

实用 内科 疾病 护理

叶文琴 主编

金盾出版社

SHIYONG NEIKE JIBING HULI



实用内科疾病护理

主 编

叶文琴

副主编

王筱慧 袁彬娥

主 审

刘本傲

编著者

(以姓氏笔画为序)

于 蕾	于晓红	毛红娟	毛燕君	王全珍	王寿萍
王筱慧	叶文琴	苏 红	李红梅	李建平	赵燕蓓
袁彬娥	徐 洁	唐跃琼	黄素萍	蔡建英	

金 盾 出 版 社

内 容 提 要

本书共分十二章,在简要介绍内科各系统常见疾病的临床表现和治疗原则的基础上,着重介绍了各种疾病的临床护理、病情观察要点及家庭护理知识,同时还介绍了特殊检查护理、特殊治疗护理、心理护理、中毒急救护理、康复训练护理、整体护理,以及用药指导和健康教育等知识。内容深入浅出,科学实用,通俗易懂,适合广大基层护理人员和医学院校护理专业学员以及病人家属阅读。

图书在版编目(CIP)数据

实用内科疾病护理/叶文琴主编. —北京:金盾出版社,
2001.6

ISBN 7-5082-1513-3

I. 实… II. 叶… III. 内科学:护理学 IV. R473.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 06384 号

金盾出版社出版、总发行

北京太平路5号(地铁万寿路站往南)

邮政编码:100036 电话:68214039 68218137

传真:68276683 电挂:0234

封面印刷:北京民族印刷厂

正文印刷:北京3209工厂

各地新华书店经销

开本:787×1092 1/32 印张:14.25 字数:318千字

2001年6月第1版第1次印刷

印数:1—11000册 定价:14.50元

(凡购买金盾出版社的图书,如有缺页、
倒页、脱页者,本社发行部负责调换)

序

随着医学与各种医疗仪器、器械的进步与发展,近年来内科学的发展日新月异,使内科各系统疾病的诊断、治疗及护理技术有了极大提高,从前许多不认识的问题已得到明确,并为一些无法治疗的疾病带来了康复的希望。

叶文琴主任主编的《实用内科疾病护理》,既有前人研究的成果和总结,又有作者自己的学术创见,是一部具有特色的实用护理读物。本书由长海医院护理专家、教授和具有丰富护理经验的一线工作者撰写,并经内科医学专家审阅。内容丰富,观点新颖,方法实用,文字通俗易懂,是基层医护人员和家庭护理人员的理想参考读物。本书不仅是全体编审者辛勤努力的结果,也是广大护理人员智慧的结晶,值此出版之际,我谨代表广大读者向付出辛勤劳动的主编及全体编著人员致以衷心的感谢,并祝我国内科护理学科持续发展,为促进人类健康做出新的贡献。

全军护理专业委员会主任委员 李树贞

2001年1月

前 言

为了便于广大护理人员系统学习内科疾病护理的新理论、新知识、新技能,进一步提高专科护理水平,更好地为患者服务,我们编写了《实用内科疾病护理》一书。编写中,本着科学、严谨、创新的态度,既吸收国内外前人的护理经验,又融入我们长期临床实践中的经验和体会。本书的主要特点:一是内容丰富、新颖。本书在简介内科各个系统常见疾病的临床表现、治疗原则的基础上,着重介绍了各种疾病的临床护理、病情观察要点和家庭护理知识。在力求内容覆盖面广、信息量大的同时,注重内容的先进性,尽量为读者提供新理论、新方法和新的护理技术。二是深入浅出,实用性强。在重点介绍内科常见疾病护理的同时,对特殊检查、治疗的护理,以及用药指导、功能锻炼、紧急自救、健康教育等知识也作了介绍,内容力求简明扼要,通俗易懂。我们真诚希望《实用内科疾病护理》一书能成为护理工作者的良师益友,病人家属做好家庭护理的指南。

为确保本书质量,各篇文稿承蒙长海医院刘本倣、刘忠令、张国兆、邹晓平、王雅杰、赵仙先、丁继军、邓本强、余猛进、戴生明、黄勤、叶宝丽等专家、教授的指导与审阅,在此表示衷心感谢。由于时间仓促,不成熟和疏漏之处难免,恳请读者批评指正。

