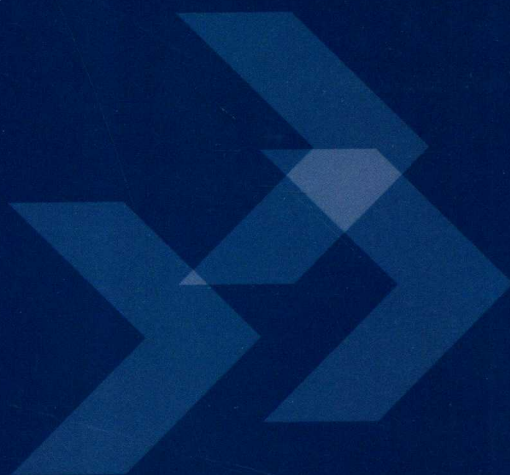


临床疾病护理要点

张 爽◎主编



 吉林科学技术出版社

临床疾病护理要点

张 爽◎主编

图书在版编目（CIP）数据

临床疾病护理要点 / 张爽主编. -- 长春 : 吉林科学技术出版社, 2017.8

ISBN 978-7-5578-2776-2

I. ①临… II. ①张… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第164041号

临床疾病护理要点

LINCHUANG JIBING HULI YAODIAN

主 编	张 爽
出 版 人	李 梁
责任编辑	孟 波 朱 萌
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
开 本	787mm×1092mm 1/16
字 数	300千字
印 张	28
印 数	1—1000册
版 次	2017年8月第1版
印 次	2018年3月第1版第2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	0431-85635177 85651759 85651628 85652585 85635176
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-86037565
网 址	www.jlstp.net
印 刷	永清县晔盛亚胶印有限公司

书 号	ISBN 978-7-5578-2776-2
定 价	98.00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

张 爽 李慧芳 时富枝
李晓霞 师 歌 张 华

副主编

李 英 马兴乐 侯晓丽
张 洁 聂姣燕

编 者 (以姓氏笔画为序)

马兴乐	郑州大学附属洛阳中心医院
师 歌	郑州儿童医院
李 英	荆州市中心医院
李晓霞	郑州儿童医院
李慧芳	郑州市中医院
时富枝	郑州儿童医院
张 华	河南省中医院 (河南中医药大学第二附属医院)
张 洁	郑州儿童医院
张晓慧	郑州市第六人民医院
张 爽	郑州市中医院
侯晓丽	郑州人民医院
聂姣燕	郑州大学第三附属医院



张爽,女,生于1983年5月,2002年毕业于河南省郑州市卫生学校,从事临床护理工作15年,本科学历,主管护师,现任郑州市中医院心内科护士长,具有丰富的临床护理经验,擅长心血管内科急危重症的护理,在国家级杂志上发表论文4篇,获国家专利一项。



李慧芳,女 2004年毕业于郑州卫校,从事临床护理工作12年,本科学历。工作中严格要求自己,刻苦钻研业务,不断接受新的护理技术理念,具有丰富的临床护理经验,擅长心血管内科,急危重症,疑难杂症的救护,尤其是急性心肌梗死.严重冠心病,心律失常,等介入治疗的护理及手术配合,曾发表国家级论文5篇,国家专利1项。



时富枝,1969年8月出生,郑州儿童医院,副主任护师,毕业后一直从事儿科护理工作,擅长儿科急重症护理,发表论文10余篇,完成课题6项。

前 言

护理工作在我国医疗卫生事业的发展中发挥着重要的作用,广大护理工作者在协助临床诊疗、救治生命、促进康复、减轻疼痛及增进医患和谐方面肩负着大量工作。随着现代医学科学技术的快速发展,新的诊疗技术的不断更新,护士在临床中的护理技术也在不断地提高。为了将最新的护理技术运用到临床中,快速减轻患者的痛苦,提高护士技能,我们特地组织了一批具有丰富临床经验的护理专家及骨干共同编写了《临床疾病护理要点》一书。

