



临床规范化 护理技术

朱凤英 ◎著

天津出版传媒集团

 天津科学技术出版社

临床规范化护理技术

朱凤英 ◎ 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

临床规范化护理技术 / 朱凤英著. --天津: 天津
科学技术出版社, 2018.3
ISBN 978-7-5576-4795-7

I. ①临… II. ①朱… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第039726号

责任编辑: 王朝闻

天津出版传媒集团



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) 23332372

网址: www.tjkjchbs.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 26.75 字数 640 000

2018年3月第1版第1次印刷 2018年9月第2次印刷

定价: 135.00元

前 言

随着社会的进步,人们对健康需求的不断提高,一成不变的护理模式或护理内容已不符合服务对象的要求。医务工作者的天职是治病救人,维护生命,促进健康。护士在工作中疏忽大意、掉以轻心,就会增加病人的痛苦,甚至给病人造成残障或使病人失去生命。临床医护人员只有具备扎实的业务素质、丰富的护理学理论知识、娴熟的操作技能、细致的观察能力和敏锐的判断能力,通过对病人的正确评估,才能发现病人现有或潜在的生理、心理问题,以协助医师进行有效的治疗。

本书分上、下两篇,全面系统地阐述了临床内、外科常见疾病的护理技术,内容详实,结构安排严谨,可作为临床护理人员的工具书参考使用。

由于时间仓促,书中难免有疏漏或不妥之处,敬请广大同道与读者提出宝贵意见,不胜感激。

编 者

目 录

上篇 内科疾病护理

第一章 呼吸系统疾病患者的护理	(2)
第一节 急性气管-支气管炎患者的护理	(2)
第二节 慢性阻塞性肺疾病患者的护理	(4)
第三节 支气管哮喘患者的护理	(9)
第四节 支气管扩张症患者的护理	(18)
第五节 肺炎患者的护理	(22)
第六节 肺结核患者的护理	(28)
第七节 原发性支气管肺癌患者的护理	(37)
第八节 呼吸衰竭患者的护理	(43)
第二章 循环系统疾病患者的护理	(50)
第一节 心力衰竭患者的护理	(50)
第二节 心律失常患者的护理	(61)
第三节 心脏瓣膜病患者的护理	(73)
第四节 冠状动脉粥样硬化性心脏病患者的护理	(79)
第五节 原发性高血压患者的护理	(94)
第六节 病毒性心肌炎患者的护理	(100)
第七节 心肌病患者的护理	(103)
第三章 消化系统疾病患者的护理	(106)
第一节 胃炎患者的护理	(106)
第二节 消化性溃疡患者的护理	(110)
第三节 肠结核患者的护理	(115)
第四节 溃疡性结肠炎患者的护理	(119)
第五节 肝硬化患者的护理	(122)
第六节 原发性肝癌患者的护理	(130)
第七节 肝性脑病患者的护理	(134)
第八节 急性胰腺炎患者的护理	(140)
第四章 泌尿系统疾病患者的护理	(145)
第一节 急性肾小球肾炎患者的护理	(145)

第二节	慢性肾小球肾炎患者的护理	(148)
第三节	肾病综合征患者的护理	(151)
第四节	肾盂肾炎患者的护理	(155)
第五节	慢性肾衰竭患者的护理	(160)
第五章	血液系统疾病患者的护理	(168)
第一节	贫血患者的护理	(168)
第二节	特发性血小板减少性紫癜患者的护理	(176)
第三节	白血病患者护理	(179)
第四节	造血干细胞移植患者的护理	(192)
第六章	内分泌与代谢性疾病患者的护理	(197)
第一节	腺垂体功能减退症患者的护理	(197)
第二节	甲状腺功能亢进症患者的护理	(200)
第三节	库欣综合征患者的护理	(206)
第四节	糖尿病患者的护理	(209)
第七章	神经系统疾病患者的护理	(222)
第一节	急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病患者的护理	(222)
第二节	癫痫患者的护理	(225)
第三节	急性脑血管疾病患者的护理	(230)
第四节	帕金森病患者的护理	(244)
第五节	重症肌无力患者的护理	(247)

