

普通高等教育“十二五”规划教材

· 医学教材系列 ·

内科护理学

NEI KE HULI XUE

李丽◎主编

辽宁大学出版社

普通高等教育“十二五”规划教材

· 医学教材系列 ·

内科护理学

主 编 李 丽

副主编 曹学云 程 琳 雷 璇

编 委 张 犇 齐 培

辽宁大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

内科护理学 / 李丽主编. — 沈阳: 辽宁大学出版社, 2013. 10

普通高等教育“十二五”规划教材. 医学教材系列

ISBN 978-7-5610-7511-1

I. ①内… II. ①李… III. ①内科学—护理学—医学院校—教材 IV. ①R473.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 248737 号

出 版 者: 辽宁大学出版社有限责任公司

(地址: 沈阳市皇姑区崇山中路 66 号 邮政编码: 110036)

印 刷 者: 北京明兴印务有限公司

发 行 者: 辽宁大学出版社有限责任公司

幅面尺寸: 185mm×260mm

印 张: 32

字 数: 730 千字

出版时间: 2013 年 10 月第 1 版

印刷时间: 2013 年 11 月第 1 次印刷

责任编辑: 张琢石 黄 铮

封面设计: 可可工作室

责任校对: 齐 悦

书 号: ISBN978-7-5610-7511-1

定 价: 58.00 元

联系电话: 86864613

邮购热线: 86830665

网 址: <http://WWW.lnupshop.com>

电子邮件: lnupress@vip.163.com

前言

内科护理学是临床护理学中一门重要的学科,是关于认识疾病及其预防和治疗、护理病人、促进康复、增进健康的科学。内科护理学所阐述的内容在临床护理学的理论和实践中具有普遍意义,它既是临床各科护理学的基础,又与它们有着密切的联系,故学好内科护理学是学好临床专业课的关键。

本教材以培养本科应用型人才为主,与临床接轨,通过临床病例导入课程,逐步展开教学内容。其内容包括:呼吸、循环、消化、泌尿、血液、内分泌代谢性疾病、风湿病、神经系统疾病等病人的护理。每一系统均按病因及发病机制、临床表现、实验室及其他检查、诊断要点、治疗要点、护理评估、护理诊断、护理目标、护理措施和健康教育进行系统阐述;简要介绍其解剖生理及常见症状的护理,并专题介绍该系统疾病的常用现代诊疗技术;临床常见病、多发病前设病例导入,目的是让学生结合以往的知识,对病案进行初步认识分析,然后带着疑问进行学习,有目的、有重点地掌握相关知识,加深对知识的理解和临床应用,注重提高学生理论联系实际、分析处理问题的综合能力。本书的教学任务是使学生掌握内科护理学的基本知识、基本理论和基本技能,能规范地进行内科护理技术操作,运用现代护理观对内科疾病患者实施高质量的整体护理,促进患者康复,增进健康。

本教材根据教师在使用现行教材教学中所发现的问题以及各学校教师的反馈意见和建议合理组织内容,进一步提炼文字,使教材更加易教、易学、易懂,更能体现当今先进的教学理念。在编写过程中力求突出以下内容:①明确护理程序是一种体现整体护理观的、科学的临床思维和工作方法,继续以护理程序为框架编写,分为完整、简略两种格式,以此培养学生主动思维、及时发现和正确解决临床护理问题的能力。在本书第一章“绪论”中,阐述了对整体护理观、护理程序和护理诊断/问题的基本理解和应用方法,并在全书贯穿了这一思路。②进一步完善护理诊断/问题在教材中的应用和相应护理措施的组织,规范“健康指导”的编写,突出重点,充实内容。③更新和补充了临床新的诊断、治疗和护理的方法、技术。同时,编写力求准确、清楚、严谨、层次分明、重点突出、逻辑性强、实用性强、临床性强,力求反映临床最新进展,力求将人文素质教育、创新思维训练和实践能力培养贯穿其中。

本教材由李丽(第一章、第二章、第四章)、曹学云(第三章、第五章)、程琳(第六章、第七章、第八章)、雷璇(第九章)、张韡(第二章、第十五节、第四章、第十三节)、齐培(第三章、第十四节、第五章、第九节)完成。统稿审修由李丽、曹学云完成。

本教材主要供我国高等护理学专业普通教育本科学生使用,也可供高等专科学校、高等职业教育、成人高等教育学生和临床护理工作者使用和参考。

本教材全体编者都以高度认真负责的态度参与了工作,但因编写时间短促,加之编者水平有限,书中难免有不尽完善之处,请各院校师生、临床护理工作者在使用本教材过程中,提出意见和建议,以求再版时改进与完善。

编者

2013年7月

目 录

第一章 绪论	(1)
第二章 呼吸系统疾病病人的护理	(4)
第一节 概述	(4)
第二节 呼吸系统疾病病人常见症状体征的护理	(7)
第三节 急性呼吸道感染	(11)
第四节 肺部感染性疾病	(15)
第五节 肺脓肿	(23)
第六节 支气管扩张	(26)
第七节 肺结核	(30)
第八节 慢性阻塞性肺疾病	(39)
第九节 支气管哮喘	(44)
第十节 慢性肺源性心脏病	(54)
第十一节 肺血栓栓塞症	(58)
第十二节 原发性支气管肺癌	(64)
第十三节 胸腔积液	(70)
第十四节 呼吸衰竭	(75)
第十五节 呼吸系统常用诊疗技术及护理	(81)
第三章 循环系统疾病病人的护理	(91)
第一节 概述	(91)
第二节 循环系统疾病病人常见症状体征的护理	(94)
第三节 心力衰竭	(98)
第四节 心律失常	(108)
第五节 心脏骤停与心脏猝死	(124)
第六节 心脏瓣膜病	(126)
第七节 心绞痛	(134)
第八节 心肌梗死	(138)
第九节 原发性高血压	(146)



