护理综合案例分析

王 涛　张 华　蒙莉萍 主编

科学出版社

护理综合案例分析

主　编　王　涛　张　华　蒙莉萍

主　审　刘笑然

副主编　李　斌　卢飞杏　邓智慧

编　者　（按姓氏笔画排序）

王　青（海南省人民医院）　陈　东（海南医学院）

王　涛（海南医学院）　陈　芳（海南省人民医院）

王少萍（海南省人民医院）　陈洪娇（海南医学院第一附属医院）

王丹心（海南医学院第一附属医院）　陈积容（海南省第二卫生学校）

王清华（海南省人民医院）　林冬枚（海南省第二卫生学校）

韦　景（海南省卫生学校）　欧阳芸（海南医学院第二附属医院）

韦玉敏（海南医学院）　季秋霞（海南省第三卫生学校）

邓智慧（海南省第二卫生学校）　夏杰琼（海南医学院）

卢飞杏（海南省卫生学校）　徐　立（海南医学院第一附属医院）

汤琼瑶（海口市妇幼保健院）　黄玉泉（海南医学院第一附属医院）

李　东（海南省第二卫生学校）　黄海燕（海南省人民医院）

李　斌（海南省人民医院）　梅　媛（海南医学院）

李敏香（海南医学院第二附属医院）　曹兰玉（海南医学院）

何海霞（海南省人民医院）　符海英（海南省卫生学校）

张　华（海南医学院）　蒙莉萍（海南医学院第一附属医院）

张　翔（海南医学院第一附属医院）　颜时姣（海南医学院）

张和妹（海南省人民医院）　潘　娇（海南省卫生学校）

编写秘书　曹兰玉（海南医学院）

科学出版社

北　京

内 容 简 介

本教材为四篇十八章，涉及临床案例 140 余例，内容涵盖内科、外科、妇科、儿科、急救等相关疾病知识。前三篇主要由案例资料、案例问题引导、案例分析、案例小结四部分组成。第四篇为常用护理技术，包括基础护理技术和常用急救技术，此篇以案例导入，明确实训目的，在操作过程中结合案例进行沟通解释，体现整体护理及人文关怀。

本教材坚持理论与实践相结合，主要面向护理学专业高职“3＋2”的学生，强化培养学生分析问题和解决问题的评判性临床思维能力。本教材旨在以教材为学习载体，大力培养临床实用型人才，注重护理实践能力的提高，增强人文关怀意识。

图书在版编目（CIP）数据

护理综合案例分析 / 王涛，张华，蒙莉萍主编. —北京：科学出版社，2019.10

ISBN 978-7-03-061920-4

Ⅰ. ①护… Ⅱ. ①王… ②张… ③蒙… Ⅲ. ①护理学–病案 Ⅳ. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2019）第 150542 号

责任编辑：张天佐 胡治国 / 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

北京凌奇印刷有限责任公司印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2019 年 10 月第 一 版 开本：787×1092 1/16

2019 年 11 月第二次印刷 印张：26 1/4

字数：610 000

定价：79.80 元

（如有印装质量问题，我社负责调换）

序

随着高等教育大众化和国家对职业教育的政策扶持，各地区正在大力发展职业教育，加大对职业教育的投入，同时十分重视中等职业教育与高等职业教育的过渡与衔接。现阶段，护理专业人才的社会现实需求不仅数量大，而且层次和水平不断提高。然而，高等职业院校护理专业培养的人才在数量和质量上都不能满足社会的需求。目前海南省对中、高职护理教育的衔接仍处于探索阶段，如何提高护理学专业高职“3+2”学生的培养质量，为社会输送合格的护理专业人才是各院校迫切需要解决的问题。

“3+2”高职护生已经过3年护理中等职业教育，基本掌握了护理学专业基本理论、知识和技能，具有一定分析解决问题的能力，对知识选择性较强，但同时存在对理论知识理解不透彻、缺乏评判性思维、理论联系实际的能力不强、对整体护理理念缺乏深刻的认识等不足。当进入新的一轮专科学习时，若仍沿用传统的教学模式，容易使学生失去学习的兴趣与动力。教材是学习的载体，如何根据学生情况编写合适的教材是推动“3+2”高职护理教育改革、提高教学质量的重要措施。