下篇 外科疾病护理

第八章	外科感染病人的护理	(253)
第一节	浅部软组织化脓性感染	(253)
第二节	手部急性化脓性感染	(256)
第三节	全身性感染	(259)
第四节	特异性感染	(260)
第九章	创伤病人的护理	(267)
第一节	损伤	(267)
第二节	烧伤	(272)
第三节	清创与换药	(276)
第十章	常见颅脑疾病病人的护理	(279)
第一节	颅内动脉瘤	(279)
第二节	颅内动静脉畸形	(283)

第三节	高血压脑出血	(286)
第十一章	颈部疾病病人的护理	(289)
第一节	甲状腺功能亢进	(289)
第二节	甲状腺肿瘤	(293)
第十二章	乳房疾病病人的护理	(296)
第一节	急性乳房炎	(296)
第二节	乳腺囊性增生病	(298)
第三节	乳房良性肿瘤	(299)
第四节	乳房癌	(300)
第十三章	胸部损伤病人的护理	(306)
第一节	肋骨骨折	(306)
第二节	气胸	(310)
第三节	胸腔闭式引流病人的护理	(315)
第十四章	肺癌病人的护理	(318)
第十五章	食管癌病人的护理	(323)
第十六章	胃十二指肠疾病病人的护理	(331)
第一节	胃十二指肠溃疡	(331)
第二节	胃癌	(341)
第十七章	肠梗阻病人的护理	(345)
第十八章	急性阑尾炎病人的护理	(350)
第十九章	肝疾病病人的护理	(354)
第一节	肝脓肿	(354)
第二节	原发性肝癌	(358)
第二十章	门静脉高压症病人的护理	(364)
第二十一章	胰腺疾病病人的护理	(369)
第一节	急性胰腺炎	(369)
第二节	胰腺癌和壶腹周围癌	(374)
第二十二章	周围血管疾病病人的护理	(377)
第一节	原发性下肢静脉曲张	(377)
第二节	深静脉血栓形成	(381)
第三节	血栓闭塞性脉管炎	(385)
第二十三章	泌尿外科病人的护理	(390)
第一节	肾损伤	(390)
第二节	膀胱损伤	(393)
第三节	尿道损伤	(396)

第四节 肾、输尿管结石 (400)

第五节 膀胱结石 (403)

第六节 前列腺增生 (407)

第七节 肾积水 (412)

第八节 肾肿瘤 (413)

第九节 膀胱肿瘤 (416)

参考文献 (420)

上篇 内科疾病护理

第一章 呼吸系统疾病患者的护理

第一节 急性气管-支气管炎患者的护理

急性气管-支气管炎(acute tracheobronchitis)是由生物、物理、化学刺激或过敏等因素引起的急性气管-支气管黏膜炎症,临床表现主要为咳嗽和咳痰,以小儿、老年人等体弱者多见,由细菌、病毒感染引起,受凉为主要诱因,多发生于寒冷季节或气候突变时。

【病因与发病机制】

1.微生物

常见病毒为腺病毒、流感病毒、单纯疱疹病毒、呼吸道合胞病毒和副流感病毒等,常见细菌为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌、卡他莫拉菌等,近年来支原体和衣原体感染明显增加,在病毒感染后继发细菌感染亦较多见。

2.物理、化学因素

冷空气、粉尘、刺激性气体或烟雾的吸入均可刺激气管-支气管黏膜,引起急性损伤和炎症反应。

3.过敏反应

常见的吸入性变应原如花粉、有机粉尘、真菌孢子、动物毛皮及排泄物等,对细菌蛋白质过敏、寄生虫(如蛔虫、钩虫的幼虫)在肺内移行,也均可致病。

【临床表现】

1.症状

起病较急,全身症状较轻,可有发热,多于3~5天后消退,持续发热提示可能并发肺炎。初为干咳或有少量黏液性痰液,随后可转为黏液脓痰,痰量增多,咳嗽加剧,偶伴血痰。患者在深呼吸和咳嗽时可感胸骨后疼痛,伴支气管痉挛时可出现程度不等的气促、胸闷。

