

内科护理观察1400问



主编 张秀珍 程乐和 解 晨

1400 Questions

about Medical Nursing

and Observation

山东科学技术出版社
www.lkj.com.cn

内科护理观察 1400 问



主编 张秀珍 程乐和 解 晨

1400 Questions

about Medical Nursing

and Observation

山东科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

内科护理观察 1400 问/张秀珍,程乐和,解晨主编.
济南:山东科学技术出版社,2004.1
ISBN 7-5331-3560-1

I. 内... II. ①张...②程...③解... III. 内科学:
护理学-问答 IV. R473.5-44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 092862 号

内科护理观察 1400 问

主编 张秀珍 程乐和 解 晨

出版者:山东科学技术出版社

地址:济南市玉函路 16 号
邮编:250002 电话:(0531)2065109
网址:www.lkj.com.cn
电子邮件:sdkj@jn-public.sd.cninfo.net

发行者:山东科学技术出版社

地址:济南市玉函路 16 号
邮编:250002 电话:(0531)2020432

印刷者:莱芜市圣龙印务书刊有限责任公司

地址:莱芜市凤城西大街 149 号
邮编:271100 电话:(0634)6113596

开本:787mm×1092mm 1/16

纸张:21.5

字数:480 千

版次:2004 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

印数:1-4000

ISBN 7-5331-3560-1

R·1075

定价:35.00 元

序

近年来,由于社会和国民经济的发展,人民寿命的延长,医学模式的转变,新理论、新概念的不断提出,新技术的不断引进、开发和利用,促使护理学也迅速地向更深更广的方向发展。现代护理不仅限于一般医护知识的技术,还增添了众多的新兴生命科学。护理服务的对象从伤痛病人扩展到健康人,从个体发展到家庭、人群和社区,对人体生命的全过程进行全方位的照料和护理,尽快地使老、弱、病、残恢复健康和自理能力,增加自我保护技能,提高人类的健康水平和生活质量。

在临床实践中,我们深感如不及时更新知识,则如逆水行舟,不进则退。为适应 21 世纪护理学的进展和满足广大护理人员更新知识的需求,总结我院多年来护理工作在不同方面的成就和经验,借鉴国内外护理学的进展,组织了部分多年从事护理和检验工作的同志共同编写了《内科护理观察 1400 问》,以求集思广益,顺应需要。本书以常见病多发病为主要内容,用问答的形式编写,针对性强,重点突出。全书资料新颖,内容丰富,理论和实践紧密结合,深入浅出,查找方便,实用性强,反映了当代内科护理学的最新发展水平。

该书还涉及一些独具特色的护理学科内容,如:护理心理学、老年护理学、社会护理学、重症监护学、职业病、小儿贫血、补液、小儿心血管疾病和介入治疗等方面的内容。

该书专业性强,可供广大护理人员拓宽知识面,学习现代护理学的新理论、新观点和新技能,增强应变能力,为扩大今后护理服务范围做好准备。

该书可作为广大护理工作者、医学院校护理专业学生、临床各科医师和检验人员的理想工具书,具有很高的应用和参考价值。

山东大学临床医学院
山东省立医院

徐功立

前 言

随着整体护理的深入开展和专科护理的发展,护理观察学越来越受到各级护理人员的重视。对病情的动态观察,不仅是临床护理质量优劣的衡量标准,而且是一名护理工作者所必备的能力之一。护理观察一直贯穿于整体护理始终,从患者的入院评估,到出院的效果评价,都要通过对患者的动态观察才能做出决断。近年来,虽然各院校组织编写了不少关于整体护理方面的书籍,但护理观察方面的书籍为数不多。为此,由山东省立医院主任护师、护理部主任牵头,组织多年从事临床护理工作的各专业人员,抱着十分真诚和审慎的态度,共同编写了这本《内科护理观察 1400 问》奉献给读者。

本书共分九章,包括呼吸、循环、消化、肾病、血液、神经、内分泌、代谢、皮肤及中毒性疾病等。书中内容以问答题形式出现,重点突出各疾病的症状、体征、并发症的护理观察、处理措施和部分药物副作用,以及心理方面的观察,并概述了各系统疾病的病因、发病机理、病理生理、解剖及特殊检查等。全书既有理论知识,又有实践经验,是广大临床护士,特别是内科护士日常工作的重要工具书,亦可作为医院其他医务人员、医学院校师生学习和教学的重要参考书。鉴于每章疾病观察部分问题数量大,为方便阅读,特将首次出现的每种病的病名加底色并反白字,以示醒目。

本书编写过程中,承蒙徐功立教授及各科医师的大力支持与帮助,在此一并表示感谢。

由于时间仓促,加上编者水平有限,书中不妥之处在所难免,恳请读者朋友批评指正。我们愿与广大护理同仁一道,为护理事业的振兴和发展继续不懈努力。

编 者

于济南山东省立医院

目 录

第一章 呼吸系统疾病	(1)
第二章 循环系统疾病	(35)
第三章 消化系统疾病	(98)
第四章 神经系统疾病	(142)
第五章 泌尿系统疾病	(176)
第六章 血液系统疾病	(197)
第七章 内分泌系统疾病	(253)
第八章 代谢疾病和营养疾病	(285)
第九章 皮肤及中毒疾病	(322)
参考文献	(332)
索引	(334)

