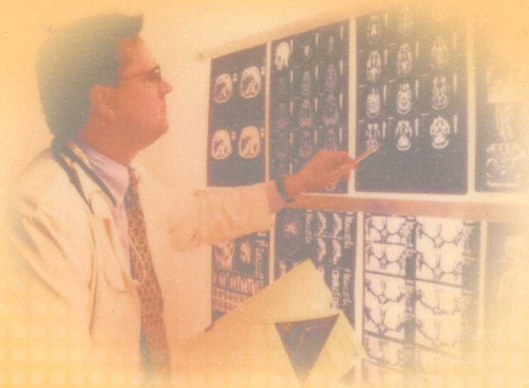


临床专家
第一辑

常见病护理指南

孙玉梅 等编



中国工人出版社

常见病护理指南

中国工人出版社

图书在版编目(CIP)数据

常见病护理指南/孙玉梅著. —北京:中国工人出版社,2008.9
(临床专家.第1辑)

ISBN 978-7-5008-4211-8

I. 常… II. 孙… III. 常见病—护理—指南 IV. R47-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 148394 号

常见病护理指南

出版发行:中国工人出版社

地址:北京市鼓楼外大街 45 号

邮编:10011

电话:(010)82075934(编辑室)62005038(传真)

发行热线:(010)62005049 62005042

网址:<http://www.wp-china.com>

经销:新华书店

印刷:长虹彩印厂印刷

版次:2008 年 9 月第 1 版 2008 年 9 月第 1 次印刷

开本:850 毫米×1168 毫米 1/32

总字数:2536 千字

总印张:103.375

总定价:160.00 元(共九册)

版权所有 侵权必究

印装错误可随时退换

本书编委会

主 编 孙玉梅 邵书平 魏 萍 康爱琴

副主编 (排名不分先后)

刘淑兰 于争鸣 王兴成 刘效峰

前 言

随着社会经济的飞速发展和物质文化生活的不断提高,人类对珍惜生命、追求健康也不断提出新的要求。护理人员是卫生战线上的生力军,是推动健康新概念的中坚力量,是人类健康的捍卫者。护理学作为医学的一个分支,其概念和实质上都有了新的变化,而且现代医学模式逐渐重视专病专治专护。因此为了适应新世纪对护理工作更新更高的要求,使护士掌握的知识更加全面具体,我们组织编写了《常见疾病护理指南》,旨在为广大护理工作者及医学爱好者,获得更全面的有关护理方面的知识提供一些有益的帮助。

本书系统全面的对内科、外科、妇科、儿科、五官科常见疾病的简介、临床表现、治疗原则、护理措施、健康指导及各种护理操作知识等作了详细的介绍。本书力求内容全面精炼、资料丰富、重点突出、通俗易懂、实用性强,可供广大护理工作者以及患者、亲属和医学爱好者阅读。使广大读者能够获得理论知识的同时有更重要的临床实践经验可供参考。

由于编者水平及时间有限,不足之处在所难免,敬请专家同行及读者以批评指正,我们愿与大家一道为广大患者的身心健康作出贡献。

编者

2008年9月

目 录

第一章 内科系统疾病护理	1
第一节 肺炎	1
第二节 肺气肿	6
第三节 肺癌	10
第四节 肺结核	13
第五节 支气管哮喘	18
第六节 气胸	21
第七节 呼吸衰竭	24
第八节 结核性胸膜炎	28
第九节 咯血	31
第十节 气管切开术	36
第十一节 呼吸系统几种新技术操作	38
射流呼吸机	38
BIPAP 呼吸机	39
肺泡灌洗	40
纤维支气管镜	44
第十二节 心绞痛	45
第十三节 急性心肌梗塞	48
第十四节 高血压病	53
第二章 泌尿系统疾病病人的护理	57
第一节 慢性肾功能衰竭	57
第二节 慢性肾炎	74
第三节 急性肾盂肾炎	92
第四节 肾病综合症	95
第五节 尿毒症	97

