



普通高等教育“十三五”规划教材
全国高等院校医学实验教学规划教材

编审委员会主任委员 马晓健
编写委员会总主编 邬贤斌

内科护理学学习 与实训指导

主编 李兵



科学出版社

普通高等教育“十三五”规划教材
全国高等院校医学实验教学规划教材

编审委员会主任委员 马晓健

编写委员会总主编 邬贤斌

内科护理学学习 与实训指导

主 编 李 兵

副主编 田玉梅 郑莉茗

编 委 (按姓氏笔画排序)

田玉梅 (湖南医药学院)

刘永民 (湖南医药学院)

刘翔宇 (湖南省肿瘤医院)

李 兵 (湖南医药学院)

陈月富 (湖南医药学院)

郑莉茗 (湖南医药学院)

贺 彬 (湖南医药学院)

袁洁莹 (湖南医药学院第一附属医院)

高传英 (湖南医药学院第一附属医院)

唐海蓉 (湖南医药学院第一附属医院)

阎 青 (湖南医药学院)

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书为《内科护理学》的配套教材,分为学习指导和实训指导两篇。第一篇为学习指导,共九章,分别为呼吸系统疾病患者的护理、循环系统疾病患者的护理、消化系统疾病患者的护理、泌尿系统疾病患者的护理、血液系统疾病患者的护理、内分泌与代谢性疾病患者的护理、风湿性疾病患者的护理、神经系统疾病患者的护理、传染病患者的护理。每章均由重点与难点、自测习题和参考答案三部分组成。第二篇实训指导,分别对应第一篇九章内容,每个实训均设计临床较典型案例,由知识回顾、临床资料和模拟训练组成。

本书主要供护理学专业普通本科学生使用,也可供高等专科、高等职业教育学生使用和参考。

图书在版编目(CIP)数据

内科护理学学习与实训指导 / 李兵主编. —北京:科学出版社, 2017.7
普通高等教育“十三五”规划教材·全国高等院校医学实验教学规划教材
ISBN 978-7-03-053390-6

I. ①内… II. ①李… III. ①内科学-护理学-高等学校-教材
IV. ①R473.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 132941 号

责任编辑:周 园 / 责任校对:郭瑞芝
责任印制:徐晓晨 / 封面设计:陈 敬

科学出版社出版

北京东黄城根北街 16 号
邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

北京京华虎彩印刷有限公司印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2017 年 7 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2018 年 1 月第二次印刷 印张:13 1/2

字数:313 000

定价:46.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

全国高等院校医学实验教学规划教材

编审委员会

主任委员 马晓健
委 员 (按姓氏笔画排序)
田小英 向开祥 李 青 李树平
饶利兵 蒋乐龙 谢日华

编写委员会

总 主 编 邬贤斌
编 委 (按姓氏笔画排序)
牛友芽 田玉梅 刘立亚 刘理静
刘新岗 李 兵 李小琳 杨 渊
杨懿农 陈立军 郑莉茗 胡昌军
胡祥上 柳 洁 饶利兵 祝铭山
唐根云 廖吾清
秘 书 刘新岗 朱 宁

前 言

《内科护理学学习与实训指导》作为配套教材，其主要内容是根据本科《内科护理学》教材编写的，本书分为内科护理学学习指导和内科护理学实训指导两篇。

第一篇为内科护理学学习指导，共九章，由本章学习重点与难点、自测习题和部分参考答案三部分组成。由于内科护理学知识量丰富、内容复杂、学习难度大，为帮助学生准确地把握教材的重点和难点，提高学习质量，特编写此部分内容。按照“突出重点，注重护理”的原则，梳理内科常见疾病及护理的要点，有利于学生自主学习。为了进一步帮助学生理解、掌握、巩固所学的知识，本书又为学生设计了课后习题。希望学生通过做题，将自主学习过程中遇到的一些似懂非懂、模棱两可的知识点具体化、条理化。题型包括名词解释、填空题、简答题、选择题四种类型，习题以教学大纲为纲领，结合护士执业资格考试的考点，涵盖了每章节的重点内容，具有较强的代表性、针对性、应用性。每章后面附有填空题和选择题的参考答案。

