

新编护理理论与 临床实践

李文锦等◎主编

新编护理理论与临床实践

李文锦等◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

新编护理理论与临床实践 / 李文锦等主编. -- 长春:
吉林科学技术出版社, 2018.8
ISBN 978-7-5578-3777-8

I. ①新… II. ①李… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第075037号

新编护理理论与临床实践

主 编	李文锦等
出 版 人	李 梁
责任编辑	许晶刚 陈绘新
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	517千字
印 张	30.75
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 978-7-5578-3777-8
定 价	125.00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:李文锦 袁 丽 聂海英

李秀华 门 岚 贾 庚

副主编:方 威 郭 凯 王 玲

安 娜 李惠斌 李雪玉

李桂杰 伏 鑫 屈 冲

编 委:(按照姓氏笔画)

门 岚 吉林大学中日联谊医院

王 玲 吉林大学中日联谊医院

方 威 吉林大学中日联谊医院

边 清 北京中医药大学东直门医院

伏 鑫 吉林大学中日联谊医院

安 娜 沈阳军区总医院

芦红梅 北京中医药大学东直门医院

李文锦 徐州市第一人民医院

李秀华 锦州医科大学附属第一医院

李 威 牡丹江医学院附属红旗医院

李桂杰 吉林大学中日联谊医院

李雪玉 原沈阳军区总医院

李惠斌 吉林大学中日联谊医院

张 鹏 牡丹江医学院附属红旗医院

屈 冲 吉林大学中日联谊医院

袁 丽 中国人民解放军第一医院

聂海英 吉林大学中日联谊医院

贾 庚 吉林大学中日联谊医院

郭 凯 吉林大学中日联谊医院



李文锦,女,1978年生,毕业于中国协和医科大学护理学院,本科学历,学士学位,副主任护师,专业方向护理教育、护理管理、手术室护理、眼科护理等。现任江苏省徐州市第一人民医院手供、眼科科护士长,江苏省护理教育专业委员会委员,徐州市护理教育专业委员会副主任委员,徐州医科大学讲师,先后在手术室、重症医学科、呼吸科、眼科从事临床护理和护理管理工作。二十多年的临床工作中积累了丰富的经验,主持并申办了徐州市手术室护理、眼科护理新知识新进展继续教育学习班,多次在国家级、省市级继续教育学习班上为学员授课,在省级以上期刊发表专业学术论文4篇。先后获得“十佳护士”、“十佳护士长”、“先进工作者”等荣誉称号和“首届徐州医科大学青年骨干教师课件比赛三等奖”、“徐州市第一人民医院青年教师技能竞赛二等奖”、“徐州市封包比赛二等奖”等奖项。



袁丽,女,生于1981年2月,汉族,兰州大学护理学本科学历,学士学位,中国人民解放军第一医院血液内分泌科主管护师。甘肃省老年医学会糖尿病专业委员;甘肃省护理学会糖尿病专业委员;全军糖尿病专科护士;国家公共营养师。主要研究方向:糖尿病、内分泌及代谢疾病、风湿系统疾病护理及临床教学。从事临床护理工作14年,发表统计源期刊论文10余篇,参与省、市科技进步奖二等奖2项(均为前四负责人),省级科技进步三等奖1项(前四负责人)。参加全国糖尿病护理学术会议,发言论文2篇;全军护理学术会议大会发言论文1篇;主编专著1部,参编专著1部。多次参加上级外训任务,多次荣获优秀护士、嘉奖、优秀带教。



聂海英,女,1972年2月出生,主管护师。现任吉林大学中日联谊医院血管外科护士长,1993年7月毕业于白求恩医科大学附设卫生学校,从事心脏外科和血管外科外科护理25年。具有系统的护理危重心脏大血管及腹部大血管的理论知识及临床操作技能。于2006年带领护理小组完成吉林省首例心脏移植术后护理工作,于2008年6月曾被吉林省卫生厅派去四川大学华西医院护理地震中受伤的危重症病人。自毕业以来,一直从事临床一线工作,同时负责临床护理学生带教工作。

