

实用临床 护理指南

马莉莉◎主编



 吉林科学技术出版社

实用临床护理指南

马莉莉◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

实用临床护理指南 / 马莉莉主编. -- 长春 : 吉林科学技术出版社, 2018. 4

ISBN 978-7-5578-4026-6

I. ①实… II. ①马… III. ①护理学—指南 IV. ①R47-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第089741号

实用临床护理指南

主 编	马莉莉
出 版 人	李 梁
责任编辑	许晶刚 王凤丽 米庆红
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司
幅面尺寸	185mm×260mm
字 数	428千字
印 张	22.5
印 数	650册
版 次	2019年3月第2版
印 次	2019年3月第2版第1次印刷

出 版	吉林科学技术出版社
发 行	吉林科学技术出版社
地 址	长春市人民大街4646号
邮 编	130021
发行部电话/传真	0431-85651759
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-85677817
网 址	www.jlstp.net
印 刷	虎彩印艺股份有限公司

书 号	ISBN 978-7-5578-4026-6
定 价	95.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多,联系未果,如作者看到此声明,请尽快来电或来函与编辑部联系,以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话:0431-85677817

编委会

主 编	马莉莉	济宁医学院附属医院
	庄媛媛	济宁医学院附属医院
	曾 磊	河南省肿瘤医院
	王效霞	河南省肿瘤医院
	庄 蕾	河南省肿瘤医院
	高福香	郑州市第五人民医院

副主编	聂冬丽	济宁医学院附属医院
	乔 妍	济宁医学院附属医院
	马修梅	河南省肿瘤医院
	周晓红	河南省肿瘤医院
	刘 娟	河南省肿瘤医院
	王玉秀	河南省肿瘤医院
	王 婷	河南省肿瘤医院
	赵敏敏	郑州市第五人民医院
	刘俊男	郑州市第五人民医院
	左齐齐	郑州市第五人民医院
	张 双	郑州市第五人民医院

目 录

第一章 呼吸系统疾病病人的护理	(1)
第一节 呼吸系统疾病病人常见症状体征的护理	(1)
第二节 急性呼吸道感染病人的护理	(8)
第三节 慢性支气管炎和慢性阻塞性肺疾病病人的护理	(11)
第四节 呼吸衰竭和急性呼吸窘迫综合征病人的护理	(16)
第五节 呼吸系统常用诊疗技术及护理	(21)
第二章 循环系统疾病病人的护理	(25)
第一节 循环系统疾病病人常见症状体征的护理	(25)
第二节 心力衰竭病人的护理	(32)
第三节 心脏瓣膜病病人的护理	(33)
第四节 循环系统常用诊疗技术及护理	(42)
第三章 消化系统疾病病人的护理	(46)
第一节 消化系统疾病病人常见症状体征的护理	(46)
第二节 胃炎病人的护理	(54)
第三节 消化性溃疡病人的护理	(58)
第四节 溃疡性结肠炎病人的护理	(61)
第五节 肝硬化病人的护理	(64)
第六节 消化系统常用诊疗技术及护理	(69)
第四章 泌尿系统疾病病人的护理	(74)
第一节 泌尿系统疾病病人常见症状体征的护理	(74)
第二节 慢性肾小球肾炎病人的护理	(79)
第三节 肾病综合征病人的护理	(82)
第四节 尿路感染病人的护理	(85)
第五节 泌尿系统常用诊疗技术及护理	(88)

