



临床护理查房系列丛书

内科 护理查房

●本书乃结合国内外最新资料和编者丰富的临床护理经验，以体现患者为中心的整体护理理念进行编写。共分9章，精选临床病例57个。每个病例按病史汇报、护理查房和相关知识的结构进行介绍。本书内容丰富，逻辑清晰，编写形式新颖，实用性强。

总主编 陶 红

主 编 朱大乔 丁小萍

NIKE

HULI CHAFANG



上海科学技术出版社

临床护理查房系列丛书

内科护理查房

总主编 陶 红

主 编 朱大乔 丁小萍

上海科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

内科护理查房/朱大乔,丁小萍主编. —上海:上海科学技术出版社,2011.2

(临床护理查房系列丛书/陶红主编)

ISBN 978-7-5478-0511-4

I. ①内... II. ①朱...②丁... III. ①内科学:护理学—手册 IV. ①R473.5-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 177532 号

上海世纪出版股份有限公司
上海科学技术出版社 出版、发行

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

新华书店上海发行所经销

苏州望电印刷有限公司印刷

开本 889×1194 1/32 印张:18

字数:480 千字

2011 年 2 月第 1 版 2011 年 2 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5478-0511-4/R·173

定价:50.00 元

本书如有缺页、错装或损坏等严重质量问题,
请向工厂联系调换

内容提要

本书是“临床护理查房系列丛书”的内科分册，共分9章，涉及呼吸内科、心血管内科、消化内科、血液科、肾内科、内分泌科、神经内科、风湿免疫科、传染科。精选临床病例57个，每个病例按病史汇报、护理查房和相关知识的结构进行介绍。病史汇报主要介绍病例的详细情况；护理查房是以问题导入的方式，探讨与当前病例有关的理论、知识、技术和经验，同时引出病因、分期、病理生理、发病机制、诊疗、护理、预防等知识点；相关知识则补充所用病例未涉及到的重要知识点、最新进展和专科护理的概括总结。本书内容丰富、逻辑清晰、编写形式新颖、实用性强，既可作为内科临床护理人员的继续学习用书，也可作为高等院校内科护理专业教育的参考教材。

“临床护理查房系列丛书”

编委会

总 主 编 陶 红

编 委 (以姓氏笔画为序)

丁小萍	厉 瑛	卢根娣	叶志霞	朱大乔
朱晓玲	李建萍	邱 群	张 静	张伟英
张玲娟	张晓云	周 立	俞美定	桂 莉
钱 嫵	郭林芳	席淑华	席惠君	陶 红
曹 洁				

主编助理 王 琳

本书编写人员

主 编 朱大乔 丁小萍

副主编 卢根娣 李建萍

编 者 (以姓氏笔画为序)

丁小萍	于 蕾	马晓红	王 艳	王晓航
卢根娣	朱大乔	朱其香	刘 娟	刘春梓
刘涛生	杨 芬	李文娟	李建萍	邱娇娜
闵兰兰	张 昕	张英英	陈文瑶	林 美
林红梅	屈 丽	施建秀	钱小燕	徐 燕
唐跃琼	曹爱芳	蒋为霞	潘 霄	

前 言

临床护理查房是提高临床护理思维能力的一个重要手段,通过对病例进行分析和讨论,组织者以循序渐进式的提问方式,引导参与者围绕患者身心需求,综合应用疾病相关知识、最新研究成果、临床经验和技能,达到发现并甄别关键性的护理问题、制订护理计划和提供有效护理的目的,从而提高护士(生)循证护理水平。

本套丛书的特点在于充分借鉴国内外最新资料和编者丰富的临床经验,从临床和教学实际出发,强调以患者为中心的整体护理理念。丛书中的每个病例以病史汇报、护理查房和相关知识为线索进行介绍。病史汇报部分主要介绍病例的详细情况;护理查房部分通过一问一答的方式,对病例进行分析和探讨,在充分循证的基础上,对特定患者的护理原理、方法和操作进行充分阐述;相关知识部分则补充所用病例未涉及的重要知识点和专科护理的概括总结。