本教材以案例形式导入，结合案例资料提出问题，引导学生思考，并整合学生所学知识进行分析，旨在培养学生的评判性思维，提高其分析及解决问题的能力；同时坚持理论与实践相结合，设定真实的临床情境，注重在护理操作过程中加强沟通解释，体现人文关怀。希望本教材能为广大高职“3+2”护生、护理学教师、新上岗护士及实习护生提供参考，帮助其将理论与实践更好地衔接。

编　者

2018年6月

前　言

本教材的编写系“医教协同”路径之开拓，由海南省卫生系统各院校、各三级甲等医院相关领域具有专业教育背景及临床经验的专家共同撰写完成。本教材分为四篇十八章，涉及临床案例140余例，内容涵盖内科、外科、妇科、儿科、急救等相关护理知识。前三篇主要由案例资料、案例问题引导、案例分析、案例小结四部分组成。案例资料以临床常见病、多发病为编写主线，提供疾病的真实病史资料，体现本教材的实用性特色。结合案例资料提出3～5个问题进行案例问题引导，启发思考。案例分析部分主要针对案例引导的问题，整合相关知识进行解析。案例小结是对案例内容进行归纳，帮助掌握重点内容。第四篇为常用护理技术，包括基础护理技术和常用急救技术，此篇以案例导入，明确实训目的，在操作过程中结合案例进行沟通解释，体现整体护理及人文关怀。希望本教材能为广大高职“3+2”护生、护理学教师、新上岗护士及实习护生提供参考学习材料，帮助其更好地衔接理论与实践。

本教材的编写过程得到了各位编委及其同事的大力支持与帮助，在此表示诚挚的感谢！本教材涉及内容广泛，虽几经修改，但由于编者个人水平有限，不足之处在所难免，望广大读者批评指正。

编　者

2018年6月

需要全本请访问 www.ertongbook.com

目　　录

第一篇　成人护理

第一章　呼吸系统疾病……1
案例一　肺炎……1
案例二　慢性阻塞性肺疾病……3
案例三　支气管哮喘……7
案例四　支气管扩张……10
案例五　肺癌……13
案例六　气胸……15
案例七　肺结核……18
案例八　呼吸衰竭……21
第二章　循环系统疾病……25
案例一　原发性高血压……25
案例二　冠状动脉粥样硬化性心脏病……28
案例三　急性心肌梗死……31
案例四　心律失常……34
案例五　心力衰竭……37
案例六　心脏瓣膜病……41
第三章　消化系统疾病……46
案例一　十二指肠溃疡……46
案例二　肝硬化……49
案例三　肝癌……52
案例四　食管癌……55
案例五　胃癌……58
案例六　急性胰腺炎……61
案例七　胆石症……64
案例八　胰腺癌……67
案例九　肝性脑病……70
案例十　上消化道出血……73
案例十一　肠梗阻……75
案例十二　大肠癌……78
第四章　泌尿系统疾病……82
案例一　急性肾小球肾炎……82
案例二　肾病综合征……84
案例三　尿路感染……87
案例四　急性肾损伤……90
案例五　慢性肾衰竭……93
案例六　尿路结石……98
案例七　良性前列腺增生……102
案例八　肾癌……104
案例九　膀胱癌……106

第五章 血液系统疾病……109
案例一 缺铁性贫血……109
案例二 再生障碍性贫血……112
案例三 特发性血小板减少性紫癜……115
案例四 急性白血病……119
第六章 内分泌与代谢性疾病……124
案例一 甲状腺功能亢进……124
案例二 糖尿病……127
案例三 痛风……130
案例四 甲状腺癌……132
第七章 风湿性疾病……135
案例一 系统性红斑狼疮……135
案例二 类风湿关节炎……137
第八章 神经系统疾病……141
案例一 脑梗死……141
案例二 脑出血……143
案例三 帕金森病……145
案例四 癫痫……148
案例五 重症肌无力……151
案例六 急性脊髓炎……154
案例七 颅脑损伤……157
案例八 垂体瘤……160
案例九 颅内血肿……163
案例十 颅内压增高……166
第九章 运动系统疾病……170
案例一 颈椎间盘突出症……170
案例二 腰椎间盘突出症……173
案例三 四肢骨折……176
案例四 骨盆骨折……179
案例五 关节脱位……182
案例六 骨肉瘤……184
案例七 急性血源性化脓性骨髓炎……187
第十章 其他……190
案例一 急性乳腺炎……190
案例二 乳腺癌……192
案例三 腹股沟疝……194
案例四 急性阑尾炎……197
案例五 原发性下肢静脉曲张……199
案例六 血栓闭塞性脉管炎……201
案例七 痔……204
案例八 肛瘘……206
案例九 破伤风……208