第六节	肾功能不全	101
第七节	泌尿系感染	105
第三章	妇产科	109
第一节	孕期常见症状的护理	109
第二节	正常分娩产妇	115
第三节	剖宫产术后产妇	122
第四节	妊娠高血压综合征	130
第五节	功能失调性子官出血	139
第六节	急性盆腔炎	145
第七节	异位妊娠	150
第八节	子宫脱垂	158
第九节	子宫肌瘤	167
第十节	卵巢癌(化疗)	178
第四章	小儿科	191
第一节	未成熟儿	191
第二节	新生儿溶血病	197
第三节	新生儿肺炎	203
第四节	新生儿硬肿症	209
第五节	新生儿颅内出血	215
第六节	新生儿黄疸	228
第七节	新生儿败血症	232
第八节	新生儿破伤风	238
第九节	新生儿呼吸窘迫综合征	243
第十节	新生儿窒息	249
第十一节	新生儿上呼吸道感染	256
第十二节	再生障碍性贫血	261
第十三节	急性白血病	266
第十四节	癲 病	273
第十五节	化脓性脑膜炎	279

第十六节	过敏性紫癜	284
第十七节	流行性脑脊髓膜炎	289
第十八节	流行性腮腺炎	295
第十九节	流行性乙型脑炎	300
第二十节	水 痘	307
第二十一节	细菌性痢疾	314
第二十二节	病毒性肝炎	321
第二十三节	原发性肺结核	326
第二十四节	结核性脑膜炎	332
第二十五节	肾病综合征	339
第二十六节	急性泌尿道感染	345
第二十七节	急性肾小球肾炎	349
第二十八节	皮肤粘膜淋巴结综合征	354
第五章	精神性病人的护理	359
第一节	神经衰弱病人的护理及治疗	359
第二节	脑器质性精神障碍治疗	363
第三节	焦虑症病人的护理	365
第四节	偏执型精神分裂症的病人的护理	336
第五节	反应性精神病	368
第六节	精神分裂症的治疗方法	371
第七节	心力衰竭的护理	373

第一章 内科系统疾病护理

第一节 肺 炎

【疾病简介】

肺炎是包括肺泡腔和间质组织在内的急性肺实质感染。肺炎可累及某一整个肺叶(大叶性肺炎),某一肺叶的某一肺段(段性或小叶性肺炎),邻近支气管的肺泡(支气管肺炎)或间质组织(间质性肺炎)。这些区别一般根据 X 线表现划分。可发生于任何人群,临床表现主要有发热,咳嗽,咳痰,呼吸困难,肺部 X 线可见炎性浸润阴影。

【临床表现】

1. 支原体肺炎潜伏期 2~3 周,起病缓慢,约 1/3 病例无症状。以支管—支气管炎、肺炎、耳鼓膜炎等的形式出现,而以肺炎最重。发病初有乏力、头痛、咽痛、发冷、发热、肌肉酸痛、食欲减退、恶心、呕吐等,头痛显著。发热高低不一,可高达 39℃。2~3 天后出现明显的呼吸道症状,如阵发性刺激性咳嗽,咳少量粘痰或粘液脓性痰,有时痰中带血。发热可持续 2~3 周。热度恢复正常后尚可遗有咳嗽,伴胸骨下疼痛,但无胸痛。

体检示轻度鼻塞、流涕，咽中度充血。耳鼓膜常有充血，约 15% 有鼓膜炎。颈淋巴结可肿大。少数病例有斑丘疹、红斑或唇疱疹。胸部一般无明显异常体征，约半数可闻干性或湿性罗音，约 10%~15% 病例发生少量胸腔积液。

病情一般较轻，有时可重，但很少死亡。发热 3 天至 2 周，咳嗽可延长至 6 周左右。有 10% 复发，极少数病例可伴发中枢神经症状，例如脑膜炎、脑膜脑炎、多发生神经根炎，甚至精神失常等。出血性耳鼓膜炎、胃肠炎、关节炎、血小板减少性紫癜、溶血性贫血、心包炎、心肌炎、肝炎也有发现。