第十节 病毒性心肌炎	(153)
第十一节 心肌病	(155)
第十二节 感染性心内膜炎	(159)
第十三节 心包疾病	(162)
第十四节 循环系统常用诊疗技术及护理	(166)
第四章 消化系统疾病病人的护理	(172)
第一节 概述	(172)
第二节 消化系统疾病病人常见症状体征的护理	(177)
第三节 胃炎	(182)
第四节 消化性溃疡	(186)
第五节 胃癌	(192)
第六节 肠结核与结核性腹膜炎	(195)
第七节 溃疡性肠病	(199)
第八节 肝硬化	(204)
第九节 原发性肝癌	(211)
第十节 肝性脑病	(216)
第十一节 急性胰腺炎	(221)
第十二节 上消化道大出血	(225)
第十三节 消化系统常用诊疗技术及护理	(231)
第五章 泌尿系统疾病病人的护理	(239)
第一节 概述	(239)
第二节 泌尿系统疾病病人常见症状体征的护理	(242)
第三节 肾小球疾病概述	(245)
第四节 肾小球肾炎	(247)
第五节 肾病综合征	(255)
第六节 尿路感染	(259)
第七节 急性肾衰竭	(263)
第八节 慢性肾衰竭	(267)
第九节 血液净化治疗的护理	(274)
第六章 血液系统疾病病人的护理	(280)
第一节 概述	(280)
第二节 血液系统疾病病人常见症状的护理	(284)
第三节 贫血	(287)
第四节 出血性疾病	(309)
第五节 白血病	(325)



第六节 淋巴瘤	(336)
第七节 多发性骨髓瘤	(340)
第八节 造血干细胞移植的护理	(343)
第九节 骨髓穿刺术	(348)
第七章 内分泌与代谢性疾病病人的护理	(350)
第一节 概述	(350)
第二节 内分泌与代谢性疾病病人常见症状体征的护理	(355)
第三节 腺垂体功能减退症	(358)
第四节 甲状腺疾病	(363)
第五节 肾上腺皮质疾病	(378)
第六节 糖尿病	(383)
第八章 风湿性疾病病人的护理	(394)
第一节 概述	(394)
第二节 风湿性疾病病人常见症状体征的护理	(396)
第三节 系统性红斑狼疮	(400)
第四节 类风湿关节炎	(407)
第五节 强直性脊柱炎	(413)
第九章 神经系统疾病病人的护理	(419)
第一节 概述	(419)
第二节 神经系统疾病病人常见症状与体征的护理	(426)
第三节 周围神经疾病	(439)
第四节 脊髓疾病	(445)
第五节 脑血管疾病	(450)
第六节 发作性疾病	(470)
第七节 运动障碍疾病	(479)
第八节 肌肉疾病	(489)
第九节 神经系统常用诊疗技术及护理	(496)



三、护理程序在内科护理学中的应用

护理专业作为健康相关专业之一,应该有一套科学的工作方法。实际上,护理程序就是各学科、各专业通用的科学方法(scientific method)和解决问题方法(problem-solving approach)在护理专业实践中的应用,是一种体现整体护理观的临床思维和工作方法。临床护理实践中,要求护士细心地观察和监测病人的病情并能及时识别病情变化;实施护理措施和执行医嘱的治疗措施后能观察和评价其效果;能全面评估和综合考虑病人生物、心理、社会等各层面的需求,并积极地采取适当的干预。这些既要求护士具有扎实的理论知识和过硬的实践技能,也要求护士在工作中有更积极、主动的思维过程。以护理程序去思考病人的问题,做出评估、判断和决策,据以计划、实施并记录护理活动,进而总结、评价处理的效果,这一过程有利于促使护士不断地提高业务能力,积极、主动地开展工作;有利于增强护士的专业意识,界定护理专业自主性、独特性,以及在工作范围方面与其他专业的不同之处;有利于促进护士之间的沟通,向病人提供连续的整体护理,提高病人的满意度。随着应用护理程序的经验积累,护士应能够做到无需有意识地逐个步骤地刻板依照,也能自然地根据病人的具体情况加以应用。例如面对急性大量出血的病人,护士必须迅速评估病情,同时采取和执行抢救措施,并评价处理的效果,亦即几乎是在同一时间完成护理程序的全部步骤,以挽救病人生命。如果面对的是患有慢性病或功能残疾的病人,护士则需对病人进行全面深入的评估,与其共同制定目标和护理计划,以书面记录的形式使其他护士也知晓和执行,并在实施过程中根据病人情况的进展变化,对护理措施作出修改和更新。如果护士能习惯于这种思维,即使护理记录不以护理程序的格式书写或不以完整的护理程序的格式书写,也应该不会妨碍它在临床护理中的应用。

简言之,对护理程序的熟练应用,意味着使之融入护理工作之中,成为护士工作过程中无法分割的组成成分;意味着使这种概念框架内化为护士的思维习惯,再外化为工作的方法。目前,在护理专业实践中,应用护理程序已成为各国护理界的共识。

根据这一思路,在本教材的编写中:①各章的概述均简要地阐述了该系统或专科病人护理评估的重点内容。②各系统或专科常见症状的护理以护理程序的格式编写。③各种疾病的护理部分亦按护理程序的格式编写,分为完整、简略两种格式。以“章”为单位,每组疾病中均有数个有代表性的病种按完整的护理程序格式编写,包括护理评估、常用护理诊断/问题、目标、护理措施及依据、评价等五部分。其他疾病按简略的格式编写,只包括常用护理诊断/问题、护理措施及依据或其他护理诊断/问题。在内容编排上,简略与完整的格式是一致的,每个常用护理诊断/问题与有关的护理措施及依据相对应,不同之处仅在于省略了护理评估、目标和评价部分。学生可以学习和参照完整的编写格式,训练自己运用这种思维方式,举一反三,去认识、思考患有各种疾病病人的问题,进而计划、实施护理措施并评价其结果。

四、内科护理中护士的角色作用

内科护理的服务对象是从青年、中年、老年直至高龄老人的成年人。服务对象的年龄跨度大,因而各种健康问题和卫生保健的需求高度复杂。同时,临床护理中护士的角色作用在扩展和延伸,也对内科护士提出了新的更高的要求,内科护士不仅是病人的直接护理者,还应承担协作者、教育者、代言者、管理者和研究者的角色作用。