第二篇 妇儿护理

第十一章 妇科疾病……211
案例一 外阴炎……211

案例二　阴道炎……213
案例三　子宫颈炎……215
案例四　盆腔炎……218
案例五　子宫肌瘤……221
案例六　子宫颈癌……224
案例七　子宫内膜癌……228
案例八　侵蚀性葡萄胎……230
案例九　功能失调性子宫出血……233
案例十　围绝经期综合征……236
案例十一　卵巢肿瘤……239
第十二章　产科疾病……246
案例一　妊娠高血压综合征……246
案例二　流产……248
案例三　异位妊娠……251
案例四　前置胎盘……252
案例五　胎盘早剥……255
案例六　早产……257
案例七　妊娠合并心脏病……259
案例八　妊娠合并糖尿病……262
案例九　产后出血……265
案例十　胎膜早破……269
案例十一　羊水栓塞……271
第十三章　儿科疾病……275
案例一　新生儿高胆红素血症……275
案例二　新生儿肺透明膜病……277
案例三　新生儿颅内出血……280
案例四　新生儿胎粪吸入综合征……283
案例五　新生儿败血症……286
案例六　维生素 D 缺乏性佝偻病……288
案例七　鹅口疮……291
案例八　小儿腹泻……293
案例九　先天性心脏病……297
案例十　小儿肺炎……300
案例十一　麻疹……304
案例十二　水痘……307
案例十三　流行性腮腺炎……310
案例十四　手足口病……313
案例十五　病毒性脑炎……315
第三篇　急救护理
第十四章　理化因素疾病……319
案例一　中暑……319
案例二　淹溺……322
案例三　电击伤……325
第十五章　中毒……328
案例一　有机磷农药中毒……328

案例二 巴比妥类药物中毒 ……331
案例三 一氧化碳中毒 ……334
案例四 亚硝酸盐中毒 ……338
第十六章 创伤 ……341
案例一 胸部损伤 ……341
案例二 腹部损伤 ……344
案例三 多发伤、复合伤 ……347
第四篇 常用护理技术
第十七章 基础护理技术 ……352
实训一 卫生洗手 ……352
实训二 铺麻醉床 ……353
实训三 搬运法 ……354
实训四 无菌技术 ……356
实训五 穿、脱隔离衣 ……359
实训六 口腔护理 ……360
实训七 乙醇拭浴 ……362
实训八 生命体征的测量 ……363
实训九 吸痰法 ……365
实训十 吸氧法 ……367
实训十一 鼻饲法 ……369
实训十二 导尿术 ……371
实训十三 灌肠术 ……374
实训十四 超声雾化吸入法 ……375
实训十五 口服给药法 ……377
实训十六 皮下注射法 ……379
实训十七 肌内注射法 ……381
实训十八 皮内注射 ……383
实训十九 静脉注射法 ……385
实训二十 静脉留置针输液法 ……387
第十八章 常用急救技术 ……391
实训一 气管插管术 ……391
实训二 环甲膜穿刺术 ……394
实训三 气管切开术 ……395
实训四 包扎、止血 ……398
实训五 心肺复苏 ……400
实训六 洗胃法 ……402
参考文献 ……405
附录 常用护理测量表 ……407
附表 1 患者日常生活活动（ADL）能力评定表 ……407
附表 2 0～10 数字疼痛量表 ……408
附表 3 成人压疮危险（Braden）评估表 ……409
附表 4 Morse 跌倒量表（MFS） ……411

第一篇　成 人 护 理

第一章　呼吸系统疾病

案例一　肺　　炎

学习目标

掌握：肺炎的临床表现和护理措施。

熟悉：肺炎的辅助检查和治疗方法。

了解：肺炎的病因及发病机制。

一、案 例 资 料

【一般资料】　王某，女性，69 岁，汉族，小学文化，退休职工。

【主诉】　咳嗽、咳痰、发热 2 周，加重 1 天。

【病史】　患者于 2 周前无明显诱因出现咳嗽、咳痰，呈白色黏液痰，量少，不易咳出，发热，未测体温，伴胸闷、气促，有阵发性憋闷感，持续时间长短不一，在社区医院给予口服药物治疗（具体不详），症状未缓解。1 天前患者再次出现发热，伴恶心、呕吐、乏力，到门诊就诊。胸部 CT 示肺部感染，痰涂片可见革兰氏阳性球菌。门诊拟“细菌性肺炎”收入院。既往无特殊病史，否认药物及食物过敏史。