第五章 普通外科护理技术	(93)
第一节 备 皮	(93)
第二节 腹带包扎	(94)
第三节 胃肠减压	(95)
第四节 外科洗胃	(97)
第五节 肠内营养管饲	(99)
第六节 引流袋更换	(100)
第七节 T管引流	(101)
第八节 腹腔冲洗	(103)
第九节 肠造口袋更换	(104)
第十节 换 药	(105)
第六章 心胸外科护理技术	(107)
第一节 胸腔闭式引流护理配合	(107)
第二节 心包、纵隔引流护理	(109)
第三节 肺动脉压(PAP)监测	(110)
第四节 脉搏指示连续心排血量监测	(111)
第五节 气管切开护理配合	(112)
第六节 经口气管插管患者口腔护理	(114)
第七节 口咽通气管置入	(115)
第八节 体外循环膜肺氧合支持的护理配合	(116)
第七章 泌尿外科护理技术	(119)
第一节 膀胱冲洗	(119)
第二节 尿路造口袋更换	(120)
第三节 阴囊伤口负压引流管护理	(122)
第八章 骨科护理技术	(124)
第一节 颈托佩戴	(124)
第二节 胸腰支具使用	(125)
第三节 腰围护理	(126)
第四节 枕颌吊带牵引使用	(127)
第五节 无动力助行架使用	(129)
第六节 拐杖使用	(130)
第七节 骨牵引	(131)
第八节 防压疮气垫床使用	(132)
第九节 抗血栓压力袜使用	(133)
第十节 气压式血液循环驱动器使用	(134)

第十一节	颈腕吊带使用	(135)
第十二节	自体血回输装置	(136)
第十三节	骨科患者制动	(137)
第十四节	骨科轴线翻身	(140)
第十五节	膝关节穿刺	(141)
第九章	神经外科和介入血管外科护理技术	(143)
第一节	更换脑室引流袋医护配合	(143)
第二节	硬膜外及残腔引流管拔管医护配合	(144)
第三节	介入治疗后拆除绷带	(146)
第四节	脑室穿刺术医护配合	(147)
第五节	经动脉导管泵入药物	(148)
第十章	外科重症监护室护理技术	(150)
第一节	气管插管术护理配合	(150)
第二节	应用纤维支气管镜吸痰护理配合	(152)
第三节	中心静脉导管插管护理配合	(153)
第四节	动脉血气分析仪使用	(154)
第五节	连续性静脉—静脉血液滤过(CWH)	(155)
第六节	G5振动排痰机使用	(157)
第七节	暖风机使用	(159)
第八节	水毯式医用控温仪使用	(160)
第九节	人工气道固定	(161)
第十节	气管插管拔除护理配合	(162)
第十一章	妇科护理技术	(164)
第一节	输卵管造影插管医护配合	(164)
第二节	阴道擦洗	(166)
第三节	阴道冲洗和给药	(167)
第四节	药物引产接生	(169)
第十二章	产科护理技术	(170)
第一节	产科会阴擦洗	(170)
第二节	24小时动态血糖监测	(171)
第三节	产房阴道检查	(172)
第四节	产房外阴消毒	(173)
第五节	产房催产素点滴引产	(174)
第六节	产房会阴切开缝合	(176)
第七节	产房多普勒听胎心	(178)

第八节	产科胎心监护	(179)
第九节	产科接生	(180)
第十三章	妇产科门诊护理技术	(183)
第一节	测量宫高和腹围	(183)
第二节	妇产科骨密度检测	(184)
第三节	妇产科盆底治疗	(185)
第四节	妇产科门诊血糖监测	(186)
第五节	妇产科门诊阴道镜检查	(177)
第六节	妇产科门诊营养分析	(187)
第七节	妇产科门诊营养筛查	(189)
第十四章	小儿血液科护理技术	(190)
第一节	化疗药物外渗处理	(190)
第二节	鼻出血处理	(191)
第三节	骨髓抑制期饮食双消毒的处理	(192)
第四节	化疗引起口腔黏膜损伤的处理	(193)
第五节	温水擦浴	(194)
第十五章	小儿肾脏科护理技术	(196)
第一节	化疗药物外渗处理	(196)
第二节	鼻出血处理	(197)
第三节	骨髓抑制期饮食双消毒的处理	(198)
第四节	化疗引起口腔黏膜损伤的处理	(199)
第五节	温水擦浴	(200)
第十六章	小儿神经科护理技术	(202)
第一节	婴幼儿急性弛缓性麻痹便标本留取	(202)
第二节	视频脑电图监测	(203)
第三节	保护性约束	(204)
第四节	血苯丙氨酸—四氢蝶呤负荷试验	(205)
第五节	血酮的测量	(206)
第六节	生酮饮食热卡计算	(208)
第十七章	新生儿科护理技术	(210)
第一节	新生儿气管内吸痰	(210)
第二节	新生儿脐静脉置管	(211)
第三节	新生儿脐动脉置管	(213)
第四节	新生儿沐浴	(215)
第五节	新生儿密闭式输血	(216)

