

临床常见疾病的 护理常规与健康教育

毛红云 李红波◎主编



华中科技大学出版社

<http://www.hustp.com>

临床常见疾病的护理常规 与健康教育

毛红云 李红波 主编

华中科技大学出版社
中国·武汉

内 容 简 介

为适应医学模式的变化与发展,体现“以人的健康为中心,以整体护理观为指导,以护理程序为主线”的思想,本书重新梳理了护理教学活动和临床护理工作中应遵循的规范和标准。

本书涵盖临床常见疾病,对各科各种疾病的护理常规、特殊症状护理、常用诊疗技术护理配合和健康教育都有详尽的规定。

本书适合中职、高职医药院校师生及各级卫生医疗机构护理人员使用。

图书在版编目(CIP)数据

临床常见疾病的护理常规与健康教育/毛红云,李红波主编. —武汉:华中科技大学出版社,2017.3
ISBN 978-7-5680-2006-0

I. ①临… II. ①毛… ②李… III. ①常见病-护理 IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 144845 号

临床常见疾病的护理常规与健康教育

毛红云 李红波 主编

Linchuang Changjian Jibing de Huli Changgui yu Jiankang Jiaoyu

策划编辑:荣 静

责任编辑:张 琴

封面设计:原色设计

责任校对:曾 婷

责任监印:周治超

出版发行:华中科技大学出版社(中国·武汉)

电话:(027)81321913

武汉市东湖新技术开发区华工科技园

邮编:430223

录 排:华中科技大学惠友文印中心

印 刷:武汉鑫昶文化有限公司

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:11

字 数:257千字

版 次:2017年3月第1版第1次印刷

定 价:29.80元



本书若有印装质量问题,请向出版社营销中心调换
全国免费服务热线:400-6679-118 竭诚为您服务
版权所有 侵权必究

前言

Qianyan

护理学是一门技术性很强的综合性应用科学,在保护和增进人类健康的事业中扮演着重要角色。为适应医学模式的变化与发展,本书内容的选择和构建从传统的生物-医学模式转变为生物-心理-社会模式,体现“以人的健康为中心,以整体护理观为指导,以护理程序为主线”的主旨。

本书涵盖各科常见疾病。编者根据多年临床护理工作实践及教学实践,结合常见疾病的特点,并尽量考虑到可操作性和实用性,同时结合国内外医疗技术新进展、现代医院发展新要求,经认真讨论和总结编写而成。编写过程中,在基础理论指导下结合临床,条目简明扼要。对各科各种疾病护理常规、特殊症状护理、常用诊疗技术的护理配合都有详尽的规定,是护理教学活动和临床护理工作遵循的规范和标准。以贴近临床为重点,用简单、明了的阐述方式使本书内容通俗易懂,符合时代发展的需求,适合中职、高职医药院校师生及各级卫生医疗机构护理人员使用。

由于自身知识的局限性,编者尽管尽了最大的努力,书中难免会有不足及错误之处,承望广大读者批评指正,谨在此致以真诚的谢意。

编 者

目录

Mulu

项目一 呼吸系统常见疾病的护理常规与健康教育	/1
任务一 自发性气胸的护理常规与健康教育	/1
任务二 肺炎的护理常规与健康教育	/3
任务三 慢性肺源性心脏病的护理常规与健康教育	/5
任务四 支气管哮喘的护理常规与健康教育	/8
任务五 支气管扩张的护理常规与健康教育	/11
任务六 肺栓塞的护理常规与健康教育	/14
任务七 胸腔积液的护理常规与健康教育	/17
任务八 呼吸衰竭的护理常规与健康教育	/19
项目二 循环系统常见疾病的护理常规与健康教育	/23
任务一 风湿性心瓣膜病的护理常规与健康教育	/23
任务二 心肌炎的护理常规与健康教育	/26
任务三 高血压病的护理常规与健康教育	/28
任务四 冠状动脉粥样硬化性心脏病的护理常规与健康教育	/30
任务五 心力衰竭的护理常规与健康教育	/34
任务六 冠状动脉造影术的护理常规与健康教育	/39
任务七 冠状动脉支架植入术的护理常规与健康教育	/40
任务八 心脏起搏器植入术的护理常规与健康教育	/42
项目三 消化系统常见疾病的护理常规与健康教育	/45
任务一 慢性胃炎的护理常规与健康教育	/45
任务二 消化性溃疡的护理常规与健康教育	/47
任务三 上消化道出血的护理常规与健康教育	/50
任务四 慢性乙型肝炎的护理常规与健康教育	/53
任务五 肝硬化的护理常规与健康教育	/55
任务六 急性胰腺炎的护理常规与健康教育	/58
项目四 泌尿系统常见疾病的护理常规与健康教育	/62
任务一 急性肾小球肾炎的护理常规与健康教育	/62