1. 护理者(caregiver) 直接护理病人从来是护士的基本工作职责。每一名注册护士作为护理专业的从业人员,必须应用科学的理论和知识指导临床实践,从整体的观念出发,以适当的生理和心理社会指标对病人及家属进行全面的评估,发现并诊断人对健康问题的反应,以满足服务对象在生理、心理、文化、精神和环境等方面的需求为目标,制定切实可行的护理计划并加以实施。护理者的角色要求护士富有爱心,具有宽广而扎实的人文社会科学、基础和临床学科的知识,并注重自身专业能力的培养和发挥;既能掌握过硬的基础护理和专科护理的操作技能,准确完成各项治疗性措施,又能重视病人病情的观察和判断,重视生活护理、心理护理和健康指导。护理的过程,就是护理者把爱心、知识和技能转化为对服务对象的关爱和照护的过程。



2. 协作者(collaborator) 在临床工作中,往往需要医生、护士、营养师、康复治疗师、心理治疗师、社会工作者等多学科专业人员的通力合作,才能对病人提供全面的、协调的、高质量的服务。在 multidisciplinary 专业人员组成的团队中,护士既需要独立地对病人进行评估,计划和实施护理,又需要与其他学科专业的人员有效沟通、协调合作,探讨解决病人问题的策略,参与决策。

3. 教育者(educator) 护士作为健康教育者的作用越来越得到重视,其原因是多方面的。一是随着健康观念的转变,人们对卫生服务的需求从治疗疾病向增进健康、预防疾病扩展,健康教育就是满足这一需求的主要手段之一。二是在慢性病的人群干预、病人管理中,包括住院病人的出院指导中,健康教育均是主要手段。内科疾病多为慢性病,在出院计划中,应指导病人和家属如何在出院后继续治疗和定期随访,如何自我护理以保持病情稳定,如何识别病情变化并及时就诊。要使健康教育行之有效,护士应评估病人或其他学习者的学习需求和学习能力,选择适当的教学方法、教具和资料,运用恰当的表达和沟通技巧去实施教学,并对学习效果进行评价。健康教育的方式可以是专门安排的讲座、出院指导,也应贯穿在日常工作中,在护理病人的同时进行。除了健康教育,护士对护士学生、高年资护士对低年资护士、辅助护理人员等,均承担着教育者的责任。

4. 代言者(advocate) 病人或其他服务对象往往对卫生保健系统不甚了解,护士应尊重和维护他们的知情权,帮助他们了解有关的合法权益,并在需要时协助他们与其他专业人员进行沟通,作出知情的选择和决策。在宏观的层面上,护理界应该积极参与我国医疗体制改革,为提高医疗服务质量,提出建设性的意见和建议。

5. 管理者(manager) 无论采用何种护理分工方式,无论是在医院或在社区,护理工作中都包含着对病人的管理。护士在管理方面的职责还涉及时间、资源、环境、人员的管理。护士应能够有效地使用时间,节省各种资源,安排好各班次工作,管理好工作场所,指导、检查下级护理人员的工作,以及行使其他管理、协调方面的职责。护士应学习和应用管理学的理论和技巧,营造一个有利于护理实践的环境,保证服务的质量。

6. 研究者(researcher) 科学研究是一个学科发展的基础。护理学是一门实践性和科学性都很强的专业,科学研究应成为护理实践的有机组成部分。在临床实践中,护士应注重对经验的总结和归纳,更应增强科研意识,用科学的方法严谨地、实事求是地分析探究护理实践中的问题,提出有说服力的结果和观点,丰富护理学知识体系。同样重要的是,护士应培养应用科研成果的意识,用科研成果指导和改进临床实践。

五、内科护理学的发展

随着人类文明和科学技术的进步,人民生活水平的提高,生活方式的改变,疾病谱发生了很大的变化。生物—心理—社会医学模式和现代护理观的形成,人民群众对卫生保健服务的需求,表现在不仅要求治疗疾病,更重要的是促进和保持健康,预防疾病。这些变化促进新的医学模式取代原有的医学模式,以整体的人的健康为中心的现代护理观也相应取代了原有的以护理疾病为主的护理观。观念的转变使内科护理学已不再局限于医院内病人的护理,而是扩展到预防疾病、促进健康、协助康复、减轻痛苦的全过程护理,注重整体的人的生理、心理、社会、精神需求,把护理工作的场所从医院扩展到家庭和社区。

现代临床医学的迅速发展,使对许多疾病病因和发病机制的认识日趋明确,新的诊疗技术和方法不断涌现。在检查和诊断技术上,心、肺、脑的电子监护系统作为持续的病情监测指标并可及时报告;内镜技术不断提高,其用途也在不断扩大,通过直接观察、摄像、采集脱落细胞和活组织检查等方法,有效地提高了消化道、呼吸道、泌尿道、腹腔内等疾病的早期诊断和确诊率。在治疗技术方面,器官移植技术及术后有效的免疫治疗,使脏器功能严重衰竭的患者的生命能够延长等等。这些诊疗都需要护理人员的参与和配合,协助医生共同来完成。



第二章 呼吸系统疾病病人的护理

第一节 概述

呼吸系统疾病发病率高,许多疾病呈慢性病程,肺功能逐渐损害,最终使病人致残甚至危及生命。由于大气污染、吸烟、工业经济发展导致的理化因子、生物因子以及人口年龄老化等因素,使近年来呼吸系统疾病如肺癌、支气管哮喘的发病率明显增加,慢性阻塞性肺疾病居高不下(40岁以上人群中超过8%)。肺结核发病率虽有所控制,但近年又有增高趋势。肺血栓栓塞症已经构成了重要的医疗保健问题,肺动脉高压近年来也日益受到关注。肺部弥漫性间质纤维化及免疫低下性肺部感染等疾病发病率日渐增多。呼吸系统疾病对我国人民健康危害仍是很大的,已成为重要的医疗保健问题。

一、呼吸系统结构与功能

(一) 呼吸系统结构

呼吸系统主要包括呼吸道和肺。呼吸道被分为上、下呼吸道。

1. 呼吸道

(1)上呼吸道:由鼻、咽、喉构成。作为气体通道,主要起着过滤、湿化、净化空气和加温的作用。空气经鼻腔黏膜加温至 37°C 左右,并达到95%的相对湿度以符合生理要求。气管切开或气管插管病人,吸入气体未经过鼻腔黏膜的加温加湿作用,可引起病人的不适,因此呼吸机均配有湿化和加温设备。会厌、声门、声带具有保护性反射作用,在发音、吞咽时防止口腔分泌物和食物误吸入呼吸道。