2.体征

呼吸音可正常,也可听到散在干、湿性啰音,支气管痉挛时可闻及哮鸣音。

【诊断要点】

根据病史,咳嗽、咳痰等呼吸道症状,肺部散在啰音等体征,结合血常规和胸部X线检查,可做出临床诊断。病毒和细菌检查有利于病因诊断,需与流行性感冒、急性上呼吸道感染、支气管肺炎等相鉴别。

【治疗要点】

1.一般治疗

休息,避免劳累,多饮水,保暖,防止受凉。

2. 对症治疗

咳嗽无痰或少痰时,可用喷托维林镇咳;有痰不易咳出时,可用盐酸氨溴索(沐舒坦)、桃金娘油提取物(吉若通)等化痰,或雾化吸入;也可口服复方甘草合剂等中成药。发热、疼痛时,可用解热镇痛药对症处理。

3. 抗菌治疗

首选大环内酯类、青霉素类,也可选头孢菌素类或喹诺酮类药物,感染严重时应根据药敏试验选择药物。

【常见护理诊断/问题】

1. 清理呼吸道无效

与呼吸道分泌物多、痰液黏稠有关。

2. 体温过高

与气管-支气管炎有关。

3. 舒适受限

与气道炎症所致的全身症状有关。

【护理措施】

1. 环境与体位

保持室内空气洁净、流通,温度为 $23\sim 25^{\circ}\text{C}$,湿度为 $50\%\sim 60\%$;协助患者取舒适体位,多休息。

2. 饮食与活动

指导患者摄入高蛋白、高维生素、高热量、清淡易消化的饮食,避免辛辣刺激性食物。多饮水,每天 1500ml 以上,有利于稀释痰液。指导患者活动以不感到疲劳为宜,如散步等。

3. 病情观察

观察咳嗽、咳痰情况,记录痰的颜色、量及性状等,正确收集痰标本送检。监测生命体征。

4. 发热护理

可选用温水拭浴、冰袋等物理降温方式,指导患者多饮水。

5. 用药护理

遵医嘱使用抗生素及止咳、祛痰、止痛等药物,用药过程中注意观察药物疗效及副作用,及时处理不良反应。

6. 促进有效排痰

(1)深呼吸和有效咳嗽:指导患者采取有效咳嗽排痰的方法。咳嗽时取坐位,头稍前倾,肩膀放松、稍屈膝,如病情允许可使双足着地,利于胸腔扩张。咳嗽前先缓慢深吸气,吸气后屏气片刻再快速咳嗽,咳嗽时腹肌收缩,腹壁内陷,加强有效咳嗽,排出痰液,再缓慢吸气或平静呼吸片刻,准备再次咳嗽。排痰后用温水漱口保持口腔清洁。

(2)吸入疗法:痰液黏稠、排痰困难者可遵医嘱雾化吸入治疗。

(3)胸背部叩击:禁用于未经引流的气胸、肋骨骨折或有骨折史、咯血、低血压、肺水肿等患者。叩击方法:患者侧卧或坐位,胸背部覆盖单层薄布,叩击者双手手指弯曲并拢,掌侧呈杯状,用手腕的力量,从肺底自下而上、从外到内,迅速、有节律地叩击胸背部,叩击频率和力量以

患者能接受为宜。每次叩 5~15 分钟,每天 3~4 次,在餐后 2 小时至餐前 30 分钟内进行。叩击时密切观察患者反应,如有不适立即停止。排痰后协助患者口腔护理,观察痰液性状。

(4)机械吸痰:适用于痰液黏稠、咳嗽无力、意识不清者。按需适时吸痰,每次吸痰少于 15 秒钟。吸痰前、后适当提高氧气吸入浓度,防止引起低氧血症。

7. 心理护理

向患者及家属介绍疾病相关知识,避免产生焦虑等情绪。如患者感疼痛,应采取各种方法帮助患者缓解疼痛,如听音乐等,必要时遵医嘱使用药物缓解,观察用药反应。

【健康指导】

1. 增强体质

鼓励患者积极参加体育锻炼,增强体质及免疫力,选择合适的体育活动,如太极、散步、慢跑等有氧运动。

2. 避免复发

避免吸入环境中的有害气体、化学物质等刺激物,戒烟并避免被动吸烟。

第二节 慢性阻塞性肺疾病患者的护理

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease,COPD)简称慢阻肺,是一种以气流受限为特征的肺部疾病,气流受限不完全可逆,呈进行性发展。