前 言

护理是一门研究如何诊断和处理人类对存在的或潜在的健康问题反应的学科。随着医学科技的进步与发展,生活水平的提高,人们对医护服务的要求也不断提升,对护理学科的发展而言,正是机遇与挑战并存的时刻。护理学的相关理论基础以及更多人性化的护理方法技术层出不穷,目的则是为了更好地服务患者。本编委会鉴于护理学近年来的进展,为了更好地提高临床医护人员的护理水平,特编写此书,为广大临床医护人员提供参考。

本书共分为十五章,内容包括:急诊急救护理、神经及精神疾病护理、胸外科疾病护理、消化系统疾病护理、内分泌疾病护理、血管外科疾病护理、妇产科疾病护理、眼耳鼻喉疾病护理、肿瘤护理、老年病护理、消毒供应中心护理、护理质量管理、护理安全管理、临床护理教育管理以及护理人力资源管理。

针对每个涉及的疾病都进行了详细叙述,包括疾病的介绍、护理评估、护理要点、护理目标、护理问题、护理措施、操作规范、注意事项以及对患者的健康教育等,内容丰富,重点强调临床实用价值。

为了进一步提高临床护理人员的护理水平,本编委会人员在多年临床护理经验基础上,参考诸多书籍资料,认真编写了此书,望谨以此书为广大医护人员提供微薄帮助。

本书在编写过程中,借鉴了诸多护理相关临床书籍与资料文献,在此表示衷心的感谢。由于本编委会人员均身负一线护理临床工作,故编写时间仓促,难免有错误及不足之处,恳请广大读者见谅,并给予批评指正,以更好地总结经验,以起到共同进步、提高临床护理水平的目的。

《新编护理理论与临床实践》编委会
2018年8月

目 录

第一章 急诊急救护理	(1)
第一节 心搏骤停的急救护理	(1)
第二节 急性心肌梗死的急救护理	(2)
第三节 急性左心衰竭的急救护理	(4)
第四节 大咯血的急救护理	(6)
第五节 急性呼吸窘迫综合征的急救护理	(8)
第六节 急性肺水肿的急救护理	(11)
第七节 呼吸衰竭的急救护理	(13)
第八节 上消化道出血的急救护理	(15)
第九节 糖尿病酮症酸中毒的急救护理	(17)
第十节 低血糖危象的急救护理	(19)
第十一节 甲状腺危象的急救护理	(21)
第十二节 急性中毒的急救护理	(23)
第二章 神经及精神疾病护理	(30)
第一节 短暂性脑缺血发作的护理	(30)
第二节 脑梗死的护理	(32)
第三节 脑出血的护理	(37)
第四节 癫痫的护理	(40)
第五节 颅内压增高的护理	(43)
第六节 颅脑损伤的护理	(51)
第七节 精神分裂症的护理	(58)
第八节 心境障碍的护理	(65)
第三章 胸外科疾病护理	(69)
第一节 胸部损伤的护理	(69)
第二节 肺癌的护理	(76)
第三节 食管癌的护理	(81)
第四章 消化系统疾病护理	(87)
第一节 胃炎的护理	(87)
第二节 消化性溃疡的护理	(91)
第三节 肠结核的护理	(95)
第四节 溃疡性结肠炎的护理	(99)
第五节 肝硬化的护理	(102)
第六节 原发性肝癌的护理	(110)
第七节 肝性脑病的护理	(114)

