



技能型紧缺人才培养培训教材

全国卫生职业院校规划教材


供高职（五年制）护理、涉外护理、助产等专业使用



内科护理学

张景玲 主编



 科学出版社
www.sciencep.com

技能型紧缺人才培养培训教材
全国卫生职业院校规划教材

供高职(五年制)护理、涉外护理、助产等专业使用

内科护理学

主 编 张景玲

副 主 编 秦洪江 陈 红 崔 燕

黄艳萍 章绍清

编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

陈 红 安康职业技术学院

陈利萍 重庆医科大学卫生学校

程 颖 重庆市第三卫生学校

崔 燕 成都大学医学院都江堰校区

黄艳萍 西双版纳职业技术学院

贾丽琴 赤峰学院医学院

李士新 临沂卫生学校

秦洪江 四川省卫生学校

任晓娥 成都大学医学院都江堰校区

万辉琴 青岛市卫生学校

王凤翠 河套大学医学院

王官利 石河子卫生学校

徐 敏 四川省卫生学校

杨艳馨 西双版纳职业技术学院

张景玲 河套大学医学院

张 展 重庆市第三卫生学校

章绍清 铜陵职业技术学院

支颜霄 安康职业技术学院

科 学 出 版 社

北 京

郑重声明

为顺应教育部教学改革潮流和改进现有的教学模式,适应目前医学院校的教育现状,提高医学教学质量,培养具有创新精神和创新能力的医学人才,科学出版社在充分调研的基础上,引进国外先进的教学模式,独创案例与教学内容相结合的编写形式,组织编写了国内首套引领医学教育发展趋势的案例版教材。案例教学在医学教育中,是培养高素质、创新型和实用型人才的有效途径。

案例版教材版权所有,其内容和引用案例的编写模式受法律保护,一切抄袭、模仿和盗版等侵权行为及不正当竞争行为,将被追究法律责任。

图书在版编目(CIP)数据

内科护理学/张景玲主编. —北京:科学出版社,2008
技能型紧缺人才培养培训教材·全国卫生职业院校规划教材
ISBN 978-7-03-020646-6

I. 内… II. 张… III. 内科学:护理学-高等学校:技术学校-教材
IV. R473.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 022261 号

责任编辑:李 婷 李 君 / 责任校对:曾 茹
责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街16号
邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新蕾印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

2008年3月第一版 开本:850×1168 1/16
2008年3月第一次印刷 印张:22 3/4
印数:1—5 000 字数:817 000

定价:39.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换(长虹))

前 言

高等职业教育护理专业技能型紧缺人才的培养,旨在面向城乡医疗、保健等卫生服务机构,培养德、智、体、美全面发展,职业综合素质高、技术应用能力强的高等护理应用型专门人才。本教材本着以人的健康为中心的整体护理观念,突出科学性、实用性、实践性的原则,围绕毕业生应具有基础理论知识适度、技术应用能力强、知识面较宽、素质高等特点,按照护理程序模式进行编写,力求将理论知识讲授与实践技能训练有效融合在一起。

全书共分十章,依次为绪论、呼吸系统疾病病人的护理、循环系统疾病病人的护理、消化系统疾病病人的护理、泌尿系统疾病病人的护理、血液及造血系统疾病病人的护理、内分泌及代谢疾病病人的护理、风湿性疾病病人的护理、神经系统疾病病人的护理、内科疾病常用诊疗技术的护理,并附教学大纲供参考。按章节有学习目标、小结、目标检测题,以便于指导学生学习。增加了知识链接和案例教学的内容,以求拓展学生思维、提高学生分析问题、解决问题的能力。本教材在编写过程中力求观点准确、语言精练,内容难度、深度适合教学对象。

本教材编写过程中有 12 个院校的 17 位编委参加,由于各自都是一线专家,工作繁忙,相距较远,编委们克服了重重困难,完成了编写工作,在此表示衷心的感谢!为了提高教材质量以满足教学需求,在编写过程中参考了大量资料,在书后都已注明,在此对有关参考资料的出版社和作者表示诚挚的谢意和敬意!

由于时间仓促,水平有限,不妥或错误之处还望同仁们指正。

张景玲

2007 年 7 月

目 录

第1章 绪论	1	第2节 肾小球疾病病人的护理	166
第2章 呼吸系统疾病病人的护理	4	第3节 尿路感染病人的护理	177
第1节 概述	4	第4节 肾衰竭病人的护理	181
第2节 支气管哮喘病人的护理	13	第6章 血液及造血系统疾病病人的护理	196
第3节 慢性支气管炎、阻塞性肺气肿病人的 护理	18	第1节 概述	196
第4节 慢性肺源性心脏病病人的护理	22	第2节 贫血病人的护理	203
第5节 支气管扩张病人的护理	26	第3节 白血病人病人的护理	211
第6节 肺炎病人的护理	29	第4节 出血性疾病病人的护理	218
第7节 肺结核病人的护理	35	第7章 内分泌及代谢疾病病人的护理	235
第8节 呼吸衰竭病人的护理	41	第1节 概述	235
第3章 循环系统疾病病人的护理	53	第2节 腺垂体功能减退症病人的护理	240
第1节 概述	53	第3节 甲状腺疾病病人的护理	243
第2节 心力衰竭病人的护理	59	第4节 糖尿病病人的护理	253
第3节 心律失常病人的护理	67	第5节 皮质醇增多症病人的护理	266
第4节 慢性风湿性心脏病病人的护理	76	第8章 风湿性疾病病人的护理	272
第5节 冠状动脉粥样硬化性心脏病病人的 护理	80	第1节 风湿性疾病病人常见症状体征的 护理	272
第6节 原发性高血压病人的护理	90	第2节 类风湿关节炎病人的护理	276
第7节 心肌病病人的护理	97	第3节 系统性红斑狼疮病人的护理	279
第8节 感染性心内膜炎病人的护理	100	第9章 神经系统疾病病人的护理	286
第9节 心包炎病人的护理	103	第1节 概述	286
第4章 消化系统疾病病人的护理	109	第2节 脑血管疾病病人的护理	294
第1节 概述	109	第3节 帕金森病病人的护理	306
第2节 胃炎病人的护理	119	第4节 癫痫病人的护理	309
第3节 消化性溃疡病人的护理	123	第5节 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病 病人的护理	312
第4节 肠结核病人的护理	130	第6节 急性脊髓炎病人的护理	315
第5节 溃疡性结肠炎病人的护理	132	第7节 重症肌无力病人的护理	317
第6节 肝硬化病人的护理	135	第10章 内科疾病常用诊疗技术的护理	322
第7节 肝性脑病病人的护理	141	第1节 体位引流术的护理	322
第8节 急性胰腺炎病人的护理	146	第2节 胸腔穿刺术的护理	322
第9节 结核性腹膜炎病人的护理	152	第3节 纤维支气管镜检查术的护理	323
第5章 泌尿系统疾病病人的护理	160	第4节 动脉血气分析术的护理	324
第1节 概述	160	第5节 心脏电复律术的护理	325



