

山东医科大学护理专修科教材

护理内科学

山东医科大学

一九八五年

编写说明

《护理内科学》教材是由山东医科大学组织山东省立医院教师编写。

本书是根据护理专修科培养目标和要求,按照教学大纲进行编写的。内容有内科常见病、多发病、神经系统疾病、传染病与护理共分十一章。各章节编写除病因、发病机理、临床表现、诊断与治疗外,重点编写了疾病护理和护理的机制。本教材专供护理专修科的教师和学生使用。也可供护理系师生或毕业后的临床护士,护校教师学习参考。

教材内容除可按大纲重点讲课外,还有部分章节可作为阅读和实习时参考。教材使用时也可结合当地情况进行。

由于编写者水平有限,编写时间仓促,书中缺点在所难免。敬希读者批评指正。

编者

一九八五年六月

R473.5

21

复

目 录

(18)		炎管户支封总 (一)	
(88)		炎管户支封总 (二)	
(00)		炎管户支封总 (三)	
(18)		炎管户支封总 (四)	
(18)		炎管户支封总 (五)	
(001)		炎管户支封总 (六)	
(801)		炎管户支封总 (七)	
第一章 常见症状的护理			
(1)	第一节 发热.....	炎管户支封总 (一)	(1)
(8)	第二节 昏迷.....	炎管户支封总 (二)	(2)
(14)	第三节 呼吸困难.....	炎管户支封总 (三)	(5)
(17)	第四节 胸痛.....	炎管户支封总 (四)	(7)
(5)	第五节 咯血.....	炎管户支封总 (五)	(9)
(5)	第六节 心绞痛.....	炎管户支封总 (六)	(11)
(8)	第七节 急性腹痛.....	炎管户支封总 (七)	(12)
	第八节 慢性腹泻.....	炎管户支封总 (八)	(14)
(8)	第九节 急性呕吐.....	炎管户支封总 (九)	(17)
(1)	第十节 黄疸.....	炎管户支封总 (十)	(18)
(8)	第十一节 头痛.....	炎管户支封总 (十一)	(21)
(17)	第十二节 眩晕.....	炎管户支封总 (十二)	(22)
(0)	第十三节 晕厥.....	炎管户支封总 (十三)	(24)
(5)	第十四节 惊厥.....	炎管户支封总 (十四)	(26)
	第十五节 瘫痪.....	炎管户支封总 (十五)	(28)
第二章 内科急症的抢救与护理			
(1)	第一节 呼吸衰竭.....	炎管户支封总 (一)	(32)
(2)	第二节 急性肺水肿.....	炎管户支封总 (二)	(37)
(8)	第三节 急性上消化道出血.....	炎管户支封总 (三)	(40)
(8)	第四节 休克.....	炎管户支封总 (四)	(44)
(1)	第五节 心脏骤停.....	炎管户支封总 (五)	(48)
(5)	第六节 急性肝功能衰竭.....	炎管户支封总 (六)	(53)
(8)	第七节 急性肾功能衰竭.....	炎管户支封总 (七)	(57)
	第八节 急性中毒.....	炎管户支封总 (八)	(60)
(8)	第九节 危重病人水和电解质系统紊乱.....	炎管户支封总 (九)	(63)
(8)	第十节 弥散性血管内凝血.....	炎管户支封总 (十)	(72)
(8)	第十一节 颅内压增高及脑疝.....	炎管户支封总 (十一)	(77)
(8)	第十二节 中暑.....	炎管户支封总 (十二)	(81)
第三章 呼吸系统病护理			
(1)	第一节 支气管炎.....	炎管户支封总 (一)	(84)

(一) 急性支气管炎	(84)
(二) 慢性支气管炎	(86)
第二节 支气管哮喘	(90)
第三节 支气管扩张症	(94)
第四节 肺气肿	(97)
第五节 慢性肺原性心脏病	(100)
第六节 肺炎	(106)
(一) 肺炎球菌性肺炎	(107)
(二) 金黄色葡萄球菌肺炎	(111)
(三) 肺炎支原体肺炎	(113)
第七节 急性原发性肺脓肿	(114)
第八节 原发性支气管肺癌	(117)
第九节 肺结核	(122)
第十节 结核性胸膜炎	(132)
第十一节 自发性气胸	(135)
第四章 消化系统疾病	
第一节 急性胃炎	(139)
第二节 慢性胃炎	(141)
第三节 消化性溃疡	(143)
第四节 胃癌	(147)
第五节 慢性非特异性溃疡性结肠炎	(150)
第六节 肠结核	(152)
第七节 结核性腹膜炎	(154)
第八节 肝硬化	(156)
第九节 原发性肝癌	(161)
第十节 肝脓肿	(164)
第十一节 胆石症	(166)
第十二节 胆囊炎	(169)
第十三节 胆道蛔虫	(171)
第十四节 胰腺炎	(172)
第十五节 胰腺癌	(175)
第五章 循环系统疾病	
第一节 心功能不全	(178)
(一) 慢性心功能不全(充血性心力衰竭)	(178)
(二) 急性心功能不全(急性心力衰竭)	(186)
第二节 心律失常	(188)
(一) 窦性心律失常	(189)
(二) 过早搏动	(191)

(三) 阵发性心动过速	(193)
(四) 心房颤动	(196)
(五) 心室颤动	(198)
(六) 房室传导阻滞	(200)
第三节 风湿性心瓣膜病	(203)
第四节 亚急性细菌性心内膜炎	(207)
第五节 高血压病	(211)
第六节 动脉粥样硬化	(217)
第七节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(219)
第八节 心肌病	(222)
第九节 心包炎	(227)
(一) 急性心包炎	(227)
(二) 缩窄性心包炎	(231)
第十节 克山病	(232)

