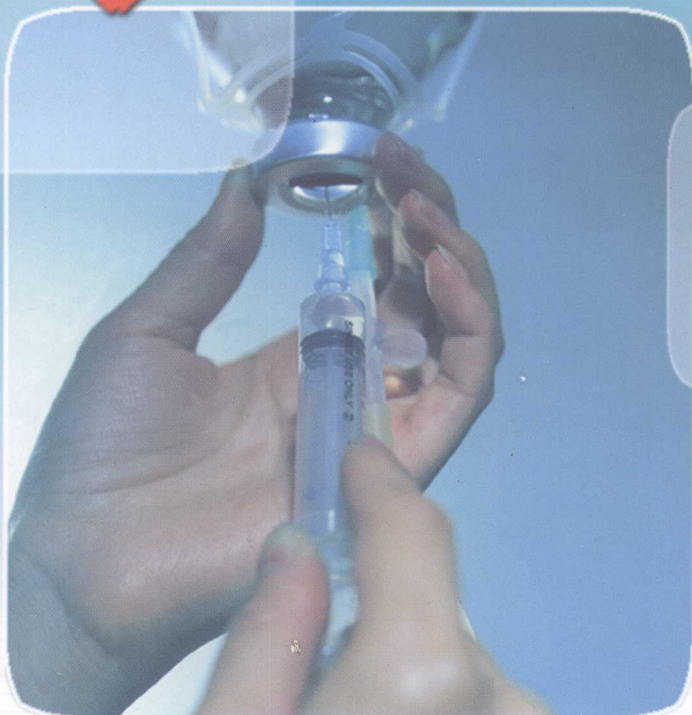


实用护理学

主编 亢连茹 刘晓岚 马淑承

SHI YONG HULI XUE
Shiyong Hulixue



SHI YONG HULI XUE
Shiyong Hulixue

黑龙江科学技术出版社

实用护理学

主 编 亢连茹 刘晓岚 马淑承

黑龙江科学技术出版社

中国·哈尔滨

图书在版编目 (CIP) 数据

实用护理学/主编亢连茹, 刘晓岚, 马淑承. —哈尔滨: 黑龙江科学技术出版社, 2007.2
ISBN 978-7-5388-5399-5

I. 实... II. ①亢... ②刘... ③马...
III. 护理学 IV. R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 064065 号

责任编辑 关士军

封面设计 洪 冰

实用护理学

SHIYONG HULIXUE

主 编 亢连茹 刘晓岚 马淑承

出 版 黑龙江科学技术出版社

(150001 哈尔滨市南岗区建设街 41 号)

电话 (0451) 53642106 电传 53642143 (发行部)

印 刷 黑龙江省教育厅印刷厂

发 行 黑龙江科学技术出版社

开 本 787×1092 1/16

印 张 26.25

字 数 598 000

版 次 2007 年 2 月第 1 版·2007 年 2 月第 1 次印刷

印 数 1-1 000

书 号 ISBN 978-7-5388-5399-5/R·1348

定 价 38.00 元

《实用护理学》

编 委 会

主 编	亢连茹	刘晓岚	马淑承	
副主编	王淑华	吴淑坤	王 敏	
编 委	(以姓氏笔画为序)			
	于春梅	尤小红	石凡晶	关景心
	刘淑萍	李 波	张瑞玲	胡云吉
	赵丽晶	姜艳秋	袁 英	秦丽新
	郭晓梅	高景霞	崔淑云	裴桂芹

前 言

本书集在护理工作岗位多年的临床经验与现代护理技术而成。阐述了内科、外科、妇产科、儿科、神经科等临床各科的主要护理问题和护理措施,以及中医护理技术操作规程,并提出了不同疾病可能会遇到的护理诊断和医护合作性问题。其内容不仅突出了医护配合的工作重点,而且强调了病情观察、心理护理及健康教育,体现了整体护理的思想,特别是对于每种疾病的护理,指出了应该注意的主要问题。本书语言通俗,可操作性强。对护理专业学生、新护士、进修护士等的学习和培养能起到重要的作用。为了便于广大护理人员的学习、工作和加强与兄弟医院之间的学术交流,特编写此书。

全书共分8章,其中中医护理由黑龙江中医药大学附属第二医院的亢连茹编写;消化内科护理常规由黑龙江省海伦市人民医院的刘晓岚、吴淑坤编写;肾脏内科护理常规由黑龙江省海伦市人民医院的王敏编写;急诊急救护理由黑龙江省海伦市人民医院的马淑承、王淑华编写;传染科护理常规由哈尔滨轴承集团公司医院的胡云吉编写;心脏内科护理常规由黑龙江省勃利县中医院的石凡晶编写;神经科护理由黑龙江省拜泉县人民医院的秦丽新编写;呼吸内科护理常规由黑龙江省五大连池市中医院的崔淑云编写;血液内科护理常规、内分泌科护理常规、免疫内科护理常规由黑龙江省依兰县人民医院的刘淑萍编写;儿科护理由黑龙江省通河县人民医院的郭晓梅编写;手术室护理由黑龙江省海伦市人民医院的李波编写;妇产科护理由黑龙江省木兰县人民医院的于春梅和黑龙江省宾县妇幼保健院的袁英、高景霞、姜艳秋编写;外科护理由黑龙江省鸡西市人民医院的尤小红和黑龙江省五大连池市第一人民医院的张瑞玲、关景心、赵丽晶、裴桂芹编写。

