

内科护理学学习指导

NEIKE HULIXUE XUEXIZHIDAO ◎ 主编 刘建芳 叶传芬

 江西科学技术出版社

内科护理学学习指导

NEIKE HULIXUE XUEXIZHIDAO

主 编 刘建芳 叶传芬
副主编 龚金根 黄笑燕 巫章华 王 伟
编 者 (排名不分先后)
王 伟 (南昌市卫生学校)
王 芳 (赣州卫生学校)
叶传芬 (赣州卫生学校)
代思琦 (九江市卫生学校)
刘建芳 (南昌市卫生学校)
余传松 (江西护理职业技术学院)
陈 军 (赣州卫生学校)
陈 刚 (赣州卫生学校)
陈 皓 (赣州卫生学校)
巫章华 (赣州卫生学校)
胡水莲 (南昌市卫生学校)
胡欢平 (江西医学院上饶分院)
黄小丽 (江西医学院上饶分院)
黄笑燕 (江西医学院上饶分院)
龚金根 (南昌市卫生学校)
戚雯琰 (江西护理职业技术学院)

图书在版编目 (CIP) 数据

内科护理学学习指导/刘建芳,叶传芬主编. —南昌:江西科学技术出版社, 2011. 5

ISBN 978 - 7 - 5390 - 4114 - 8

I. ①内… II. ①刘…②叶… III. ①内科学:护理学—中等专业学校—教学参考资料 IV. ①R473. 5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 080550 号

国际互联网(Internet)地址:

<http://www.jxkjcs.com>

选题序号:KX2011051

图书代码:X11018 - 101

内科护理学学习指导

刘建芳 叶传芬 主编

出版	江西科学技术出版社
发行	
社址	南昌市蓼洲街2号附1号
	邮编:330009 电话:(0791)6623491 6639342(传真)
印刷	南昌市群众印刷厂
经销	各地新华书店
开本	787mm × 1092mm 1/16
字数	400 千字
印张	17.25
版次	2011 年 7 月第 1 版 2011 年 7 月第 1 次印刷
书号	ISBN 978 - 7 - 5390 - 4114 - 8
定价	30.00 元

赣版权登字 - 03 - 2011 - 109

版权所有,侵权必究

(赣科版图书凡属印装错误,可向承印厂调换)

前言

《内科护理学学习指导》是护理、助产专业《内科护理学》教材配套使用的学习指导书,目的是帮助学生掌握教材内容,通过做习题的形式巩固所学知识,同时也为教师教学提供参考。

本书按教材的章节编排,《2011 年护士执业资格考试大纲》(试行)新增的内容分别衔接在各章的后几节,各章分为教学重点、难点,习题,参考答案 3 个部分。其中:①重点、难点部分对每章节的重点、难点内容进行整理、归纳,对需要重点记忆的知识点用波浪线的形式加以突出,以加深学生对教材内容的理解和掌握;②习题包括名词解释、填空题、选择题(A 型题)和病例讨论 4 种题型,并紧扣《2011 年护士执业资格考试大纲》(试行),尤其是选择题按考试的 A1、A2、A3/A4 型题练习,使学生对《内科护理学》教材进行学习和复习,掌握并领会其重点、难点,提高学生分析问题、解决问题的能力,顺利地通过护士执业资格考试;③参考答案便于学生验证答案的正确性,检查学习效果。

本书编写组的各位教师来自各院校且具有多年丰富的教学经验,将《内科护理学》中各章节的教学重点、难点及典型例题融入到书中,它将会成为学生学习《内科护理学》的良师益友。

本书在编写过程中,得到了各编者所在院校的大力支持,对此表示诚挚的感谢!