第六节	新生儿留置针穿刺	(217)
第七节	新生儿口腔护理	(218)
第八节	新生儿静脉营养液配制	(219)
第九节	新生儿换血	(221)
第十节	新生儿光照疗法	(223)
第十八章	耳鼻喉科、头颈外科护理技术	(225)
第一节	外耳道滴药	(225)
第二节	鼻腔滴药	(226)
第三节	鼻毛修剪	(227)
第四节	鼻腔冲洗	(228)
第五节	外耳道冲洗	(229)
第六节	耳周备皮	(230)
第七节	皮肤点刺试验	(231)
第十九章	眼科护理技术	(233)
第一节	滴眼药水	(233)
第二节	眼用软膏用药	(234)
第三节	泪道冲洗	(235)
第四节	剪睫毛	(237)
第五节	结膜下注射	(238)
第六节	球后注射	(239)
第二十章	皮肤科护理技术	(242)
第一节	皮肤给药	(242)
第二节	冷湿敷法	(243)
第三节	清疮换药	(244)
第四节	封包疗法	(246)
第五节	浸浴疗法	(247)
第二十一章	急救护理技术	(249)
第一节	洗胃术	(249)
第二节	心脏电复律术	(254)
第三节	急诊临时性人工心脏起搏术	(260)
第四节	气道开放技术	(262)
第五节	血管穿刺技术	(267)
第六节	危重病监测技术	(273)
第二十二章	常见危重症的急救护理	(277)
第一节	急性心肌梗死	(277)

第二节 急性冠状动脉综合征 (285)

第三节 心律失常 (294)

第四节 高血压危象 (299)

第五节 心脏骤停与心肺脑复苏 (305)

第六节 急性呼吸窘迫综合征 (321)

第七节 慢性阻塞性肺疾病 (327)

第二十三章 器官衰竭病人的急救护理 (335)

第一节 急性心力衰竭 (335)

第二节 急性呼吸衰竭 (337)

第三节 急性肾衰竭 (340)

第四节 急性肝衰竭 (343)

第五节 多器官功能不全综合征 (350)

参考文献 (356)

第一章 呼吸系统疾病病人的护理

第一节 呼吸系统疾病病人常见症状体征的护理

呼吸系统由鼻、咽、喉、气管、支气管、肺泡、胸膜、胸廓及膈组成。呼吸系统的主要功能是进行气体交换，并具有防御、免疫、神经内分泌及代谢功能。由于呼吸系统与外界相通，有害物质可直接侵入造成损害。呼吸系统疾病最常见的病因是感染，其他致病因素有大气污染、吸烟、变态反应、创伤及肿瘤等。近年来，慢性阻塞性肺疾病、肺结核、支气管哮喘和支气管肺癌的发病率呈增高趋势，许多疾病呈慢性病程，肺功能逐渐损害，最终使病人致残甚至危及生命。因此，呼吸系统疾病的防治和护理十分重要。目前，我国在呼吸器官的基础研究方面取得了显著的成就，呼吸系统疾病得以更早期、更准确的诊断。新药物、新技术的不断问世，以及呼吸道监护病房的设置和整体护理的开展，极大地提高了医疗和护理水平。