任务二	慢性肾小球肾炎的护理常规与健康教育	/65
任务三	急性肾功能不全的护理常规与健康教育	/67
任务四	慢性肾功能不全的护理常规与健康教育	/70
任务五	肾病综合征的护理常规与健康教育	/73
任务六	泌尿系统感染的护理常规与健康教育	/77
项目五	内分泌系统常见疾病的护理常规与健康教育	/81
任务一	糖尿病的护理常规与健康教育	/81
任务二	甲状腺机能亢进的护理常规与健康教育	/84
任务三	甲状腺机能减退的护理常规与健康教育	/86
任务四	痛风的护理常规与健康教育	/88
任务五	皮质醇增多症的护理常规与健康教育	/91
项目六	神经系统常见疾病的护理常规与健康教育	/94
任务一	短暂性脑缺血发作的护理常规与健康教育	/94
任务二	脑血栓的护理常规与健康教育	/96
任务三	脑出血的护理常规与健康教育	/97
任务四	蛛网膜下腔出血的护理常规与健康教育	/98
任务五	急性脊髓炎的护理常规与健康教育	/100
任务六	重症肌无力的护理常规与健康教育	/102
任务七	癫痫的护理常规与健康教育	/103
任务八	病毒性脑膜炎的护理常规与健康教育	/105
任务九	帕金森病的护理常规与健康教育	/107
项目七	血液系统常见疾病的护理常规与健康教育	/109
任务一	再生障碍性贫血的护理常规与健康教育	/109
任务二	急性白血病的护理常规与健康教育	/112
任务三	特发性血小板减少性紫癜的护理常规与健康教育	/114
任务四	淋巴瘤的护理常规与健康教育	/117
任务五	多发性骨髓瘤的护理常规与健康教育	/119
任务六	粒细胞缺乏症的护理常规与健康教育	/121
项目八	风湿免疫系统常见疾病的护理常规与健康教育	/124
任务一	类风湿关节炎的护理常规与健康教育	/124
任务二	系统性红斑狼疮的护理常规与健康教育	/127
任务三	原发性干燥综合征的护理常规与健康教育	/131
任务四	皮炎的护理常规与健康教育	/135
任务五	系统性硬化病的护理常规与健康教育	/138
项目九	肿瘤科常见疾病的护理常规与健康教育	/143
任务一	胃癌的护理常规与健康教育	/143
任务二	肺癌的护理常规与健康教育	/145
任务三	甲状腺癌的护理常规与健康教育	/148
任务四	乳腺癌的护理常规与健康教育	/150

任务五	食管癌的护理常规与健康教育	/152
任务六	肝癌的护理常规与健康教育	/154
任务七	鼻咽癌的护理常规与健康教育	/157
任务八	宫颈癌的护理常规与健康教育	/159
任务九	卵巢癌的护理常规与健康教育	/162
任务十	膀胱癌的护理常规与健康教育	/164
主要参考文献		/167

项目一

呼吸系统常见疾病的 护理常规与健康教育

任务一 自发性气胸的护理常规与健康教育

【概述】

自发性气胸是由肺组织及脏层胸膜的自发破裂,或靠近肺表面的肺大疱、细小气肿泡自发破裂使肺及支气管内的气体,进入胸膜腔所致。高瘦体型的男性青壮年比较多见,好发于肺尖部。此种胸膜下大疱的原因不详,可能与身高、吸烟、炎症等有关。

【症状与体征】

1. 气胸患者发病前部分患者有持重物、屏气、剧烈体力活动等诱因。但多数患者在正常活动或安静休息时发生,偶有在睡眠中发病者。多数起病急骤,突感患侧胸痛、干咳和呼吸困难是气胸的典型表现。