COPD 是呼吸系统常见病和多发病,患病率和死亡率高,其死亡率居疾病死因的第 4 位。近年对我国 7 个地区 20245 名成人的调查显示,40 岁以上人群 COPD 患病率为 8.2%。因患者肺功能进行性减退,严重影响劳动力和生活质量,据世界卫生组织的研究,至 2020 年,COPD 疾病的经济负担将上升为世界第 5 位。

【病因与发病机制】

病因尚不清楚,目前认为 COPD 与气道、肺实质和肺血管的慢性炎症密切相关。

1. 吸烟

吸烟者慢性支气管炎的患病率比不吸烟者高 2~8 倍,烟龄越长、吸烟量越大,COPD 患病率越高。烟草中的尼古丁、焦油、氢氰酸等化学物质可损伤气道上皮细胞,使巨噬细胞吞噬功能降低,纤毛运动减退,黏液分泌增加,气道净化能力减弱而引起感染。慢性炎症和吸烟刺激可使支气管平滑肌收缩,气流受限,还使氧自由基增多,诱导中性粒细胞释放蛋白酶,抑制抗蛋白酶系统,使肺弹力纤维受到破坏,诱发肺气肿。

2. 职业性粉尘和化学物质

如烟雾、工业废气、变应原、室内空气污染等,高浓度或长时间吸入,均可导致 COPD。

3. 空气污染

大气中的有害气体,如 SO_2 、 NO_2 、 Cl_2 可损伤气道黏膜,使纤毛清除功能下降,黏液分泌增多,诱发细菌感染。

4. 感染

病毒和细菌感染是 COPD 发生和急性加重的重要因素,长期、反复感染可破坏气道黏膜正常防御功能,损伤细支气管和肺泡,导致 COPD 发生。

5. 蛋白酶-抗蛋白酶失衡

蛋白酶对组织有损伤和破坏作用,抗蛋白酶对弹性蛋白酶等多种蛋白酶有抑制作用,蛋白酶增多或抗蛋白酶不足均能导致组织结构破坏产生肺气肿。

6. 氧化应激

氧化物可直接作用并破坏蛋白质、脂质、核酸等生物大分子,导致细胞功能衰竭或死亡,也可引起蛋白酶-抗蛋白酶失衡,促进炎症反应。

7. 炎症机制

COPD 的特征性改变是气道、肺实质、肺血管的慢性炎症,中性粒细胞的活化和聚集是重要环节,通过释放中性粒细胞的多种蛋白酶引起慢性黏液高分泌状态并破坏肺实质。

8. 其他

多种机体内在因素(如自主神经功能失调、呼吸道防御和免疫功能降低、营养不良以及气温变化等)都可能参与 COPD 的发生、发展。

【临床表现】

(一) 症状

1. 慢性咳嗽、咳痰

多为晨起咳嗽,咳痰明显,白天较轻,夜间有阵咳或排痰,多为白色黏液或浆液性泡沫痰,偶带血丝。急性发作伴细菌感染时痰量增多,可排脓痰。随病情发展可终身不愈。

2. 气短或呼吸困难

早期仅在体力劳动时出现,随着病情进行性加重,甚至休息时也感到呼吸困难,这是 COPD 的标志性症状。

3. 喘息和胸闷

重症患者或急性加重期出现喘息。

4. 其他

晚期患者有体重下降、食欲减退等全身症状。

(二) 体征

早期可无异常,随着病情进展出现以下体征:①视诊:胸廓前后径增大,肋间隙增宽,胸骨下角增大,称为桶状胸;②听诊:双肺呼吸音减弱,呼气延长,部分患者可闻及干性和(或)湿性啰音;③叩诊:肺部叩诊过清音,心浊音界缩小,肺下界和肝浊音界下降;④触诊:两侧语颤减弱或消失。