第6节	人工心脏起搏术的护理	326
第7节	心导管检查术	327
第8节	射频导管消融术	327
第9节	冠状动脉造影术	328
第10节	经皮腔内冠状动脉成形术	328
第11节	经皮穿刺冠状动脉内支架安置术	329
第12节	经皮腔内球囊二尖瓣成形术	329
第13节	上消化道内镜检查术的护理	330
第14节	纤维结肠镜检查术的护理	331
第15节	双气囊三腔管压迫止血术的护理	332
第16节	腹腔穿刺术的护理	334
第17节	肝穿刺活检术的护理	335
第18节	肾脏穿刺术的护理	336
第19节	血液净化疗法(血液透析、腹膜透析)的护理	336
第20节	骨髓穿刺术	339
第21节	造血干细胞移植术的护理	340
第22节	腰椎穿刺术的护理	344
第23节	脑血管造影术的护理	345
参考文献		347
内科护理学(五年制)教学大纲		348
目标检测选择题参考答案		356

第16节	腹腔穿刺术的护理	334
第17节	肝穿刺活检术的护理	335
第18节	肾脏穿刺术的护理	336
第19节	血液净化疗法(血液透析、腹膜透析)的护理	336
第20节	骨髓穿刺术	339
第21节	造血干细胞移植术的护理	340
第22节	腰椎穿刺术的护理	344
第23节	脑血管造影术的护理	345
参考文献		347
内科护理学(五年制)教学大纲		348
目标检测选择题参考答案		356
1. 下列哪项不是腹腔穿刺术的适应证	1. 腹腔积液	第1章
2. 腹腔穿刺术的禁忌证不包括	2. 肝硬化腹水	第1章
3. 腹腔穿刺术的并发症不包括	3. 腹腔内出血	第1章
4. 腹腔穿刺术的并发症不包括	4. 腹腔内感染	第1章
5. 腹腔穿刺术的并发症不包括	5. 腹腔内出血	第1章
6. 腹腔穿刺术的并发症不包括	6. 腹腔内感染	第1章
7. 腹腔穿刺术的并发症不包括	7. 腹腔内出血	第1章
8. 腹腔穿刺术的并发症不包括	8. 腹腔内感染	第1章
9. 腹腔穿刺术的并发症不包括	9. 腹腔内出血	第1章
10. 腹腔穿刺术的并发症不包括	10. 腹腔内感染	第1章
11. 腹腔穿刺术的并发症不包括	11. 腹腔内出血	第1章
12. 腹腔穿刺术的并发症不包括	12. 腹腔内感染	第1章
13. 腹腔穿刺术的并发症不包括	13. 腹腔内出血	第1章
14. 腹腔穿刺术的并发症不包括	14. 腹腔内感染	第1章
15. 腹腔穿刺术的并发症不包括	15. 腹腔内出血	第1章
16. 腹腔穿刺术的并发症不包括	16. 腹腔内感染	第1章
17. 腹腔穿刺术的并发症不包括	17. 腹腔内出血	第1章
18. 腹腔穿刺术的并发症不包括	18. 腹腔内感染	第1章
19. 腹腔穿刺术的并发症不包括	19. 腹腔内出血	第1章
20. 腹腔穿刺术的并发症不包括	20. 腹腔内感染	第1章
21. 腹腔穿刺术的并发症不包括	21. 腹腔内出血	第1章
22. 腹腔穿刺术的并发症不包括	22. 腹腔内感染	第1章
23. 腹腔穿刺术的并发症不包括	23. 腹腔内出血	第1章
24. 腹腔穿刺术的并发症不包括	24. 腹腔内感染	第1章
25. 腹腔穿刺术的并发症不包括	25. 腹腔内出血	第1章
26. 腹腔穿刺术的并发症不包括	26. 腹腔内感染	第1章
27. 腹腔穿刺术的并发症不包括	27. 腹腔内出血	第1章
28. 腹腔穿刺术的并发症不包括	28. 腹腔内感染	第1章
29. 腹腔穿刺术的并发症不包括	29. 腹腔内出血	第1章
30. 腹腔穿刺术的并发症不包括	30. 腹腔内感染	第1章

第 1 章 绪 论

内科护理学是研究内科病人生物、心理和社会方面健康问题,运用护理程序来解决病人的健康问题,达到恢复和保持健康的一门学科;是运用系统化整体护理的理念、思维方式和工作方法,来研究内科常见疾病的特点及其治疗和预防,护理病人、促进疾病康复、增进健康的一门学科。随着科学技术的进步,内科护理学的理论在不断完善,先进的诊断和治疗技术在不断涌现。

一、内科护理学的范围和内容

内科护理学是重要的临床护理专业课,系统地介绍了内科常见疾病的理论知识,临床诊疗技术及内科危重症的抢救等内容。本教材的第1章为绪论,介绍内科护理学的范围和内容,学习目的和要求,本学科的进展,以及对内科护士的素质要求。其余各章节重点讨论内科各系统疾病的护理,包括呼吸系统疾病病人的护理、循环系统疾病病人的护理、消化系统疾病病人的护理、泌尿系统疾病病人的护理、血液及造血系统疾病病人的护理、内分泌及代谢疾病病人的护理、风湿性疾病病人的护理以及神经系统疾病病人的护理。教材内容坚持突出基本理论、基本知识、基本技能;坚持理论与实践相结合,突出护理专业职业教育教材的特征,突出护理知识和护理技能。

教材的编写以系统化整体护理的护理程序来阐述内科各系统病人的护理过程。护理程序是护士为服务对象提供护理照顾时所应用的工作方法,内科病人护理程序按照五个步骤:评估、诊断、计划、实施及评价来进行。

(一) 护理评估

评估是护理程序的基础。护士在接触病人的开始首先要系统地收集资料。评估内容包括致病因素、身体状况、心理社会状况等方面资料。评估贯穿于护理工作的始终,也贯穿于护士与病人接触的始终,从病人入院开始,

一直到病人出院。它是一个动态的、连续的过程,为护理诊断的确定,预期结果的进展,护理措施的制定以及对护理行为的评价打下基础。内科病人的护理评估重点介绍:①内科疾病的致病因素,发病的病因及发病机制;②病人的身体状况,发病后病人主要的症状,护理体检,病情的发展及诊治情况;③病人患病后心理、生活方面状况;④疾病相关的实验室及其他辅助检查。