2. 患侧胸廓饱满,呼吸运动减弱,叩诊呈鼓音,语颤及呼吸音均减弱或消失,气管移向健侧,用手按压皮下气肿时有握雪感。

【护理评估】

(一) 一般评估

询问患者有无慢性阻塞性肺疾病、肺结核、肺癌、支气管哮喘等病史;有无抬举重物、用力过猛、剧烈咳嗽、屏气及大笑等诱因。

(二) 症状评估

1. 观察患者胸痛、咳嗽、呼吸困难的程度,及时与医生联系,采取相应措施。
2. 观察患者呼吸、脉搏、血压及面色变化。
3. 胸腔闭式引流术后应观察创口有无出血、漏气、皮下气肿及胸痛情况。



【护理常规】

（一）一般护理

1. 休息与活动 患者绝对卧床休息,避免剧烈活动、用力排便、剧烈咳嗽、打喷嚏等使气道压力突然增高,而造成肺与胸膜破裂。

2. 饮食护理 注意调节饮食,鼓励患者多进食富有营养、易消化的饮食,以保证营养供给,防止便秘。

（二）病情观察

1. 严密观察生命体征 注意神志、胸部和腹部体征以及肢体活动、缺氧情况。患者出现呼吸急促、呼吸困难、发绀,应予以吸氧,氧流量 2~4 L/min,血压平稳者予半卧位,以利于呼吸、咳嗽、排痰及胸腔引流。

2. 注意观察复张性肺水肿的发生 复张性肺水肿是指患者在排气过程中或排气后短时间内发生的同侧肺水肿,多在大量气胸、肺被压缩时间较长、一次大量排气时发生。临床表现为迅速出现胸闷、呼吸困难、咳嗽、咳泡沫样痰,听诊有肺部水泡音。一旦出现应按急性肺水肿处理。

（三）各种治疗护理

1. 排气治疗 操作前应认真评估患者,向患者说明穿刺目的、程序和注意事项,消除顾虑。对精神过于紧张的患者,做好心理疏导工作,必要时给予镇静止痛药物。操作过程中应密切观察患者的反应,如头晕、面色苍白、出汗、心悸、胸部压迫感或剧痛、血压下降、昏厥等胸膜刺激反应,或出现连续性咳嗽、咳泡沫样痰或咯血现象,提示穿刺针损伤肺组织,应立即停止穿刺。密切观察病情变化,如抽气后不久患者又出现胸痛、气急等症状,提示有张力性气胸的可能,应通知医师并备好胸腔闭式引流物品,协助做胸腔闭式引流术。

2. 留置胸腔闭式引流的护理 水封瓶应位于胸部以下 60~100 cm,不可倒转,维持引流系统密闭,应确保玻璃管下端在水平面下 2~3 cm;妥善放置、固定引流系统,防止踢倒和患者翻身活动时管子受压、打折、扭曲、脱出;患者处于舒适的半卧位,自然呼吸、咳嗽;放置引流管后鼓励患者适当深呼吸,以利于胸内气体排出,促进肺复张;严密观察胸腔闭式引流是否通畅及伤口情况,有无皮下气肿,胸痛剧烈时给予止痛药;当胸片提示肺已复张时,需夹闭引流管,观察 24 h,患者无呼吸困难则可拔管;处理伤口、更换引流瓶中无菌生理盐水时注意无菌操作。

（四）心理护理

为患者提供多种医学信息,消除其对治疗和疾病本身的恐惧、焦虑和紧张,增加患者配合治疗的信心。

【健康教育】

1. 疾病知识指导 向患者及其家属介绍气胸发生时的症状,如何避免诱发因素,预防气胸的发生。

2. 密切观察病情变化 注意胸痛、呼吸困难、生命体征及肺部体征的变化,经常巡视病房,及时听取患者主诉。

3. 绝对卧床休息 避免一切增加胸腔内压的活动。
4. 吸氧。
5. 缓解疼痛。
6. 采取合适的体位 生命体征平稳后取半卧位,以利于呼吸。
7. 饮食指导 指导患者摄入营养丰富的食物,促进伤口愈合。给予新鲜蔬菜、水果及含粗纤维的食物,保持大便通畅,以免用力大便使胸膜腔内压力升高,而引起疼痛和气胸的复发。
8. 注意保暖,预防呼吸道感染。
9. 自我监测 教会患者及家属气胸发生时紧急自我处理的方法,保持引流管的通畅。