由于编写时间仓促和编者水平限制,书中如有不妥之处,敬请广大师生批评指正,以便不断完善。

编者

2011 年 5 月

目 录

第一章	▶ 绪论	1
第二章	▶ 呼吸系统疾病病人的护理	5
	第一节 概述	5
	第二节 急性上呼吸道感染病人的护理	10
	第三节 慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、 慢性肺源性心脏病病人的护理	12
	第四节 支气管哮喘病人的护理	14
	第五节 肺炎病人的护理	16
	第六节 支气管扩张症病人的护理	18
	第七节 肺结核病人的护理	20
	第八节 原发性支气管肺癌病人的护理	22
	第九节 慢性呼吸衰竭病人的护理	24
第三章	▶ 循环系统疾病病人的护理	47
	第一节 概述	47
	第二节 慢性心力衰竭病人的护理	51
	第三节 急性心力衰竭病人的护理	53
	第四节 心律失常病人的护理	54
	第五节 风湿性心脏瓣膜病病人的护理	58
	第六节 原发性高血压病人的护理	59
	第七节 冠状动脉粥样硬化性心脏病病人的护理	61
	第八节 病毒性心肌炎病人的护理	65
	第九节 心肌病病人的护理	67
	第十节 心包炎病人的护理	68
	第十一节 感染性心内膜炎病人的护理	70
	第十二节 心脏骤停病人的护理	71

第四章

消化系统疾病病人的护理 91

- 第一节 概述 91
- 第二节 胃炎病人的护理 96
- 第三节 消化性溃疡病人的护理 99
- 第四节 肝硬化病人的护理 102
- 第五节 原发性肝癌病人的护理 104
- 第六节 肝性脑病病人的护理 106
- 第七节 急性胰腺炎病人的护理 109
- 第八节 溃疡性结肠炎病人的护理 111
- 第九节 肠结核病人的护理 113
- 第十节 上消化道出血病人的护理 114

第五章

泌尿系统疾病病人的护理 131

- 第一节 概述 131
- 第二节 尿路感染病人的护理 135
- 第三节 慢性肾小球肾炎病人的护理 137
- 第四节 肾病综合征病人的护理 138
- 第五节 急性肾衰竭病人的护理 140
- 第六节 慢性肾衰竭病人的护理 142

第六章

血液系统疾病病人的护理 153

- 第一节 概述 153
- 第二节 缺铁性贫血病人的护理 156
- 第三节 再生障碍性贫血病人的护理 157
- 第四节 特发性血小板减少性紫癜病人的护理 159
- 第五节 白血病病人的护理 160
- 第六节 弥散性血管内凝血病人的护理 163
- 第七节 血友病病人的护理 164

第七章

内分泌代谢疾病病人的护理 174

- 第一节 概述 174
- 第二节 甲状腺功能亢进症病人的护理 177
- 第三节 皮质醇增多症病人的护理 178
- 第四节 糖尿病病人的护理 179
- 第五节 单纯性甲状腺肿病人的护理 182
- 第六节 甲状腺功能减退症病人的护理 183

	第七节 痛风病人的护理	184
第八章	风湿性疾病病人的护理	194
	第一节 概述	194
	第二节 类风湿性关节炎病人的护理	196
	第三节 系统性红斑狼疮病人的护理	197
	第四节 风湿热病人的护理	199
第九章	神经系统疾病病人的护理	205
	第一节 概述	205
	第二节 脑血管疾病病人的护理	209
	第三节 三叉神经痛病人的护理	211
	第四节 急性炎症性脱髓鞘性多发性 神经病病人的护理	212
	第五节 帕金森病病人的护理	213
	第六节 癫痫病人的护理	214
第十章	传染病病人的护理	227
	第一节 概述	227
	第二节 流行性感冒病人的护理	232
	第三节 病毒性肝炎病人的护理	233
	第四节 流行性乙型脑炎病人的护理	236
	第五节 流行性出血热病人的护理	238
	第六节 狂犬病病人的护理	239
	第七节 艾滋病病人的护理	241
	第八节 细菌性痢疾病人的护理	242
	第九节 伤寒病人的护理	244
	第十节 霍乱病人的护理	247
	第十一节 流行性脑脊髓膜炎病人的护理	248
	第十二节 钩端螺旋体病病人的护理	251
	第十三节 疟疾病人的护理	253
	第十四节 阿米巴病病人的护理	255
	第十五节 血吸虫病病人的护理	257
	第十六节 猩红热病人的护理	258

[重点、难点]

