

现代护理学要点

XIANDAI HULIXUE YAODIAN

葛俊丽 ◎著



天津出版传媒集团



天津科学技术出版社

现代护理学要点

葛俊丽 ◎ 著

天津出版传媒集团



天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

现代护理学要点 / 葛俊丽著. -- 天津: 天津科学技术出版社, 2018.5
ISBN 978-7-5576-5180-0

I. ①现… II. ①葛… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第101195号

责任编辑: 王朝闻
责任印制: 王莹

天津出版传媒集团 出版
 **天津科学技术出版社**

出版人: 蔡颢
天津市西康路35号 邮编 300051
电话 (022) 23332397
网址: www.tjkjcs.com.cn
新华书店经销
北京虎彩文化传播有限公司印刷

开本 787×1092 1/16 印张 24.5 字数 590 000
2018年5月第1版第1次印刷 2018年9月第2次印刷
定价: 120.00元

前 言

在医院的医疗工作之中,护理工作占据着十分重要的部分,护理工作的质量对于医院的整体医疗质量有着直接的影响作用,而护理人员的专业素质和护理技能的水平高低又直接决定了护理质量的高低,所以,在医院的医疗工作之中,除了重视从业医生和护士的专业素质之外,还应该重视护理人员的护理技能。鉴于此,我们编写了《现代护理学要点》一书。

全书分两篇,内科护理要点篇、外科护理要点篇,共十四章。各章节内容详细,充分阐述了各疾病基础知识、相关护理评估、护理措施等内容,对解决临床具体问题具有一定的指导意义。在编排上以实用为主,重点突出,以期能达到更好的指导临床护理工作和全面提高护理水平之目的。

在编写过程中,作者虽然力求做到写作方式和风格上的统一,但由于都是在繁忙的工作之余进行编写以及受作者的水平所限,不足和疏漏之处在所难免,恳请读者及同行指正,以供今后修订时完善。

编者

目 录

上篇 内科护理要点

第一章 呼吸系统疾病的护理	(2)
第一节 肺炎病人的护理	(2)
第二节 慢性阻塞性肺疾病病人的护理	(6)
第三节 支气管哮喘病人的护理	(9)
第四节 支气管扩张症病人的护理	(13)
第五节 呼吸衰竭病人的护理	(16)
第六节 肺血栓栓塞症病人的护理	(19)
第七节 常用诊疗技术与护理	(23)
第二章 循环系统疾病的护理	(26)
第一节 心力衰竭病人的护理	(26)
第二节 心律失常病人的护理	(31)
第三节 原发性高血压病人的护理	(36)
第四节 冠状动脉粥样硬化性心脏病病人的护理	(39)
第五节 心肌疾病病人的护理	(45)
第六节 病毒性心肌炎病人的护理	(47)
第七节 常用诊疗技术与护理	(49)
第三章 消化系统疾病的护理	(58)
第一节 胃炎病人的护理	(58)
第二节 消化性溃疡病人的护理	(61)
第三节 肝硬化病人的护理	(64)
第四节 急性胰腺炎病人的护理	(68)
第五节 上消化道大量出血病人的护理	(71)
第六节 常用诊疗技术与护理	(74)
第四章 泌尿系统疾病的护理	(85)
第一节 慢性肾小球肾炎病人的护理	(85)
第二节 肾病综合征病人的护理	(88)
第三节 泌尿系统感染病人的护理	(93)

第四节	慢性肾衰竭病人的护理	(96)
第五节	常用诊疗技术与护理	(101)
第五章	内分泌与代谢疾病的护理	(109)
第一节	甲状腺功能亢进症病人的护理	(109)
第二节	甲状腺功能减退症病人的护理	(113)
第三节	皮质醇增多症病人的护理	(116)
第四节	糖尿病病人的护理	(118)
第五节	痛风病人的护理	(127)
第六节	骨质疏松病人的护理	(131)
第七节	肥胖症病人的护理	(134)
第八节	血脂异常和脂蛋白异常血症病人的护理	(136)
第九节	内分泌常见功能试验的护理	(139)
第十节	常用专科护理技术	(143)
第六章	血液系统疾病的护理	(146)
第一节	贫血病人的护理	(146)
第二节	出血性疾病病人的护理	(156)
第三节	白血病人护理	(165)
第四节	淋巴瘤病人的护理	(173)
第五节	多发性骨髓瘤	(176)
第六节	常用诊疗技术与护理	(179)
第七章	风湿性疾病的护理	(184)
第一节	系统性红斑狼疮病人的护理	(184)
第二节	类风湿关节炎病人的护理	(187)
第三节	强直性脊柱炎病人的护理	(190)
第四节	血管炎病人的护理	(193)