(二) 护理诊断

护理诊断是关于个人、家庭、社区对现存的或潜在的健康问题或生命过程的反应的一种临床判断,是护士为达到预期目标选择护理措施的基础。

1. 护理诊断分类 现存的护理诊断、有……危险的护理诊断、健康的护理诊断。

2. 护理诊断的陈述方式 三部分陈述:健康问题+相关因素+主要表现(PES);两部分陈述:健康问题+相关因素(PE);一部分陈述:健康问题(P)。

护理诊断陈述注意事项:①护理诊断名称不能随意制定;②相关因素表述“与……有关”;③“知识缺乏”护理诊断陈述方式为“知识缺乏:缺乏……知识”。

3. 合作性问题(潜在并发症) 是指病人疾病过程中可能出现的各种并发症,但由于单纯通过护理措施不能解决问题,需要与医生合作预防及处理,因此称为“合作性问题”,其陈述方式为“潜在并发症:……”。对于潜在并发症,护士的职责为严密监测,及时发现问题,及时与医生沟通,进行处理,又称为医护合作解决的问题。

(三) 护理目标

制定护理目标是一个决策过程,是根据护理诊断来制定。其内容是根据病人所需要解决的问题制定护理目标;可分为长期目标与短





期目标(两周),护理目标陈述时主语应为病人,不应是护士。制定护理措施,可有一项或多项。实施人可能为护士,也可能为病人、家属。所提出的预期目标应与病人和家属进行有效沟通,使病人和家属能给予支持和配合,所选择的护理措施能帮助病人和家属达到预期的目的。

(四) 护理措施

内科疾病的护理措施中重点讨论内科病人住院期间的生活护理、病情观察及危重症的监护,协助治疗及抢救配合。内科疾病危重症较多,内科护士要具有扎实的理论知识和临床工作经验,积极配合医生治疗和精心护理,促进病人恢复健康。内科疾病的特点大都病程较长,某些疾病易反复发作,并发症和后遗症多。病人易产生焦虑、悲观、恐惧、抑郁等各种心理反应,不良的心理反应又影响到疾病的治疗和康复。所以在护理措施中需加强内科病人的心理护理。随着社会的进步,人民物质生活水平的提高,生活节奏加快,各种身心疾病也增多。人们对健康的需求也日益提高,护士需要给人群提供各种健康指导,指导人们良好的生活方式和疾病的预防。良好的护理对疾病康复、对身心疾病的预防具有重要作用。内科护士在实施护理措施时,要体现出主动性、科学性,体现人文关怀。内科护士应通过自己的仪表、态度、知识、技能、言行、举止,使病人获得满意的服务,所有护理措施的实施都应规范地记录。

(五) 护理评价

护理评价分为主观评价和客观评价。主观评价由护士在实施护理活动过程中通过观察病人反应和与病人及家属进行沟通来进行,目的在于不断得到反馈,修订护理计划,改进护理活动。客观评价是以评价护理质量为目的,由他人(主管护士、护士长或其他领导)来对评估、诊断、计划、执行、教育、病历书写等项目以质量评价标准来进行。这两种评价相辅相成,促使护士必须遵守护理程序的科学方法为病人解决健康问题。体现护士的专业行为是以病人为中心、以护理程序为基础、为病人解决健康问题为目的的优质高效的护理工作。

护理程序的目的是提高护理质量,对病人

实施整体护理;护理程序运用需要护士具备多学科知识;护理程序五步骤循环往复,使护理工作逐步完善;护理程序在内科护理工作中具有普遍适用性。

二、内科护理学的学习目的、目标和要求

内科护理学通过课堂教学、病例讨论、示教、操作训练见习和实习等方法,使学生掌握内科常见病的临床过程和护理程序。培养学生树立以人的健康为中心的服务观念,要求学生理论联系实际,在临床实践中运用所学的知识 and 技能为病人提供有效的护理。

通过本课程的学习,要求学生能够达到:

(1) 通过理论学习系统掌握内科常见病、多发病的基本理论知识。了解内科各系统常见疾病的病因、主要临床表现、常用的辅助检查、标本的采集、主要的治疗措施以及对人体健康的影响。

(2) 通过完整的临床实习,基本能实施对内科病人的整体护理。包括病人入院评估,制定护理计划、实施护理措施和出院后保健指导。书写护理病历资料,参与出院后随访工作,促进病人身心康复。

(3) 在临床实践中,积极参加内科危急重症的抢救,掌握危重病人病情的监护,和医生的协作配合抢救,危重症的特别护理措施。

(4) 规范地书写内科护理病例是要求内科护士必须掌握的基本技能。包括入院评估表、住院评估表、护理诊断项目表、护理记录及危重病人抢救记录等文件的书写。记录要及时、原始、真实、规范。

(5) 运用人际沟通技巧,对内科病人及家属进行健康教育及心理护理。培养学生除了对人体机能护理外,还要重视心理护理,细心观察病人的心理变化过程,排除内科病人焦虑、恐惧等消极心理情绪,树立战胜疾病的积极人生态度。要求学生不仅担当护理提供者,还是心理咨询者、教育者等多方位角色。

三、内科护理学的展望

随着科学的进步,我国医疗技术水平迅猛发展,也带来了护理工作水平的提高。表现在以下几个方面:①先进医疗器械在临床的广泛





使用。现在我国大多数二甲以上的医院都设立重症监护治疗病房(ICU)、冠心病监护治疗病房(CCU),监护系统可连续监测病情。心电监护仪不断更新,可连续监测病人血压、心率、心律、呼吸等功能,还有肺、脑等监护系统。当监护系统指标超过允许的范围,仪器则能自动报警,及早发现病情变化并及时给予处理,从而提高抢救成功率。要求内科护士能熟练掌握各种监护仪的使用方法,并能处理常见的机器故障。②内科治疗技术的进展。近年来采用联合化疗及骨髓移植以显著提高白血病的疗效,使白血病人的存活时间明显延长,甚至治愈。血液净化技术也广泛在各级医院用于对慢性肾衰竭病人及某些中毒病人的救治。目前内镜不仅作为检查手段,同时又可用于治疗,如内镜止血、切除息肉、取结石等,并取得较好的效果。急性心肌梗死病人的溶栓疗法已经被广泛使用,球囊心导管扩张狭窄的动脉和心脏瓣膜,经心导管的射频、激光消融术和支架置入术,在许多医院已大力开展。我国使用的埋藏式自动起搏复律除颤器,此项技术可同时治疗慢性或快速心律失常并有除颤作用。另外,基因重组技术生产的红细胞生成素、胰岛素、生长激素及组织型纤溶酶原激活药的上市,为内科常见疾病的治疗提供有效的方法。这些内科治疗技术的进展都需要内科护士积极参与和配合,协助医生共同完成,这就要求护士了解这些先进的技术,制定相应的护理计划。③21世纪的到来,社会变革推动护理事业的发展,护理服务范围拓宽,护理理念的进展。以整体人的健康为中心的现代护理观取代了原有的以疾病护理为中心的护理观。这一观念的转变,使临床护理学包括内科护理学的工作不再局限于医院内病人的护理。人们不仅注意防病、治病,还注重卫生保健。为了满足不同层次病人的需要,病房实施整体护理,医院开设“家庭护理病房”、“点名服务”、“精神心理咨询”、“社区服务”等项目。护理实践的范围正在由医院向社区,由针对病人服务转向所有的人群,由个体向群体扩展。护理工作正在向促进健康、预防疾病、协助康复、减轻

