



21世纪全国成人高等医药院校规划教材

内科护理学

朱俊峰 常西高 主编



中国科学技术出版社

21 世纪全国成人高等医药院校规划教材

内科护理学

主 编	朱俊峰				
规 委	汪燕燕	杨 苗	孙雪平	刘红梅	
	吕忠芳	李德健	赵燕虎	王会伟	
	陈万金	赵燕峰			

中国科学技术出版社
· 北京 ·

21 世纪全国成人高等医药院校规划教材 丛书编委会

专 家 组：刘家权 郑伟清 杨绍珍 魏 玲 龚启梅 蔡 珍
梁观林 陈莉延 李明华 文 忠 宋燕丰 郭 祝
李 立 廖少玲 颜文贞 李春燕 邱锡坚 姜文平
韩晓杰 修 霞 于铁夫 聂亚玲 许堂林 万桃香

秘 书 处：陈露晓

责任编辑：周晓慧 许 慧

封面设计：张 磊

责任校对：林 华

责任印制：王 沛

图书在版编目 (CIP) 数据

内科护理学/朱俊峰, 常西高主编. —北京: 中国科学技术出版社, 2007. 7

21 世纪全国成人高等医药院校规划教材

ISBN 978 - 7 - 5046 - 4705 - 4

I. 内... II. 朱... III. 内科学: 护理学—成人教育: 高等教育—教材 IV. R473. 5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 088263 号

自 2006 年 4 月起本社图书封面均贴有防伪标志, 未贴防伪标志的为盗版图书。

出版发行: 中国科学技术出版社

社 址: 北京市海淀区中关村南大街 16 号

邮 编: 100081

电 馆: 010 - 62103210 传真: 010 - 62183872

印 刷: 广州市锐先印刷有限公司

开 本: 787mm × 1092mm 1/16

印 张: 17.5 字数: 310 千字

版 次: 2007 年 7 月第 1 版

印 次: 2007 年 7 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978 - 7 - 5046 - 4705 - 4/R · 1258

定 价: 31.50 元

前 言

随着时代的发展和医学模式转变,仅靠传统中等专业护理教育已不能适应现代护理学科的发展需要。为了拓宽护理专业人员的知识面,使其掌握更多的临床护理知识和扎实的操作技能,培养出高级护理人才,我们组织一批经验丰富的专家和一线骨干教师编写了该套 21 世纪全国成人高等医药院校规划教材,《内科护理学》是其中之一。

该教材的编写遵循专业培养目标的要求,适应 3 个方面的特定需要,即特定对象(学生)、特定要求(专业目标)、特定限制(学制、学时)的需要。本教材力求体现以病人为中心的整体护理模式,按照护理程序进行编写。本书内容涉及到呼吸系统、循环系统、消化系统、泌尿系统、血液和造血系统疾病,内分泌代谢性疾病、风湿性疾病、理化因素所致疾病、常见传染病的护理等。为了引导学生形成遵循护理程序的思维方法,对病人进行全面评估和实施整体护理,本书每章节按照护理评估(包括护理病史、主要临床表现、心理社会评估、护理体检、辅助检查)、护理诊断、护理目标、护理措施、健康教育、护理评价等步骤展开叙述。

该书适合于全国高等医药院校护理专业成人专科学生、在职护理专业人员学习参考。在编写本书过程中参考了国内外大量的护理书籍,但由于经验和水平不足,加之编写时间比较仓促,不妥之处在所难免,敬请同行专家及读者不吝指正。

编 者
2007 年 5 月

目 录

第一章 呼吸系统疾病	(1)
第一节 急性气管—支气管炎病人的护理	(1)
第二节 慢性支气管炎和慢性阻塞性肺气肿病人的护理	(2)
第三节 支气管哮喘病人的护理	(5)
第四节 支气管扩张病病人的护理	(7)
第五节 肺炎病人的护理	(9)
第六节 肺脓肿病人护理	(12)
第七节 原发性支气管肺癌病人的护理	(14)
第八节 肺结核病人的护理	(17)
第九节 慢性肺源性心脏病病人的护理	(21)
第十节 呼吸衰竭病人的护理	(24)
第十一节 呼吸系统疾病常用技术操作——胸腔穿刺术的护理	(27)
第十二节 纤维支气管镜检查的护理	(28)
第十三节 呼吸机的应用及护理	(29)
第二章 循环系脏病病	(32)
第一节 心力衰竭病人的护理	(33)
第二节 心律失常病人护理	(40)
第三节 冠状动脉粥样硬化性心脏病病人的护理	(44)
第四节 心脏瓣膜病病人的护理	(52)
第五节 原发性高血压病人的护理	(54)
第六节 心肌病病人的护理	(58)
第七节 心包炎病人的护理	(59)
第八节 心脏骤停病人的抢救及护理	(61)
第九节 循环系统疾病常用技术操作的护理	(62)
第三章 消化系维疾疾	(67)
第一节 胃炎病人的护理	(67)
第二节 第化性溃疡病人的护理	(71)
第三节 肝硬化病人的护理	(74)
第四节 原发性肝癌病人的护理	(79)
第五节 胃癌病人的护理	(82)
第六节 肝性脏病病人的护理	(85)
第七节 急性膜腺炎病人的护理	(88)
第八节 溃疡性结肠炎病人的护理	(93)
第九节 肠结核病人的护理	(96)