下篇 外科护理要点

第八章	神经外科疾病的护理	(196)
第一节	颅内压增高与脑疝病人的护理	(196)
第二节	颅脑损伤病人的护理	(200)
第三节	颅内肿瘤病人的护理	(214)
第四节	椎管内肿瘤病人的护理	(223)
第五节	颅内血管性疾病病人的护理	(230)
第六节	颅脑和脊髓先天性疾病病人的护理	(235)
第七节	神经外科系统疾病特殊病人的护理	(241)

第八节 颅部手术病人的护理 (249)

第九章 甲状腺疾病的护理 (256)

第一节 甲状腺的解剖与生理 (256)

第二节 常见甲状腺疾病 (257)

第三节 甲状腺手术围术期护理 (260)

第十章 胸部疾病的护理 (264)

第一节 胸部创伤 (264)

第二节 常见胸部外科疾病 (273)

第三节 胸部创伤和疾病护理 (281)

第四节 常见先天性心脏病护理 (287)

第五节 常见后天性心脏病护理 (294)

第十一章 乳房疾病的护理 (303)

第一节 乳房的解剖与生理 (303)

第二节 乳房检查 (304)

第三节 乳腺外科常见疾病 (305)

第四节 乳腺癌的围术期护理 (309)

第十二章 腹部疾病的护理 (315)

第一节 腹部外科常用护理技术 (315)

第二节 常见急腹症护理 (319)

第三节 常见腹部外科疾病护理 (324)

第十三章 肛肠外科疾病的护理 (337)

第一节 肛肠外科常见疾病 (337)

第二节 肛肠疾病围术期护理 (347)

第三节 肠造口护理 (353)

第十四章 泌尿外科疾病的护理 (365)

第一节 泌尿外科常见疾病护理 (365)

第二节 泌尿外科常见创伤护理 (378)

参考文献 (383)

上篇 内科护理要点

第一章 呼吸系统疾病的护理

第一节 肺炎病人的护理

肺炎(pneumonia)是指终末气道、肺泡和肺间质的炎症,可由病原微生物、理化因素、免疫损伤、过敏及药物因素所致,其中最常见的是细菌性肺炎。临床上表现为发热、寒战、胸痛、咳嗽和咳脓痰,X线胸片上可见至少一处不透光阴影。

一、病因与发病机制

当各种因素导致呼吸道局部和全身免疫防御系统受损时,病原体可经以下途径侵入下呼吸道引起肺炎:空气吸入、血行播散、邻近部位的感染直接蔓延、上呼吸道定植菌的误吸。

二、分类

1.按病因分类

包括细菌性肺炎、非典型病原体所致肺炎、病毒性肺炎、肺真菌病、其他病原体所致肺炎、理化因素所致肺炎(放射性肺炎、化学性肺炎、类脂性肺炎)。

2.按解剖分类

大叶性(肺泡性)肺炎、小叶性(支气管性)肺炎、间质性肺炎。

3.按患病环境和宿主分类

(1)社区获得性肺炎(communitiy-acquired pneumoma,CAP):也称院外肺炎,是指在医院外罹患的感染性肺实质炎症,包括具有明确潜伏期的病原体感染而在入院后平均潜伏期内发病的肺炎。

(2)医院获得性肺炎(hospital-acquired pneumonia,HAP):也称院内肺炎,是指病人入院时不存在、也不处于潜伏期,而于入院 ≥ 48 小时后在医院内发生的肺炎,病人在入院时不用气管插管。HAP还包括呼吸机相关性肺炎(ventilator-assoated pneumonia,VAP)(是气管插管后48~72小时以上发生的肺炎,也包括严重HAP需要气管插管治疗者)和医疗保健相关性肺炎(healthcare-associated pneumonia,HCAP)。