痛苦等生命的全过程扩展,着眼于整体人的生理、心理、文化、精神、环境等需求。

四、内科护士的素质要求

1. 较高的职业素质 表现在首先有全心全意为人民身心健康服务的职业观,牢固树立终生为人类健康事业服务的理念,在市场经济改革的浪潮中不为经济利益所惑,始终坚持自己的职业操守。

2. 具有决策、判断和综合分析问题的能力 系统化整体护理工作方法,要求内科护士在不断的临床实践中建立独立的护理工作方法。不仅仅是单纯执行医生医嘱被动的工作,要有效地运用护理程序对病人作出判断和实施护理措施,解决病人健康问题。

3. 有熟练的专业技能 随着科学技术发展,先进的诊疗技术在临床广泛使用,要求内科护士能娴熟使用呼吸机、心电监护仪、心电除颤仪等先进仪器,达到有效地抢救危重病人的目的,从而提高诊疗和护理技术水平。

4. 高尚的道德情操,良好的社会适应能力以及高度的责任感 随着科学技术的发展,疾病谱的改变,人们健康观念转变,新的医学模式对护理发展影响深远,促进人们思维方式改变,所以护理人员应有心理学、社会学、伦理学等理论知识,运用护理程序为病人实施护理及护理诊断过程,指导护理活动,护理人员应能主动观察病情变化,独立解决问题,善于领悟和体察病人痛苦,富有爱心。

随着医疗科学的进步,护理工作进入了以人的健康为中心的工作模式,护理专业更加重视人的整体护理。“保护生命,减轻病痛,促进健康”已成为护理工作者的根本任务。为建立和谐型社会,健康保健已成为每一个公民的基本权力。每一个人都有权利得到安全、全面、可负担起的保健服务。护士将成为整个健康保健队伍中的重要成员。随着护士队伍的不断扩大和护理教育水平的不断提高,将为我国的卫生事业做出更大贡献。

(章绍清)



第2章 呼吸系统疾病病人的护理



学习目标

1. 说出呼吸系统常见疾病病人的护理评估要点,并能初步对病人进行评估
2. 初步提出呼吸系统常见疾病护理诊断及医护合作性问题
3. 叙述呼吸系统常见疾病病人的护理目标
4. 详述呼吸系统常见疾病的护理措施,并能初步实施基本的护理
5. 能正确进行呼吸系统常见疾病的护理评价
6. 说出对呼吸衰竭、慢性阻塞性肺疾病(COPD)、肺结核、肺炎、支气管哮喘病人健康教育的主要内容,并能初步进行健康教育
7. 珍爱生命,树立时间就是生命的观念;培养良好的医德医风

第1节 概述

呼吸系统是人体最重要的生命系统之一,机体通过其呼吸功能不断地摄入氧气并排出二氧化碳,为新陈代谢和各种生命活动提供基本保障,稳定机体内环境。呼吸系统与外界直接相通,易受自然界的各种生物因子、理化因子及人口老龄化等因素影响而产生各种疾病,故呼吸系统疾病已成为临床上的多发病、常见病。多数呼吸系统疾病呈慢性经过,逐步引起呼吸功能损害,最终导致呼吸衰竭而威胁病人生命。近年来,随着我国工业化、城市化进程的加快,大气污染更加明显,呼吸系统疾病日益增多,如肺癌、COPD、支气管哮喘等疾病发病率明显增加,且近几年传染病肺结核的发病率又有增高趋势。据2001年我国部分城市及农村前10位主要疾病死亡原因的调查统计,呼吸系统疾病(不包括肺癌)在城市的死亡原因中占第四位(13.36%),在农村占首位(22.46%,不

包括肺结核的1.24%),居我国总人口死亡病因的第一位。因此,呼吸系统疾病的研究和防治工作任重而道远。

呼吸系统解剖结构、生理功能

呼吸系统主要由鼻、咽、喉、气管、支气管、肺和胸膜组成。

(一) 呼吸道

以环状软骨为界,呼吸道分为上、下呼吸道。

1. 上呼吸道 包括鼻、咽、喉。除作为气体通道外,还有湿化和净化空气的作用。鼻对吸入气体有过滤、保湿、加温作用;咽是呼吸系统和消化系统的共同通道;喉是发声的主要器官,在咳嗽中起重要作用。会厌、声门、声带具有保护性反射作用,在发声、吞咽时防止口腔分泌物和食物吸入呼吸道。

2. 下呼吸道 环状软骨以下气管、支气管至终末呼吸性细支气管末端为下呼吸道。气管和大的支气管结构相似,包括黏膜、黏膜下层和固有膜。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;杯状细胞分布于传导性气道的各种细胞间,分泌黏液。黏膜下层由疏松结缔组织组成,含有黏液腺和黏液浆液腺。固有膜由黏膜下弹力纤维组成。

(二) 终末呼吸单位

终末细支气管远端称为终末呼吸单位,含三级呼吸性细支气管,管壁肺泡数逐渐增多,再接肺泡囊和肺泡。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,占肺泡表面的95%,是气体交换的主要场所。II型细胞产生表面活性物质,维持肺泡的表面张力,防止其萎陷。呼吸道结构示意图见图2-1。