本套丛书按内容分为内科、外科、妇产科、儿科、急危重症五个分册。其中,《内科护理查房》共分9章,涉及呼吸内科、心血管内科、消化内科、血液科、肾内科、内分泌科、神经内科、风湿免疫科、传染科,精选临床病例57个;《外科护理查房》分为5篇,包括普外科、神经外科、心胸外科、泌尿外科、骨科、小儿外科,共24章;《妇产科护理查房》分为生理产科、病理产科和妇科3章,选取了54个有代表性的妇产科常见病例;《儿科护理查房》共分10章,选取36个儿科临床常见及典型病例;《急危重症护理查房》共分7章,包括常见内、外科急危重症,中毒,物理化学损伤等内容。

本套丛书内容丰富,资料翔实,清楚易懂,实用性强,既可作为

临床护理教学查房的指导用书,也可用作临床一线护士的继续学习读物。编写人员均系大中型医院的护理骨干和专家,他们既有扎实的专业知识,又兼具丰富的临床实践和教学经验。正是他们的辛勤编著,并将多年积累的专长和经验倾注其中,才成就了本套丛书的特色。

在书稿的编写、审定和出版过程中,得到第二军医大学、各参编单位领导和专家以及上海科学技术出版社的热情指导与大力支持,在此深表谢意! 由于时间仓促,疏漏和不妥之处在所难免,敬请各位同仁、专家及热心读者多提宝贵意见。

陶 红

2010年5月

目 录

第一章 呼吸系统疾病	(1)
病例 1 慢性阻塞性肺疾病	(1)
病例 2 支气管哮喘	(12)
病例 3 支气管扩张	(21)
病例 4 肺炎	(29)
病例 5 肺癌	(38)
病例 6 结核性胸膜炎	(44)
病例 7 气胸	(51)
 第二章 循环系统疾病	(62)
病例 1 心力衰竭	(62)
病例 2 不稳定型心绞痛	(75)
病例 3 急性心肌梗死	(84)
病例 4 心律失常(阵发性室上性心动过速)	(99)
病例 5 原发性高血压	(106)
病例 6 感染性心内膜炎	(118)
病例 7 梗阻性肥厚型心肌病	(126)
病例 8 慢性缩窄性心包炎	(134)
病例 9 先天性心脏病	(142)
 第三章 消化系统疾病	(155)
病例 1 消化性溃疡	(155)
病例 2 上消化道出血	(167)

病例 3	肝硬化	(174)
病例 4	肝癌	(186)
病例 5	胆总管结石	(195)
病例 6	急性胰腺炎	(201)
病例 7	胰腺癌	(213)
病例 8	溃疡性结肠炎	(221)
第四章	泌尿系统疾病	(231)
病例 1	肾炎	(231)
病例 2	肾病综合征	(242)
病例 3	肾盂肾炎	(248)
病例 4	肾功能衰竭	(255)
第五章	造血系统疾病	(271)
病例 1	缺铁性贫血	(271)
病例 2	再生障碍性贫血	(279)
病例 3	弥散性血管内凝血	(288)
病例 4	特发性血小板减少性紫癜	(297)
病例 5	急性白血病	(303)
病例 6	非霍奇金淋巴瘤	(315)
病例 7	多发性骨髓瘤	(323)
第六章	内分泌系统疾病	(336)
病例 1	糖尿病	(336)
病例 2	甲状腺功能亢进症	(349)
第七章	结缔组织病	(365)
病例 1	系统性红斑狼疮	(365)
病例 2	类风湿关节炎	(379)
病例 3	成人斯蒂尔病	(386)
病例 4	皮炎	(393)