(3)免疫低下宿主肺炎(immunocompromised host pneumonia,ICHP):艾滋病(acquired immunod-efficiency syndrome,AIDS),肿瘤行放、化疗者,器官移植和接受免疫抑制剂治疗者等免疫低下宿主作为一组特殊人群对病原微生物极度易感,肺是最常见的感染靶器官。

三、临床表现

肺炎的症状变化较大,可轻可重,决定于三个主要因素:局部炎症程度,肺部炎症的播散和全身炎症反应程度。

1. 症状

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。重症病人有呼吸困难、呼吸窘迫。

2. 体征

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。并发胸腔积液者,患侧胸部叩诊浊音、语颤减弱、呼吸音减弱。

四、辅助检查

1. 实验室检查

(1)血常规:白细胞计数和中性粒细胞明显升高,且呈核左移现象,或胞质内有毒性颗粒。

(2)细菌检查:痰涂片或培养有助于明确病原体。

(3)血和胸腔积液培养:肺炎病人血和痰培养分离到相同细菌,可确定为肺炎的病原菌。胸腔积液培养到的细菌则基本可认为是肺炎的致病菌。

(4)其他:经皮细针吸检和开胸肺活检、尿抗原试验、血清学检查、血气分析等。

2. 影像学检查

胸部 X 线征象可为肺炎发生的部位、严重程度和病原学提供重要线索。CT 对揭示病变性质、隐匿部位病变和其他伴随改变(胸腔积液、纵隔和肺内淋巴结肿大)有帮助。B 超用于探测胸腔积液和贴近胸壁的肺实质病灶,可指导穿刺抽液和经胸壁穿刺活检。

五、治疗要点

抗感染治疗是肺炎治疗的关键环节,包括经验性治疗和抗病原体治疗。前者主要根据病人流行病学资料和临床表现与影像特征,选择可能覆盖病原体的抗菌药物;后者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。肺炎的抗菌药物治疗应尽早进行,一旦怀疑为肺炎即马上给予首剂抗菌药物。

肺炎链球菌肺炎首选青霉素 G,葡萄球菌肺炎可选用耐青霉素酶的半合成青霉素或头孢菌素,肺炎支原体肺炎首选大环内酯类抗生素,肺炎衣原体肺炎首选红霉素,病毒性肺炎可选用利巴韦林、阿昔洛韦等病毒抑制剂。

青壮年和无基础疾病病人所患的 CAP,常用青霉素类、第一代头孢菌素等。老年人、有基础疾病或住院病人所患的 CAP,常用氟喹诺酮类药物,第二、三代头孢菌素, β -内酰胺类/ β -内酰胺酶抑制剂或厄他培南,可联合大环内酯类药物。HAP 病人常用第二、三代头孢菌素, β -内酰胺类/ β -内酰胺酶抑制剂,氟喹诺酮类或碳青霉烯类药物。重症肺炎首选广谱强力抗生素,并应足量、联合用药。

六、护理措施

(一)一般护理

1. 运动与休息

卧床休息,减少活动,以减少组织对氧的需要,帮助机体组织修复。应尽量将治疗和护理集中在同一时间内完成,以保证病人有足够的休息时间。

2. 饮食

给予高热量、高蛋白和富含維生素的流质或半流质饮食,并鼓励病人进食。对不能进食者,必要时用鼻饲补充营养,以弥补代谢的消耗。鼓励病人多饮水,每日摄入量在1~2L。需静脉补液者,滴速不宜过快,以免引起肺水肿。

3. 口腔护理

高热病人,唾液分泌减少,口腔黏膜干燥,口腔内食物残渣易发酵,促使细菌繁殖。同时机体抵抗力下降及维生素缺乏,易引起口唇干裂、口唇疱疹、口腔炎症、溃疡。应在清晨、餐后及睡前协助病人漱口,或用漱口液清洁口腔,口唇干裂可涂润滑油保护。

(二) 病情观察

观察病人的神志、生命体征、皮肤、黏膜、尿量等变化,尤其是关注儿童、老人、久病体弱者的病情变化。及时发现早期休克征象,协助医生及时采取救治措施。准确记录出入液量,估计病人的组织灌注情况。按医嘱执行导尿术及做中心静脉压测定。