(2)下呼吸道:由气管、支气管至终末呼吸性细支气管末端组成。气管从喉开始至气管分叉处,在第4胸椎水平分为左右主支气管。右主支气管与气管的夹角比左侧陡,管径也大,因此气管插管、异物易进入右侧支气管。

(3)呼吸道组织结构:气管和大的支气管黏膜由假复层纤毛柱状上皮和分泌黏液的杯状细胞组成,黏膜下为弹力纤维组成的固有膜。外膜由“C”形软骨和结缔组织构成。软骨缺口由平滑肌、腺体和结缔组织封闭。随着支气管向外周分支,管腔逐渐变小,软骨成分减少,平滑肌相应增多。所以,支气管平滑肌收缩可引起广泛的小支气管痉挛,导致阻塞性呼吸困难。从鼻腔到终末细支气管的黏膜都有纤毛上皮细胞。纤毛具有清除呼吸道内分泌物和异物的功能,是气道重要的防御机制之一。纤毛活动可因黏液分泌物的干燥、变稠,或因吸烟、吸入有害气体及病原体感染而受到不同程度的损害。纤毛活动能力减弱可导致呼吸道防御功能下降,诱发细菌感染。

2. 肺和肺泡

肺为一弹性海绵状器官,呈圆锥形,位于纵膈两侧,上端称肺尖,下端为肺底,又称膈面。左肺两叶,右肺三叶,外被胸膜,叶间有裂相隔,每叶由支气管和血管再分为肺段,左肺有8个肺段,右肺有10个肺段。

(1)肺泡:肺泡是气体交换的场所,正常人肺泡的内表面积可达 100m^2 ,肺泡总数为3亿~7.5亿个,因而具有巨大的呼吸储备力。

(2)肺泡的上皮细胞:由I型细胞、II型细胞和巨噬细胞组成。I型细胞为扁平细胞,与毛细血管内皮细胞和其间的基底膜融合而成的肺泡-毛细血管膜,厚度仅为 $0.5\mu\text{m}$,有利于气体的弥散。II型细胞散在于I型细胞间,分泌表面活性物质,维持肺泡的表面张力,防止其萎陷。

(3)肺泡巨噬细胞:肺泡巨噬细胞是来自血液的单核细胞,除吞噬进入肺泡的微生物和尘粒外,还可生成和释放多种细胞因子,在肺部疾病中起着重要的作用。



(4)肺间质:是指肺泡细胞基底膜和肺泡毛细血管周围空隙及其中的细胞与结缔组织,在肺内起支撑作用,使通气和换气功能顺利进行。许多疾病会累及肺间质,最终导致永久性的肺纤维化。

3. 肺的血液供应

肺有双重血液供应,即肺循环和支气管循环。

(1)肺循环:肺动脉分支沿支气管伴行到达肺腺泡成为末梢细动脉。在肺泡间隔成为肺泡毛细血管网进行气体交换。肺静脉系统从肺泡毛细血管网开始,逐渐形成静脉,回到左心房。肺循环有高容量、低阻力、低压力的特点,缺氧能使小的肌性肺动脉收缩,形成肺动脉高压,是发生慢性肺源性心脏病重要机制之一。

(2)支气管循环:支气管动脉营养肺和支气管,与支气管伴行至呼吸性细支气管水平,形成毛细血管网,营养各级支气管。支气管静脉与动脉伴行,收纳各级支气管的静脉血,最后经上腔静脉回右心房。支气管动脉在支气管扩张等疾病时可形成动-静脉分流,静脉曲张破裂引起大咯血。

4. 胸膜

胸膜分脏层和壁层。胸膜腔在正常情况下为潜在的空腔,有少量体液起润滑作用。壁层胸膜分布有感觉神经末梢,脏层胸膜无痛觉神经,因此,胸部疼痛是由壁层胸膜发生病变或受刺激引起。

(二) 呼吸系统功能

1. 呼吸功能

人体组织细胞不断新陈代谢,代谢消耗的氧从外环境中吸收,氧代谢所产生的二氧化碳则排出体外。吸入氧气排出二氧化碳称为气体交换,是肺最重要的功能。

(1)肺通气:是指肺与外环境的气体交换,动力来自呼吸机收缩引起的胸廓与非内压的改变,使气体有效的进、出肺泡。

(2)肺换气:是指肺泡与肺毛细血管血液之间的气体交换,气体交换是通过呼吸膜以弥散的方式进行的。影响肺换气的主要因素为呼吸膜的面积及弥散功能;肺通气与肺血流的比例、呼吸膜两侧的气体分压差。

2. 防御功能

(1)气道物理防御:是通过致病因子的沉积、滞留和气道黏液-纤毛的清除作用完成的。

(2)生物学防御:主要为上呼吸道的正常菌群。

(3)神经学防御:机制主要是由有害因子刺激鼻黏膜产生的咳嗽反射、喷嚏和支气管收缩等完成,以清除致病物质。

(4)气道-肺泡免疫系统:在有害因子刺激下,可通过细胞免疫和体液免疫发挥免疫防御机制。

若致病因子过强或防御功能降低,就会导致疾病的发生,如烟雾、有害气体、囊性纤维化、长期吸入未经鼻黏膜充分温化的气体等均能使黏液变稠或纤毛细胞受损,从而降低或损害纤毛运载系统的功能,妨碍气道表面异物的清除,从而促进肺部感染及肺尘埃沉着病(尘肺)等疾病的发生。

3. 呼吸的调节

呼吸调节的目的是为机体提供氧气、排出二氧化碳和稳定内环境的酸碱度。机体通过中枢神经控制、神经反射性调节和化学反射性调节来完成。

二、护理评估

全面收集病人的主、客观资料,对呼吸系统疾病病人进行护理评估。

(一) 病史评估

1. 患病及治疗经过

(1)患病经过:病人患病的起始情况和时间,有无诱因、主要症状,如咳嗽、咳痰、呼吸困难、胸痛等表现及其特点,症状加剧和缓解的有关因素或规律性,有无伴随症状等。

(2)检查及治疗经过:既往检查、治疗经过及效果。做过何种检查,结果如何。用药史包括药物的名称或种类、剂量、用法、每天使用的次数、末次用药的时间,是按医生处方用药还是自行购药使