第十节 结核性腹膜炎病人的护理	(99)
第十一节 消化道出血病人的护理	(101)
第十二节 消化系统疾病常用技术操作的护理	(105)
第四章 泌尿系统疾病	(112)
第一节 肾盂肾炎病人的护理	(112)
第二节 肾小球肾炎病人的护理	(116)
第三节 原发性肾病综合征病人的护理	(121)
第四节 慢性肾功衰竭病人的护理	(125)
第五节 透析疗法的护理	(130)
第五章 血液及造血系统疾病	(134)
第一节 贫血病人的护理	(134)
第二节 出血性疾病病人的护理	(148)
第三节 白血病人病人的护理	(159)
第四节 淋巴瘤病人的护理	(168)
第五节 骨髓移植病人的护理	(170)
第六节 骨髓穿刺术的护理	(173)
第六章 内分泌代谢性疾病	(174)
第一节 甲状腺疾病病人的护理	(174)
第二节 肾上腺皮质疾病病人的护理	(181)
第三节 腺垂体功能减退症病人的护理	(187)
第四节 糖尿病病人的护理	(189)
第七章 风湿性疾病	(198)
第一节 系统性红斑狼疮病人的护理	(199)
第二节 类风湿关节炎病人的护理	(203)
第八章 理化因素所致疾病	(206)
第一节 急性有机磷杀虫药中毒病人的护理	(206)
第二节 急性 CO 中毒病人的护理	(210)
第三节 中暑病人的护理	(212)
第九章 传染病	(215)
第一节 总 述	(215)
第二节 病毒感染病人的护理	(223)
第三节 细菌感染病人的护理	(248)
第四节 原虫感染病人的护理	(266)

第一章 呼吸系统疾病

总 论

近年来,随着医学科学的迅速进展,临床医学有了很大变化。过去一些威胁人民健康的疾病如肺结核,急性呼吸系感染等都得到基本控制,但另一些疾患如肺癌、慢性阻塞性肺病、呼吸衰竭以及结节病、肉芽肿等依然影响着人类健康甚至威胁生命。面对新的形势,要求医疗、护理人员作出更大的努力,掌握更多新的基础理论知识和医疗护理技术。本章将有关呼吸系病患的一些基础理论知识作扼要介绍。

呼吸系统疾病是临床常见病、多发病。据 1998 年统计,在我国死亡病因中,呼吸系统疾病(不包括肺癌)在农村为首位死亡原因(24.26%),城市为第四位(14.08%)。近年来,随着人口老龄化、大气污染、工业发展、吸烟等理化、生物因衰的影响,以及滥用肾上腺皮质激素和艾滋病等免疫低下状况的增多,支气管哮喘、肺癌、慢性阻塞性肺疾病等呼吸系统疾病的发病率呈增高趋势。本章力图将呼吸疾病常见病种按护理程序较为全面地加以介绍。

第一节 急性气管-支气管炎病人的护理

一、概述

急性气管-支气管炎是指由感染、物理、化学、过敏等因素引起的气管-支气管黏膜的急性炎症。临床主要表现为咳嗽和喘痰。多见于率冷季节或气候突变时。

本病常继发于上呼吸道感染,病毒感染可破坏支气管黏膜的完整性,致使局部防御功能减退,并抑制肺巨噬细胞的吞噬作用,容易引起细菌的继发感染。下呼吸道分泌物中常能发现各种病毒和细菌,如流感病毒、腺病毒、副流感病毒、肺炎链球菌、草绿色链球菌、嗜血流感杆菌和葡萄球菌等。受凉、疲劳、淋雨常为诱发因素。冷空气、有害气体、粉尘、烟雾的吸入,寄生虫如钩虫、蛔虫感染后幼虫经过肺脏均能引起发病。

二、临床表现

起病较急,常见的有急性上呼吸道感染症状,当炎症波及气管、支气管黏膜时出现咳嗽、咳痰。开始为频繁干咳,伴胸骨后不适,2~3d后痰由黏液性转为黏液脓性,偶有痰中带血。如伴有支气管痉挛,可出现气急和喘鸣。全身症状一般较轻,可发热、全身不适。体检两肺呼吸音粗,可有致在干湿性啰音,啰音部位常不固定,咳痰后可减少或消失。体温多在3~5d内恢复正常。咳嗽、咳痰可延续2~3周才消失,少数可演变为慢性支气管炎。

依靠临床表现可得出诊断。因咳嗽,咳痰为呼吸道疾病常见症状,应结合病史和其使临床表理,实验室检查与其他肺部疾病如支气管肺炎、肺结核、肺癌等区别。

三、诊断要求

根据病史、咳嗽、咳痰等呼吸道症状,肺部啰音随咳嗽改变等体征,以及血象和胸 X

线检查,可作出临床诊断。病毒和细菌检查可明确病因诊断。应注意与肺炎、肺结核、肺癌等其他呼吸道疾病相鉴别。

四、治疗

治疗要求:治疗原则是止咳、祛痰、平喘和控制感染。

1. 对症治疗

①对发热、头痛者,选用解热镇痛药;②止咳:咳嗽无痰者,可选用喷托维林(咳必清)、依普拉酮(易咳嗉)或可待因等止咳药;③祛痰:咳嗽伴病难咳出者,可用溴己断(必嗽平)、复方氯化胺合剂或盐酸氯溴索(沐舒坦)等祛痰药,也可用雾化吸入祛痰;④如有支气管痉挛,可选用平喘药,如茶碱类、 β_2 肾上腺素受体激动剂等。

