



院校结合创新教材（供护理专业使用）

NEIKE HULI

内科护理



王美芝 孙永叶 主编

山东人民出版社

国家一级出版社 全国百佳图书出版单位



院校结合创新教材（供护理专业使用）

内科护理

NEIKE HULI

王美芝 孙永叶 ◎ 主 编

山东人民出版社

国家一级出版社 全国百佳图书出版单位

图书在版编目(CIP)数据

内科护理 / 王美芝, 孙永叶主编. -- 济南: 山东人民出版社, 2016.1

ISBN 978-7-209-09547-1

I. ①内… II. ①王… ②孙… III. ①内科学—护理学—教材 IV. ①R473.5

中国版本图书馆CIP数据核字(2016)第028352号

内科护理

王美芝 孙永叶 主编

主管部门 山东出版传媒股份有限公司

出版发行 山东人民出版社

社 址 济南市胜利大街39号

邮 编 250001

电 话 总编室 (0531) 82098914

市场部 (0531) 82098027

网 址 <http://www.sd-book.com.cn>

印 装 日照报业印刷有限公司

经 销 新华书店

规 格 16开 (184mm × 260mm)

印 张 32.25

字 数 700千字

版 次 2016年1月第1版

印 次 2016年1月第1次

ISBN 978-7-209-09547-1

定 价 65.00元

如有印装质量问题, 请与出版社总编室联系调换。

《内科护理》编委会

主 编 王美芝 孙永叶

副主编 王 雁 尚庆娟 刘红霞 刘春娜

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 雁 (山东中医药高等专科学校)

王美芝 (山东中医药高等专科学校)

王丽娟 (烟台市业达医院)

刘春娜 (烟台市中医医院)

刘红霞 (山东中医药高等专科学校)

刘桂霞 (烟台市莱阳中心医院)

孙永叶 (滨州医学院烟台附属医院)

孙丽琴 (滨州医学院烟台附属医院)

李 燕 (滨州医学院烟台附属医院)

陈少蕾 (山东中医药高等专科学校)

尚庆娟 (山东中医药高等专科学校)

隋青梅 (牟平区中医医院)

《 前 言 》

为了更好贯彻落实《国家中长期教育改革和发展规划纲要（2010～2020年）》和《医药卫生中长期人才发展规划（2011～2020年）》，培养护理技能型紧缺人才，经过与行业、企业专家共同开发，基于临床护理工作过程，体现“整体护理”理念，2014年6月我们启动了院校合作的特色教材《内科护理》的编写工作。

本教材的编写遵循了教材编写“三基五性”的基本原则，即基本理论、基本知识、基本技能和思想性、科学性、启发性、先进性、适用性。本教材共分为八个项目，每个项目具体任务分别介绍呼吸系统、循环系统、消化系统、泌尿系统、血液系统、内分泌与代谢性疾病、风湿性疾病、神经系统常见病病人的护理。

本教材有以下几个方面的特色：

1. 体现职业教育和整体护理理念 本教材以内科护理岗位职业能力培养为核心，基于护理工作过程，体现以“病人”为中心的“整体护理”理念，对于技能型护理人才的培养更具适用性，专业知识和技能更好地满足护理岗位和护士执业考试需要。

2. 编写形式丰富多样 按照项目任务编写，模块有“学习目标”“案例导入”“知识链接”“目标检测”，使教材更具时代性、适用性、新颖性和趣味性。每项目前有“学习目标”，帮助学生掌握每项目重要的概念、知识要点和技能要点；文中精心设计了“案例导入”“知识链接”，使教材内容更好地与临床护理岗位接轨，提高学生的感性认识和学习兴趣，更便于教和学。每个项目后有目标检测题，便于教师了解和检测学生的知识与技能掌握情况。

3. 编写人员院校结合 编写人员由本校的内科护理专职教师、医院内兼职教师以及其他医院的护理专家组成，编写前我们共同研讨教材的编写大纲，参与教材内容设计，使本教材的知识点和技能要点更能满足内科护理岗位的需要。

本教材适用于高职高专护理专业学生,也可作为护理教师、临床护理人员的参考书。本教材适合医药高职教育及专科、函授和自学考试等相同层次不同办学形式教学使用,也可作为医药行业培训和自学用书。

在编写过程中,我们参考、借鉴了许多相关教材和文献资料,同时得到了各编者所在单位的大力支持,在此一并表示衷心感谢!