【护理体检】　T 38.9℃，P 80 次/分，R 22 次/分，BP 130/80mmHg，身高 1.57m，体重 58kg。患者神志清楚，口唇无发绀，咽部无充血，双侧扁桃体无肿大。气管居中，胸廓对称，双肺呼吸音粗、可闻及湿啰音。

【辅助检查】　胸部 CT：双肺多发渗出实变灶，考虑感染。痰涂片：可见革兰氏阳性球菌。

【入院诊断】　细菌性肺炎。

【诊疗过程】　患者入院后完善血常规、痰涂片、心电图等检查；遵医嘱给予抗感染、化痰、解痉平喘、吸氧等对症治疗。

二、案例问题引导

问题 1：患者入院诊断为细菌性肺炎，依据是什么？

问题 2：细菌性肺炎的临床表现有哪些？

问题 3：该患者存在哪些主要护理问题？

问题 4：应对该患者采取哪些护理措施？

三、案 例 分 析

问题 1：患者入院诊断为细菌性肺炎，依据是什么？

依据：该患者为老年女性，因“咳嗽、咳痰、发热 2 周，再次发热 1 天”入院。体格检查，双肺可闻及湿啰音，胸部 CT 示双肺多发渗出实变灶，考虑感染，痰涂片可见革兰氏阳性球菌。

知识链接

肺炎（pneumonia）指终末气道、肺泡和肺间质的炎症，可由多种病因引起，如感染、理化因素、免疫损伤等。细菌性肺炎是最常见的肺炎，其中肺炎链球菌肺炎居社区获得性肺炎的首位。因肺炎细菌学检查阳性率低，培养结果报告相对滞后，故在临床上按病因分类应用较困难。因此，基于病原体流行病学调查资料，按患病环境分类可协助肺炎的诊治，有利于指导经验治疗。按患病环境可将肺炎分为社区获得性肺炎（community acquired pneumonia，CAP）、医院获得性肺炎（hospital acquired pneumonia，HAP），HAP以呼吸机相关性肺炎（ventilator-associated pneumonia，VAP）最为多见，且治疗和预防较困难。

问题 2：细菌性肺炎的临床表现有哪些？

（1）症状：细菌性肺炎的症状取决于病原体和宿主的状态，症状可轻可重。常见症状包括咳嗽、咳痰或原有呼吸道症状加重，甚至出现脓性痰或脓血，伴或不伴胸痛。患者多数有发热。病变范围大者可出现呼吸困难、呼吸窘迫。严重者可出现神志和血压改变，甚至休克。

（2）体征：早期无明显肺部异常体征，重症者可出现呼吸频率加快、鼻翼扇动、“三凹征”或发绀。肺实变者出现叩诊浊音、触觉语颤增强和支气管呼吸音等，部分可闻及湿啰音。并发胸腔积液者患侧胸部叩诊浊音、触觉语颤增强、呼吸音减弱。

（3）并发症：感染性休克、呼吸衰竭、胸膜炎、脓胸、肺脓肿、脑膜炎和关节炎等。

问题 3：该患者存在哪些主要护理问题？

该患者存在的主要护理问题：①体温过高，与肺部感染有关；②清理呼吸道无效，与气道分泌物增多、痰液黏稠等有关；③气体交换障碍，与肺实质炎症、呼吸面积减少有关；④有休克的危险，与肺部感染有关。

问题 4：应对该患者采取哪些护理措施？

（1）发热的护理：①温水擦浴，协助患者温水擦浴以逐渐降低体温，使用降温措施 30min 后观察并记录降温效果。出汗后及时用温水擦浴、更换衣服和床单，避免受凉。②用药，遵医嘱使用抗生素，观察其疗效并注意有无发热、皮疹、胃肠道不适等不良反应，患者一旦出现严重不良反应，应及时与医生沟通，并作相应处理。③饮食，给予足够热量、蛋白质和富含维生素的流质或半流质饮食，以补充因发热引起的营养物质消耗。鼓励患者多饮水，每天 1500～2000ml，以保证足够的摄入量。④病情观察，密切观察并记录患者生命体征及主要症状，警惕感染性休克等并发症的发生。