《实用护理学》的编写得到了各级领导、专家和各兄弟医院护士的大力支持和帮助,在此表示衷心的感谢。本书虽经反复修改审校,仍然难免有不妥或错误之处,望广大护理同仁批评指正。

编 者
2007年3月

目 录

第一章 内科护理	(1)
第一节 呼吸内科护理常规	(1)
第二节 心脏内科护理常规	(19)
第三节 消化内科护理常规	(38)
第四节 肾脏内科护理常规	(74)
第五节 血液内科护理常规	(94)
第六节 免疫内科护理常规	(101)
第七节 内分泌科护理常规	(103)
第八节 传染科护理常规	(112)
第二章 神经科护理	(131)
第三章 外科护理	(150)
第一节 外科护理概述	(150)
第二节 外科疾病手术前后护理	(156)
第三节 普通外科护理常规	(159)
第四节 骨科护理常规	(186)
第五节 心脏外科护理常规	(197)
第六节 胸外科护理常规	(204)
第七节 泌尿外科护理常规	(209)
第八节 神经外科护理常规	(223)
第九节 加强医疗科护理常规	(234)
第四章 妇产科护理	(242)
第一节 妇产科护理概述	(242)
第二节 女性生殖系统解剖与生理	(245)
第三节 妊娠期妇女的护理	(254)
第四节 妇科主要疾病护理常规	(274)
第五节 妇科肿瘤护理常规	(278)
第六节 妇科手术护理常规	(284)
第七节 妇科恶性肿瘤化疗护理常规	(288)
第八节 正常分娩护理常规	(291)
第九节 妊娠合并症护理常规	(304)
第十节 妊娠并发症护理常规	(308)
第五章 儿科护理	(315)
第六章 手术室护理	(333)

第一节	手术室规则.....	(333)
第二节	普通外科手术配合.....	(336)
第三节	泌尿外科手术配合.....	(342)
第四节	胸外科手术配合.....	(344)
第五节	脑外科手术配合.....	(344)
第六节	五官科手术配合.....	(345)
第七节	妇科手术配合.....	(349)
第七章	急诊急救护理.....	(351)
第一节	急诊操作技术.....	(351)
第二节	危重病的监测治疗技术.....	(377)
第八章	中医护理.....	(388)

第一章 内科护理

第一节 呼吸内科护理常规

一、概述

呼吸系统是机体直接与外界进行物质交换,以获取氧气、排出二氧化碳的重要系统。呼吸系统由上呼吸道(鼻、咽、喉)和下呼吸道(气管、支气管、肺)组成。主要功能是进行气体交换,亦有防御功能。呼吸系统直接与外界沟通。当外界有害物,如各种微生物、理化因素及致敏物质侵入即可致病,也与遗传、免疫缺陷、全身性疾病等病因有关。呼吸系统疾病是常见病、多发病,多数呈慢性病程,病死率高。

据1992年我国统计资料显示,在农村呼吸系统疾病致死居死亡原因首位,城市为第三位死因。其主要病因是感染。病变部位多在支气管和肺泡。呼吸系统常见症状有咳嗽、咳痰、呼吸困难、咯血、胸痛。

(一) 一般护理

1. 病室环境要求

(1) 病室内要求空气新鲜、通风,保持适宜的温度与湿度,温度以 $18\sim 20^{\circ}\text{C}$,湿度以55%为宜。

(2) 预防院内感染。病室每日定时通风并用紫外线照射消毒,0.5%含氯消毒液拖地1~2次,加强对病人、探视者及陪员的管理。

(3) 严格消毒隔离制度。有传染性呼吸道疾病或严重细菌感染(如金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌等)的病人应隔离,出院后病室进行终末消毒后方可再收容病人。

2. 休息及卧位

恢复期患者可下床适当活动,危重患者如呼吸衰竭、大咯血、哮喘持续状态等患者绝对卧床休息,呼吸困难可采取半卧位。

3. 饮食

给予高蛋白、高热能、富有多种维生素、易消化的饮食。

4. 卫生宣教

宣传预防呼吸系统疾病的措施及重要意义。

(二) 症状护理

1. 咳嗽

咳嗽属于反射性的防卫动作,不同疾病的咳嗽性质、音色均有差异,应注意观察加

以鉴别。

轻者可用雾化或蒸汽吸入。若咳嗽剧烈影响休息、睡眠，可选用镇咳药物，但必须注意呼吸功能不全者禁用强烈镇咳药，以防诱发、加重呼吸衰竭。

2. 咳痰

注意观察痰的性质、颜色、气味、痰量、有无分层。

清醒、痰多的病人要嘱其经常更换体位，鼓励咳嗽，病情允许情况下可行体位引流。对年老体弱痰多而又无力咳出，床旁须备吸引器或意识障碍者，要防止因呼吸道阻塞而突然发生窒息。