(一) 内科护理学的定义

内科护理学是研究生物-心理-社会因素对内科病人的影响,介绍维护人类身心健康的内科护理理论知识、技能和运用护理程序对护理对象实施整体护理的思维和方法,以达到减轻痛苦、促进康复、增进健康的一门临床护理学科。

(二) 内科护士的基本素质

内科护士承担着护理者、计划者、管理者、教育者、协调者、代言者、研究者等多种角色。护士要运用护理程序独立地为病人解决健康问题,这就要求内科护士应具备如下基本素质:

1. 职业道德素质

热爱护理事业,有全心全意为人民服务的精神,有诚实的品德和较高的慎独修养,有自尊、自爱、自强的品质。

2. 文化科学素质

要具有自然科学、社会科学和人文科学等多学科知识,掌握一门外语和计算机应用技能以及现代科学发展的新理论、新技术。

3. 专业素质

具有完整的护理专业理论和较强的护理操作技能,具有敏锐的观察能力和综合、分析、判断能力及护理教学和科研能力。

4. 身体心理素质

具有健康的体魄和良好的职业形象,有健康的心理和自我控制能力,具有良好的人际关系和协作能力。

(三) 内科护理的一般原则

1. 评估及满足病人的需要

护士应随时评估病人的基本需要,以便于帮助病人获得这些需要的满足。

2. 运用护理程序评估、诊断和处理病人健康问题的反应

护理程序包括: 护理评估、护理诊断、制定护理计划、实施护理措施和护理评价 5 个要素。

(1) 护理评估: 是护理程序的第一阶段。护士要收集病人的主观和客观资料。

(2) 护理诊断: 护士对病人的现存或潜在的健康问题的专业描述。

(3) 护理计划: 依据病人的健康问题,提出解决问题的措施和预期要达到的目标。

(4) 护理措施: 根据计划进行实施。

(5) 护理评价: 对实施护理计划后, 病人的健康问题改善情况作评价。

3. 协助对病人的诊断治疗

检查和治疗前要告知病人检查或治疗的目的、内容及方法等, 消除病人的紧张情绪, 使其愿意配合, 如指导病人正确使用标本容器、检查用药的服用方法、饮食限制等, 让病人了解治疗措施和药物的作用、副作用、用药剂量和疗程等。

4. 注意环境护理

病室要整洁、安静、温湿度适宜, 空气新鲜。

5. 注意饮食护理

根据病人的病情, 给予病人饮食指导, 如慢支病人应给予高热量、高蛋白、高维生素饮食, 慢性心衰病人应给予低盐、低脂、低热量饮食。

6. 观察和预防并发症

护士应警惕病人的病情变化, 密切观察和预防并发症的发生, 并协助医生做好并发症的处理。

7. 做好心理护理

帮助病人消除紧张、焦虑心理, 协助减少癌症病人的恐惧心理。

8. 健康教育

护士应告诉病人疾病的基本知识、饮食、休息、运动、用药和防治等。

(四) 内科病人的临床分级护理

1. 特级护理

(1) 分级依据: 病情危重, 随时需抢救。如急需进行心、肺、脑复苏及复苏后病人, 多系统、多器官功能严重衰竭病人、急性心肌梗死、甲亢危象等。

(2) 护理标准: 安置病人进抢救室、监护室或单人病房。 专人 24 小时看护, 严密观察病情变化, 随时测量生命体征。备齐抢救用物, 以备急用。

2. 一级护理

(1) 分级依据: 病情严重, 随时可能发生变化, 如急性失血、休克、高热、惊厥、昏迷、瘫痪、外伤等。

(2) 护理标准: 需绝对卧床休息, 每 15 ~ 30 分钟巡视 1 次, 根据病情需要定时测量生命体征。

3. 二级护理

(1) 分级依据: 病情尚稳定, 需卧床休息, 生活不能自理。

(2) 护理标准: 每 1 ~ 2 小时巡视 1 次, 按常规给病人测量生命体征。

4. 三级护理

(1) 分级依据: 病情较轻、一般的慢性病或恢复期的病人, 生活完全可以自理。

(2) 护理标准: 按常规定期巡视病人, 给病人测量生命体征。

[习题]

