呼吸肌力，改善缺氧。

（九）此病有哪些并发症？

1. 肺性脑病；
2. 酸碱失衡及电解质紊乱；
3. 心律失常；
4. 休克；
5. 弥散性血管内凝血（DIC）。

（十）患者发生气短症状如何护理？

1. 保持病室内空气新鲜, 温度、湿度适宜, 每天早晚各通风1次, 每次15~30min, 温度控制在20~22℃, 湿度为50%~70%。
2. 给予舒适的体位, 如: 抬高床头、半坐位、高枕卧位。
3. 遵医嘱给予持续低流量吸氧, 1~2L/min, 并保持输氧装置通畅, 同时向病人说明其意义和目的。
4. 指导病人有效的呼吸技巧, 如横膈式呼吸及缩嘴呼吸。
5. 鼓励病人积极咳出痰液, 保持呼吸道通畅。
6. 病情允许时鼓励病人下床活动, 以增加肺活量。
7. 发生呼吸困难时, 陪伴病人以减轻其焦虑紧张情绪。
8. 定时监测动脉血气分析值的变化。密切观察病情变化, 如有无压痛、头晕、烦躁不安、神志改变等肺性脑病症状。必要时遵医嘱应用呼吸兴奋剂及支气管扩张剂, 并密切观察药物的副作用。

9. 指导病人戒烟, 少去人群密集、空气污染的公共场所。

(十一) 患者有排痰不净时如何护理与指导?

1. 向病人讲解排痰的意义, 指导其进行有效排痰的技巧。
2. 观察相关因素, 并消除或减少相关因素, 使痰排出。
3. 指导病人根据自身病情, 按解剖位, 采取适当体位, 进行体位引流, 促使痰液排出, 保持呼吸道通畅。
4. 排痰前向病人解释并协助其翻身、拍背, 自外向内, 由下向上。
5. 嘱病人多饮水, 每天1 000~1 500mL。
6. 排痰后做好口腔护理。
7. 遵医嘱给予蒸汽吸入或超声雾化吸入, 必要时吸痰。
8. 若病情允许, 鼓励病人下床活动, 促进排痰。

(十二) 如果患者发生电解质紊乱应如何处理?

1. 正确记录24h出入水量及测量体重变化, 及时补充水和电解质。
2. 及时采集血标本, 测定电解质; 血气分析监测动脉血氧分压、动脉血二氧化碳分压的变化情况, 及时纠正碱中毒、酸中毒, 使酸碱保持平衡。
3. 密切观察病情变化, 定时监测血压、脉搏、呼吸、神志的变化, 发现异常及时通知医生进行处理。
4. 在给病人利尿剂、地高辛等药物治疗时, 随时监测电解质, 尤其是出现体液大量增加、减少或肾功能不全时。
5. 根据病情及时调整病人饮食。

(十三) 此病的预后效果如何?

慢性肺心病常反复急性加重, 随肺功能的损害病情逐渐加重, 多数预后不良, 病死率在10%~15%, 但经积极治疗可以延长寿命, 提高患者生活质量。

(十四) 应如何指导该患者活动?

1. 活动耐力逐渐增加。
2. 保证病人充足的休息和睡眠，减少不必要的体力活动。
3. 加强巡视，观察病人活动耐力是否增加，并随时为病人解决日常生活需要。

4. 与病人共同商量制订活动计划，合理安排活动与休息时间，先让病人在床上活动四肢，然后在床边活动，循序渐进，以病人耐受为宜。

5. 遵医嘱给予持续低流量吸氧 $1 \sim 2\text{L/min}$ ，并保持输氧装置通畅，提高动脉血氧分压，防止心肌、脑缺氧，活动后卧床休息，必要时吸氧缓慢增加活动量。与病人共同商量制订活动计划，合理安排活动与休息时间，先让病人在床上活动四肢，然后在床边活动，循序渐进，以病人耐受为宜。

（十五）患者有语言沟通障碍时应怎样护理？

1. 保持病室安静，鼓励病人，不要急躁。
2. 借助卡片、笔、本子、手势、图片，提供简单而满意的双向交流方式。
3. 尽量提问一些简单的句子，让病人用是或否或点头、摇头来回答。