呼吸系统疾病的常见症状有咳嗽与咳痰、肺源性呼吸困难、咯血和胸痛等。

一、咳嗽与咳痰

咳嗽是呼吸系统疾病最常见的症状，是一种反射性防御动作，借以清除呼吸道分泌物及气道内异物，但剧烈咳嗽可对机体造成损害。咳痰是借助咳嗽将气管、支气管内分泌物从口腔排出体外的动作。咳嗽的常见病因有呼吸道疾病、理化因素、胸膜疾病及心血管疾病等。其中呼吸道感染是引起咳嗽、咳痰的最常见原因。

【护理评估】

(一)健康史

注意询问病人有无下列病史：①呼吸系统疾病：如上呼吸道感染、支气管炎、支气管扩张症、支气管肺癌、肺炎及肺结核等。②胸膜疾病：如胸膜炎及自发性气胸等。③心血管疾病：如风湿性心脏瓣膜病、高血压性心脏病、冠状动脉粥样硬化性心脏病等。④理化因素：吸入刺激性气体、异物等。⑤其他：胃食管反流、服用血管紧张素转换酶等。

(二)身体状况

1. 咳嗽的性质。咳嗽无痰或痰量很少,称为干性咳嗽。多见于急性咽喉炎、急性支气管炎、胸膜炎及肺结核初期;咳嗽伴有痰液,称为湿性咳嗽。常见于慢性支气管炎、支气管扩张症、肺炎、肺脓肿及空洞性肺结核等。

2. 咳嗽的时间。突然发作的咳嗽,多见于吸入刺激性气体和气管、支气管异物;长期反复发作的慢性咳嗽,多见于慢性呼吸系统疾病,如慢性支气管炎、慢性肺脓肿等;夜间或晨起时咳嗽加剧,多见于慢性支气管炎、支气管扩张症、肺脓肿及慢性纤维空洞性肺结核;左心衰竭常于夜间出现阵发性咳嗽。

3. 咳嗽的音色。金属音的咳嗽,见于支气管管腔狭窄或受压的情况,如支气管肺癌、纵隔肿瘤;咳嗽声音嘶哑,见于喉炎、喉癌等;犬吠样咳嗽,见于喉部疾病或气管受压。

4. 痰的性状。痰的性状可分为黏液性、浆液性、脓性、黏液脓性及血性等。白色黏痰见于慢性支气管炎;脓性痰提示呼吸道化脓性感染;痰中带血丝或血痰见于肺结核、支气管肺癌、肺梗死等;铁锈色痰见于肺炎球菌肺炎;粉红色泡沫状痰见于急性肺水肿;痰有恶臭味,提示肺部厌氧菌感染。

5. 伴随症状。咳嗽伴呼吸困难者常见于喉水肿、慢性阻塞性肺疾病、重症肺炎、肺结核、大量胸腔积液及气胸等;咳嗽伴发热者常见于呼吸道感染、肺炎及胸膜炎等;咳嗽伴咯血者常见于支气管扩张症、肺结核、支气管肺癌及二尖瓣狭窄等;咳嗽伴大量脓性痰者常见于肺脓肿、支气管扩张症等;咳嗽伴胸痛者常见于肺炎、肺结核、胸膜炎及气胸等。

(三)心理-社会状况

频繁、剧烈的咳嗽,尤其是夜间咳嗽或大量咳痰者,常出现烦躁不安、失眠、注意力不集中、焦虑及抑郁等,影响生活和工作;痰中带血时病人可出现紧张,甚至恐惧心理。

(四)辅助检查

血常规、痰液检查、胸部x线检查、血气分析及肺功能等各项检查,有助于病因诊断及病情判断。

【常见护理诊断/问题】

清理呼吸道无效与痰液黏稠、胸痛、意识障碍导致咳嗽无效等有关。

【护理目标】

病人能有效咳嗽,顺利排出痰液。

【护理措施】

1. 环境及体位。保持室内空气新鲜、流通、安静,温度在18~20℃,湿度在50%~60%,尽可能让病人取高枕卧位或采取舒适坐位,保证病人充分休息。

2. 饮食护理。慢性咳嗽能量消耗增加,给予高蛋白、高维生素、足够热量饮食,避免油腻、辛辣食物,以免刺激呼吸道加重咳嗽。保证每日饮水量在1500ml以上,以保持呼吸道黏膜湿润和病变黏膜的修复,利于痰液的排出。