本书共分为三篇,内科疾病护理篇、妇产、儿科疾病护理篇和口腔疾病护理篇,每章篇幅主要介绍了各种疾病的护理技术及护理要点。本书在撰写过程中坚持实用为主,在介绍各种疾病护理要点的同时兼顾有关护理基础理论知识及操作技能的介绍,文笔流畅,精简易懂,对广大护理医务工作者有一定的参考价值。

在本书的编写过程中,虽然我们力求完美,但由于认知水平和知识面有限,书中存在错误及疏漏之处恐在所难免,恳请各位同仁及读者批评指正,以期再版时予以订正。

目 录

第一篇 内科疾病护理篇

第一章 呼吸系统疾病的护理	(1)
第一节 肺结核的护理	(1)
第二节 肺炎的护理	(6)
第二章 消化系统疾病的护理	(9)
第一节 胃癌的护理	(9)
第二节 肝硬化的护理	(10)
第三章 循环系统疾病的护理	(16)
第一节 概述	(16)
第二节 常见症状与体征的护理	(18)
第三节 休克病人的护理	(22)
第四节 高血压的护理	(30)
第五节 心绞痛的护理	(34)
第六节 心力衰竭的护理	(39)
第七节 心律失常的护理	(50)
第八节 心脏瓣膜病的护理	(58)
第九节 心肌梗死的护理	(67)
第十节 感染性心内膜炎的护理	(72)
第十一节 心肌炎的护理	(76)
第十二节 心包炎的护理	(78)
第十三节 冠状动脉粥样硬化性心脏病的护理	(82)
第十四节 冠状动脉介入治疗的护理	(96)
第十五节 房间隔缺损介入治疗的护理	(102)
第十六节 室间隔缺损介入治疗的护理	(107)
第十七节 动脉导管未闭介入治疗的护理	(110)
第十八节 特殊诊疗技术与护理	(112)
第四章 泌尿系统疾病的护理	(129)
第一节 尿路感染的护理	(129)
第二节 急性尿潴留的护理	(131)

第五章 血液系统疾病的护理 (133)

第一节 常见症状和体征的护理 (133)

第二节 缺铁性贫血的护理 (136)

第三节 巨幼细胞性贫血的护理 (138)

第四节 再生障碍性贫血的护理 (140)

第五节 弥散性血管内凝血的护理 (144)

第六节 出血性疾病的护理 (146)

第七节 骨髓纤维化疾病的护理 (152)

第八节 白血病的护理 (153)

第九节 淋巴瘤的护理 (161)

第十节 造血干细胞移植的护理 (164)

第六章 内分泌系统疾病的护理 (169)

第一节 甲状腺功能亢进症的护理 (169)

第二节 甲状腺功能减退症的护理 (173)

第七章 神经系统疾病的护理 (177)

第一节 短暂性脑缺血发作的护理 (177)

第二节 脑出血的护理 (179)

第二篇 妇产、儿科疾病护理篇

第八章 妇产科疾病的护理 (184)

第一节 不孕症的护理 (184)

第二节 阴道炎的护理 (233)

第三节 子宫颈炎护理 (238)

第四节 正常分娩的护理 (241)

第五节 妊娠合并心脏病的护理 (244)

第六节 分娩期并发症的护理 (247)

第九章 儿科疾病的护理 (254)

第一节 新生儿及护理 (254)

第二节 呼吸窘迫综合症的护理 (260)

第三节 高胆红素血症的护理 (262)

第四节 新生儿窒息的护理 (264)

第五节 新生儿败血症的护理 (266)

第六节 急性上呼吸道感染的护理 (267)

第七节 儿童脑水肿的护理 (269)

第八节 小儿癫痫的护理 (275)

第九节 小儿惊厥的护理 (280)