养价值高而易消化的高热、高蛋白半流质，宜少量多餐。体温很高时可给流质。总热量应在2000~3000卡热。

3、足够的水分供给：高热时代谢增加，劝告病人多饮水以补充体内缺水，并促进机体毒素的排泄。成人每日至少给3000ml。

4、口腔护理：注意病人口腔清洁，每日用复方硼酸溶液漱口3~4次。高热谵妄昏迷病人，每日进行口腔护理2~3次，口唇干燥时涂以滑润剂，有疱疹可涂以2%龙胆紫。

5、皮肤护理：高热时病人大量出汗，从汗腺排泄代谢产物刺激皮肤而发生骚痒；出汗多时浸湿衣衫。应每日早晚进行皮肤护理，及时更换衣服，保持衣被清洁干燥。同时卧床不起臀部受压，也易发生褥疮，定时翻身，更换体位可防止褥疮。

(二) 对症护理：

1、发热：发热时每四小时测量体温、脉搏、呼吸一次。体温突然升高或骤降可随时测量并记录。记录时应注意判断热型与诊断。

(1) 体温过高：体温在39℃以上时，头部给以冰帽或睡冰枕，可助体温散热和防止脑细胞受损。体温在39.5℃以上可作酒精或温水擦浴，可刺激皮肤血管扩张以助体温散发。过高热时在腋下、腹股沟大血管处作冷敷，促进迅速散热，降温，也可用25%安乃近滴鼻或针刺降温（大椎、曲池、合谷、十宣等穴）。

(2) 体温骤降：高热时迁体温骤降，出汗过多，应注意保温，及时测量和记录血压，体温脉搏，心率等变化。严密观察防止虚脱。

2、安全护理：过高热时，可出现谵妄昏迷，应及时加用床档，防止坠床。

3、隔离措施：当发热原因不明的病人疑有传染病时，先按疑诊进行早期隔离，以免发生交叉感染。

4、观察症状和体征：对有价值的阳性体征及时记录并向医师汇报，以提供诊断依据。

(三) 药物治疗：

1、解热剂：发热原因不明，一般不用解热剂。因解热剂可使热型不典型，而影响诊断和治疗。当体温在40℃以上，对神经中枢、呼吸中枢和心脏有不良影响时，在密切观察下可用少量解热剂。如阿斯匹林0.3口服，用前注意多饮水，以免虚脱。一般不用安乃近，年老体弱者禁用。因安乃近可致大汗，常致体温骤降而虚脱。

2、中药退热：如大青叶、柴胡注射液或连翘、金银花、板兰根、黄莲，黄芩配甘草用水煎服。

3、肾上腺皮质激素解热：“若感染引起高热，可在有效抗菌素控制下。若结核病灶引起的发热，在抗结核治疗下，同时用肾上腺皮质激素治疗，有明显解热效果。

第二节 昏 迷

昏迷是指由于各种原因引起机体的中枢神经系统受到严重抑制，对外界事物的刺激，失去正常反应，病人出现意识障碍，临床高度意识障碍称昏迷。昏迷临床工作中很

常见，一般病情较危急，变化复杂，应迅速，认真仔细的查明病因，进行有效的抢救和良好的护理，才能挽救病人的生命和减少合并症的发生。

(病因)昏迷是一种临床症状而不是诊断，发生昏迷常见的有感染性和非感染性两种。

1 感染性昏迷：有流行性脑膜炎、结核性脑膜炎和乙型脑炎，也有严重感染的中毒性菌痢、大叶性肺炎和败血症等。

2、非感染性昏迷：

(1) 脑血管意外和神经系统疾病，如脑溢血、脑栓塞、脑血栓形成、蛛网膜下腔出血、高血压脑病、癫痫病等。

(2) 代谢和内分泌障碍：如肝昏迷，尿毒症、糖尿病酮症、低血糖、阿迪森氏病危象等。

(3) 中毒：安眠药，有机磷农药中毒、一氧化碳中毒。

(4) 心脏疾患：心肌损害、完全性房室传导阻滞、肺心病、二氧化碳麻醉等。

(5) 物理因素：中暑。

(6) 其它：失血性休克、脑瘤晚期等。

(临床表现)根据大脑皮层受抑制的部位及程度不同，临床表现和昏迷程度也不同。按昏迷程度临床分为浅昏迷、中度昏迷和深昏迷三种。浅昏迷：意识不清，呼之不应或有谵语，躁动、压眶有轻度反应，吞咽、咳嗽、角膜和瞳孔对光反射均存在。中度昏迷：意识丧失并尿失禁，各种刺激反应迟钝，浅反射消失，深反射减退或亢进，病理反射可阳性。深昏迷：意识完全丧失，对外界事物或刺激失去反应，四肢肌肉松弛，被动体位，大小便失禁，角膜、吞咽、咳嗽反射完全消失。深浅生理反射均消失，病理反射可阳性。其它尚有各种原发病的临床表现。

(诊断)根据病史、临床表现、神经体征检查一般能作出初步诊断。必要时结合病情做脑脊液、血、大便、尿、脑超声波和X线检查等，可明确诊断。

(治疗与护理)