第二篇为内科护理学实训指导，每个实训均设计了临床较典型案例，由知识回顾、临床资料和模拟训练组成。实训内容体现“以职业能力为目标”的理念，尽量贴近学生、贴近临床。实训内容涉及健康评估知识和技能、基础护理知识和技能、专科护理的知识和技能。希望通过模拟训练，展示学生的健康评估能力、沟通表达交流能力、评判性思维能力、临床应用能力。使学生初步具备内科常见病、多发病的临床岗位能力，为日后学习和从事临床各科护理实际操作奠定扎实的基础。

本书主要供护理学专业普通本科学生使用，也可供高等专科学校、高等职业教育学生使用和参考，希望本书对于丰富教学内容有所帮助。本书全体编者均以高度认真负责的态度，参与了编写工作，但难免有欠妥之处，请使用本书的教师和同学们提出宝贵的意见，以求更加完善。

内科护理学编写组

2017年3月

目 录

第一篇 内科护理学学习指导

第一章 呼吸系统疾病患者的护理	1
本章学习重点与难点	1
一、呼吸系统的结构和功能概述	1
二、呼吸系统疾病患者常见症状体征的护理	1
三、肺炎	4
四、支气管扩张	6
五、肺结核	6
六、支气管哮喘	8
七、慢性支气管炎和慢性阻塞性肺疾病	10
八、慢性肺源性心脏病	11
九、肺癌	12
十、胸膜疾病	14
十一、呼吸衰竭和急性呼吸窘迫综合征	15
自测习题	17
部分参考答案	27
第二章 循环系统疾病患者的护理	29
本章学习重点与难点	29
一、循环系统的结构功能概述	29
二、循环系统疾病患者常见症状体征的护理	29
三、心力衰竭	31
四、心律失常	34
五、冠状动脉粥样硬化性心脏病	36
六、原发性高血压	39
七、心脏瓣膜病	41
八、心肌疾病	43
九、感染性心内膜炎	44
十、心包炎	45
自测习题	46
部分参考答案	56
第三章 消化系统疾病患者的护理	57
本章学习重点与难点	57
一、消化系统的结构和功能概述	57
二、消化系统疾病患者常见症状体征的护理	57

三、胃炎	59
四、消化性溃疡	60
五、肠道疾病	61
六、肝硬化	63
七、肝性脑病	65
八、上消化道出血	67
自测习题	69
部分参考答案	77
第四章 泌尿系统疾病患者的护理	78
本章学习重点与难点	78
一、肾脏的结构和功能	78
二、泌尿系统疾病患者常见症状体征的护理	78
三、肾小球疾病	80
四、尿路感染	82
五、急性肾衰竭	83
六、慢性肾衰竭	84
七、血液透析	85
八、肾穿刺活检	86
自测习题	86
部分参考答案	91
第五章 血液系统疾病患者的护理	92
本章学习重点与难点	92
一、概述	92
二、血液疾病患者常见症状和体征的护理	92
三、贫血性疾病	94
四、出血性疾病	96
五、白血病	98
六、淋巴瘤	100
自测习题	101
部分参考答案	108
第六章 内分泌与代谢性疾病患者的护理	109
本章学习重点与难点	109
一、内分泌与代谢性疾病概述	109
二、内分泌与代谢疾病患者常见症状体征的护理	109
三、单纯性甲状腺肿	110
四、甲状腺功能亢进症	111
五、甲状腺功能减退症	113
六、糖尿病	113

七、库欣综合征·····	116
八、痛风·····	116
九、骨质疏松症·····	117
自测习题·····	118
部分参考答案·····	125
第七章 风湿性疾病患者的护理 ·····	126
本章学习重点与难点·····	126
一、风湿性疾病概述·····	126
二、系统性红斑狼疮·····	128
三、类风湿关节炎·····	130
自测习题·····	131
部分参考答案·····	135
第八章 神经系统疾病患者的护理 ·····	136
本章学习重点与难点·····	136
一、神经系统疾病概述·····	136
二、神经系统疾病患者常见症状体征的护理·····	136
三、周围神经疾病·····	139
四、脑血管疾病·····	140
五、帕金森病·····	145
六、癫痫·····	146
自测习题·····	148
部分参考答案·····	152
第九章 传染病患者的护理 ·····	154
本章学习重点与难点·····	154
一、概述·····	154
二、传染病患者常见症状体征的护理·····	157
三、病毒性肝炎·····	159
四、艾滋病·····	163
五、流行性乙型脑炎·····	165
六、细菌性痢疾·····	167
七、流行性脑脊髓膜炎·····	168
自测习题·····	169
部分参考答案·····	181