第十节 小儿麻疹的护理	(284)
第十一节 儿童病毒性心肌炎的护理	(289)
第十二节 儿童充血性心力衰竭的护理	(292)
第十三节 针灸疗法的康复护理	(296)
第十四节 推拿按摩疗法的康复护理	(300)
第十五节 增强肌力与耐力训练的康复护理技术	(309)
第十六节 大脑性瘫痪的康复护理	(312)
第十七节 儿童孤独症的康复护理	(321)
第十八节 注意缺陷障碍伴多动的康复护理	(327)
第十九节 小儿癫痫发作和癫痫的康复护理	(333)
第二十节 儿童言语障碍的康复护理	(337)
第二十一节 儿童听力障碍的康复护理	(342)
第二十二节 脊髓灰质炎的康复护理	(351)
第二十三节 小儿烧伤的康复护理	(357)

第三篇 口腔科疾病护理篇

第十章 成人口腔疾病护理	(366)
第一节 成人龋病的护理	(366)
第二节 口腔颌面部损伤的护理	(375)
第三节 涎腺肿瘤的护理	(399)
第十一章 儿童口腔疾病的护理	(413)
第一节 儿童牙齿解剖生理特点	(413)
第二节 牙齿萌出和乳、恒牙替换	(416)
第三节 儿童牙科诊疗行为的诱导方法	(422)
第四节 儿童龋病的护理	(427)
第五节 儿童年轻恒牙外伤的护理	(439)
第六节 乳牙拔除术的护理	(444)
参 考 文 献	(447)

第一篇 内科疾病护理篇

第一章 呼吸系统疾病的护理

第一节 肺结核的护理

肺结核是结核杆菌引起的慢性呼吸道传染病。20 世纪 50 年代以来,我国结核病的流行趋势虽有下降,但各地区疫情的控制尚不平衡,仍是当前一个突出的公共卫生问题,现有肺结核病人 600 万,占世界结核病人的 1/4。

【病因与发病机制】

(一)结核菌

结核菌属于分枝杆菌,涂片染色具有抗酸性,亦称抗酸杆菌。结核菌分为人型、牛型及鼠型等种类。前两型为人类结核病的主要病原菌。结核菌为需氧菌,对外界抵抗力较强,在阴湿处能生存 5 个月以上;但在烈日暴晒 2 小时,紫外线照射 10~20 分钟,5%~12%来苏接触 2~12 小时,70%乙醇接触 2 分钟,均能被杀灭,煮沸 1 分钟也能被杀死。所以煮沸消毒与高压蒸汽消毒是最有效的消毒法,将痰吐在纸上直接烧掉是最简易的灭菌方法。

(二)感染途径

本病主要通过呼吸道传播,其次是消化道。传染源主要是排菌的肺结核病人(尤其是痰涂片阳性、未经治疗者)。

(三)人体的反应性

1. 免疫与变态反应 人体对结核菌免疫力有两种,一种是非特异的自然免疫力(先天免疫力),另一种是接种卡介苗或经过结核菌感染后所获得的特异性免疫力(后天性免疫力)。各种原因削弱人体免疫力时,可能感染而发病,或引起原已稳定的病灶重新活动。结核菌侵入人体后 4~8 周,身体组织对结核菌及其代谢产物所发生的敏感反应称为变态反应,结核病主要是细胞免疫,免疫与变态反应常同时存在。

2. 初感染与再感染 初次感染结核菌后,细菌被吞噬细胞携带至肺门淋巴结(淋巴结肿大),并可全身播散(隐性菌血症),此时若正值免疫力低下,可以发展成为原发性肺结核。再感染的病人,因经过轻微结核感染或已接种卡介苗,机体有特异的免疫力,多不引起局部淋巴结肿大,也不易发生全身性播散,而是在感染局部发生剧烈组织反应,病灶为渗出性,甚至出现干酪样坏死、液化而形成空洞。