3. 咯血

轻者为痰中带血。咯血量 24 h 大于 500 mL 者为大咯血，多见于严重肺结核、支气管扩张、肺癌等。应保持患者良好的休息，指导患者消除紧张情绪，必要时按医嘱给予少量镇静剂。常规备吸引器，注意观察病情，防止大咯血引起窒息。一旦发生，应采取紧急措施予以抢救。

(1) 迅速让病人平卧，或取体位引流位，头偏向一侧，用压舌板撬开口腔，挖出口咽部血块，拍击胸背部，使堵塞的血液（块）排出。

(2) 迅速建立呼吸通道，或用导管自鼻腔插至咽喉部，利用吸引器吸出血液（块）。立即进行气管插管并给予吸氧。

(3) 迅速建立静脉通道，保证各种药物及时输入。

(4) 严密观察脉搏、呼吸、血压的变化，防止窒息和休克发生。

(5) 消除患者紧张恐惧心理，必要时给予镇静剂，活动期应绝对卧床休息，减少搬动。

4. 呼吸困难

表现为紫绀、鼻翼扇动、肋间隙凹陷、呼吸浅而急促，严重者可出现意识障碍，临床分为：

吸气性呼吸困难——见于上呼吸道狭窄疾病，如急性咽后壁脓肿。

呼气性呼吸困难——见于肺弹性减弱与小支气管痉挛或狭窄性疾病，如支气管哮喘。

混合性呼吸困难——见于广泛性肺部病变或胸痛致呼吸受限，如重症肺炎。

应区别肺源性呼吸困难与心源性呼吸困难，以采取相应的护理措施。

(1) 呼吸困难时，可取半卧位，以减轻症状。

(2) 缺氧时给予吸氧，氧流量可根据病情需要调节。

(3) 保持呼吸道通畅，准备好急救药品及吸痰器。

(4) 观察呼吸频率、节律及深浅，如果出现潮式呼吸或间歇呼吸应立即报告医生进行抢救。

(5) 呼吸衰竭患者应慎用镇静剂，一般禁用吗啡及巴比妥类等抑制呼吸药物，但在机械通气时可例外。

5. 胸痛

胸痛常由胸膜病变引起，多局限于胸廓部，也可放射至肩部或腹部，在深吸气或咳

嗽时可加剧，可给予小剂量的镇痛剂或作其他对症治疗。

二、急性呼吸道感染护理

(一) 急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染 (acute upper respiratory tract infection, 简称上感) 是指鼻、咽、喉部急性局限性炎症的总称，也是呼吸道常见的一种传染病。多数由病毒感染所致，少数由细菌感染引起。急性上呼吸道感染大多数由病毒感染引起，主要有鼻病毒、流感病毒、副流感病毒、埃可病毒、腺病毒、麻疹病毒、柯萨奇病毒等。少数由细菌直接感染或继发于病毒感染之后，主要为溶血性链球菌，其次为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌、葡萄球菌等。

正常情况下健康人的鼻、咽部有病毒、细菌存在，一般不会致病。当受凉、淋雨、过度劳累等诱发因素存在，使机体全身或呼吸道局部防御功能降低，原已存在于上呼吸道或从外界侵入的病毒、细菌迅速繁殖引起本病。病原体主要通过飞沫传播，也可由于接触病人而传染。

1. 护理措施

(1) 病情观察。高热病人应注意观察体温变化，每 4 h 测 1 次体温、脉搏、呼吸并详细记录。体温超过 39℃ 需进行物理降温，如头部冷敷，冰袋置于大血管部位，温水或乙醇擦浴，4℃ 冷盐水灌肠等。注意 30 min 后测量体温并记录。必要时遵医嘱给予药物降温。

(2) 生活护理。高热病人应卧床休息，保持室内空气新鲜流通，调节适宜的温度 (18~22℃)、湿度 (50%~60%)。饮食应给予高热量、高维生素的流质或半流质。鼓励病人多饮水。对年老体弱、小儿高热后水分丧失过多，可通过静脉输液补充水分，加速毒素的排泄，维持水、电解质的平衡。

(3) 用药护理。咽痛、干咳用淡盐水漱口部或含服消炎喉片。声嘶者可行局部雾化疗法。鼻塞、流涕者可用 1% 麻黄素或鼻眼净滴鼻。细菌感染时，可根据病原菌选用敏感的抗菌药物，常选用青霉素、第一代头孢菌素、氧氟沙星等。

(4) 对症护理。发热病人由于唾液腺分泌减少，口腔黏膜干燥，机体抵抗能力下降，易引起口腔黏膜损伤或口腔感染，应鼓励多漱口，保持口腔湿润和舒适，口唇干裂时可涂护唇油保护。退热时，病人常有大汗淋漓，要及时擦干汗液，更换清洁、干燥衣服和被褥。对年老体弱的病人，应注意观察脉搏、血压变化，防止病人发生虚脱。