第二篇 内科护理学实训指导

实训一 呼吸系统疾病患者护理·····	183
实训二 循环系统疾病患者的护理·····	186
实训三 消化系统疾病患者的护理·····	189

实训四	泌尿系统疾病患者的护理·····	192
实训五	血液系统疾病患者的护理·····	195
实训六	内分泌和代谢性疾病患者的护理·····	197
实训七	风湿性疾病患者的护理·····	200
实训八	神经系统疾病患者的护理·····	202
实训九	传染病患者的护理·····	204

第一篇 内科护理学学习指导

第一章 呼吸系统疾病患者的护理

本章学习重点与难点

一、呼吸系统的结构和功能概述

1. **呼吸道** 分为上呼吸道和下呼吸道,从鼻到喉为上呼吸道,气管及以下为下呼吸道。下呼吸道根据功能分为两部分:传导性气道和呼吸区,传导性气道从气管至第16级终末细支气管为气体通道,不参与气体交换,属解剖无效腔。从第17级呼吸性细支气管开始至肺泡有气体交换功能,属于呼吸区。其中右支气管比较短、粗且陡直,异物吸入时更易进入右肺。

2. **肺泡** 是气体交换的场所。肺泡上皮细胞由两种细胞组成。①I型细胞:与肺泡毛细血管内皮细胞构成呼吸膜(气-血屏障),是气体交换的场所。②II型细胞:可分泌表面活性物质。其作用为:降低肺泡表面张力,降低吸气阻力;减少肺泡内液的生成,防肺水肿的发生;维持肺泡内压的稳定性,防肺泡破裂或萎缩。

3. **肺的血液循环** 肺有两组血管供应,肺循环的动静脉为气体交换的功能血管,体循环的支气管动静脉为气道和脏层胸膜的营养血管。与体循环比较,肺是一个低压、低阻且高容的器官。

4. **胸膜和胸膜腔** 胸膜腔是两层胸膜相互之间构成的潜在密闭腔隙。①特点:正常平静呼吸时胸膜腔内压为负压。②生理意义:维持肺处于扩张状态;促进血液和淋巴液的回流。

5. **肺的生理功能** 主要为呼吸功能和防御功能。

(1) **呼吸功能**:①肺通气:肺与外环境之间的气体交换,通过呼吸肌运动引起胸腔容积改变,使气体有效地进入或排出肺泡。②肺换气:肺泡与肺毛细血管血液之间,通过呼吸膜以弥散的方式进行气体交换。

(2) **防御功能**:调节和净化吸入的空气;清除气道异物;反射性的防御功能;清除侵入肺泡的有害物质;免疫防御。

二、呼吸系统疾病患者常见症状体征的护理

(一) 咳嗽与咳痰

1. **概述** 咳嗽与咳痰(cough and expectoration)是呼吸系统最常见的症状。长期频繁地咳嗽、咳痰会影响患者的饮食、休息、睡眠、排泄等日常生活形态。剧烈咳嗽可发生晕厥、肌肉疼痛、气胸或纵隔气肿。咳嗽反射减弱或消失、痰液阻塞呼吸道者可引起肺部感染、肺不张、窒息。

(1) **常见原因和诱因**:①病因:感染、变态反应、理化因素、肿瘤、药物等。②诱因:长期卧床或体位不当、过度疲劳、机械通气、老年期活动减弱、反射差、咳嗽无力等。

(2) **咳嗽与咳痰的特点**:①咳嗽的性质、音色、持续时间:例如,刺激性干咳或高调

金属音提示支气管肿瘤或纵隔肿瘤压迫气管或支气管；嘶哑性咳嗽提示声带炎症、肿瘤；与体位改变有明显关系则提示支气管扩张、肺脓肿、慢性支气管炎；犬吠样咳嗽提示喉狭窄、大气管受压；无力咳嗽提示声带麻痹或水肿、喉神经麻痹、极度衰竭等。②痰的颜色、量、性状和气味：例如，大量黄脓痰提示肺脓肿、支气管扩张；铁锈色痰提示肺炎球菌肺炎；红棕色胶冻样痰提示肺炎克雷伯菌；粉红色泡沫样痰提示肺水肿、肺栓塞；痰液带恶臭提示厌氧菌感染；痰量 $\geq 100\text{ml/d}$ 为大量痰；痰量原来较多而突然减少提示引流不畅；痰液黏稠且不易咳出提示体液不足。