用;用药后症状是减轻或消失,还是无变化甚至加重;是否会正确使用吸入性药物等。有无特殊治疗方法,如 COPD 病人是否有长期氧疗。

(3) 目前病情与一般状况:目前的主要不适及病情变化。一般状况如饮食及食欲、睡眠、排便等方面情况是否发生改变。如慢性呼吸衰竭病人是否有食欲下降,哮喘病人是否有睡眠障碍等。

(4) 过敏史:是否对某些食物或药物过敏,如支气管哮喘病人是否有明确的过敏原。

2. 心理—社会状况

(1) 疾病知识:病人对疾病的发生、病程、预后及健康保健知识是否了解。如慢性支气管炎病人对影响疾病发生、发展的知识的认识,肺结核病人对疾病转归的了解等。

(2) 心理状况:病人的性格特点、精神状态。呼吸系统疾病多为慢性反复发作,且疾病缓解率低,给病人的生活造成许多影响,持续存在咳嗽、胸痛、咯血、呼吸困难等症状,可能使病人产生不良情绪反应。评估病人是否存在焦虑、恐惧、自卑、抑郁等不良心理。

(3) 社会支持系统:包括病人的家庭成员组成、家庭经济、文化、教育背景,对病人所患疾病的认识以及对病人的关怀和支持程度;医疗费用的来源或支付方式;出院后继续就医的条件,如居住地有无比完备的初级卫生保健设施等资源。

3. 生活史

(1) 个人史:出生地和居住地环境情况、性别、年龄、职业、经济情况。居住地是否长期处在污染环境中,如矿区;家庭、工作环境中是否有被动吸烟的情况。

(2) 生活方式:日常生活、工作、学习、睡眠等是否规律。病人平时活动中维持呼吸运动的方法,日常活动量和活动耐力,能否胜任工作,角色功能、社会交往、性功能等是否有改变。如 COPD 病人逐渐丧失工作能力,可能影响家庭经济来源,甚至生活不能自理。

(3) 不良嗜好:如吸烟,吸烟量以“包年”为单位。计算方法:每天吸烟包数 $\times$ 年数,其数量与 COPD 关系密切。免疫低下性肺部感染病人是否有静脉吸毒的经历。

(二) 身体评估

1. 一般状态:生命体征、精神状态、营养状况、皮肤颜色有无异常。呼吸系统疾病多与感染有关,病人常有体温升高、脉率增快;肺性脑病病人出现意识障碍;慢性呼吸衰竭、肺结核病人出现消瘦或体重下降;缺氧时出现发绀、二氧化碳潴留时皮肤潮红等。

2. 头、面和颈部:有无鼻翼扇动、鼻窦压痛、牙龈红肿、扁桃体肿大、气管移位、颈静脉充盈、淋巴结肿大。

3. 胸部:是否有皮下气肿、胸壁和胸部压痛等表现;有无异常呼吸运动、呼吸频率、节律和深度的变化;是否有桶状胸等胸廓异常;有无触觉语颤增强或减弱、胸膜摩擦感;是否有叩诊音异常;有无异常呼吸音,及干、湿啰音、胸膜摩擦音等。

(三) 实验室及其他检查

1. 血液检查

呼吸系统感染病人,可有白细胞计数增加,中性粒细胞核左移,有时可有中毒颗粒。与过敏、寄生虫有关的疾病,如支气管哮喘病人可以有嗜酸粒细胞增多。

2. 痰液检查

痰液检查是诊断呼吸系统疾病病因、进行疗效观察及判断预后的重要检查。护士应正确指导病人采集痰标本。

(1) 自然咳痰法:于清晨醒后用清水漱口数次,以免口腔杂菌污染,用力咳出深部第一口痰,留于无菌容器中,尽量避免或减少唾液和鼻咽部分泌物的混入。咳痰困难病人可于雾化吸入或口服祛痰剂后留取。最常用,留取方法简便,但标本容易污染。

(2) 经环甲膜穿刺气管吸引或经纤维支气管镜防污染双套管毛刷取标本可防止咽部寄生菌污染,对肺部微生物感染的病因判断和药物选用有重要价值。

3. 影像学检查



包括胸部 X 线透视、正侧位胸片、CT 检查及磁共振显影(MRI)等,可明确病变部位、性质、气管、支气管通畅程度等。MRI 对纵隔疾病和肺血栓栓塞症的诊断有较大帮助;肺血管造影用于肺血栓栓塞症和各种先天性或获得性血管病变的诊断;支气管动脉造影和栓塞术对咯血有较好的诊治价值。

4. 支气管镜和胸腔镜

纤支镜能深入到亚段支气管,直接窥视黏膜有无水肿、充血、溃疡、肉芽肿、异物等,做黏膜的刷检或钳检,进行组织学检查;做支气管肺泡灌洗,将灌洗液进行微生物学、细胞学和免疫学等检查,有助于明确病原和进行病理诊断;亦可经高频电刀、激光、微波及药物注射治疗良、恶性肿瘤;还可以引导气管插管。胸腔镜广泛应用于胸膜活检和肺活检。

5. 呼吸功能测定

通过对肺通气和肺换气功能进行测定,了解呼吸系统疾病对肺功能损害的程度和性质。

(1)肺总容量(total lung capacity, TLC):是肺所能容纳的总气量,正常成年男性约为 5000ml,女性约为 3500ml。TCL 主要取决于呼吸肌收缩能力、肺和胸廓的弹性以及有效的肺泡通气数目等。

(2)用力肺活量(forced vital capacity, FVC):指最大吸气后用力呼出的气量,正常成年男性约为 3500ml,女性约为 2500ml。各种影响肺通气功能的因素均可影响 FVC。