（2）促进有效排痰的护理：指导患者深呼吸和有效咳嗽，遵医嘱进行雾化治疗，协助患者每 1～2 小时翻身 1 次，并给予叩背，以促进痰液排出。痰液黏稠，无力咳出时可经鼻腔吸痰。密切观察患者咳嗽、咳痰情况，详细记录痰液的颜色、量和性质。按医嘱及实验室检查要求正确留取痰标本。

（3）氧疗护理：当患者胸闷、气促时遵医嘱给予氧疗。一般用鼻导管给患者吸氧，注意观察氧疗效果，患者气促有无减轻。根据血气分析结果和患者临床表现及时调整氧流量或浓度。氧疗有效的指标：患者呼吸困难减轻、呼吸频率减慢、发绀减轻、心率减慢、活动耐力增加。

（4）感染性休克的评估与护理：患者生命体征、神志、皮肤、血气分析、尿量、休克指数等出现异常情况，应立即通知医生，并备好抢救物品，积极配合抢救治疗。感染性休克的治疗首先应快速评估并稳定患者的生命体征，尽早经验性使用抗生素，同时积极确定病原体。

1）体位：患者取仰卧中凹位，抬高头胸部约 20°，抬高下肢约 30°，有利于呼吸和静脉血

需要全本请访问 www.ertongbook.com

回流。

2）吸氧：用鼻导管或面罩给予中、高流量吸氧，必要时用无创呼吸机辅助呼吸，维持PaO_2＞60mmHg，改善缺氧状况，血气分析每小时 1 次。

3）补充血容量：快速建立两条以上静脉通道，遵医嘱给予平衡液或右旋糖酐补液。补液速度的调整应考虑患者的年龄和基础疾病，尤其是患者的心功能状况，中心静脉压可作为调整补液速度的指标，中心静脉压＜5cmH_2O 可适当加快补液速度；中心静脉压达到或超过 10cmH_2O 时，补液速度则不宜过快，以免诱发急性心力衰竭。

4）用药护理：①遵医嘱输入多巴胺、间羟胺等血管活性药物。根据血压调整滴速，维持收缩压在 90～100mmHg 为宜，以保证重要器官的血液供应，改善微循环。②有明显酸中毒时可应用 5% $NaHCO_3$ 静脉滴注，因其配伍禁忌较多，宜单独输入。③联合使用广谱抗菌药物控制感染时，应注意药物疗效和不良反应。

四、案 例 小 结

肺炎是终末气道、肺泡和肺间质的炎症，常见症状包括咳嗽、咳痰或原有呼吸道症状加重，患者多数有发热。本案例患者主要出现体温过高、清理呼吸道无效等护理问题，护理时应注意观察患者生命体征、神志、血气分析、尿量等是否出现异常变化，做好降温及协助排痰等对症护理，遵医嘱使用抗生素、化痰、解痉平喘药物，及时识别并做好感染性休克的护理。护理感染性休克患者应将其摆放至中凹卧位，给予中高流量吸氧，快速补充血容量，同时遵医嘱使用血管活性药物、5% $NaHCO_3$ 及广谱抗生素等药物治疗。

（梅　媛）

案例二　慢性阻塞性肺疾病



学习目标

掌握：慢性阻塞性肺疾病的护理评估、护理措施及健康教育。

熟悉：慢性阻塞性肺疾病的诊断及治疗原则。

了解：慢性阻塞性肺疾病的病因及发病机制。

一、案 例 资 料

【一般资料】　吴某，男性，81 岁，汉族，初中文化，退休职工。

【主诉】　反复咳嗽、咳痰、气促 20 余年，再发 1 周。

【病史】　患者于 20 余年前无明显诱因出现咳嗽、咳白色黏液样痰，以晨起为主，伴活动后气促，休息后气促可缓解，多于天气变化及感冒后出现，10 年前曾就诊于外院，明确诊断为慢性阻塞性肺疾病、慢性肺源性心脏病、心功能Ⅱ级。患者于 1 周前因受凉出现咳嗽、咳痰、气促症状加重，咳黄色黏稠痰，量多，不易咳出，伴双下肢水肿、食欲减退而就诊入院。患者近期睡眠一般，二便正常，体重无明显减轻。有吸烟史 60 余年，每日 1 包，至今仍未戒烟。适龄结婚，育有 6 女 2 子，家人均体健。否认冠心病、高血压、糖尿病等病史。

