



临床护理 新思维

徐月秀 ©著

天津出版传媒集团



天津科学技术出版社

临床护理新思维

徐月秀 ◎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

临床护理新思维 / 徐月秀著. --天津: 天津科学技术出版社, 2018.3

ISBN 978-7-5576-4728-5

I. ①临… II. ①徐… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第040323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.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 25 字数 620 000

2018年3月第1版第1次印刷

2018年9月第2次印刷

定价: 125.00元

前 言

护理工作在我国医疗卫生事业的发展中发挥着重要的作用,广大护理工作者在协助临床诊疗、救治生命、促进康复、减轻疼痛及增进医患和谐方面肩负着大量工作。随着现代医学科学技术的快速发展,新的诊疗技术的不断更新,护士在临床中的护理技术也在不断地提高。为了将最新的护理技术运用到临床中,快速减轻患者的痛苦,提高护士技能,作者结合了自己的理解和临床实践编写了这本书。

本书在撰写过程中坚持实用为主,在介绍各种疾病护理要点的同时兼顾有关护理基础理论知识及操作技能的介绍,文笔流畅,精简易懂,对广大护理医务工作者有一定的参考价值。

在本书的编写过程中,虽然我们力求完美,但由于认知水平和知识面有限,书中存在错误及疏漏之处在所难免,恳请各位同仁及读者批评指正,以便再版时予以修正。

目 录

第一章 呼吸系统疾病的护理	(1)
第一节 呼吸科常见症状	(1)
第二节 急性呼吸道感染	(7)
第三节 肺炎	(10)
第四节 急性气管-支气管炎	(13)
第五节 支气管哮喘	(15)
第六节 支气管扩张	(20)
第七节 慢性阻塞性肺疾病	(24)
第八节 肺脓肿	(29)
第九节 肺结核	(33)
第十节 肺癌	(43)
第十一节 呼吸衰竭	(56)
第十二节 自发性气胸	(60)
第十三节 肺血栓栓塞症	(65)
第十四节 胸腔积液	(69)
第十五节 睡眠呼吸暂停低通气综合征	(73)
第十六节 肺间质纤维化	(76)
第十七节 肺毛霉菌病	(79)
第二章 循环系统疾病的护理	(82)
第一节 心力衰竭	(82)
第二节 心律失常	(93)
第三节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(102)
第四节 原发性高血压	(112)
第五节 病毒性心肌炎	(117)
第六节 心肌病	(120)
第七节 心包疾病	(123)
第八节 心搏骤停与心脏性猝死	(128)
第九节 感染性心内膜炎	(131)
第三章 消化系统疾病的护理	(136)
第一节 胃食管反流病	(136)
第二节 消化性溃疡	(137)

第三节	溃疡性结肠炎	(141)
第四节	上消化道出血	(144)
第五节	肝硬化	(148)
第四章	泌尿系统疾病的护理	(155)
第一节	急性肾小球肾炎	(155)
第二节	慢性肾小球肾炎	(159)
第三节	急进性肾小球肾炎	(163)
第四节	尿路感染	(166)
第五节	急性肾衰竭	(169)
第六节	慢性肾衰竭	(173)
第七节	IgA 肾病	(177)
第八节	肾病综合征	(180)
第九节	糖尿病肾病	(183)
第五章	血液系统疾病的护理	(189)
第一节	白血病	(189)
第二节	淋巴瘤	(191)
第三节	造血干细胞移植	(193)
第六章	内分泌系统疾病的护理	(197)
第一节	甲状腺功能亢进	(197)
第二节	甲状腺功能减退	(201)
第三节	糖尿病	(204)
第四节	痛风	(209)
第五节	醛固酮增多症	(212)
第七章	风湿免疫系统疾病的护理	(215)
第一节	类风湿关节炎	(215)
第二节	系统性红斑狼疮	(218)
第三节	干燥综合征	(222)
第四节	大动脉炎	(223)
第五节	系统性硬化症	(226)
第六节	强直性脊柱炎	(228)
第七节	骨性关节炎	(232)
第八章	神经系统疾病的护理	(235)
第一节	短暂性脑缺血发作	(235)
第二节	脑出血	(237)
第九章	精神系统疾病的护理	(242)
第一节	精神分裂症	(242)
第二节	癔症	(253)
第三节	躁狂发作	(260)