(一) 一般护理

1、病人的体位：昏迷病人的体位应采取侧卧位或侧俯卧位，头部放平偏于一侧，以利于呼吸道分泌物的引流，也可防止分泌物或呕吐物吸入肺内，而预防肺部并发症。

2、保持呼吸道通畅：及时协助病人翻身，叩背以助排痰。病人呼吸道有分泌物增多，迅速吸痰，以保持呼吸道通畅。一般每15~30分钟吸痰一次，吸痰器要严密消毒，选用柔软的导管，插管要轻柔，当吸痰管进入气管到达深度时，起动吸痰器，并轻轻转动吸痰管，边退边吸，直至痰液吸尽。但吸引时间不宜过长，以免发生窒息意外。如有舌后坠影响呼吸时，可用舌夹拉出。

3、高热、抽风：昏迷伴高热，抽风、脑膜刺激症状，大都是乙型脑炎、流行性脑膜炎、中暑以及中毒性菌痢、中毒性肺炎、败血症所致的中毒性脑病。体温过高，应迅速物理降温，有抽搐上下颌白齿间放置牙垫，以防止舌咬破。

4、血压：昏迷伴血压下降时，应每15分钟到半小时测血压一次并做记录。同时测定尿量并记录。及时安放体克卧位，并积极抢救休克。

5、饮食：保证病人有足够的营养及水分，用鼻饲法给高热量高蛋白的流质（可给混合奶）。每日总热量需2500卡。

6、呕吐：头痛伴喷射性呕吐，眼底乳头水肿系颅内压增高，宜用脱水剂，利尿剂治疗严防脑疝形成。

7、呼吸抑制：昏迷伴呼吸抑制，见于急性中毒，严重颅内病变，脑血管病变等。应及时给氧气吸入和呼吸兴奋剂。密切观察呼吸异常改变，及时处理。

（二）对症护理：

1、吞咽功能消失：昏迷病人吞咽功能丧失，不能自己进食，宜采用鼻饲法供给病人的饮食营养和水分。一般鼻饲高热流汁或混合奶。根据病人的消化能力，脱水程度来调节饮食的量和质，每天鼻饲5~6次为宜，每次不宜超过200ml，两次之间可补给一定的水分。总热量在1400~2200卡热之间，总进入量不少于3000ml。防止水电质平衡失调。鼻饲宜慢，量不能过多，以免鼻饲后食物反流而误入气管。

2、口腔护理：昏迷病人一般机体抵抗力减弱，口腔内细菌极易繁殖，而引起口腔局部的炎症，溃疡和口臭，口腔内感染性分泌物误入呼吸道也可引起吸入性肺炎。故昏迷病人口腔护理十分重要。应每天用生理盐水或复方硼酸溶液清洁口腔，齿垢，舌苔，唾液等3~4次，有炎症和口臭的病人可用5%双氧水清洁。护理时严防棉球遗留在口腔内。张口呼吸的病人口上敷以盐水纱布，保持吸入的空气湿润。

3、眼的护理：昏迷的病人眼睛常不能闭合或闭合不严，易受尘土污染的空气或光线的刺激，使角膜发炎致溃疡。故眼睛的护理宜用生理盐水纱布或油纱布盖眼进行保护。如眼有分泌物则宜专用生理盐水冲洗干净。护士观察病人瞳孔变化时，手动要轻巧，防止擦伤角膜。

4、皮肤的护理：昏迷病人大都大小便失禁，出汗多，护理人员应注意病人被服污染后，随时进行擦洗干净，及时更换衣服。用酒精、滑石粉擦摩皮肤；受压部位，用气垫。经常保持床铺干燥清洁和平整，衣服要柔软，以防皮肤擦破和发生褥疮。

5、大、小便的护理：昏迷病人常因意识不清而发生膀胱尿潴留时，应设法排空膀胱。可采取导尿术（严格注意无菌操作，防止尿路感染）。少尿，无尿应严格记录尿量，每天尿量不应少于100ml。昏迷病人易发生便秘，如三天无大便，可用番泻叶冲服，必要时进行灌肠。并准确记录排便次数。

6、肢体护理：应每日进行肢体按摩和帮助被动活动，以防肢体萎缩和关节强直。同时足部采用保护架，以防足下垂。

7、病人安全护理：病人意识不清，易发生坠床、烫伤，碰伤等情况，应及时采取保护措施。如加用床档，以防坠床擦伤。去除假牙、发卡，剪短指甲，以免抓伤。用热水袋保暖时，水温应在50℃左右，以防烫伤。

8、瞳孔改变：昏迷病人观察瞳孔变化常可测知病情变化和预后。昏迷伴双侧瞳孔大小不等，常系急性颅脑外伤，颅脑膜下血肿，颅底骨折，脑瘤压迫脑干等，一般病灶侧瞳孔散大。如昏迷伴双侧瞳孔散大可见疾病的终末阶段或脑疝晚期。瞳孔两侧缩小，见于安眠药，有机磷、吗啡、氯丙嗪等中毒。因此，对病情危重的昏迷病人，应每15~30分钟观察一次，并作记录。