任务二 肺炎的护理常规与健康教育

【概述】

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、免疫损伤等引起,是呼吸道的常见病和多发病。液体、从感染组织渗出,充满肺脏。如果炎症仅限于一个肺叶,称为单叶性肺炎;如炎症从肺的一个支气管扩散到其他的支气管则称为支气管肺炎。如果两肺都有炎症,则称为双叶性肺炎,肺炎通常持续2周左右。近年来由于抗生素的广泛应用,临床上以轻型或不典型的肺炎为常见,而整体实变的肺炎已不多见。

病毒性肺炎通常比较轻,细菌性肺炎比较严重。细菌性肺炎最常见的病菌是肺炎双球菌,有时称肺炎球菌;嗜血杆菌性肺炎常是流感的并发症;肺炎也可以由结核杆菌引起;军团菌肺炎可以通过污染水以多种方式传播,包括浴缸、空调等;吸入性肺炎是细菌经口腔或肠胃进入肺脏引起。

社区获得性肺炎:指在医院外罹患的肺实质感染性炎症,包括经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。

医院获得性肺炎:指患者入院时不存在、也不处于潜伏期,而于入院48 h后在医院内发生的肺炎,也包括出院后48 h内发生的肺炎。

【症状与体征】

1. 全身症状 典型表现为起病急骤,寒战、高热,数小时内体温可高达 $39\sim 41^{\circ}\text{C}$,呈稽留热。头痛、全身肌肉酸痛,有时可伴有恶心、呕吐、腹胀、腹泻,易被误诊为急腹症。

2. 呼吸道症状 早期有干咳,渐有少量黏液痰,之后出现脓痰,典型者咳铁锈色痰或痰带血丝。患侧胸痛,深呼吸及咳嗽时加重,可放射至肩部或上腹部。

【护理评估】

(一) 一般评估

1. 有无上呼吸道感染病史。
2. 是否有基础疾病,如COPD、糖尿病、肿瘤、充血性心力衰竭等。



3. 是否有长期用药史,如免疫抑制剂或长期应用抗生素等。

(二) 症状评估

1. 神志、体温、脉搏、呼吸及血压的变化。
2. 咳嗽、咳痰的程度和性质。
3. 有无其他伴随症状,如胸痛、呼吸困难、全身酸痛、恶心、呕吐及食欲下降。

(三) 诱因评估

有无淋雨、受凉、疲劳、醉酒、大手术等诱因。

【护理常规】

(一) 一般护理

1. 注意保暖,忌用热水袋。急性期应卧床休息,以减少组织对氧的需要,帮助机体组织修复。
2. 给予高蛋白、高热量、高维生素、易消化的饮食。高热时给予清淡半流质饮食。鼓励患者多饮水,以利于毒素排出。
3. 遵医嘱给予抗生素,并观察疗效及有无不良反应。
4. 做好心理护理,消除患者烦躁、焦虑、恐惧的情绪。

(二) 病情观察

(三) 各种症状护理

1. 呼吸困难的护理 保持呼吸道通畅,给予氧气吸入。
2. 高热的护理 寒战时注意保暖,高热时以物理降温为主,高热时还要注意保持口腔清洁、湿润,防止细菌由口腔进入肺部而加重感染。发热时应卧床休息,高热或中毒性休克者应绝对卧床休息,可减少组织对氧的需求,帮助机体的修复,减轻症状。环境要清洁、安静、舒适,相对湿度为 50%~60%。呼吸困难者采取半卧位。咳嗽、胸痛者取侧卧位(卧向患侧,以减轻疼痛)。退热后,要增加活动和呼吸运动,鼓励深呼吸,进行胸部叩击等物理治疗以促进痰液排出,减少并发症,以利于肺部疾病的恢复。
3. 咳嗽、咳痰的护理 ①鼓励患者多饮水,指导患者有效地咳嗽、咳痰。②遵医嘱给予祛痰药和雾化吸入。③无力咳痰者给予吸痰,并严格执行无菌操作原则。
4. 胸痛的护理 ①协助患者取舒适卧位,避免诱发及加重疼痛因素。②指导患者使用放松技术或分散患者注意力。
5. 休克性肺炎的护理 ①去枕平卧位,保持脑部血氧供应。②密切观察病情变化、意识状态、血压、脉搏、呼吸、尿量、体温、皮肤黏膜色泽及温湿度、出血倾向。③遵医嘱给予氧气吸入。④出现末梢循环衰竭时,应迅速建立两条静脉通道,以补充血容量,保证正常组织灌注。