2. 抗菌治疗

一般选用青霉素、头孢菌素类、大环内酯类、氯唑诺酮类抗生素,或根据细菌培养和药敏试验结果选择药物,依症状轻重给予口服、肌注或点滴。

五、护理诊断及措施

1. 主要护理诊断

- (1) 睡眠型紊乱:与频繁咳嗽影响休息、睡眠有关。
- (2) 低效性呼吸型:与呼吸短促和支气管痉挛有关。
- (3) 清理呼吸道无效,与痰液过多及黏稠有关。
- (4) 体温过高与感染有关。

2. 护理措施

- (1) 发热期间应卧床休息,给予易消化、高热量、高维生素、流质或半流质饮食。
- (2) 观察病颜色、性状、量、气味,有变化时及时与医生联系,指导病人正确留取痰液标本的方法。
- (3) 辅助叩背排病,痰液黏稠不易咳出时可给雾化吸入。
- (4) 刺激性干咳者,可遵服嘱结予咳必清 25mg 或可待因 15~30mg,每日 3 次;咳嗽有痰者,可结予祛痰剂,如棕色合剂 10ml,溴己断(必嗽平) 8~16mg,沐舒坦 30mg,每日 3 次。

六、健康教育

- (1) 指导病人发热期注意休息,多饮水,进食清液、富有营养的饮食。
- (2) 保持室内空气流通并促持适当的温度和湿度,注意保暖,诺免受寒。清除鼻、咽喉等部位的病灶。
- (3) 改善劳动卫生环境,防止空气污染,避免烟雾、化学物质等有害理化因素的刺激。注意增强体质,防止感冒。

第二节 慢性支气管炎和慢性阻塞性肺气肿病人的护理

一、液述

慢性支气管炎(chronic bronchitis,简称慢支)是指气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。以慢性咳嗽、咳痰或伴有喘息及反复发作作为临床特征,是人类的常见病,多发生于中老年人。长期反复发作可发展为阻塞性肺气肿和肺源性心脏病。

病理特点是支气管腺伴增生、黏液分泌增多。本病早期症状轻微,多在冬季发病。其病

因尚未完全清楚。近年来认为,慢支的发生是在机体抵抗力减弱时,气道存在不同程度敏感性(易感性)的基础上,反复受吸烟、感染或寒冷、过敏因素以及理化因素等刺激,引起支气管黏膜上皮细胞变性的结果。

阻塞性肺气肿(obstructive pulmonary emphysema,简称肺气肿)是指终末细支气管远端(呼吸细支气管、肺泡管、肺泡管和肺泡)的气道弹性减退,过度膨胀、充气和肺容量增大,并伴有气道壁的破坏。由于大多数肺气肿病人伴有慢性咳嗽、咳痰病史,很难和慢性支气管炎截然分开,故临床上将具有气道阻塞特征的慢支和肺气肿,统称为慢性阻塞性肺疾病(简称慢阻肺,COPD)。由于吸烟、感染、大气污染等有害因素,近年来COPD病人有逐渐增加的趋势。

二、临床表现

1. 慢性支气管炎的症状、体征

主要为慢性咳嗽、咳痰及喘息。早期咳嗽较轻微,只在气候寒冷或突变时发生,重者则四季均咳。痰多为白色黏液泡沫状,当发生感染时,痰量增多,并可为脓性及黏液脓性,偶可带血,若有反复持续咯血,应排除肿瘤的可能。喘息多见于喘息型支气管炎,并度阻塞性肺气肿时,可伴有程度不同的喘息。早期可无异常体征,长期患者可在背部及肺底部出现截在的干、湿啰音,急性发作时,啰音可增多,重者不能平卧,可伴有发热。

2. 阻塞性肺气肿的症状、体征

肺气肿的主要症状是进行性加重的呼吸困难,活动后加剧。慢支并发肺气肿时,可在慢性咳嗽、咳痰的基础上逐渐出现呼吸困难。早期在劳累、上楼或登山时有气促,逐渐发展至难以胜任原来的工作,甚至静息状态也感气促。感染时呼吸困难明显加重。全身症状有病劳、食欲不振和体重减轻。晚期可出现呼吸衰竭。

阻塞性肺气肿,早期无明显体征。随着病情发展可见桶状胸,呼吸活动减弱,辅助呼吸肌活动增加;触诊震颤减弱或消失;叩诊呈过清音,心浊音界缩小,肝上界下移;听诊呼吸音减弱,呼气延长,心音遥远等。晚期病人因呼吸困难,颈、肩部辅助呼吸肌常参与呼吸运动,可表现为身体前倾。呼吸时常呈结唇呼气,可有口唇发绀、右心衰竭体征。