由于编者水平有限,书中错误和不当之处在所难免,真诚欢迎同行、专家在使用中提出宝贵意见。

编者

2015年12月

《 目 录 》

前 言	1
项目一 呼吸系统疾病病人的护理	1
任务一 呼吸系统疾病常见症状及体征的护理	1
任务二 急性呼吸道感染病人的护理	13
任务三 肺部感染性疾病病人的护理	17
任务四 慢性阻塞性肺疾病病人的护理	28
任务五 慢性肺源性心脏病病人的护理	37
任务六 支气管哮喘病人的护理	42
任务七 支气管扩张症病人的护理	51
任务八 肺脓肿病人的护理	54
任务九 肺结核病人的护理	58
任务十 原发性支气管肺癌病人的护理	70
任务十一 呼吸衰竭病人的护理	79
任务十二 呼吸系统疾病常用诊疗技术的护理	91
项目二 循环系统疾病病人的护理	109
任务一 循环系统疾病常见症状及体征的护理	109
任务二 心力衰竭病人的护理	116
任务三 心律失常病人的护理	127
任务四 原发性高血压病人的护理	143
任务五 冠状动脉粥样硬化性心脏病病人的护理	152
任务六 心脏瓣膜病病人的护理	168
任务七 感染性心内膜炎病人的护理	176

任务八 病毒性心肌炎病人的护理	180
任务九 心肌疾病病人的护理	182
任务十 心包疾病病人的护理	186
任务十一 循环系统常用诊疗技术的护理	191
项目三 消化系统疾病病人的护理	203
任务一 消化系统疾病常见症状及体征的护理	203
任务二 胃炎病人的护理	214
任务三 消化性溃疡病人的护理	220
任务四 胃癌病人的护理	228
任务五 肝硬化病人的护理	231
任务六 原发性肝癌病人的护理	239
任务七 肝性脑病病人的护理	245
任务八 急性胰腺炎病人的护理	252
任务九 溃疡性结肠炎病人的护理	258
任务十 肠结核及结核性腹膜炎病人的护理	262
任务十一 上消化道大出血病人的护理	268
任务十二 消化系统疾病常用诊疗技术的护理	274
项目四 泌尿系统疾病病人的护理	279
任务一 泌尿系统疾病常见症状及体征的护理	279
任务二 肾小球肾炎病人的护理	288
任务三 原发性肾病综合征病人的护理	294
任务四 尿路感染病人的护理	299
任务五 肾功能衰竭病人的护理	304
任务六 泌尿系统疾病常用诊疗技术的护理	317
项目五 血液系统疾病病人的护理	324
任务一 血液系统疾病常见症状及体征的护理	324
任务二 贫血病人的护理	333
任务三 出血性疾病病人的护理	348
任务四 白血病病人的护理	364

任务五 淋巴瘤病人的护理	374
任务六 血液系统疾病常用诊疗技术的护理	377
项目六 内分泌与代谢性疾病病人的护理	386
任务一 内分泌与代谢性疾病常见症状及体征的护理	386
任务二 甲状腺疾病病人的护理	389
任务三 糖尿病病人的护理	403
任务四 Cushing 综合征病人的护理	414
任务五 痛风病人的护理	418
任务六 骨质疏松症病人的护理	422
项目七 风湿性疾病病人的护理	427
任务一 风湿性疾病常见症状及体征的护理	427
任务二 系统性红斑狼疮病人的护理	433
任务三 类风湿关节炎病人的护理	439
项目八 神经系统疾病病人的护理	446
任务一 神经系统疾病常见症状及体征的护理	446
任务二 急性脑血管疾病病人的护理	461
任务三 周围神经疾病病人的护理	479
任务四 癫痫病人的护理	487
任务五 帕金森病病人的护理	491
任务六 肌肉疾病病人的护理	495
任务七 神经系统疾病常用诊疗技术的护理	503
参考文献	508