(三) 对症护理

1. 发热的护理

高热时一般先用物理降温,如枕部冷敷、温水擦浴,若体温未下降可给予药物降温,降温半小时后测体温。病人寒战时注意保暖,适当增加盖被,大量出汗者应及时更换衣服和盖被,并注意保持皮肤的清洁干燥。

2. 低氧的护理

根据血气分析结果给予吸氧,维持 $\text{PaO}_2 > 60\text{mmHg}$ 有助于改善组织器官的缺氧状态。常用的吸氧方法包括鼻导管吸氧法、面罩吸氧法、正压给氧法。高浓度($>60\%$)长时间给氧可损害脑、心、肺、肾等器官,在肺部可引起肺泡间质水肿、肺泡上皮增生、肺透明膜形成、肺出血等,也可引起早产儿、新生儿眼晶体后纤维增生症,影响视力,所以吸氧时应注意防止氧中毒。

3. 咳嗽、咳痰的护理

(1)有效咳嗽:适用于清醒且配合的病人。①有效咳嗽的方法:病人尽可能采用坐位,先进行深而慢的腹式呼吸5~6次,深吸气至膈肌完全下降,屏气3~5秒,身体前倾,从胸腔进行2~3次短促有力的咳嗽,同时收缩腹肌,或用手按压上腹部或双手环抱一个枕头于腹部,有利于膈肌上升帮助痰液咳出。②也可取俯卧屈膝位,借助膈肌、腹肌收缩,增加腹压,咳出痰液。③指导病人经常变换体位有利于痰液咳出。④对于胸痛病人,可用双手或枕头轻压伤口两侧以减轻伤口带来的疼痛。疼痛剧烈时可遵医嘱给予镇痛药,30分钟后指导病人进行有效咳嗽。

(2)气道湿化:适用于痰液黏稠不易咳出者。应用气道湿化的注意事项:①湿化时间不宜过长,一般以10~20分钟为宜,湿化时间过长可引起黏膜水肿和气道狭窄,甚至诱发支气管痉挛、加重水钠潴留。②湿化温度宜在35~37℃,温度过高易灼伤呼吸道,损害气道黏膜纤毛运动;温度过低可诱发哮喘、寒战反应。③吸入过程中避免降低吸入氧浓度。④治疗后及时鼓励病人咳嗽、咳痰或协助翻身、叩背。⑤湿化器应按照规定消毒,专人专用,以预防呼吸道疾病的交叉感染。

(3)胸部叩击:适宜久病体弱、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。叩击者两手手指弯曲并拢,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 1~3 分钟,每分钟 120~180 次。注意事项:①叩击前查看影像资料或听诊肺部呼吸音明确痰液潴留部位。②用单层薄布保护胸廓部位,叩击时避开乳房、心脏、骨突部位(如脊柱、肩胛骨、胸骨)及衣物拉链、纽扣等。③叩击力量要适中,以不引起病人疼痛为宜,每次叩击 5~15 分钟,在餐后 2 小时至餐前 30 分钟进行,以避免治疗中发生呕吐。④操作后协助病人咳痰,复查肺部呼吸音及啰音的变化。

(4)体位引流:适宜于有大量痰液排出不畅的病人;禁用于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。原则上抬高病变部位,引流支气管开口向下。具体方法见本章第四节“支气管扩张症病人的护理”。

(5)机械吸痰:适用于无力咳痰,意识障碍或建立人工气道者。①在吸痰前、后适当提高吸氧浓度,使用密闭式吸痰系统,预防吸痰中出现低氧血症。②每次吸引时间小于 15 秒,两次抽吸间隔时间大于 3 分钟。③严格无菌操作,避免呼吸道交叉感染。

(四)用药的护理

1. 抗生素治疗的护理

①用药前询问药物过敏史,严格遵照药品说明书进行药物皮肤试敏。②应严格遵照医嘱及药品说明书配制和使用抗生素,避免发生药物不良反应:如发热、皮疹、胃肠道不适、肝肾毒性、耳毒性等,发现异常及时报告。③用药过程中密切观察有无过敏反应,对于病人从未使用的抗生素,首次输液速度宜慢,以免发生过敏反应,如病人突然出现呼吸困难、血压下降、意识障碍,应立即停药并报告医生,做好抢救准备。④长期、大量使用抗生素的病人应监测肝肾功能。