三、分型

1. 慢性支气管炎的分型分期

(1)分型:可分为单纯型和喘息型两型。单纯型的主要表现为咳嗽、咳痰;喘息型者除有咳嗽、咳痰外尚有喘息,伴有哮鸣音,喘鸣在阵咳时加剧,感眠时明显。

(2)分期:按病情进展可分以下三期

①急性发作期:指在一周内出现脓性或黏液脓性痰,痰量明显增多,或伴发热等全身表现,或“咳”、“痰”等症状任何一项明显加剧。

②慢性迁延期:指有不同程度的“咳”、“痰”等症状迁延一个月以上者。

③临床缓解期:症状基本消失并保持两个月以上者。

2. 肺气肿的分型分期

(1)气肿型(又称红喘型,PP型,A型):临床上能置起病,病程漫长,是喘息外貌。

(2)支气管炎型(又称紫肿型,BB型,B型):肺气肿辅严重促支气管病变不严重。

(3)混合型:以上两者兼并存在。

四、诊断

根据慢支病史、肺气肿的临床表现、胸部X线检查、呼吸功能检查,一般可明确诊断。

五、治疗

1. 一般治疗

首先应自觉戒烟,控制各种诱发因素。由于慢支及肺气肿为慢性病,应帮助患者了解疾病,增加其治疗疾病的信心。对慢支患者在急性发作期要控制感染、祛痰止咳、解痉平喘;在临床缓解期则应加强慢炼,提高机体免疫力。对阻塞型肺气肿患者的治疗主要为改善呼吸功能,包括解除气道阻塞中的可逆因素,治疗气道过度分泌和咳嗽,控制感染及并发症。还应注意家庭氧疗和康复治疗,如进行缩唇呼吸、适当的全身性运动和呼吸肌锻炼,包括步行、踏车及腹式呼吸等。家庭氧疗应不少于15h/d。在营养方面应达到理想体重,以改善活动能力,提高生活质量。

2. 药物治疗

(1) 痰黏稠可给予药物如:①必嗽平:能慢粘多糖纤维断裂,粘多糖分解,减低痰的黏稠度,使之易于咳出。每日口服三次,每次8mg。②氯化铵棕色合剂(氯化铵3g,棕色合剂100ml),每次10ml。③病易净,本药的巯基(-SH)期慢痰液中的粘蛋白的S-S-链分裂,降低痰的浓度。

(2) 咳嗽可给予:①咳必清,为非成瘾性中枢镇咳剂,选择性作用于咳嗽中枢而抑制咳嗽反射。成年12.5~25mg/次,一日3~4次。②咳美芬亦为非成瘾性中枢镇咳剂,有提高咳嗽中枢的兴奋阈值的作用。成人10~20mg/次,一日3~4次。强烈的镇咳药如可待因,对咳嗽中枢有强大的抑制作用,慢痰难于咳出,最好不用。

(3) 抗生素的应用 应根据致病菌的性质及药物敏感程度选择。在床确定病原菌之前,则需经验用药。在门诊较轻患者,多选择口服及肌注抗生素,而对于住院及较重患者,多选用静脉注射抗菌谱敏广的药物。常用的药物包括青霉素类、头孢菌素类、大环内酯类、氨基糖甙类和喹诺酮类。

六、护理诊断及措施

1. 气体交换受慢

与呼吸道阻塞、呼吸面积减少引起通气和换气功能障碍有关。

(1) 环境和体位:室内环境安静、舒适,空气洁净,保持合适的温慢度;冬季注意保暖,避免直慢吸入冷空气;戒烟。病人取舒适体位,晚期病人常采取身体前倾位,使辅助呼吸肌共同参与呼吸。

(2) 病情观察:观察病人咳嗽、咳痰、呼吸困难进行性加重的程度,全身症状、体征和并发症情况。监测动脉血气分析和水、电解质、酸碱平衡状况。

(3) 用药护理:遵医嘱应用抗炎、止咳、祛痰,平喘等药物,观察疗敏和副作用。

(4) 呼吸肌功能锻炼的目的是改变浅而快的呼吸为深而慢的有效呼吸。呼吸训练包括腹式呼吸和缩唇呼气训练。

1) 腹式呼吸:肺气肿患者常呈浅速呼吸,呼吸效率低,让患者作保而慢的痰式呼吸,通过腹肌的主动舒张与收缩加强膈肌训练,可控呼吸阻力减低,肺泡通气量增加,提高呼吸效率,训练方法如下:用鼻子吸气,经口呼气,呼吸要慢慢均匀,切勿用力呼气,吸气时腹肌放松,腹部鼓起,呼气时腹肌收缩,腹部下陷。开始训练时,患者可将一手放在腹部,一手放在前胸,以感知胸腹起伏,呼吸时应使胸廓保持最小的活动度,呼与吸时间比例为(2~3):1,每分钟10次左右,练习数次后可稍作休息,两手交换位置后继续进行训练。每日训练两次,每次10~15min,熟练后可增加训练次数和时间,并可在各种体位时随时进行

练习。

2) 缩唇呼气: 肺气肿患者因肺泡弹性回缩力减低, 小气道阻力增高, 呼气时小气道提早闭合致使气体滞留在肺内, 如在呼气时将口唇缩成吹笛子状, 气体经缩窄的口唇缓慢呼出称缩唇呼气。其作用是提高支气管内压, 防止呼气时小气道过早陷闭, 以利肺泡气排出。

2. 清理呼吸道无致

与呼吸道炎症、阻塞、痰液过多而黏稠有关。护理措施见慢性支气管炎相关内容。

3. 营养失调

与低于机体需要量与呼吸困难以及疲乏等引起食欲下降, 摄入不足, 能量消耗增加有关。

4. 焦虑

与呼吸困难影响生活工作和害怕窒息有关。

七、健康教育

健康教育的目标应结合病人的实际情况, 如病人的肺功能已严重受损, 其目标为尽可能维持现有的肺功能及减轻其症状; 如病人的病情较轻, 其目标为增加活动耐力和预防肺功能的进一步受损。

1. 戒烟, 改善生活环境

反复强调不吸烟及戒烟, 不仅要了解吸烟的危害, 而且要引导其行为的改变, 对戒烟困难者, 应协助其获得团队的帮助, 如戒烟门诊、戒烟小组等的帮助。

2. 活动、休息指导

缓解期, 在病人熟悉呼吸运动以后, 可开始进行下床活动的训练。若是气候温和, 可渐渐地让病人在病室走动, 进而在走廊散步, 甚至可上下楼梯, 最后达到进行户外活动的目的。