(3)残气量(residual volume, RV):指最大呼气末气道内残留的气量,正常成年男性约为 1500ml,女性约为 1000ml。功能残气量(functional residual capacity, FRC)指平静呼气末肺内残留的气量。正常成人约为 2300ml。

FRC 和 RV 的升高见于气道阻力增加;降低常见于肺顺应性下降。TLC、FVC、RV 降低, RV/TLC 正常或增加,提示弥散功能下降,见于限制性通气损害,多为肺间质纤维化、胸腔积液、胸膜增厚等的早期表现;RV、RV/TLC 明显增加,是阻塞性通气功能障碍的表现,常见于 COPD。

第二节 呼吸系统疾病病人常见症状体征的护理

一、咳嗽与咳痰

咳嗽(cough)是延髓咳嗽中枢受刺激引起的一种防御动作,呈突然、爆发性的呼气运动,以清除气道分泌物。咳嗽是一种保护性反射,也有一定的危害,如诱发脑出血、气胸等。咳痰(expectoration)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。咳嗽可伴或不伴咳痰。咳嗽无痰或痰量甚少,称为干性咳嗽(drying cough);伴有咳痰的咳嗽,称湿性咳嗽。引起咳嗽和咳痰的常见病因有:①气道疾病,如急性或慢性咽炎、喉炎、气管-支气管炎、支气管结核、支气管哮喘、支气管扩张、支气管肺癌等;②肺实质和胸膜疾病,如肺炎、肺脓肿、胸膜炎、自发性气胸、肺水肿、肺间质性疾病等;③其他疾病或药物,如食管反流性疾病、脑炎、脑膜炎、精神性咳嗽、服用 β 受体阻滞剂或血管紧张素转换酶抑制剂等。咳嗽是延髓咳嗽中枢受刺激引起的一种防御动作,借以清除呼吸道内的分泌物和异物。咳嗽也有一定的危害,如诱发脑出血、气胸等。

(一)护理评估

1. 病史评估

(1)诱因:有无受凉、气候变化、粉尘吸入、服用血管紧张素转换酶抑制剂或精神因素等。

(2)咳嗽:需评估咳嗽发生的急缓、性质、出现及持续时间、有无咳嗽无效或不能咳嗽。突然出现的干性或刺激性咳嗽多是急性上、下呼吸道感染初期的表现;比较重的干咳常见于咳嗽变异性哮喘、咽炎、气管异物、胸膜炎、支气管肿瘤、服用血管紧张素转换酶抑制剂、后鼻道滴涕和胃食管反流等;慢性肺间质病变,尤其是各种原因所致的肺间质纤维化也常常表现为持续性干咳;犬吠样咳嗽见于会厌、喉部疾患或异物;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。

(3)咳痰:评估痰液的颜色、性质、量、气味和有无肉眼可见的异物等。慢性咳嗽伴咳痰常见于慢



性支气管炎、支气管扩张、肺脓肿和空洞型肺结核等；脓性痰常常是气管、支气管和肺部感染的可靠标志；慢性支气管炎、支气管扩张、肺脓肿等疾病，咳嗽常于清晨或体位变动时加剧，且排痰量较多。痰液颜色改变常有重要意义，如肺结核、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，但由于抗生素广泛使用，目前已经很难见到；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；砖红色胶冻样痰或带血液者常见于克雷白杆菌肺炎；灰黑色或暗灰色痰常见于各种肺尘埃沉着病或慢性支气管炎；痰有恶臭味常见于厌氧菌感染。

(4) 伴随症状：有无发热、胸痛、呼吸困难、烦躁不安、说话困难等表现。

(5) 心理-社会反应：有无焦虑、抑郁等不良情绪反应；是否对病人的日常生活和睡眠造成很大的影响。

2. 身体评估

(1) 一般状态：有无体温升高、脉率增快、血压异常、意识障碍。

(2) 体位与皮肤黏膜：是否有口唇、甲床青紫伴鼻翼扇动，咳嗽时痛苦表情；是否有强迫体位，如端坐呼吸。

(3) 胸部：有无呼吸速率、节律和深度异常，胸廓两侧运动是否对称，是否有肺泡呼吸音改变及异常呼吸音，有无干、湿啰音等。

3. 实验室及其他检查

痰液检查有无致病菌；血气分析有无 PaO_2 下降和 PaCO_2 升高，肺功能测定有无异常。

(二) 常用护理诊断/问题

1. 清理呼吸道无效 与呼吸道分泌物过多、黏稠，或病人疲乏、胸痛、意识障碍导致咳嗽无效、不能或不敢咳嗽有关。

2. 有窒息的危险 与意识障碍、呼吸道分泌物阻塞气道有关。

3. 焦虑 与剧烈咳嗽影响休息和睡眠有关。

(三) 目标

1. 病人能显示出有效咳嗽。

2. 能正确运用咳嗽、体位引流排出痰液。

(四) 护理措施及依据

1. 清理呼吸道无效

(1) 病情观察：密切观察咳嗽、咳痰情况，详细记录痰液的色、量、质。正确收集痰标本，及时送检。

(2) 环境：为病人提供安静、整洁、舒适的病房，保持室内空气新鲜、洁净，注意通风。维持合适的室温($18\sim 20^\circ\text{C}$)和湿度($50\%\sim 60\%$)，以充分发挥呼吸道的自然防御功能。

(3) 饮食护理：慢性咳嗽者，能量消耗增加，应给予高蛋白、高维生素、足够热量的饮食。注意病人的饮食习惯，避免油腻、辛辣刺激食物，影响呼吸道防御能力。每天饮水 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，利于痰液稀释和排出。

(4) 促进有效排痰：常用胸部物理疗法。

1) 深呼吸和有效咳嗽：适用于神志清醒，一般状况良好、能够配合的病人，有助于气道远端分泌物的排出。指导病人掌握有效咳嗽的正确方法：①病人尽可能采用坐位，先进行深而慢的呼吸 5~6 次，后深吸气至膈肌完全下降，屏气 3~5s，继而缩唇（撅嘴），缓慢地通过口腔将肺内气体呼出（胸廓下部和腹部应该下陷），再深吸一口气后屏气 3~5s，身体前倾，从胸腔进行 2~3 次短促有力的咳嗽，咳嗽同时收缩腹肌，或用手按压上腹部，帮助痰液咳出。也可让病人取俯卧屈膝位，借助膈肌、腹肌收缩，增加腹压，咳出痰液。②经常变换体位有利于痰液咳出。③对胸痛不敢咳嗽的病人，应避免因咳嗽加重疼痛，如胸部有伤口可用双手或枕头轻压伤口两侧，使伤口两侧的皮肤及软组织向伤口处皱起，可避免咳嗽时胸廓扩展牵拉伤口而引起疼痛。疼痛剧烈时可遵医嘱给予止痛剂，30min 后进