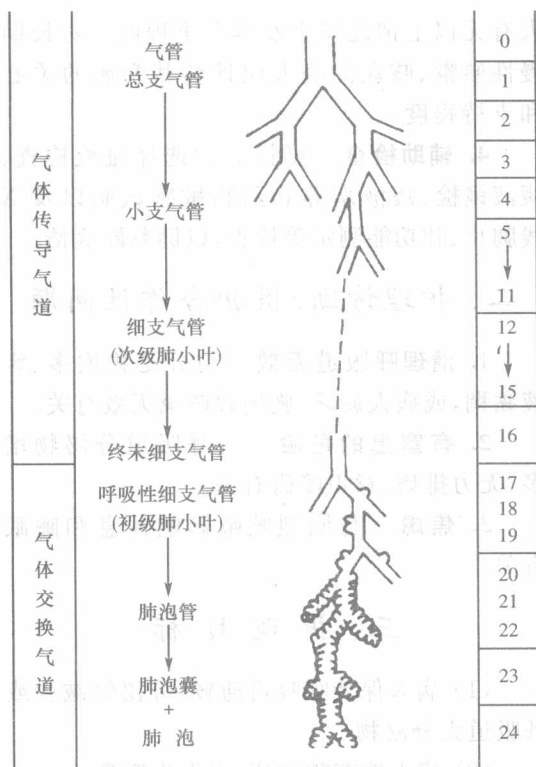


图 2-1 呼吸道结构示意图

注:气道分级数按 Weibel 1963 年标准

(三) 肺的血液供应

肺有双重血液供应,即肺循环和支气管循环。肺循环由肺动脉-肺毛细血管-肺静脉组成,称为功能血管,进行气体交换。

支气管循环由支气管动脉和静脉构成,称为营养血管。

(四) 胸膜

胸膜分脏层和壁层。胸膜腔是由脏胸膜和壁胸膜构成的密闭潜在腔隙,腔内有少量液体起润滑作用。壁胸膜感觉神经末梢有分布,脏胸膜无痛觉神经。

(五) 肺的呼吸功能

人体组织细胞不断新陈代谢,代谢消耗的氧来自外环境,代谢所产生的二氧化碳则排出体外。吸入氧气排出二氧化碳称为气体交换,是肺最重要的功能。

肺通气:是指肺与外环境的气体交换过程。

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气体通过肺泡膜的有效弥散、充足的肺泡通气量和肺血流

量以及后两者之间恰当的比例。

(六) 呼吸系统的防御功能

正常成人肺泡表面积高达 100m^2 ,每天接触的空气高达 $15\ 000\text{L}$,与外界接触机会比其他任何器官都多。另外,还受到经血液循环带来的机体内部有害物质的侵害。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完善的防御机制。

①气道物理防御是通过对致病因子的沉积、滞留和气道黏液-纤毛的清除作用完成;②生物学防御主要为上呼吸道的正常菌群;③神经学防御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;④气道-肺泡免疫系统在有害因子刺激下,可通过细胞免疫和体液免疫发挥免疫防御功能。

接 链

(七) 呼吸的调节

呼吸调节的目的是为机体提供氧气、排出二氧化碳和稳定内环境的酸碱度。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来完成。

呼吸系统常见症状及护理

咳嗽与咳痰的护理

咳嗽(cough)是呼吸系统疾病最常见的症状之一,是机体的一种保护性反射动作,以清除气道分泌物和气道内异物。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

人为什么会咳嗽?

咳嗽是因为喉头或气管受到刺激所引起的,是人体的一种反射动作。咳嗽的全部动作是短促的吸气,声门和会厌立即关闭,呼吸肌和膈肌快速猛烈收缩,使肺内压力增高,然后声门突然开放,使肺内高压的气体喷射而出,于是呼吸道内的异物或分泌物随高压气流的冲击而被排出。如吃饭时不小心饭粒进入气管,就会产生剧烈咳嗽,直至把饭粒咳出为止,是其保护性作用的体现。

接 链





从口腔排出体外的动作。咳嗽无痰或痰量甚少,称为干性咳嗽;伴有咳痰的咳嗽,称湿性咳嗽。剧烈、频繁、持久的咳嗽使肺泡内压力升高,加重呼吸和循环的负担,对机体极为不利。

一、护理评估

主要评估咳嗽与咳痰的原因、性质特点、能否有效咳嗽、痰液是否容易排出及其对病人造成的影响。

1. 致病因素 询问有无与咳嗽、咳痰相关的疾病病史,如呼吸系统疾病、心脏病等;有无接触化学性粉尘、油漆;是否吸入异物、刺激性气体、花粉等物质;询问有无吸烟嗜好,有无受凉、精神因素等诱因。

2. 身体状况

(1) 症状评估:①询问咳嗽起病情况、病程长短、性质、节律、音色、发生时间及其与体位、睡眠的关系等。如慢性支气管炎常表现为单声或连续的湿性咳嗽,晨起咳嗽明显;带金属音的咳嗽,常由于支气管腔狭窄或受压所致;支气管扩张病人在体位改变时,咳嗽咳痰会加剧。②观察痰液的颜色、性质、量、气味、黏稠度、有无异常物质、有无分层现象等。如脓性痰常见于气管、支气管和肺部感染;铁锈色痰常见于肺炎链球菌肺炎;粉红色泡沫痰常见于急性肺水肿;痰有恶臭味常见于厌氧菌感染。③评估能否有效咳嗽,痰液是否容易排出。④询问咳嗽的严重程度及其对病人的影响。如是否导致了头昏、晕厥、眼睑水肿、眼结膜出血、胸痛、气胸、腹痛、脱肛、疝气、尿失禁等。⑤对胸、腹部手术后剧烈、频繁咳嗽者要注意评估创口情况。⑥注意询问有无伴随症状,如发热、咯血、胸痛、呼吸困难、烦躁不安等。

(2) 护理体检:不同疾病引起的咳嗽咳痰常有相应的阳性体征,评估其是否有体温升高、脉率增快、血压异常;有无呼吸频率、节律和深度的改变;有无胸廓两侧运动不对称;有无异常呼吸音、湿啰音、哮鸣音、桶状胸等。

3. 心理社会状况 咳嗽与咳痰可影响到病人的睡眠,如失眠,可造成白天昏昏沉沉、注意力不集中、影响工作与学习效率;长期咳嗽与咳痰可使病人产生苦闷、烦躁不安、焦虑、抑郁等不良情绪反应。应评估病

人有无以上情况发生及其严重程度。对长期慢性咳嗽、咳痰的病人应评估其亲属的关心和支持程度。

4. 辅助检查 可针对性选择血液检查、痰液镜检、痰液培养和药物敏感试验以及X线胸片、肺功能测定等检查,以助判断病情。

二、护理诊断/医护合作性问题

1. 清理呼吸道无效 与分泌物增多、痰液黏稠,或病人疲乏、胸痛致咳嗽无效有关。

2. 有窒息的危险 与呼吸道分泌物增多、无力排痰、意识障碍有关。

3. 焦虑 与剧烈咳嗽影响休息和睡眠有关。

三、护理目标

(1) 病人保持呼吸道通畅,分泌物减少或呼吸道无分泌物。

(2) 病人能有效排痰,不发生窒息。

(3) 病人焦虑程度减轻。

四、护理措施

(一) 生活护理

1. 环境 提供安静、整洁、舒适环境,减少不良因素刺激。保持室内空气新鲜、洁净、流通,维持适宜的室温(18~20℃)和湿度(50%~60%)。

2. 避免诱因 减少与刺激物的接触,避免吸入尘埃、烟雾、花粉、刺激性气体;避免剧烈运动及进出空气污染的公共场所;外出时注意保暖及戴口罩,减少冷空气的刺激,对吸烟的病人与其共同制定有效的戒烟计划,并督促实施。

3. 饮食护理 对于慢性咳嗽者,能量消耗增加,给予高蛋白、高维生素、足够热量、清淡的饮食。保持口腔清洁,避免油腻、辛辣等刺激性食物。若病情允许,每天饮水1500ml以上,以利于痰液稀释和排出。