(5) 心理护理。护士在与病人的接触中针对病因做必要的解释，使病人了解上呼吸道感染的有效防治措施，消除病人的焦虑和不适感，积极配合治疗，促进身心康复。

(6) 出院指导。①积极开展体育锻炼，增强机体抵抗力，增加机体耐寒能力，如冷水洗脸、坚持冷水浴等。②生活规律，劳逸结合，避免受凉、淋雨、过度疲劳等诱发因素。劝告病人不要吸烟，在流行季节，尽量少去公共场所。

(3) 对可能或已有上呼吸道感染病人的室内应用食醋 5~10 mL/m² 加等量水稀释，关闭门窗加热熏蒸，每天 1 次，连续 3 次。

(4) 必要时可采取预防措施，如流感疫苗行鼻腔喷雾，口服板蓝根冲剂，每天 3

次，每次1包，连服3d；或用贯众、野菊花、桑叶等中草药熬汤服用。

2. 主要护理问题

- (1) 体温过高——与病毒、细菌感染有关。
- (2) 疼痛——与急性上呼吸道感染有关。
- (3) 有体液不足的危险——与呼吸增快、退热时大量出汗丧失水分有关。
- (4) 知识缺乏——缺乏疾病预防保健知识。

(二) 急性气管-支气管炎

急性气管-支气管炎 (acute tracheobronchitis) 是由感染或非感染性因素所引起的气管-支气管急性黏膜炎症，多继发于上呼吸道感染，也可在寒冷季节及气候变化时直接患病。临床主要症状有咳嗽、咳痰。本病由病毒感染损伤呼吸道防御功能，继发细菌感染而发病。常见致病病毒为鼻病毒、腺病毒、流感病毒、呼吸道合胞病毒等。当受凉、劳累等因素引起呼吸道生理防御功能削弱时，病原微生物可直接侵入气管、支气管引起感染，也可由急性上呼吸道感染的病毒、细菌向下蔓延或物理、化学因素刺激及过敏原的吸入等引起发病，主要病理改变是支气管黏膜充血、水肿、腺体分泌增多。

1. 护理措施

(1) 病情观察。急性气管-支气管炎的病人，注意观察咳嗽、咳痰的性质，咳嗽加重与持续的时间，有无胸闷、喘息、胸痛等伴随症状。发热病人，注意观察体温的变化，应每4h测量体温1次，待体温恢复正常3d后递减为2次。同时密切观察病人的面色、脉搏、呼吸及血压的变化。

(2) 生活护理。病情轻者适当休息。全身症状明显者，应卧床休息，并鼓励病人多饮水，宜给予高热量、高蛋白、高维生素和易消化、无刺激的半流质饮食，补充营养。

(3) 用药护理。在使用抗生素的过程中，注意观察药物的疗效及不良反应，减少副作用，如应用青霉素的过程中有无迟发性变态反应。口服氨茶碱时应注意在饭后服用或用肠溶片，避免对胃黏膜产生刺激，引起恶心、呕吐、胃部不适等。

(4) 对症护理。发热时可进行物理降温，如头部冰袋、冷敷、乙醇擦浴等，或遵医嘱给予适量解热药物降温，如阿司匹林等。咳嗽、咳痰时，应遵医嘱给予止咳祛痰药物，如口服溴己新（必嗽平）或祛痰灵等，必要时雾化吸入帮助祛痰。

(5) 心理护理。护士在与病人交往过程中，态度要和蔼可亲，关心和理解病人。尽早了解病人对疾病的发展和预后的知情程度，消除不良心理反应，既不能操之过急，又不能满不在乎，应积极配合治疗，争取早日痊愈。

(6) 出院指导。①指导病人养成良好的生活习惯，生活要有规律，避免过度劳累、受寒等诱发因素。②加强耐寒锻炼，增强体质。宣传不吸烟的必要性。积极预防和治疗上呼吸道感染。

2. 主要护理问题

- (1) 体温过高——与气管、支气管感染有关。
- (2) 清理呼吸道无效——与支气管黏膜充血、水肿，痰液黏稠有关。
- (3) 气体交换受损——与支气管痉挛有关。

三、支气管哮喘护理

支气管哮喘 (bronchial asthma, 简称哮喘), 是一种以嗜酸性粒细胞和肥大细胞反应为主的气道变应性炎症和气道高反应性特征的疾病。临床表现为反复发作的呼气性呼吸困难伴哮鸣音, 可自行或经治疗后缓解。为减少或避免哮喘发作, 缓解期仍应进行病因治疗, 预防复发。近年来哮喘发病严重程度和死亡率均有上升趋势。我国哮喘发病率接近 1%, 半数在 12 岁以下起病, 成人男女发病率大致相同, 约 20% 的病人有家族史。