项目一

呼吸系统疾病病人的护理

学习目标

1. 掌握咳嗽、咯血、肺源性呼吸困难的护理诊断和护理措施；掌握支气管哮喘、慢阻肺、慢性肺源性心脏病、肺炎、原发性支气管肺癌、支气管扩张、肺结核、呼吸衰竭的概念、护理诊断、护理措施、健康教育。
2. 熟悉以上疾病的病因、临床表现、治疗要点。
3. 了解以上疾病发病机制、辅助检查。

任务一 呼吸系统疾病常见症状及体征的护理

呼吸系统是机体与外界直接进行气体交换的场所，每天有 10000 ~ 15000L 空气进出，接触空气中大量的病原体、过敏原及烟、雾、灰尘等理化有毒物质，另外，还受到经血液循环带来的有害物质的侵害。因此，呼吸系统疾病的发病率高。由于工业化的进程、汽车的普及导致空气质量的恶化，人口的老龄化，呼吸系统疾病发病率呈增高的趋势。慢性阻塞性肺疾病在 40 岁以上人群中发病率超过 8%；肺血栓栓塞症已成了重要的医疗保健问题。许多疾病呈慢性病程，肺功能逐渐损害，早期易被人们忽视，中后期不可逆转，最终使病人致残，甚至危及生命。2006 年全国部分城市及农村前 10 位主要疾病死亡原因的统计结果显示，呼吸系统疾病（不包括肺癌）在城市人口的死亡原因中占第四位（13.1%），在农村则占第三位（16.4%），是我国总人口死亡原因的前 5 位因素之一。

一、呼吸系统的结构与功能

呼吸系统主要包括呼吸道和肺。呼吸道分为上、下呼吸道（图 1-1）。

(一) 上呼吸道

从鼻腔开始到环状软骨称为上呼吸道,包括鼻、咽、喉。除作为气体通道外,还有湿化、加温和净化空气的作用。会厌、声门、声带具有保护性反射作用,在发音、吞咽时防止口腔分泌物和食物误吸入呼吸道。

(二) 下呼吸道

环状软骨以下的气管、支气管至终末呼吸性细支气管末端为下呼吸道。气管在第4胸椎水平分叉为左右主支气管。右主支气管与气管的夹角比左侧陡直,管径也大,因此气管插管、误吸物易进入右侧支气管。气管和大支气管主要由“C”

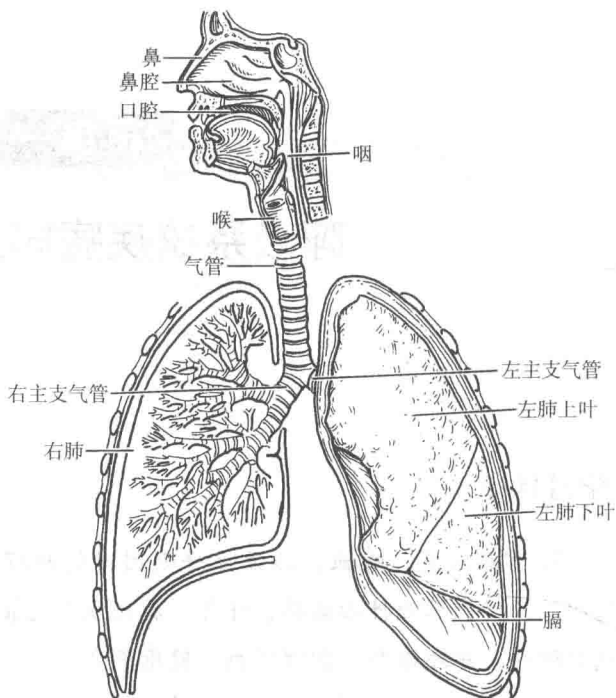


图1-1 呼吸系统全貌

形软骨和结缔组织构成,软骨主要起支撑作用,防止气道萎陷,气管切开一般在第2~4软骨环处进行。随着支气管向外周分支变小,软骨成分减少,平滑肌相应增多,平滑肌收缩可引起小支气管痉挛,导致阻塞性呼吸困难。临床上将吸气状态下内径 $<2\text{mm}$ 的细支气管称为“小气道”。气管和支气管的黏膜由假复层纤毛柱状上皮和分泌黏液的杯状细胞组成。纤毛具有清除呼吸道内分泌物和异物的功能,是气道重要的防御机制之一。纤毛活动可因黏液分泌物的干燥、变稠,或因吸烟、吸入有害气体及病原体感染而受到损害,纤毛活动能力减弱,导致呼吸道防御功能下降,诱发感染。