(三) COPD 严重程度分级

根据第 1 秒用力呼气容积占用力肺活量的百分比(FEV_1/FVC)、第 1 秒用力呼气容积占预计值百分比($FEV_1\%$ 预计值)和症状可对 COPD 严重程度分级(表 1-1)。

(四)COPD 病程分期

1.急性加重期

在短期内咳嗽、咳痰、气短和(或)喘息加重,痰量增多,呈脓性或黏液脓性,可伴发热。

2.稳定期

咳嗽、咳痰、气短等症状稳定或较轻。

表 1-1 慢性阻塞性肺疾病的严重程度分级

级别	程度	分级标准
0 级	高危期	有慢性咳嗽、咳痰,肺功能正常
I 级	轻度	轻度通气受限($FEV_1/FVC<70\%$, $FEV_1\geq 80\%$ 预计值),伴或不伴咳嗽、咳痰
II 级	中度	通气受限加重($FEV_1/FVC<70\%$, 50% 预计值 $\leq FEV_1<80\%$ 预计值),伴或不伴慢性咳嗽、咳痰
III 级	重度	通气受限加重($FEV_1/FVC<70\%$, 30% 预计值 $\leq FEV_1<50\%$ 预计值),症状加重,活动时多有呼吸急促
IV 级	极重度	通气受限($FEV_1/FVC<70\%$, $FEV_1<30\%$ 预计值;或当 $FEV_1<50\%$ 预计值合并出现呼吸衰竭或右心衰竭等并发症,仍属于 IV 级),患者生活质量降低,若进一步恶化可危及生命

(五)并发症

自发性气胸、慢性肺源性心脏病、呼吸衰竭等。

【诊断要点】

根据吸烟等高危因素史、临床症状、体征、肺功能检查等综合分析确定。不完全可逆的气流受限是诊断 COPD 的必备条件。

【治疗要点】

(一)急性加重期治疗

1.支气管舒张剂

可缓解患者呼吸困难症状。① β_2 -受体激动剂:沙丁胺醇气雾剂,每次 100~200 μ g(1~2 喷),疗效持续 4~5 小时;特布他林气雾剂亦有同样效果;沙美特罗、福莫特罗等长效制剂每日吸入 2 次。②抗胆碱能药:异丙托溴铵气雾剂,起效较沙丁胺醇慢,每次 40~80 μ g(2~4 喷),每天 3~4 次;长效制剂噻托溴铵每次吸入 18 μ g,每天 1 次。③茶碱类:茶碱缓释或控释片 0.2g,每天 2 次;氨茶碱 0.1g,每天 3 次。有严重喘息症状者可给予雾化吸入治疗以缓解症状。

2.低流量吸氧

发生低氧血症者可持续低流量鼻导管吸氧或文丘(Venturi)面罩吸氧,一般给氧浓度为 25%~29%。

3.抗生素

根据病原菌种类和药敏试验结果选用抗生素治疗,如 β -内酰胺类或 β -内酰胺酶抑制剂、第

2 代头孢菌素、大环内酯类或喹诺酮类。

4. 糖皮质激素

选用糖皮质激素口服或静脉滴注。对急性加重期患者可考虑口服泼尼松龙每天 30~40mg, 或静脉给予甲泼尼龙 40~80mg。

5. 祛痰剂

溴己新 8~16mg, 每日 3 次; 盐酸氨溴索 30mg, 每日 3 次。

6. 机械通气

根据病情选择无创或有创机械通气。机械通气的护理详见本章“呼吸衰竭患者的护理”。

(二) 稳定期治疗

(1) 避免诱发因素, 戒烟, 避免接触有害气体、粉尘及烟雾, 避免受凉等。

(2) 支气管舒张剂的应用以沙美特罗、福莫特罗等长效制剂为主。

(3) 对痰液不易咳出者使用祛痰剂, 常用盐酸氨溴索 30mg, 每天 3 次。

(4) 对重度和极重度、反复加重的患者, 长期吸入糖皮质激素和 β_2 -受体激动剂联合制剂, 能增加运动耐量、减少急性加重发作频率、提高生活质量, 甚至改善肺功能。临床上最常用的是沙美特罗加氟替卡松、福莫特罗加布地奈德。