(一) 名词解释

内科护理学

(二) 填空题

护理程序的 5 个步骤: _____、_____、_____、
_____、_____。

(三) 选择题 (A 型题)

1. 护士应具有生理 - 心理 - 社会方面的素质是指()
 - A. 有护理教育与护理科研的基本知识
 - B. 有观察和分析能力
 - C. 能用护理程序的工作方法解决病人的健康问题
 - D. 有必要的护理理论、人文社会科学知识
 - E. 有健康的体魄、良好的心理素质和良好的人际关系
2. 内科护理学研究的内容是()
 - A. 内科常见的多发病的护理评估、诊断与计划实施
 - B. 如何制定护理程序
 - C. 如何保持和恢复病人健康
 - D. 研究内科病人生理、心理和社会方面健康问题的发生、发展规律
 - E. 诊断和处理病人的健康问题
3. 下列属于医护合作性问题的是()
 - A. 便秘: 与长期卧床有关
 - B. 知识缺乏: 与缺乏高血压病自我护理知识有关
 - C. 有皮肤完整性受损的危险: 与长期卧床有关
 - D. 睡眠形态紊乱: 与环境陌生有关
 - E. 潜在并发症: 脑出血
4. 下列关于护理程序的说法, 错误的是()
 - A. 是以系统论为理论框架
 - B. 其目标是增进或恢复服务对象的健康
 - C. 是指导护士工作及解决问题的科学方法
 - D. 是有计划、有决策与反馈功能的过程
 - E. 是由估计、诊断、计划、实施四个步骤组成
5. 护理程序的初级阶段为()
 - A. 评估
 - B. 诊断
 - C. 计划
 - D. 实施
 - E. 评价
6. 护理评估一般在什么时间进行()
 - A. 入院时
 - B. 出院时
 - C. 入院及出院时都要
 - D. 自入院时开始至出院为止
 - E. 出院期间
7. 下列资料中属于客观资料的是()
 - A. 腹痛
 - B. 咽部充血
 - C. 头晕
 - D. 感到恶心
 - E. 睡眠不好、多梦
8. 下列哪项不是护理诊断()

- A. 真性尿失禁 B. 营养失调 C. 体温过高
D. 体液不足 E. 脑出血
9. 内科护理工作内容包括()
A. 独立对疾病的病因、病理作出诊断 B. 给病人制定睡眠计划
C. 指导病人如何戒烟 D. 举办各项健康教育 E. 配合进行药物治疗
10. 应给予特别护理的病人是()
A. 瘫痪 B. 癌症 C. 肾脏移植术后
D. 高热 E. 胃大部分切除术
11. 张女士,60岁。出院时带了3种药,周护士交代病人出院后应注意的饮食和这几种药的使用方法,此时周护士的角色功能是()
A. 直接提供护理 B. 管理 C. 教师
D. 科研 E. 协调
12. 王先生,48岁。发热、咳嗽3天入院,入院后诊断为“急性上呼吸道感染”。以下是护士收集到的病人资料,其中属于主观资料的是()
A. 体温 39.5℃ B. 咳白色痰 C. 急性病容
D. 头痛3小时 E. 呼吸 20次/min

(13~14题共用题干)

李先生,65岁。排脓血黏液便伴腹痛3个月入院,入院后诊断为大肠癌,行大肠癌根治术,术后回病房。

13. 该病人的护理级别为()
A. 特级护理 B. 一级护理 C. 二级护理
D. 三级护理 E. 四级护理
14. 护士巡视该病人的时间宜为()
A. 24小时专人看护 B. 每15~30分钟巡视1次 C. 每30~60分钟巡视1次
D. 每1~2小时巡视1次 E. 每天巡视2次

[参考答案]

(一) 名词解释

内科护理学是研究生物-心理-社会因素对内科病人的影响,介绍维护人类身心健康的内科护理理论知识、技能和运用护理程序对护理对象实施整体护理的思维和方法,以达到减轻痛苦、促进康复、增进健康的一门临床护理学科。

(二) 填空题

护理程序的5个步骤: 护理评估、护理诊断、制定护理计划、实施护理措施、护理评价。

(三) 选择题(A型题)