【临床表现】

(一)症状

1.呼吸系统症状

(1)咳嗽、咳痰:最常见症状。咳嗽较轻,干咳或少量黏液痰。有空洞形成时,痰量增多。若合并其他细菌感染,痰可呈脓性。若合并支气管结核,表现为刺激性咳嗽。

(2)咯血:1/3~1/2有咯血。咯血量多少不定,多数病人为少量咯血,少数为大咯血。

(3)胸痛:结核累及胸膜时可表现胸痛,为胸膜性胸痛,随呼吸运动和咳嗽加重。

(4)呼吸困难:多见于干酪样肺炎和大量胸腔积液病人。

2.全身症状 发热最常见,午后低热,即下午或傍晚开始升高,翌晨降至正常。部分有倦怠乏力、盗汗、食欲减退和体重减轻等结核毒性症状。育龄女性患者可以有月经不调。

(二)体征

渗出性病变范围较大或干酪样坏死时,可有触觉语颤增强、叩诊浊音等肺实变体征,听诊闻及支气管呼吸音和细湿啰音。大范围的纤维条索形成时,气管向病侧移位,病侧胸廓塌陷。结核性胸膜炎伴有胸腔积液时,气管移向健侧,病侧胸廓饱满,触觉语颤减弱,叩诊实音,听诊呼吸音消失。

(三)临床类型

1.原发性肺结核 儿童及边远山区、农村初次进入城市的成人多见,病灶多位于上叶底部、中叶或下叶上部(肺通气较大部位),引起淋巴管炎和淋巴结炎。肺部原发病灶、淋巴管炎和肺门淋巴结炎,统称为原发综合征。症状多轻微而短暂,可类似感冒,有微热、咳嗽、食欲不振、体重减轻,数周好转。X线典型征象为哑铃型阴影。绝大多数病灶逐渐自行吸收或钙化。

2.血行播散型肺结核 多由原发性肺结核发展而来,但成人更多见的是继发于肺或肺外结核病灶(如泌尿生殖道的干酪样病灶)溃破到血管引起。急性血行播散型肺结核,起病急,有全身毒血症状,常可伴发结核性脑膜炎。X线检查显示肺内细小如粟粒、等大、均匀地播散于两肺。人体免疫力较高时,少量结核菌分批经血行进入肺部时,血行播散灶大小不均、新旧不等,较对称地分布在两肺上中部,称为亚急性或慢性血行播散型肺结核。临床上可无明显中毒症状,病情发展也较缓慢,病人常无自觉不适,而于X线检查时才发现。此时病灶多较稳定或已硬结愈合。

3.浸润性肺结核 它为最常见的继发性肺结核,成年人多见。免疫力低下时,潜伏在病灶内的结核菌重新繁殖,引起以渗出和细胞浸润为主、伴有不同程度的干酪样病灶(内源性感染)。病灶多在锁骨上下,X线检查显示为片状、絮状阴影,边缘模糊。浸润型肺结核伴大片干酪样坏死灶时,呈急性进展,具有高度毒性症状,临床上称为干酪性(或结核性)肺炎。干酪样坏死灶部分消散后,周围形成纤维包膜,或空洞的引流支气管阻塞,空洞内干酪物不能排出,凝成球状病灶,称为结核球。

4.慢性纤维空洞型肺结核 肺结核未及时发现或者治疗不当,空洞长期不愈,空洞壁逐渐变厚,病灶出现广泛纤维化,形成慢性纤维空洞型肺结核。痰中带有结核菌,为结核病的重要传染源。X线检查显示一侧或两侧单个或多个厚壁空洞。由于肺组织纤维收缩,肺门向上牵拉,肺纹理呈垂柳状阴影;纵隔向病侧牵引,邻近或对侧肺组织常发生代偿性肺气肿,常继发感