4. 促进有效排痰

(1) 深呼吸和有效咳嗽:适用于神志清醒尚能咳嗽的病人。指导病人掌握有效咳嗽的正确方法:①病人取坐位或站位,身体稍前倾(身体前倾有利于痰的排出);②进行5~6次深而缓慢的腹式呼吸,深吸气末屏气3~5秒;③然后保持张口状,连续进行2~3次短促有力的咳





嗽使痰液到咽部,再用力咳嗽将痰排出。同时可用自己的手按压上腹部,帮助咳嗽。

(2) 胸部叩击和胸壁震荡:适于久病体弱、长期卧床、排痰无力的病人,禁用于未经引流的气胸、肋骨骨折、咯血、低血压及肺水肿等病人。操作方法:病人侧卧位,叩击者手指并拢弯曲,拇指紧靠示指,手呈覆碗状;肩部放松,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,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操作前用单层薄布保护胸廓部位,避免过厚覆盖物;②叩击时避开乳房、心脏和骨骼突出部位;③叩击力量要适中,以不使病人感到疼痛为宜,每次叩击5~15分钟,每分钟120~180次,应安排在餐后2小时至餐前30分钟完成,以避免发生呕吐,叩击部位勿超过胸腔范围。

链接

胸壁震荡时,操作者双手掌重叠,并将手掌置于欲引流的胸廓部位,吸气时手掌随胸廓扩张慢慢抬起,不施加任何压力,从吸气最高点开始,在整个呼气期手掌紧贴胸壁,施加一定压力并做轻柔的上下抖动,以震荡病人胸壁5~7次,每一部位重复6~7个呼吸周期。震荡法只在呼气期进行,且紧跟叩击后进行,同时要鼓励病人咳嗽、咳痰,并观察排痰情况,避免窒息。

(3) 湿化呼吸道:适用于痰液黏稠而不易咳出者。常见方法是超声雾化和蒸汽雾化。临床上常在湿化时加入药物以雾化方式吸入,如痰溶解剂、抗生素、平喘药等,达到祛痰、消炎、镇咳、平喘的作用。

(4) 体位引流:是利用重力作用使肺、支气管内分泌物排出体外,又称重力引流。适用于支气管扩张、肺脓肿等痰液较多而排出不畅的病人。禁用于呼吸衰竭、有明显呼吸困难和发绀者、近1~2周内曾有大咯血史、严重心血管疾病或年老体弱不能耐受者。具体方法详见本章第5节支气管扩张病人的护理。

(5) 机械吸痰:适用于意识不清或分泌物黏稠无力咳出的病人。详见本系列教材《护理技术(上册)》。

5. 避免创口裂开和疼痛 若胸、腹部外伤或手术后病人出现咳嗽时,应用双手轻压创

口的两侧,以避免创口裂开和疼痛。

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避免降低吸入氧浓度:尤其是超声雾化吸入,因吸入气湿度过高,降低了吸入氧浓度,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:过度湿化可以引起黏膜水肿、气道狭窄,气道阻力增加,甚至诱发支气管痉挛;也可导致体内水滞留,加重心脏负荷。因此,湿化时间不宜过长,一般以10~20分钟为宜。④控制湿化温度:湿化温度一般应控制在35~37℃。在加热湿化过程中,应避免过高温度,温度过高可引起呼吸道灼伤,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。

链接

(二) 治疗配合

咳嗽、咳痰较重的病人,遵医嘱给予有效抗生素,如青霉素、氨苄西林等。痰液黏稠不易咳出时,遵医嘱给予镇咳祛痰药,如复方甘草合剂、氯化铵、喷托维林(咳必清)等。观察药物的疗效和不良反应,不滥用药物。

(三) 心理护理

护士应经常巡视病人,与病人多沟通,给予心理上的安慰和支持,向病人解释保持良好的情绪会减轻咳嗽,并讲解有关排痰的方法,以缓解其紧张不安情绪,使病人身心舒适。

(四) 病情观察

密切观察病人的表情、神志、生命体征,观察咳嗽、咳痰情况,及时发现窒息的先兆。如病人突然出现烦躁不安、神志不清、面色苍白或发绀、出冷汗、呼吸急促、咽喉部明显的痰鸣音,应考虑窒息的发生。应及时采用机械吸痰,并告知医生,做好抢救准备。

(五) 健康教育

(1) 向病人讲解吸烟对人体健康的危害,劝告病人戒烟,并协助制定戒烟计划。

(2) 纠正不良的卫生习惯,告诉病人咳嗽





时以手帕或纸巾轻捂口鼻,使痰飞沫勿溅向周围。勿随地吐痰,将痰吐在纸上或痰杯内,灭菌后弃去,防止病菌污染空气而传染他人。

(3) 指导病人掌握有效咳嗽排痰的方法及有关知识,避免发生窒息。

(4) 加强自我保健,居住环境清洁、温湿度适宜;高蛋白饮食,多饮水;减少接触刺激物;避免剧烈运动及进出空气污染的公共场所;外出时注意保暖及使用口罩。

(5) 注意劳逸结合,加强体育锻炼,适当进行耐寒锻炼,如从夏天开始冷水洗脸,以增强呼吸道抗病能力。

五、护理评价

(1) 病人能否有效咳嗽、咳痰,能否保持呼吸道通畅。

(2) 病人呼吸是否平稳。

(3) 病人情绪是否稳定,能否积极配合治疗与护理。

肺源性呼吸困难的护理

呼吸困难(dyspnea)是指病人主观感觉空气不足、呼吸不畅,客观表现为呼吸费力,呼吸频率、节律、深度异常。肺源性呼吸困难是由于呼吸系统疾病引起的肺通气、换气功能障碍,导致缺氧和(或)二氧化碳潴留所致。

呼吸困难的分型

临床上分三种类型:①吸气性呼吸困难,常见于喉头水肿、气管异物等引起的大气道狭窄或阻塞,主要表现为吸气时呼吸困难显著,重者出现三凹征;②呼气性呼吸困难,常见于支气管哮喘、肺气肿等引起的小气道痉挛性狭窄或肺组织弹性减弱,主要表现为呼气费力,呼气时间延长,常伴有哮鸣音;③混合性呼吸困难,常见于重症肺炎、重症肺结核等所致的广泛性肺部病变,呼吸面积减少,影响换气功能,主要表现为呼气和吸气均感费力,呼吸频率增快、变浅、常伴有呼吸音减弱或消失。



一、护理评估

主要评估诱发和加重呼吸困难的原因,呼吸困难的严重程度,对日常生活造成的影响,心理状态,以及病人是否能进行呼吸功能锻

炼等。

1. 致病因素 了解有无与肺源性呼吸困难相关的疾病,如气管与支气管炎及异物所致气道狭窄或梗阻、支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病、肺脓肿、肺炎、肺结核、胸腔积液、气胸等;有无诱发因素,如粉尘、空气污染、吸烟、疲劳、焦虑等。