2. 常用护理诊断及措施 清理呼吸道无效 与呼吸道分泌物多，痰液黏稠；咳嗽无效或咳嗽反射减弱或消失有关。

(1) 一般护理：保持环境温度（ $18\sim 20^{\circ}\text{C}$ ）、湿度（ $50\%\sim 60\%$ ）适宜。给予足够热量饮食，避免油腻、刺激性食物，鼓励患者多饮水（ $1.5\sim 2\text{L/d}$ ），戒烟。排痰后进行口腔护理；加强痰液管理。

(2) 促进有效排痰：向患者讲解排痰的意义，并给予患者胸部物理治疗（CPT）：①有效咳嗽：适用于神志清醒、身体状态良好、能配合者。②气道湿化：适用于痰液黏稠不易咳出者。③胸部叩击：适用于久病体弱、长期卧床、排痰无力者。④体位引流：适用于痰液较多而身体能耐受者。⑤机械吸痰：适用于痰液黏稠无力咳出、意识不清咳嗽反射减弱或消失、建立人工气道者。

(3) 病情观察：①观察咳嗽的频率、程度，痰的颜色、性状、量、气味等。②观察呼吸频率、深度，有无呼吸困难，口唇、甲床发绀，以及患者的意识状态和神经反射功能。③听诊肺部的呼吸音是否正常，有无湿啰音及其分布情况。

(4) 用药护理：指导患者正确留取新鲜痰液标本。遵医嘱给予抗炎、止咳和祛痰药，用药期间注意观察药物疗效和不良反应。湿性咳嗽者避免用强镇咳药（可待因）、麻醉剂、镇静剂等。

(二) 肺源性呼吸困难

1. 概述

(1) 定义：肺源性呼吸困难（pulmonary dyspnea）是指呼吸系统疾病引起通气和换气功能障碍，造成机体缺氧和二氧化碳潴留，让患者感觉空气不足、呼吸费力，出现呼吸频率、节律、深度的改变及辅助呼吸肌也参与呼吸活动的状态。

(2) 常见原因：根据发病机制分为 ①通气功能障碍，如支气管哮喘、肺气肿、支气管炎。②呼吸泵功能减退，如胸腔积液、气胸。③呼吸驱动增加，如肺内呼吸感受器兴奋性增加。④无效通气，如肺毛细血管毁损、肺大血管阻塞。

(3) 临床分类及特点：肺源性呼吸困难的分类及特点见表 1-1-1。

表 1-1-1 肺源性呼吸困难的分类及特点

项目	分类		
	吸气性呼吸困难	呼气性呼吸困难	混合性呼吸困难
特点	吸气费力，吸气时间延长 三凹征（即胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙）	呼气费力 呼气时间延长	吸气、呼气均费力 呼吸频率浅快
伴随表现	干咳、高调吸气性哮鸣音	哮鸣音	呼吸音异常
常见疾病	气管异物、喉头水肿	支气管哮喘、慢性阻塞性肺气肿	重症肺炎、肺纤维化、肺不张、 气胸、胸腔积液

2. 常用护理诊断及措施

气体交换受损 与呼吸道痉挛、病变使呼吸面积减少、换气功能障碍有关。

(1) 一般护理: ①环境安静舒适、温湿度适宜, 避免接触变应原。②取半坐卧位或高枕卧位休息, 如病情允许可逐步增加有氧运动。③保证充足的热量, 少食多餐, 食用含纤维丰富食物, 保持大便通畅; 避免摄入产气食物。④保持口腔清洁、湿润。

(2) 病情观察: 密切观察患者的呼吸频率、节律、深度, 有无异常呼吸形式。观察患者胸廓运动是否对称、有无三凹征。注意有无气管移位、膈肌疲劳(反常呼吸运动)情况。听诊肺部有无异常呼吸音、啰音等。监测血氧饱和度、血气分析的变化、肺功能检查结果。

(3) 氧疗护理: 向患者解释氧疗的目的, 指导正确的给氧方法(氧流量、氧浓度应根据呼吸困难类型和严重程度合理调节), 保持输氧装置通畅, 指导氧疗期间的安全与注意事项, 密切观察氧疗的效果及中毒表现, 并做好相关记录。

(4) 保持呼吸通畅, 改善呼吸功能: ①协助患者清除呼吸道分泌物。②遵医嘱合理使用支气管舒张剂、呼吸兴奋剂等药物, 并观察用药后的效果及不良反应。③指导患者进行缩唇和腹式呼吸训练。④做好机械通气治疗相应的护理。