2. 感染性休克病人治疗用药的护理

(1)扩充有效循环血容量:①根据病人的生命体征、年龄、基础疾病、心功能情况、出入液量及中心静脉压水平决定补液速度及补液量。若血压低、中心静脉压 $< 5\text{cmH}_2\text{O}$ 应迅速补液;中心静脉压达到或超过 $10\text{cmH}_2\text{O}$ 时,输液速度不宜过快,以免诱发急性心力衰竭。②下列证据提示血容量已经补足:口唇红润、肢端温暖、收缩压 $> 90\text{mmHg}$ 、脉压 $> 30\text{mmHg}$ 、尿量 $> 30\text{ml/h}$ 。③若血容量已经基本补足,尿比重 < 1.018 及尿量 $< 20\text{ml/h}$ 应及时报告医生,警惕急性肾衰竭的发生。

(2)纠正酸中毒:酸中毒是由于组织缺氧所致。纠正酸中毒可以加强心肌收缩力,增强血管对升压药的反应,改善微循环。常用 5% 碳酸氢钠溶液静脉滴注,因其配伍禁忌较多,应单独输入。

(3)血管活性药物的应用:应用血管活性药物应根据血压的变化调整滴速,维持收缩压在 $90\sim 100\text{mmHg}$ 为宜,注意控制输液速度。输液过程中要防止药液外渗,以免局部组织缺血坏死。

(五)心理护理

高热、咳嗽、咳痰、呼吸困难等症状会给病人带来很大的精神压力。因此,要注意评估肺炎对病人日常生活、工作或学习的影响,以及病人能否适应疾病所带来的角色转变,观察其情绪

变化,向病人讲解肺炎的患病及治疗过程、预后及防治知识,并列举成功的治疗案例,使病人树立康复的信心。

(六)健康指导

1.住院期间健康指导

①向病人宣传有关肺炎的基本知识。②保证充足的休息时间,增加水和营养的摄入,以增加机体对感染的抵抗能力。③体温高或需要痰液引流的病人应给予相应的护理指导。④指导使用抗生素者若有不适应及时通知医护人员,以免发生过敏反应。⑤为减少唾液污染,指导病人漱口后采集深咳痰液,室温下2小时内送检。

2.出院指导

①出院后继续用药者,应嘱其遵医嘱按疗程服药,若更换抗生素应注意迟发过敏反应,出现发热、心率增快、咳嗽、咳痰、胸痛等症状时,应及时就诊。②指导病人病情好转后,注意锻炼身体,加强耐寒锻炼;天气变化时随时增减衣服,避免受凉、淋雨、酗酒以及吸烟,预防上呼吸道感染。③预防接种肺炎链球菌疫苗和(或)流感疫苗可减少某些特定人群罹患肺炎的机会。

第二节 慢性阻塞性肺疾病病人的护理

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease,COPD)是一种具有气流受限特征的肺部疾病,气流受限不完全可逆,呈进行性发展,但是可以预防和治疗,主要累及肺部,也可以引起肺外各器官的损害。

一、病因与发病机制

1.个体因素

遗传因素(如 α_1 -抗胰蛋白酶缺乏等)、哮喘和气道高反应性是慢性阻塞性肺疾病的危险因素。

2.环境因素

吸烟、职业性粉尘和化学物质、空气污染、生物燃料烟雾、感染。

二、临床表现

1.症状

本病起病缓慢、病程较长。主要症状是:①呼吸困难;②慢性咳嗽;③咳痰;④喘息和胸闷;⑤其他,如体重下降、食欲缺乏等。

2.体征

早期体征可无异常,随着疾病进展出现桶状胸、呼吸浅快,严重者可有缩唇呼吸、胸腹矛盾运动、前倾坐位等;叩诊呈过清音、心浊音界缩小、肺下界和肝浊音界下降;听诊两肺呼吸音减弱,呼气延长,部分病人可闻及干性啰音和(或)湿性啰音。