9、气味：昏迷伴肝臭味，系肝昏迷，昏迷伴呼气有氨味如尿毒症。昏迷伴呼气中有酸酮味，如糖尿病昏迷，均按原发病进行护理。

(三) 药物护理

1 抗菌素：凡昏迷系感染性，根据细菌类型选用有效抗菌素。常用青霉素，链霉素，氯霉素，四环素等。

2、补液和升压药：血压下降及时补液，同时加用升压药物。

3、呼吸兴奋剂：呼吸衰竭时用尼可刹米，山梗茶碱等肌肉注射，抢救紧急时也可加入葡萄糖盐水电静脉点滴。

4、高渗脱水剂，颅内压增高，脑水肿时用山梨醇、甘露醇等脱水剂，应用方法参阅有关章节。

5、止血剂：如脑出血，蛛网膜下腔出血时可用维生素K，止血敏等肌肉注射。

6、碱性溶液：如有代谢性酸中毒时可用5%苏打或11.2%乳酸钠治疗。

7、谷氨酸钠：如有肝昏迷时，可用谷氨酸钠静脉点滴。

第三节 呼吸 困 难

呼吸困难是指患者自觉有空气不足或呼吸费力，外观表现有呼吸频率，深度和节律的改变，并看到辅助呼吸肌参与呼吸运动，严重的有端坐呼吸。常伴有紫绀，临床十分多见，且病情危急，护理人员必须积极采取措施，如安置卧位，迅速给病人用氧。同时协助医师分析病因及时治疗原发病。

一、(病因)

1、肺源性呼吸困难：主要是呼吸器管的机能发生障碍，见于上呼吸道，支气管，肺，胸膜和呼吸肌的病变等，引起肺脏的换气不足和肺的血液循环障碍。使血液缺氧，二氧化碳浓度增高，刺激呼吸中枢而发生呼吸困难。

2、心源性呼吸困难：多见于器质性心脏病，左心功能不全时，其他见于心肌炎，心包炎，心肌梗塞等。

3、中毒性呼吸困难：如吗啡、巴比妥等药物中毒时，使呼吸中枢受到抑制；酸中毒时，呼吸中枢受到刺激，使呼吸变深而大；各种传染病伴有毒血症时，毒素刺激呼吸中枢，引起呼吸浅快。

4、血原性呼吸困难：在重度贫血时，血红蛋白减少，红细胞带氧量减少，而使呼吸加速。

5、神经、精神性呼吸困难：中枢神经系统疾病，如脑炎、脑瘤，脑血管意外，颅内压增高时，由于累及呼吸中枢，引起呼吸困难和出现异常呼吸。当癔病发作引起呼吸困难时病人呼吸频数。

(临床表现)

呼吸困难分吸气性、呼气性、混合性三类、吸气性呼吸困难：见于呼吸道机械梗阻，如：急性喉炎，喉癌，上呼吸道气管支气管的狭窄与阻塞，造成吸气时难于顺利进入气道。吸气时间明显延长，特别费力，常伴有高调喘鸣音。呼气性呼吸困难：见于慢

性气管炎，支气管哮喘肺气肿，支气管和慢性支气管粘膜充血水肿增厚，痉挛，致管腔变细，吸气时空气可正常进入肺泡内，呼气时由于支气管变窄，空气不能顺利排出，而致呼气性呼吸困难。混合性呼吸困难：见于肺炎、肺结核、自发性气胸、肺不张，肺水肿等。由于肺换气面积减少和通气障碍，而致呼气，吸气均很费力，呼吸频速而浅，病员除呼气，吸气运动加快，延长，喘不过被迫于半卧位或坐位或俯坐位（强迫体位）外，尚有烦躁不安，鼻翼扇动，口唇指甲发绀，面色苍白、出冷汗等全身症状，重者有窒息，另有原发病的症状。

〔诊断〕

根据病史临床表现区别呼吸困难是吸气性或是呼气性并认真检查心、肺物理特征，一般能作出初步诊断，必要时作心电图检查，X线检查，血液化学检查等。

△〔治疗与护理〕

（一）一般护理：

1、卧位：病人不能平卧，宜采用半坐位或坐卧位，床上安放靠背架或用被子软枕垫背，两腿用棉被和枕头垫舒适。呼气性呼吸困难，有时可在床上放一小桌，垫上软枕，可使病人俯桌休息。又如心源呼吸困难，可坐在大而较高沙发上取坐卧位，两腿下垂。总之，力求病人能减轻呼吸困难，不使病人费力，又能舒适为宜。

2、精神护理：病人呼吸困难一般均精神紧张、恐惧。护理人员应安慰病人。说明经过治疗，呼吸困难这一病症会减轻和消失。精神紧张可使症状加重。劝病人应注意休息，服从治疗。

3、缺氧护理：

（1）轻度呼吸困难，伴有轻度缺氧紫绀，测定动脉血氧分压在60 mmHg以上，二氧化碳分压在50 mm以下，可用低浓度低流量鼻导管间歇给氧。氧浓度25%，导管插入深度恰当，注意导管勿堵塞。

（2）呼吸困难伴中度缺氧：有明显紫绀，可用低流量吸氧，必要时加大氧流量，氧浓度为25~40%，动脉血氧分压35~50 mmHg。

（3）显著呼吸困难重度缺氧：动脉血氧分压30 mmHg以下，二氧化碳分压在70 mmHg以上，持续低流量给氧，氧浓度25~40%并间断加压给氧，或用人工呼吸器给氧。氧疗法：及动脉血氧分压提高到安全界限，即50 mmHg以上，如不能测定动脉血氧分压时，可比较病人的动脉血较静脉血红润即可。

（二）对症护理：

1、异常呼吸：

观察呼吸的次数，快慢，以及节律的改变结合病情的分析，及时备好物品，能迅速采取抢救措施。常见异常呼吸有：

（1）呼吸深而快：见于轻度酸中毒、脑缺氧窒息早期。

（2）呼吸深而慢：见于重度酸中毒、尿毒症。

（3）呼吸浅而快：见于肺炎、肺气肿，气胸、贫血、休克早期、毒血症。

（4）呼吸浅而慢：药物中毒、休克晚期、呼吸中枢抑制较深时。

（5）潮在呼吸间歇型呼吸见于病危病人濒死征象。

(6) 临终呼吸: 呼吸稀少而呈鱼口呼吸。

2、区别各种呼吸困难:

(1) 肺源性呼吸困难: 常伴有咳痰但年老体弱者常勉力咳嗽排痰, 有时痰阻塞发生窒息。护理人员应经常鼓励病人咳嗽和拍击背部, 帮助病人排痰。如痰不易咳出宜用导管吸痰。当呼吸不规则时, 及时抢救处理。

(2) 心源性呼吸困难: 病人常在夜间发生呼吸困难呈阵发性。表现剧烈的气喘、咳嗽, 吐粉红色痰, 呼吸快而浅, 被迫端坐体位, 护理人员应加强夜间巡迴病人。发现变化迅速处理, 使病人安静, 吸氧。

(3) 中毒性呼吸困难: 观察呼吸改变, 酸中毒时呼吸深大; 一氧化碳中毒的缺氧明显; 药物中毒呼吸中枢抑制而呼吸困难。呼吸慢浅, 急性感染毒素代谢产物刺激呼吸中枢, 使呼吸增快, 护理人员应迅速区别病因进行处理。

(4) 癌病性呼吸困难: 观察呼吸特点, 一般表现平速和表浅, 有时每分钟50次以上。护理人员应给予体贴安慰和暗室疗法。

(三) 药物治疗:

(1) 肺源性呼吸困难按医嘱应用呼吸兴奋剂, 可兴奋呼吸中枢, 使呼吸深度, 频率增加, 并有助于咳嗽反射的作用。常用尼可刹米, 山梗茶碱, 回苏灵等。呼吸困难有支气管痉挛引起, 可用氨茶碱0.25加入50%葡萄糖液40ml内静脉缓慢推注, 另外按医嘱用喘定, 喘息定等药物治疗。

(2) 心源性呼吸困难: 迅速选用有效的强心药物。如毒毛旋花素K0.125~0.25mg或西地兰0.4mg加入50%葡萄糖20ml内, 静脉缓慢注入。

(3) 中毒性呼吸困难: 主要用呼吸兴奋剂, 酸中毒用11.2%乳酸钠或5%苏打溶液, 巴比妥类中毒可用咖啡因。感染毒血症引起的用抗菌素治疗。

(4) 血源性呼吸困难: 按医嘱输血, 输液, 提高血红蛋白, 并积极治疗原发病。

第四节 胸痛

胸痛为临床常见症状, 可由于胸局部的轻微损害, 刺激神经感觉纤维而引起; 也可由内脏疾病通过痛觉冲动到达大脑皮层后, 通过传出神经引起相当的体表疼痛或放射性痛。疼痛按病因可分五大类: 如胸壁病变, 肺及胸膜的病变, 纵膈及食道病变, 横膈病变。

(病因)

1、胸壁病变引起的胸疼

(1) 急性皮下蜂窝组织炎。

(2) 带状疱疹(肋间神经炎)。

(3) 肋软骨炎。

(4) 胸肌劳损(慢性剧烈咳嗽引起)。

△2、肺及胸膜病变:

(1) 胸膜病变: 胸膜炎、胸膜肿瘤, 自发性气胸。

(2) 肺的病变: 肺炎、肺结核、肺癌等。

3、心血管病变

(1) 心绞痛。

(2) 心肌梗塞。

(3) 急性心包炎。

(4) 心肌炎。

4、纵膈及食道病变:

(1) 急性纵膈炎、纵膈肿瘤, 纵膈气肿。

(2) 急性食道炎、食道痉挛、食管肿瘤, 食管憩室等。

5、膈横病变: 膈胸膜炎、膈下脓肿、肝癌、肝脓肿等。

〔临床表现〕: 根据不同病因, 胸疼的部位、性质和伴随的症状而各异。

1、胸壁病变所致的胸疼部位常固定于病变处, 局部有明显的压痛, 咳嗽深呼吸及举臂动作时使胸廓活动, 刺激病变部位而致胸疼加剧; 带状疱疹常为身体的一侧发生剧烈的疼痛, 疼痛性质肋间神经痛为阵发性刺疼和灼疼。

2、肺及胸膜病变: 胸膜炎的疼为刺疼或撕裂样痛, 咳嗽、深吸气时加重, 膈胸膜炎痛为下胸疼, 向肩部放射, 心前压或腹部放射。

3、心血管病变: 如心绞痛, 心肌梗塞、急性心包炎, 心肌炎疼痛位于胸骨后或心前压。少数病人在剑突下, 疼痛常在用力加重, 休息可好转, 疼痛时间短暂, 一般1~5分钟可止, 不超过15分钟。心绞痛则常因劳累兴奋、寒冷、饱餐而诱发, 心肌损害则常呈持续性剧痛。

4、纵膈食道病变: 疼痛位于胸骨后呈持续性隐痛, 锥痛, 食管疾病常因吞咽食物时, 疼痛发作或加剧。

5、横膈病变: 病变部于胸廓及胸骨下部, 可放射至肩部、颈部、膈下病变, 如肝癌、肝脓肿, 可放射至肩部、腹部, 同时各有其发病的症状。

〔诊断〕根据病史和临床表现必须时作胸部透视, 腹部透视, 心电图检查等。

〔治疗与护理〕

1、一般护理:

(1) 卧位: 胸膜炎时病灶卧位向下, 可减少胸膜摩擦以减轻疼痛。

(2) 如胸壁局部损害引起的胸疼, 可用局部热敷、理疗, 耳针疗法等。

2、对症护理:

(1) 胸痛: 密切观察胸痛的部位, 疼痛的性质, 疼痛伴随的症状以及疼痛的时间, 协助医师诊断和处理。

(2) 胸痛按病因区别处理: 如胸膜病变可用宽胶布在呼气状态下紧贴患侧胸部, 以减少胸壁活动而止痛, 隔4~5天后停用。如食道病变则饮食给流质: 牛奶、混合奶、肉汤、鸡蛋慢慢吞咽, 可减轻吞咽疼痛。如自发性气胸引起胸疼, 应准备气胸箱, 及时协助医师抽气, 可减轻胸疼和其他症状。心绞痛则绝对卧床休息, 给氧吸入, 含硝酸甘油等, 密切观察疗效一般3分钟即有效。如心肌梗塞疼痛则为胸骨后闷痛、刺痛, 绞痛等或胸部压迫感。

3、药物治疗:

(1) 按医嘱可用1~2%普鲁卡因10~20ml 肋间神经局部封闭。

(2) 可口服小剂量的镇静剂或止疼剂。

4、原发病治疗: 按原发病的治疗及护理。可参阅有关章节。

第五节 咯 血

喉部以下呼吸道出血, 通过咳嗽反射, 经口腔咳出称为咯血。多见于呼吸道疾病和心血管疾病, 也可发生在全身性疾病。咯血按出血量多少可分痰中带血, 咯血100ml以下称少量咯血, 咯血100~500ml 为中量咯血, 咯血500ml 以上为大量咯血。严重者咯血可发生窒息或休克。故咯血时必须掌握咯血前驱症状, 做好预防, 采取及时治疗和护理措施, 病人常常可渡过危险期。

〔病因〕

(一) 呼吸道疾病:

1、肺结核: 咯血在肺结核病中者最为常见, 见于浸润性肺结核, 慢性纤维空洞性肺结核、结核性肺炎。

2、支气管扩张: 常反复发作咯血, 有时咯血量很多, 特别在感染时咯血量增多。

3、支气管肺癌, 半数以上的病例发生少量咯血吐血痰。

4、慢性支气管炎, 大叶性肺炎, 肺囊肿等也可发生少量咯血。

(二) 心血管疾病:

1、风湿性心脏病二尖瓣狭窄。

2、肺梗塞。

〔三〕全身性疾病:

1、血液系统病: 血小板减少性紫癜, 白血病, 血友病。

2、钩端螺旋体病(肺出血型)、流行性出血热等。

〔临床表现〕少量咯血时, 痰中带血丝或血块, 或咳少量鲜血, 约100~300ml。

咯血前可有精神倦怠、无力、喉痒、胸闷、咳嗽、易烦躁、尚有原发病的症状。大量咯血时, 病人常表现有腥气味, 精神紧张、焦虑、全身无力、头晕、心慌、自觉头晕、面色苍白, 四肢发凉, 脉搏加快, 咳嗽剧烈。大咯血有时可达300~500ml, 有的可突然发生面色青紫, 烦躁不安, 呼吸急促, 牙关紧闭, 呼吸停止等窒息征象。

〔诊断〕根据上述病史和临床表现初步作出诊断, 根据病情作胸片、支气管造影、痰查结核杆菌, 癌细胞、血常规等。

〔治疗与护理〕

(一) 一般护理:

1、少量咯血卧床休息, 大量咯血绝对静卧注意安全。室内温度, 湿度要适宜, 采取合适的卧位, 一般取侧卧位。

2、安慰病人, 消除病人的焦虑和恐惧心理。

3、给予患者胸部冷敷, 病人的枕边放置痰盒与纱布, 给病人咯血取用。咯血容器

宜及时更换，保持容器的清洁，并定时消毒。

4、饮食护理：大咯血时禁食，咯血停止后给温凉流汁或半流汁，少量多餐。每日应吃些新鲜水果，补充维生素。

(二) 对症护理：

1、咯血：严密观察咯血的先兆症状。大咯血时应严密观察脉搏、血压，以防窒息。

2、窒息：窒息发生时的抢救及护理：

(1) 注意病人体位引流：如迅速抬高床尾，使头低足高俯卧位，健肺在上并控出口腔内血块，轻拍患侧背部，促使气管内淤血排出。

(2) 给予氧气吸入，直至呼吸困难和紫绀停止为止。

(3) 窒息引用体位引流无效时，可准备用气管插入或气管切开，并协助医师进行吸取气管内滞留的血块，以保持呼吸道通畅。

(4) 窒息解除仍应注意观察病情，防止再次大咯血，并注意保持安静，保证病人休息。

3、大便：大便秘结时给轻泻药，防止因便秘用力过大诱发出血。

4、发烧：咯血伴发烧时，头部可放冰帽，但不宜用酒精、温水擦浴，以免导致咯血加重。

(三) 原发病治疗：

对原发病进行恰当的治疗及护理。参阅有关章节。

(四) 药物治疗：

1、镇咳剂：咳嗽是生理性防御性反应，出血需通过咳嗽而咯出。故一般情况不用镇咳剂。但剧烈而频繁咳嗽可用小剂量的可待因0.03g。剂量不宜大，因可待因可抑制咳嗽反射，可导致血和分泌物在气管内滞留而发生肺不张或窒息。吗啡、杜冷丁绝对禁用，因能抑制咳嗽和呼吸反射。

2、止血剂的应用，根据病情选择应用。

(1) 少量咯血：①安络血5~10mg 肌注每天两次，可降低毛细血管的通透性，增强毛细血管对损伤的抵抗力。②仙鹤草素：20ml 肌肉注射每天两次，有加速血液凝固，缩短出血时间的作用。③止血敏250mg 肌注每日两次，有促进血小板生成和促进血液凝固性。