行深呼吸和有效咳嗽。

2)吸入疗法:吸入疗法分湿化和雾化治疗法,适于痰液黏稠和排痰困难者。湿化治疗法是通过湿化器装置,将水或溶液蒸发成水蒸气或小水滴,以提高吸入气体的湿度,达到湿润气道黏膜、稀释痰液的目的。雾化治疗法又称气溶液吸入疗法,应用特制的气溶液装置将水分和药物形成气溶胶的液体微粒或固体微粒,并沉积于呼吸道和靶器官。临床上常在湿化的同时加入药物以雾化方式吸入,可在雾化液中加入痰溶解剂、抗生素、平喘药等,达到祛痰、消炎、止咳、平喘的作用。注意事项:①防止窒息:干结的分泌物湿化后膨胀易阻塞支气管,治疗后帮助病人翻身、拍背,及时排痰,尤其是体弱、无力咳嗽者。②避免降低吸入氧浓度:尤其是超声雾化吸入,因吸入气湿度过高,降低了吸入氧浓度,病人感觉胸闷、气促加重。可提高吸氧浓度或用氧气驱动的喷射式雾化吸入。③避免湿化过度:过度湿化可引起黏膜水肿、气道狭窄,气道阻力增加,甚至诱发支气管痉挛;也可导致体内水滞留,加重心脏负荷。要观察病人情况,湿化时间不宜过长,一般以10~20min为宜。④控制湿化温度:一般应控制湿化温度在35~37℃。在加热湿化过程中应避免过高温度,温度过高可引起呼吸道灼伤,损害气道黏膜纤毛运动;温度过低可诱发哮喘、寒战反应。⑤防止感染:按规定消毒吸入装置和病房环境,严格无菌操作,加强口腔护理,避免呼吸道交叉感染。

3)胸部叩击:胸部叩击适于久病体弱、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、低血压及肺水肿等病人。

方法:病人侧卧位或在他人协助下取坐位,叩击者两手手指弯曲并拢,使掌侧呈杯状,以手腕力量,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1~3min,每分钟120~180次,叩击时发出一种空而深的拍击音。

注意事项:①听诊肺部有无呼吸音异常及干、湿啰音,明确病变部位。②宜用单层薄布保护胸廓部位,避免直接叩击引起皮肤发红,但覆盖物不宜过厚,以免降低叩击效果。叩击时避开乳房、心脏、骨突部位(如脊椎、肩胛骨、胸骨)及衣服拉链、纽扣等。③叩击力量适中,以病人不感到疼痛为宜;每次叩击时间以5~15min为宜,应安排在餐后2h至餐前30min完成,以避免治疗中发生呕吐;操作时应密切注意病人的反应。④操作后病人休息,协助做好口腔护理,去除痰液气味;询问病人的感受,观察痰液情况,复查生命体征、肺部呼吸音及啰音变化。

4)体位引流:体位引流是利用重力作用使肺、支气管内分泌物排出体外,又称重力引流。适用于肺脓肿、支气管扩张等有大量痰液排出不畅时。禁用于呼吸衰竭、有明显呼吸困难和发绀者、近1~2周内曾有大咯血史、严重心血管疾病或年老体弱不能耐受者。

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。

注意事项:每次吸引时间少于15s,两次抽吸间隔时间大于3min;吸痰动作要迅速、轻柔,将不适感降至最低;在吸痰前、中、后适当提高吸入氧的浓度,避免吸痰引起低氧血症;严格无菌操作,避免呼吸道交叉感染。

(5)用药护理:遵医嘱给予抗生素、止咳、祛痰药物,静滴、口服、雾化吸入,掌握药物的疗效和不良反应。不滥用药物,如排痰困难者勿自行服用强镇咳药。

(6)心理护理:经常巡视患者,多与患者沟通,认真倾听患者诉说,帮助其了解咳嗽、咳痰的病因、诱因及治疗方法,给与心理上的安慰和支持,建立良好的护患关系,取得患者的信任,使其身心舒适。

(五)评价

- 1.病人能够进行有效咳嗽,呼吸道通畅。
- 2.咳嗽次数减少或消失,痰量减少或无咳痰。

二、肺源性呼吸困难

呼吸困难(dyspnea)是指病人主观感觉空气不足、呼吸不畅,客观表现为呼吸用力,呼吸频率、深度及节律异常。肺源性呼吸困难是由于呼吸系统疾病引起通气、换气功能障碍,发生缺氧和(或)二氧化碳潴留所致。常见于COPD、支气管哮喘;喉、气管与支气管的炎症、水肿、肿瘤或异物所致狭窄



或梗阻;肺炎、肺脓肿、肺淤血、肺水肿、肺不张、肺栓塞等疾病;也见于胸廓疾患(气胸、大量胸腔积液、严重胸廓畸形等)、膈运动障碍等。

临床上分三种类型:①吸气性呼吸困难:吸气时呼吸困难显著,重者出现“三凹征”,即胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙凹陷,常伴干咳及高调哮鸣,多见于喉水肿、痉挛,气管异物、肿瘤或受压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,常伴有哮鸣音,多见于支气管哮喘、COPD等。③混合性呼吸困难:吸气与呼气均感费力,呼吸频率增快、变浅,常伴有呼吸音减弱或消失。是由于肺部病变广泛,呼吸面积减少,影响换气功能所致。常见于重症肺炎、重症肺结核、特发性肺纤维化、大量胸腔积液和气胸等。

