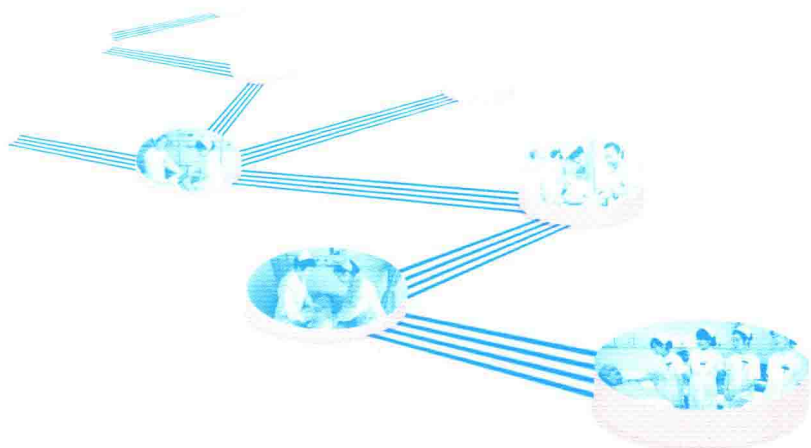


临床护理案例分析 内科护理技能

主 编 / 梁 萍



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

临床护理案例分析 内科护理技能

主 编 梁 萍

副主编 李晓丹 闫瑞芹

编 者 (以姓氏笔画为序)

王兆霞 (煤炭总医院)

刘 颖 (北京大学航天临床医学院)

闫瑞芹 (北京卫生职业学院)

李晓丹 (北京大学人民医院)

张 华 (中日友好医院)

贾小莹 (北京卫生职业学院)

梁 萍 (北京卫生职业学院)

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

临床护理案例分析：内科护理技能 / 梁萍主编

—北京：人民卫生出版社，2015

ISBN 978-7-117-21000-3

I. ①临… II. ①梁… III. ①内科学 - 护理学 - 病案
IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 143196 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询，在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导，医学数 据库服务，医学教育 资源，大众健康资讯

版权所有，侵权必究！

临床护理案例分析 内科护理技能

主 编：梁 萍

出版发行：人民卫生出版社（中继线 010-59780011）

地 址：北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编：100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线：010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷：北京中新伟业印刷有限公司

经 销：新华书店

开 本：850 × 1168 1/32 印张：7

字 数：175 千字

版 次：2015 年 7 月第 1 版 2015 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号：ISBN 978-7-117-21000-3/R · 21001

定 价：25.00 元

打击盗版举报电话：010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

（凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换）

内科护理学是护理专业的一门重要的专业课程,是临床护理各科的基础。本书的指导思想是注重基础理论、基本知识和基本技能的训练,通过临床案例的分析,引入护理操作技能,紧扣操作要点,将两者有机结合,其内容在临床护理理论和实践中具有普遍意义。并通过相应习题来巩固知识要点,使之胜任临床工作的同时也有助于护士资格考试的通过。

该书内容丰富,特色鲜明,突出实践,重在应用,充分体现了职业教育的特点。主要体现在体例和内容的创新:临床案例的选择涵盖了内科各个系统的常见病、多发病,每个疾病均从案例分析入手,列举护理措施;按照岗位要求划分3个工作项目,即操作前准备、操作中配合及操作后护理;最后模拟护士资格考试的练习。整个过程中将知识与技能有机整合在学生实践的过程中,内容对接临床岗位,突出了教学与实践岗位的对接。