第四节	抑郁发作	(266)
第十章	普外科疾病的护理	(273)
第一节	肠梗阻	(273)
第二节	结肠癌	(286)
第三节	大肠癌	(296)
第四节	主动脉夹层	(310)
第五节	血栓闭塞性脉管炎	(312)
第六节	下肢静脉曲张	(314)
第十一章	骨科疾病的护理	(317)
第一节	锁骨骨折	(317)
第二节	肱骨外科颈骨折	(319)
第三节	肱骨干骨折	(321)
第四节	肱骨髁上骨折	(324)
第五节	尺桡骨干双骨折	(326)
第六节	桡骨远端骨折	(329)
第七节	股骨颈骨折	(331)
第八节	股骨粗隆间骨折	(334)
第九节	股骨干骨折	(336)
第十节	髌骨骨折	(339)
第十一节	胫腓骨骨折	(341)
第十二节	踝部骨折	(344)
第十三节	脊柱骨折	(346)
第十四节	脊柱结核	(349)
第十五节	骨盆骨折	(353)
第十六节	手外伤	(360)
第十七节	截肢术	(364)
第十八节	腰椎间盘突出症	(366)
第十九节	颈椎病	(377)
第十二章	妇产科疾病的护理	(382)
第一节	妊娠出血	(382)
第二节	产后出血	(387)
第三节	子宫破裂	(392)
第十三章	儿科疾病的护理	(395)
第一节	早产儿	(395)
第二节	新生儿颅内出血	(398)
第三节	儿童脑水肿	(399)
参 考 文 献		(405)

第一章 呼吸系统疾病的护理

第一节 呼吸科常见症状

一、发热

发热是指致热原直接作用于体温调节中枢、体温中枢功能紊乱或各种原因引起的产热过多、散热减少,导致体温升高超过正常范围的情形。正常成年人清晨安静状态下的口腔温度在 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$;肛门内温度 $36.5\sim 37.7^{\circ}\text{C}$;腋窝温度 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。

按体温状况,发热分为:低热, $37.4\sim 38^{\circ}\text{C}$;中等度热, $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$;高热, $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$;超高热, 41°C 以上。

【常见原因及临床表现】

发热本身不是疾病,而是一种症状。其实,它是体内抵抗感染的机制之一。当机体受到外来病原微生物(外致热原)的侵袭,或体内某些物质(内致热原)释放增加,产生发热效应,体温调节中枢将体温调定点上移,引起心搏加快、骨骼肌收缩等,使产热增加;末端血管收缩,汗毛孔关闭等,散热减少,体温上升。

【护理】

(1)应注意对高热病人体温的监测。每4小时测量体温1次,待体温恢复正常3天后可减至每日测体温2次;同时密切观察其他生命体征,如有异常情况,应立即通知医师。

(2)用冰袋冷敷头部,体温 $> 39.5^{\circ}\text{C}$ 时进行乙醇擦浴或药物降温,降温半小时后测体温并记录。

(3)补充营养和水分。高热时,由于迷走神经兴奋降低,使胃肠活动及消化吸收降低;而另一方面,分解代谢增加,营养物质大量消耗,引起消瘦、衰弱和营养不良。因此,应供给高热量、高蛋白质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,以弥补代谢之消耗。高热可使其机体丧失大量水分,应鼓励病人多饮水,必要时,由静脉补充液体、营养物质和电解质等。

(4)加强口腔护理。长期发热病人,唾液分泌减少,口腔内食物残渣易于发酵、促进细菌繁殖,同时由于机体抵抗力低下及维生素缺乏,易于引起口腔溃疡,应加强口腔护理,减少并发症的发生。

(5)高热病人由于新陈代谢率增快,消耗大而进食少,体质虚弱,应卧床休息减少活动。在退热过程中往往大量出汗,应加强皮肤护理,及时擦干汗液并更换衣物及床单以防感冒。

(6)高热病人体温骤降时,常伴有大量出汗,以致造成体液大量丢失,年老体弱及心血管病人极易出现血压下降、脉搏细速,四肢冰冷等虚脱或休克表现,应密切观察。一旦出现上述情