(三) 终末呼吸单位

终末细支气管及远端称为终末呼吸单位,内含三级呼吸性细支气管,管壁肺泡数逐级增多,再接肺泡囊和肺泡。正常人肺泡的表面积可达 100m^2 。肺泡的上皮细胞包括I型细胞、II型细胞和巨噬细胞。I型细胞为扁平细胞,与毛细血管内皮细胞及二者之中的间质组成肺泡-毛细血管膜,是肺泡-血液气体弥散的场所。肺间质中有细胞与结缔组织,许多疾病可累及肺间质,最终形成永久性的肺纤维化。II型细胞产生表面活性物质,降低肺泡的表面张力,防止其萎陷。

(四) 肺的血液供应

肺有双重血液供应,即肺循环和支气管循环。

1. 肺循环 右心室→肺动脉及分支→肺泡毛细血管网进行气体交换→肺静脉→左心房,是肺的功能血液循环。肺动、静脉均有交感神经分布。肺循环的特点为高容量、

低阻力、低压力，缺氧能使肺动脉收缩，形成肺动脉高压，是发生慢性肺源性心脏病重要机制之一。

2. 支气管循环 支气管动脉营养肺和支气管，多起自胸主动脉，也可起自肋间动脉、锁骨上动脉或乳内动脉。支气管静脉最后经上腔静脉回右心房。支气管动脉在支气管扩张等疾病时可形成动-静脉分流，静脉曲张破裂引起大咯血。

(五) 胸膜及胸膜腔

胸膜分脏层和壁层。脏层胸膜覆盖在肺的表面，壁层胸膜覆盖在胸壁内面。壁层胸膜分布有感觉神经末梢，发生病变或受刺激引起胸部疼痛；脏层胸膜无痛觉神经。胸膜腔在正常情况下为脏层胸膜和壁层胸膜构成的密闭的潜在腔隙，仅有少量体液起润滑作用。正常成人平静呼气末胸腔内压为 $-3 \sim -5\text{mmHg}$ ，平静吸气末为 $-5 \sim -10\text{mmHg}$ 。

(六) 肺的呼吸功能

人体组织细胞不断进行新陈代谢，代谢消耗的氧随时从外环境中吸收，代谢所产生的二氧化碳排出体外。吸入氧气排出二氧化碳的过程称为气体交换，这是肺最重要的功能。

1. 肺通气 是指肺与外环境的气体交换。临床常用以下指标来衡量。

(1) 每分钟通气量：静息状态下，每分钟进入或排出肺的气体总量，称每分钟通气量 (minute ventilation volume, MV 或 VE)。MV = 潮气量 (VT) $\times$ 呼吸频率 (f)，正常成人潮气量为 $400 \sim 500\text{mL}$ ，呼吸频率为 $12 \sim 18$ 次/分。

(2) 无效腔和肺泡通气量：每次吸入的气体，有一部分留在口、鼻和气道中，这部分进入气道但不参与气体交换的气量，称为解剖无效腔量 (anatomical dead space volume, VD)。生理无效腔量为解剖无效腔量和肺泡无效腔量之和。在正常情况下，生理无效腔量约为 150mL 。肺泡通气量 (alveolar ventilation, VA) 指每分钟参与气体交换的通气量 $[VA = (VT - VD) \times f]$ 。它是维持动脉正常氧分压 (PaO_2) 和二氧化碳分压 (PaCO_2) 的基本条件。浅而快的呼吸对肺泡通气是不利的，而深而慢的呼吸虽可以增加肺泡通气量，但同时也会增加呼吸做功。

2. 肺换气 是指肺泡与血液之间的气体交换过程。正常的肺换气功能有赖于空气通过肺泡膜的有效弥散、充足的肺泡通气量和肺血流以及两者之间恰当的比例。气体交换的动力是气体在肺泡与血液之间的分压差。