3. 促进有效排痰

(1)指导病人有效咳嗽：适用于神志清醒尚能咳嗽者。病人取坐位或立位，先行5~6次深而慢的呼吸，然后深吸气至膈肌完全下降，屏住呼吸3~5秒，身体前倾，从胸腔进行2~3次短促有力的咳嗽，咳嗽同时收缩腹肌，或用手按压上腹部，帮助痰液咳出。

(2)胸部叩击：适用于长期卧床、久病无力咳嗽者。病人取侧卧位，护士将手的五指指腹并拢、向掌心微弯曲呈空心掌状，自下而上、由外向内迅速而有节律地叩击病人胸壁，震动气道，每一肺叶叩击1~3分钟，每分钟120~180次，同时鼓励病人咳嗽，以促进痰液排出。胸部叩击力量要适中，以不使病人感到疼痛为宜，每次叩击时间以5~15分钟为宜，应在餐后2小时至餐前30分钟进行，以避免胸部叩击过程中诱发呕吐。

(3)气道湿化：适用于痰液黏稠难以咳出者。气道湿化包括气道湿化治疗和雾化治疗两种方法。前者是通过湿化器装置，提高吸入气体的湿度，以湿润气道黏膜、稀释痰液；后者是应用特制的气溶液装置将水分和药物形成气溶胶的液体微粒或固体颗粒，使之吸入并沉积于呼吸道和肺泡，既可稀释痰液，还具有治疗疾病、改善症状的作用。

(4)体位引流：适用于痰液量较多、呼吸功能尚好者，如支气管扩张症、肺脓肿病人。

(5)机械排痰：适用于痰液黏稠而无力咳出、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。每次吸引时间少于15秒，两次抽吸间隔时间大于3分钟，并在吸痰前、中、后适当提高吸入氧的浓度，避免吸痰引起低氧血症。

4. 病情观察。密切观察咳嗽、咳痰的特点，详细记录痰液的颜色、量、性质，注意有无痰液黏稠不易咳出及窒息等。正确收集痰液标本，及时送检。

5. 心理护理。帮助病人了解咳嗽、咳痰的相关知识，增强病人战胜疾病的信心。指导病人家属理解和满足病人的心理需求，给予心理支持。

【护理评价】

病人能否进行有效咳嗽，痰量是否逐渐减少。

二、肺源性呼吸困难

肺源性呼吸困难是由于呼吸系统疾病引起通气和(或)换气功能障碍，造成缺氧和(或)二氧化碳潴留所致。

【护理评估】

(一)健康史

询问病人有无下列呼吸系统疾病病史：①慢性阻塞性肺疾病、支气管哮喘。②喉部及气管一支气管的狭窄与阻塞：如喉头水肿、气管异物、肺癌等。③肺炎、肺结核、肺不张、肺淤血、肺梗死等。④胸膜疾病：如气胸、大量胸腔积液等。

(二)身体状况

1. 肺源性呼吸困难的类型(1)吸气性呼吸困难：多见于喉、气管、大支气管的炎症、水肿、痉挛、异物或肿瘤等。其特点是吸气显著困难，吸气时间明显延长，可伴有干咳及高调吸气性哮鸣音，严重者吸气时出现胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙凹陷，称为“三

凹征”。

(2)呼气性呼吸困难：由于肺泡弹性减弱、小支气管痉挛或狭窄所致，多见于支气管哮喘、慢阻肺阻塞性肺疾病等。其特点是呼气费力，呼气时间延长，常伴有哮鸣音。

(3)混合性呼吸困难：其发生与广泛肺部病变或肺组织受压，呼吸面积减少，影响换气功能有关，见于重症肺炎、肺结核、大量胸腔积液或气胸等。其特点是吸气与呼气均感费力，呼吸频率增快、变浅，常伴呼吸音减弱或消失。