第八节 上消化道大量出血的护理	(119)
第五章 内分泌疾病护理	(125)
第一节 腺垂体功能减退症的护理	(125)
第二节 生长激素缺乏症的护理	(130)
第三节 性早熟的护理	(134)
第四节 先天性甲状腺功能减低症的护理	(137)
第五节 单纯性甲状腺肿的护理	(141)
第六节 甲状腺功能亢进症的护理	(145)
第七节 甲状腺功能减退症的护理	(159)
第八节 原发性醛固酮增多症的护理	(164)
第九节 糖尿病的护理	(168)
第六章 血管外科疾病护理	(178)
第一节 颈动脉狭窄的护理	(178)
第二节 锁骨下动脉狭窄的护理	(182)
第三节 颈动脉体瘤的护理	(185)
第四节 腹主动脉瘤的护理	(188)
第五节 主动脉夹层的护理	(191)
第六节 中主动脉综合征的护理	(194)
第七节 下肢动脉硬化闭塞症的护理	(197)
第八节 急性下肢缺血的护理	(200)
第九节 腘动脉陷迫综合征的护理	(202)
第十节 肾动脉狭窄的护理	(204)
第十一节 巴德—吉亚利综合征的护理	(207)
第七章 妇产科疾病护理	(210)
第一节 常用妇科诊疗技术及护理	(210)
第二节 常用产科诊疗技术及护理	(217)
第三节 子宫颈癌的护理	(224)
第四节 子宫肌瘤的护理	(228)
第五节 子宫内膜癌的护理	(231)
第六节 妊娠滋养细胞疾病的护理	(233)
第七节 不孕症及辅助生殖技术的护理	(240)
第八节 异常妊娠的护理	(249)
第八章 眼耳鼻喉疾病护理	(270)
第一节 眼睑及泪器疾病的护理	(270)
第二节 结膜疾病的护理	(278)
第三节 巩膜和角膜病的护理	(284)
第四节 白内障的护理	(292)
第五节 青光眼的护理	(297)

第六节	葡萄膜炎的护理	(305)
第七节	眼外伤的护理	(308)
第八节	耳鼻咽喉科患者的护理	(318)
第九章	肿瘤护理	(328)
第一节	鼻咽癌的护理	(328)
第二节	喉癌的护理	(334)
第三节	甲状腺癌的护理	(340)
第十章	老年病护理	(347)
第一节	慢性阻塞性肺疾病的护理	(347)
第二节	胸腔积液的护理	(350)
第三节	肺栓塞的护理	(352)
第四节	睡眠呼吸暂停低通气综合征的护理	(356)
第五节	反流性食管炎的护理	(359)
第六节	老年骨质疏松症的护理	(362)
第十一章	消毒供应中心护理	(365)
第一节	回收	(365)
第二节	分类	(370)
第三节	清洗	(376)
第四节	消毒	(388)
第五节	干燥	(394)
第六节	清洗质量的检查与器械保养	(397)
第七节	包装	(403)
第八节	灭菌	(413)
第十二章	护理质量管理	(434)
第一节	概述	(434)
第二节	护理质量管理的方法	(438)
第三节	护理质量评价与持续质量改进	(440)
第四节	临床护理路径	(442)
第十三章	护理安全管理	(445)
第一节	概述	(445)
第二节	护理缺陷的管理	(448)
第十四章	临床护理教育管理	(451)
第一节	临床护理教育管理概述	(451)
第二节	临床护理教育管理发展现状	(452)
第三节	临床护理教育管理发展趋势	(457)
第四节	临床护理课程管理	(459)
第十五章	护理人力资源管理	(466)
第一节	概述	(466)

第二节 护理人员的编配 (470)

第三节 护理人力资源的管理 (476)

第四节 护理人才的流动与稳定 (486)

参考文献 (490)