(一) 护理措施

(1) 病情观察。严密观察病情变化, 每隔 10~30 min 测量呼吸、脉搏、血压 1 次。保持呼吸道通畅, 及时清除呼吸道分泌物。若因痰液黏稠造成痰栓而加重呼吸困难, 出现明显发绀、神志不清时, 可准备行气管插管或气管切开, 以清除痰栓, 改善呼吸。并进行血气分析, 随时监测病情变化。

(2) 生活护理。协助病人采取合适的体位。注意观察病人呼吸形态, 避免接触环境中的过敏源。要求室内空气流通、新鲜, 室温在 18~22℃、湿度在 50%~70% 最适宜。不宜在室内放置花草, 不宜用羽绒枕头、羽绒被子, 以免吸入刺激性物质引起哮喘发作。发作期, 宜给予营养丰富、高维生素的流质或半流质饮食。忌食某些过敏性食物, 少食油腻食物, 鼓励多饮水, 保持大便通畅。

(3) 用药护理。遵医嘱给予支气管扩张剂、激素等药物, 应注意药物不良反应。主要症状有头痛、头晕、心悸、手指震颤等, 应告诉病人停药或坚持用药一段时间后症状可消失。应用气雾剂时, 指导病人在喷药时深吸气, 使药物吸入细小支气管发挥最佳疗效。氨茶碱主要不良反应是肠道、心脏和中枢神经系统的毒性反应, 用量过大或静脉注射过快, 轻者会引起恶心、呕吐; 严重时出现心律失常、血压下降甚至导致死亡, 故需充分稀释后缓慢注射。糖皮质激素对胃有刺激作用, 口服激素宜在饭后服用, 治疗过程中, 病人不能自行停药或减量。喷吸治疗后应注意漱口, 以防口咽部念珠菌感染。

(4) 对症护理。指导病人深呼吸和有效咳嗽, 如痰液黏稠不易咳出, 可用蒸馏水或生理盐水加抗生素 (庆大霉素) 和稀化痰液的药物 (q-糜蛋白酶) 雾化吸入, 以湿化呼吸道, 促进排痰。哮喘病人不宜用超声波雾化吸入, 因颗粒过小, 较多的雾滴易进入肺泡或过饱和的雾液进入支气管作为异物刺激, 引起支气管痉挛导致哮喘症状加重。急性期遵医嘱给予氧气吸入, 氧气宜温暖湿化, 避免引起气道干燥痉挛。必要时给予人工呼吸机辅助呼吸, 缓解病人呼吸困难, 改善肺通气, 维持正常呼吸功能。

(5) 心理护理。哮喘发作时病人产生紧张、焦虑、恐惧的心理, 而精神紧张、激动等负性不良情绪常会诱发或加重哮喘发作, 从而形成恶性循环。医护人员应富有同情心, 尽量守护在病人床旁, 体贴安慰病人, 使其产生信任 and 安全感。通过暗示、诱导方法分散病人的注意力, 使病人身心放松, 情绪稳定, 有利于症状缓解。

(6) 出院指导。①树立信心、控制哮喘。向病人介绍哮喘的基本知识, 提高病人对疾病的正确认识, 增强战胜疾病的信心。通过教育使病人及家属了解哮喘的诱因、控制发作及治疗的方法。了解哮喘病虽不能彻底治愈, 但可以完全控制, 减少发作。②调整环境、避免接触过敏源和刺激因素。室内空气宜新鲜, 防止吸入花粉、烟尘、异味气体

等，必要时采用脱敏疗法或迁移治疗。对日常生活中存在的诱发因素，如情绪紧张、温度突变、煤气、油烟、室内地毯、油漆、家庭中饲养的宠物等均应尽量避免。③改善饮食、增强体质及预防感染。教会病人建立良好的生活方式、生活习惯，戒烟、戒酒，避免暴饮暴食，不宜摄入能诱发哮喘的食物，如鱼虾、胡椒、生姜等。指导病人摄入营养丰富的清淡饮食，鼓励多饮水，积极参与适当体育锻炼，增强体质，预防上呼吸道感染。④保持有规律的生活和乐观情绪。重视自我护理，避免身心过劳。也可在缓解期采取哮喘疫苗、核酸酪素等预防性注射，以减少哮喘发作。

(二) 主要护理问题

- (1) 焦虑/恐惧——与健康状况不佳、哮喘发作时伴濒死感有关。
- (2) 气体交换受损——与气道阻力增加、通气不良有关。
- (3) 清理呼吸道无效——与无效咳嗽、痰液黏稠有关。
- (4) 活动无耐力——与呼吸困难、疲惫、乏力有关。
- (5) 睡眠形态紊乱——与哮喘发作时呼吸困难、焦虑有关。

四、肺炎护理

肺炎 (pneumonia) 是指包括终末气道、肺泡腔及肺间质等在内的肺实质的炎症。可由多种病原体、理化因素、过敏因素等引起，其中以感染最多见，是呼吸系统的常见病。肺炎可按病因或解剖分类，按病因分类更有利于选用合适的抗生素或化学药物进行治疗。临床诊断时亦可将 2 种分类结合起来。