2. 身体状况

(1) 症状:询问呼吸困难发生的缓急,评估其严重程度。

呼吸困难的分度

依据呼吸困难与活动关系可分为5度。

I度:日常活动不受限制,中、重度体力劳动时出现气促。

II度:能与同年龄的健康人同样的行走,但登高或上台阶出现气促。

III度:与同年龄的健康人同样的行走时出现呼吸困难。

IV度:按自己的步速行走,数分钟即有呼吸困难,步行中需要休息。

V度:说话、穿衣也感到呼吸困难,不能外出活动。询问呼吸困难是否伴有咳嗽、咳痰、胸痛、发热等,是否导致失眠。



(2) 护理体检:有无呼吸频率、深度和节律的改变;有无桶状胸、异常呼吸音、哮鸣音、湿啰音等;有无表情痛苦、鼻翼扇动、张口呼吸或点头呼吸、缩唇吹气、口唇发绀等严重呼吸困难表现;有无烦躁不安、嗜睡、意识模糊甚至昏迷等。

3. 心理社会状况 评估病人有无紧张、濒死感、焦虑、恐惧等不良心理反应;评估病人是否重视呼吸功能训练以及是否愿意学习改善呼吸困难的方法。

4. 辅助检查 重点了解动脉血气分析结果,根据结果判断缺氧和二氧化碳潴留的程度,以指导合理给氧;肺功能测定可以明确肺功能障碍的程度和类型。

二、常见护理诊断/医护合作性问题

1. 气体交换受损 与肺部感染所致有效呼吸面积减少、支气管痉挛、肺气肿有关。

2. 活动无耐力 与机体缺氧有关。





三、护理目标

- (1) 保持呼吸道通畅,呼吸困难减轻。
- (2) 缺氧、二氧化碳潴留症状减轻,活动耐力增加。

四、护理措施

(一) 生活护理

1. 环境 提供安静舒适、空气洁净的环境,适宜的温度和湿度,避免接触刺激性气体和过敏原。

2. 饮食护理 保证每日摄入高热量、高蛋白、高维生素且易消化的食物,促进体力恢复。少吃辛辣食物,避免产气过多的食物,防止便秘、腹胀而影响呼吸。对张口呼吸、痰液黏稠者,补充足够水分,并做好口腔护理,每日清洁口腔 2~3 次。

3. 体位 病人一般采取坐位或半坐卧位,严重者可床上放一小桌,伏案休息,有利于改善通气且可减少体力消耗。自发性气胸病人取健侧卧位,大量胸腔积液者取患侧卧位。

4. 休息与活动 严重呼吸困难病人应尽量减少活动和不必要的谈话,以减少耗氧量和能量消耗;病情许可时,鼓励病人有计划地逐渐增加每日活动量,以不感到气促为度,保持和改善肺功能,逐渐恢复活动耐力;避免紧身衣服或过厚被褥而加重胸部压迫感。

呼吸困难的家庭应急处理

1. 呼吸困难如果是因鼻腔、喉及气管内进入异物所引起的,应尽快将异物取出,或立即送医院,以免发生意外。

2. 对呼吸困难者,应将病人的身体扶起,呈半卧位或坐位,减少疲劳和耗氧,有利于呼吸畅通。给呼吸困难者吸氧,可以改善缺氧、发绀。

3. 呼吸道疾病所引起的呼吸困难,一般可给予病人祛痰、解痉药物如溴己新(必嗽平)、沙丁胺醇(舒喘灵)片、氯化铵,以保持呼吸道畅通。

4. 注意室内空气清新,并注意病人保暖,给予清淡饮食,鼓励病人多吃蔬菜及水果,以补充体内水分。



5. 呼吸训练 指导慢性阻塞性肺疾病病人做缓慢深呼吸、腹式呼吸和缩唇呼吸,以增强肺脏呼吸功能。详见本章第3节慢性支气管炎、阻塞性肺气肿病人的护理。

(二) 治疗配合

1. 保持呼吸道通畅 及时清除痰液,遵医嘱给予消炎、解痉平喘、祛痰镇咳药治疗,注意观察药物疗效和不良反应。

2. 氧疗 氧疗是纠正缺氧,缓解呼吸困难最有效的方法。根据病人病情和血气检查结果,选择不同的给氧方法和给氧浓度,必要时机械通气。详见本系列教材《护理技术(上册)》。

(三) 心理护理

医护人员应陪伴在病人身边,注意安慰病人,进行必要的解释,以缓解其紧张不安情绪,设法分散病人注意力,指导病人做慢而深的呼吸,以缓解症状,使身心舒适。

(四) 病情观察

观察呼吸频率、节律和深度变化。严重呼吸困难病人,注意观察生命体征变化,2~4 小时监测一次并详细记录;有条件可监测血氧饱和度、动脉血气变化,及时发现和解决病人异常情况。

(五) 健康教育

(1) 向病人讲解引起呼吸困难的原因及缓解方法,指导病人和亲属掌握合理的家庭氧疗方法,以便达到自我保健的目的。

(2) 指导病人养成良好的饮食习惯,戒烟戒酒,保持情绪稳定;对入睡困难的病人,应指导病人使用放松技术,如听轻音乐、看书报等,或睡前喝牛奶、热水泡脚等方法改善睡眠,促进疾病痊愈。

(3) 鼓励病人参加力所能及的体育锻炼,如耐寒锻炼、呼吸保健操,增强机体的抗病能力。

(4) 教会病人自我监测病情,包括自我评价、自我预防、自我治疗。

五、护理评价

(1) 病人呼吸困难是否缓解,呼吸是否平稳。





(2) 病人自觉症状是否消除,生活能否自理。

咯血的护理

喉及喉部以下呼吸道或肺血管出血,经口腔咯出称为咯血(hemoptysis)。一般认为每日咯血量 $<100\text{ml}$ 为小量, $100\sim 500\text{ml}$ 为中等量, $>500\text{ml}$ 或一次咯血量 $>300\text{ml}$ 为大量。大量咯血可引起窒息,须及时抢救方能挽救病人生命。

一、护理评估

主要评估咯血量、咯血是否通畅、生命体征、心理反应、有无窒息先兆和窒息表现。

1. 致病因素 引起咯血的原因主要为呼吸系统疾病,如肺结核、肺脓肿、肺炎、支气管扩张、支气管肺癌等;某些心血管疾病如风湿性心脏病二尖瓣狭窄、急性肺水肿等也可引起咯血;此外,某些血液系统疾病及其他全身性疾病等也可引起咯血。询问有无受凉、感冒、劳累、精神刺激等诱发因素。

2. 身体状况

(1) 症状:评估咯血量、颜色、性状以及咯血是否通畅,咯血量的估计应考虑病人吞咽、呼吸道残留的血液以及混合的唾液、痰等因素。咯血量取决于受损血管的大小、多少以及血管受损程度,与疾病严重程度不一定成正比。评估大量咯血者是否有失血性休克或贫血表现,有无咯血不畅、情绪紧张、胸闷、气憋、面色苍白、大汗淋漓、烦躁不安等窒息先兆表现,有无表情恐怖、张口瞪目、唇指发绀、意识障碍等窒息表现。