第一章 急诊急救护理

第一节 心搏骤停的急救护理

心搏骤停是指心脏射血功能突然终止,丧失有效的泵血功能,为临床急症。若不及时、正确、有效地抢救,会造成脑及全身器官组织不可逆的损害而导致死亡。

一、评估要点

1. 病因评估 引起心搏骤停的原因主要为心脏本身的原因,也可由于非心脏的原因。

(1)心脏病性原因:冠心病(最易引起心搏骤停)、瓣膜病变、心肌病、高度房室传导阻滞、某些先天性心脏病等。

(2)非心脏病性原因:触电、溺水、电解质异常、酸碱平衡失调、某些药物中毒等。

2. 症状体征评估

(1)意识突然丧失或伴有短阵抽搐,抽搐常为全身性,持续时间长短不一,多发生于心脏停搏后 10s 以内。

(2)颈动脉搏动消失,心音消失,血压测不到。

(3)呼吸断续,呈叹息样或短促痉挛性呼吸,随后即停止,多发生在心脏停搏后 20~30s。

(4)昏迷,多发生于心脏停搏后 20~30s。

(5)瞳孔散大,对光反射消失,多发生在心脏停搏后 30~60s。

二、急救护理

1. 现场救治

(1)备齐抢救药品和器械。

(2)心搏骤停一旦发生,应迅速、准确、有效地抢救。

(3)恢复循环。施救者应立刻开始胸外心脏按压,按压深度是 5~6cm,按压频率为 100~120 次/min,按压需与人工呼吸配合进行。

(4)畅通气道。迅速清除口、鼻、咽腔内分泌物,取出义齿,使头后仰,舌后坠时用舌钳将其拉出,以防阻塞气道。

(5)人工呼吸。在保证气道通畅的同时立即进行人工呼吸,可口对口呼吸或放置气管插管后呼吸机辅助呼吸。

(6)快速除颤,分别将电极板置于心底部(胸骨右缘第 2~3 肋间)和心尖部(左锁骨中线第 5 肋间)。如使用单向波除颤仪,则所用电击均应选择 360J;如使用双向波除颤仪,首次电击时可选 150~200J,必要时再给予电击。

(7)有效的高级生命支持。迅速建立静脉通道,以选择四肢近心端大静脉或颈外、锁骨下静脉为宜,给予急救药物应用。

(8)复苏过程中密切观察患者的意识、瞳孔、心率、心律、心音、脉搏、呼吸、血压的变化。

(9)当患者心脏复跳时,可转送至医院进一步治疗。

2. 复苏后护理及病情观察

(1) 监测心电图、血压、血氧饱和度, 密切观察心率、心律及心电图的变化。如发现心率过快或过慢、心律不齐等, 应立即通知医生, 查清心律失常的原因及性质, 遵医嘱及时准确地给予抗心律失常药物, 备好除颤仪, 以防心室颤动和心搏骤停再度发生。

(2) 保持气道通畅, 对无自主呼吸或气道分泌物多而不易咳出的患者, 及早行气管插管或气管切开术, 对有自主呼吸的患者要及时吸痰。

(3) 密切观察呼吸频率及深浅的变化。

(4) 注意观察瞳孔的变化及各种反射。

(5) 记录 24h 出入水量, 观察并记录每小时尿量、尿比重, 必要时留置尿管。如尿量 $< 20\text{mL/h}$, 可能为早期肾衰竭, 应严格控制水摄入量。

(6) 降低体温。将冰袋放在患者颈部、腋下及腹股沟, 患者头戴冰帽, 也可配合冬眠疗法, 以减少脑细胞耗氧量; 遵医嘱使用脱水药, 降低颅内压; 早期进行高压氧治疗, 改善脑缺氧。

(7) 遵医嘱使用中枢兴奋药及血管活性药物, 以保护心、脑、肾等重要脏器的功能。

(8) 患者复苏后给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化的流质饮食。

三、健康教育

1. 向患者及其家属宣教疾病的主要病因、诱发因素及预防。

2. 定期进行健康检查, 按时服药, 监测血压, 定期复查肝功能、血脂、血糖等。

3. 规律生活, 保持心情舒畅, 避免情绪激动及精神过度紧张。

4. 适当安排生活及工作, 以不感到疲劳为宜, 保证充足睡眠。

5. 给予低盐、低脂饮食, 忌烟限酒, 避免食用辛辣刺激性食物。

(方威)

第二节 急性心肌梗死的急救护理

急性心肌梗死, 系在冠状动脉病变的基础上, 发生冠状动脉血供急剧减少或中断, 使相应的心肌严重而持久地急性缺血导致心肌坏死。常可发生心律失常、心源性休克或心力衰竭等严重并发症。