【护理体检】　T 36.3℃，P 82 次/分，R 26 次/分，BP 130/70mmHg。患者坐轮椅被送入院，神志清楚，自动体位，查体合作，对答切题，面色潮红多汗，眼结膜水肿，颈静脉无怒张，肝颈静脉反流征阴性，桶状胸，双肺呼吸音粗，呼气相延长，双下肺可闻及湿啰音，未闻及干啰音，口唇轻度发绀，不能平卧，心率 82 次/分，律齐。腹软，全腹无压痛及反跳痛，肝脾肋

下未触及，肠鸣音正常，双下肢轻度水肿。

【辅助检查】 患者于10年前肺功能检查：FEV_1/FVC（第1秒用力呼气容积/用力肺活量）68.6%，FEV_1 40%预计值，提示极重度混合性通气功能障碍。入院后吸氧（2L/min）；急查血气分析：pH 7.387，$PaCO_2$ 69mmHg，PaO_2 41.6mmHg，BE 12.1mmol/L；血常规：WBC 21.04×10^9/L，N% 88.7%；血沉（红细胞沉降率）：54mm/h；心脏彩超：右心房、右心室及左心房增大，肺动脉增宽，重度肺动脉高压。胸部CT平扫：①双下肺感染，②慢性支气管炎、肺气肿并多发肺大泡形成。

【入院诊断】

慢性阻塞性肺疾病急性加重期；慢性肺源性心脏病、心肺功能代偿期；Ⅱ型呼吸衰竭。

【诊疗过程】 患者入院后经完善相关检查，使用注射用哌拉西林钠他唑巴坦钠及左氧氟沙星注射液联合抗感染治疗，同时予氧疗、祛痰、止咳、解痉、平喘、保持呼吸道通畅、改善通气等治疗。

二、案例问题引导

问题1： 患者入院诊断为慢性阻塞性肺疾病急性加重期的依据是什么？

问题2： 如何应用预见性护理对该患者的病情进行护理评估？

问题3： 如何为该患者进行氧疗？

问题4： 该患者存在哪些主要护理问题？

问题5： 应对该患者采取哪些护理措施？

三、案例分析

问题1： 患者入院诊断为慢性阻塞性肺疾病急性加重期的依据是什么？

依据：患者反复咳嗽、咳痰、气促20余年，再发1周。患者于10年前肺功能检查：FEV_1/FVC 68.6%，FEV_1 40%预计值，提示极重度混合性通气功能障碍。于1周前因受凉出现咳嗽、咳痰、气促症状加重，咳黄色黏稠痰。胸部CT平扫：双下肺感染；血常规：WBC 21.04×10^9/L，N% 88.7%；血沉：54mm/h。

知识链接

慢性阻塞性肺疾病（chronic obstructive pulmonary disease，COPD）是一种以气流受限为特征的可以预防和治疗的疾病，气流受限不完全可逆，呈进行性发展。本病以起病缓慢、病程较长、反复急性发作为特点，分为缓解期与急性发作期。急性发作病因最常见为细菌或病毒感染。本病治疗护理的目标就是减少急性发作，延缓疾病的发展，减少或延缓并发症出现。肺功能检查是判断气流受限的主要客观指标，FEV_1/FVC是评价气流受限的敏感指标，FEV_1占预计值的百分比是评估COPD严重程度的良好指标。吸入支气管舒张剂后FEV_1/FVC＜70%及FEV_1＜80%预计值，可确定不完全可逆的气流受限，即可确诊慢性阻塞性肺疾病。

问题2： 如何应用预见性护理对该患者的病情进行护理评估？

（1）生命体征评估：体温、心率、血压、呼吸变化，并判断呼吸困难及缺氧的程度。

（2）评估患者的排痰能力：患者于1周前因受凉出现咳嗽、咳痰、气促症状加重，咳黄色黏稠痰，量多，不易咳出。说明患者排痰能力较差，患者存在痰堵窒息的风险，除了床边准备吸引装置外，还应积极采取排痰及控制感染措施。