况,应立即配合医师及时处理,不恰当地使用退热药,可出现类似情况,应慎用。

(7)饮食护理:

1)发热期间选用营养高易消化的流质,如豆浆、藕粉、果泥和菜汤等。

2)体温下降病情好转,可改为半流质,如面条、粥,配以高蛋白质、高热量菜肴,如豆制品、蛋黄等以及各种新鲜蔬菜。

(8)药物降温护理:

1)根据医嘱使用降温药物,了解降温药物作用和不良反应及注意事项等,避免不良反应及过敏反应的发生。

2)病人使用药物降温后,要密切观察降温的效果及其他不良反应,如体温、脉搏、血压的变化,出汗的情况以及有无不适主诉,有无脱水症状,有无皮疹等。防止体温突然下降,出汗过多而导致虚脱,尤其要注意年老体弱、婴幼儿患者。

3)药物降温后,应在30分钟后复测体温,若体温逐渐下降,说明降温效果好,同时应注意观察有无体温骤降、大量出汗、体弱无力等现象。如有以上虚脱表现应及时通知医师并给予保温,饮热开水,严重者遵医嘱给予静脉输液。

4)药物降温后应鼓励患者多饮水,如出汗较多者及时更换衣物及床单,保持皮肤清洁干燥,注意保暖。

二、咳嗽

咳嗽是呼吸系统疾病最常见症状,是一种保护性反射动作,呈突然、爆发性的呼气运动,以清除呼吸道分泌物及气道内异物。

【常见原因】

1.呼吸系统的感染

多见于呼吸道及肺内感染性疾病,如急、慢性支气管炎,气管炎、支气管扩张、肺结核等。

2.物理和环境因素

如吸入刺激性气体,过热或过冷的空气,吸烟或呼吸道有异物等,工作环境中有关尘。

3.过敏因素

呼吸道黏膜接触过敏源后可引起咳嗽。

4.其他

支气管肺癌、气胸、二尖瓣狭窄所致肺瘀血或肺水肿、膈下脓肿、胸膜炎或胸膜受到刺激等。

【临床表现】

1.干性咳嗽

即刺激性咳嗽,指咳嗽而无痰或痰量甚少。

2.湿性咳嗽

常由肺部炎症、过敏、肺水肿、肿瘤、理化刺激等引起,咳嗽伴有较多痰液。痰量常提示病变程度,痰的不同性状可提示不同的病原体感染。

【护理】

(1)注意咳嗽的性质、出现时间及音色,因为这与疾病有密切关系。急性发作的刺激性干

咳多是由上呼吸道感染引起;长期晨间咳嗽多见于慢性咽炎或吸烟者;带金属音的咳嗽,常见于支气管管腔狭窄或受压所致,应警惕肺癌的可能;变换体位时的咳嗽,常见于支气管扩张、肺脓肿等,故注意细节,并准确地向医生表达,可以使医师对疾病进行准确的判断。

(2)注意有无伴随症状:有无发热、胸痛、呼吸困难、烦躁不安等表现。

(3)保持室内空气新鲜,温湿度适宜,避免灰尘和烟雾刺激。

(4)咳嗽伴有脓痰者,应注意漱口,随时清除口腔异味,保持口腔清洁。

(5)痰液黏稠不易咳出时,要多饮水,并遵从医嘱做雾化吸入或口服化痰药。

(6)注意休息,频繁咳嗽时往往会消耗体力,患者会感到疲乏,应注意休息。

(7)注意饮食,避免进食辛辣食物,以免刺激引起咳嗽。应给予高营养、高维生素食物。

三、咳痰

咳痰是气管、支气管的分泌物或肺泡内的渗出液,借助咳嗽将其排出的过程。

【常见原因】

1. 呼吸道疾病

上呼吸道感染、慢性支气管炎、肺炎、肺结核、支气管肺癌、支气管扩张、肺脓肿、职业性肺疾病、肺过敏性疾病等。

2. 心脏疾病

主要由左心功能不全引起的肺瘀血、肺水肿所致。

【临床表现】

咳痰的临床表现多种多样,应注意痰液的颜色、气味、黏稠度及有无分层。铁锈色痰多见于大叶性肺炎;白色泡沫痰或黏液样痰多见于慢性支气管炎;黄脓性痰多见于呼吸道细菌感染性疾病;脓痰量多且臭,静止后呈分层状,多见于支气管扩张、肺脓肿;粉红色泡沫状痰多见于肺水肿。