病例 5	硬皮病	(400)
第八章	神经系统疾病	(409)
病例 1	脑血栓形成	(409)
病例 2	脑出血	(429)
病例 3	癫痫	(438)
病例 4	帕金森病	(450)
病例 5	三叉神经痛	(461)
第九章	传染病	(472)
病例 1	麻疹	(472)
病例 2	疟疾	(479)
病例 3	伤寒	(485)
病例 4	艾滋病	(492)
病例 5	病毒性肝炎	(502)
病例 6	禽流感	(519)
病例 7	细菌性痢疾	(528)
病例 8	流行性脑脊髓膜炎	(538)
病例 9	流行性腮腺炎	(546)
病例 10	流行性出血热	(552)

第●章

呼吸系统疾病

病例 1

慢性阻塞性肺疾病

一、病史汇报

患者周先生,75岁,因咳嗽、咳痰25年余,胸闷气急半月,双下肢水肿10d入院。患者入院2周前在无明确诱因下出现胸闷、气急,呈进行性加重,短程步行即气急,10d前出现双下肢水肿,外院治疗后水肿消退明显,但仍有气急,咳少量白黏痰。患者有慢性支气管炎病史25年,吸烟50年,20支/d。

查体:T(体温)37.2℃,P(脉搏)65次/min,R(呼吸)16次/min,BP(血压)130/90 mmHg。神志清,口唇无发绀,颈静脉无怒张,桶状胸,两肺呼吸音低,未闻及干湿性啰音,心律齐无杂音,腹部平软,肝脾未触及,两肾区无叩痛,双下肢轻度水肿,神经系统正常。

实验室检查:N(中性粒细胞数) $0.77 \times 10^9/L$ 。

动脉血气分析示:pH 7.356, PaCO₂(动脉血二氧化碳分压)69.7 mmHg, PaO₂(动脉血氧分压)57.5 mmHg, SaO₂(动脉血氧饱和度)74.9%。

肺功能检查提示:FEV₁/FVC(第1秒用力呼气容积/最大肺活量)65%。

心电图检查提示:肺型P波,P电压 ≥ 0.2 mV,P电轴 $> +80^\circ$,即右心室肥大。

入院诊断:慢性阻塞性肺疾病(COPD)急性极重度发作,慢性肺源性心脏病,Ⅱ型呼吸衰竭。

入院后给予吸氧、头孢替安、硝酸异山梨酯、氢氯噻嗪、螺内酯(安体舒通)、盐酸安溴索治疗,予雾化吸入及双水平正压通气(BiPAP)。患者情绪焦虑,白天嗜睡,夜间失眠。

二、护理查房

问：慢性支气管炎、肺气肿、肺源性心脏病、呼吸衰竭、慢性阻塞性肺疾病之间有何联系？

答：慢性支气管炎简称慢支，是由于感染或非感染因素引起支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。肺气肿是指终末细支气管远端的气腔持久性扩大。肺源性心脏病简称肺心病，是肺、胸廓或肺血管病变所致的肺循环阻力增加、肺动脉高压，进而使右心增大及右心衰竭的心脏疾病。呼吸衰竭是由各种急、慢性疾病引起的肺通气和换气功能障碍，产生缺氧伴（或不伴）有二氧化碳潴留，并引起一系列病理生理变化和代谢紊乱的临床综合征。肺源性心脏病和呼吸衰竭均是慢性阻塞性肺疾病（chronic obstructive pulmonary diseases, COPD）的并发症。COPD 是一种具有气流受限特征的可以预防和治疗疾病，气流受限不完全可逆、呈进行性发展，与肺部对香烟烟雾等有害气体或有害颗粒的异常炎症反应有关。