一、评估要点

1. 病因评估 本病的基本病因是冠状动脉粥样硬化。引起冠状动脉粥样硬化的原因有高血压、高血脂、肥胖、高龄、糖尿病、遗传因素等。

2. 症状体征评估

(1) 先兆: 多数患者发病前数日或数周有乏力、胸部不适、活动时心悸、气急、烦躁等先兆症状, 最常见的为既往无心绞痛者出现心绞痛, 原有稳定型心绞痛变为不稳定型, 且频繁发作, 程度较重, 持续时间较长, 硝酸甘油疗效较差。

(2) 症状

1) 疼痛: 为最早出现的、最突出的症状。其性质和部位与心绞痛相似, 但程度更剧烈, 常呈难以忍受的压榨、窒息或烧灼样感觉, 伴有大汗淋漓、烦躁不安、恐惧和濒死感, 持续时间可

长达 1~2h,服用硝酸甘油无效。少数患者疼痛可位于上腹部、颈部或背部,个别患者为无痛型心肌梗死。

2)全身症状:表现为发热、心动过速、白细胞增高和红细胞沉降率增快等。

3)心律失常:以室性心律失常最多,尤其是室性期前收缩。前壁心肌梗死易发生室性心律失常,下壁心肌梗死则易发生房室传导阻滞及窦性心动过缓。

4)低血压和休克:疼痛发作期间血压下降常见,但未必是休克,如疼痛缓解而收缩压仍低于 80mmHg,且患者表现为烦躁不安、面色苍白、皮肤湿冷、脉搏细数、尿少、神志迟钝等,则为休克表现。

5)心力衰竭:主要为急性左心衰竭,为心肌梗死后心脏舒缩力显著减弱或不协调所致。

3. 并发症评估

(1)乳头肌功能失调或断裂,严重者可导致急性左心衰竭,甚至死亡。

(2)心脏破裂,多为心室游离壁破裂,偶有室间隔破裂。

(3)心室壁瘤,主要见于左心室。

(4)栓塞,见于起病 1~2 周,可引发脑、肾、脾、四肢等的动脉栓塞。

(5)感染、发热、胸痛等。

(6)梗死后综合征,表现为心包炎、胸膜炎或肺炎等。

二、急救护理

1. 体位 急性期取半卧位,疼痛时应绝对卧床休息,保持环境安静,限制探视,减少干扰,以减少心肌耗氧量,有利于缓解疼痛。

2. 吸氧 急性期持续高流量吸氧,严重时可用面罩加压吸氧,症状减轻后可间断吸氧。

3. 病情观察

(1)持续心电监护监测生命体征。

(2)注意观察心肌梗死发作部位、次数、持续时间、疼痛性质,以及有无并发症发生,并做好记录。

(3)合并心力衰竭者,应密切观察患者有无呼吸困难、咳嗽、咳痰、尿少等症状,听诊肺部有无湿啰音;指导患者避免情绪激动、饱餐、用力排便等可加重心脏负担的因素,一旦发生,则按心力衰竭进行护理。

(4)合并心律失常者,发现频发室性期前收缩,多源性的、成对的室性期前收缩或严重的房室传导阻滞时,应立即通知医生,警惕心室颤动或心脏停搏的发生,监测电解质和酸碱平衡状况,准备好急救药物和抢救设备如除颤仪、起搏器等,随时准备抢救。