1. E 2. D 3. E 4. E 5. A 6. D 7. B 8. E 9. A 10. C
11. C 12. D 13. B 14. B

[重点、难点]

第一节 概 述

一、呼吸系统的解剖结构

呼吸系统由呼吸道、肺和胸膜组成。

(一) 呼吸道

呼吸道是气体进入肺的通路。以环状软骨为界,分为上、下呼吸道。

1. 上呼吸道

由鼻、咽、喉组成。鼻对吸入气体起过滤、湿化和加温调节的作用;咽是呼吸道和消化道的共同通道;喉是发音的主要器官,在咳嗽中起重要作用。

2. 下呼吸道

由气管和支气管组成。气管在隆突处(位于胸骨角或第4胸椎水平)分为左、右支气管。右支气管较左支气管粗、短而陡直,与气管分叉角度较小;左支气管相对较细长、且趋于水平。因而气管内插管有可能误入右支气管,异物吸入更易进入右支气管,吸入性病变如肺脓肿也以右侧发生率为高。

(二) 肺

肺是进行气体交换的器官,左右各一,分别位于胸腔内纵隔的两侧。左肺分为上、下两叶,右肺分为上、中、下三叶。

(三) 胸膜

胸膜分脏层和壁层两层。脏层胸膜紧贴在肺的表面,而壁层胸膜则衬于胸壁的内面,两层胸膜在肺根处相互移行并形成一个潜在的密闭间隙,称为胸膜腔。正常胸膜腔呈负压,腔内仅有少量浆液起润滑作用。

二、呼吸系统的生理功能

(一) 肺的通气和换气功能

呼吸系统的主要生理功能是机体与外界环境之间进行气体交换,即通气和换气功能,这一过程称为呼吸。通过呼吸,机体从外界吸入氧气,排出二氧化碳。

（二）呼吸系统的防御、免疫功能

呼吸系统的防御功能可通过对空气的过滤、打喷嚏、咳嗽、上皮屏障和黏液的限制等避免吸入异物；肺泡巨噬细胞对细支气管和肺泡有吞噬作用；呼吸道分泌物中多种物质如溶菌酶、免疫球蛋白等对病毒和细菌有抑制和杀灭作用。

（三）其他功能

呼吸系统还参与递质的释放和代谢，是一个重要的内分泌、代谢器官。

三、呼吸系统疾病常见症状和体征的护理

咳嗽和咳痰

（一）概要

咳嗽是呼吸道黏膜受刺激引起的一种保护性的反射动作，借以排出呼吸道内的异物或病理性分泌物。咳痰是指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的分泌物或肺泡的渗出物从口腔排出体外的动作。

（二）护理评估

1. 健康史

常见的病因有：①呼吸系统感染是最常见病因，其次有过敏、异物、肿瘤、理化因素刺激等；②胸膜疾病：见于胸膜炎、气胸、胸膜肿瘤等；③循环系统疾病：见于左心衰竭引起的肺淤血、肺水肿等；④其他：累及呼吸系统的传染病、寄生虫病、全身性疾病，如麻疹、百日咳、流行性出血热、肺阿米巴病、系统性红斑狼疮、尿毒症等。

2. 身心状况

（1）咳嗽、咳痰的性质：咳嗽无痰为干性咳嗽，有痰的咳嗽为湿性咳嗽。咳嗽的时间：呼吸道异物或过敏可出现突然咳嗽；夜间阵发性咳嗽常见于支气管哮喘和左心衰竭；慢性咳嗽见于肺结核、慢性支气管炎；肺癌病人的咳嗽常呈慢性进行性加重。咳嗽的音色：犬吠样咳嗽常因气管受压引起，若伴有声音嘶哑则有声带受损，见于喉头水肿和喉癌；支气管肺癌的咳嗽常带金属音的咳嗽；咳嗽无力见于喉返神经麻痹及高度衰竭病人。咳嗽的体位：支气管扩张和肺脓肿病人为体位性咳嗽、咳痰。