(七) 呼吸系统的防御功能

为防止各种微生物、变应原、毒素和粉尘等有害颗粒的侵入，肺与呼吸道共同构成了以下防御机制：①气道物理防御：具有对致病因子进行沉积、滞留和气道黏液-纤毛的清除作用。②生物学防御：主要为上呼吸道的正常菌群。③神经学防御机制：主要是由有害因子刺激鼻黏膜产生的咳嗽反射、喷嚏和支气管收缩等完成，以清除致病物质。④气道-肺泡免疫系统：通过细胞免疫和体液免疫发挥免疫防御机制。致病因子过强或防御功能降低，就会导致疾病的发生。

（八）呼吸的调节

机体通过中枢神经控制、神经反射性调节和化学反射性调节为机体提供充足的氧气，排出多余的二氧化碳，稳定内环境的酸碱平衡。

二、常见症状及体征的护理

呼吸系统疾病常见症状及体征有咳嗽与咳痰、肺源性呼吸困难、咯血和胸痛等。

咳嗽与咳痰

咳嗽（cough）是一种呈突然、爆发性的呼气运动，以清除气道分泌物或异物，是呼吸系统疾病最常见的症状。咳嗽本质是一种保护性反射，但剧烈的咳嗽可引起气道黏膜的血管破裂出血，可引起胸膜破裂发生气胸，可影响回心血量，影响睡眠休息等。咳痰（expectoration）是借助支气管黏膜上皮纤毛运动、支气管平滑肌的收缩及咳嗽反射，将呼吸道分泌物从口腔排出体外的动作。咳嗽可伴或不伴咳痰。咳嗽无痰或痰量甚少，称为干性咳嗽（drying cough）；伴有咳痰的咳嗽，称湿性咳嗽。

【护理评估】

（一）健康史

引起咳嗽和咳痰的病因很多，常见病因有：①气道的炎症、结核、肿瘤、高反应性及支气管扩张等。如慢性支气管炎、支气管扩张、肺脓肿和肺结核等。②肺实质和胸膜疾病，如肺炎、肺脓肿、胸膜炎、自发性气胸、肺水肿、肺间质性疾病等。③其他疾病，如食管反流性疾病、颅内病变刺激咳嗽中枢、精神性咳嗽、心血管疾病等。④某些药物，如 β 受体阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂等。

常见的诱因有：受凉、气候变化、粉尘或过敏原的吸入、服用某些药物或精神因素等。

（二）身体状况

1. 评估咳嗽、咳痰的特点

（1）咳嗽：评估咳嗽出现及持续时间、发生的急缓、性质、音色、有无咳嗽无效或不能咳嗽。刺激性或干性咳嗽一般是急性呼吸道感染早期、气管异物、咽炎、支气管肿瘤、胸膜炎、肺间质病变、后鼻道滴流和胃食管反流的表现，部分病人服用血管紧张素转换酶抑制剂等也出现干咳；犬吠样咳嗽见于会厌、喉部病变；金属音调咳嗽常见于纵隔肿瘤、主动脉瘤或支气管肺癌压迫气管引起；嘶哑性咳嗽多见于声带炎、喉炎、喉结核、喉癌和喉返神经麻痹等。

（2）咳痰：评估痰液的颜色、性质、量、气味、有无肉眼可见的异物等。脓性痰是气管、支气管和肺部感染的标志；痰呈红色或红棕色常见于肺结核、肺癌、肺梗死等出血时；铁锈色痰多见于肺炎球菌肺炎；红褐色或巧克力色痰多见于阿米巴肺脓肿；粉红色泡沫痰为急性肺水肿的表现；砖红色胶冻样痰或带血液者常见于克雷白杆菌肺炎；