(一) 护理措施

- (1) 卧床休息。
- (2) 每日通风 2 次，每次 30 min，保持室内空气新鲜，温度、湿度适宜。
- (3) 饮食以高热量、易消化的流食、半流食为宜，鼓励病人多饮水。
- (4) 加强口腔护理，去垢除臭，使口腔湿润舒适。
- (5) 胸痛或剧咳者，可卧向患侧或按医嘱给镇咳药。
- (6) 高热者给予物理降温，监测体温变化。
- (7) 严密观察病情变化，如精神状态、面色、肢体温度、体温、脉搏、呼吸及血压、尿量，防止高热体温骤降引起虚脱及休克。
- (8) 指导患者正确留取痰标本，同时观察痰的颜色、性状、气味等。
- (9) 重症肺炎出现中毒性休克时。①监测血压变化，随时调整升压药的浓度和输液速度。②注意排痰，保持呼吸道通畅。③密切注意有无并发症，如胸膜炎、心包炎、脓胸、脑膜炎及中毒性心肌炎和肝肾功能损害等。④保证静脉输液通路，控制输液速度，保证抗生素的足量输入，并防止肺水肿。⑤密切注意水、电解质平衡，积极纠正酸中毒。
- (10) 出院指导。①注意休息，劳逸结合，定期到门诊随诊。②继续做呼吸锻炼 6~8 周，并进行适当的体育锻炼。③加强营养，进食高蛋白、高热量、低脂肪的饮食。④戒烟、酒。⑤预防再感染。

(二) 主要护理问题

- (1) 清理呼吸道低效——与痰液黏稠，不易咳出有关。
- (2) 低效型呼吸形态——与疾病致肺通气功能降低有关。
- (3) 体温过高——与感染致病菌有关。
- (4) 活动无耐力——与疾病致体力下降有关。
- (5) 知识缺乏——与缺乏肺炎的预防保健知识有关。

五、慢性肺源性心脏病护理

慢性肺源性心脏病 (chronic pulmonary heart disease, 简称肺心病) 是由于肺、胸廓或肺动脉血管慢性病变所致的肺循环阻力增加、肺动脉高压, 进而使右心肥厚、扩大甚至发生右心衰竭的心脏病。本病患病年龄多在 40 岁以上, 随年龄增长患病率增高。急性发作以冬、春季多见。急性呼吸道感染是肺心病急性发作的主要诱因, 常导致肺、心功能衰竭。重症肺心病的病死率仍较高。

本病以慢支并发阻塞性肺气肿为多见, 占 80%~90%; 其次为支气管哮喘、支气管扩张、重症肺结核、尘肺、慢性弥漫性肺间质纤维化、胸廓运动障碍性疾病和肺血管疾病等。当慢支并发阻塞性肺气肿时, 肺泡内压增高, 压迫肺泡毛细血管, 造成毛细血管床减少, 发生肺动脉高压。慢性肺、胸疾患引起通气和换气功能障碍, 导致机体慢性缺氧、高碳酸血症, 使肺小动脉痉挛、收缩, 引起肺动脉高压。上述各种原因造成机体慢性缺氧均可引起继发性红细胞增多, 血液黏稠度增高, 血流阻力增加, 使肺动脉压更加增高; 同时缺氧使肾小动脉收缩, 肾血流量减少, 促使水、钠潴留, 引起血容量增多, 又加重了肺动脉高压及心脏负荷, 促使肺心病发生, 最终导致右心衰竭。

(一) 护理措施

- (1) 病室保持空气新鲜, 避免对流风, 温、湿度适宜, 防止与上呼吸道感染者接触。
- (2) 心肺功能不全时, 应绝对卧床休息。保持皮肤清洁, 防止褥疮发生。
- (3) 根据病情给清淡、易消化、高营养、高维生素半流食或普食, 多吃水果、蔬菜, 保持大便通畅。有心力衰竭时, 应给低盐饮食。
- (4) 保持口腔清洁, 注意口腔并发症, 防止大量抗生素应用后出现口腔真菌感染。
- (5) 控制呼吸道感染, 合理使用抗生素, 做好痰标本收集。按医嘱送细菌培养及药物敏感性试验。
- (6) 保持呼吸道通畅, 促进排痰, 做好翻身、拍背、点药、吸痰、雾化吸入。
- (7) 合理使用氧气疗法。一般采用持续低流量、低浓度、鼻导管给氧, 并观测血气, 依血气情况调整用氧。严重缺氧时, 可间断麻醉机加压吸氧。
- (8) 注意观察病情。①精神神志: 神志恍惚, 表情淡漠, 语言错乱, 头痛, 嗜睡, 烦躁, 及时发现, 尽早处理。②体格检查: 及时观察球结膜充血水肿否, 瞳孔大小及对光反射情况, 口唇指(趾)甲发绀程度, 皮肤出血及颈静脉充盈等情况。③注意咳嗽、咳痰的性状。④注意消化道出血、心律紊乱、肾功能衰竭、电解质紊乱及肺性脑病等并