由于时间仓促、编者水平有限,疏漏和不妥之处在所难免,敬请护理学界同仁批评指正。

编者

2015年5月

目 录

第一章 呼吸系统疾病护理实践	1
项目一 典型案例分析	1
案例 1 支气管扩张患者的护理	1
案例 2 慢性阻塞性肺疾病患者的护理	3
案例 3 肺炎球菌肺炎患者的护理	6
案例 4 支气管哮喘患者的护理	9
案例 5 呼吸衰竭患者的护理	12
项目二 护理技术操作详解	16
操作 1 体位引流	16
操作 2 胸腔穿刺术	18
操作 3 纤维支气管镜检查术	21
操作 4 动脉血采集和血气分析	24
[附] 血气分析正常参考值	27
项目三 护资考场自测	29
第二章 循环系统疾病护理实践	37
项目一 典型案例分析	37
案例 1 心力衰竭患者的护理	37
案例 2 心律失常患者的护理	39
案例 3 原发性高血压患者的护理	42
案例 4 冠状动脉粥样硬化性心脏病患者的护理	44
项目二 护理技术操作详解	46
操作 1 心包穿刺术	46
操作 2 心电图描记与分析	48
操作 3 心导管检查术	53

● 目 录

操作 4 冠状动脉造影术	56
操作 5 经皮腔内冠状动脉成形术	59
操作 6 心导管射频消融术	63
操作 7 中心静脉压测定	66
项目三 护资考场自测	67
第三章 消化系统疾病护理实践	76
项目一 典型案例分析	76
案例 1 消化性溃疡患者的护理	76
案例 2 肝硬化患者的护理	79
案例 3 肝性脑病患者的护理	81
案例 4 上消化道大出血患者的护理	83
项目二 护理技术操作详解	85
操作 1 肝脏穿刺术	85
操作 2 纤维胃、十二指肠镜检查术	87
操作 3 纤维结肠镜检查术	90
操作 4 胃管置入术	93
操作 5 腹腔穿刺术	95
操作 6 三腔二囊管压迫止血术	98
项目三 护资考场自测	101
第四章 泌尿系统疾病护理实践	110
项目一 典型案例分析	110
案例 1 肾病综合征患者的护理	110
案例 2 尿路感染患者的护理	112
案例 3 肾衰竭患者的护理	114
项目二 护理技术操作详解	117
操作 1 血液净化	117
操作 2 肾脏穿刺术	120

项目三 护资考场自测.....	123
第五章 血液系统疾病护理实践.....	132
项目一 典型案例分析.....	132
案例 1 缺铁性贫血患者的护理	132
案例 2 急性白血病患者的护理	134
项目二 护理技术操作详解.....	139
操作 1 骨髓穿刺术	139
操作 2 造血干细胞移植术	141
操作 3 成分输血	147
项目三 护资考场自测.....	156
第六章 内分泌与代谢性疾病护理实践.....	161
项目一 典型案例分析.....	161
案例 1 甲状腺功能亢进症患者的护理	161
案例 2 糖尿病患者的护理	164
项目二 护理技术操作详解.....	169
操作 1 血糖测试	169
操作 2 葡萄糖耐量试验	171
操作 3 胰岛素笔皮下注射法	173
项目三 护资考场自测.....	177
第七章 神经系统疾病护理实践.....	182
项目一 典型案例分析.....	182
案例 1 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病患者的 护理	182
案例 2 脑梗死患者的护理	184
案例 3 脑出血患者的护理	187
案例 4 癫痫患者的护理	190

● 目 录

案例 5 帕金森病患者的护理	194
项目二 护理技术操作详解	199
操作 1 腰椎穿刺术	199
操作 2 高压氧舱治疗	203
项目三 护资考场自测	206

呼吸系统疾病护理实践

项目一 典型案例分析

案例 1 支气管扩张患者的护理

张某,男,74岁。因咳嗽、咯痰、胸闷、气促10余年,加重伴咯血8天入院。轮椅推入病房,神清,精神差,气喘貌,消瘦面容,查体: $T38.5^{\circ}\text{C}$, $P104$ 次/分, $BP105/65\text{mmHg}$,血氧饱和度93%。辅助检查:胸部X线检查示右下肺基底段支气管扩张并肺部感染。初步诊断为支气管扩张、慢性支气管炎急性发作。入院后遵医嘱予一级护理,吸氧,心电监护,抗炎,止血化痰等治疗。

请讨论:

1. 目前患者主要存在哪些护理问题?
2. 应采取哪些护理措施?