白色粘液泡沫液痰常见于慢性支气管炎；痰有恶臭味提示厌氧菌感染。痰量少时仅数毫升，多者可达数百毫升，一般将 24 小时痰量超过 100 毫升定为大量痰。

2. 伴随症状 有无发热、胸痛、呼吸困难、咯血、神志改变、说话困难等表现。

3. 身体评估 ①有无体温升高、脉率增快、血压异常、意识障碍。②有无口唇、甲床发绀，有无鼻翼翕动，咳嗽时有无痛苦表情，是否为强迫体位，如端坐呼吸。③有无呼吸频率、节律和深度异常，胸廓两侧呼吸运动是否对称，是否有呼吸音改变及异常呼吸音，有无干、湿啰音等。

（三）辅助检查

行 X 线胸片、CT 检查、血常规检查、痰液病原体检查，有助于明确病因。

（四）心理和社会支持状况

长期反复的咳嗽，是否引起了焦虑、抑郁等不良情绪反应；是否严重影响病人的日常工作、生活和睡眠。家属是否因对疾病认识不足及照顾能力有限而焦虑、恐慌。

【护理诊断】

清理呼吸道无效 与呼吸道分泌物过多、黏稠，或病人疲乏、胸痛、意识障碍导致咳嗽无效有关。

【护理措施】

1. 环境 为病人提供安静、整洁、舒适的病房。病室注意通风，保持室内空气新鲜、洁净，避免有刺激性等不良气味；维持合适的室温（18℃~20℃）和湿度（50%~60%），以充分发挥呼吸道的自然防御功能。

2. 饮食护理 咳嗽者能量消耗增加，应给予高蛋白、高维生素、足够热量的饮食，避免油腻、辛辣刺激食物。心肾功能正常者每天主动饮水 1500mL 以上，足够的水分可保证呼吸道黏膜的湿润和病变黏膜的修复，利于痰液稀释和排出。

3. 病情观察 密切观察咳嗽、咳痰情况，详细记录痰液的色、质、量。正确收集痰标本，及时送检。

4. 促进有效排痰

（1）指导深呼吸和有效咳嗽：深呼吸和有效咳嗽有助于气道远端分泌物的排出，适用于神志清醒、一般状况良好、能够配合的病人。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 5~6 次深而慢的腹式呼吸，之后再深吸一口气后屏气 3~5 秒，收缩腹肌的同时，进行 2~3 次短促有力的咳嗽。咳嗽时身体前倾，或用手按压上腹部。坐位时可在腹部放置软枕，咳嗽身体前屈时促使膈肌上抬。②经常变换体位有利于痰液咳出。③对胸痛较甚不敢咳嗽的病人，咳嗽时应防止加重疼痛（见本任务“胸痛”的护理）。

（2）吸入疗法：主要作用是湿化呼吸道、稀释痰液，适于痰液黏稠和排痰困难者。吸入疗法分蒸汽湿化和超声雾化治疗法。临床上常在雾化吸入同时加入痰溶解剂、平喘药

等,达到祛痰、消炎、止咳、平喘等效果。注意事项:①防止窒息:干结的分泌物湿化后膨胀易阻塞支气管,治疗后应帮助病人翻身、拍背,及时排痰,尤其是体弱、无力咳嗽者。②避免吸入氧浓度降低:尤其是超声雾化吸入,因喷雾压力和气流湿度增加,可造成吸入空气量减少,降低了血氧浓度,病人感觉胸闷、气促加重。可提高吸氧浓度或用氧气驱动的喷射式雾化吸入。③避免湿化过度:过度湿化可引起气道黏膜水肿,气道狭窄,阻力增加,甚至诱发支气管痉挛。治疗时要观察病人反应,湿化时间不宜过长,一般以10~20分钟为宜。④控制湿化温度:一般应控制湿化温度在 35°C ~ 37°C 。在蒸汽湿化过程中应避免温度过高引起呼吸道灼伤,损害气道黏膜纤毛运动;温度过低可诱发哮喘、寒战反应。⑤防止感染:按规定消毒吸入装置和病房环境,严格无菌操作,加强口腔护理,避免呼吸道交叉感染。