【健康教育】

1. 高热、寒战的护理指导。
2. 呼吸困难者的护理指导。
3. 饮食 应选择高蛋白、高维生素、高热量、易消化的流质或半流质饮食,鼓励患者多

饮水,无禁忌时每天至少 1~2 L,以补充发热出汗和呼吸急促所丢失的水分,并利于痰液排出。

4. 做好病情观察

- (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,如烦躁不安、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。

5. 出院指导 当患者治愈出院后,需继续做深呼吸运动 6~8 周,避免疲劳、淋雨受寒、醉酒等诱发因素,季节变换时避免受凉。房间内应有良好的通风,以减少空气污染。加强耐寒锻炼,预防上呼吸道感染,避免受凉;戒烟、节制饮酒。过敏性肺炎应避免接触物理、化学和过敏因素。一般出院后不需回院复查。如有发热、咳嗽、咳痰、胸痛等症状应及时就诊。

6. 生活指导 注意休息,劳逸结合,加强营养,规律生活,适当参加体育锻炼,增强体质。

任务三 慢性肺源性心脏病的护理常规与健康教育

【概述】

慢性肺源性心脏病(简称慢性肺心病),是由于肺组织、肺血管或胸廓慢性病变引起肺组织结构和(或)功能异常,导致肺血管阻力增加,肺动脉压力增高,继而使右心室扩张和(或)肥厚,伴或不伴右心衰竭的心脏病。轻者仅表现为原发病症状,重者出现严重的呼吸困难、发绀、尿少、下肢水肿,甚至出现嗜睡、昏迷等。急性发作以冬、春季多见,发病年龄多在 40 岁以上,常可诱发肺、心功能衰竭,死亡率较高。

【症状与体征】

1. 肺、心功能代偿期(包括缓解期) 本期主要临床表现为慢性阻塞性肺气肿。表现为咳嗽、咳痰、喘息,活动后心悸、气短、乏力和劳动耐力下降。体检有明显肺气肿体征,由于胸膜腔内压升高,阻碍腔静脉回流,可见颈静脉充盈,桶状胸,呼吸运动减弱,语音震颤减弱,呼吸音减低,呼气延长,肺底听到哮鸣音及湿啰音,心浊音界缩小,心音遥远,肝浊音界下降,肝肿大伴压痛,肝颈静脉反流阳性,水肿和腹水等。常见下肢水肿,午后明显,次晨消失。肺动脉瓣区可有第二心音亢进,提示肺动脉高压。三尖瓣区出现收缩期杂音或剑突下示心脏搏动,提示右心室肥大。膈下降,使肝上界及下缘明显下移,应与右心衰竭的肝淤血征相鉴别。

2. 肺、心功能失代偿期(包括急性加重期) 本期临床主要表现以呼吸衰竭为主,或有心力衰竭。

(1) 呼吸衰竭:常见诱因为急性呼吸道感染,多为通气障碍型呼吸衰竭(Ⅱ型呼吸衰竭),低氧血症与高碳酸血症同时存在。低氧血症表现为胸闷、心慌、气短、头痛、乏力及腹胀等。当动脉血氧饱和度低于 90% 时,出现明显发绀。缺氧严重者出现躁动不安、昏迷或抽



搐,此时忌用镇静或催眠药,以免加重二氧化碳潴留,发生肺性脑病。高碳酸血症表现为皮肤温湿多汗、浅表静脉扩张、洪脉、球结膜充血水肿、瞳孔缩小,甚至眼球突出、两手扑翼样震颤、头昏、头痛、嗜睡及昏迷。这是二氧化碳潴留引起血管扩张、毛细血管通透性增加的结果。当严重呼吸衰竭伴有精神神经障碍,排除其他原因引起者称为肺性脑病。

(2) 心力衰竭:肺心病在功能代偿期只有肺动脉高压及右心室肥厚等征象,而无心力衰竭表现。失代偿期出现右心衰竭、心慌、气短、颈静脉怒张、肝肿大、下肢水肿,甚至全身水肿及腹水,少数患者还可伴有左心衰竭,也可出现心律失常。