3.并发症

COPD可并发慢性呼吸衰竭、自发性气胸、慢性肺源性心脏病。

三、分级与分期

1. COPD 的严重程度分级

根据第一秒用力呼气容积占用力肺活量的百分比(FEV_1/FVC)、第一秒用力呼气容积占预计值百分比($FEV_1\%$ 预计值)将 COPD 的严重程度分为 I 级(轻度)、II 级(中度)、III 级(重度)和 IV 级(极重度)。

2. COPD 病程分期

①急性加重期:指在短期内咳嗽、咳痰、气短和(或)喘息加重、脓痰量增多,可伴发热等症状。②稳定期:指咳嗽、咳痰、气短等症状稳定或轻微。

四、辅助检查

1. 实验室检查

动脉血气分析早期无异常,随病情进展可出现低氧血症、高碳酸血症、酸碱平衡失调等,用于判断呼吸衰竭的类型。COPD 并发细菌感染时,血白细胞升高,核左移。痰培养可能检出病原菌。

2. 影像学检查

早期胸片可无变化,可逐渐出现肺纹理增粗、紊乱等非特异性改变。可出现肺气肿改变,其对 COPD 诊断特异性不高,可作为确定肺部并发症及鉴别其他肺部疾病的检查。

3. 肺功能检查

肺功能检查是判断气流受限的主要客观指标。吸入支气管扩张剂后 $FEV_1/FVC < 70\%$,可确定为持续气流受限。肺总量(TLC)、功能残气量(FRC)、残气量(RV)升高,肺活量(VC)减低,表明肺过度充气。

五、治疗要点

1. 稳定期治疗

(1)教育与劝导吸烟的病人戒烟,脱离粉尘环境。

(2)药物治疗:①支气管舒张药:短期应用可以缓解症状,长期规律应用可预防和减轻症状,常选用沙丁胺醇、沙美特罗、异丙托溴铵等定量吸入剂,茶碱缓(控)释片。②祛痰药:盐酸氨溴索或羧甲司坦。③对 $FEV_1 < 50\%$ 预计值并有并发症或反复加重的 COPD 病人可规律性吸入糖皮质激素。

(3)长期家庭氧疗(long term oxygen therapy, LTOT):对 COPD 慢性呼吸衰竭者可提高生活质量和生存率。目标是在海平面水平、静息状态下、病人 $PaO_2 > 60\text{mmHg}$ 和(或) SaO_2 升至 90% 。LTOT 的指征是:① $PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$ 或 $SaO_2 \leq 88\%$,有或没有高碳酸血症。② $PaO_2 55 \sim 70\text{mmHg}$ 或 $SaO_2 < 89\%$,并有肺动脉高压、心力衰竭所致的水肿或红细胞增多症,持续低流量鼻导管吸氧, $1 \sim 2\text{L/min}$,每天 15 小时以上。

(4)康复治疗:呼吸生理治疗、肌肉训练、营养支持、精神治疗和教育等。

(5)外科治疗:肺大疱切除、肺减容术、支气管镜肺减容术、肺移植术。

2. 急性加重期治疗

SaO_2 根据病情严重程度决定门诊或住院治疗。给予控制性氧疗;给予抗生素、糖皮质激

素、支气管舒张药、祛痰药等；对症处理，必要时可使用机械通气治疗。

六、护理措施

1. 一般护理

(1) 运动与休息：病人采取舒适的体位，如可取半卧位或坐位，以利呼吸。视病情进行适当的活动，以不感到疲劳、不加重症状为宜；极重度病人宜采取身体前倾位，使辅助呼吸肌参与呼吸。

(2) 饮食：①给予高热量、高蛋白、高维生素饮食。②正餐进食量不足时，应安排少食多餐，避免在餐前和进餐时过多饮水。③腹胀的病人应进软食，细嚼慢咽，避免进食产气食物，如汽水、啤酒、豆类、马铃薯和胡萝卜等；避免进食易引起便秘的食物，如油煎食物、坚果等。