2. 呼吸困难的分度。依据病人可耐受的运动量分为轻、中、重三度。轻度呼吸困难由中度及中度以上体力活动引起；中度呼吸困难由轻度体力活动引起；重度呼吸困难可由洗脸、穿衣、说话等活动引起，甚至休息时也有发作，不能外出活动。

3. 伴随症状。呼吸困难伴胸痛者常见于肺炎、急性渗出性胸膜炎及自发性气胸等；呼吸困难伴发热者多见于呼吸道感染性疾病；呼吸困难伴昏迷者多见于休克型肺炎、肺性脑病等。

(三)心理-社会状况

呼吸困难加重时，病人可出现焦虑、紧张、烦躁不安、失眠、甚至恐惧等心理。随着生活和工作能力的丧失，可产生悲观、沮丧等心理。

(四)辅助检查

动脉血气分析有助于判断低氧血症和二氧化碳潴留的程度。肺功能测定可了解肺功能障碍的程度和类型。胸部X线、CT检查，有助于病因诊断。

【常见护理诊断/问题】

1. 气体交换受损。与呼吸道痉挛、呼吸面积减少及换气功能障碍有关。
2. 活动无耐力。与呼吸功能受损导致的机体缺氧状态有关。

【护理目标】

病人呼吸困难减轻或消失；活动耐力逐渐提高。

【护理措施】

(一)气体交换受损

1. 环境与休息。病室环境安静舒适，保持适宜的温度、湿度，避免刺激性气体吸入。哮喘病人室内应避免尘螨、花粉、动物毛屑等过敏原存在。

2. 病情观察。监测呼吸频率、节律和深度，判断呼吸困难类型及程度；观察口唇、甲床颜色，判断缺氧的程度；监测动脉血气分析和血氧饱和度，协助调整治疗方案、判断预后。

3. 氧疗和机械通气的护理。合理氧疗是纠正缺氧、缓解呼吸困难最有效措施，应根据呼吸困难类型和程度，进行合理氧疗或机械通气。缺氧不伴二氧化碳潴留者，可用一般流量(2~4L/min)面罩给氧，低氧血症严重者，短时间内可高流量(4~6L/min)吸氧；缺氧伴二氧化碳潴留者，应持续低流量(1~2L/min)鼻导管或鼻塞法给氧，密切观察氧疗效果及不良反应。

4. 用药护理。遵医嘱应用支气管舒张剂、呼吸兴奋剂等，观察药物疗效及不良反应。

5. 心理护理。对病人进行心理安慰,增加巡视次数,以缓解其紧张情绪。病人烦躁时设法分散其注意力,指导病人做深而慢的呼吸,以缓解症状。

(二)活动无耐力

1. 休息。协助病人采取舒适体位,对于严重呼吸困难不能平卧的病人,可采取半卧位或坐位身体前倾,同时使用枕头、靠背架或床边桌等支撑物增加病人的舒适度。

2. 呼吸训练。指导慢性阻塞性肺疾病病人做腹式呼吸和缩唇呼吸的训练,防止小气道过早闭陷,利于肺内气体排出。详见本章第四节“慢性支气管炎和慢性阻塞性肺疾病病人的护理”。

3. 逐步提高活动耐力。与病人协商制订日间活动计划,以不感觉疲乏为宜。若病情允许,可有计划地逐渐增加活动量,如室内走、室外散步、快走、慢跑、太极拳等,逐步提高肺活量和活动耐力。

【护理评价】

病人呼吸困难是否减轻;活动耐力是否逐渐增加。

三、咯血

咯血是指喉及喉以下呼吸道或肺组织出血经口腔排出。咯血主要见于呼吸系统疾病和循环系统疾病,此外还可见于血液病、某些急性传染病及风湿性疾病等。在我国肺结核是引起咯血的最常见原因。