染和并发肺源性心脏病。肺组织被广泛破坏,纤维组织大量增生,可导致肺叶或全肺收缩,形成毁损肺。

5.结核性胸膜炎 结核杆菌侵入胸膜腔可引起渗出性胸膜炎。除全身中毒症状外,有胸痛和呼吸困难。X线少量积液时,仅见肋膈角变钝;中等量积液时,中、下肺野呈现一片均匀致密影,积液可随体位变动。结核性胸水为渗出液,呈草黄色或血性。

6.其他肺外结核 按部位和脏器命名,如骨关节结核、肾结核、肠结核等。

7.菌阴肺结核 菌阴肺结核为三次痰涂片及一次培养阴性的肺结核。

8.肺结核类型的记录 血行播散性肺结核注明“急性”或“慢性”,继发性肺结核应注明“浸润型”或“纤维空洞”。

【实验室和其他检查】

1.结核菌检查 痰中找到结核菌是确诊肺结核的主要依据。痰菌阳性说明病灶是开放性的(有传染性)。痰培养则更精确。对于记录方式,痰菌阳性或阴性分别以(+)或(-)表示,以“涂、集、培”字代表痰菌检查方法。无痰或未查痰时,注明“无痰”或“未查”。

2.影像学检查 胸部X线检查可早期发现,对病灶部位、范围、性质、发展情况和治疗效果也可作出判断;CT有助于发现微小或隐蔽性病变。病变范围描述:病变范围按右、左侧,分上、中、下肺野记述。右侧病变记在横线上方,左侧病变记在横线下方,若一侧无病变,应以“(-)”表示。以第二和第四前肋下缘内侧水平将两肺各分为上、中、下三个肺野,有空洞者在相应肺野部位加“O”号。

3.结核菌素试验 旧结素(OT)是结核菌代谢产物,主要含有结核蛋白,因抗原不纯可引起非特异反应,目前多采用旧结素的纯蛋白衍化物(PPD),不产生非特异性反应。通常取0.1ml PPD 稀释液(51U),在左前臂屈侧中部作皮内注射,经2~3天后测量皮肤硬结直径(不是红晕直径),如 $<5\text{mm}$ 为阴性,5~9mm为弱阳性,10~19mm为阳性, $\geq 20\text{mm}$ 或局部发生水疱、坏死者为强阳性反应。阳性说明有结核杆菌感染,但不一定患病。1IU PPD皮试强阳性提示体内有活动性结核病灶。PPD试验(-)的意义:①未感染结核菌;②免疫力下降和变态反应受抑制的结核病人,如应用糖皮质激素或免疫抑制剂、结核病严重、危重病人等,老年人也多阴性。

4.其他检查 严重病例可有贫血,急性粟粒型肺结核可有白细胞总数减低或类白血病反应,活动性肺结核的血沉可增快。

【诊断要点】

根据病史、症状和体征、痰结核菌检查和胸部X线检查结果,可作出诊断。

【治疗要点】

(一)抗结核化学药物治疗(简称化疗)

1.化疗原则 早期、联用、适量、规律和全程治疗是抗结核化疗原则。早期是指一旦发现和确诊结核后应立即给药治疗;联用是指根据病情及抗结核药的作用特点,联用两种或两种以上药物,以增强和确保疗效,减少或防止耐药性产生;适量是指根据不同病情及不同个体,用药剂量要适当,量小达不到疗效,量大会加重药物中毒;规律即病人必须严格按照化疗方案规定

的用药方法,定时定量服药,不可无故停药或随意间断用药,亦不可自行变更方案;全程是指病人必须按治疗方案坚持治满疗程,以减少或防止复发。活动性肺结核是化疗的适应证。

2.化疗方法

(1)两阶段疗法:开始1~3个月为强化阶段,常同时用2种或2种以上的杀菌剂,以迅速控制结核菌繁殖,防止或减少耐药菌株的产生。以后为维持或巩固阶段,直至疗程结束,以彻底杀死并消灭结核菌,预防复发。