第一章 呼吸系统疾病

目 录

基础部分

- 1. 呼吸系统是如何构成的? 3
- 2. 肺的血管系有何特点? 3
- 3. 呼吸过程是怎么完成的? 4

疾病观察

- 4. 引起上呼吸道感染的病原有哪些? 4
- 5. 急性上呼吸道感染需与哪些疾病鉴别? 有哪些并发症? 4
- 6. 什么是急性气管-支气管炎? 4
- 7. 如何观察急性气管-支气管炎的临床表现? 4
- 8. 急性气管-支气管炎需与哪些疾病鉴别? ... 5
- 9. 什么是慢性支气管炎? 5
- 10. 慢性支气管炎有哪些表现? 5
- 11. 慢性支气管炎的观察重点有哪些? 5
- 12. 诊断慢性支气管炎要做哪些检查? 5
- 13. 慢性支气管炎分几型? 几期? 5
- 14. 慢性支气管炎需与哪些疾病鉴别? 6
- 15. 怎样治疗慢性支气管炎? 6
- 16. 什么是肺气肿? 分哪几种类型? 6
- 17. 如何观察阻塞性肺气肿的临床表现? 如何治疗? 6
- 18. 什么是慢性肺源性心脏病? 6
- 19. 如何观察急性肺栓塞的临床症状? 6
- 20. 什么是慢性肺源性心脏病? 病因有哪些? 7
- 21. 如何观察慢性肺心病病情急性发作期的临床表现? 7
- 22. 如何观察肺心病合并肺性脑病的早期表现? 7
- 23. 如何观察肺心病合并上消化道出血及弥散性血管内凝血? 7
- 24. 为什么慢性肺心病病情加重时并发休克? 7

- 25. 慢性肺心病是如何诊断的? 7
- 26. 慢性肺心病急性发作期的治疗程序? 8
- 27. 呼吸衰竭的处理措施有哪些? 8
- 28. 为什么必须严格限制肺心病患者吸入氧的浓度? 8
- 29. 为什么强调肺心病心衰患者小剂量、缓慢、短时间使用利尿剂? 8
- 30. 肺心病心衰时为什么强调使用快速、小剂量的强心剂? 9
- 31. 为什么治疗肺心病患者强调避免或慎用镇静剂? 9
- 32. 肺心病急性发作期患者常合并的严重并发症有哪些? 9
- 33. 为什么肺心病患者常合并营养不良? 9
- 34. 什么叫急性呼吸窘迫综合征? 9
- 35. 如何观察急性呼吸窘迫综合征的临床表现? 9
- 36. 急性呼吸窘迫综合征的病因有哪些? 9
- 37. 急性呼吸窘迫综合征的基本病理特点及病理生理变化是什么? 9
- 38. 急性呼吸窘迫综合征的治疗措施有哪些? ... 10
- 39. 什么是支气管扩张? 10
- 40. 支气管扩张好发部位在哪里? 10
- 41. 如何观察支气管扩张的主要临床表现? 10
- 42. 何谓“干性支气管扩张”? 10
- 43. 支气管扩张的诊断依据是什么? 11
- 44. 支气管碘油造影宜在何时进行? 术前需做哪些准备? 11
- 45. 支气管扩张的治疗原则是什么? 11
- 46. 怎样行体位引流? 11
- 47. 什么样的支气管扩张适合手术治疗? ... 11
- 48. 排痰不畅如何护理? 11
- 49. 什么叫咯血? 发病原因有哪些? 12

50. 护理咯血病人时应观察的要点及采取的措施是什么?	12	85. 如何根据痰的颜色来判断病情?	20
51. 什么是 支气管哮喘 ?	13	86. 怎样根据痰的性质观察病情?	20
52. 如何观察哮喘患者的典型症状?	13	87. 怎样根据痰的气味来观察病情?	20
53. 哮喘和支气管炎有何异同?	13	88. 怎样根据痰液的粘稠度来观察病情?	20
54. 哮喘与过敏性鼻炎的关系如何?	13	89. 肺心病患者突然言语混乱预示什么?	20
55. 支气管哮喘分为哪些类型?	13	90. 典型肺炎病人如何进行治疗?	20
56. 什么是阿司匹林三联征?	13	91. 如何正确选用抗菌药物治疗肺炎?	20
57. 花粉症与哮喘是否有关?	13	92. 肺炎患者应用抗菌药物时应注意哪些问题?	21
58. 真菌、食物与哮喘关系如何?	14	93. 肺炎患者在什么情况下联合应用抗生素?	21
59. 何谓运动性哮喘?	14	94. 肺癌 的易患人群是哪些?	21
60. 什么是职业性哮喘?	14	95. 肺癌有哪几种类型?	21
61. 哮喘如何被控制?	14	96. 哪些症状提示患有肺癌?	22
62. 控制哮喘除使用药物外还要注意什么?	14	97. 肺癌应做哪些检查?	22
63. 如何使用峰流速仪?	14	98. 何谓 肺结核 ? 其传播途径是什么?	22
64. 哮喘按病情严重程度分几级?	14	99. 如何观察肺结核的临床表现?	23
65. 预防和治疗哮喘的药物都有哪些?	15	100. 肺结核有哪些并发症?	23
66. 为什么哮喘治疗首选吸入用药?	16	101. 如何预防肺结核?	23
67. 如何正确使用气雾吸入器?	16	102. 什么是肺间质?	23
68. 如何正确使用储雾器或气体储存容器?	16	103. 什么是 间质性肺病 ? 如何分类?	23
69. 支气管哮喘治疗过程中症状和体征的观察重点是什么?	16	104. 诊断间质性肺病需要做哪些检查?	23
70. 缓解期哮喘应如何预防?	17	105. 间质性肺病肺功能有什么改变?	24
71. 什么是 肺炎 ? 如何分类?	17	106. 什么是 特发性肺间质纤维化 ?	24
72. 肺炎是怎样发生的?	17	107. 如何观察特发性肺纤维化的临床表现?	24
73. 什么是典型肺炎?	17	108. 特发性肺纤维化的辅助检查有什么发现?	24
74. 肺炎的主要病原是什么?	17	109. 特发性肺纤维化是怎样诊断的?	24
75. 典型肺炎的主要临床特征是什么?	18	110. 什么是 矽肺 ? 如何治疗?	25
76. 肺炎的诱因有哪些?	18	111. 何谓 结节病 ? 其主要表现是什么?	25
77. 肺炎的易感人群有哪些?	18	112. 结节病应与哪些疾病相鉴别?	25
78. 肺炎常见的致病菌有哪些?	18	113. 什么是 胸腔积液 ?	25
79. 老年人最易患哪些肺炎?	18	114. 胸腔积液分成几类? 形成原因是什么?	25
80. 青壮年人最易患哪些肺炎?	19	115. 如何观察胸腔积液患者的临床症状和体征?	25
81. 如何观察典型肺炎的临床表现?	19	116. 确诊胸腔积液应做哪些辅助检查?	26
82. 肺炎病人应做哪些检查?	19	117. 如何鉴别渗出液与漏出液?	26
83. 什么是非典型肺炎? 其病原体是什么?	19	118. 如何观察 结核性胸膜炎 的临床表现?	26
84. 如何正确留取痰标本?	19		