(5) 保持情绪稳定。

(三) 咯血

1. 概述

(1) 定义: 咯血(hemoptysis)是指喉部以下呼吸道包括气管、支气管或肺组织的出血, 血液随咳嗽由口腔咳出。

(2) 常见原因: 肺结核、支气管扩张、肺炎、肺癌等。

(3) 咯血量: 每日咯血量 $<100\text{ml}$ 为小量咯血, $100\sim 500\text{ml}$ 为中量咯血, 一次 $>300\text{ml}$ 或每日 $>500\text{ml}$ 为大量咯血。

(4) 止血治疗: 首选垂体后叶素, 它可直接作用于血管平滑肌, 收缩肺小动脉, 减少肺血流量而止血。高血压患者、冠心病患者、孕妇用普鲁卡因。

(5) 并发症: 窒息、出血性休克、肺不张、继发感染。窒息和休克是主要死因。

重点掌握窒息。①临床表现: 当血液咯出不畅, 或咯血突然停止, 患者可出现胸闷难受、烦躁不安、气急, 喉部有明显痰鸣音, 神情恐慌、呆滞, 张口瞪目, 面色发绀, 呼吸音减弱或消失、全身抽搐, 进而呼吸、心跳停止, 死亡。②处理: 清除积血, 保持气道通畅是关键。

2. 常用护理诊断及措施 潜在并发症: 窒息。

(1) 一般护理: ①小量咯血者静卧休息; 大量咯血者绝对卧床休息, 取患侧卧位。②大咯血者暂禁食, 小咯血者进食少量温凉、流质饮食, 多饮水, 多吃纤维素丰富的食物, 维持大便通畅。③咯血后及时漱口, 保持口腔清洁。清除血污, 减少刺激。

(2) 病情观察: ①观察患者咯血的频率、咯血量、是否能将血液顺利咯出, 有无异常表情和肢体语言, 有无窒息征象。②重点监测生命体征、意识、发绀、呼吸音及啰音的变化, 以便及时发现咯血的并发症。

(3) 保持气道通畅, 预防窒息: ①轻拍健侧背部, 将气管内的痰液和积血轻轻地咳出, 嘱患者不要屏住呼吸。②咯血量多而无力咳出者可经鼻腔吸出。③保持情绪稳定, 避免支气管平滑肌痉挛。

- (4) 用药护理：遵医嘱给予止血、镇咳及镇静剂，并观察药物疗效及不良反应。①垂体后叶素静脉滴注时速度不宜过快，以免引起心悸、胸闷、恶心、面色苍白、便意等不良反应。②用镇静、止咳药时，观察患者的呼吸和咳嗽情况，以免发生窒息。
- (5) 窒息的抢救：备好抢救药品及仪器，一旦发生窒息，立即采取头低脚高 45° 俯卧位，面向一侧，轻拍拍背部，以清除咽部积血，必要时用吸引器吸出血块。高流量吸氧。自主呼吸消失者，做好气管插管或气管切开的准备及相应的护理。
- (6) 心理护理。

三、肺 炎

(一) 概述

肺炎 (pneumonia) 是指肺实质 (包括终末气道、肺泡腔和肺间质等) 的炎症。

1. 分类

- (1) 病因分类：①感染性：细菌 (肺炎球菌最常见)、病毒、真菌等。②非感染性：理化因素、免疫或变态反应。
- (2) 患病环境和宿主状态分类

- 1) 社区获得性肺炎 (community acquired pneumonia, CAP)：又称院外肺炎，是指在医院外罹患的感染性肺实质炎症，包括具有明确潜伏期的病原体感染而在入院后平均潜伏期内发病的肺炎。其主要致病菌为肺炎球菌。
- 2) 医院获得性肺炎 (hospital acquired pneumonia, HAP)：又称医院内肺炎 (nosocomial pneumonia, NP)，是指患者入院时不存在、也不处于感染潜伏期，而于入院 48h 后在医院内发生的肺炎。其主要原因为吸入性因素、免疫功能受损、人工气道的建立及机械通气、院内交叉感染、胸腹部手术等。主要致病菌为革兰阴性杆菌，常为混合感染，治疗困难，耐药菌株多，病死率高。