2. 病情观察

观察咳嗽、咳痰的情况，呼吸困难的程度，监测动脉血气和水、电解质、酸碱平衡情况。

3. 对症护理

(1) 低氧的护理：①呼吸困难伴低氧血症者，一般采用鼻导管持续低流量吸氧，氧流量 1~2L/min，应避免吸入氧气浓度过高而引起二氧化碳潴留。②提倡进行每天持续 15 小时以上的长期家庭氧疗，不但能改善缺氧症状，还有助于降低肺循环阻力、减轻肺动脉高压和右心负荷。③氧疗有效的指标：病人呼吸困难减轻、呼吸频率减慢、发绀减轻、心率减慢、活动耐力增加。

(2) 咳嗽、咳痰的护理：详见本章第一节“肺炎病人的护理”。

4. 用药的护理

①观察抗生素、支气管舒张药和祛痰药物疗效及不良反应（详见本章第三节“支气管哮喘病人的护理”）。②可待因具有麻醉性中枢镇咳作用，不良反应包括：恶心、呕吐、便秘，有成瘾的可能，可因抑制咳嗽而加重呼吸道阻塞。③喷托维林是非麻醉性中枢镇咳药，不良反应有口干、恶心、腹胀、头痛等。

5. 呼吸无力的护理

呼吸生理治疗、肌肉训练可以改善病人活动能力，提高生活质量。

(1) 缩唇呼吸：缩唇呼吸的技巧是通过缩唇形成的微弱阻力来延长呼气时间，增加气道压力，延缓气道塌陷。病人闭嘴经鼻吸气，然后通过缩唇（吹口哨样）缓慢呼气，同时收缩腹部。吸气与呼气时间比为 1:2 或 1:3。缩唇大小程度与呼气流量：以能使距口唇 15~20cm 处，与口唇等高点水平的蜡烛火焰随气流倾斜又不至熄灭为宜。

(2) 膈式或腹式呼吸：病人可取立位、平卧位或半卧位，两手分别放于前胸部与上腹部。用鼻缓慢吸气时，膈肌最大程度下降，腹肌松弛，腹部凸出，手感到腹部向上抬起。呼气时用口呼出，腹肌收缩，膈肌松弛，膈肌随腹腔内压增加而上抬，推动肺部气体排出，手感到腹部下降。

另外，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。缩唇呼吸和腹式呼吸每天训练 3~4 次，每次重复 8~10 次。腹式呼吸要增加能量消耗，因此指导病人只能在疾病恢复期如出院前进行训练。

(3) 有效咳嗽：用力呼气以促进分泌物清除。

(4) 全身性运动：包括步行、登楼梯、踏车等。

6. 健康指导

(1) 住院指导: 戒烟是预防 COPD 的重要措施, 应劝导病人戒烟; 避免粉尘和刺激性气体的吸入; 避免和呼吸道感染病人接触。

(2) 出院指导: ① 出院后继续用药者, 应遵医嘱按疗程服药。定期随访进行肺通气功能的监测, 识别使病情恶化的因素。② 指导家庭氧疗病人和家属注意供氧装置周围严禁烟火, 防止氧气燃烧爆炸; 定期更换、清洁、消毒氧疗装置。③ 在呼吸道传染病流行期间, 尽量避免去人群密集的公共场所, 在潮湿、大风、严寒气候时, 避免室外活动, 根据气候变化及时增减衣物, 避免受凉感冒, 预防呼吸道感染。④ 教会病人和家属依据呼吸困难与活动之间的关系, 判断呼吸困难的严重程度, 学会自我控制病情的技巧, 如腹式呼吸及缩唇呼吸锻炼等。

(3) 接种疫苗: 流行性感冒(流感)疫苗有灭活疫苗和减毒活疫苗, 应根据每年预测的流感病毒种类制备, 该疫苗可降低慢性阻塞性肺疾病病人的病情严重程度和病死率, 可每年接种 1 次(秋季)或 2 次(秋、冬季)。

第三节 支气管哮喘病人的护理

支气管哮喘(bronchial asthma)简称哮喘, 是气道的一种慢性变态反应性炎症性疾病。气道炎症由多种炎症细胞、气道结构细胞和细胞组分参与。这种炎症常伴随引起气道反应性增强和出现广泛多变的可逆性气流受限, 并引起反复发作性的喘息、气急、胸闷和(或)咳嗽等症状, 常在夜间和(或)清晨发作、加剧, 多数病人可自行缓解或经治疗缓解。