119. 结核性胸膜炎的化验室检查及 X 线表现
有哪些特点? 27
120. 结核性胸膜炎的治疗包括哪些? 27
121. 何谓乳糜胸? 27
122. 乳糜胸的诊断要点有哪些? 27
123. 如何治疗乳糜胸? 27
124. 什么是恶性胸腔积液? 28
125. 如何观察恶性胸腔积液的临床表现? ... 28
126. 何谓脓胸? 其发病原因是什么? 28
127. 如何观察脓胸的临床表现? 28
128. 脓胸的实验室及其他辅助检查有哪些?
..... 28
129. 脓胸的临床治疗措施有哪些? 28
130. 什么是结核性脓胸? 如何观察其临床表
现? 29
131. 如何观察胸膜反应? 29
132. 什么是气胸? 分为几类? 29
133. 自发性气胸分为几类? 29
134. 气胸的发病诱因有哪些? 如何观察其临
床表现? 29
135. 根据胸腔内压力测定, 气胸分为几型?
..... 29
136. 临床气胸病例应与哪些疾病相鉴别? ... 30
137. 如何治疗气胸? 30

特殊检查

138. 胸腔穿刺术的临床意义及并发症是什么?
..... 30
139. 气管镜检查有何临床意义? 术前、术后护
理注意事项有哪些? 30
140. 胸腔镜检查的适应症与禁忌症是什么?
..... 31
141. 检测血 K^+ 的血液标本的采集和处理有何
要求? 31
142. 何谓血气? 血气分析有何意义? 31
143. 如何进行血气分析标本的采集? 31
144. 采集血气分析标本有哪些注意事项? ... 31
145. 血气分析时如何判断酸碱中毒程度? ... 32
146. 为什么肺炎链球菌肺炎患者早期应做血
液培养? 32
147. 收集细菌培养标本应注意哪些事项? ... 32
148. 细菌培养标本的检验报告单上为什么一
定要注明抗生素的使用情况? 32
149. 微生物检验标本的采集和运送应注意哪
几个方面? 32
150. 临床实践中, 采取哪些措施可预防和延迟
细菌耐药性的产生? 32
151. 药敏试验中“中介”的含义是什么? 33
152. 肿瘤标志物的检验有何临床意义? 33
153. 变应原检测的方法是什么? 33

基础部分

1. 呼吸系统是如何构成的?

呼吸系统包括鼻腔、咽、喉、气管、各级支气管和肺脏, 此外还有它的辅助装置: 胸膜和胸膜腔、膈肌等。临床上分为上呼吸道和下呼吸道两个部分。上下呼吸道的分界线为环状软骨, 即喉结稍偏下的部位。上呼吸道包括鼻部、口咽部和喉部, 如果这一部分器官出现毛病, 我们称之为上呼吸道病变。下呼吸道包括具有软骨支架的气管、支气管和不含

有软骨的细支气管和终末细支气管, 另外还有主管气体交换的呼吸细支气管、肺泡管、肺泡囊和肺泡。如果这一部分出现了毛病, 我们称之为下呼吸道病变。

2. 肺的血管系有何特点?

肺的血管系很有特点, 它有双重血液来源, 一种是肺血管, 一种是支气管血管。

肺血管是由肺动脉、肺静脉和毛细血管网组成, 是肺的功能血管, 完成人体肺循环也

称小循环的功能。它的走行途径为:回到心脏的静脉血,经过肺动脉到达肺内有巨大面积的毛细血管网,在此血液从肺泡中吸收氧气,排出二氧化碳,成为具有饱和氧气的动脉血,进入肺静脉,流回左心房。肺循环主要是完成气体交换的作用。

另一种支气管血管属于体循环或大循环。它包括支气管动脉和静脉,是供应支气管肺组织和胸膜等的营养血管。

3. 呼吸过程是怎么完成的?

人体的呼吸过程是通过三个环节完成

疾病观察

4. 引起上呼吸道感染的病原有哪些?

急性上呼吸道感染大多由病毒引起,占70%~80%。引起此病的病毒主要为流感病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、鼻病毒、冠状病毒、风疹病毒、一些肠道病毒以及麻疹病毒等。引起此病的细菌主要是溶血性链球菌、肺炎球菌、流感嗜血杆菌和葡萄球菌等。这些病毒或细菌平时就可能存在于上呼吸道,但并不引起发病,而在人体全身或呼吸道的抵抗力下降时,如受凉、淋雨、过度疲劳等,它们可迅速繁殖而致此病。

5. 急性上呼吸道感染需与哪些疾病鉴别? 有哪些并发症?