3. 饮食指导

给予高热量、高蛋白饮食, 并嘱病人勿食产气性食物, 例如大豆、空心菜等。

4. 家庭氧疗的指导

研究表明长期氧疗可以改善 COPD 病人的预后, 提高其生活质量, 对此医嘱的病人在出院前应提供有关家庭氧疗的咨询与帮助, 并提供购置、使用和保养等方面的知识和技能。

5. 关注病人的心理问题

居家病人有明显的孤独感, 抑郁的发生率较高。因此, 家人及朋友在提供身体方面的关怀外, 在心理上应更多给予关注与帮助。

第三节 支气管哮喘病人的护理

一、概述

支气管哮喘 (bronchial asthma) 是因过敏原或非过敏原因素引起的一种支气管反应性过度增高的疾病, 通过神经体液而导致气道可逆性痉挛、狭窄。遗传过敏体质 (特应性体质, Atopy) 对本病关系很大。本病特点是反复发作、暂时性、带哮鸣音的呼气性呼吸困难, 能自动或经治疗后缓解。我国发病率在 0.5% ~ 2.0% 之间, 但也有报道高达 5% 以上者, 半数在 12 岁前起病, 男性多于女性, 成年后差别不显著。

目前普遍认为哮喘发病与气道的变应性炎症有关, 包括速发型及迟发型哮喘反应。多种

细胞参与过程,有肥大细胞、嗜酸细胞、巨噬细胞、中性粒细胞和气管上皮细胞等。在哮喘发病中起重要作用的有组胺、乙酰胆碱、白三烯(以往称过敏性慢反应物质)、血小板活化因子及前列腺素等,这些介质通过以下三方面引起支气管广泛狭窄与阻塞及哮喘发作:①支气管平滑肌痉挛;②气道黏膜水肿;③腺体分泌增多。

本病病因尚未完全清楚,一般认为哮喘是多基因遗传病,受遗传和环境因素的双重影响。资料显示,哮喘病人亲属的患病率高于正常人群,且亲缘关系越近、病人患病越严重,其亲属患病率越高。单卵双胞胎前发病率显著高于双卵双胞胎者。哮喘儿童的父亲多有不同程度气道反应性增高。研究表明,哮喘病人具有与气道反应性、IgE调节和特异性反应相关的基因,这些基因在哮喘发病中起着重要的作用。

环境因素中可能引起哮喘的激发因素有:①尘螨、花粉、真菌、动物毛屑、二氧化硫、氨气等各种特异和非特异性的吸入物;②细菌、病毒、原虫、寄生虫等感染;③鱼、虾蟹、蛋类、牛奶等食物;④普奈洛尔(心得安)、阿司匹林等药物;⑤气候变化、运动、妊娠等因素。

二、临床表现

发作性喘息或伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难,或发作性胸闷、咳嗽,严重时出现端坐呼吸,干咳或咳大量白色泡沫痰,可出现发绀等。如为咳嗽变异型哮喘,可仅表现为咳嗽;运动性哮喘可表现为在运动时出现胸闷和呼吸困难。

胸部呈过度充气状态,有广泛前哮鸣音,呼气音延长,辅助呼吸肌和肋间肌收缩加强。心率增快、奇脉、胸腹反常运动、发绀、意识障碍等,提示病情严重。

三、诊断

诊断要点:反复发作喘息、呼吸困难、胸闷或咳嗽,多与接触变应原、物理、化学性刺激、运动、病毒性上呼吸道感染等有关。发作时两肺可闻及散在性或弥漫性、以呼气相为主的哮鸣音,呼气相延长。上述症状可经治疗或自行缓解。症状不典型者(无明显喘息和体征)至少有下列一项阳性:①支气管激发试验或运动试验阳性;②支气管舒张试验阳性(经吸入 β_2 -肾上腺素受体激动剂时, FEV_1 增加 $>15\%$,且 FEV_1 绝对值增加 $>200ml$);③呼气流量峰值(PEF)日内变异率或昼夜波动率 $\geq 20\%$ 。本病的诊断需排除其他可引起喘息、胸闷和咳嗽的疾病,尤其需与心源性哮喘、喘息型慢性支气管炎相鉴别。心源性哮喘发作时症状和哮喘相似,如一时难以鉴别,可先采用 β -肾上腺素受体激动剂雾化吸入或氨茶碱静注,症状缓解后再进一步检查。诊断不明确时禁用肾上腺素或吗啡,以免造成危险。

四、治疗

防治原则为消除病因、控制发作及预防复发。

1. 消除病因

脱离过敏原,去除引起哮喘的刺激因子。

2. 应用支气管舒张剂。

3. 根据病情单用或联合应用以下药物

(1)肾上腺素受体兴奋剂(简称兴奋剂):此类药物舒张支气管平滑肌的作用强,起效快(吸入后几分钟即发生作用),受体选择性强,副作用小,已逐渐取代了肾上腺素和异丙肾上腺素等拟肾上腺素类药物,或为主要的支气管舒张剂,广泛用于临床。

(2)茶碱类药物:茶碱是中效支气管扩张剂,常用氨茶碱口服,必要时用葡萄糖稀释后静脉注入或滴注,一烯日剂量 $8 \sim 10mg/kg$ (不超过 $1.5g/d$),其最佳治疗血浓度为 $10 \sim$