(2)间歇疗法:有规律地采用每周3次用药的方法,能达到每天用药同样的效果。在开始化疗的1~3个月内,每天用药(强化阶段),其后每周3次间歇用药(巩固阶段),也可全程间歇用药。间歇用药减少投药次数而使毒性反应和药费都降低,也方便病人,有利于监督用药,保证全程化疗。

3.治疗状况记录

(1)初治。有下列情况之一者谓初治:①尚未开始抗结核治疗者;②正进行标准化疗方案用药而未满疗程者;③不规则化疗未满1个月者。

(2)复治。有下列情况之一者为复治:①初治失败者;②规则用药满疗程后痰菌又复阳者;③不规律化疗超过1个月者;④慢性排菌者。

4.化疗方案

化疗方案应根据病情轻重、有无痰菌和细菌耐药情况以及经济状况和药源供应等进行选择。化疗方案必须采用全程督导化疗管理,保证病人不间断规律服药。

(1)初治涂阳(包括初治涂阴有空洞形成或粟粒型肺结核):①每日用药:2HRZE/4HR。②间歇用药:2H₃R₃Z₃E₃/4H₃R₃。

(2)复治涂阳:①每日用药:2HRZSE/4~6HRE。②间歇用药:2H₃R₃Z₃S₃E₃/6H₃R₃E₃。

(3)初治涂阴:①每日用药:2HR2/4HR。②间歇用药:2H₃R₃Z₃/4H₃R₃。

符号的意义:药物简写前面的数字代表强化期/巩固期的月数,药物后面的下标代表每周服药的次数,无下标者代表每日服用。

(二)对症治疗

1.毒性症状 结核的毒性症状在有效抗结核治疗1~2周内多可消退,不需特殊处理。若毒性症状过于严重或胸腔积液不能很快吸收,可在有效抗结核药物的同时,加用糖皮质激素,以减轻炎症和过敏反应,促使渗出液吸收,减少纤维组织形成和胸膜粘连的发生。

2.咯血 小量咯血自行停止,必要时可用小量镇静剂、止咳剂、脑垂体后叶素。大量咯血不止者,可经纤维支气管镜等方法止血。

【常用护理诊断/问题】

- 1.知识缺乏,配合结核病药物治疗的知识。
- 2.营养失调,低于机体需要量与机体消耗量增加和食欲减退有关。
- 3.潜在并发症咯血。

【护理措施】

1.休息与活动 休息可以减少体力消耗,减少肺脏的活动,有利于延长药物在病变部位存留的时间。当疾病处于急性进展阶段,结核中毒症状明显,甚至合并咯血,以及伴大量胸腔积

液时,应绝对卧床休息至病情好转;病情轻、症状不典型的病人,也应注意休息,每日不得少于10小时睡眠,生活规律,避免劳累和重体力劳动,否则易引起病情加重或复发;恢复期可适当增加户外活动,充分调动人体内在的自身康复能力,增进机体免疫功能,提高机体的抗病能力。

2.饮食 肺结核是一种慢性消耗性疾病,应加强营养,给予高热量、高蛋白、高维生素的饮食,如牛奶、豆浆、鸡蛋、鱼、肉、豆腐、水果、蔬菜等食物,合理搭配,鼓励病人进食,以增强机体抗病能力及机体修复能力。少食刺激性的食物如辛辣或过咸食物,以免引起咳嗽加重。结核病人应忌酒,因酒能加重药物对肝脏的损伤,结核病人饮酒后还有引起咯血的可能。