急性上呼吸道感染需与过敏性鼻炎、流行性感冒及一些急性传染病的前驱症状相鉴别,因其表现有许多相似之处。急性上呼吸道感染的并发症为继发下呼吸道的细菌感染和急性心肌炎。后者一般在感冒后1~4周出现,主要表现为心慌、气短、呼吸困难及心

的。一是外界空气与肺泡之间以及肺泡与肺毛细血管血液之间的气体交换,称外呼吸,即:空气-肺泡-肺毛细血管;二是细胞组织与组织毛细血管血液之间的气体交换,称为内呼吸;三是血液的气体运输,通过血液的运行一方面把肺部摄取的氧及时运送到组织细胞,另一方面又把组织细胞产生的废气运送到肺排出体外。

前区闷痛等,并在活动时加重。检查时可发现心脏两侧扩大,尤以左侧明显,心尖区第一心音减弱,有时可听到收缩期杂音。心率增快与体温不相称,可有早搏、传导阻滞及心电图ST-T改变等。此时查心电图或心肌酶谱可以帮助诊断。

6. 什么是急性气管-支气管炎?

急性气管-支气管炎是由感染及物理、化学刺激或过敏引起的气管-支气管粘膜的急性炎症,临床主要表现为咳嗽、咳痰,常见于寒冷季节或气候突变时。

7. 如何观察急性气管-支气管炎的临床表现?

患此病时常先有上呼吸道感染的症状如流涕、鼻塞、咽痛、声嘶。全身症状较轻,可有畏寒、低热、乏力,并有咽喉发痒、刺激性咳嗽及胸骨后疼痛。早期为干咳或有少量痰,以后可转为黄脓痰,偶尔痰中带血。可有终日咳嗽,也可为阵发性,可在受凉、吸入冷空气、晨起和睡下时加剧。此病全身症状一般在4~5天内消退,咳嗽有时会延长数周。体检

时可发现两肺呼吸音增粗,有散在的干湿啰音,咳嗽后减少或消失。胸部 X 线检查无异常,细胞计数亦正常。

8. 急性气管 - 支气管炎需与哪些疾病鉴别?

许多疾病在发病时常伴有急性气管 - 支气管炎症状,这需要认真区别,这些疾病包括:肺结核、肺脓肿、支原体肺炎、麻疹、百日咳、急性扁桃体炎和肺癌等。

9. 什么是慢性支气管炎?

慢性支气管炎是指由于感染或非感染因素引起的气管、支气管粘膜及其周围组织的一种慢性非特异性炎症,以咳嗽、咳痰伴有喘息以及反复发作的慢性过程为特征。病情进展时,可并发肺气肿、肺心病。它与急性气管 - 支气管炎的区别就在于慢性支气管炎为反复发作的慢性过程。

10. 慢性支气管炎有哪些表现?

慢性支气管炎主要表现为咳嗽、咳痰、喘息。在早期,咳嗽声音有力清朗,白天多于晚上。继发肺气肿时,咳嗽声音低沉无力,夜间多于白天,特别在睡前和清晨起床时为重。咳痰以清晨较多,这是因为在夜间睡眠后支气管腔内痰液蓄积,同时副交感神经兴奋,支气管分泌物增多。起床后或体位变化可引起刺激性排痰。痰液一般为白色泡沫样,以后继发细菌感染可变为黄脓痰。如果咳嗽剧烈,支气管粘膜微血管破裂,则可见痰中带血。喘息多由支气管痉挛引起,也可由支气管粘膜水肿、管壁肥厚、痰液阻塞所致。早期,检查可无异常发现。急性发作时,在胸部可听到散在的干湿啰音,多在肺底部和肺部,咳嗽后可减轻或消失。啰音的多少或部位不恒定。喘息时可听到哮鸣音。

11. 慢性支气管炎的观察重点有

哪些?

入院评估时,应重点询问病人有无咳嗽、咳痰、喘息症状及其持续时间,是否在冬季加重。发作的诱因:如气候变化或受凉感冒、接触有害气体、过度劳累等。是否吸烟及其吸烟支数。咳嗽频度及严重程度,痰量及痰的性状。喘息或气急与活动的关系。护理查体时,早期检查可无异常发现。急性发作时,在胸部可听到散在的干湿啰音,多在肺底部和背部,咳嗽后可减轻或消失。啰音的多少或部位不恒定。喘息时可听到哮鸣音及呼气延长。经控制感染、祛痰、镇咳、解痉、平喘治疗后,要观察病人咳嗽、咳痰症状有无好转,如无好转,甚至恶化,应首先考虑支气管感染未控制或伴肺部感染,应结合痰菌药敏试验结果和临床经验选择有效抗生素治疗。

12. 诊断慢性支气管炎要做哪些检查?

首先可拍胸部正侧位胸片,但在疾病早期胸片可无异常,病情进展可见双肺纹理增多、紊乱,呈网状或条索状、斑点状阴影,以两下肺较明显。同时还可进行肺功能检查。在急性发作期血常规检查可见白细胞及中性粒细胞增多,痰液的细菌学检查可指导医师合理选用抗生素。

13. 慢性支气管炎分几型? 几期?

慢性支气管炎分 2 型,即单纯型和喘息型。单纯型主要表现为咳嗽、咳痰。喘息型在咳嗽、咳痰的基础上还有喘息,并伴有哮鸣音。此病按病情进展程度可分为三期。急性发作期指在 1 周内出现脓痰或粘液脓性痰,痰量明显增多或伴有发热等炎症表现,或咳、痰、喘等症状任何一项加剧。慢性迁延期指不同程度的“咳”“痰”“喘”症状迁延 1 个月以上者。临床缓解期指经过治疗或自然缓解,症状基本消失或轻微咳嗽或少量咳痰,保持

2个月以上者。

14. 慢性支气管炎需与哪些疾病鉴别?