【护理】

1. 深呼吸和有效咳嗽

适用于神志清醒,一般状况良好、能够配合的病人,有利于气道远端分泌物的排除。指导病人掌握有效咳嗽的正确方法。

(1)病人尽可能采用坐位,先进行深而慢的呼吸 5~6 次,其后深吸气至膈肌完全下降,屏气 3~5 秒,继而缩唇,缓慢地通过口腔将肺内气体呼出,再深吸一口气后屏气 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,帮助痰液排出。也可让病人取俯卧屈膝位,借助膈肌、腹肌收缩,增加腹压,咳出痰液。

(2)经常变换体位,有利于痰液的咳出。

(3)对胸痛不敢咳嗽的病人,应避免因咳嗽加重疼痛。如胸部有伤口可用双手或枕头轻压伤口两侧,可避免咳嗽时胸廓扩展牵拉伤口而引起疼痛。

2. 吸入疗法

适用于痰液黏稠和排痰困难者。通常是在湿化的同时加入药物以雾化方式吸入,可在雾化液中加入痰溶解剂、抗生素、平喘药等,达到祛痰、止咳、平喘的作用。

3. 胸部叩击

适用于久病体弱、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、低血压及肺水肿的病人。方法：病人取侧卧位或在他人协助下取坐位；叩击者双手手指弯曲并拢，使掌侧成杯状，以手腕力量从肺底自下而上、由外向内、迅速而有规律地叩击胸壁，每分钟 120~180 次，或运用振肺排痰仪进行排痰治疗。

4. 机械吸痰

适用于无力咳出黏稠痰液、意识不清或排痰困难者。可经病人的口、鼻、气管插管或气管切开处进行负压吸痰。注意事项：①每次吸引时间小于 15 秒钟，两次吸痰间隔大于 3 分钟；②吸痰动作要迅速、轻柔，将不适感降至最低；③在吸痰前中后适当提高吸入氧的浓度，避免吸痰引起低氧血症；④严格无菌操作，避免呼吸道交叉感染。

四、咯血

咯血是指喉部以下的呼吸器官出血经咳嗽动作从口腔排出。咯血可分痰中带血、少量咯血（每日咯血量 $>100\text{mL}$ ）、中等量咯血（每日咯血量 $100\sim300\text{mL}$ ）和大咯血（ $>300\text{mL}/\text{次}$ 或 $>600\text{mL}/24\text{小时}$ ）。

【常见原因及临床表现】

1. 情绪方面

情绪急剧变化可加快心脏搏动和血液循环，血压和肺内压升高，致使受损伤血管破裂而出现咯血。

2. 运动方面

大量运动或剧烈咳嗽，可造成肺活量及肺内动脉压上升，使血管破裂、引起咯血。

3. 气候方面

当气候出现过冷、过热，忽冷、忽热时咯血的病人也相应增多。这可能与血管张力的变化以及血管脆性的增加有关。

4. 疾病方面

(1) 呼吸系统疾病：肺结核、支气管扩张、肺癌、肺脓肿、慢性支气管炎、肺炎、肺真菌病、尘肺等，其临床表现主要有胸痛、呼吸困难、咳嗽、咳痰偶有血痰或咯血。

(2) 心血管系统疾病：风湿性心脏病、二尖瓣狭窄、肺栓塞、肺动静脉瘘。

(3) 全身性疾病及其他原因：血液病和其他急性传染病。

【护理】

咯血发生时应积极采取有效措施配合抢救，保持呼吸道通畅，嘱其采用患侧卧位，有利于健侧通气；向患者说明屏气无助于止血，且对机体不利，应尽量将血咳出，以防窒息；充分做好吸痰、气管插管、气管切开等抢救工作；同时遵医嘱给予止血药。

1. 一般护理

咯血病人的居室应保持安静、清洁、舒适、空气新鲜、阳光充足。咯血尤以初春为多。生活上如果注意预防，可以把诱发咯血的因素降低到最低限度。其注意要点是：①注意气候与咯血的关系；②注意生活规律；③注意稳定情绪；④饮食。