2. 肺炎诊断

- (1) 确定肺炎：咳嗽、咳痰、发热症状，肺实变体征；血常规、胸部 X 线等检查。
- (2) 评估严重程度：重症肺炎的标准为意识障碍；呼吸频率 > 30 次/分； $PaO_2 < 60\text{mmHg}$ ， $PaO_2/FiO_2 < 300$ ，需行机械通气治疗；动脉收缩压 < 90/60mmHg；胸片显示双侧或多叶受累，或入住 48h 内病变扩大 $\geq 50\%$ ；少尿，尿量 < 20ml/h，或 < 80ml/4h，或急性肾衰竭需要透析治疗。
- (3) 确定病原体：痰液培养。

(二) 临床特点

常见肺炎的临床特点见表 1-1-2。

表 1-1-2 常见肺炎的临床特点

	肺炎球菌肺炎	葡萄球菌肺炎	克雷伯菌肺炎	支原体肺炎
好发人群	青壮年	小孩或年老体弱者	老年、营养不良、慢性阻塞性肺疾病、全身衰竭者	儿童及青少年
临床表现	有淋雨、受凉、疲劳等诱因，突起寒战、高热，稽留热，咳嗽、咳铁锈色痰。肺实变体征。可并发感染性休克	急骤寒战、高热、胸痛、咳黄色脓痰或粉红色乳状脓痰	急起高热、咳嗽、咳砖红色或胶冻状痰、胸痛	缓慢，发热、发作性干咳、咽痛、头痛、肌痛

续表

	肺炎球菌肺炎	葡萄球菌肺炎	克雷伯菌肺炎	支原体肺炎
X线	呈现肺叶或肺段密度均匀的阴影。可见支气管充气征	呈现肺部多发性浸润病灶和空洞	肺叶实变,可有多发性蜂窝状脓肿,可见叶间裂下垂(弧形下坠)	呈现多种形态的浸润影,节段性分布,以下肺野多见
治疗	首选青霉素	头孢菌素+氨基糖苷类 万古霉素	头孢菌素+氨基糖苷类	首选大环内酯类,如红霉素、阿奇霉素

(三) 治疗要点

1. 抗感染 重点是首选药物及疗程。
2. 对症和支持治疗 营养、补液、降温、吸氧、止痛、止咳化痰等。
3. 感染性休克的治疗
 - (1) 抗休克: 低分子右旋糖酐或平衡盐溶液补充血容量。
 - (2) 抗感染治疗: 早期、足量、联合、静脉用抗生素。

(四) 常用护理诊断及措施

1. 体温过高 与肺部炎症有关。

(1) 一般护理: 卧床休息, 胸痛时患侧卧位, 注意保暖。给予高热量、高维生素、高蛋白、易消化的流质或半流质饮食, 鼓励患者多饮水 (1.5~2L/d), 做好口腔护理。

(2) 高热护理: 物理降温, 以逐渐降温为宜, 尤其是儿童、老年人、体弱者应防止虚脱。必要时遵医嘱用退烧药。汗多时保持皮肤干燥, 必要时遵医嘱静脉补液。

(3) 用药护理: 遵医嘱给予抗生素治疗, 注意观察药物疗效和不良反应。①头孢唑啉钠可有发热、皮疹、胃肠道不适等不良反应。②喹诺酮类可有胃肠道反应等不良反应。③氨基糖苷类可有肾、耳毒性等不良反应。④大环内酯类可有胃肠道反应、耳毒性、肝脏损害等不良反应。

2. 潜在的并发症 感染性休克。

(1) 病情监测: ①生命体征: 脉搏细速、心率加快、血压下降、脉压小提示休克。②精神和意识: 意识和表情反映中枢神经系统血液灌注量。③皮肤黏膜: 面色苍白、甲床发绀、肢端发凉、出冷汗提示微循环障碍或休克。④出入量: 监测每小时尿量是判断休克及扩容治疗效果的重要指标。⑤血气分析。

(2) 急救护理

1) 体位: 取仰卧中凹位休息, 高热者降温, 体温低于正常者保温。

2) 中、高流量吸氧。

3) 补充血容量: 立即建立静脉通道, 遵医嘱补液, 以维持有效血容量。在输液过程应注意输液速度与量。血容量已补足的依据是口唇红润, 肢端温暖; 收缩压>90mmHg, 脉压>30mmHg; 脉率<100次/分; 尿量>30ml/h。必要时以中心静脉压作为输液速度与量的评价指标。