慢性咳嗽、咳痰、喘息是呼吸系统疾病中的共同症状,诊断慢性支气管炎除临床表现外尚需依赖客观检查,同时还需要与支气管扩张症、支气管哮喘、尘肺、肺癌、肺结核相鉴别。

15. 怎样治疗慢性支气管炎?

慢性支气管炎在疾病的不同阶段治疗原则不同。在急性发作期,以控制感染、祛痰镇咳、解痉平喘为主。应用抗生素控制感染应及时、有效、足量,控制感染后即停用,以免引起细菌耐药或二重感染。最好常规检查痰涂片以指导抗生素的应用。慢性支气管炎除干咳外不宜单用镇咳药,因其使痰液不易排出,反而使感染加重。在缓解期,以提高机体免疫力,预防急性发作为主。

16. 什么是肺气肿? 分哪几种类型?

肺气肿是指终末细支气管远端的气道弹性减退,过度膨胀,充气和肺容积增大或同时伴有肺泡壁破坏的病理状态。

按肺气肿的发病原因分为以下几型:老年型肺气肿、代偿性肺气肿、间质性肺气肿、灶性肺气肿、 α_1 -抗胰蛋白酶缺乏性肺气肿、阻塞性肺气肿。其中最常见的是阻塞性肺气肿。

17. 如何观察阻塞性肺气肿的临床表现? 如何治疗?

阻塞性肺气肿的表现主要为在原有慢性支气管炎基础上出现了逐渐加重的呼吸困难,最初仅在劳动、上楼或登山、爬坡时有气促,以后在平地活动时,甚至在静息时也感气

短。体检时可发现桶状胸,呼吸运动减弱,叩诊呈过清音,肝浊音界下移,听诊呼吸音普遍降低,呼气延长。病情观察重点:每天观察病人的痰量及痰的性状,咳嗽、咳痰及活动后呼吸困难的程度。咳嗽减轻,痰量少、白色、易咳出,肺部啰音减少或消失等,均提示感染控制较好。

治疗此病主要以改善呼吸功能,同时进行病因及其并发症的防治为主。它的病理变化是不可逆的;可进行膈肌锻炼,即作深而缓的腹式呼吸,增进肺泡通气量。还可作缩唇呼吸,即用鼻吸气、用口呼气,呼气时口唇收拢,作吹口哨样,呼吸需按节律进行,吸与呼时间比为1:2或1:3。同时加强医疗体育锻炼及进行家庭氧疗。

18. 什么是急性肺源性心脏病?

急性肺源性心脏病医学上简称为急性肺心病,其发病的原因是来自静脉系统或右心的血栓、癌栓、气栓或羊水等进入肺循环,造成肺动脉主干及其大的分支广泛栓塞,同时并发广泛肺细小动脉痉挛,使肺循环受阻,肺动脉压力骤然升高,造成右心室后负荷的剧增和右心室扩大,从而发生急性右心功能衰竭。如果栓子很大,将肺动脉完全堵塞,肺血管发生广泛性痉挛,患者可猝死。若能及时得到诊断,使用溶栓药物或迅速手术取栓,患者还有生还希望。

19. 如何观察急性肺栓塞的临床症状?

当大块或多发肺栓塞时,患者常突然感到呼吸困难、胸闷、心悸和窒息,可有剧烈咳嗽,咳暗红色或鲜血痰。可有中度发热、胸闷,刺激膈肌时胸痛可放射到肩部,有时胸痛可类似心绞痛,可能因冠状动脉痉挛引起供血不足。严重时,患者烦躁、焦虑、出冷汗、恶心、呕吐、晕厥、血压急剧下降甚至休克,大小

便失禁,甚至死亡。尤其是长期卧床、手术或分娩后及心力衰竭患者,如果出现上述症状,要高度警惕。

20. 什么是慢性肺源性心脏病? 病因有哪些?

是由于肺、胸廓或肺动脉血管慢性病变所致的肺组织结构和功能异常,产生肺循环阻力增加、肺动脉压力增高,使右心肥厚、扩大,伴或不伴右心衰竭的心脏病,简称肺心病。

引起慢性肺源性心脏病常见的原因有:慢性支气管炎和阻塞性肺气肿,占80%~85%。其他原因也很多,例如:慢性纤维空洞性肺结核、支气管扩张、支气管哮喘、矽肺、弥漫性间质性肺病所引起的肺间质纤维化。脊椎严重的侧凸、胸廓的畸形、胸膜的广泛肥厚粘连,影响了肺脏通气。此外,中枢神经系统疾病和神经肌肉疾病,如重症肌无力、多发性神经根炎、重症脑炎、脊髓灰质炎等引起的呼吸肌无力和麻痹,都会引起呼吸功能不全,最后导致低氧血症和肺心病。过度肥胖也可造成肺功能减退,打鼾肥胖者更应警惕,出现鼾鸣常常是因为上气道阻塞,睡眠时气流呼出受限所致,久而久之,患者通气不足,常造成低氧血症和缺氧性肺动脉高压,从而导致右心后负荷的增加,最终成为慢性肺心病。

21. 如何观察慢性肺心病病情急性发作期的临床表现?