分析:

1. 目前患者主要存在的护理问题包括:
 - (1) 清理呼吸道无效
 - (2) 营养失调:低于机体需要量
 - (3) 焦虑
 - (4) 有窒息的危险
2. 应为患者采取的护理措施包括:

(1) 饮食护理:提供高热量、高蛋白质、富含维生素饮食,避免冰冷食物诱发咳嗽,少食多餐。因咳大量脓痰,指导患者在咳嗽后及进食前用清水或漱口剂漱口,保持口腔的清洁,增加食欲。鼓励患者多饮水,每天 1500ml 以上,充足的水分可稀释痰液,有利于排痰。

(2) 病情观察:观察咳嗽、咯痰与体位的关系,观察痰液的量、颜色和黏稠度,是否有臭味。观察气促、咯血程度、体温变化等情况,出现气促、发绀常表示病情严重。

(3) 体位引流:依病变部位不同而采取不同的体位。原则上抬高患肺位置,引流支气管开口向下,有利于分泌物随重力作用流入大支气管和气管排出。

(4) 用药护理:按医嘱用抗生素、祛痰剂、支气管扩张药物,指导患者掌握药物的疗效、剂量、用法和副作用。

(5) 大咯血窒息抢救:出现窒息征象时,应立即取头低脚高俯卧位,脸侧向一边,避免血液吸入引起窒息。轻拍背部有利于血块排出,并迅速挖出或吸出口、咽、喉、鼻部血块。无效时行气管插管或气管切开,解除呼吸道阻塞。

(6) 健康指导:积极防治支气管肺炎、肺结核等呼吸道感染,注意防止异物误入气管,治疗慢性副鼻窦炎和扁桃体炎,对预防支气管扩张有重要的意义;指导患者和家属了解疾病的发生、发展与治疗、护理过程,防止病情进一步恶化。与患者及家属共同制定长期防治的计划;补充足够的营养和水分,以增加机体抵抗力及稀释痰液,有利于排痰;指导患者和家属学会感染、咯血等症状的监测,掌握有效咳嗽、雾化吸入、体位引流方法,以及抗菌药物的作用、用法、不良作用等,一旦发现症状加重,应及时就诊;适当参加体育锻炼、增强机体免疫力和抗病能力。养成良好的生活习惯,劳逸结合,培养业余兴趣爱好,清除紧张心理,防止病情进一步加重。

案例2 慢性阻塞性肺疾病患者的护理

李某,男,74岁。反复咳嗽、咯痰、气促30余年,加重1周入院。护理查体: $T38.3^{\circ}\text{C}$, $P96$ 次/分, $R22$ 次/分, $BP120/70\text{mmHg}$ 。患者咳嗽,咳黄白色黏痰,伴喘憋加重,活动后加重,发热,伴畏寒。患者发病以来食欲可,睡眠欠佳,大小便正常。有青霉素、磺胺类药物过敏史。辅助检查: FEV_1 占预计值20.73%, $\text{FEV}_1/\text{FVC}42.41\%$;中性粒细胞88.4%,淋巴细胞4.5%;血气分析 PaO_2 45mmHg, PaCO_2 65mmHg。临床诊断为慢性阻塞性肺气肿。

请讨论:

1. 目前患者主要存在哪些护理问题?
2. 应采取哪些护理措施?