(5) 长期家庭氧疗(long-term oxygen therapy, LTOT): 持续鼻导管吸氧 1~2L/min, 每天 15 小时以上, 以提升患者 PaO_2 和 SaO_2 。LTOT 指针: ① $\text{PaO}_2 \leq 7.33\text{kPa}(55\text{mmHg})$ 或 $\text{SaO}_2 \leq 88\%$, 伴或不伴高碳酸血症; ② $\text{PaO}_2 7.33 \sim 8\text{kPa}(55 \sim 60\text{mmHg})$ 或 $\text{SaO}_2 \leq 88\%$, 伴有肺动脉高压、心力衰竭所致的水肿或红细胞增多症。

【常见护理诊断/问题】

1. 气体交换受损

与小气道阻塞、呼吸面积减少、通气/血流比值失调等有关。

2. 清理呼吸道无效

与呼吸道炎症、阻塞, 痰液过多而黏稠, 咳痰无力等有关。

3. 活动无耐力

与供氧不足、疲劳、呼吸困难有关。

4. 营养失调: 低于机体需要量

与疾病迁延、呼吸困难、疲劳等引起食欲下降、摄入不足、能量需求增加有关。

5. 焦虑

与呼吸困难影响生活、工作和经济状况不良等因素有关。

6. 睡眠型态紊乱

与呼吸困难、不能平卧、环境刺激有关。

7. 潜在并发症

自发性气胸、肺心病、呼吸衰竭、肺性脑病、心律失常等。

【护理措施】

1. 环境和休息

保持室内环境舒适, 空气洁净。戒烟。患者采取舒适体位, 如半卧位, 护理操作集中完成。

2. 饮食与活动

根据患者的喜好,选择高蛋白、高维生素、高热量、易消化的食物,清淡为主,避免辛辣食品,避免摄入容易引起腹胀及便秘的食物,少食多餐,必要时可静脉输入营养物质。适量饮水,稀释痰液。根据病情制订有效的运动计划,方式多种多样,如散步、练太极拳等。病情较重者鼓励床上活动,活动以不感到疲劳为宜。

3. 病情观察

观察患者咳嗽、咳痰的情况,包括痰液的颜色、量及性状,咳痰是否顺畅,以及呼吸困难程度等;监测动脉血气分析和水、电解质、酸碱平衡状况;监测生命体征,重点观察患者的神志,如出现表情淡漠、神志恍惚等肺性脑病征象时应立即通知医师积极处理,做好抢救记录。

4. 用药护理

遵医嘱应用抗感染、止咳、祛痰、平喘等药物,注意观察疗效和副作用。①抗生素:可能导致过敏,甚至过敏性休克,产生耐药性或二重感染。②止咳药:可待因具有麻醉性中枢镇咳作用,可致恶心、呕吐,甚至成瘾、抑制咳嗽而加重呼吸道阻塞。③祛痰药:盐酸氨溴索副作用较轻;痰热清有清热、解毒、化痰功效,可能出现皮疹、高热、喉头水肿、胸闷气促等。④平喘药:茶碱滴速过快、药量过大可引起茶碱毒副作用,表现为胃肠道症状、心血管症状等,偶可兴奋呼吸中枢,严重者引起抽搐或死亡。⑤糖皮质激素:可能引起口咽部念珠菌感染、声音嘶哑、向心性肥胖、骨质疏松、消化性溃疡等,宜在餐后服用,并遵医嘱服用,不能自行减药或停药。