【护理评估】

(一) 一般评估

评估患者的耐力水平、自理能力,必要时可做心肺功能监护。平时有无慢性咳嗽、咳痰、喘憋史,急性发作有无季节性。

(二) 症状评估

1. 呼吸困难的程度。
2. 发绀程度。
3. 是否出现神经系统异常表现。
4. 观察生命体征:神志、血压、脉搏、呼吸及皮肤黏膜、球结膜和尿量的变化。

【护理常规】

(一) 一般护理

1. 按病情做好各种护理记录。
2. 保持呼吸道通畅,对清醒患者应鼓励咳嗽排痰,痰液黏稠者可行雾化吸入或蒸汽氧疗后排痰。意识障碍者应予吸痰,必要时行气管插管或气管切开。
3. 合理用氧,给予持续低流量氧气吸入。
4. 正确记录和计算静脉输液量和滴速,以免加重心脏负担而诱发心力衰竭。
5. 适当卧床休息、避免劳累。不宜饱餐,限制钠盐摄入。
6. 劝患者戒烟,以控制慢性支气管炎的加重。
7. 建立良好的护患关系,与患者多交流,使患者树立战胜疾病的信心。

(二) 病情观察

1. 呼吸频率、节律、深度及体温、脉搏、血压情况、神志、精神变化、出入量等。
2. 痰的颜色、性质、气味、量及日常活动的耐受水平。
3. 观察感染的症状和体征、皮肤完整性。

(三) 各种治疗护理

1. 病情加重出现肺性脑病者可行气管插管,进行人工呼吸机通气。
2. 咳痰时,鼓励咳嗽、排痰、更换体位,保持呼吸道通畅。
3. 肺性脑病护理
 - (1) 向患者和家属解释肺性脑病的原因、临床表现及预防措施。
 - (2) 嘱患者绝对卧床休息,呼吸困难者取半卧位,对精神失常、嗜睡、极度烦躁不安或出

现昏迷者应加床档或约束肢体,以保证安全,必要时设专人护理。

(3) 密切观察病情变化,及时发现脑病的先兆。

(4) 给予低流量低浓度氧气持续吸入,流量保持在 $1 \sim 2 \text{ L/min}$,给氧浓度为 $25\% \sim 29\%$ 。

(5) 做好皮肤和口腔护理,以防压疮和口腔炎的发生。

(6) 慎用呼吸兴奋剂,如需,应在保持呼吸道通畅的前提下使用。可配合吸氧、解痉、祛痰等措施,不能长期大剂量应用。严重呼吸衰竭者,因脑缺氧和脑水肿未纠正而出现频繁抽搐,应慎用呼吸兴奋剂。用药中如果出现恶心、呕吐或频繁抽搐,提示药物过量,应及时与医生联系。

4. 氧气疗法的注意事项

(1) 保持气道(包括鼻导管)通畅。

(2) 监测吸入氧的流量及浓度并维持其恒定。

(3) 持续性氧疗不能中断,吸氧必须维持 $3 \sim 4$ 周,待 PaO_2 上升至 60 mmHg , PaCO_2 下降至 50 mmHg 方可间歇给氧。

(4) 监测呼吸频率、节律、发绀及意识状态变化。

(5) 根据医嘱做血气分析,并正确分析结果。动脉采血常用桡动脉,也可经肘动脉、股动脉采血。隔绝空气,及时送检。

(6) 严禁室内明火,防止事故发生。

(7) 吸氧装置定期消毒。

(四) 用药护理

1. 重症患者避免使用镇静药、麻醉药和催眠药。

2. 利尿药尽量在白天使用,同时准确记录 24 h 出入量。

3. 使用洋地黄药物前,要纠正缺氧和低钾血症,以免造成药物的毒性反应。

4. 根据病情严格控制输液速度,输液量每天不超过 1000 mL ,速度不超过 30 滴/分。

【健康教育】

1. 心理指导 患者由于病程长,病情重,常产生恐惧、消极心理;应鼓励患者,积极配合治疗。

2. 饮食指导 以营养丰富、易消化为原则,以半流质饮食为主,如牛奶、蛋羹、肉粥等,心功能不全及出现水肿者,应低盐饮食,限制水分摄入,多食新鲜水果、蔬菜。忌油腻、辛辣、生冷饮食。

3. 作息指导 取半坐卧位或端坐位,保持姿势舒适。双下肢水肿明显者应抬高下肢。入睡困难者,根据病情给予镇静剂。

4. 用药指导 在医护人员指导下遵医嘱用药,主要药物有强心、利尿、平喘及消炎药,用药后如出现心律失常、黄视或绿视、头晕、手脚麻木、手颤、心动过速、咽痛、支气管痉挛、皮肤瘙痒或皮疹等不适,立即告诉医护人员。