（2）痰液的外观与气味：白色、无色泡沫状痰多见于支气管炎和支气管哮喘，脓痰提示有化脓性感染，绿脓杆菌感染时常咳黄绿色痰，肺炎杆菌感染时痰呈红棕色胶冻状，铁锈色痰为肺炎球菌肺炎的特征表现，急性肺水肿的特征是咳粉红色泡沫样痰。痰有恶臭提示厌氧菌感染。大量脓痰静止后分为三层，为支气管扩张和肺脓肿病人痰液典型特征。

（3）痰量：痰量大于 100ml/d 为大量咳痰。

（4）伴随症状及并发症：伴发热常提示感染；伴胸痛应警惕病变累及胸膜；剧烈咳嗽可引起气胸、纵隔气肿、咳嗽性晕厥、肌肉损伤、病理性骨折等。

（三）护理诊断及合作性问题

清理呼吸道无效 与痰液黏稠、咳嗽无力有关。

（四）护理措施

1. 一般护理

保持室内空气新鲜流通，温湿度适宜，避免尘埃和烟雾等刺激，注意保暖，并经常变换体

位有利于痰液咳出。给予高蛋白、高维生素饮食,不宜油腻食物。每天饮水量保持 1500ml 以上。

2. 协助排痰护理

除按医嘱用祛痰药如氯化铵、必嗽平等药物外,协助病人排痰措施有:①指导有效咳嗽:适用于神志清醒尚能咳嗽的病人;②湿化呼吸道:适用于痰液黏稠不易咳出者;③拍背与胸壁震荡:适用于长期卧床、久病体弱、排痰无力病人;④体位引流:适用于痰液量较多者;⑤机械吸痰:适用于痰量较多、排痰困难、咳嗽反射弱的病人,尤其是昏迷或已行气管切开、气管插管者。每次吸痰不超过 10 秒。

3. 对症护理

咳脓痰者应加强口腔护理;昏迷病人,每 2 小时翻身 1 次,每次翻身前后注意吸痰,以免口腔分泌物进入支气管造成窒息。

咯 血

(一) 概要

咯血是指喉部以下的呼吸道或肺部组织出血经口腔咯出。根据咯血量的多少,可分为痰中带血,小量、中量、大量咯血。

(二) 护理评估

1. 健康史

(1) 咯血始发年龄与伴随症状:如自幼咳嗽伴脓痰者为支气管扩张症,年轻人的干咳伴低热、盗汗者以结核病多见,40 岁以上的有吸烟史的男性病人持续咯血应警惕为肺癌的可能。

(2) 常见病因:肺结核、支气管扩张症、肺癌、风湿性心脏病二尖瓣狭窄为最为常见的病因。其他有慢性支气管炎、肺炎、肺脓肿、肺动脉高压症、血液病、肺出血 - 肾炎综合征、尿毒症等。

2. 身心状况

(1) 咯血先兆:咯血前病人常有喉头发痒、口有腥味或痰中带血丝、胸部压迫感等自觉症状。

(2) 咯血量及性状:一次咯血量少于 100ml 为小量咯血;100 ~ 300ml 为中等量咯血;大于 300ml 或 24 小时内咯血量超过 600ml 为大量咯血。咯血多为鲜红色、含有泡沫或痰液,不易凝固,呈碱性。咯血需与呕血相鉴别见表 2 - 1。

表 2 - 1 咯血与呕血鉴别

项目	咯血	呕血
病因	肺结核、支气管扩张症、肺癌、二尖瓣狭窄等	消化性溃疡、肝硬化、胃癌等
出血前症状	喉痒、胸闷、咳嗽等	上腹部不适、恶心、呕吐等
出血方式	咯出	呕出,可为喷射状
出血颜色	鲜红色	棕黑色或暗红色(有时鲜红色)
血中混有物	泡沫与痰液	食物残渣
酸碱反应	碱性	酸性