4) 用药护理: ①用多巴胺 (DA) 等血管活性物质应根据血压调整滴数, 血压维持在90~100mmHg为宜, 输液过程中防止药液外溢。②碳酸氢钠单独输入。③观察抗菌药物的疗效和不良反应。

四、支气管扩张

（一）定义

支气管扩张（bronchiectasis）是由于呼吸道感染和支气管阻塞后，反复发生支气管炎，引起支气管异常和持久性扩张。

（二）病因

病因为支气管-肺组织的感染和支气管阻塞。

（三）临床表现

1. 症状 多起病于儿童和青年时期；慢性咳嗽伴大量脓痰和反复咯血。
2. 体征 固定而持久的局限性粗湿啰音。

（四）治疗要点

治疗以控制感染和痰液引流为主。

（五）常用护理诊断及措施

清理呼吸道无效与痰液多而黏稠、无效咳嗽有关。重点掌握体位引流（postural drainage）的护理。体位引流是指利用重力的作用促使呼吸道分泌物流入气管、支气管排出体外的方法。

（1）引流前准备：评估患者身体状况，明确病变部位。向患者解释体位引流的目的、过程和注意事项。痰液黏稠者指导患者先气道湿化治疗，易于咳出或引流。

（2）引流中配合：①引流体位原则上是抬高病变部位的位置，引流支气管的开口向下。

②引流时鼓励患者做间歇深呼吸后用力咳嗽。护理人员轻拍患者背部，以增加引流效果。

③观察患者有无头晕、出汗、疲劳、面色苍白等情况，如有上述症状应随时终止体位引流。

④引流时间应在饭前 1h、饭后 1~2h 进行，每日 1~3 次，每次 15~20min。

（3）引流后护理：取舒适体位，漱口，评价并记录引流效果。

五、肺 结 核

（一）病因和发病机制

肺结核（pulmonary tuberculosis）是结核分枝杆菌引起的肺部慢性传染性疾病。结核分枝杆菌含有类脂质（形成结核结节）、蛋白质（与过敏反应有关）和多糖类（与免疫反应有关）。结核分枝杆菌的特点是抗酸性、生长缓慢、抵抗力强、耐药性。

1. 传染源 重要的传染源为排菌肺结核患者，尤其是未经治疗者。

2. 感染途径 主要是呼吸道感染，其次是消化道感染。

3. 结核分枝杆菌感染和肺结核的发生发展

（1）人体免疫后的反应：细胞免疫反应、迟发性变态反应。

（2）原发感染与继发感染。

（3）病理改变：渗出、结核结节形成和干酪样坏死。

（二）临床表现

1. 症状

（1）全身症状：午后低热、乏力、食欲减退、体重减轻、盗汗等结核毒性症状。

(2) 呼吸系统症状：咳嗽和咳痰、咯血、呼吸困难、胸痛。

2. 体征

(1) 渗出性病变：患侧呼吸运动减弱，语颤增强，叩诊浊音，听诊支气管肺泡呼吸音及湿啰音等肺实变体征。

(2) 慢性纤维空洞性病变：可有胸廓塌陷，纵隔及气管向患侧移位。

(3) 结核性胸膜炎：早期有胸膜摩擦音，以后有胸腔积液体征。

(4) 支气管结核：可有局限性哮鸣音。

3. 临床类型

(1) 原发性肺结核：原发综合征及胸内淋巴结结核。

(2) 血行播散型肺结核。

(3) 继发性肺结核：包括浸润型肺结核（最常见的类型）、空洞型肺结核、干酪样肺炎、结核球、纤维空洞型肺结核。

(4) 结核性胸膜炎：包括干性胸膜炎、渗出性胸膜炎（最常见）、脓性胸膜炎。

(5) 其他肺外结核：肠结核、骨结核、肾结核、结核性脑膜炎等。

（三）辅助检查

1. 胸部 X 线检查 可早期发现肺结核，也是肺结核临床分型的主要依据。

2. 痰结核菌检查 是确诊肺结核的最特异性的方法，也是制订治疗方案和考核疗效的依据。痰涂片抗酸染色为最常用。痰培养敏感性和特异性高，一般需培养 2~6 周，培养 8 周仍未见细菌生长则为阴性。

3. 结核菌素试验 目前多采用结核菌纯蛋白衍生物(PPD)试验。通常取 0.1ml(5U)结核菌素，在左前臂屈侧上中 1/3 处皮内注射形成皮丘，24~72h 后测量皮肤硬结直径。结果：①直径<5mm 为阴性(-)。②直径 5~9mm 为弱阳性(+)。③直径 10~19mm 为阳性(++)。④≥20mm 或不足 20mm 但有水疱或坏死为强阳性(+++)。