2. 对症护理

注意咯血的先兆观察,约60%肺结核咯血患者都有咯血先兆。咯血先兆常表现为胸闷、气急、咽痒、咳嗽、心窝部灼热、口感甜或咸等症状,其中大咯血好发时间多在夜间或清晨。根据咯血发生的规律,严格交接班制度,密切观察其病情变化,加强夜班巡视,尤其是咯血高发时间,特别注意倾听患者的诉说及观察情绪变化,同时及时报告医师,给予有效的处理。

3. 心理护理

多数患者都对大咯血有明显的恐惧心理,医护人员应耐心解释,解除顾虑。在大咯血的抢救过程中,患者容易产生埋怨心理,应耐心地做好解释工作,告诉患者止血有一过程,而且还取决于原发病的治疗情况。绝望心理常见于大咯血和多次咯血治疗无效,及少量咯血并伴有全身衰竭的重症患者,对这类患者的心理护理仍是难题,给他们讲述严重咯血抢救成功的病例有一定的积极作用。在大咯血时,患者显得紧张并求救心切,有时因咯血不能说话,常用手势向医护人员表示求救,要多进行鼓励,同时也要告诉患者不必过于担忧,只有放松自己,消除紧张,安静休息,对疾病的恢复才会更有利。

五、胸痛

胸痛主要由胸部疾病,少数由其他部位的病变累及壁层胸膜时所致。

【常见原因】

1. 肺及胸膜病变

如胸膜炎、脓胸、气胸、血胸或胸膜肿瘤;或累及胸膜的肺部疾病,如肺炎、肺栓塞、晚期肺癌等。

2. 胸壁疾病

如皮下蜂窝织炎、带状疱疹、肋间神经炎、流行性胸痛、肌炎和皮肤炎、肋骨骨折、强直性脊柱炎等这些疾病,累及或刺激肋间神经和脊髓后根传入神经引起疼痛。

3. 胸腔脏器疾病

主要通过刺激支配心脏和血管的感觉神经、支配气管、支气管和食管迷走神经感觉纤维引起胸痛,累及胸膜的病变则主要通过壁层胸膜的痛觉神经。

(1)心血管疾病:如心绞痛、急性心肌梗死、心肌炎、急性心包炎、夹层动脉瘤、肺栓塞、肺梗死。

(2)呼吸系统疾病:如胸膜炎、气胸、肺炎、肺癌等。

(3)纵隔疾病:如纵隔炎、纵隔气肿、纵隔肿瘤、反流性气管炎、食管裂孔疝、食管癌等。

4. 其他相邻部位疾病

肝脓肿、膈下脓肿、脾梗死等可引起牵涉性胸痛。

【临床表现】

胸痛的表现多种多样。如带状疱疹呈刀割样或灼热样剧痛;食管炎多呈烧灼痛;肋间神经痛为阵发性灼痛或刺痛;心绞痛呈绞榨样痛并有重压窒息感,心肌梗死则疼痛更为剧烈并有恐惧、濒死感;气胸在发病初期有撕裂样疼痛;胸膜炎呈隐痛、钝痛和刺痛;夹层动脉瘤常突然发生胸背部撕裂样剧痛或锥痛;肺梗死亦可突然发生胸部剧痛或绞痛,常伴有呼吸困难与发绀。

【护理】

1. 休息与体位

一般胸痛患者可适当活动;如有发热、咯血、气胸,则应卧床休息并采用舒适的半坐卧位或坐位;胸膜炎、肺炎患者可取患侧卧位以减轻疼痛。

2. 缓解疼痛

(1)适当使用镇痛药物或镇静药。

(2)疼痛局部肋间神经封闭治疗。

(3)用分散注意力的方法减轻疼痛,如听音乐、看杂志。

(4)胸膜炎、肺炎患者可在呼气末用 1.5cm 的胶布粘贴患侧胸部,使患侧胸部固定,以减低呼吸幅度而减轻疼痛。

六、呼吸困难

呼吸困难是一种觉得空气不足、呼吸费力和胸部窒息的主观感觉,或者患者主观感觉需要增加呼吸活动,客观表现为呼吸频率、深度及呼吸节律的改变。

【常见原因及临床表现】

1. 呼吸系统疾病引起的肺源性呼吸困难

(1)吸气性呼吸困难:特点为吸气困难,伴有干咳,重者可出现吸气时胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙明显凹陷,即“三凹征”。主要见于急性喉炎、喉头水肿、喉癌、喉与气管异物、气管肿瘤、气管外压性狭窄等。