4. 安排熟悉病人情况、能够与病人有效沟通的护士，提供连续性护理，以减少无效交流次数。

二、肺炎情境教学病例

【病例】

患者，男，65岁，身高：165cm，体重：76kg。

主诉：头疼，全身肌肉酸痛，咳嗽，咳铁锈色痰，痰液黏稠不易咳出，活动后轻度气急。

现病史：发热，咳嗽，胸疼1d。以肺炎球菌性肺炎收治入院，受凉后出现寒战，继之持续高热。

查体：T：36.8℃、P：84次/min、R：20次/min、BP：124/75mmHg。

既往史：长期吸烟，约100包/年，无明确系统疾病史，家族中无类似患者。

辅助检查：血常规：RBC： $1.56 \times 10^9/\text{L}$ ，Hb：47.0g/L，WBC： $16.96 \times 10^9/\text{L}$ ，中性粒细胞占86%。肝功能：总蛋白：39g/L，白蛋白：18g/L，其余正常。肾功能正常。纤维蛋白原含量：0.83g/L，纤维蛋白降解产物定量：29.1μg/mL，D-二聚体：583.0μg/L。降钙素原：0.12ng/mL。血气分析：PaO₂：74mmHg（9.86kPa），PaCO₂：34mmHg（4.53kPa）。

【情境教学问题】

（一）该患者的诊断是什么？

肺炎。

（二）此类疾病的流行病学有哪些？

20世纪90年代欧美国家社区获得性肺炎和医院获得性肺炎年发病率分别约为12/1 000人口和5~10/1 000住院患者，近年发病率有增加的趋势。肺炎病死率门诊肺炎患者<1%~5%，住院患者平均为12%，入住重症监护病房（ICU）者约40%。发病率

和病死率高的原因与社会人口老龄化、吸烟、伴有基础疾病和免疫功能低下有关，如慢性阻塞性肺病、心力衰竭、肿瘤、糖尿病、尿毒症、神经疾病、嗜酒、艾滋病、久病体衰、大型手术、应用免疫抑制剂和器官移植等。此外，亦与病原体变迁、医院获得性肺炎发病率增加、病原学诊断困难、不合理使用抗菌药物导致细菌耐药性增加等有关。

（三）该病的病因与发病机制有哪些？

正常的呼吸道免疫防御机制（支气管内黏液—纤毛运载系统、肺泡巨噬细胞等细胞防御的完整性等）使气管隆凸以下的呼吸道保持无菌。是否发生肺炎决定于两个因素：病原体和宿主因素。如果病原体数量多，毒力强和（或）宿主呼吸道局部和全身免疫防御系统损害，即可发生肺炎。病原体可通过下列途径引起肺炎：①空气吸入；②血行播散；③邻近感染部位蔓延；④上呼吸道定植菌的误吸。

（四）此病的病理变化有什么？

肺炎还可通过误吸胃肠道的定植菌（胃食管反流）和通过人工气道吸入环境中的致病菌引起。病原体直接抵达下呼吸道后，滋生繁殖，引起肺泡毛细血管充血、水肿，肺泡内纤维蛋白渗出及细胞浸润。除了金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌和肺炎克雷伯杆菌等可引起肺组织的坏死性病变，易形成空洞外，肺炎治愈后多不遗留瘢痕，肺的结构与功能均可恢复。

（五）按照病因该如何分类？

1. 细菌性肺炎 如肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌、甲型溶血性链球菌、肺炎克雷伯杆菌、流感嗜血杆菌、铜绿假单胞菌肺炎等。
2. 非典型病原体所致肺炎 如军团菌、支原体和衣原体等。
3. 病毒性肺炎 如冠状病毒、腺病毒、呼吸道合胞病毒、流感病毒、麻疹病毒、巨细胞病毒、单纯疱疹病毒等。
4. 肺真菌病 如白念珠菌、曲霉菌、隐球菌、肺孢子菌等。
5. 其他病原体所致肺炎 如立克次体、弓形虫（如鼠弓形虫）、寄生虫（如肺包虫、肺吸虫、肺血吸虫）等。
6. 理化因素所致的肺炎 如放射性损伤引起的放射性肺炎，胃酸吸入引起的化学性肺炎，或对吸入或内源性脂类物质产生炎症反应的类脂性肺炎等。

（六）按解剖应如何分类？

1. 大叶性（肺泡性）；
2. 小叶性（支气管性）；
3. 间质性肺炎。

（七）本病的临床表现是什么？

细菌性肺炎的症状变化较大，可轻可重，决定于病原体和宿主的状态。常见症状为咳嗽、咳痰，或原有呼吸道症状加重，并出现脓性痰或血痰，伴或不伴胸痛。肺炎病变范围大者可有呼吸困难，呼吸窘迫。大多数患者有发热。早期肺部体征无明显异常，重症患者可有呼吸频率增快，鼻翼扇动，发绀。肺实变时有典型的体征，如叩诊浊音、语