发症，一旦发现立即报告医生。

(9) 备好抢救用物，如氧气、麻醉机、呼吸器、气管切开包、吸痰器及抢救车。

(10) 出院指导。①注意休息，劳逸结合，生活规律，戒烟、酒。②每日开窗通风保持室内空气新鲜。减少去人多的场所，预防感冒。③进行适当的体育锻炼。④加强营养，进食高蛋白、高热量、低脂肪的饮食。⑤自备氧气瓶，觉憋气时，可低流量吸氧。⑥观察病情变化，如有异常及时就诊。

(二) 主要护理问题

(1) 气体交换受损——与疾病致肺通/换气功能降低有关。

(2) 活动无耐力——与疾病致体力下降有关。

(3) 营养失调。低于机体需要量——与慢性疾病消耗有关。

(4) 睡眠形态紊乱——与心悸/咳嗽致入睡困难有关。

(5) 焦虑——与担心疾病预后不良有关。

(6) 知识缺乏——与缺乏肺源性心脏病的预防保健知识有关。

六、肺脓肿护理

肺脓肿 (Lungabscess) 是由于多种病原菌引起的肺组织化脓性病变，早期为肺组织的感染性炎症，继而肺实质坏死、液化，外周被肉芽和纤维组织包绕形成脓肿。临床特征为急起高热、胸痛、咳嗽、咳大量脓臭痰。多发生于壮年男性病人及体弱有基础疾病的老人。随着防治水平的提高，近年，肺脓肿发病率明显下降，治愈率显著提高。

肺脓肿的致病菌一般与口腔、呼吸道的常住细菌相一致，多为混合感染，包括需氧、兼性厌氧和厌氧细菌，其中以厌氧菌感染占多数。常见的厌氧菌有链球菌、链球菌、核梭形杆菌、口腔内杆菌等；常见需氧和兼性厌氧菌为肺炎球菌、金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、克雷白杆菌、大肠杆菌、绿脓杆菌等。根据发病机制，肺脓肿可分为3类。

吸入性肺脓肿又称原发性肺脓肿，当上呼吸道局部炎症，如扁桃体炎、鼻窦炎、牙周感染或龋齿等脓性分泌物，以及口腔、鼻、咽部手术后的血块，经气管吸入肺内，阻塞细支气管，致远端肺小叶萎陷，病原菌迅速繁殖而发病。吸入性肺脓肿是肺脓肿最常见的一种临床类型，常为单发性，右肺脓肿较左肺脓肿多见。其发病部位与体位、解剖结构有关，右总支气管较陡直，且管径较粗大，吸入物易进入右肺，故右肺脓肿发病率高于左肺。发病部位多与体位有关，在仰卧位时，好发于上叶后段或下叶背段；直立或坐位时，好发于下叶后基底段。

血源性肺脓肿：因皮肤外伤感染、疔疖、骨髓炎所致的败血症，脓毒菌栓经血行播散到肺，引起小血管栓塞、炎症、坏死而形成肺脓肿。血源性肺脓肿常为多发性两肺分布，致病菌以金黄色葡萄球菌多见。

继发性肺脓肿：原有细菌性肺炎、支气管扩张症、支气管囊肿、支气管肺癌、肺结核空洞等肺内疾病基础上可致继发性肺脓肿。肺部邻近器官化脓性病变，如膈下脓肿、肾周围脓肿或食管穿孔感染穿破至肺可形成肺脓肿。阿米巴肝脓肿可穿破膈肌至右肺下叶，形成阿米巴肺脓肿。肺脓肿早期有细支气管阻塞、肺组织炎性变、小血管栓塞。继

而肺组织化脓、坏死，形成脓肿。脓肿发生液化、张力增高而溃破，大量脓液经支气管排出即形成脓腔。空气进入脓腔，而出现液平面。经合理治疗炎症可吸收，脓腔缩小甚至消失。若治疗不当或脓液引流不畅，坏死组织残留在脓腔内，炎症持续存在，则转为慢性肺脓肿，临床上对3~6个月或更久不能愈合的脓肿称为慢性肺脓肿。

(一) 护理措施

(1) 保持室内空气流通，定期消毒。因痰有恶臭且咳重者，最好单独隔离。

(2) 观察体温、脉搏、呼吸、血压变化。呼吸困难、发绀者吸氧。

(3) 记录24h痰量，观察痰的分层、颜色、有无咯血。及时送痰标本进行痰培养和药物敏感性试验。痰盒加盖以5%来苏水浸泡痰液。

(4) 体位引流。依病变部位做好体位引流，于睡前及晨起空腹进行。嘱病人轻咳、轻呼吸，使痰由气管自动排出，记录每次引流量。高度衰竭、中毒症状明显及大咯血者禁用（排痰不畅，可先行雾化吸入）。