【护理评估】

(一)健康史

咯血者应注意询问有无下列病史:①呼吸系统疾病:如肺结核、支气管扩张症、肺癌、肺炎等。②心血管疾病:如二尖瓣狭窄、急性肺水肿等。③全身疾病:如急性白血病、特发性血小板减少性紫癜、钩端螺旋体病、肾综合征出血热、系统性红斑狼疮等。

(二)身体状况

1. 咯血程度的估计。24小时咯血量在100ml以内为小量咯血;达100~500ml为中等量咯血;达500ml以上或一次咯血量达300ml以上者为大量咯血。

2. 伴随症状。伴发热、脓痰见于肺结核、肺炎、肺脓肿及支气管扩张症等;伴呼吸困难、胸痛常见于肺炎、肺结核、支气管肺癌、肺梗死及二尖瓣狭窄等;伴皮肤黏膜出血常见于血液病及钩端螺旋体病、肾综合征出血热等;伴杵状指常见于支气管扩张症、肺脓肿及支气管肺癌等。

3. 窒息表现。若大咯血时,病人出现情绪紧张、面色灰暗、胸闷及咯血不畅等,往往为窒息的先兆,应予警惕。若出现表情恐怖、张口瞪目、双手乱抓、大汗淋漓、唇指发绀,甚至意识丧失提示窒息已发生。

(三)心理-社会状况

病人初次咯血时,大多数出现紧张、烦躁和恐慌情绪,若大咯血或并发窒息,病人及家属可产生极度恐惧心理。

(四)辅助检查

血常规、痰液检查、X线胸片检查、CT检查、动脉血气分析、纤维支气管镜检查、心电图检查等有助于明确病因。

【常见护理诊断 / 问题】

1. 恐惧。与突然咯血或咯血反复发作有关。
2. 有窒息的危险。与大咯血引起气道阻塞有关。

【护理目标】

病人恐惧情绪缓解；无窒息发生。

【护理措施】

(一)恐惧

对大咯血精神异常紧张的病人，应做好心理护理。条件允许时护士应守护在病人床旁，安慰病人，说明情绪放松有利于止血，嘱病人大咯血时不能屏气，以免诱发喉头痉挛、血液引流不畅形成血块导致窒息。

(二)有窒息的危险

1. 休息与体位。病室内保持安静，避免不必要的交谈，以减少肺活动度。小量咯血者应静卧休息，大咯血病人需绝对卧床休息，减少翻动。协助病人取患侧卧位，出血部位不明者取平卧位头偏向一侧，有利于健侧肺通气或防止窒息，对肺结核病人可防止病灶扩散。

2. 饮食护理。大咯血者暂禁食，小量咯血者宜进少量温凉流质饮食，多饮水，多食富含纤维素的饮食，避免刺激性食物，保持大便通畅。

3. 病情观察。密切观察病人咯血的量、次数及速度，定时监测血压、脉搏、呼吸、心率、瞳孔及意识变化。一旦发现窒息，立即报告医生并协助抢救。

4. 用药护理。遵医嘱使用止血药物，注意观察疗效及不良反应。大咯血遵医嘱使用垂体后叶素时，要控制滴数。用药过程中需注意观察有无恶心、便意感、面色苍白、心悸、腹痛及腹泻等不良反应。高血压、冠状动脉粥样硬化性心脏病、心力衰竭和妊娠者禁用。对烦躁不安者，遵医嘱适当选用镇静剂，如地西洋5~10mg肌肉注射，禁用吗啡、哌替啶，以免抑制呼吸。剧烈咳嗽者，遵医嘱予以小剂量止咳剂，年老体弱、肺功能不全者慎用，以免抑制咳嗽反射，使血块不能咯出而发生窒息。