叶文琴

2001年1月于上海第二军医大学附属长海医院

目 录

第一章 循环系统疾病护理	(1)
第一节 心力衰竭	(1)
第二节 心律失常	(8)
第三节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(13)
第四节 心脏瓣膜病	(22)
第五节 先天性心脏病	(26)
第六节 高血压病	(33)
第七节 心肌炎	(39)
第八节 心肌病	(43)
第九节 心包疾病	(50)
第二章 呼吸系统疾病护理	(55)
第一节 急性气管-支气管炎	(55)
第二节 慢性阻塞性肺病	(57)
第三节 慢性肺源性心脏病	(61)
第四节 肺炎	(66)
第五节 肺结核	(69)
第六节 支气管哮喘	(73)
第七节 支气管扩张症	(77)
第八节 自发性气胸	(80)
第九节 原发性支气管肺癌	(84)
第十节 咯血	(88)
第十一节 呼吸衰竭	(91)

第三章 消化系统疾病护理	(97)
第一节 慢性胃炎	(97)
第二节 消化性溃疡	(99)
第三节 肝硬化	(102)
第四节 肝性脑病	(105)
第五节 原发性肝癌	(107)
第六节 急性胰腺炎	(110)
第七节 上消化道出血	(113)
第八节 溃疡性结肠炎	(116)
第九节 上消化道内镜检查与治疗	(118)
第四章 肾脏疾病护理	(121)
第一节 急性肾小球肾炎	(121)
第二节 慢性肾小球肾炎	(124)
第三节 肾病综合征	(129)
第四节 肾盂肾炎	(133)
第五节 肾功能衰竭	(137)
第五章 内分泌疾病护理	(143)
第一节 糖尿病	(143)
第二节 酮症酸中毒	(151)
第三节 尿崩症	(154)
第四节 甲状腺功能亢进	(158)
第五节 皮质醇增多症	(164)
第六章 血液和造血系统疾病护理	(170)
第一节 贫血	(170)
第二节 白血病	(182)
第三节 多发性骨髓瘤	(192)
第四节 过敏性紫癜	(196)

第五节	免疫性血小板减少性紫癜·····	(199)
第六节	血友病·····	(203)
第七节	弥散性血管内凝血·····	(207)
第八节	淋巴瘤·····	(212)
第九节	造血干细胞移植·····	(216)
第七章	风湿免疫性疾病护理·····	(231)
第一节	系统性红斑狼疮·····	(231)
第二节	类风湿关节炎·····	(235)
第三节	成人斯蒂尔病·····	(240)
第四节	痛风·····	(243)
第五节	强直性脊柱炎·····	(248)
第八章	神经系统疾病护理·····	(253)
第一节	三叉神经痛·····	(253)
第二节	面神经炎·····	(257)
第三节	急性感染性多发性神经炎·····	(260)
第四节	急性脊髓炎·····	(268)
第五节	癫痫·····	(274)
第六节	急性脑血管病·····	(284)
第七节	脑炎·····	(308)
第八节	帕金森病·····	(313)
第九节	运动神经元病·····	(317)
第十节	多发性硬化·····	(320)
第十一节	重症肌无力·····	(323)
第九章	老年病护理·····	(330)
第一节	概论·····	(330)
第二节	老年人的特点·····	(333)
第三节	老年病的护理特点·····	(339)

第四节	老年病的家庭护理·····	(356)
第十章	肿瘤护理·····	(365)
第一节	化疗病人的护理·····	(365)
第二节	放疗病人的护理·····	(378)
第十一章	急性中毒护理·····	(384)
第一节	急性中毒的一般处理·····	(384)
第二节	药物中毒·····	(390)
第三节	农药中毒·····	(398)
第四节	有害气体中毒·····	(404)
第五节	强酸、强碱中毒·····	(410)
第六节	急性酒精中毒·····	(415)
第七节	毒瘾·····	(417)
第八节	动物毒中毒·····	(420)
第九节	植物毒中毒·····	(428)
第十节	食物中毒·····	(432)
第十二章	整体护理概论与临床实践·····	(439)
第一节	整体护理的概念·····	(439)
第二节	护理程序·····	(442)
第三节	整体护理实施与护理病历·····	(443)

第一章 循环系统疾病护理

第一节 心力衰竭

充血性心力衰竭(Congestive heart failure, CHF)系指有适量静脉血回流的情况下,心排血量不足以维持组织代谢需要所产生的一种病理状态。心力衰竭本身并非一种疾病,而是一种综合征,不但心脏疾病可以引起,非心脏疾病,如甲状腺功能亢进、肾脏病、严重贫血、妊娠等,都可以引起心力衰竭。有50%~60%的器质性心脏病病人最后会发生心力衰竭。常见病因有原发性心肌舒缩功能障碍、心脏负荷过重、心室舒张受限等。据统计,有80%~90%的心力衰竭有诱发因素,最常见有感染、心律失常、妊娠和分娩、体力活动和情绪激动、输血输液过多或过快、出血和贫血、电解质紊乱和酸碱平衡失调、摄入钠盐过多等。