颤增强和支气管呼吸音等，也可闻及湿性啰音。并发胸腔积液者，患侧胸部叩诊浊音，语颤减弱，呼吸音减弱。

（八）该病应如何诊断与鉴别？

1. 确诊 首先必须把肺炎与上呼吸道感染和下呼吸道感染区别开来。呼吸道感染虽然有咳嗽、咳痰和发热等症状，但各有其特点，上、下呼吸道感染无肺实质浸润，胸部X线检查可鉴别。其次，应把肺炎与其他类似肺炎的疾病区别开来。

2. 评估严重程度 如果肺炎的诊断成立，评价病情的严重程度对于决定在门诊或入院治疗甚或ICU治疗至关重要。肺炎严重性决定于3个主要因素：局部炎症程度，肺部炎症的播散和全身炎症反应程度。

3. 病原体 由于人类上呼吸道黏膜表面及其分泌物含有许多微生物，即所谓的正常菌群，因此，途经口咽部的下呼吸道分泌物或痰无疑极易受到污染，有慢性气道疾病如慢性支气管炎、支气管扩张、老年人和危重病患者，其呼吸道定植菌明显增加，影响痰液中致病菌的分离和判断。应用抗菌药物后可影响细菌培养结果。因此，在采集呼吸道标本行细菌培养时尽可能在抗菌药物应用前采集，避免污染，及时送检，其结果才能起到指导治疗的作用。

（九）本病应该如何治疗？

抗感染治疗是肺炎治疗的最主要环节。细菌性肺炎的治疗包括经验性治疗和针对病原体治疗。前者主要根据本地区、本单位的肺炎病原体流行病学资料，选择可能覆盖病原体的抗菌药物；后者则根据呼吸道或肺组织标本的培养和药物敏感试验结果，选择体外试验敏感的抗菌药物。此外，还应该根据患者的年龄、有无基础疾病、是否有误吸、住普通病房或是重症监护病房、住院时间长短和肺炎的严重程度等，选择抗菌药物和给药途径。

（十）该病有哪些护理问题？

1. 清理呼吸道无效——与痰液黏稠有关；
2. 体温过高——与感染有关；
3. 气体交换受损——与肺部炎症有关；
4. 疼痛——与肺部炎症累及胸膜炎有关；
5. 潜在并发症——心力衰竭、中毒性脑病、中毒性肠麻痹、脓胸等。

（十一）发热时应该如何护理？

环境的调整：保持病室环境舒适，空气流通，适宜的温湿度，尽量安静，以减少氧气的需要量，按医嘱使用抗生素治疗，并观察治疗效果。发热要采取相应的降温措施。发热可使机体代谢加快，耗氧量增加，使机体缺氧加重，故应监测体温，警惕高热惊厥的发生。营养及水分的补充：鼓励患者进高热量、高蛋白饮食，并要多饮水。蛋白质和热量不足会影响疾病的恢复，摄入足够的水分可保证呼吸道黏膜的湿润与黏膜病变的修复，并增加纤毛运动能力，防止分泌物干结，以利痰液排出。同时可以防止发热导致的脱水。另一方面，静脉输液时严格控制液体滴注速度，最好使用输液泵，保持均匀滴

入,对重症患者应精确记录24h出入量。

(十二) 给予氧疗及排痰护理有什么?

氧疗法有助于改善低氧血症,气促、发绀患者应给予供氧并评估治疗效果和记录。保持呼吸道通畅,密切监测生命体征和呼吸窘迫程度以帮助了解疾病的发展情况;帮助患者取合适体位,抬高床头 $30^{\circ}\sim 60^{\circ}$,以利于呼吸运动和上呼吸道分泌物排出,鼓励患者患侧卧位以减轻疼痛及减少咳嗽;帮助清除呼吸道分泌物,指导患者进行有效的咳嗽,排痰前协助转换体位,可五指并拢、稍向内合掌、由下向上、由外向内地轻拍背部,边拍边鼓励患者咳嗽。促使肺泡及呼吸道的分泌物借助重力和震动易于排出,并可实施吸入疗法及体位引流使痰液变稀,易于咳出。

(十三) 该病应怎样进行健康指导?

指导患者加强营养、增强体质。进食高蛋白、高维生素饮食,开展户外活动,进行体格锻炼,尤其加强呼吸运动锻炼,改善呼吸功能。告知患者咳嗽时用手帕或纸捂嘴,尽量使痰飞沫勿向周围喷射。不随地吐痰,防止病菌污染空气而传染他人。易患呼吸道感染的患者,在寒冷季节或气候骤变外出时,应注意保暖,避免着凉。让家属了解呼吸道感染常用药物的名称、剂量、用法及常见不良反应,使疾病在早期得到及时处理。

(十四) 为了控制疾病发生应怎样预防?