一、病因与发病机制

1. 病因

(1) 遗传因素: 哮喘病人亲属患病率高于群体患病率, 且亲缘关系越近, 患病率越高, 具有家族积聚现象; 病人病情越严重, 其亲属患病率也越高。

(2) 环境因素: 主要包括室内变应原(尘螨、家养宠物、蟑螂)、室外变应原(花粉、真菌)、职业性变应原(油漆、饲料、活性染料)、食物(鱼、虾、蟹、蛋类、牛奶)、药物(普萘洛尔、阿司匹林、抗生素)和非变应原性因素, 如气候变化、运动、吸烟、肥胖、妊娠、胃食管反流等。

2. 发病机制

气道免疫-炎症机制、神经调节机制及其相互作用。

二、临床表现

1. 症状

① 发作性伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难或发作性胸闷和咳嗽。严重者可呈坐位或端坐呼吸, 干咳或咳大量白色泡沫痰, 甚至出现发绀等。“日轻夜重”是哮喘的特征之一。② 仅以咳嗽为唯一症状称为咳嗽变异性哮喘; 运动时出现上述症状称为运动性哮喘; 以胸闷为唯一症状的称为胸闷变异性哮喘。

2. 体征

发作时胸部呈过度充气状态, 双肺可闻及广泛的哮鸣音, 呼气音延长。但在轻度哮喘或非

常严重的哮喘发作时,哮鸣音可不出现,表现为“沉默肺”。

3. 并发症

气胸、纵隔气肿、肺不张,长期反复发作和感染可并发慢性支气管炎、肺气肿、支气管扩张症、间质性肺炎、肺纤维化和肺源性心脏病。

三、辅助检查

1. 实验室检查

(1)痰液:痰涂片可见较多嗜酸性粒细胞。

(2)血气分析:严重发作时表现为呼吸性碱中毒。如重症哮喘,病情进一步发展,气道阻塞严重,表现为呼吸性酸中毒;如缺氧明显,可合并代谢性酸中毒。

(3)特异性变应原的检测:血液、皮肤点刺、吸入变应原试验有助于病因诊断。

2. 胸部 X 线/CT 检查

哮喘发作早期可见两肺透亮度增加,呈过度充气状态,如并发感染,可见肺纹理增加及炎性浸润阴影。

3. 呼吸功能检查

(1)通气功能:哮喘发作时有关气流速度全部指标均显著下降。

(2)支气管激发试验:只适用于第一秒用力呼气量(FEV_1)在正常预计值的 70% 以上的病人。激发试验阳性: FEV_1 下降 $\geq 20\%$ 。常用吸入激发剂为乙酰甲胆碱、组胺。

(3)支气管舒张试验:用以测定气道可逆性。舒张试验阳性:① FEV_1 较用药前增加 $\geq 12\%$,且其绝对值增加 $\geq 200\text{ml}$ 。②PEF 较治疗前增加 60L/min 或 $\geq 20\%$ 。常用吸入型的支气管舒张药有沙丁胺醇、特布他林等。

(4)呼气流速峰值(PEF)及其变异率测定:发作时 PEF 下降。气道气流受限可逆性改变的特点:昼夜或 24 小时内 PEF 变异率 $\geq 20\%$ 。

四、分期及控制水平分级

1. 哮喘分期

①急性发作期:分为轻度、中度、重度和危重 4 级。②非急性发作期(慢性持续期):分为间歇期(第一级)、轻度持续期(第二级)、中度持续期(第三级)和严重持续期(第四级)。

2. 哮喘控制水平

分级分控制、部分控制和未控制 3 级。

五、治疗要点

防治哮喘最有效的方法是找到引起哮喘发作的变应原或其他非特异刺激因素,并立即脱离。使用控制和缓解哮喘发作的药物,如糖皮质激素、 β_2 受体激动剂、茶碱类、抗胆碱药、LT (白三烯)调节剂、抗 IgE 抗体等,还可采取特异性和非特异性免疫疗法,进行积极的哮喘管理,早日控制哮喘症状,提高病人的生活质量。

哮喘治疗的目标是长期控制症状、预防未来风险的发生,即在使用最小有效剂量药物治疗或不用药物的基础上,能使病人与正常人一样生活、学习和工作。