【临床表现】

1. 左心衰竭

(1)疲劳、乏力:平时感四肢无力,一般体力活动即感到疲劳、乏力。

(2)咳嗽、咳痰与咯血:是左心衰竭的主要症状之一。咳嗽多在体力劳动或夜间平卧时加重,同时可咳出白色泡沫痰。急性肺水肿时,可咳出大量粉红色泡沫样痰。二尖瓣狭窄、急性肺水肿及肺梗死等均可引起咯血,血色鲜红,量多少不定。

(3)呼吸困难:呼吸困难最初仅发生在重体力劳动时,休息后可自行缓解,称为劳力性呼吸困难。随着病情的发展,呼吸困难可出现在较轻的体力活动时,劳动能力逐渐下降。有的则表现为阵发性夜间呼吸困难,病人常在熟睡中惊醒。左心衰竭严重时患者即使平卧休息也感到呼吸困难,被迫取半卧位或坐位,称为端坐呼吸。

(4)急性肺水肿:严重时可有大量泡沫样液体由口、鼻涌出,面色苍白,口唇紫绀,皮肤湿冷,两肺布满啰音,血压下降,甚至休克。

(5)其他症状:可有心悸、紫绀、夜尿增多、声音嘶哑(左肺动脉扩张压迫左喉返神经)等症状。

(6)体征:除原有心脏病体征外,可有舒张期奔马律、交替脉、肺动脉瓣区第二音亢进。轻症肺底部可听到散在湿性啰音,有时伴哮鸣音。

2. 右心衰竭

(1)颈静脉怒张和内脏淤血:坐位或半卧位时可见颈静脉怒张;肝—颈返流征阳性;肝肿大并有压痛,肝脏长期淤血,可引起肝细胞变性坏死,并发展为心源性肝硬化;胃肠道淤血常引起消化不良、食欲减退、腹胀、恶心和呕吐等症状;肾脏淤血导致尿量减少,尿中可有少量蛋白和细胞。

(2)下垂性水肿:水肿多见于足踝,卧床病人则在腰、背及骶部。少数病人可出现胸水、腹水。

(3)紫绀:多为周围性,出现在肢体的下垂部分及身体的周围部位。

(4)心包积液:严重而持久的右心衰竭病例,心包腔内可有异常数量的液体漏出,发生心包积液。

(5)神经系统症状:可有焦虑、失眠、嗜睡等症状。重者可

发生昏迷。

【治疗原则】

去除病因,包括基本病因和诱发因素两个方面;减轻心脏负荷;增强心肌收缩力。

【护 理】

1. 一般护理

(1)减轻心脏负荷

①取端坐体位:病人有严重的呼吸困难、端坐呼吸时,宜取半坐位或坐位,这样的体位可使膈肌下降,胸腔负压增加,肺扩张度增大,使氧合作用增加,同时减少静脉血回流,减轻心脏负荷。

②适当的休息与活动:活动的程度应根据心力衰竭的严重程度而定,心力衰竭Ⅰ度时,应限制体力活动,尤其是应停止较强的运动;心力衰竭Ⅱ度,日常生活可自理,但应严格限制体力活动,夜间睡眠可给予高枕卧位;心力衰竭Ⅲ度时,需绝对卧床休息,日常生活应有专人辅助及护理。卧床的时间要充足,病人心脏贮备量得到恢复,但也不宜过长,要注意预防长期绝对卧床休息的并发症,例如,血栓性静脉炎、深静脉血栓形成、肺栓塞、坠积性肺炎等。心力衰竭病人的休息必须是身心两方面的休息,应努力减轻病人的焦虑等不良情绪,必要时,可适当应用镇静药,以保证病人充分休息。

③控制食物的摄取:心力衰竭的病人应摄取低热能、清淡、容易消化的食物,避免产气食物。每日摄取的热能以5022~6277千焦(1200~1500千卡)为宜,促使体重减轻,降低基础代谢率。少食多餐,减少胃肠道在消化食物时需要的血液量,减轻心脏的负荷。

④预防便秘:用力排便会大量静脉血突然回流到心脏

增加心脏的负荷,可给缓泻药物以利通便。

⑤供给氧气:心力衰竭病人的血氧浓度均有不同程度的降低,供给氧气时病人较舒适,减轻呼吸困难,可较好地休息。通常使用鼻导管给氧,氧气流量 2 升~4 升/分钟。

(2)限制过量的液体摄入

①适当限制钠的摄入:水潴留常继发于钠潴留,体内无钠潴留,就不可能有水分的潴留。正常成年人,每日食盐摄入量为 10 克左右,心衰Ⅰ度患者,每日钠的摄入平均总量应控制在 2 克~3 克(相当于氯化钠 5 克);心衰Ⅱ度患者,每日钠摄入量应限制在 1 克(相当于氯化钠 2.5 克);心衰Ⅲ度患者,每日钠的摄入量不得超过 0.4 克(相当于氯化钠 1 克)。以上所指的钠或钠盐摄入量,包括食物中原来含有的钠盐在内。