2. 过敏性肺炎：过敏性肺炎第一次发作易与病毒肺炎相混淆，于接触抗原数小时后出现症状：有发热、干咳、呼吸困难、胸痛及紫绀。少数患者接触抗原后可先出现喘息、流涕等速发过敏反应，体格检查肺部有湿罗音，多无喘鸣音，无实化或气道梗阻表现。X 线胸片显示弥漫性间质性浸润，和粟粒或小结节状阴影，在双肺中部及底部较明显，以后扩展为斑片状致密阴影。

急性发作时，末梢血象呈白细胞升高 $15 \times 10^9 \sim 25 \times 10^9 / L$ (15000~25000) 伴中性粒细胞增高，但多无嗜酸性细胞升高，丙种球蛋白升高到 $20 \sim 30 g / L$ ($2 \sim 3 g / dl$)，伴 IgG、IgM 及 IgA 升高，血清补体正常，类风湿因子可为阳性。肺功能检查显示限制性通气障碍有肺活量下降，局部通气血流比例失调，无明显气道阻塞及血管阻力增加。

3. 肺炎衣原体肺炎:轻症可无明显症状。青少年常有声音嘶哑、干咳、有时发热、咽痛等咽炎、喉炎、鼻窦炎、中耳炎和支气管炎等症状,且可持续数周之久,发生肺炎通常为轻型,与肺炎衣原体感染的临床表现极为相似,并可能伴随肺外表现如红斑结节、甲状腺炎、脑炎和格林-巴利综合征。成年人肺炎多较严重,特别是老年人往往必须住院和呼吸支持治疗。肺炎衣原体肺炎的肺部 X 线检查常显示肺亚段少量片状浸润灶,广泛实变仅见于病情严重者中。大部分患者血白细胞在正常范围。

4. 沙眼衣原体肺炎:起病缓慢,可先有上呼吸道感染表现,多不发热或偶有低热,然后出现咳嗽和气促,吸气时常有细湿啰音或捻发音,少有呼气性喘鸣。胸片显示双侧广泛间质和肺泡浸润,过度充气征比较常见,偶见大叶实变。周围血白细胞计数一般正常,嗜酸性粒细胞增多。从鼻咽拭子一定要刮取到上皮细胞。也可用直接荧光抗体试验(DFA)、酶免疫试验(EIA)检测鼻咽标本沙眼衣原体抗原。血清学检查特异性抗体诊断标准为双分血清抗体滴度 4 倍以上升高,或 $\text{IgM} > 1:32$, $\text{IgG} > 1:512$ 。也可应用 PCR 技术直接检测衣原体 DNA。

5. 鹦鹉热衣原体肺炎:来源于家禽接触或受染于鸟粪,是禽类饲养、贩卖和屠宰者的职业病。人与人的感染少见。病原体自分泌物及排泄物排出,可带菌很久。鹦鹉热衣原体通过呼吸道进入人体,在单核细胞内繁殖

并释放毒素,经血流播散至肺及全身组织,引起肺音质及血管周围细胞浸润,肺门淋巴结肿大。潜伏期 6~14d,发病呈感冒样症状,常有 38~40.5℃ 的发热,咳嗽初期为干咳,以后有痰,呼吸困难或轻或重。有相对缓脉、肌痛、胸痛、食欲不振,偶有恶心、呕吐。如为全身感染,可有中枢神经系统感染症状或心肌炎表现,偶见黄疸。多有肝、脾肿大,需与伤寒、败血症鉴别。胸部 X 线检查,从肺门向周边,特别向下肺野可见毛玻璃样阴影中间有点状影。周围血白细胞数正常,血沉在患病早期稍增快。肺泡渗出液的吞噬细胞内可查见衣原体包涵体。