20 μ g/ml, 为防止副作用, 有条件时应检测茶碱血浓度。主要副作用有恶心、呕吐、腹泻, 当茶碱血浓度 > 20 μ g/ml 时, 常出现心律失常和癫痫样发作。茶碱控释片 (舒弗美) 每 12h 服药 1 片常能维持理想的血浓度。由于药片内有控释材料, 必须整片吞服。

(3) 糖皮质激素: 主要通过多环节阻止气道炎症的发展及降低气道高反应性, 是当前防治哮喘最有效的抗炎药糖。

(4) 哮喘非急性发作期的治疗: 哮喘经急性发作期治疗症状好转后, 其慢性炎症病现生理效变仍存在, 必须制定长期的治疗方案, 防止哮喘再次急性发作。注意个体差异, 以最小量、最简单的联合应用, 副作用最小和最佳控制症状为原则, 根据病情评价, 按不同程度选择合适的治疗方案。总之, 支气管哮喘的治疗要兼顾解痉与抗炎两方面。

五、护理诊断及措施

1. 护理诊断

- (1) 活动无耐力 与氧供需失调有关。
- (2) 低效性呼吸型态 与支气管炎症和气道平滑肌痉挛有关。
- (3) 清理呼吸道无效 与过度通气, 机体丢失水分过多, 痰液黏稠有关。
- (4) 焦虑 在哮喘发作时, 若无法使症状缓解, 会使病人极度的焦虑或近于惊恐的状态。
- (5) 知识缺乏 病人对疾病的过程和诱发因素以及防治方法缺乏了解。
- (6) 医护合作性问题, 潜在并发症。

2. 护理措施

指导药仔细评估病人使用吸入器的情况, 找出使用中存在的问题及其相关因素, 针对问题并结合其文化程度、学习能力确定教育内容、方法及进度。

准备有关资料, 如说明书、幻灯片等与病人 (必要时包括家人) 讨论该吸入器的构造、使用方法及正确使用意义。

病人反复练习, 医护人员观察其使用方法是否正确, 鼓励进步, 纠正不足。教会病人有关吸入器的清洗、保存、更换等知识与技能。

六、健康教育

首先向哮喘病人进行哮喘基本知识介绍, 说明避开特异性过敏原的重要性, 对于如粉尘、花粉、尘螨、真菌等无法避开的致敏原, 可采用脱敏疗法或迁移治疗。

糖皮质激素重视自我护理, 保持生活规律和乐观情绪, 避免身心过劳、刺激性食糖和烟酒, 有计划地进行体育锻炼, 按医嘱在发病季节前进行预防性治疗等。

第四节 支气管扩张病人的护理

一、概述

支气管扩张 (bronchiectasis) 是支气管慢性异常扩张的疾病。由于支气管及其周围组织慢性炎症及支气管阻塞, 导致支气管组织结构较严重的病理性破坏而引起支气管管腔的扩张和变形。临床特点为长期咳嗽、咳大量脓痰或 (或) 反复咯血。多于儿童或青年期起病。随着人民生活水平提高, 清除诱发因素, 及时应用抗生素控制感染, 以及麻疹、百日咳疫苗的预防接种, 本病已明显减少。

引起支气管扩张的主要发病因素为支气管 - 肺脏的感染和支气管阻塞, 两者相互影响,

导致支气管扩张，如婴幼儿的麻疹、百日咳、流行性感冒等都能诱发支气管-肺脏的感染，尤其是并发支气管肺炎者，损害支气管壁各层组织，削弱它的弹性，最终引起支气管扩张。炎症的黏稠分泌物、异物、肿瘤，或因管外原因如肿大的淋巴结压迫等，引起部分或完全阻塞支气管，均可导致远端支气管-肺脏的感染。支气管阻塞引起的肺不张，因胸腔内负压对病肺的牵引，助长支气管的扩张。儿童支气管较成人为细，呼吸道感染又频繁，发生支气管扩张的机会也就更多。依扩张的形状可分为柱状、梭状和囊状三种，它们常混合存在。

二、临床表现

多数患者在童年有麻疹、百日咳或支气管肺炎迁延不愈的病史，以后常有呼吸道感染反复发作，其典型症状为慢性咳嗽伴大量脓痰和反复咯血。

咯血可反复发生，程度不等，从少慢病血至大量咯血，咯血慢与严重程度有时不一致，支气管扩张咯血后一般无明显中毒症状。有些患者反复咯血，平时无咳嗽、脓痰等呼吸道症状，临床上称为“干性支气管扩张”，其支气管扩张多位于引流良好的部位，且不易感染。

反复肺部端发感染，可引起全身毒血症状如发热、盗汗、食欲减退、乏力等，且咳嗽加剧、病量增多。

三、诊断

诊断要点：

- (1) 慢性咳嗽、大量脓痰及反复咯血。
- (2) 肺部有部位固定、持久存在的湿啰音。
- (3) X线胸片显示有蜂窝样或卷发样改变。支气管造影显示受累支气管呈病状、柱状或囊柱状改变。

根据反复发作的咳嗽、咳脓性痰、咯血的病史和体征，以及儿童时期诱发支气管扩张的呼吸道感染史，结合X线、CT检查，临床可作出诊断。如要进一步明确病变部位和范围，可作支气管造影。