(2)呼气性呼吸困难:主要见于慢性阻塞性肺疾病(COPD)、支气管哮喘等。特点为呼气费力、呼气时间延长,常伴有干啰音或哮鸣音。

(3)混合性呼吸困难:吸气、呼气都有困难。主要见于重症肺炎、肺结核、肺不张、急性呼吸窘迫综合征;肺栓塞、肺动脉高压;各种类型的肺间质疾病;气胸、大量胸腔积液等。

2. 心血管系统疾病引起的心源性呼吸困难

(1)左侧心力衰竭:冠状动脉粥样硬化性心脏病、高血压性心脏病、风湿性心脏病、心肌炎、心肌病等。活动或仰卧位明显,休息或坐位时减轻,严重者可咳出粉红色泡沫痰、大汗。

(2)右侧心力衰竭:肺源性心脏病、心包积液和缩窄性心包炎等。

(3)先天性发绀型心脏病:法洛四联症等。

3. 中毒性呼吸困难

(1)各种原因引起的酸中毒多为深大呼吸,如急、慢性肾衰竭,糖尿病酮症酸中毒。

(2)药物和化学物质中毒,表现为呼吸浅表、缓慢,可有节律异常。如吗啡类、巴比妥类药物,有机磷中毒,一氧化碳、亚硝酸盐中毒等。

(3)血液病性呼吸困难:重度贫血、高铁血红蛋白症等。

4. 神经精神性呼吸困难

(1)器质性颅脑疾病:表现为呼吸浅慢或呼吸过快和过慢交替、呼吸暂停,比如潮式呼吸、间歇呼吸等。主要见于颅脑外伤、脑血管病、颅内感染和肿瘤等。

(2)精神或心理疾病:焦虑症、癔症等。常表现为呼吸浅表,常因过度通气出现呼吸性碱中毒表现。

【护理】

(1)提供安静舒适、空气洁净的环境,适宜的温、湿度。重度呼吸困难时患者宜取半坐卧位或端坐卧位,尽量减少活动,避免不必要的谈话,以减少耗氧量。动态观察患者的呼吸状况,判断呼吸困难的类型,必要时监测患者血氧饱和度、动脉血气的变化,及时发现和解决患者的病情变化。

(2)保持有利的换气姿势,改善患者呼吸困难。①借助坐姿,向前倾伏于桌上,半坐卧位等;②指导患者利用放置枕头或靠背架等方法,帮助患者用力呼吸,保持舒适,减少疲劳。

(3)教会患者有效的呼吸技巧,改善呼吸困难,如缩唇呼吸运动。呼吸困难使患者消耗体能,同时增加耗氧量。有效的呼吸技巧可助其减慢呼气的速度,改善呼吸的深度,有效地防止呼吸道发生凹陷。腹式呼吸和缩唇呼气训练,均能增加呼吸运动力量和效率,调动通气的潜力。

(4)指导患者活动时勿屏住呼吸。患者在活动过程中不可屏住呼吸,而应继续维持呼吸状态。在开始活动时正常吸气(不是深吸气),然后在开始执行某一动作时开始呼气,以免发生气喘甚至气胸。

(5)保持呼吸道通畅。

(6)氧疗和机械通气的护理。根据呼吸困难类型、严重程度,进行合理氧疗和机械通气,以缓解症状。

(7)指导患者弯腰时应呼气。肺气肿患者应在弯腰之前正常吸气,弯腰系鞋带或捡东西时则进行呼气,以免发生气喘。

(8)指导患者进行全身锻炼。合理安排休息和活动量,调整日常生活方式,在病情许可的情况下,有计划的逐渐增加运动量和改变运动方式,病情好转后,可让患者下床活动。

第二节 急性呼吸道感染

一、急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染是指鼻腔、咽或喉部的急性炎症,是呼吸道最常见的传染病。本病全年均可发病,多为散发,以冬、春季多见。本病大多数由病毒引起,常见的有流感病毒(甲、乙、丙)、副流感病毒、鼻病毒、腺病毒、呼吸道合胞病毒等;细菌可继发于病毒感染或直接感染,常见溶血性链球菌,其次为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌和葡萄球菌等。病原体常通过飞沫或被污染的用具传播。