问：该患者诊断为 COPD、肺源性心脏病、呼吸衰竭的依据有哪些？

答：临床上以咳嗽、咳痰为主要症状或伴喘息，每年发病持续 3 个月，连续 2 年或以上，排除具有咳嗽、咳痰、喘息症状的其他疾病，即可诊断为慢性支气管炎。肺气肿诊断的主要依据是 $FEV_1/FVC < 70\%$ 。患者有慢性肺胸疾病，伴肺动脉高压及右心室肥厚、增大或右心功能不全的表现即可诊断为肺源性心脏病。呼吸衰竭诊断标准是主要表现为呼吸困难、精神神经症状和 $PaO_2 < 60 \text{ mmHg}$ (7.98 kPa)，或伴有 $PaCO_2 > 50 \text{ mmHg}$ (6.65 kPa)。该患者长期吸烟，有慢性咳嗽、咳痰史，胸闷、气急，呈进行性加重。查体：桶状胸、双下肢水肿；心电图示：右心室肥大；动脉血气分析示：呼吸衰竭。

问：该患者的血气分析结果提示什么？

答：血气分析结果（pH 7.356， $PaCO_2$ 69.7 mmHg， PaO_2

57.5 mmHg)提示患者是低氧伴高碳酸血症型呼吸衰竭,即代偿性Ⅱ型呼吸衰竭,亦称通气衰竭。

说明:呼吸衰竭按动脉血气分析分类:①低氧血症型:亦称氧合衰竭,即Ⅰ型呼吸衰竭。血气分析特点 PaO_2 降低, PaCO_2 正常或降低。②低氧血症伴高碳酸血症型:亦称通气衰竭,即Ⅱ型呼吸衰竭。 PaO_2 降低, PaCO_2 升高。如发病过程中机体能够通过代偿使血 pH 正常,则为代偿性Ⅱ型呼吸衰竭;如未能通过代偿使 pH 降低(<7.35),则为失代偿性Ⅱ型呼吸衰竭。常见酸碱失衡的主要血气指标改变见表 1-1。

表 1-1 常见酸碱失衡的主要血气指标改变

酸碱失衡类型	pH	PaCO_2	HCO_3^-
代谢性酸中毒(代酸)	↓	↓	↓ ↓
代谢性碱中毒(代碱)	↑	↑	↑ ↑
呼吸性酸中毒(呼酸)	↓	↑ ↑	↑
呼吸性碱中毒(呼碱)	↑	↓ ↓	↓
呼酸+代酸	↓ ↓	← →	← →
呼碱+代碱	↑ ↑	← →	← →
呼酸+代碱	← →	↑ ↑	↑ ↑
呼碱+代酸	← →	↓ ↓	↓ ↓

注:↑表示增高;↑↑表示明显增高;↓表示降低;↓↓表示明显降低;←→表示不定。

问:该患者咳少量白黏痰,说明什么问题?

答:说明患者感染程度较轻。

说明:临床上观察痰液主要观察痰液的量、颜色、性质和气味,其对病情判断有重要的意义。较常见的有白色、黄色、草绿色、铁锈色痰液,性状有脓液性、黏液性、浆液性和黏液脓性痰。若痰液中厌氧菌感染有恶臭;若患者的痰液量由多到少、颜色由黄到白、性状由脓液状到浆液状,说明患者的感染逐渐控制,病情逐渐恢复。

问:该患者目前的首优护理问题是什么?相关的护理措施有哪些?