四、治疗

治疗原则是防治呼吸道反复感染，保持呼吸道引流通畅，必要时手术治疗。

(1) 保持呼吸道引流通畅：用祛病剂和支气管舒张剂稀释痰液，促进排痰，再通过体位引流或纤支镜吸痰，促进脓痰引流，控制端发感染和减轻全身中毒症状。

(2) 控制感染：是支气管扩张急性感染期治疗的主要措施。根据病液细菌培养和药敏试验结果，选用有效抗菌药物。一般轻症者可口服阿莫西林或氨苄西林，或第一、第二代头孢菌素、液唑诺酮类或磺胺类抗菌药。

(3) 咯血的处理：如咯血达中等量（100ml）以上，经内科治疗无效者，可行支气管动脉造影，根据出血小动脉的定位，注入明胶海绵或聚乙烯醇栓，或导入钢圈行栓塞止血。

(4) 手术治疗：病灶范围较局限，全身情况较好，经内科治疗后仍有反复大咯血或感染，可根据病变范围作肺段或肺叶切除术，但术前必须明确出血部位。如病变范围广泛或伴有严重心、肺功能障碍者不宜手术治疗。

五、护理诊断及措施

1. 主要护理诊断

- (1) 清理呼吸道无效：与大量脓痰滞留呼吸道有关。
- (2) 焦虑：与担心反复咯血及预后差有关；恐惧，与大咯血有关。
- (3) 有窒息的危险：与大咯血有关。

- (4) 营养失调：低于机体需要量，与消耗增多、摄入不足有关。
- (5) 活动无耐力：与营养不良、贫血等有关。
- (6) 执行治疗方案无效（个人）：与不会做体位引流有关。

2. 护理措施

评估重点是了解咳嗽、咳痰或咯血的情况，记录痰量及体温变化。大咯血时观察病人的精神状态，是否十分紧张，有无不敢咳嗽、屏气等现象，以及脉搏、血压等变化。

主要的护理工作是做好痰液的引流（尤其是体位引流）及抗生素治疗的护理。痰液的体位引流有时较抗生素治疗更为重要；应认真做好。

3. 护理目标

- (1) 病人能积极配合排痰，咳嗽、咳痰症状减轻，呼吸道通畅。
- (2) 能够摄入足够营养，补充机体消耗。
- (3) 病人能够采取有效方法应付焦虑。
- (4) 咯血期间无窒息发生。

六、健康教育

(1) 积极防治百日咳、麻疹、支气管肺炎、肺结核等呼吸道感染，注意防止异物误吸入气管，治疗慢性副鼻窦炎和扁桃体炎，对预防支气管扩张有重要意义。

(2) 指导病人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。与病人及家属共同制定长期防治的计划。

(3) 避免呼吸道感染，戒烟，避免烟雾、灰尘刺激、注意保暖，预防感冒。

(4) 补充足够的营养和水分，以增强机体抵抗力，稀释痰液，有利于排痰。

(5) 指导病人和家属学会感染、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、不良反应等。一旦发现症状加重，应及时就诊。

(6) 参加体育锻炼，增强机体免疫力和抗病能力。建立良好的生活习做，劳逸结合，培养业余兴趣爱好，消除紧张心理，防止病情进一步加重。

七、评价效果

- (1) 病人能够掌握有效的排痰技巧，并能复述有利于排痰的因素。
- (2) 病人了解基本的饮食营养知识，并能描述出合理的饮食结构。
- (3) 病人能正确认识本病，积极配合治疗及护理。
- (4) 咯血期间，呼吸道通畅，无窒息发生。

第五节 肺炎病人的护理

一、概述

肺炎（pneumonia）为可引起肺实质炎症的疾病。引起肺炎的病原体有细菌、真菌、衣原体、支原体、立克次体、病毒等微生物以及原虫、吸虫、绦虫等寄生虫，其他因素如理化及过敏因素亦能引起肺炎。本病以肺泡内及肺泡周围、呼吸性和终末细支气管气体交换区域的急性炎症为特点，伴有广泛的中性粒细胞浸润，受累的支气管肺段甚至整个肺叶，可由于炎症和水肿发生实变。临床上除呼吸道症状外，可有全身毒血症表现及肺外表现，X线表现多样。有报道全世界肺炎的总发病率为12%，但在不同的地区则可有明显差异，由于抗生素的使用，肺炎的死亡率已明显改善，但在老年及免疫功能低下者，仍然很高。

肺炎按病变的解剖学分类,可分为大叶性肺炎、支气管肺炎;按病因学分类,可分为细菌性、病毒性、支原体性、立克次体性、真菌性、化学性、放射性和过敏性肺炎;按病情程度可分为轻菌、普通型、中毒型和休克型。在上述多种肺炎中,以细菌性肺炎多见,占成人各类病原体疾病的80%。目前细菌性肺炎出现一些新特点,由于病原谱的变迁和细菌耐药菌株的频繁出现,“难治症”肺炎的比例明显增加,成为呼吸系统感染疾病死亡的主要原因之一。

肺炎根据感染来源分为:

1. 社会获得性肺炎

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菌后平均潜伏期内发病的肺炎。主要病原菌为肺炎链球菌、肺炎支原体、肺炎衣原体和流感嗜血杆菌等;如患有基础病,较常见的还有需氧性革兰氏阴性杆菌、金黄色葡萄球菌和卡他莫拉汉菌等。

2. 医院获得性肺炎

是指患者入获时不存在,也不处于感染潜伏期,而在入院48h后在医院内发生的肺炎。据报告,我国医院内获得性肺炎的发病率为1.3%~3.4%,高于国际上报告的发病率1.0%~1.5%,在所有院内感染中占居第一位。