(3) 体位引流:体位引流是病人根据病变部位采取特殊体位,利用重力作用使肺、支气管内分泌物排出体外,又称重力引流。适用于肺脓肿、支气管扩张等有大量痰液排出不畅时。禁用于:①呼吸衰竭、有明显呼吸困难和发绀者。②近1~2周内曾有大咯血史。③严重心血管疾病或年老体弱不能耐受者。方法:①引流前准备:向病人解释体位引流的目的、过程和注意事项,监测生命体征和肺部听诊,明确病变部位。引流前15分钟遵医嘱给予支气管扩张剂(如有条件可使用雾化器或手按定量吸入器)。备好排痰用纸巾或可弃去的一次性容器。②引流体位:引流体位的选择取决于分泌物潴留的部位和病人的耐受程度。原则上使病变部位处于高位,使引流支气管开口向下,有利于潴留的分泌物随重力作用流入支气管和气管排出(图1-2)。如果病人不能耐受,应及时调整姿势。头外伤、胸部创伤、咯血、严重心血管疾病和病人状况不稳定者,不宜采用头低位进行体位引流。③引流时间:根据病变部位、病情和病人状况,每天1~3次,每次15~20分钟。一般于饭前进行,亦可饭后或鼻饲后1~2小时进行,以免影响食欲或呕吐胃内容物。④引流的观察:引流时应有护士或家人协助,观察病人有无出汗、

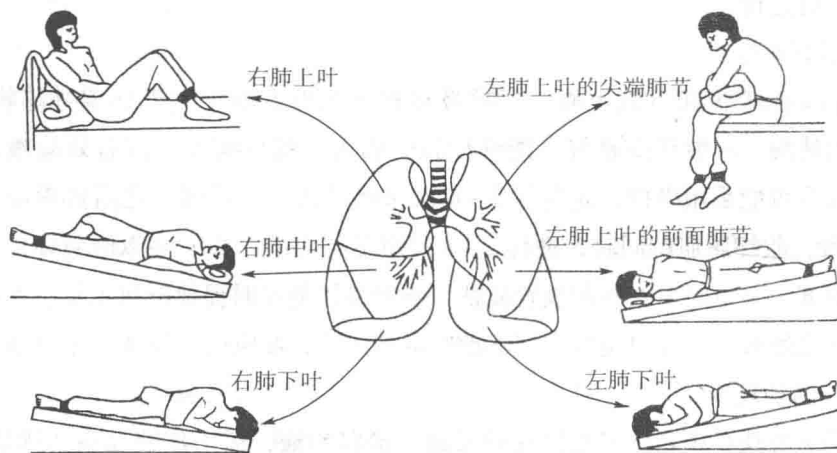


图1-2 体位引流

脉搏细弱、头晕、疲劳、面色苍白等症状,评估病人对体位引流的耐受程度。如病人出现心率超过 120 次/分、心律失常、高血压、低血压、眩晕或发绀,应立即停止引流并通知医生。在体位引流过程中,鼓励并指导病人作腹式深呼吸及有效咳嗽,辅以胸部叩击等措施,提高引流效果。⑤引流后护理:体位引流结束后,帮助病人采取舒适体位,弃掉污物。给予清水或漱口剂漱口,保持口腔清洁,减少呼吸道感染的机会。观察引流出的痰液性质、量及颜色,并记录。听诊肺部呼吸音的改变,评价体位引流的效果。

(4) 胸部叩击:胸部叩击适于久病体弱、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、低血压及肺水肿等病人。方法:病人侧卧位或在他人协助下取坐位,叩击者手指弯曲并拢,使掌侧呈杯状,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,叩击时发出一种空而深的拍击音则表明手法正确。注意事项:①听诊肺部有无呼吸音异常及干、湿啰音,明确病变部位。②宜用单层薄布保护胸廓部位,避免直接叩击引起皮肤发红,但覆盖物不宜过厚,以免降低叩击效果。叩击时避开乳房、心脏及衣服拉链、纽扣等。③叩击力量适中,以病人不感到疼痛为宜,每次叩击时间以 5~15 分钟为宜,应安排在餐后 2 小时或餐前 30 分钟完成,以避免治疗中发生呕吐和影响食欲。④操作过程中应密切注意病人的反应。⑤操作后让病人休息,协助做好口腔护理,去除痰液气味;询问病人的感受,观察病人的呼吸情况、痰液的颜色、性质和量,复查生命体征、肺部呼吸音及啰音变化。