5. 行为指导 根据心功能情况取舒适卧位,活动量以不出现症状为主。

(1) 心功能 2 级:体力劳动轻度受限,轻度劳动可引起症状。休息原则是起床轻微活动,增加休息。



(2) 心功能 3 级:体力劳动明显受限,稍事活动就出现症状。休息原则是限制活动,增加卧床休息。

(3) 心功能 4 级:不能从事任何劳动,休息时亦有症状。休息原则是绝对卧床休息,病情好转后活动。

6. 其他

(1) 坚持戒烟。

(2) 学会缩唇、腹式呼吸。

(3) 进行家庭氧疗者,应注意保持气道(氧管)通畅,室内严禁明火,氧气筒注意勿振动及接触油性物体,低流量为主(2 L/min 左右)。

7. 病情观察 配合观察病情,注意有无气短、发绀、心跳加快、心律不齐、水肿及洋地黄中毒等表现。

任务四 支气管哮喘的护理常规与健康教育

【概述】

支气管哮喘是由多种细胞和细胞组分参与的气道慢性炎症性疾病。慢性炎症导致气道高反应性和广泛多变的可逆性气流受限,并引起喘息、气急、胸闷或咳嗽等反复发作,常在夜间和(或)清晨发作和加重,多数患者可自行缓解或治疗后缓解。

【症状与体征】

1. 先兆表现 干咳、呼吸紧迫感、打喷嚏、流泪等。

2. 典型的支气管哮喘 出现反复发作的胸闷、气喘、呼吸困难、咳嗽等症状。在发作前常有鼻塞、打喷嚏、眼痒等先兆症状,发作严重者可短时间内出现严重呼吸困难、低氧血症。有时咳嗽为唯一症状(咳嗽变异型哮喘)。在夜间或凌晨发作和加重是哮喘的特征之一。哮喘症状可在数分钟内发作。有些症状可自行缓解,但大部分需积极处理。

3. 发作时出现两肺散在、弥漫分布的呼气相哮鸣音,呼气相延长,有时吸气、呼气相均有干啰音。严重发作时可出现呼吸音低下,哮鸣音消失,临床上称为“静止肺”,预示着病情危重,随时会出现呼吸骤停。

4. 痰液检查 涂片可见嗜酸性粒细胞。

【护理评估】

(一) 一般评估

1. 有无哮喘家族史。
2. 是否吸入特异性或非特异性变应原。
3. 是否进食鱼、虾、蟹、蛋类、牛奶等。
4. 是否服用阿司匹林、普萘洛尔等。
5. 有无气候变化、剧烈运动、精神因素等。

（二）症状评估

1. 生命体征、神志、发绀和尿量等情况。
2. 药物(尤其是糖皮质激素)的作用和副作用。
3. 哮喘发作的先兆症状 胸闷,鼻咽痒、咳嗽、打喷嚏等。

【护理常规】

（一）一般护理

1. 环境安静,避免精神刺激,减少对患者情绪的影响,保证充分休息。
2. 根据哮喘发作的规律制定作息時間。
3. 保持口腔清洁,增进食欲。
4. 急性发作期,医务人员态度要沉着冷静,给患者以安全感;缓解期患者会产生焦虑、悲观的情绪,医务人员应积极疏导。
5. 查找过敏原和诱发因素。

（二）病情观察

1. 观察患者意识状态、血压、心率、心律、脉搏和尿量等情况。
2. 观察患者呼吸方式、呼吸频率和节律、胸廓运动变化;观察患者排痰情况、痰液性状及颜色。
3. 观察患者皮肤情况,有无发绀,监测血氧饱和度。
4. 观察哮喘发作的先兆症状,如胸闷、鼻咽痒、咳嗽、打喷嚏等,应尽早采取相应措施;了解患者哮喘的病因和过敏原,避免接触诱发因素。
5. 观察吸氧管是否通畅,有无扭曲、打折、受压,吸氧流量是否合理。
6. 观察药物作用和副作用,尤其是糖皮质激素、支气管舒张剂(如茶碱类、 β_2 -肾上腺素受体激动剂等)。