3.病情观察 重点观察咯血的发生情况,观察咯血的量、颜色、性质及出血的速度,严密观察有无突然呼吸困难、发绀、意识障碍等。

4.药物护理

(1)化疗药物:加强对病人及其家属的卫生宣传,使之了解结核病是一种慢性呼吸道传染病,只有坚持合理、全程化疗,病人才可完全康复。在介绍药物不良反应时,重视强调药物的治疗效果,让病人认识到发生不良反应的可能性较小,只要及时发现并处理,大部分不良反应可以完全消失,以激励病人坚持全程化疗,防止治疗失败而产生耐药结核菌,增加治疗的困难和经济负担。督促病人按医嘱服药,鼓励病人建立按时服药的习惯,嘱病人一旦出现药物不良反应,如巩膜黄染、肝区疼痛、胃肠道不适、眩晕、耳鸣等,应及时与医生沟通,不要自行停药。反复向病人强调坚持规则、合理化疗的重要性,不规则服药或过早停药是治疗失败的主要原因。取得病人合作,使病人树立治愈疾病的信心,保证治疗计划完成。

(2)其他药物:告知病人结核的毒性症状一般在有效抗结核治疗1~3周内可消退,不需特殊处理。当有高热等严重毒性症状时,可在有效抗结核药的基础上遵医嘱加用糖皮质激素口服。告知病人服用糖皮质激素时,一定不能停用化疗药物,否则可能引起结核病变扩散。

5.准确记录肺结核病人的诊治结果 记录内容包括肺结核类型、范围、痰菌检查结果、治疗史、并发症。诊断举例:

浸润型肺结核 $\frac{\text{上 O 下}}{(-)}$ 涂(+) 支气管扩张 慢性肺源性心脏病

6.预防知识宣教 排菌病人可将结核病传染给密切接触者。控制传染源是预防结核传染的最主要措施。因此应向病人及家属宣传结核病的传播途径及消毒、隔离措施的重要性,指导其采取积极的预防措施。

(1)有条件者,病人单居一室,进行呼吸道隔离,室内保持良好通风,每日用紫外线消毒。

(2)注意个人卫生,严禁随地吐痰,不可面对他人打喷嚏或咳嗽,以防飞沫传播。在打喷嚏或咳嗽时用双层纸巾遮住口鼻,纸巾用后焚烧,痰液须经灭菌处理。

(3)餐具、痰杯煮沸消毒或用消毒液浸泡消毒,同桌共餐时使用公筷,以预防传染。

(4)被褥、书籍在烈日下暴晒6小时以上。

(5)病人外出时应戴口罩。

(6)密切接触者应到医院体检。

【健康指导】

1.有饮酒、吸烟嗜好的病人应戒酒、戒烟。康复期注意保证营养的补充,避免过劳,合理安

排休息,增强抵抗疾病能力。

2.督导病人坚持规则、合理化疗,并指导病人定期随诊。向病人说明用药过程中可能出现的副反应,一旦出现严重副反应,须随时就医。

3.做好结核病的预防工作。

4.健康者接种卡介苗。卡介苗是一种无致病力的牛型结核分枝杆菌活菌疫苗,接种后可获得特异免疫力。已患肺结核或急性传染病痊愈未满1个月者,禁忌接种卡介苗。

(张晓慧)

第二节 肺炎的护理

肺炎是肺实质的炎症,可由多种病原体引起,如细菌、病毒、真菌寄生虫等,其他如放射线、化学、过敏因素等亦能引起肺炎。

肺炎是一种感染性疾病,可发生于任何季节,但冬季及早春常见,任何年龄的人均有可能被感染,由于婴儿的免疫系统尚未成熟,而老年人的免疫系统逐渐退化,这两个年龄群的人较易感染肺炎。

肺炎按病因学分类可分为细菌性、病毒性、支原体性、立克次体性、霉菌性、化学性、放射性和过敏性肺炎。

按病变的解剖分布可分为大叶性肺炎、支气管性肺炎、间质性肺炎。

按病情程度可分为轻型、普通型、中毒型和休克型肺炎。

病毒性和细菌性肺炎是呼吸系统感染疾病死亡的主要原因。

一、护理评估

肺炎的表现多种多样,取决于感染的程度、病程、致病菌的类型。

(一)健康史

1.近期有呼吸道感染。

2.因与外界接触而生病(受凉淋雨等),有过度疲乏、醉酒、精神刺激、病毒感染史。

(二)身心状况

1.一般表现 肺炎的征象及症状因人而异,取决于致病菌的种类。如细菌性肺炎一般发病突然,常伴有寒战、高热,体温可高达 40.5°C 。高热者可出现胸部疼痛、软弱、头痛及全身无力。