6. 肺炎衣原体肺炎:本症临床表现无特异性,与支原体肺炎相似。起病缓,病程长,一般症状轻,常伴咽、喉炎及鼻窦炎为其特点。上呼吸道感染症状消退后,出现干湿啰音等支气管炎、肺炎表现。咳嗽症状可持续 3 周以上。白细胞计数正常,胸片无特异性,多为单侧下叶浸润,表现为节段性肺炎,严重者呈广泛双侧肺炎。病原学检查与沙眼衣原体肺炎一样,从气管或鼻咽吸取物做细胞培养,肺炎衣原体阳性。或用荧光结合的肺炎衣原体特异性单克隆抗体来鉴定细胞培养中的肺炎衣原体。PCR 检测肺炎衣原体 DNA 较培养更敏感,但用咽拭子标本检测似不够理想,不如血清学检测肺炎衣原体特异性抗体。微量免疫荧光(MIF)试验检测肺炎衣原体仍最敏感。特异性 IgM 抗体 $\geq 1:16$ 或 IgM 抗体 $\geq 1:512$ 或抗体滴度 4 倍以上增高,有诊断价值。

【治疗原则】

1. 对症治疗为主,防治继发细菌感染。
2. 抗病毒药物治疗。
3. 加强支持疗法。
4. 治疗并发症。
5. 止咳祛痰及补充各种和其他辅助药,可口服病毒灵或病毒唑。
6. 较重病人应静脉用药,注意支持疗法和防止并发症,疗程根据病情相应延长。
7. 对合并细菌感染的病例,根据临床和药敏试验选择有效的抗生素。

【护理措施】

病情观察:

1. 定时测血压、体温、脉搏和呼吸。
2. 观察精神症状,是否有神志模糊、昏睡和烦躁等。
3. 观察有无休克早期症状,烦躁不安、反应迟钝、尿量减少等。
4. 注意痰液的色、质、量变化。
5. 密切观察各种药物作用和副作用。

护理要点:

1. 根据病情和医嘱,合理氧疗。
2. 保证静脉输液通畅、无外溢,必要时置中心静脉导管压了解血容量。
3. 按医嘱送痰培养,血培养。

4. 高热护理见高热护理常规。
5. 胸痛、咳嗽、咳痰可采取对症处理。
6. 给予高营养饮食,鼓励多饮食,病情危重高热者可给清淡易消化半流质饮食。
7. 注意保暖,尽可能卧床休息。

【健康指导】

1. 锻炼身体,增强机体抵抗力。
2. 季节交换时避免受凉。
3. 避免过度疲劳,感冒流行时少去公共场所。
4. 尽早防治上呼吸道感染。

第二节 肺气肿

【疾病简介】

肺气肿是指多种原因引起的肺脏过度充气而导致的慢性呼吸道疾病。其中呼吸道阻塞引起的肺气肿最为常见,而呼吸道阻塞的常见原因有支气管炎、支气管哮喘、支气管扩张和重症肺结核等疾病。除了阻塞性肺气肿之外,还有老年性、代偿性和间质性肺气肿,无论是哪种原因引起的肺气肿都是妨碍了肺脏的气体交换效率,为了保证人体得到足够的氧气,不得不加大肺脏的通气量,造成肺泡过度的膨胀,以及细支气管远端气道扩张,从而导致肺泡壁破坏,导致肺组织弹性减退,而肺泡数量减少使有效的换气面积减小,势必加重肺脏的气

体交换效率,而陷入恶性循环之中,乃至造成呼吸衰竭。任何引起呼吸气道狭窄的肺脏疾患如慢性支气管炎或哮喘,由于可以引起肺内压力升高而最终损害肺泡,因此亦有助于形成肺气肿。肺气肿早期常无症状或仅感到气促、胸闷、呼气不畅。随病情发展会感到进行性呼吸困难,上楼时气喘吁吁,心慌气促,胸部呈圆桶状。由于肺通气和换气功能障碍,常可造成缺氧、口唇、指甲有紫绀,可形成槌状指,在寒冷季节,特别是抵抗力和肺功能较差的老年病人,易合并肺部急性感染,加重病情,可发生呼吸衰竭。