分析:

1. 目前患者主要存在的护理问题包括:

- (1) 气体交换受损
- (2) 清理呼吸道无效
- (3) 体温过高
- (4) 活动无耐力
- (5) 潜在并发症:自发性气胸、呼吸衰竭、肺源性心脏病

2. 应为患者采取的护理措施包括:

(1) 协助患者有效咳痰:嘱患者多饮水,在病情允许的情况下饮水量需 $>2000\text{ml/d}$,以达到稀释痰液,促进痰液的有效排出。如果患者不能口服足够的液体,可通过静脉补液,湿化器或雾化吸入来稀释分泌物。必要时给予化痰平喘药物,注意观察药物疗效及药物的不良反应。保持呼吸道通畅,协助患者半

卧位。指导患者深呼吸、有效咳嗽和正确排痰。深呼吸和有效咳嗽的方法:患者尽可能取坐位,身体稍前倾,进行 5~6 次深而缓慢的腹式呼吸,屏气 3~5 秒,继而缩唇缓慢地将气体呼出;再深吸一口气,屏气,身体稍前倾,从胸腔进行连续 2~3 次短促有力的咳嗽,咳嗽同时收缩腹肌,或用手按压上腹部有助于痰液咳出。患者也可取仰卧屈膝位,借助膈肌、腹肌收缩,增加腹压来咳出痰液。几次咳痰后进行放松性深呼吸,充分休息。取侧卧位,叩击者手呈覆碗状,肩部放松,以手腕力量叩击,自上而下,由外向内,迅速而有节奏的叩击,每次叩击 1~3 分钟,频率每分钟 120~180 次,叩击时发出空而深的拍击声证明手法正确。叩击过程中须严密观察患者生命体征及意识变化,餐后两小时内禁止叩击,以免食物反流。叩击完毕,嘱患者有效咳嗽,使痰液排出。

(2) 增加有效供氧:协助患者采取合适的体位,通过抬高床头至少 45° 或放置床头椅可协助胸廓扩张。如果患者有舌后坠或发生气道阻塞时,患者应侧卧,口或鼻人工气道应放置在床头,必要时使用。室内保持适宜的温湿度,遵医嘱给予持续低流量吸氧 $1\sim 2\text{L}/\text{min}$,每天持续 15 小时以上,维持 PaO_2 在 60mmHg 之上。告知家属或陪护不能随意调节氧气流量。低流量吸氧能够通过缺氧刺激呼吸中枢,改善组织缺氧。高流量吸氧减弱呼吸中枢的呼吸反射而发生呼吸抑制,加重 CO_2 的潴留,严重者可致肺性脑病。吸氧过程中要及时巡视病房,发现患者病情变化及时通知医生给予处理。

(3) 皮肤护理:呼吸系统疾病患者在冬季时病情容易变化发生危重情况,受患者端坐呼吸、活动受限、多汗等影响易发生皮肤压疮。使用压疮风险评估表有助于护士识别发生压疮的高危人群,从而有目标地为高危人群提供有效的防止压疮的护理。压疮风险评估不仅要在新入院患者中使用,患者病情变化

时还要随时进行评估。护士要做好患者皮肤护理,严密观察皮肤的完整性。

(4) 呼吸功能锻炼:教会患者进行呼吸功能锻炼,待患者熟练掌握腹式呼吸、缩唇呼吸后,可将二者联合使用。每天训练3~4次,每次重复8~10次。

腹式呼吸:嘱患者根据情况可取立位、平卧位或半卧位,两手分别放于前胸部和上腹部。用鼻缓慢吸气时,腹部隆起,手放于腹部可感到腹部向上抬起;呼气时用口呼出,手感到腹部下陷。也可以在腹部放置小枕头、杂志或书锻炼腹式呼吸,如果吸气时,物体上升,证明是腹式呼吸。

缩唇呼吸:嘱患者闭嘴经鼻吸气,呼气时将口唇缩成吹笛状,将气体缓慢从口中呼出,深吸缓呼,同时收缩腹部,吸气与呼气时间比为1:2或1:3,呼气流速以双手伸直,手拿一张薄薄的纸巾于正前方,见纸巾缓缓地飘起为宜。每次10~20分钟,每日两次。