(2) 中等和大量咯血用疗效迅速的止血药。①脑垂体后叶素5~10国际单位加入25%葡萄糖20~40ml 内，缓慢静脉注射或用20单位加入10%葡萄糖250ml 缓慢静脉点滴。对肺出血有较好疗效，该药全身血压可升高，对冠心病，高血压，孕妇禁用。②6-氨基乙酸6~8g 加入5%葡萄糖500ml 内静脉点滴。本药有抑制纤维蛋白溶解作用，付作用小。③鱼精蛋白50~100mg 加入25%葡萄糖40ml 内，缓慢静注，每日2~3次。本药可使组织中凝血活素产生凝血酶，加速血液凝集而止血，且副作用少。咯血量很大时，准备抽血送血型交叉，按医嘱少量多次输血，可补充血容量和凝血因子而止血。

第六节 急性冠状动脉粥样硬化性心脏病

心绞痛是冠状动脉粥样硬化所致冠状动脉机能不全对心肌供血不足，发生暂时性的

心肌缺血缺氧所引起的综合症。**〔病因〕**动脉粥样硬化发病原因尚未完全清楚，一般认为脂质代谢紊乱和动脉壁功能障碍是发病的主要因素。过度紧张的脑力活动，吸烟过多，饮食及动物脂肪过量等也是促使发病的重要原因。

心绞痛发作是常因体力劳累，精神紧张，情绪激动，寒冷刺激，饱餐饮酒等情况下诱发。

〔临床表现〕常是突然的阵发性心前压或胸骨后疼痛，伴胸闷气短，有压榨感。疼痛可放射至左肩，左上肢。发作时面容焦虑，出汗，四肢发凉，静止而不动。发作时间一般为几分钟，有的长达15分钟。经休息或用血管扩张剂后，痛能迅速缓解。有的可反复发作，而使病情加重。

〔诊断〕根据病史及临床表现可初步诊断，发作时作心电图检查可有ST和T波的改变。

〔治疗与护理〕

1、一般护理：

(1) 休息：心绞痛发作时嘱病人立刻停止步行或工作。卧床休息片刻可缓解。如为第一次发作或发作较频繁，则应短期卧床休息。

(2) 精神安慰：医护人员和家属均应注意态度和语言，避免给病人不良刺激。不在病人面前谈论病情，以免增加病人思想负担。及时了解病人思想动态，给以解释和安慰，消除病人的精神紧张、恐惧和忧虑。

2、对症护理：病人胸前区疼痛，伴胸闷、疼痛几分钟、静止不愿动，为心绞痛发作，迅速让病人卧床休息，切勿紧张和恐惧，严密观察心率和血压。

3、药物治疗：

(1) 发作时迅速给血管扩张药，使冠状动脉血流量增加，改善心肌供血。常用的有硝酸甘油0.3~0.6mg，含于舌下，也可用复方硝酸甘油片等。密切观察药效，一般用药后20分钟即可发生作用，有效时间可维持4小时。用药后如有头痛，头晕，恶心，呕吐等反应应停药。

(2) 嘱病人随身携带血管扩张药，发作时可迅速取用。

(3) 避免诱发因素：如过度活动、精神紧张、饱餐饮酒，吸烟等。饮食宜清淡，限制食量，动物脂肪及含胆固醇的食物。

3、药物治疗：用长效硝酸甘油、洋生丁，冠心舒丸等，以建立侧支循环，防止加重动脉硬化。

3、药物治疗：用长效硝酸甘油、洋生丁，冠心舒丸等，以建立侧支循环，防止加重动脉硬化。

3、药物治疗：用长效硝酸甘油、洋生丁，冠心舒丸等，以建立侧支循环，防止加重动脉硬化。

第七节 急性腹疼

急性腹疼临床十分常见，它涉及内外妇儿各科的疾病，其特点是起病急，病情重，变化快。通常病人急症就诊，首先有护士接待病人，进行分诊和紧急处理，故护理人员必须熟悉急性腹疼临床知识，腹疼在各科之间鉴别要点，方能作出正确分诊，协助医师正确诊断和及时解除病人痛苦，否则将会误诊和延误治疗。严重者造成病人死亡。

〔病因〕急性腹疼由腹腔内脏器官疾病和腹腔外疾病或其他疾病引起，其常见病因有：

1、腹腔内病变：

- (1) 胃及十二指肠溃疡病急性发作或穿孔。
- (2) 肝、胆，胰腺，阑尾的急性炎症。如肝脓肿，急性胆石症，胆囊炎，急性胰腺炎，急性阑尾炎等。
- (3) 肠道疾病：肠梗阻、肠扭转，肠套迭，肠系膜血栓形成。

2、腹腔外疾病：

- (1) 内科性腹疼：过敏性紫癜（腹疼型），糖尿病酸中毒，铅中毒，尿毒症，胸膜炎等。

(2) 外科性腹疼：输尿管结石。

- (3) 妇科性腹疼：子宫外孕破裂出血等。

3、功能性腹疼：系内脏神经受外界刺激或精神情绪而诱发，如胃痉挛，肠痉挛。

〔临床表现〕主要表现是腹疼，因病变器官和病情轻重不同，故腹疼各有其不同特点和规律。其临床特点：

- 1、腹疼的部位：(1) 剑突上下腹部疼痛是溃疡病急性发作，急性胃炎，胆道蛔虫症。(2) 右上腹疼，见于十二指肠溃疡急性发作，胆石症，胆囊症，肝脓肿，肝破裂或右下肺炎，胸膜炎引起的放射性右上腹疼。(3) 脐周围疼：急性肠炎，肠蛔虫症，肠梗阻，早期阑尾炎。(4) 左上腹疼：常为急性胰腺炎、脾破裂。(5) 左下腹疼：输尿管结石，子宫外孕，急性痢疾等。(6) 满腹疼：见于弥漫性腹膜炎、过敏性紫癜，急性坏死性肠炎。