5. 窒息的抢救配合。立即置病人头低足高45°。俯卧位，脸侧向一边，轻拍背部以利血块排出。迅速清除口腔、鼻腔内血凝块，或迅速用鼻导管接吸引器插入气管内抽吸，以清除呼吸道内的积血，必要时立即行气管插管或气管镜直视下吸取血块。气管血块清除后病人自主呼吸仍未恢复者，应行人工呼吸，给予高流量吸氧或遵医嘱应用呼吸中枢兴奋剂，同时密切观察病情变化，监测血气分析，警惕再窒息的发生。

【护理评价】

病人恐惧情绪是否缓解；有无窒息发生。

四、胸痛

胸痛是指胸部的感觉神经纤维受到某些因素(如炎症、缺血、缺氧、物理和化学因

子等)刺激后,冲动传至大脑皮质的痛觉中枢而引起的局部疼痛,主要由胸部疾病所致,少数由其他疾病引起。

【护理评估】

(一)健康史

应重点询问病人有无以下病史:①胸壁疾病:如带状疱疹、肋骨骨折、肋间神经炎等。②心血管疾病:如心绞痛、心肌梗死、急性心包炎、肺梗死等。③呼吸系统疾病:如胸膜炎、自发性气胸、支气管肺癌、肺炎等。④纵隔疾病:如纵隔炎、纵隔肿瘤、纵隔脓肿等。⑤其他疾病:如食管炎、食管癌等。

(二)身体状况

1. 胸痛的特点。胸壁病变所致胸痛,疼痛固定于病变部位,且局部有压痛;带状疱疹所致胸痛表现为成簇的水疱沿一侧肋间神经分布伴剧痛,呈刀割样、触电样或灼痛;心绞痛、急性心肌梗死疼痛多位于胸骨后或心前区,可向左肩和左臂内侧放射,呈压榨样疼痛,有窒息感或濒死感;胸膜炎疼痛多位于患侧腋下,呈尖锐刺痛,咳嗽或深呼吸时加重;自发性气胸表现为屏气或剧烈咳嗽后突然发生剧烈胸痛;食管病变引起的胸痛多在胸骨后,呈烧灼样疼痛。

2. 伴随症状。胸痛伴咳嗽、咯血者提示肺部疾病,如肺炎、肺结核、支气管肺癌等;胸痛伴呼吸困难者提示肺部大面积病变,如肺梗死、气胸及渗出性胸膜炎等。

(三)心理-社会状况

胸痛发作时常使病人产生烦躁不安、焦虑甚至恐惧心理。

(四)辅助检查

血常规、痰液、胸腔积液检查和X线检查、心电图检查、心脏彩超及CT检查等,可协助胸痛的病因诊断。

【常见护理诊断/问题】

疼痛:胸痛与病变累及胸膜或肋骨、胸骨及肋间神经等有关。

【护理目标】

病人胸痛减轻或消失。

【护理措施】

1. 体位。协助病人采取舒适的体位。胸膜炎、肺结核病人多采取患侧卧位,可减轻胸痛,有利于健侧肺呼吸。

2. 病情观察。严密观察胸痛发作的时间、部位、性质、程度及诱因。

3. 心理护理。及时向病人及家属解释胸痛的原因及护理措施,减轻其紧张不安感,取得病人及家属的信任,保证病人情绪稳定,积极配合治疗与护理。

4. 采取缓解胸痛的措施①指导病人在咳嗽或深呼吸时用手按压疼痛部位制动,减轻疼痛。②胸痛因活动而加重者可采用呼气末宽胶布(约15cm)固定患侧胸廓,减低呼吸幅度,缓解疼痛。③局部冷湿敷或肋间神经封闭疗法。④对胸痛剧烈者,如癌症引起的胸痛,可遵医嘱应用麻醉性镇静药,观察并记录药物疗效及不良反应。⑤指导病人采用放松疗法,如局部按摩、穴位按压、听音乐等,转移病人的注意力,使疼痛减轻。