5. 保持呼吸道通畅

遵医嘱每日行雾化吸入治疗。指导患者有效咳嗽排痰,胸部叩击、振动排痰仪或咳嗽机有利于分泌物排出,必要时机械吸痰。

6. 口腔护理

做好口腔护理,尤其每次咳痰后用温水漱口,有口咽部念珠菌感染者可给予制霉菌素液漱口,一天3次。

7. 氧疗的护理

给予鼻导管持续低流量($1\sim 2\text{L}/\text{min}$)、低浓度($25\%\sim 29\%$)氧气吸入,鼓励每天吸氧15小时以上。

8. 呼吸肌功能锻炼

目的是使浅而快的呼吸转变为深而慢的有效呼吸,加强胸、膈呼吸肌肌力和耐力,改善呼吸功能。呼吸功能锻炼包括腹式呼吸、缩唇呼吸等。

(1)腹式呼吸:指导患者取立位、坐位或平卧位,平卧位者两膝半屈(或膝下垫一软枕),使腹肌放松。两手掌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,感腹部手掌向上抬起,胸部手掌原位不动,抑制胸廓运动;呼气时,腹肌收缩,腹部手掌下降,帮助膈肌松弛,膈肌随胸腔内压增加而上抬,增加呼气量。同时可配合缩唇呼吸。因腹式呼吸增加能量消耗,指导患者只能在疾病恢复期进行。

(2)缩唇呼吸:指导患者闭嘴用鼻吸气,将口唇缩小(呈吹口哨样)缓慢呼气,呼气时腹部内陷,胸部前倾,尽量将气呼出,以延长呼气时间,同时口腔压力增加,传至末梢气道,避免小气道过早关闭,提高肺泡有效通气量。吸气与呼气时间比为1:2或1:3,尽量深吸慢呼,每分钟7

~8次,每次10~20分钟,每天2次。

9.机械通气护理

参见本章第10节“呼吸衰竭患者的护理”。

10.心理护理

患者因长期患病、社交活动减少,易产生焦虑等情绪,应多与患者沟通,了解患者心理、性格,增强患者战胜疾病的信心。调动家庭支持系统,与患者和家属一起制订并实施康复计划,避免诱因,进行呼吸肌功能锻炼,有规律合理用药,教会患者缓解焦虑的方法。

【健康指导】

1.康复锻炼

使患者理解康复锻炼的意义,发挥其主观能动性,制订个体锻炼计划,加强体育锻炼,提高机体免疫能力。指导患者进行呼吸功能锻炼(缩唇、腹式呼吸等),以利于肺功能的恢复。教会患者及家属判断呼吸困难的严重程度,合理安排工作、生活。

2.坚持长期家庭氧疗

指导患者和家属了解氧疗的目的和注意事项,且夜间应持续吸氧;宣传教育用氧安全:防火、防热、防油、防震;指导正确清洁、消毒氧疗设备。

3.生活指导

劝导患者戒烟,避免粉尘和刺激性气体吸入,避免与呼吸道感染者接触,减少去公共场所的次数。关注气候变化,及时增减衣物,避免受凉、感冒及劳累等诱发因素。

4.饮食指导

合理膳食,避免进食刺激性食物和产气食物,如辣椒、洋葱、油炸食品、豆类、甜食、汽水、啤酒等。

5.使用免疫调节剂及疫苗

免疫能力低下、无过敏史的患者,可接种流感疫苗[每年1~2次(春秋)]和(或)肺炎疫苗(每3~5年1次);遵医嘱口服细菌溶解产物(泛福舒),皮下注射胸腺肽或迈普新等免疫调节剂。

6.定期随访复查

第三节 支气管哮喘患者的护理

支气管哮喘(bronchial asthma)简称哮喘,是由多种细胞(嗜酸性粒细胞、肥大细胞、T淋巴细胞、中性粒细胞、气道上皮细胞等)和细胞组分参与的气道慢性炎症性疾病。这种慢性炎症导致呼吸道反应性增加,通常出现广泛、多变的可逆性气流受限,并引起反复发作性的喘息、气急、胸闷或咳嗽等症状,常在夜间和(或)清晨发作、加剧,多数患者可自行缓解或经治疗缓解。

全球约有1.6亿哮喘患者,各国患病率1%~30%不等,我国患病率为0.5%~5%。一般认为儿童患病率高于青壮年,老年人群的患病率有增高的趋势,成人男女患病率大致相同,发