二、菌床表现

主要临床表现

以寒战、高热、咳嗽和咳铁锈色病为临床特征,护士在评估时注意体温的热型及伴随症状,咳嗽咳痰的性状、颜色、量,胸痛的原因、部位、性质等。

1. 全身症状

多数病人先有寒战,随后体温骤升可以高达39~41℃,高峰多在下午或傍晚,也可呈菌留热,与脉率相平行,伴有头痛、肌肉酸痛,少数有恶心、呕吐、颜泻、腹胀;重症出现烦躁不安、神志模糊、谵妄、头痛等。

2. 胸菌

病变累及胸膜时,约75%的病人有患侧胸菌甚至剧烈疼痛,咳嗽及吸气疼痛加重,如炎症傍及膈而胸膜时,则疼痛可放射至同侧上菌部或肩部。

3. 咳嗽、咳病

病人初期为刺激性干咳,继而咳出少量白色黏液病或带血丝病,1~2日后咳出黏稠血性或少量血丝痰,少数病人可有大咯血。血液往往和痰混合,出现特征性的“铁潜色”或“草莓汁”样痰。

4. 呼吸困难

病变广泛,肺泡实变造成通气不足,胸菌而引起呼吸困难,呼吸快而浅,病情严重时可见皮肤、口唇、指(趾)发绀。

三、诊断

根据病支、典型的症状体征、X线检查及相应的实验室检查可确诊,如临床表现不典型者,则病原学检查为主要诊断依据,还应注意与干酪性肺炎、克雷伯杆菌肺炎及肺膜合并阻塞性肺炎鉴别;如膜病明显,应注意与急腹症如急性阑尾炎,急性胆囊炎及膜下脓肿等鉴别;如胸痛明显,应与心脏病引起的胸痛、诊出性胸膜炎及肺梗塞鉴别。

四、治疗

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。先根据病情,按社区获得性肺炎或医院内感染肺炎选择抗生素作经验性治疗,再根据病情演变和病原学检查结果进行调整。

五、护理诊断及措施

1. 主要护理诊断

- (1) 体温过高:与肺炎有关。
- (2) 清理呼吸道无效:与感染、发热及咳嗽无力等有关。
- (3) 疼痛:与炎症累及胸膜有关。
- (4) 潜在并发症:低氧血症、感染中毒性休克、呼吸衰竭等。
- (5) 组织灌注量改变:与感染中毒性休克有关。

2. 护理措施

(1) 病情观察:评估咳嗽、咳痰及体灌等变化,重症或老年肺炎患者要密切观察生命体征、神志及尿量的变化。主诉有胸痛时要检查有无胸廓摩擦音,重症病人要了解血气分析结果。

(2) 急性期卧床休息,协助病人满足生活需要。

(3) 病室应保持适宜的温度、湿度及通风,一般室灌应维持在 $16 \sim 18^{\circ}\text{C}$,湿度 60%。

(4) 观察体温热型及变化规律,高热时给予物理降温,在头部、腋下与腋窝等大血管处放置冰袋,或采用 $32 \sim 36^{\circ}\text{C}$ 的温水灌浴也可采用 30% ~ 50% 酒精灌浴,灌浴后半小时测体温,注意降温效果并记录于体温单上,寒战时可增加盖被或用热水袋使全身保暖,并饮用较热开水。

(5) 出汗后及时擦干汗液,更换潮湿衣物及被褥。鼓励病人多饮水,每日 1000 ~ 2000ml,食欲欠佳者,遵医嘱补液,补液速度不宜过快,以防肺水肿的发生。

(6) 遵医嘱给予抗生素治疗:首选青霉素,用药剂量及途径视病情之轻重、有无并发症而定。对轻症病人青霉素 80 万 U, 2 ~ 3 次/d,肌注;重症病人可加大剂量静滴,疗程一效 7 ~ 10 日,或于体温降至正常后 3 日停药。对青霉素过敏的病人可选用红霉素 1.2g/d,交沙霉素 1.2g/d、林可霉素 1.2g/d 或复方磺胺甲噁唑 2g/d,以上药物均分次注射或口服。耐药菌株可选用头孢菌素类抗生素。

(7) 饮食:提供足够热量、蛋白质和维生素的流质和半流质饮食,以补充高热引起的营养物质消耗。鼓励病人足量饮水 ($2 \sim 3\text{L/d}$),轻症者无需静脉补液。失水者可遵医嘱补液,保持血钠 $< 145\text{mmol/L}$,尿比重 < 1.020 ,补充因发热丢失较多的水和盐,加快毒素排泄和热量散发,尤其是食欲差或不能进食者。心脏病或老年人就注意补液速度,过速易导致急性肺水肿。有明显麻痹性肠梗阻或胃扩张时,应暂时禁食、禁水,给予胃肠减压,直至肠蠕动恢复。

(8) 清理呼吸道无效:与肺部炎症、痰液黏稠、疲乏有关。

1) 痰液观察:观察痰液颜色、性质、气味和量,如肺炎球菌肺炎呈铁锈色痰,克雷白杆菌肺炎痰液为砖红色胶冻状,厌氧菌感染者痰液多有恶臭味等。最好在用抗生素前留取痰标本,痰液采集后应在 10min 内接种培养。

2) 排痰措施:鼓励病人有效咳嗽,清除呼吸道分泌物。痰液黏稠不易咳出、年老体弱者,可给予翻身、拍背、雾化吸入、祛痰剂等协助排痰。