(5) 注意口腔清洁，去垢除臭。

(6) 给予高蛋白、高维生素、高热量、易消化的饮食，以补充营养，增加机体抵抗力。

(7) 急性期有高热及衰竭病人，应卧床休息，待感染控制，体温正常可适当下床活动。

(8) 出院指导。①注意休息，劳逸结合，生活规律，戒烟、酒。②每日开窗通风保持室内空气新鲜。减少去人多的场所，预防感冒。③进行适当的体育锻炼。④加强营养，进食高蛋白、高热量、低脂肪的饮食。⑤使用正确的咳痰方法保持呼吸道通畅。⑥每日行体位引流2~3次，进行正确的叩背，促进痰液的排出。

(二) 主要护理问题

(1) 清理呼吸道低效——与痰液黏稠，不易咳出有关。

(2) 体温过高——与感染致病菌有关。

(3) 活动无耐力——与疾病致体力下降有关。

(4) 营养失调。低于机体需要量——与慢性疾病消耗有关。

(5) 知识缺乏——与缺乏肺脓肿的预防保健知识有关。

七、支气管扩张护理

支气管扩张症（bronchiectasis）是由于支气管及其周围组织的慢性炎症和阻塞，导致支气管管腔扩张和变形的慢性化脓性疾病。多起病于儿童期及青年期麻疹、百日咳后的支气管炎，迁延不愈的支气管肺炎等。主要表现为慢性咳嗽、咳大量脓痰和反复咯血；随着免疫接种和抗生素的应用，本病的发病率已明显降低。

支气管-肺组织感染和支气管阻塞、婴幼儿百日咳、麻疹、支气管炎是支气管-肺组织感染所致支气管扩张症最常见的原因。由于婴幼儿时期支气管尚处于发育阶段，管腔较细而狭窄，管壁较薄弱，易阻塞。反复感染破坏支气管壁各层组织，致使支气管变形扩张，在咳嗽时管腔内压力增高，呼吸时胸腔内压的牵引，逐渐形成支气管扩张；当

异物、肿瘤、肿大淋巴结等阻塞或压迫支气管引起肺不张时，更有助于支气管扩张的形成。

支气管先天性发育缺损和遗传因素可能是先天性结缔组织异常、管壁薄弱所致的扩张，此类支气管扩张症临床上罕见。支气管扩张是支气管壁受损坏而形成的管腔扩张和变形，多见于儿童和青少年。临床上常有慢性咳嗽、咳脓痰和反复咯血。

（一）护理措施

- （1）室内空气新鲜。温度、湿度适宜，防止呼吸道感染。
- （2）饮食适宜为高热量、高蛋白及高维生素的食物。注意调节口味，增进食欲，补充消耗，增强抵抗力。
- （3）保持口腔清洁。饭前、饭后应漱口，去除口臭，减少呼吸道感染机会。
- （4）注意痰量及颜色，记录痰量，并注意分层情况。
- （5）痰黏稠不易排出时，可行超声雾化吸入，服去痰剂及大量饮水，有助于分泌物液化，以利于痰的排出。同时，积极控制感染。
- （6）病人发热且痰量减少，说明排痰不畅，除去以上办法外，可行体位引流，引流前需了解病变部位。按支气管的解剖位置，采取适当体位，咯血病人禁行顺位引流。
- （7）按医嘱留痰标本，送细菌培养及药敏，以利于选择有效的抗生素治疗。
- （8）出院指导。①注意休息，劳逸结合，生活规律，戒烟、酒。②每日开窗通风保持室内空气新鲜。减少去人多的场所，预防感冒。③防止剧烈运动，避免剧烈咳嗽。可做一些适当的体育活动，增强体质及抗病能力。④注意饮食调节，忌辛辣、过咸，禁食过热、过硬、油炸食品，尽量吃一些温凉、高营养的食品。⑤使用正确的咳痰方法保持呼吸道通畅。⑥如出现呼吸道感染，应早期诊断、早期治疗及时用药。

（二）主要护理问题

- （1）焦虑/恐惧——与担心大出血有关。
- （2）清理呼吸道低效——与痰液黏稠，不易咳出有关。
- （3）潜在并发症。出血。
- （4）活动无耐力——与疾病致体力下降有关。
- （5）知识缺乏——与缺乏支气管扩张的预防保健知识有关。

八、支气管扩张咯血护理

支气管扩张是支气管壁受损坏而形成的管腔扩张和变形。病变部位常伴有毛细血管扩张或支气管动脉与肺动脉的终末扩张形成血管瘤，导致反复出现的大量的咯血。

（一）护理措施

- （1）注意观察咯血的先兆症状。如胸闷、胸前区灼热感、心悸头晕、喉部发痒、口有腥味或痰中带血丝，出现上述症状要通知医生。注意观察，及时处理，防止大咯血。
- （2）保持病人安静，并给予精神安慰，消除恐惧与顾虑，防止因情绪波动而再度引起咯血。
- （3）做好一级护理及护理记录。安静平卧或卧向患侧，平卧时头宜偏向一侧，冰袋