(5) 健康教育:对COPD患者进行健康教育意义重大。提高患者的自我照顾能力可以提高患者的生活质量,缓解家庭的负担,增加治疗的依从性。引导患者以积极的心态对待疾病,学会慢性疾病的自我管理。戒烟是预防COPD的重要措施,避免粉尘、烟雾及有害气体的吸入。注意保暖,避免呼吸道感染加重病情,秋冬时可注射流感疫苗。练习缩唇呼吸和腹式呼吸以锻炼呼吸肌。家庭氧疗的患者,需掌握家庭氧疗设备的使用方法,了解氧疗的目的和注意事项。供氧装置周围严禁烟火,防止氧气燃烧爆炸。氧疗装置需定期更换、清洁及消毒,以免引起感染。保证居住环境空气清新、安静,适当进行步行、慢跑等体育锻炼,合理安排工作与生活,避免过于劳累。患者及家属了解疾病的发生、发展与治理、护理的过程,做好疾病的自我监测,一旦发现病情加重及时就诊。

案例 3 肺炎球菌肺炎患者的护理

张某,男,22岁,因发热、咳嗽、咳铁锈色痰,伴右侧胸痛2天就诊。患者既往体健,起病前曾遭雨淋。查体: $T39^{\circ}\text{C}$, $P92$ 次/分, $R26$ 次/分, $BP100/70\text{mmHg}$, 神清, 急性面容, 口角有单纯疱疹, 右下肺呼吸运动减弱, 叩诊浊音, 可闻及少量湿啰音。血常规检查: 白细胞 $15 \times 10^9/\text{L}$, 中性粒细胞 85%, 胸部 X 线检查: 右下肺大片浸润阴影。入院诊断: 右下肺炎, 肺炎球菌感染可能性大。

请讨论:

1. 目前患者主要存在哪些护理问题?
2. 应采取哪些护理措施?

分析:

1. 目前患者主要存在的护理问题包括:

- (1) 体温过高
- (2) 清理呼吸道无效
- (3) 潜在的并发症: 感染性休克

2. 应为患者采取的护理措施包括:

- (1) 一般护理

1) 休息与环境: 为患者提供安静、舒适的病室, 保持室内空气清新、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; 限制患者活动, 限制探视, 高热患者应卧床休息。要集中安排治疗和护理活动, 保证足够的休息, 以减少氧耗量, 缓解头痛、肌肉酸痛等症状。

2) 饮食: 提供高热量、高蛋白质、高维生素、易消化的流质或半流质饮食, 以补充高热引起的营养物质消耗。宜少食多

餐,鼓励患者多饮水(1~2L/d),以补充发热、出汗和呼吸急促所丢失的水分,并有利于痰液排出。脱水严重者可遵医嘱补液,加快毒素排泄和热量散发。心脏病或老年人应注意补液速度,避免过快导致急性肺水肿。

3) 体位:指导或协助患者采取合适的体位。对意识障碍者,如病情允许可采取半卧位以增加肺通气量,或侧卧位以预防或减少分泌物吸入肺内。注意每2小时变换体位1次,以促进肺扩张,减少分泌物淤积在肺部而引起并发症。

(2) 病情观察:密切监测患者神志、体温、呼吸、脉搏、血压和尿量,并做好记录。尤其注意体温的变化。观察有无呼吸困难及发绀,及时给氧。注意是否伴有感染性休克的表现。观察痰液颜色、性状和量等。

(3) 对症护理

1) 高热的护理:可采用温水擦浴、冰袋、冰帽等物理降温措施,以逐渐降温为宜,防止虚脱。患者大汗时,及时协助擦拭和更换衣服,避免受凉。必要时遵医嘱使用退热药。必要时遵医嘱静脉补液。

2) 咳嗽、咯痰的护理:鼓励和协助患者有效咳嗽、排痰,及时清除口腔和呼吸道内痰液、呕吐物。痰液黏稠不易咯出时,如病情允许可扶患者坐起拍背,协助咯痰。遵医嘱应用祛痰药及雾化吸入,稀释痰液,促进痰的排出。必要时吸痰,预防窒息。