慢性肺心病病情急性发作期,临床主要表现为以呼吸衰竭为主,有或无心力衰竭。有时合并肺性脑病、DIC、上消化道出血、酸碱失衡或休克。绝大多数是由于上呼吸道感染而诱发。中年患者多有发热,痰由白色变为黄色,且粘稠不易咳出。呼吸困难、憋气、紫绀、肺部啰音增多、颈静脉怒张、肝脏肿大、肝可触及且有压痛、双下肢可见可凹性水肿等。老年体弱患者由于机体反应能力降低,常无

发热和白细胞增多的表现。

22. 如何观察肺心病合并肺性脑病的早期表现?

对于肺心病病情严重、痰液粘稠不能咳出者,常出现二氧化碳明显潴留,出现各种神经精神症状,可有球结膜水肿、颜面多汗、皮肤潮湿。严重者,可出现嗜睡、昏迷,头痛、烦躁不安、多语、语无伦次,无意识动作增多,四肢有小的抽动,记忆力、判断力均减退,嗜睡与高兴交替出现,常提示合并了肺性脑病。

23. 如何观察肺心病合并上消化道出血及弥散性血管内凝血?

慢性肺心病患者因长期缺氧、酸中毒和反复的心力衰竭,胃肠道功能很差,常伴有食欲不振,进食少,体质减弱。据统计,肺心病患者约有1/3伴有溃疡病。病情急性加重期,缺氧和酸中毒更加严重,常出现应激性溃疡,大便为黑色或暗红色,有时呕吐血性胃内容物,脉速、血压下降,常提示合并上消化道出血。如果发现患者突然皮下出现块状紫癜,打针的部位流血不止,血小板计数低,预示患者合并了弥散性血管内凝血(DIC),是缺氧及酸中毒造成凝血机制紊乱。

24. 为什么慢性肺心病病情加重时并发休克?

慢性肺心病病情加重时,由于感染造成周围血管收缩和舒张能力降低,血管弹性减弱;心肌受毒素感染的影响,产生中毒性心肌炎,进一步影响了心脏输出量;另外,由于感染、心力衰竭、胃肠道的淤血,使患者进食更少,体质很差,触诊脉搏弱,血压下降,四肢肢端和肢体皮肤发凉。这些原因都可导致休克,需要立即进行抢救。

25. 慢性肺心病是如何诊断的?

慢性肺心病的晚期有心肺功能衰竭者,

常常有明显的病史、症状、体征,例如:唇和甲的紫绀、颈静脉怒张、肺部的啰音、剑突下明显的心脏搏动、肝脏肿大、双下肢可凹性水肿,故不难做出诊断。

如果病人有6年以上的慢性咳嗽、咳痰史,尤其有数十年的吸烟史,常感气短,尤其是活动后的呼吸困难。开始上楼费力,以后逐渐走平路都感吃力,就应考虑是否患有肺心病。从慢性支气管炎逐渐发展到肺心病大约需要6~10年的时间,有的病例可达20年。

26. 慢性肺心病急性发作期的治疗程序?

治疗程序大致分四部分:呼吸衰竭的处理、心力衰竭的处理、合并症的处理及营养支持治疗。

27. 呼吸衰竭的处理措施有哪些?

(1) 抗生素的应用:呼吸衰竭加重的原因,大都是细菌感染所致,所以要根据感染的环境、痰涂片、痰培养和药敏选用有效安全的抗生素。

(2) 祛痰平喘治疗:肺心病患者急性发作时,由于感染而大量咳痰,痰常常阻塞气道,同时气道粘膜肿胀,气道变得狭窄,严重者氧气不能进入肺内,二氧化碳不能排出体外,导致严重的缺氧和酸中毒。为了保持气道的通畅,常常给予患者支气管扩张药物,例如氨茶碱和博力康尼等,以及祛痰药物,例如稀化粘素、急支糖浆等。

(3) 控制性氧疗:即控制吸入氧的浓度,给予持续低流量吸氧。可根据每分钟纯氧吸入流量来计算,流量与氧浓度的关系按以下公式,即 $21 + 4 \times \text{流量}(\text{L/min})$ 计算。空气中的氧浓度为21%。肺心病患者吸氧最佳浓度应为30%左右,即吸入纯氧浓度应控制在每分钟1~2L左右,不能超过3.5L/min,即吸

入氧浓度不宜超过35%。肺心病的氧疗在病情加重时应持续应用,不应间断,否则会造成吸入氧浓度忽高忽低,加重病情。

氧疗除要注意吸氧浓度外,还应该注意吸氧的湿度与温度,一般来讲氧气应该经过加温加湿以后再行吸入。

(4) 呼吸兴奋剂的应用:使用呼吸兴奋剂刺激呼吸中枢,增强通气功能,排出二氧化碳。常使用的呼吸兴奋剂有尼可刹米(可拉明),它可以直接兴奋呼吸中枢,使呼吸加深加快,常用剂量每次1~3支,溶在5%葡萄糖中静脉滴注。另外还有山梗菜碱(洛贝林),它可以刺激主动脉和颈动脉化学感受器,间接刺激呼吸中枢,使呼吸加深。吗乙苯吡酮(佳苏仑)的作用更强,安全范围大,可改善通气功能,提高血氧分压,纠正缺氧状态。

(5) 人工机械通气:如果经过上述治疗病情不见好转,则应经口或鼻气管插管,或做气管切开再行机械通气,这是目前抢救呼吸衰竭最有效的措施,可以达到起死回生的效果。所以有人称机械通气治疗为生命支持治疗。

28. 为什么必须严格限制肺心病患者吸入氧的浓度?