(一)护理评估

1. 病史评估

(1)起病缓急:突发者多见于呼吸道异物、张力性气胸等;起病较急者应考虑肺水肿、肺不张、气胸、大叶性肺炎;起病缓慢者多为COPD、慢性肺源性心脏病、肺结核等。

(2)有无诱因:支气管哮喘发作可有过敏物质接触史;与活动有关者常见于心脏疾病、慢性肺源性心脏病、间质性肺疾病;自发性气胸者多有过度用力或屏气用力史。

(3)年龄、性别:青年人多为肺结核、胸膜疾病;女性突发呼吸困难应考虑瘰疬;老年人多为肺癌、COPD、冠心病等。

(4)伴随症状:有无咳嗽、咳痰、胸痛、发热、神志改变等。

(5)活动情况:中度以上体力活动引起的呼吸困难为轻度,轻度体力活动所致的呼吸困难为中度,休息时也有呼吸困难为重度。

(6)心理反应:有无紧张、疲乏、注意力不集中、失眠、抑郁、焦虑或恐惧。

2. 身体评估

(1)神志:病人是否烦躁不安、神志恍惚、谵妄或昏迷。

(2)面容与表情:病人是否有表情痛苦、鼻翼扇动、张口呼吸或点头呼吸。肺气肿病人常缩唇吹气,缺氧引起呼吸困难常有口唇发绀。

(3)呼吸的频率、深度和节律:轻度呼吸衰竭时呼吸可深而快,严重时呼吸浅而慢;神经精神性呼吸困难常出现慢而深的呼吸、潮式呼吸或间歇呼吸。

(4)胸部:是否有桶状胸,双肺肺泡呼吸音减弱或消失,干、湿啰音等。

3. 实验室及其他检查

动脉血气分析有助于测定低氧血症和二氧化碳潴留的程度。肺功能测定了解肺功能的基本状态,明确肺功能障碍的程度和类型。

(二)常用护理诊断/问题

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。

(三)目标

(1)病人自述呼吸困难程度减轻。

(2)能进行有效的休息和活动,活动耐力逐渐提高。

(四)护理措施及依据

1. 气体交换受损

(1)环境与休息:提供安静舒适、空气洁净的环境,温度和湿度要适宜。哮喘病人室内避免湿度过高、有过敏原,如尘螨、刺激性气体、花粉等。病情严重者应置于重症监护病房,以便于及时观察病情变化。

(2)病情观察:动态观察病人呼吸状况,判断呼吸困难类型。有条件可监测血氧饱和度、动脉血气变化,及时发现和解决病人异常情况。

(3)心理护理:呼吸困难可引起病人烦躁不安、恐惧,而不良情绪反应可进一步加重呼吸困难。



医护人员应陪伴病人身边,安慰病人,使其保持情绪稳定,增强安全感。

(4)保持呼吸道通畅。

(5)用药护理:遵医嘱应用支气管舒张剂、呼吸兴奋剂等,观察药物疗效和不良反应。

(6)氧疗和机械通气的护理:根据呼吸困难类型、严重程度不同,进行合理氧疗或机械通气,以缓解症状。

2. 活动无耐力

(1)休息和活动:合理安排休息和活动量,调整日常生活方式,如病情许可,有计划地增加运动量和改变运动方式,如室内走动、室外活动、散步、快走、慢跑、太极拳、体操等,逐步提高肺活量和活动耐力。

(2)舒适体位:病人采取身体前倾坐位或半卧位,可使用枕头、靠背架或床边桌等支撑物,以病人自觉舒适为原则。避免紧身衣服或过厚盖被而加重胸部压迫感。

(3)呼吸训练:如指导慢性阻塞性肺气肿病人作缓慢深呼吸、腹式呼吸、缩唇呼吸等,训练呼吸肌,延长呼气时间,使气体能完全呼出。

(五)评价

1. 病人无发绀,呼吸频率、深度和节律趋于正常或呼吸平稳。

2. 日常活动量增加,不感到疲劳。

三、咯血

咯血(hemoptysis)是指喉及其以下呼吸道或肺组织出血经口咳出。根据咯血量将咯血分为痰中带血、少量咯血($<100\text{ml/d}$)、中等量咯血($100\sim 500\text{ml/d}$)或大量咯血($>500\text{ml/d}$,或1次 $>300\text{ml}$)。发生咯血的主要机制有:炎症或肿瘤破坏支气管黏膜或病灶处的毛细血管,使黏膜下血管破裂或毛细血管通透性增加,一般咯血量较小;病变侵蚀小血管引起血管破溃,可出现中等量咯血;病变引起小动脉、小静脉瘘或曲张的黏膜下静脉破裂,或因为严重而广泛的毛细血管炎症造成血管破坏或通透性增加,多表现为大咯血。呼吸系统疾病常见的咯血原因有肺结核、支气管扩张、肺炎、肺癌等。

四、胸痛

胸痛主要由胸部疾病、少数由其他部位的病变所致。呼吸系统疾病常见于胸膜炎、自发性气胸、肺炎、肺癌、胸膜肿瘤、支气管炎等。胸膜炎为尖锐刺痛或撕裂痛,且在深呼吸和咳嗽时加重;肺癌多为胸部闷痛或隐痛;胸痛伴咳嗽、咳痰或呼吸困难常见于肺炎、肺结核、自发性气胸等。其他原因的胸痛有:胸壁疾病,如带状疱疹、肋间神经炎等;心脏与大血管疾病,如心绞痛、急性心肌梗死、主动脉夹层;纵隔疾病及其他疾病,如食管炎、膈下脓肿等。

第三节 急性呼吸道感染

【病案导入】

患者,男,20岁,自述4天前受凉后出现发热,自测体温达 39.5°C ,于诊所用生理盐水250ml加阿奇霉素0.5g静脉滴注,但体温一直没有下降,并出现吞咽困难,呼吸急促等症状。自觉症状严重,遂入院。查体:体温 40.1°C ,呼吸29次/min,脉搏112次/min,血压100/70mmHg($1\text{mmHg}=0.133\text{kPa}$)。急性病容,面颊赤红。咽腔充血,双侧扁桃体2度肿大,表面见脓性分泌物。颈部、下颌角淋巴结肿大,触痛。

思考:

(1)该患者存在哪些护理问题?应如何护理?

(2)患者病情稳定后应如何做宣传教育?