2.呼吸系统 可出现胸痛、咳嗽,痰少,可带血丝或呈铁锈色(葡萄球菌肺炎吐脓痰);呼吸增快且呼吸困难、发绀;肺部听诊感染部位呼吸音减弱,可闻及湿啰音及支气管呼吸音。

3.偶有恶心、呕吐、腹泻。

4.高热者面颊绯红,皮肤干燥。

(三)辅助检查

- 1.胸部 X 线检查 细菌性肺炎病灶侵犯肺的一叶或多叶,病毒性肺炎侵犯整个肺出现斑点状阴影。
- 2.痰液检查 可找到致病菌。
- 3.血常规检查 白细胞增高。
- 4.血气分析 可示低氧血症。

二、护理诊断

- 1.体温过高 与肺部感染有关。
- 2.清理呼吸道无效 与痰液增多、粘稠及无力咳出有关。
- 3.气体交换受损 与肺部感染、气道内黏液堆积致肺通气和肺换气障碍有关。
- 4.焦虑 与患者对疾病的过程及病情变化不了解有关。
- 5.活动无耐力 与低氧血症及高热降温后营养摄入不足有关。

三、护理目标

- 1.使患者的体温维持在正常范围内。
- 2.保持呼吸道通畅,患者能有效地咳出分泌物。
- 3.供给机体足够的营养和体液,保持水电解质平衡。
- 4.减轻患者的焦虑。

四、护理措施

(一)体温过高的护理

- 1.高热患者降温时会大量出汗,应及时更换衣服、床单,保持整洁、干燥、舒适。
- 2.当有口腔干燥、黏膜损伤、感染、口唇疱疹时,应做好口腔护理,清洁口腔,促进食欲。
- 3.高热大量出汗时,除静脉补给液体外,应鼓励患者饮水,每日摄入量应为 3000 ~ 4000ml,心、肝、肾功能障碍时,每日饮水量应适当控制。鼓励患者进食高热量、高蛋白、高维生素、易消化的饮食。

(二)促进痰液引流

- 1.指导并鼓励患者有效地咳嗽、排痰,指导患者正确留取痰标本,以确定病原菌,指导治疗用药。
- 2.运用控制咳嗽法及正确的体位引流姿势促进痰液的排出,对年老体弱者应用叩击法辅助排痰。

(三)心理护理

应与患者交流沟通,鼓励其详细说不安的想法和感觉,使其能采取有效的方法应付焦虑,而尽快熟悉环境,进入角色,安心养病。确保患者身心两方面均得到休息。

(四)出院指导

- 1.出院前患者不要过度疲劳,出院后定期门诊追踪。
- 2.在恢复期根据胸片结果来判断肺炎的吸收情况,以确定是否出院。
- 3.指导患者/家属保持充分营养、休息及锻炼,以增加机体对感染的抵抗力。
- 4.指导易感患者避免与上呼吸道感染者接触,指导患者预防再发呼吸道感染与及早治疗的重要性。对老年人及慢性患者尤应避免感冒,天冷时注意增加衣服,避免着凉。

五、评价

- 1.患者能有效地进行深呼吸运动,能应用有效的咳痰技巧,保持呼吸道通畅。
- 2.患者能采取有效的方法应付焦虑,保持身心愉快,配合治疗护理。
- 3.患者获得足够的营养和水分,以保证机体的正常需要。
- 4.患者能在指导下了解预防呼吸道感染的方法。

(张晓慧)