肺心病患者常常存在“Ⅱ型呼吸衰竭”,既有缺氧又有二氧化碳潴留。患者维持呼吸的关键在于缺氧刺激人体的颈动脉和主动脉的呼吸化学感受器。如果使用高浓度的吸氧会较快解除缺氧对这些化学感受器的刺激,使得呼吸受到抑制,二氧化碳潴留更加严重,患者开始嗜睡、神志不清,严重者可昏迷。通过动脉血气分析,会发现二氧化碳分压迅速上升,高达80mmHg以上,患者处于肺性脑病的危险状态。

29. 为什么强调肺心病心衰患者小剂量、缓慢、短时间使用利尿剂?

这主要是肺心病疾病本身的病理生理改

变所决定的。肺心病在急性发作期缺氧、酸中毒,使得血液粘稠性增加,痰变得粘稠,常常有电解质紊乱。如果使用大剂量、快速利尿剂,会使尿量增加,而血液变得更加粘稠,痰更加粘稠不易咳出,通气阻力增加,肺泡有效通气量明显下降,缺氧和二氧化碳潴留更加严重,右心后负荷加重,致右心衰竭加重。另外由于大量利尿,从尿中丢失了大量的电解质,更造成低钾、低氯性碱中毒。碱中毒对机体有许多危害,一方面造成水、电解质失衡,另一方面可以使氧解离曲线左移,最后的结果导致机体组织缺氧更加严重。所以对于肺心病患者长期使用大剂量,快速利尿剂是有百害而无一利的。

30. 肺心病心衰时为什么强调使用快速、小剂量的强心剂?

这时因为肺心病病情加重时,绝大多数患者存在电解质的紊乱。尤其是血钾很低,低钾可造成机体对洋地黄强心剂耐受性差,易发生洋地黄药物中毒,出现室性心律失常,使用小剂量、快速强心剂可避免这一不良反应发生。

31. 为什么治疗肺心病患者强调避免或慎用镇静剂?

这是因为应用较强的镇静剂,会抑制呼吸中枢,使二氧化碳潴留更加严重,易造成患者昏迷。

32. 肺心病急性发作期患者常合并的严重并发症有哪些?

肺性脑病、消化道应激性溃疡出血、电解质紊乱、休克、心律失常、营养不良、弥散性血管内凝血等,处理起来十分复杂,只有早发现、早处理,才能为患者的康复赢得时机。

33. 为什么肺心病患者常合并营养不良?

一方面是食欲差,胃肠功能紊乱,摄取不足;另一方面由于肺心病患者多伴呼吸困难,常患有呼吸道感染,能量需求增多。研究发现 82% 患者体重低于标准体重,血清白蛋白低于正常者占 61%,所以在肺心病急性期,常给予患者静滴复方氨基酸、脂肪乳剂及白蛋白等以补充营养,提高其机体抵抗力,加快病情恢复。

34. 什么叫急性呼吸窘迫综合征?

急性呼吸窘迫综合征(ARDS)多发生于原心肺功能正常的患者,由于肺外或肺内的严重疾病引起毛细血管炎症性损伤,通透性增加,继发急性高通透性肺水肿和进行性缺氧性呼吸衰竭(I型)。虽其病因各异,但有共同的生理学、病理学和影像学特征。临床表现为急性呼吸窘迫、难治性低氧血症。

35. 如何观察急性呼吸窘迫综合征的临床表现?

呼吸窘迫综合征除原发病的症状、体征外,主要表现为突发性、进行性呼吸窘迫、气促、紫绀,常伴有烦躁、焦虑、出汗等。其呼吸窘迫的特点是呼吸深快、用力,伴明显的发绀,且不能用通常的吸氧疗法改善,亦不能用其他的原发心肺疾病(如气胸、肺气肿、肺不张、肺炎、心力衰竭)解释。早期体征可无异常,或仅闻双肺少量细湿啰音;后期多可闻及水泡音,可有管状呼吸音。

36. 急性呼吸窘迫综合征的病因有哪些?

其病因大致有:休克、创伤、感染、吸入毒气、误吸、药物过量、代谢紊乱、大量输血、DIC、空气栓塞等。

37. 急性呼吸窘迫综合征的基本病理特点及病理生理变化是什么?

急性呼吸窘迫综合征的主要病理改变是肺广泛性充血水肿和肺泡内透明膜形成。病理过程分为三个阶段:渗出期、增生期和纤维化期。三个阶段常重叠存在。

主要病理生理变化是由于肺毛细血管内皮细胞和肺泡上皮细胞的受损,引起肺间质和肺泡水肿;肺表面活性物质减少,导致小气道阻塞闭陷,肺泡萎缩不张,肺容量特别是功能残气量减少,肺顺应性降低;通气/血流比例失调。上述因素综合作用,引起弥散障碍和肺内分流增加,造成严重的低氧血症和呼吸窘迫。

38. 急性呼吸窘迫综合征的治疗措施有哪些?

急性呼吸窘迫综合征是一种急性危重病,宜在严密监护下治疗。治疗的目标包括:改善肺氧合功能,纠正缺氧,生命支持,保护器官功能,防治并发症和基础病的治疗。常规的治疗包括:进行特别监护,氧疗,机械通气,应用呼气末气道内正压(PEEP)或持续气道内正压(CPAP)以及合理的液体平衡等。

39. 什么是支气管扩张?

支气管扩张是由于气管、支气管及其周围肺组织的持续慢性炎症,致中等大小的一支或多支支气管壁破坏,产生持续性扩张。它主要发生于儿童和青少年,80%在10岁以前发病。儿童的麻疹、百日咳、支气管肺炎、腺病毒及合胞病毒呼吸道感染等易引起支气管扩张。慢性支气管炎、支气管哮喘若反复合并感染,也易引起支气管扩张。肺结核、肺脓肿、机化性肺炎由于纤维瘢痕组织牵拉,也易引起支气管扩张。

40. 支气管扩张好发部位在哪里?