【病因与诱因】

1.病因

急性上呼吸道感染有70%~80%由病毒引起。其中主要包括流感病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、腺病毒、鼻病毒、埃克病毒、柯萨奇病毒、麻疹病毒、风疹病毒等。细菌感染占20%~30%,可直接或继发于病毒感染之后发生,以溶血性链球菌最为多见,其次为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌和葡萄球菌等,偶见革兰氏阴性杆菌。

2. 诱因

各种可导致全身或呼吸道局部防御功能降低的原因,如受凉、淋雨、过度紧张或疲劳等均可诱发本病。

【发病机制】

当机体或呼吸道局部防御功能降低时,原先存在于上呼吸道或外界侵入的病毒和细菌迅速繁殖,引起本病。年老体弱者、儿童和有慢性呼吸道疾病者易患本病。

【临床表现】

1. 症状与体征

根据病因和临床表现不同,分为不同的类型。

(1)普通感冒:又称上呼吸道卡他,俗称伤风或上感。以鼻咽部卡他症状为主。起病急,初期出现咽痒、咽干或咽痛,或伴有鼻塞、喷嚏,流清水样鼻涕,2~3天后变稠。可有流泪、声嘶、干咳或少量黏液痰。全身症状较轻或无,可仅有低热、轻度畏寒、头痛、食欲差等。可见鼻腔黏膜充血、水肿、有分泌物、咽部轻度充血等体征。如无并发症,经5~7天后痊愈。

(2)咽炎和喉炎:常由病毒引起。急性咽炎表现为咽部发痒和有灼热感,有轻而短暂的咽痛,当有吞咽疼痛时,常提示有链球菌感染,咳嗽少见。急性喉炎表现为声嘶、说话困难、咳嗽时疼痛,常伴有发热或咽炎,可见喉部充血、水肿,局部淋巴结肿大伴触痛,可闻及喘息声。

(3)疱疹性咽峡炎:主要由柯萨奇病毒A所致。好发于夏季,多见于儿童。表现为咽痛明显,常伴有发热,可见咽充血,软腭、腭垂、咽和扁桃体表面有灰白色疱疹及浅表溃疡,周围有红晕。病程约1周。

(4)细菌性咽-扁桃体炎:多由溶血性链球菌引起。起病急,咽痛明显,伴畏寒、发热,体温可达39℃以上。可见咽部明显充血,扁桃体肿大、充血,表面有黄色点状渗出物,颌下淋巴结肿大、有压痛。

2. 并发症

本病如不及时治疗,可并发急性鼻窦炎、中耳炎、气管-支气管炎。部分病人可继发心肌炎、肾炎、风湿性疾病等。

【实验室和其他检查】

1. 血常规

病毒感染者,白细胞计数正常或偏低,淋巴细胞比例升高。细菌感染者,可见白细胞计数和中性粒细胞增多,并有核左移现象。

2. 病原学检查

病毒分离、病毒抗原的血清学检查等,有利于判断病毒类型。细菌培养可判断细菌类型和药物敏感试验。

【诊断要点】

根据咽部的症状、体征和流行情况,血常规以及胸部X线检查无异常表现,可做出临床诊断。通过病毒分离、血清学检查和细菌培养等,可明确病因诊断。

【治疗要点】

1. 对症治疗

重点是减轻症状、缩短病程和预防并发症。

2. 抗感染治疗

目前尚无特异性抗病毒药物。由于常并发细菌感染,临床可根据病原菌和药敏试验选用抗生素。常用青霉素、头孢菌素、氨基糖苷类抗生素,也可口服大环内酯类或喹诺酮类及磺胺类抗菌药物。