4. 饮食护理 给予高维生素、低盐、低脂、低胆固醇、易消化、无刺激性的饮食,少量多餐。

5. 药物护理

(1)消除心律失常。根据心律失常情况及时应用抗心律失常药物。

(2)治疗心力衰竭。主要是治疗急性左心功能不全。除应用吗啡、利尿药外,应选用血管扩张药减轻心脏前、后负荷。急性心肌梗死发生后 24h 内尽量避免使用洋地黄制剂。

(3)治疗休克。选用升压药物及血管扩张药,补充血容量,纠正酸中毒。

(4)运用静脉内溶栓疗法,遵医嘱应用阿替普酶等。

(5)极化疗法。静脉滴注极化液,可恢复心肌细胞膜极化状态,改善心肌收缩功能,减少

心律失常。

(6)抗凝疗法。多用在溶栓疗法之后,防止梗死面积扩大及再梗死。

(7)早期应用 β 受体阻滞药可降低心肌再梗死率,改善梗死后左室重构。

三、健康教育

1.对患者进行相关疾病(如高血压、高血脂、糖尿病)知识的教育,使其积极配合治疗,按时服药,定期复查。

2.活动要适量,避免过度劳累,避免情绪激动,注意防寒保暖。

3.限制钠盐摄入,不暴饮暴食,避免刺激性的食物;多食蔬菜、水果,保持大便通畅,必要时使用缓泻剂。

4.随身携带硝酸甘油以备急用,药品妥善放置,防止丢失、受潮、失效等。

5.教会患者及其家属简单的家庭救护方法,患者感到不适时应采取相应的措施 ①就地休息,不要用力。②拨打“120”急救电话。③迅速舌下含服随身携带的硝酸甘油等药物。④有条件时给予高流量吸氧。⑤如果患者出现呼吸、心搏骤停,应立即给予胸外心脏按压。

(方威)

第三节 急性左心衰竭的急救护理

急性左心衰竭是指由于急性心脏功能异常引起的左心室代偿功能不全而发生的心力衰竭,临床上多表现为急性肺水肿或心源性休克。

一、评估要点

1.病因评估 常见病因有急性心肌梗死、乳头肌断裂、室间隔破裂穿孔、感染性心内膜炎、高血压心脏病血压急剧升高、心律失常、感染、妊娠与分娩、劳累和情绪激动、输血或输液过多过快等。

2.症状体征评估

(1)典型表现:突然出现严重呼吸困难、端坐呼吸、窒息感、口唇发绀、烦躁不安、咳嗽伴咳大量粉红色泡沫样痰。面色灰白或发绀,大汗,皮肤湿冷。早期血压可一过性升高,如不能及时纠正,血压可持续下降直至休克。

(2)心脏体征:患者心率增快,心尖部可闻及舒张期奔马律,肺动脉瓣第二心音亢进。

(3)肺部体征:两肺布满湿啰音及哮鸣音。

二、急救护理

1.体位 半卧位或端坐位,双腿下垂,以减少静脉回流。

2.吸氧 立即高流量(4~6L/min)鼻导管氧气吸入,严重者采用无创呼吸机持续气道正压(CPAP)或双水平气道正压(BiPAP)通气给氧,增加肺泡内压,既可加强气体交换,又可对抗组织液向肺泡内渗透。

3.救治准备 静脉通道开放,留置导尿管,心电监护及血氧饱和度监测等。

4. 用药护理

(1)镇静:吗啡 3~5mg 静脉注射不仅可以使患者镇静,减少躁动所带来的额外心脏负担,同时也具有舒张小血管的功能,因而可以减轻心脏负荷。老年患者可减量或改为肌肉注射。

(2)利尿药:注意观察有无电解质紊乱,防止低血钾发生。除利尿作用外,还有静脉扩张作用,有利于肺水肿缓解。

(3)洋地黄类:5%葡萄糖注射液 20mL 加毛花苷丙(西地兰)0.4~0.8mg 静脉注射,必要时 2~4h 可再给予 0.2~0.4mg。病情缓解后,可给予地高辛口服维持。

(4)氨茶碱:解除支气管痉挛,并有一定的增强心肌收缩、扩张外周血管作用。

(5)血管扩张药:硝普钠为动、静脉血管扩张药,静脉注射后 2~5min 起效,起始剂量 $0.3\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$,静脉滴注,根据血压逐步增加剂量。硝酸酯类可扩张小静脉,减少回心血量,常用药物包括硝酸甘油、硝酸异山梨酯等。