支气管扩张好发于右肺中叶、左肺下叶。因为右肺中叶支气管细长,周围有多簇的淋

巴结,常因非特异性或结核性淋巴结炎而肿大压迫支气管,引起右中叶不张,称右中叶综合征,是支气管扩张的好发部位。下叶易发生引流不畅,故支气管扩张易发生于肺下叶。又由于左下叶支气管较右下叶支气管更细长,与大气管的夹角较大,同时受心脏血管的压迫,故更易导致引流不畅。因此支气管扩张好发于左下叶。由于左舌叶开口接近下叶背段支气管,易受下叶感染所累及,故左下叶与舌叶常同时发生扩张。

41. 如何观察支气管扩张的主要临床表现?

支气管扩张的主要临床表现是慢性咳嗽、咳大量脓性痰、反复咯血、反复肺部感染。痰量与体位改变有关,晨起或夜间卧床转动体位时咳嗽、咳痰量增多。临床症状轻重与支气管病变轻重、感染程度有关。感染急性发作时,黄绿色脓痰量每日可达数百毫升(100~400ml)。痰液收集于玻璃瓶中经放置数小时后可分三层,上层为泡沫,下悬脓性粘液,中层为混浊粘液,底层为脓性物和坏死组织沉淀物。若呼气与痰有恶臭味,提示伴有厌氧菌感染。约50%~70%支气管扩张患者有反复咯血症状,其咯血量差异较大,可为血痰,也可大咯血(量>500ml/次)。支气管扩张合并大咯血约占25%,是由于压力较高的支气管小动脉破裂所致,表现为血液急骤喷出,一次超过数百至数千毫升。出血后血管压力降低而致血管收缩,出血可自行停止。咯血量与支气管病变范围及严重程度可不一致。

42. 何谓“干性支气管扩张”?

有些支气管扩张患者以咯血为惟一症状,咳嗽、咳痰不明显,甚至完全没有,患者一般情况好,此类型临床上称为干性支气管扩张。病变多位于引流良好的上叶支气管。

43. 支气管扩张的诊断依据是什么?

根据反复咳脓痰、咯血的病史和体征,再结合童年诱发支气管扩张的呼吸道感染病史,一般临床可做出初步诊断。胸部 X 线片和胸部 CT 扫描可协助诊断。支气管碘油造影可确定诊断,并可明确支气管扩张的部位、形态、范围和病变严重程度,为外科手术提供重要参考依据。一般后前位 X 线片常无特殊发现,或仅有患侧肺纹理增多,疾病晚期 X 线片显示不规则环状阴影或呈蜂窝状(所谓卷发影),甚至有液平面,这说明有囊状支气管扩张存在。胸部 CT 检查柱状扩张的管壁增厚;囊状扩张表现为支气管显著扩张、呈串或成簇囊样病变,可有气液面。支气管碘油造影是确诊支气管扩张的重要手段,因为它不仅可确定支气管扩张病变的存在,还可确定病变的部位、程度和范围,对其是否手术和决定手术范围可起很大作用。目前大部分支气管扩张可经过 CT 明确诊断,因支气管碘油造影给患者造成较大痛苦,目前已较少使用,只有 CT 不能明确诊断时,才考虑应用碘油造影。

44. 支气管碘油造影宜在何时进行?术前需做哪些准备?

支气管碘油造影适宜在肺部急性炎症控制 2~3 周之后进行。有大咯血者,必须在咯血停止 2 周以上进行,造影前应进行充分的支气管引流,使痰液尽量排出,否则造成造影剂充盈不全而导致错误的结论。

45. 支气管扩张的治疗原则是什么?

支气管扩张的治疗原则是防治呼吸道反复感染及保持呼吸道引流通畅。包括:①病因治疗;②加强支气管引流;③控制感染;④对症支持疗法。

许多支气管扩张患者合并有慢性鼻窦炎、慢性齿龈炎、齿槽溢脓、慢性扁桃体炎等,这些病变如不根治,经常有脓液或分泌物流到支气管,使支气管反复感染,因此必须根除这些疾患。可应用祛痰剂,如碘化钾、必嗽平、氯化铵等,同时需进行良好的体位引流。

46. 怎样行体位引流?

原则上使患肺处于高位,引流支气管开口朝下,以利于淤积在支气管内的脓液流入大支气管和气管而排出。当病变位于下叶时,可垫高床脚,使患者俯卧,前胸靠近床沿,头向下进行深呼吸、咳嗽和咳痰。每日 2~4 次,每次 15~30 分钟。引流前可先行雾化吸入,引流时间歇做深呼吸后用力咳痰,辅以拍背,均可提高引流效果。

47. 什么样的支气管扩张适合手术治疗?

(1)症状明显,病变限于一叶或一侧肺组织,而无手术禁忌症者。

(2)虽为两侧支气管扩张,但主要病变集中在一个肺叶,周身状况和心肺功能良好者。

(3)反复大咯血者进行保守治疗无效而威胁生命者。

48. 排痰不畅如何护理?

(1)由于痰液粘稠,不能顺利将痰液排出者,应定时服用抗感染、化痰、止咳平喘的药物,并多饮水然后深吸气,用爆发力将痰液咳出。并注意保证每日的液体入量,对降低痰液的粘稠度甚为重要。

(2)做超声雾化吸入时可选用庆大霉素 8 万 U + 氟美松 5mg + 生理盐水 20ml 或 α 糜蛋白酶 5mg + 生理盐水 20ml 等药物,每次雾化时间为 20 分钟,也可化痰、解痉,使分泌物稀释易于咳出。

(3)对年老体弱卧床患者,用翻身拍背,