【临床表现】

发病缓慢,多有慢性咳嗽、咳痰史。早期症状不明显,或在劳累时感觉呼吸困难,随着病情发展,呼吸困难逐渐加重,以致难以胜任原来的工作。慢支在并发阻塞性肺气肿时,在原有的咳嗽、咳痰等症状的基础上出现逐渐加重的呼吸困难。当继发感染时,出现胸闷、气急,紫绀,头痛,嗜睡,神志恍惚等呼吸衰竭症状。肺气肿加重时出现桶状胸,呼吸运动减弱,呼气延长,语颤音减弱或消失,叩诊呈过清音,心浊音界缩小或消失,肝浊音界下降,心音遥远,呼吸音减弱,肺部有湿罗音。部分患者发生并发症:自发性气胸,肺部急性感染,慢性肺原性心脏病。

【治疗原则】

1. 一般治疗

(1)加强膈运动(即加强腹式呼吸锻炼)吸气时腹部鼓起,呼气时腹部内收,每次 10~15 分钟,每日 2~3 次或更多,可增加膈运动幅度,增加肺泡通气量,有利于改善通气功能。

(2)缩唇呼吸 呼吸时缩唇、作吹口哨样缓慢呼气,呼与吸时间之比为 1:2 或 1:3,使肺内气体尽量呼出,有益于通气功能的改善。因为缩唇慢呼气,使气道呼气气流的压力下降缓慢,防止小气道过早闭合,避免过多的气体滞留在肺内。

2. 控制呼吸道感染

选择有效抗生素,一般先用青霉素 80 万单位或联合应用链霉素 0.5g,肌肉注射每日 2 次,可根据细菌培养药敏试验或根据病情,选择抗生素如氨苄青霉素、先锋霉素、复方新诺明、氟哌酸等,控制呼吸道炎症,对 A、B 两型肺气肿均属重要,尤其是 B 型,对缓解症状、控制肺气肿的发展及防止呼吸功能进一步下降更为重要。

3. 对症治疗

(1)祛痰剂 可选用必嗽平、氯化铵等,如痰仍粘稠不易咳出,可选用痰易净、羧甲半胱氨酸等,使痰变稀薄易咳出。亦可蒸汽吸入,湿化呼吸道,稀释痰液。

(2)支气管扩张剂 舒张支气管、通畅呼吸道,常用氨茶碱 0.1 每日 3 次,喘定 0.2~0.3 每日 3 次,舒喘灵 2~4mg 每日 3 次,或气雾剂吸入每次 0.1~0.2mg。还可可用博利康尼、或气雾剂喘康素等。

(3)吸氧 缺氧者应低流量持续吸氧,对缓解缺氧性肺小动脉痉挛,减轻心负荷,改善体质,提高运动耐量均有良好作用。并可预防或延缓肺心病的发生。

【护理措施】

病情观察:

1. 生命体征,呼吸变化。
2. 痰的颜色,性状,粘稠度,气味及量的变化。
3. 脱水状况:皮肤饱满度,弹性,粘膜的干燥程度。

护理要点:

1. 给予端坐位或半坐位,利于呼吸。
2. 鼓励病人咳嗽,指导病人正确咳嗽,促进排痰。痰液较多不易咳出时,遵医嘱使用祛痰剂或超声雾化吸入,必要时吸痰。

3. 合理用氧,采用低流量给氧,流量 1—2L/min,吸入前湿化。

4. 遵医嘱给予抗炎治疗,有效地控制呼吸道感染。
5. 多饮水,给予高热量、高蛋白质、高维生素的流质、半流、软食,少量多餐,少吃产气食品,防止产气影响膈肌运动。

6. 护士应聆听病人的叙述,疏导其心理压力,必要时请心理医生协助诊治。

7. 按医嘱定期使用 BIPAP 呼吸机。

【健康教育】

1. 呼吸训练:腹式呼吸(仰卧位,一手放在胸部,一