5. 饮食生活护理

(1)给予低盐、低脂、高维生素、清淡、易消化且营养丰富的饮食,少量多餐,不宜过饱。

(2)保持大便通畅。指导患者采取通便的措施,如每天不定时顺时针按摩腹部,必要时可给予缓泻剂应用。

6. 休息与活动

(1)保持空气清新、温湿度适宜、安静舒适,限制探视,告知患者及其家属休息与睡眠的重要性。必要时使用镇静药物,帮助患者入睡。

(2)遵医嘱及时准确应用各种药物减轻呼吸困难,根据病情取舒适卧位。

(3)患者心力衰竭缓解后根据其心功能分级决定活动量,并循序渐进增加活动量,活动以不感到劳累为宜。

(4)若活动过程中有呼吸困难、胸闷、心悸、头晕、疲劳、大汗、面色苍白等情况,应立即停止活动。如休息后症状仍不能缓解,应及时通知医生。

三、健康教育

1. 指导患者积极治疗原发病,注意避免心功能不全的诱发因素,如感染、过度劳累、饮食过饱、情绪激动、用力排便、输液过快过多等。

2. 饮食宜清淡、易消化;多食蔬菜、水果,防止便秘;戒烟酒、浓茶、咖啡等。服用利尿药尿量多时应多吃红枣、橘子、香蕉、韭菜等含钾高的食物,适当补钾。

3. 合理安排活动与休息,保证充足的睡眠,避免重体力劳动,以免诱发心力衰竭。患者可做有氧活动,如散步、打太极拳等。

4. 告知患者严格遵医嘱用药,不随意增减或更换药物。

5. 长期应用洋地黄类药物者,应教会其每天晨起自测脉搏,脉率低于 60 次/min 或高于 100 次/min,应暂停药物;使用血管扩张药时,改变体位时动作不宜过快,以防止发生体位性低血压。

6. 日常生活中注意防寒保暖,防止受凉。

7. 嘱患者定期门诊随访,防止病情发展。告知患者若出现乏力、腹胀、纳差等症状,应立即就医。

(方威)

第四节 大咯血的急救护理

咯血是指喉及喉以下呼吸道或肺组织的血管破裂出血,血液随咳嗽动作从口腔排出。咯血者常有胸闷、喉痒和咳嗽等先兆症状,咯出的血多数鲜红,混有泡沫或痰,呈碱性。咯血常见的诱因有用力、屏气、剧烈咳嗽、食用或饮用过热的食物、在温度过高的环境下服用某些抗凝药物。

一、评估要点

1. 病因评估 咯血主要由呼吸系统疾病引起,也可见于循环系统及其他系统疾病。在我国,引起咯血的前三位病因是肺结核、支气管扩张和支气管肺癌。青壮年咯血常见于肺结核、支气管扩张、二尖瓣狭窄等。

2. 症状体征评估

(1) 判断咯血的严重程度

1) 小量咯血:24h 咯血量 $<100\text{mL}$ (痰中带血)。常见于支气管炎、肺炎、支气管肺癌患者。

2) 中等量咯血:24h 咯血量在 $100\sim 500\text{mL}$ 。常见于支气管异物、外伤、急性肺水肿、支气管扩张、肺结核患者。

3) 大咯血:如一次咯血量 $>300\text{mL}$ 、24h 咯血量 $>500\text{mL}$ 。主要见于空洞性肺结核、支气管扩张和慢性肺脓肿患者。持续咯血需输液以维持血容量,注意预防因气道阻塞而发生的窒息。

(2) 观察咯血的颜色:因肺结核、支气管扩张、肺脓肿和出血性疾病所致咯血,其颜色为鲜红色;铁锈色血痰可见于典型的肺炎球菌肺炎,也可见于肺吸虫病和肺泡出血;砖红色胶冻样痰见于典型的肺炎克雷伯杆菌肺炎;二尖瓣狭窄所致咯血多为暗红色;左心衰竭所致咯血为浆液性粉红色泡沫样痰;肺栓塞引起的咯血为黏稠暗红色血液。

(3) 判断是否发生窒息:窒息是咯血直接致死的主要原因,窒息发生时患者可表现为咯血突然减少或终止,表情紧张或恐惧,大汗淋漓,两手乱指或指喉头(示意空气吸不进来),继而出现发绀、呼吸音减弱、全身抽搐,甚至心搏呼吸停止而死亡。