(2) 护理体检:评估有无呼吸频率、深度、节律的改变;有无呼吸音的变化及肺部有无干、湿啰音;有无脉搏、心率、血压及面色、神志的变化,并据此判断有无休克的发生。

3. 心理社会状况 由于对咯血的原因和预后不了解,病人往往会产生很大心理压力,评估有无紧张、焦虑、恐惧、绝望等不良心理反应;了解病人对疾病的认识程度,有无顾虑,能否保持良好心态,配合治疗与护理;评估病人的亲属对疾病的了解和对病人的关心程度。

4. 辅助检查 红细胞计数,血红蛋白含量,血小板计数,出、凝血时间,血细胞比容等

检查,可以帮助判断出血量;胸部 X 线检查、支气管镜检查、支气管造影术等,可辅助诊断病因。

二、护理诊断/医护合作性问题

1. 有窒息的危险 与咯血不畅阻塞气道、喉头痉挛有关。

2. 恐惧 与突然大咯血或反复咯血不止有关。

三、护理目标

(1) 病人咯血减少或咯血停止,呼吸道通畅。

(2) 病人的恐惧感减轻或消除,情绪稳定。

四、护理措施

(一) 生活护理

1. 休息与体位 小量咯血者通过卧床休息能自行停止,不必特殊处理;大量咯血者需绝对卧床休息,不宜搬动,协助病人取平卧位,头偏向一侧或取患侧卧位,以减少患侧活动度,减轻出血,同时有利于健侧肺的通气。保持病室安静,限制探视,避免不必要的交谈,以减少肺部活动量。

2. 饮食护理 大量咯血者暂禁食;小量咯血者宜进少量温凉的流质饮食,多饮水、多食含纤维素食物,以保持大便通畅,避免排便时腹压增大而引起再次咯血。

3. 口腔护理 及时帮助病人擦净血迹,为病人漱口,保持口腔清洁、舒适,防止口腔异味。

4. 保持呼吸道通畅 ①告诉病人轻轻咳嗽,将气管内积血咯出;②嘱病人咯血时不能屏气,以免诱发喉头痉挛、血液引流不畅形成血块,导致窒息;③及时清除呼吸道积血。

(二) 治疗配合

1. 用药护理 ①遵医嘱给予垂体后叶素,静脉滴注时速度勿过快,并观察有无恶心、便意、心悸、面色苍白等不良反应,冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)、高血压、妊娠者禁用;②对烦躁不安、极度紧张者,遵医嘱适当应用镇静药,如地西洋 $5\sim 10\text{mg}$,肌肉注射, 10%





水合氯醛 10~15ml 保留灌肠,禁用吗啡、哌替啶,以免引起呼吸抑制;③剧烈咳嗽者,遵医嘱用适量镇咳药,慎用强镇咳药,以免抑制咳嗽反射。

2. 大咯血的护理 ①绝对卧床休息,减少翻动,协助病人取患侧卧位或取平卧位,头偏向一侧,将血咯出,保持呼吸道通畅。②限制胸廓活动,以减少出血,但勿妨碍呼吸。③快速建立静脉通道,做好输血准备;按医嘱用止血药,注意观察疗效和不良反应。④准备各种抢救用品,如吸引器、气管内插管包、气管切开包、鼻导管等。⑤记录出血量和出血时间,掌握病情变化。给氧并密切观察病情,观察体温、脉搏、呼吸、血压、神志、尿量等,一旦发现窒息先兆,立即实施抢救,同时通知医生。

3. 窒息时护理 立即置病人于头低足高位或抱起病人双腿呈倒立位,轻拍背部;用手指套上纱布将口、咽喉、鼻腔血块清除,或用吸痰管进行机械吸引;做好气管内插管或气管切开的准备与配合工作,严重者立即气管内插管或气管镜直视下吸取血块;给予高流量吸氧(6~10L/min);呼吸道已通畅,自主呼吸未恢复者,遵医嘱使用呼吸中枢兴奋药。

4. 积极治疗原发病。

如何预防咯血?

咯血者应减少活动,避免情绪激动;禁食刺激性食物;避免剧咳或用力排便,以免诱发再次咯血。



(三) 心理护理

咯血时,病人常有紧张、烦躁不安、焦虑、恐惧的心理,使病情加重。护士应守护床旁安慰病人,向病人耐心解释咯血有关问题,并说明咯血与疾病的严重程度不一定成正比,解除其顾虑,消除紧张情绪,使病人产生安全和信任感。移去被血污染的被服、衣物、用具,及时倒掉咯出的血液,减少对病人的不良刺激。劝告病人身心放松、安静休息,有利于减轻咯血。

(四) 病情观察

密切观察病人的面色、神志、呼吸、心率、脉搏、血压的变化,准确记录咯血量,观察有无

窒息先兆和失血性休克的早期征兆。

(五) 健康教育

(1) 大咯血停止后,病人可进温凉易消化、高营养食物,禁食过热、辛辣、刺激性食物;保持大便通畅,防止再次咯血的发生。

(2) 告诉病人积极治疗原发病是预防咯血的重要措施。

(3) 病情稳定后指导病人可在床上坐起,不宜立即下床活动,逐渐增加活动量,避免负重。

(4) 向病人讲解有关咯血先兆表现,如有胸闷、头晕、喉部发痒、口中腥味时应及时就诊;有咯血时轻轻咳出,不可屏气,并取患侧卧位。

(5) 告诉病人在恢复期注意休息,避免受凉及过度劳累,加强营养促进健康。

五、护理评价

(1) 病人咯血是否停止,呼吸是否平稳,有无窒息征象。

(2) 病人能否有效排出口鼻腔积血块,保持呼吸道通畅。

(3) 病人能否认识恐惧、绝望对身体康复的危害,能否保持情绪稳定,积极配合治疗及护理。

胸痛的护理

胸痛是由于胸腔内脏器或胸壁组织病变及少数其他部位的病变所引起的胸部疼痛。其疼痛范围和程度不一定与病变范围和程度相一致。

一、护理评估

疼痛是一种复杂的主观感觉,一般依赖于病人提供的自觉症状,主要评估疼痛的部位、性质、程度、发生的时间及诱因。

1. 致病因素 评估是否有胸壁病变,如胸壁外伤、带状疱疹等;是否有胸腔内脏器疾病,如肺炎、肺结核、肺癌、胸膜炎、心血管疾病、食管疾病等;肋间神经痛或其他脏器病变所产生的放射性牵涉痛也可表现为胸痛。

2. 身体状况

(1) 症状:评估疼痛的部位及是否放射到其他部位;胸痛的性质是隐痛、钝痛、刺痛、灼