续表

项目	咯血	呕血
黑便	无,将血咽下者可有	有,可持续数日
出血后痰性状	痰中带血	无痰

(3) 并发症: 窒息、失血性休克是咯血的主要并发症,也是致死的主要原因。另外有肺不张、继发感染等。

(4) 心理状况: 一旦咯血,病人神情紧张、恐慌;反复咯血者常烦躁不安、焦虑,甚至恐惧。

(三) 护理诊断及合作性问题

1. 有窒息的危险 与大咯血导致气道阻塞有关。

2. 焦虑或恐惧 与大咯血有关。

(四) 护理措施

1. 一般护理

安静休息,以减少肺部活动度。休息能使小量咯血自行停止。大量咯血时应绝对卧床休息,病人取患侧卧位,有利于健侧通气。若为肺结核病人咯血,则可防止病灶扩散。大量咯血者暂禁食,小量咯血者宜进少量凉或温的流质饮食,避免饮用浓茶、咖啡、酒等刺激性饮料。多饮水及多食富纤维素食物,以保持大便通畅。

2. 病情观察

记录咯血量,监测生命体征及尿量,密切观察窒息的表现。大咯血时出现咯血不畅、胸闷气促、情绪紧张、面色灰暗、喉部有痰鸣音,或喷射性大咯血突然中止等是窒息的先兆表现。若出现表情恐怖、张口瞪目、两手乱抓、抽搐、大汗淋漓、牙关紧闭或神志突然丧失,提示发生了窒息。

3. 用药护理

①止血药物的应用及护理: 对中等量以上咯血者,常用脑垂体后叶素缓慢静脉推注,或静脉滴注。有冠心病、高血压、妊娠者禁用。②镇静剂的应用及护理: 对烦躁不安者可用地西泮 5~10mg 肌注,或 10% 水合氯醛 10~15ml 保留灌肠,亦可用普鲁卡因缓慢静脉滴注。禁用吗啡、哌替啶,以免抑制呼吸。③镇咳剂的应用及护理: 大咯血伴剧烈咳嗽时常用可待因口服或皮下注射。年老体弱、肺功能不全者慎用。

4. 并发症护理

(1) 窒息的预防: 咯血时注意观察病情变化,大量咯血者暂禁食,应指导病人进行有效咳嗽,劝告病人身心放松,不宜屏气,防止声门痉挛,血液引流不畅形成血块,造成呼吸道阻塞发生窒息。禁用呼吸抑制剂、镇咳剂,以免抑制咳嗽反射及呼吸中枢,使血块不能咳出而发生窒息。准备好抢救用品。

(2) 抢救配合: 立即置病人于头低足高位,轻拍背部以利血块排出。清除口、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,若病人自主呼吸未恢复,应进行人工呼吸,给高流量吸氧或按医嘱应用呼吸中枢兴奋剂。

胸 痛

(一) 概要

胸痛是由于胸内脏器、纵隔或胸壁组织病变引起的胸部疼痛。其疼痛范围和程度不一定与病变部位和程度相一致。

(二) 护理评估

1. 健康史

常见病因有胸壁组织病变、胸内脏器病变、神经精神性胸痛及膈下脓肿、肝癌、肝脓肿等可引起胸痛。

2. 身心状况

胸膜炎所致的胸痛,以腋下为明显,且可因咳嗽和深呼吸而加剧;自发性气胸的胸痛在剧咳或劳动中突然发生且较剧烈;肋间神经痛沿肋间神经呈带状分布,为刀割样、触电样或灼痛;冠心病的胸痛位于胸骨后,呈压榨样痛或窒息样痛。

(三) 护理诊断及合作性问题

疼痛:胸痛 与胸壁或胸内内脏病变有关。

(四) 护理措施

1. 一般护理

舒适的体位,胸膜炎病人取患侧卧位,以减少局部胸壁与肺的活动,缓解疼痛。

2. 对症护理

胸部活动引起剧烈疼痛者,可在呼气末用 15cm 宽胶布固定患侧胸廓(胶布长度超过前后正中中线),以减低呼吸幅度,达到缓解疼痛目的。局部湿热敷、冷湿敷或肋间神经封闭疗法止痛。当病人出现剧烈胸痛伴呼吸困难,或因癌症引起胸痛等情况,可按医嘱适当使用镇痛剂和镇静剂。

肺源性呼吸困难

(一) 概要

呼吸困难是指病人自觉空气不足,呼吸费力,并伴有呼吸频率、深度与节律的异常。严重时出现鼻翼扇动、张口或端坐呼吸。肺源性呼吸困难是由于呼吸系统疾病引起肺通气功能和换气功能障碍,导致缺氧和(或)二氧化碳潴留所致。