答：该患者目前首优的护理问题是呼吸困难：与肺部感染有关。相关的护理措施如下。

(1) 定期观察患者生命体征，尤其是患者的呼吸频率、节律及深度，予有利于呼吸的体位(如高枕卧位)，监测患者动脉血气分析值的变化。

(2) 绝对卧床休息，注意保暖，防止受凉，减少机体耗氧量。

(3) 给予低流量持续吸氧，氧流量 1~2 L/min 或用 25%~29% 氧浓度面罩法吸氧。

(4) 保持病室空气流通及一定的温湿度，通风 2 次/d，15~30 min/次。

(5) 指导并鼓励患者有效咳嗽、咳痰，观察痰液的颜色、量、性状、气味，并嘱患者多饮水，2 000 ml/d 左右或遵医嘱给予化痰药，稀释湿化痰液。

(6) 做好口腔护理，2~3 次/d。

(7) 有计划指导患者学习进行呼吸肌功能锻炼及全身锻炼的方法，改善通气功能。

(8) 加强健康教育，强调吸烟的危害，鼓励患者树立信心，积极配合治疗。

问：对该患者给氧有何要求？为什么？

答：应给予患者低流量持续吸氧。因为患者为Ⅱ型呼衰即缺氧的同时伴二氧化碳潴留，此时主要依靠缺氧来刺激颈动脉体化学感受器来维持呼吸，如果吸入高浓度氧，缺氧骤然解除，容易发生呼吸暂停或呼吸变浅，所以应给予低浓度低流量持续给氧，使氧分压达到 60 mmHg 左右，这样既可以纠正患者的组织缺氧，又可以对颈动脉体的化学感受器保持刺激作用。

说明：常见的氧疗副作用有以下几方面。

(1) 氧中毒：长时间、高浓度吸氧(如吸入氧浓度超过 60%)，可导致肺的损害，出现氧中毒。

(2) 肺不张：吸氧浓度高于 80% 可改变肺泡内氧气与氮气的正常混合，氧气冲掉了氮气，原来膨胀的肺泡则会萎陷。

(3) 呼吸道分泌物干燥：持续吸入未经湿化且浓度较高的氧气

超过 48 h, 支气管黏膜损害, 分泌物变干不易咳出。

(4) 晶状体后纤维组织增生: 仅见于新生儿及婴儿。

吸入氧浓度的计算方法为: $\text{吸入气的含氧浓度}(\%) = 21 + 4 \times \text{氧流量}(\text{L}/\text{min})$ 。

问: 该患者痰液黏稠, 无力咳出, 怎样协助患者将痰液咳出?

答: (1) 协助患者采取坐位、半坐卧位, 且双手抱膝, 胸部与膝盖之中置一枕头, 用双手抱紧, 深吸气后屏气 3 s (有伤口者, 护理人员应将双手压在切口的两侧), 然后患者腹肌用力及两手抓紧支持物(脚和枕)用力咳嗽, 将痰咳出, 同时辅以祛痰剂。

(2) 该患者患有 COPD, 在咳嗽之前可鼓励患者先深吸气, 以增加肺内气体量。若患者不能用力或腹肌无力, 护士应协助患者上身向前倾, 用手置于患者的腹部。当患者用力咳嗽时, 用手压患者的腹部以增加胸腔内压达到有效咳嗽, 咳嗽时可同时叩击前胸、侧胸壁以震动支气管内的分泌物, 达到有效咳嗽。必要时雾化吸入稀释痰液, 促进痰液排出。

问: 如何指导该患者有效地使用雾化吸入装置(器)?

答: 教会患者手持雾化器, 把喷气管放入口中, 紧闭口唇, 吸气时以手指按住出气口, 同时深吸气, 可使药液充分达至支气管和肺内, 吸气后再屏气 1~2 s, 则效果更好, 呼气时, 手指移开出气口, 以防药液丢失。如患者感到疲劳, 可放松手指, 休息片刻再进行吸入, 直到药液喷完为止, 一般 10~15 min 即可将 5 ml 药液雾化完毕(图 1-1)。

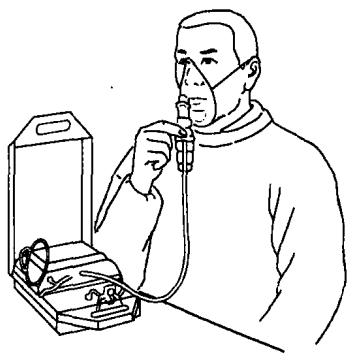


图 1-1 雾化吸入

问: 在护理措施中指导患者进行呼吸功能锻炼的意义是什么? 如何教会患者进行合理的呼吸功能锻炼?

答: 加强呼吸功能锻炼是 COPD 患者康复的重要环节。呼吸功能锻炼可使患者用较小的动作, 达到较大的通气效果, 以改善缺