3. 中医治疗

常用中成药有板蓝根冲剂、感冒清热冲剂、银翘解毒片等。

【常用护理诊断及问题】

1. 舒适的改变

与鼻塞、流涕、咽痛,与病毒和(或)细菌感染有关。

2. 体温升高

与感染有关。

【护理措施】

1. 一般护理

保持室内适宜的温度、湿度和空气流通;病人应注意休息,减少消耗;给予高热量、丰富维生素、易消化的食物,鼓励病人每天保持足够的饮水量,避免刺激性食物,限烟酒。

2. 病情观察

观察鼻塞是双侧还是单侧、是清涕还是脓涕,咽痛是否伴声嘶;注意观察体温变化,有无咳嗽、咳痰及痰液的特点等。监测体温,体温超过 38.5°C 时给予物理降温,或按医嘱给予解热药,预防高热惊厥,并观察记录用药效果。

3. 对症护理

进食后漱口或口腔护理,防止口腔感染;高热时可行物理降温或遵医嘱选用解热镇痛药物;咽痛、声嘶时给予雾化吸入。出汗后及时给病人用温水擦净汗液,更换衣服。加强口腔护理。

4. 观察并发症的早期表现

如高热持续不退或退而复升、淋巴结肿大、耳痛或外耳道流脓、咳嗽加重、呼吸困难等。

【健康指导】

1. 避免诱发因素

帮助病人及家属掌握上呼吸道感染的常见诱因,避免受凉、过度疲劳,注意保暖;保持室内空气新鲜、阳光充足;在高发季节少去人群密集的公共场所;戒烟;防止交叉感染。

2. 增强免疫力

注意劳逸结合,加强体育活动,提高机体抵抗力及抗寒能力。必要时注射疫苗预防,如流感疫苗。

3. 识别并发症并及时就诊

药物治疗后,症状不缓解,或出现耳鸣、耳痛、外耳道流脓等中耳炎症状,或恢复期出现胸闷、心悸,眼睑浮肿、腰酸或关节痛者,应及时就诊。

第三节 肺炎

肺炎是指终末气道、肺泡和肺间质的炎症,可由病原微生物、理化因素、免疫损伤、过敏及药物所致。

【常见病因】

以感染为最常见病因,如细菌、病毒、真菌、寄生虫等,还有理化因素、免疫损伤、过敏及药物等。正常的呼吸道免疫防御机制使气管隆突以下的呼吸道保持无菌。是否发生肺炎决定于两个因素:病原体和宿主因素。如果病原体数量多,毒力强和(或)宿主呼吸道局部和全身免疫防御系统损害,即可发生肺炎。

病原体可通过下列途径引起肺炎:①空气吸入;②血行播散;③邻近感染部位蔓延。当病原体直接抵达下呼吸道后,滋生繁殖,引起肺泡毛细血管充血、水肿,肺泡内纤维蛋白渗出及细胞浸润。

【临床表现】

1. 症状

细菌性肺炎的常见症状为咳嗽、咳痰,或原有呼吸道症状加重,并出现脓性痰或血痰,伴或不伴痛。肺炎病变范围大者可有呼吸困难、呼吸窘迫。大多数患者有发热。

2. 体征

早期肺部体征无明显异常,重症者可有呼吸频率增快,鼻翼扇动,发绀。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,也可闻及湿啰音。并发胸腔积液者,患侧胸部叩诊浊音、语颤减弱、呼吸音减弱。

【辅助检查】

1. 胸部 X 线

以肺泡浸润为主。呈肺叶、段分布的炎性浸润影,或呈片状或条索状影,密度不均匀,沿支气管分布。

2. 血液检查

细菌性肺炎可见白细胞计数和中性粒细胞增高,核左移,或细胞内见中毒颗粒。年老体弱、酗酒、免疫功能低下者白细胞计数可不增高,但中性粒细胞比例仍高。

3. 病原学检查

痰涂片革兰氏染色有助于诊断,但易受咽喉部寄殖菌污染。为避免上呼吸道污染,应在漱口后取深部咳出的痰液送检,或经纤维支气管镜取标本送检,结合细菌培养,诊断敏感性较高。必要时做血液、胸腔积液细菌培养,以明确诊断。

4. 血清学检查

补体结合试验适用于衣原体感染。间接免疫荧光抗体检查多用于军团菌肺炎等。

【治疗原则】

给予对症和支持治疗,选用抗生素应遵循抗菌药物治疗原则,即对病原体给予针对性治疗。