加强体育锻炼,增强体质。减少危险因素如吸烟、酗酒。年龄大于65岁者可注射流感疫苗。对年龄大于65岁或不足65岁,但有心血管、肺疾病、糖尿病、酗酒、肝硬化和免疫抑制者(如HIV感染、肾衰竭、器官移植受者等)可注射肺炎疫苗。

三、肺间质纤维化情境教学病例

【病例】

患者,男,58岁,身高:174cm,体重:75kg。

主诉:胸痛,呼吸困难,乏力4个月加重1d。

现病史:1d前出现进行性气急,干咳少痰或少量白黏痰。

既往史:长期大量吸烟,酗酒,生活饮食不规律。

查体:T: 36.8°C 、P: 80次/min、R: 18次/min、BP: 120/75mmHg。干咳和劳力性气促,双肺听诊可闻及吸气性啰音。可见胸廓呼吸运动减弱,双肺可闻及细湿啰音或捻发音。有不同程度发绀和杵状指。

辅助检查:胸片显示双肺弥漫的网格状或网格小结节状浸润影,以双下肺和外周(胸膜下)明显。肺功能表现为限制性通气功能障碍和弥散量减少。实验室检查有血沉加快、血乳酸脱氢酶增高和免疫球蛋白增高。

【情境教学问题】

(一) 该病的发病机制是什么?

特发性肺纤维化(IPF)的发病机制尚不清楚,可能与接触粉尘或金属、自身免疫、慢性反复的微量胃内容物吸入、病毒感染和吸烟等因素有关。遗传基因对发病过程

可能有一定的影响。致病因素导致肺泡上皮损伤和上皮基底膜破坏,启动成纤维细胞的募集、分化和增生,致使胶原和细胞外基质过度生成。损伤的肺泡上皮和炎症浸润的白细胞通过自分泌和旁分泌的形式,分泌TNF- α 、TGF- β 和IL-8等。这些炎症介质促进肺纤维化过程。肺泡内氧化负荷过重,也有可能参与肺泡的损伤过程。这种慢性损伤和纤维增生修复过程,最终导致肺纤维化。

(二) 该病是怎么分类的?

目前国际上将ILD/DPLD分为4类:

1. 已知病因的DPLD,如药物诱发性、职业或环境有害物质诱发性(铍、石棉)DPLD或胶原血管病的肺表现等;

2. 特发性间质性肺炎(idiopathic interstitial pneumonia, IIP),包括7种临床病理类型:特发性肺纤维化(IPF)/寻常型间质性肺炎(UIP),非特异性间质性肺炎(NSIP),隐源性机化性肺炎(COP)/机化性肺炎(OP),急性间质性肺炎(AIP)/弥漫性肺泡损伤(DAD),呼吸性细支气管炎伴间质性肺疾病(RB-ILD)/呼吸性细支气管炎(RB),脱屑性间质性肺炎(DIP),淋巴细胞间质性肺炎(LIP);

3. 肉芽肿性DPLD,如结节病、外源性过敏性肺泡炎、Wegener肉芽肿等;

4. 其他少见的DPLD,如肺泡蛋白质沉积症、肺出血-肾炎综合征、肺淋巴管平滑肌瘤病、朗格汉斯细胞组织细胞增多症、慢性嗜酸性粒细胞性肺炎、特发性肺含铁血黄素沉着症等。

(三) 此病的诊断依据有哪些?

1. 病史;
2. 胸部影像学检查;
3. 肺功能;
4. 支气管肺泡灌洗检查;
5. 肺活检;
6. 全身系统检查。

(四) 该病的病理变化有哪些特点?

IPF的病理改变与病变的严重程度有关。主要特点是病变在肺内分布不一,可以在同一低倍视野内看到正常、间质炎症、纤维增生和蜂窝肺的变化,以下肺和胸膜下区域病变明显。肺泡壁增厚,伴有胶原沉积、细胞外基质增加和灶性单核细胞浸润。炎症细胞不多,通常局限在胶原沉积区或蜂窝肺区。肺泡腔内可见到少量的Ⅱ型肺泡上皮细胞聚集。可以看到蜂窝肺气肿、纤维化和纤维增殖灶。继发的改变有肺容积减小、牵拉性支气管扩张和肺动脉高压等改变。

(五) 该病的临床表现有什么?

通常为隐袭性起病,主要的症状是干咳和劳力性气促。随着肺纤维化的发展,发作性干咳和气促逐渐加重。进展的速度有明显的个体差异,经过数月至数年发展为呼吸衰竭和肺心病。起病后平均存活时间为2.8~3.6年。通常没有肺外表现,但可有一些伴随