判断：①阳性：表示曾有结核菌感染。②强阳性：提示活动性肺结核。③阴性：提示无结核菌感染；但也见于变态反应前期（结核菌感染后 4~8 周内）、用激素和其他免疫抑制剂、营养不良、麻疹、百日咳、严重结核、恶性肿瘤、艾滋病等。

（四）治疗要点

活动性肺结核患者均需治疗。

1. 药物治疗

(1) 化疗原则：早期、联合、适量、规律、全程。

(2) 常用药物：异烟肼、利福平、链霉素、吡嗪酰胺、乙胺丁醇等。其不良反应见表 1-1-3。

表 1-1-3 常用抗结核药的主要不良反应

药名	抗菌特点	主要不良反应
异烟肼（isoniazid, INH）	全杀菌剂	周围神经炎、肝损害
利福平（rifampicin, RFP）	全杀菌剂	肝损害、过敏反应
链霉素（streptomycin, SM）	半杀菌剂	听力障碍、眩晕、肾功能损害
吡嗪酰胺（pyrazinamide, PZA）	半杀菌剂	肝损害、高尿酸血症
乙胺丁醇（ethambutol, EMB）	抑菌剂	视神经炎

(3) 化疗方法: ①用法: 间歇疗法或顿服。②分期: 强化和巩固两期。③疗程: 6~8个月。

2. 对症治疗

(1) 毒性症状: 可短期加用糖皮质激素, 以减轻炎症和变态反应, 促进渗出液吸收, 减少纤维组织形成及胸膜粘连。

(2) 咯血: 患侧卧位休息, 保持呼吸道通畅, 防止窒息。用垂体后叶素止血。

(五) 常用护理诊断及措施

知识缺乏: 缺乏结核病治疗的相关知识。

(1) 用药指导: 强调坚持规则、全程、合理用药的重要性; 指导用药期间的注意事项, 并观察药物的疗效和不良反应。督促定期复查。

(2) 正确留取痰液标本指导。

(3) 合理休息。

(六) 健康教育

1. 疾病预防指导

(1) 控制传染源: 关键。

(2) 切断传染途径: 呼吸道隔离; 痰液、食具等其他污染物的消毒。

(3) 保护易感人群: ①卡介苗(BLG)接种。卡介苗是减毒活疫苗, 是由毒力减弱的病原体组成, 接种疫苗后, 病原体在体内复制, 使机体产生免疫反应, 产生针对该病原体的抗体。接种对象主要是新生儿、婴幼儿、儿童。②化学药物预防: 对于高危人群, 如与涂阳肺结核患者密切接触且结核菌素试验强阳性者、人类免疫缺陷病毒(HIV)感染者、长期使用糖皮质激素及免疫抑制剂者、糖尿病等, 可以服用异烟肼和(或)利福平。

2. 用药指导和病情监测 规律、全程化疗为健康教育的重点内容。

六、支气管哮喘

(一) 定义

支气管哮喘(bronchial asthma)是由多种细胞及细胞组分参与的气道慢性炎症性疾病。这种慢性炎症与气道反应性相关, 常伴有广泛而多变的可逆性气流阻塞, 引起反复发作性的喘息、气促、胸闷和(或)咳嗽等症状, 多数可以自行或经治疗而缓解。

(二) 病因和发病机制

1. 病因 受遗传和环境因素的双重影响。

2. 发病机制 气道炎症是哮喘发病本质, 气道反应性增高是哮喘的重要特征。

3. 诱因 ①吸入性变应原: 花粉、尘螨、动物毛屑等。②感染: 病毒、细菌、原虫、寄生虫等。③食物: 鱼、虾、蟹、蛋类、牛奶等。④药物: 普萘洛尔、阿司匹林等。⑤其他: 气候、运动、妊娠等。

(三) 临床表现

1. 症状 干咳、打喷嚏、流泪等前驱症状。典型症状是发作性呼气性呼吸困难或发作性胸闷和咳嗽, 伴有哮鸣音。

2. 体征 发作时胸廓胀满呈吸气状态, 两肺满布哮鸣音, 呼气时间延长。严重者端坐位、发绀、呼吸音减弱或沉默胸、奇脉、胸腹反常运动。