(二) 护理评估

1. 健康史

常见病因为支气管、肺、胸膜病变,如支气管哮喘、慢性支气管炎、肺气肿、肺炎、肺不张、胸膜炎、胸腔大量积液、气胸等。

2. 身心状况

(1) 类型及特点:①吸气性呼吸困难:常因上呼吸道、气管、大支气管的炎症,异物或肿瘤等引起呼吸道狭窄、梗阻所致。特点为吸气明显困难伴干咳或高调的吸气性喘鸣音,严重时出现“三凹征”;②呼气性呼吸困难:常由肺组织弹性减弱及小支气管痉挛性狭窄(如支气管

哮喘、慢性支气管炎、阻塞性肺气肿等)所致。特点为呼气时间延长、呼气费力,常伴有哮鸣音;③混合性呼吸困难:常因广泛性肺部病变、大量胸腔积液、气胸使呼吸面积减少所致。特点为吸气和呼气均费力,呼吸浅而快,常有呼吸音变化及病理性呼吸音。

(2)起病情况:呼吸困难是突然发生,可能是支气管哮喘或自发性气胸;呼吸困难超过数月且逐渐加重,呼吸浅快,可能是阻塞性肺气肿;肺性脑病时,可出现潮式呼吸、间停呼吸。

(3)呼吸困难程度:①轻度:能与相同年龄的健康人同样地行走,但不能同样地登高或上台阶;②中度:在平地不能与相同年龄健康的人同样地行走,但可按自己的速度行走或步行中需要不断休息;③重度:说话、脱衣也感到呼吸困难,不能外出活动。

(三) 护理诊断及合作性问题

1. 气体交换受损 与肺部病变广泛使呼吸减少有关。
2. 低效型呼吸形态 与支气管平滑肌痉挛、气道狭窄或肺气肿有关。

(四) 护理措施

1. 一般护理

病室环境应保持空气新鲜,适宜的温湿度,避免刺激性气体。严重呼吸困难时,病人应尽量减少活动和谈话。医护人员应设法分散病人注意力,指导病人作慢而深的呼吸,以缓解症状。宜采取半卧位或端坐位,减轻呼吸困难。保持口鼻腔卫生及呼吸道通畅,若张口呼吸者应清洁口腔2~3次/d,并根据需要补充水分。

2. 氧疗护理

(1)方法:缺氧严重而无二氧化碳潴留者,可用面罩给氧;缺氧伴有二氧化碳潴留者,可用鼻导管或鼻塞法给氧。

(2)流量:①如 PaO_2 在50~60mmHg、 PaCO_2 小于50mmHg时,可用一般流量(2~4L/min)、氧浓度为29%~37%给氧;②如 PaO_2 在40~50mmHg、 PaCO_2 正常或偏低时,可加大氧流量为3~5L/min、氧浓度为33%~41%给氧;③如 PaO_2 小于40mmHg、 PaCO_2 正常时,可短时间、间断高流量(6~8L/min)、高浓度(45%~53%)加压给氧;④如 PaO_2 小于30mmHg、 PaCO_2 大于50mmHg时,应持续低流量(1~2L/min)、低浓度(25%~29%)给氧,以防止缺氧纠正过快,削弱呼吸中枢的兴奋作用,加重二氧化碳潴留。

第二节 急性上呼吸道感染病人的护理

(一) 概要

急性上呼吸道感染是指鼻腔、咽或喉部急性炎症的总称,为呼吸道最常见的疾病。全年皆可发病,以冬、春季多见。各年龄段人均可发病,具有较强的传染性,可通过含有病毒的飞沫或被污染的用具传播,常在气候突变时流行。由于病毒的类型较多,人体对各种病毒感染后产生的免疫力较弱且短暂,并无交叉免疫,同时在健康人群中存在病毒携带者,故一个人一年内可有多次发病。当炎症消退后,上呼吸道黏膜的结构、功能恢复正常。

本病无特效药物治疗,以对症治疗或中药治疗为主。细菌感染时,给予有效的抗生素。病毒感染一般不用抗生素。