（3）肺部听诊：患者双肺呼吸音粗，呼气相延长，双下肺可闻及湿啰音。

（4）并发症肺源性心脏病的评估：患者双下肢水肿，食欲减退，心脏彩超提示右心房、右心室及左心房增大，肺动脉增宽，重度肺动脉高压。说明患者存在肺源性心脏病，并出现右心功能不全、体循环淤血。如果出现颈静脉怒张及肝颈静脉反流征阳性，说明右侧心力衰竭加重。

（5）神志变化评估：患者出现神志或精神行为异常时及时报告医生并做血气分析检查，及时发现肺性脑病的出现。

知识链接

肺性脑病是因各种慢性胸肺疾病伴发呼吸衰竭，导致低氧血症和高碳酸血症而出现各种神经、精神症状的临床综合征。诊断肺性脑病的三大要点：①有肺、气管、肺血管及胸廓的慢性疾病；②CO_2潴留；③神经、精神症状。肺性脑病的临床表现：随着$PaCO_2$水平的升高，患者神志可出现先兴奋、后抑制的现象，早期表现为夜间失眠、烦躁，而白天嗜睡（昼夜颠倒现象）；有些患者可表现为肌肉震颤或扑翼样震颤、间歇抽搐等，严重时表现为神志淡漠、昏睡甚至昏迷。患者夜间失眠切忌应用镇静催眠药，以免抑制呼吸，加重CO_2潴留，加重或诱发肺性脑病。

（6）并发症呼吸衰竭评估：根据血气分析结果，判断是否存在呼吸衰竭和酸碱失衡及其程度。

（7）观察氧疗效果。

知识链接

预见性护理就是护士运用护理程序对患者进行全面综合的分析与判断，对疾病的发生、发展及病情变化规律，可能出现的并发症，现存的和潜在的护理风险问题，以及患者的身心状况、病情严重程度做出评估，提前预知存在的护理风险，从而采取预见性护理措施，避免护理并发症的发生，保障患者安全。

问题 3：如何为该患者进行氧疗？

患者存在Ⅱ型呼吸衰竭，不宜吸入高浓度氧气，氧疗原则是鼻导管低流量（1～2L/min）持续吸氧（每天至少 15h 以上），或文丘里面罩低浓度（30%以下）持续吸氧。患者不宜选择的氧疗工具是普通面罩（最高吸入氧浓度 60%）及无重吸面罩（最高吸入氧浓度 99%），因为这两种面罩吸入的氧浓度都较高，排气孔又小，容易快速纠正缺氧并加速CO_2潴留。因为Ⅱ型呼吸衰竭患者$PaCO_2$长期处于高水平，呼吸中枢失去了对二氧化碳刺激的敏感性，呼吸的兴奋主要依靠低氧对外周化学感受器的刺激来维持，如吸入高浓度氧，解除低氧对外周化学感受器的刺激作用，便会抑制患者呼吸，使CO_2潴留加重，甚至呼吸停止。因此氧疗的目标是维持PaO_2在 8kPa（60mmHg）或血氧饱和度（SO_2）90%左右即可。

问题 4：该患者存在哪些主要护理问题？

该患者目前存在的主要护理问题：①气体交换障碍，与通气不足、呼吸肌疲劳有关；②清理呼吸道无效，与气道分泌物过多、无效咳嗽有关；③活动无耐力，与心、肺功能减退有关；④体液过多，与右心功能不全、体循环淤血有关；⑤有皮肤完整性受损的危险，与水肿及被迫长时间半坐卧位有关。

问题 5：应对该患者采取哪些护理措施？

（1）协助患者采取舒适的半坐卧位，必要时采取端坐身体前倾位，使膈肌下降并使辅助

呼吸肌参与呼吸；室内保持合适的温度、湿度，冬季注意保暖，避免直接吸入冷空气；规范的氧疗护理；合理应用抗生素控制感染；使用支气管舒张剂雾化吸入改善通气；注意观察患者呼吸形态及 SO_2、血气分析结果的变化；根据血气分析结果，必要时使用机械通气，指导患者呼吸功能锻炼。