②限制水分的摄入量:水潴留是钠潴留的结果,在严格限制钠摄入时,一般水分可不必严格限制。患者的液体摄入量,以每日 1.5 升~2.0 升为宜。但对于难治性心力衰竭的病人,24 小时的饮水量不可超过 600 毫升~800 毫升,并根据病人喜好在白天饮用,通常半量在用餐时摄取,另一半量在两餐之间摄入。如果病人感觉口渴,可给予口腔护理。

③减轻焦虑:长期处在焦虑或忧郁状态,会促进钠及水分潴留。详细记录输入量、排出量及每日体重,以了解治疗效果。体重增加表示有水钠潴留。

2. 应用强心甙药物的观察及护理 洋地黄类强心甙主要作用是直接加强心肌收缩力,增加心搏血量,从而使心脏收缩末期残余血量减少,舒张末期压力下降,有利于缓解各器官的淤血,尿量增加,心率减慢。洋地黄治疗量约为中毒量的 60%,故易出现中毒,用量的个体差异又大,同一病人在不同的时期和不同的条件下也有差异。因此,给药量应因人而异。

用药期间需密切观察洋地黄的毒性反应。洋地黄的毒性反应有：①心脏反应：可出现各种心律失常和心力衰竭加重。常见的心律失常为室性期前收缩，尤其是呈二联、三联或呈多源性。其他如房性心动过速伴房室传导阻滞、交界性心动过速、各种不同程度的房室传导阻滞、室性心动过速、心房纤维颤动、窦性心动过缓等。②消化道反应：食欲不振、恶心、呕吐、腹痛、腹泻等。③神经系统反应：乏力、烦躁、易激动、昏睡及精神错乱。④视觉异常：视力模糊，色视障碍，如黄视、绿视症等。

洋地黄有蓄积作用，排泄速度慢，容易中毒，应预防洋地黄中毒的易患因素，及时发现中毒反应。洋地黄中毒的易患因素有：①低钾、低镁和高钙。②酸中毒与缺氧。③肾功能减退。④原发性的心肌病变。⑤甲状腺功能低下。⑥老年患者。⑦合并用药，如同时服用奎尼丁、胺碘酮、异搏定、倍他乐克，可使洋地黄的血浆浓度升高，而消胆胺、苯妥英钠、抗酸药物、降胆固醇药可降低洋地黄的血药浓度。

预防洋地黄中毒，首先应严格掌握用药的适应证、禁忌证，应详细检查并询问病史，及时发现和纠正易患因素。用药的方法和剂量，必须个体化，因人而异，因时而异。给药时经常听诊心率及节律的变化，如果心率太快或低于60次/分钟，或者出现新的心律失常时，暂不给药，并通知医师。静脉给药时应用5%或10%葡萄糖注射液20毫升稀释并混匀后缓慢注射，一般不少于10分钟。也可监测血药浓度。

3. 应用利尿剂的观察及护理 利尿剂可增加尿量排出，减少血液容积，减轻心脏负荷，从而缓解呼吸困难及水肿。常用的利尿剂有噻嗪类利尿剂、袢利尿剂和保钾利尿剂。噻嗪类利尿剂对血糖、血脂的代谢有不良影响，对有慢性糖尿病和高

脂血症者应慎用。呋塞米(速尿)大剂量快速静脉注射时可引起听力减退或暂时性耳聋。保钾利尿剂由于可使血钾增高,故肾功能减退及血钾偏高患者禁用。为使利尿剂更好地发挥作用,各种利尿剂可间断使用。应用利尿剂后要密切观察尿量,并每日称体重。应指导病人补充钾盐或摄取含钾高的食物。利尿效果差者,应协助医师寻找原因,如是否摄入钠盐过多,或存在低血压、低血钾、低血镁等因素。大剂量应用利尿药时应监测血压、脉搏,观察有无利尿过度引起的低血容量反应,定期测定血钾、钠、氯及肾功能,一旦发现有稀释性低钠血症,应严格限制水分的摄入。