2、腹疼的性质和伴随的症状。其与腹腔脏器引起的炎症，梗阻穿孔，出血等不同原因而出血各异。(1) 炎症性腹疼：一般开始轻，随炎症发展而加重，呈持续性腹疼后，恶心，呕吐和感染中毒症状。如发热白血球高。腹疼局部有压痛，如肝胆系统症状常伴黄疸，如肠道炎症，排粘液性便或脓血便。(2) 梗阻性腹疼：发病急，为阵发性剧烈的腹疼，病人辗转不安，口中吟，冷汗淋漓，当合并炎症时，为持续性腹疼阵发性加重。如伴不排便，不排气，常为急性肠梗阻，伴尿疼尿血为泌尿系结石，伴吐蛔虫，呈钻顶样痛，蜷曲侧卧，呻吟喊叫。胆道、胰管，阑尾蛔虫的梗阻，伴有黄疸发烧为总胆结石。(3) 穿孔性腹疼：腹内脏器穿孔，内容物刺激腹膜而突然剧烈腹疼。如：溃疡病穿孔，发生刀割样持续性疼，随后呈满腹疼伴恶心呕吐，几小时后伴发烧，有明显的感染中毒症状，白血球明显增高，腹部检查全腹压疼和反跳痛。(4) 出血性腹

疼：脏器破裂出血，如宫外孕，肝脾破裂，开始在出血部疼，随后满腹疼，为持续性刀割样疼伴有进行性失血症状，严重的伴有失血性休克。（5）其他全身性疾病：腹紫质病，满腹绞痛，疼痛剧烈，但腹部无明显体征，呈酱油色，尿紫质测定阳性。（6）功能性腹痛：腹痛不规律，时重时轻，时有时无，腹疼部位不定，也无固定压痛点。

4、腹部体征的特点：（1）腹腔脏器病变：局部腹肌紧张，有压疼反跳疼。（2）脏器穿孔呈板状腹，肝浊音界消失。（3）腹腔触及包块，炎症性包块，局部有明显压疼；肿瘤包块高低不平有结节，囊肿，触之有囊样感。（4）肠梗阻可见肠型蠕动波，肠鸣音亢进，麻痹性肠梗阻，肠鸣音减弱或消失。

〔诊断〕根据腹疼史，临床表现，结合病情作大小便、血、白细胞中性细胞，胰淀粉酶检查，必要时作腹部透视、腹部平片，输尿管造影或妇科检查等。能明确诊断。

（治疗与护理）

（一）一般护理：查对姓名，详细询问病史和认真检查腹部体征，初步印象及时分诊挂号，迅速让病人就诊。

1、热情接待病人作出正确分诊，故首先要作好详细询问病史和认真检查腹部体征，初步印象及时分诊挂号，迅速让病人就诊。

2、测量体温，脉搏，呼吸及血压并作记录，结合病情尽量配合医师作好就诊前准备。如检查白细胞总数和分类，大小便常规等。

3、当急性腹疼不能忍受时，护士可先进行针灸治疗，取穴中脘，内关，足三里，胃俞等。但禁止用止疼剂，尤其是吗啡和杜冷丁等麻醉药品，

4、危重病人需作放射科检查时，护士应陪同进行以免意外。

（二）对症护理：

1、剧烈腹痛：观察病人有剧烈腹疼，检查腹肌紧张，板状腹系脏器穿孔应禁食，并做好手术前准备，建立静脉通道。按医嘱给补充5%葡萄糖液和生理盐水，并准备作胃肠减压，以抽出内容物减轻腹胀或毒素的吸收。

2、阵发性腹痛：观察病人腹疼为阵发性腹疼时，辗转不安、喊叫，甚至吐蛔虫系胆道蛔虫，可先给针灸治疗，取穴巨阙，内关等穴，先可作推拿压迫局部穴止疼，必要时送理疗室作电兴奋治疗。也可给服乙醚2ml加水4ml口服。

3、血压：观察病人腹疼剧烈，血压下降，脉搏细速，呼吸急促，皮肤湿冷，多为出血穿孔，脏器破裂或严重感染而致休克，应迅速进行抢救，并按休克治疗及护理，并迅速对病因彻底治疗。

4、呕吐：观察右上腹疼伴呕吐，发烧黄疸检查莫非氏征阳性，为急性胆囊炎，给局部热敷，低油饮食，按医嘱注射阿托品，抗菌素和输液治疗。

5、腹泻：观察腹痛伴有腹泻，排粘液脓血便，脐周围和右下腹痛时及时留大便检查并送大便培养。如大便有脓球，吞噬细胞系痢疾，注意隔离，观察血压。稀水样便，次数频繁系肠炎，注意观察脱水症状。如腹疼排便便时，检查腹部有包块系肠套叠，可随时向医师汇报进行处理。

6、尿血：观察腹疼时伴尿血，尿疼系泌尿系结石。

7、休克：观察腹疼伴休克系急性胰腺炎，化脓性胆管炎等。如伴胸闷、心前压痛，可能为急性心肌梗死，及时回报医师并作心电图检查从速给氧吸入，镇静治疗，按急性