（三）症状护理

1. 呼吸困难的护理

- (1) 取坐位或半坐卧位。
- (2) 保持室内适宜温、湿度,空气洁净清新,避免和去除诱发因素。
- (3) 保持呼吸道通畅,遵医嘱给予支气管解痉药物。
- (4) 观察呼吸的次数、比例、深浅度和节律的变化及水、电解质、酸碱平衡情况,准确记录出入液量。
- (5) 去除紧身衣物和厚重被服,减少胸部压迫。

2. 咳嗽、咳痰的护理

- (1) 观察咳嗽性质、时间,有无痰液产生。
- (2) 嘱患者多饮温开水,以湿化呼吸道。
- (3) 指导患者深呼吸和有效的呼吸、咳嗽,协助翻身、拍背,鼓励患者咳出痰液。
- (4) 遵医嘱给予雾化吸入。

（四）用药护理

1. β_2 受体激动剂 按医嘱用药,不宜长期规律、单一、大量使用。宜与吸入激素等抗炎



药配伍使用。注意心悸、骨骼肌震颤等不良反应的发生。

2. 糖皮质激素 正确掌握药物吸入方法;吸入药物后立即用清水充分漱口;口服用药宜在饭后服用;严格按医嘱用药,不得自行减量或停药;观察药物不良反应:肥胖、糖尿病、高血压、骨质疏松、消化性溃疡等。

3. 氨茶碱 稀释后缓慢静脉注射,注射时间 $>10\text{ min}$;缓(控)释片必须整片吞服,不能嚼服;发热、妊娠、小儿,老年有心、肝、肾功能障碍及甲状腺功能亢进者慎用;与西咪替丁(甲氰咪胍)、喹诺酮类、大环内酯类药物合用时应减少用量。

4. 其他药物 色甘酸钠及尼多酸钠:用药后出现咽喉不适、胸闷,偶见皮疹。不能突然停药,以防哮喘复发。孕妇慎用。

酮替芬:用药期间不宜驾驶车辆或高空作业。

5. 指导使用吸入器 是治疗成功的关键。定量雾化吸入器开盖,摇匀;深呼吸;双唇包住咬口;经口吸气,同时按压喷药;屏气 10 s ,缓慢呼气。

【健康教育】

1. 饮食指导 提供清淡、易消化、热量足够的食物,不宜食用鱼、虾、蟹、蛋类、牛奶等易过敏食物。忌酒及过咸食物。多食高蛋白食物如瘦肉、大豆等。消化不良的患者要少食多餐。多吃富含维生素A、维生素C及钙质食物。

2. 休息与活动指导 哮喘发作时取半卧位或坐位,可在床上放一小桌,以便患者伏桌休息,减少疲劳。非发作期,应积极锻炼,如游泳、快走、慢跑等,尽可能改善肺功能,最大程度地恢复劳动力,并预防疾病发展为不可逆的气道阻塞,预防猝死发生。

3. 日常生活指导

(1) 避免哮喘的诱因:可诱发的因素有呼吸道感染,滋生于床铺、地毯、沙发、绒制品等处的尘螨,动物的皮毛,情绪波动,精神创伤,接触冷空气,剧烈运动,以及食用易过敏食物等。哮喘患者应注意针对性地寻找和避免接触敏感因素,以免诱发哮喘。

(2) 室内不种花草,不养宠物,经常打扫卫生,清洗床上用品。在打扫时患者最好离开现场。避免冷空气、烟雾和灰尘。

(3) 禁止吸烟,避免接触烟雾及刺激性气体。

(4) 多补充水分。急性发作期要多饮水,并进食半流质食物,以利于痰液湿化和排出。

(5) 随身携带止喘药,学会在疾病发作时自己进行简单紧急处理。认识哮喘的发作先兆,如打喷嚏、鼻痒等。

4. 自我监测病情 教会患者识别哮喘发作先兆和加重征象,学会紧急自我处理的方法。

5. 用药指导 指导患者了解所用药物的名称、用法、注意事项与不良反应,指导患者及家属掌握正确的药物吸入技术。嘱患者随身携带雾化吸入器,出现发作先兆时,立即吸入,保持平静。

6. 心理指导

(1) 发作期:加强巡视,陪伴、安慰患者,减轻其紧张、恐惧心理。

(2) 缓解期:鼓励患者参加体育锻炼和社会活动,提高社会适应能力。