3) 胸痛的护理:患侧卧位可减轻疼痛。在咳嗽时可用枕头等物夹紧胸部,必要时用宽胶布固定胸廓,以降低胸廓活动度来减轻疼痛。疼痛剧烈者,遵医嘱应用镇痛、止咳药缓解疼痛和改善肺通气,如口服可待因。此外可用物理止痛和中药止痛擦剂。

4) 其他:鼓励患者经常漱口,做好口腔护理。

(4) 感染性休克的护理

1) 密切观察生命体征和神志的变化,如出现神志模糊、烦躁;体温不升或过高;脉搏细数;血压下降、脉压变小;呼吸浅快;冷汗淋漓、四肢厥冷、口唇及肢体发绀;尿量减少($<30\text{ml/h}$)等休克早期症状时,应及时报告医师,采取救治措施。

2) 应将感染性休克的患者安置在重症监护室,注意保暖和安全。取仰卧中凹位(头胸抬高约 20° ,下肢抬高约 30°),尽量减少搬动。

3) 有发绀或 $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ 者应高流量吸氧,维持动脉氧分压在 60mmHg 以上。

4) 尽快建立两条静脉通道,注意控制补液速度,一条扩容,首先输入低分子右旋糖酐或平衡盐液,可加入抗生素、糖皮质激素,另一条先输入 5% 碳酸氢钠,再应用多巴胺等血管活性药物。快速扩容过程中应注意观察脉率、呼吸频率、肺部啰音、出入量等,预防诱发肺水肿,必要时在中心静脉压监测下进行调整。

(5) 用药护理:遵医嘱使用抗生素,观察疗效和不良反应,患者一旦出现严重的不良反应,应及时与医生沟通,并作相应处理。

(6) 心理护理:护士应主动询问和关心患者的需求,与患者进行有效的沟通。耐心解释各种症状和不适的原因,讲解疾病有关知识,说明各项诊疗、护理操作的目的、程序和配合要点,告知患者大部分预后良好,消除患者焦虑、紧张情绪,树立治愈疾病的信心。

(7) 健康指导

1) 疾病知识指导:向患者及家属介绍肺炎的病因和诱因,避免受凉、淋雨、酗酒和过度疲劳,尤其老弱和免疫功能低下者,如糖尿病等。可注射流感或肺炎免疫疫苗,使之产生免疫力。

2) 生活指导:指导患者加强营养、注意休息、生活规律。适当参加体育锻炼,增强机体抗病能力。

案例 4 支气管哮喘患者的护理

李某,男,50岁。反复发作性气喘、胸闷3年,加重2天入院。护理体检:T37.0℃,P96次/分,R26次/分,BP 120/70mmHg。患者神清,端坐呼吸,气喘伴咳嗽、咳白色泡沫样痰,睡眠可,饮食、二便正常。吸烟10余年,每天2包,戒烟半年。血常规检查:WBC $13.65 \times 10^9/L$,嗜酸性粒细胞绝对值 $0.97 \times 10^9/L$,嗜酸性粒细胞比值 9.11%。

请讨论:

1. 目前患者主要存在哪些护理问题?
2. 应采取哪些护理措施?

分析:

1. 目前患者主要存在的护理问题包括:

- (1) 气体交换受损
- (2) 清理呼吸道无效
- (3) 焦虑
- (4) 知识缺乏

2. 应为患者采取的护理措施包括:

(1) 消除诱发哮喘的因素:消除哮喘患者住处诱发哮喘的因素,有明确过敏史者应尽快脱离过敏环境。应保持室内安静、清洁、舒适、温湿度适宜,按时通风以保持空气清新。避免使用皮毛、羽绒或蚕丝织物等。室内不宜摆放花草,同时避免在花粉飘散季节的午间和午后进行室外活动。清洁房间时应使用吸尘器和湿扫的方法进行清洁,避免使用干鸡毛掸子。约 20% 的成人患者和 50% 的儿童患者因饮食不当而诱