4. 应用血管扩张剂的观察及护理 常用的扩血管剂有5类:①直接作用于血管平滑肌的扩张剂。② β -受体阻滞剂。③血管紧张素转换酶抑制剂。④钙拮抗剂。⑤其他扩血管制剂。血管扩张剂可以扩张周围小动脉,降低心脏排血时的阻力,减轻心脏后负荷;又可扩张周围静脉,减少回心血容量,减轻心脏前负荷。在用血管扩张剂时,一般先从小剂量、低速度开始,要密切观察病情变化和用药前后血压、心率的变化,随时调整用药剂量,防止血管扩张过度、心脏充盈不足、心率加快、血压下降等不良反应。若用药后收缩压较用药前降低1.33~2.67千帕(10~20毫米汞柱),应暂不给药,并通知医师。血管扩张剂常见的副作用有头痛、头晕、颜面潮红、恶心、呕吐、腹部不适、体位性低血压等。

5. 急性肺水肿的护理

(1)去除诱发因素。

(2)协助病人取半卧位或端坐位,两腿下垂,减少下肢静脉血回流,减少回心血量,减轻呼吸困难。

(3)供给氧气,以改善换气-通气功能,予高流量吸氧(6

升~8升/分钟)。氧气湿化瓶内加入30%~50%的乙醇(酒精)或1%二甲硅油,以消除呼吸道泡沫,有利于气体交换。一般用鼻导管法,也可选用面罩吸氧法,有大量泡沫外溢者,应做气管插管进行加压辅助呼吸。

(4)西地兰 0.2 毫克~0.4 毫克加入 10%或 25%葡萄糖注射液 20 毫升中缓慢静脉注射。

(5)快速利尿,呋塞米(速尿)20 毫克~40 毫克或利尿酸钠 25 毫克~50 毫克,静脉注射。

(6)血管扩张剂的应用,静滴硝酸甘油或硝普钠、酚妥拉明,如有低血压,则宜与多巴胺合用。

(7)立即皮下注射盐酸吗啡 5 毫克~10 毫克,或 3 毫克~5 毫克加入 5 毫升注射用生理盐水中稀释后静脉注射,不仅能减轻烦躁不安和呼吸困难,且能扩张静脉和动脉,从而减轻心脏前后负荷。

(8)氨茶碱 0.25 克加入 5%葡萄糖注射液 20 毫升中缓慢静脉注射,以减轻支气管痉挛,增加心肌收缩力和尿排出量。

(9)琥珀氢化可的松 50 毫克~100 毫克或地塞米松 5 毫克~10 毫克,静脉注射,降低肺毛细血管通透性,减少渗出。

(10)密切观察病情变化,及时记录血压、心率、呼吸及尿量。

6. 家庭护理

(1)继续积极治疗原发病,避免心衰的诱发因素。

(2)保持情绪稳定,以乐观的态度对待生活。体力活动不要过重,以活动后不感觉呼吸困难、乏力为宜。

(3)饮食宜清淡,适当限盐,避免饱餐,保持大便通畅。

(4)按医嘱服药,不随意改变用药剂量或停药。

(5)适当掌握有关的医学知识,以便自我保健,提高生活质量,如服用洋地黄类药时应学会自测脉率,太快或低于 60 次/分钟或变得不规则时,暂不服药,并通知医师或来院就诊。

(6)定期门诊随访。

第二节 心律失常

在神经和体液的调节下,心脏以一定的频率有规律搏动。正常心脏激动起源于窦房结,然后沿着心房肌和传导组织顺序依次传至心房和心室引起相应部位的激动。当冲动的产生或传导发生异常,引起心搏速率、节律和(或)激动顺序改变时,即构成心律失常(cardiac arrhythmias)。虽然正常人在疲劳、吸烟、饱餐等多种情况下也可出现心律失常,但在器质性心脏病患者的发生率要高得多,尤以冠心病、心肌疾病及心力衰竭时更为常见。洋地黄、依米丁、锑剂等药物作用,钾、钙、镁等电解质紊乱,感染、缺氧、颅内病变、自主神经与内分泌功能失调,以及心导管、手术器械对心脏的直接刺激等都可成为引起心律失常的原因。

【临床表现】

1. 窦性心律失常 分为窦性心动过速和窦性心动过缓两种。心率 <40 次/分钟或伴有器质性心脏病时,可有头晕、乏力、胸闷或心力衰竭等表现。

2. 期前收缩 个别偶发的期前收缩多不引起症状,常在体检时偶然发现,部分比较敏感的病人可有心悸、漏搏感。频发期前收缩可使心排量降低和重要脏器的灌注减少,出现乏力、头晕、胸闷或使原有心绞痛、心力衰竭症状加重。

3. 异位性心动过速 室上性阵发性心动过速多发生于