(5) 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、鼻腔、气管插管或气管切开处进行负压吸痰。注意事项:吸痰时成人负压调至 40.0~53.3KPa,每次吸引时间少于 15 秒,两次抽吸间隔时间大于 3 分钟;吸痰动作要迅速、轻柔,将不适感降至最低;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;严格无菌操作,避免呼吸道交叉感染。

5. 用药护理 遵医嘱给予止咳、祛痰药物,观察药物的疗效和不良反应。排痰困难者和痰液较多者慎用强镇咳药,以防影响痰液的排出。

肺源性呼吸困难

呼吸困难(dyspnea)是指病人主观感觉空气不足、呼吸不畅,客观表现为呼吸用力,呼吸频率、深度及节律异常。临床上呼吸困难主要由呼吸、循环系统疾病引起。肺源性呼吸困难是由于呼吸系统疾病引起通气、换气功能障碍,发生缺氧和(或)二氧化碳潴留所致呼吸困难。

【护理评估】

(一) 健康史

肺源性呼吸困难最常见于慢性阻塞性肺部疾病(COPD),其次为支气管哮喘,他还有喉、气管与支气管的炎症、水肿、肿瘤或异物所致狭窄或梗阻;肺炎、肺脓肿、

肺淤血、肺水肿、肺不张、肺栓塞等疾病；也见于胸廓疾患如气胸、大量胸腔积液、严重胸廓畸形等；膈运动障碍等。

肺源性呼吸困难主要的诱因为感染、劳累、接触过敏源、屏气、精神因素等。

（二）身体状况

1. 评估呼吸困难的特点 临床上肺源性呼吸困难分三种类型。

（1）吸气性呼吸困难：吸气时呼吸困难显著，重者出现“三凹征”，即胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙凹陷，常伴干咳及高调哮鸣，多见于气管和大支气管异物、肿瘤或受压等引起机械性梗阻。

（2）呼气性呼吸困难：呼气费力，呼气时间延长，常伴有哮鸣音，多见于支气管哮喘、COPD 等小气道病变。

（3）混合性呼吸困难：吸气与呼气均感费力，呼吸频率增快、变浅，常伴有呼吸音减弱或消失。是由于肺部病变广泛，呼吸面积减少，影响换气功能所致。常见于重症肺炎、重症肺结核、特发性肺纤维化、大量胸腔积液和气胸等。

2. 身体状况 ①病人是否有注意力不集中、烦躁不安、神志恍惚、谵妄或昏迷。②病人是否有鼻翼翕动、张口呼吸或点头呼吸；是否有缺氧引起发绀。③是否有呼吸的频率、深度和节律异常：轻度呼吸衰竭时呼吸可深而快，严重时呼吸浅而慢；中枢神经性呼吸困难常出现慢而深的呼吸、潮式呼吸或间歇呼吸。④注意是否有桶状胸、双肺肺泡呼吸音减弱或消失，有无干、湿啰音等。

（三）辅助检查

动脉血气分析了解低氧血症和二氧化碳潴留的程度；肺功能测定了解肺功能的基本状态，明确肺功能障碍的程度和类型。

（四）心理和社会支持状况

病人呼吸困难，活动受限，是否引起病人紧张、抑郁、焦虑或恐惧。家属是否因对疾病认识不足及照顾能力有限而焦虑、恐慌。

【护理诊断】

1. 气体交换受损 与呼吸道痉挛、呼吸面积减少、换气功能障碍有关。

2. 活动无耐力 与呼吸功能受损导致机体缺氧有关。

【护理措施】

1. 环境与休息 提供安静、温度和湿度适宜、空气洁净的环境。哮喘病人室内避免湿度过高；避免有过敏原，如尘螨、刺激性气体、花粉、羽绒被服等。严重时病人采取身体前倾坐位或半卧位，可使用高枕头、靠背架或床边桌等支撑物，以病人自觉舒适为原则。避免紧身衣服或过厚盖被而加重胸部压迫感。搬运病人时禁止背运，因背运时压迫胸腹部，影响呼吸。缓解期合理安排休息和活动量，调整生活方式，根据病情，有计划地增加运动量，如室内走动、室外活动、散步、快走、慢跑、太极拳、体操