(4) 判断有无再咯血的征象:如胸闷、烦躁、面色苍白、出冷汗、呼吸音减弱、粗糙或有啰音、管状呼吸音等。

3. 心理评估 突然大量咯血可使患者产生恐惧不安、精神紧张、悲观失望等不良心理反应,反复咯血可能导致焦虑。应评估患者的心理反应、对疾病的认识程度、有无对治疗失去信心和不合作现象等。

二、急救护理

1. 严密观察病情

(1) 密切观察患者咯血的量、颜色、性质及出血的速度,观察患者生命体征及意识状态的变化,有无胸闷、气促、呼吸困难、发绀、面色苍白、出冷汗、烦躁不安等窒息征象,有无阻塞性肺不张、肺部感染及休克等并发症的表现。

(2) 观察治疗效果,特别是药物不良反应,根据病情及时调整药物滴速。

(3)观察有无并发症的表现,如有,及时处理。对大咯血伴休克的患者,应注意保暖。

2. 防止窒息

(1)做好抢救窒息的准备,注意患者是否有咯血窒息的前驱症状。

(2)保持正确的引流体位,护理时尽量减少翻动患者,鼓励患者轻微咳嗽,将血液咯出,以免滞留于气道内。

(3)痰液黏稠咳嗽无力者,可经鼻腔吸痰。进行吸引时,避免用力过猛,应适当转动导管。若吸引过程中导管阻塞,应立即抽出导管,此时可带出导管顶端吸住的血凝块。

(4)患者咯血时轻轻拍击其健侧背部,嘱患者不要屏气,以免诱发喉头痉挛,使血液引流不畅形成血块,导致窒息。

(5)一旦患者出现窒息征象,应立即取头低脚高、45°俯卧位,头偏向一侧,轻拍背部,迅速排出气道和口咽部的血块,或直接刺激咽部以咳出血块。必要时用吸痰管进行负压吸引。给予高流量吸氧。做好气管插管或气管切开的准备及配合工作。

3. 休息与卧位 小量咯血时以静卧休息为主,大咯血者应绝对卧床休息,尽量避免搬动患者。取患侧卧位,可以减少患侧胸部的活动度,既可以防止病灶向健侧扩散,同时又有利于健侧肺通气。

4. 饮食护理 大咯血者应禁食,小量咯血者宜进少量温流质饮食,因过凉或过热食物均可诱发或加重咯血。多饮水,多食富含纤维素的食物,以保持排便通畅,避免排便时胸腔内压力增加而引起再度咯血。避免饮用浓茶、咖啡等刺激性饮料。

5. 对症护理 安排专人护理,保持病房安静,使患者得到充分休息。保护口腔清洁,防止口咽部异物刺激引起剧烈咳嗽而诱发咯血。稳定情绪,避免精神过度紧张而加重病情。对于精神极度紧张、咳嗽剧烈的患者,可给予小剂量镇静药或镇咳药,如地西泮,禁用吗啡、哌替啶等抑制呼吸的药物。大咯血患者夜间慎用催眠药,防止熟睡中咯血不能及时排出而引起窒息。

6. 因大量咯血而出现紧张、恐惧、沮丧等心理反应的患者,告知其安静休息有利于止血,并给予心理安慰。抢救工作应迅速而不忙乱,以减轻患者的紧张情绪。患者大咯血时应有人陪伴患者,使其有安全感。

三、健康教育

1. 适当锻炼 在稳定期应适当进行体育锻炼。可以按照床上运动、床边运动、室内走动的顺序慢慢增加活动量,逐步过渡到行走、慢跑、做家务等,不可操之过急。不可过度劳累,避免剧烈咳嗽。

2. 在大咯血时应暂禁食 病情稳定及少量咯血者,可给予温热的高蛋白、高热量、高维生素、易消化流质或半流质饮食,避免饮用浓茶、咖啡等刺激性饮料。避免受凉,预防呼吸道感染。保持大便通畅。

3. 保持室内环境清洁、安静、空气流通,一般温度 18~25℃,湿度 50%左右。

4. 备急救小药箱,尤其是备足止咳药物,一定要戒烟限酒,以减少咯血的诱因。

5. 定期随访 患者应定期到医院复查,如有不适,及时就诊。

(方威)