知识链接

呼吸功能锻炼最常用的方法是缩唇呼吸及腹式呼吸。由于患者气道长期存在慢性非特异性炎症反应，气道壁弹性结构被破坏，通气功能下降，呼气相气道过早塌陷至肺泡内残气过多。缩唇呼吸的原理是通过缩唇形成的微弱阻力来延长呼气时间，增加气道压力，延缓气道塌陷。锻炼的方法：患者闭嘴经鼻吸气，然后通过缩唇（吹口哨样）缓慢呼气，吸气与呼气时间比为 1∶2 或 1∶3。因为缩唇的程度与呼气流量在患者实际练习时不容易把握，动作也容易遗忘，因此目前临床上常采用吹气球来代替（有肺大泡者除外）。膈肌是人体最大的呼吸辅助肌，腹式呼吸是对膈肌肌力的训练，最佳目标是患者将腹式呼吸作为日常呼吸的形态。因为腹式呼吸训练需要增加能量的消耗，因此只能在疾病稳定期训练。锻炼的方法：患者可取立位、平卧位或半卧位，两手分别放于前胸部和上腹。用鼻缓慢吸气时，膈肌最大程度下降，腹肌松弛，腹部凸出，手感到腹部向上抬起。呼气时经口呼出，腹肌收缩，膈肌松弛并随腹腔内压增加而上抬，推动肺部气体排出，手感到腹部下降。两种呼吸方法结合应用效果更佳。

（2）指导患者有效咳嗽方法，叩背或使用排痰机震颤排痰，床边准备吸引装置，必要时吸痰并遵医嘱使用化痰药物，保持呼吸道通畅。加强营养，提高患者抵抗力及咳嗽能力。

（3）做好生活护理，满足患者日常生理需求。

（4）严密观察患者水肿情况及出入量的变化，控制输液速度，输液量应以患者前一天尿量加 500ml 为宜。

（5）皮肤护理：每天擦浴一次，保持皮肤清洁；睡气垫床，每 2h 协助患者翻身，注意预防皮肤受损，必要时骶尾部预防性给予减压敷料保护。

四、案 例 小 结

COPD 与慢性支气管炎、肺气肿密切相关。慢性支气管炎指排除慢性咳嗽的其他各种原因后，患者每年慢性咳嗽、咳痰达 3 个月以上，并持续 2 年。肺气肿指肺部终末细支气管远端气腔出现异常持久的扩张，并伴有肺泡壁和细支气管的破坏。当慢性支气管炎、肺气肿患者肺功能检查出现气流受限并且不能完全可逆时，则诊断为 COPD。而 COPD 随着通气功能障碍的加重，肺泡内残气量增加，肺泡壁毛细血管网受压部分闭塞，通气血流比值失调，导致低氧与 CO_2 潴留，加重呼吸衰竭；而患者长期的缺氧与 CO_2 潴留又会引起肺血管的收缩，增加肺循环的阻力，形成肺动脉高压，最终导致慢性肺源性心脏病；随着患者 $PaCO_2$ 水平的升高，CO_2 对患者中枢神经的作用导致肺性脑病，患者开始出现神经系统的改变。因此 COPD 不是单独存在的一种疾病，在护理此类患者时应对患者进行正确评估，及时预防或处理呼吸衰竭或肺性脑病，急性期积极控制感染。稳定期做好康复指导（家庭氧疗、呼吸功能锻炼、气道管理、加强营养、预防急性发展诱因、合理用药），以减少急性发作，延缓疾病发展，达到改善患者的生存质量、提高其生活自理能力的目的。

（黄玉泉）

案例三　支气管哮喘

学习目标

掌握：支气管哮喘的定义、诱发因素、病情观察和护理措施。

熟悉：支气管哮喘的临床表现和治疗方法。

了解：支气管哮喘的病因及发病机制、辅助检查和诊断要点。

一、案例资料

【一般资料】　郭某，男性，66岁，汉族，小学文化，农民。

【主诉】　反复喘息发作30余年，再发3天，加重半天。

【病史】　患者于30余年前开始出现反复喘息发作，天气变化易诱发，伴气促，偶伴咳嗽，咳少许白痰，曾于当地医院确诊为“支气管哮喘”，予解痉、平喘治疗后缓解出院，长期口服氨茶碱片，上述症状仍然反复发作。3天前上述症状再次发作，伴有气促，有少许咳嗽、咳痰，无畏寒、发热，当地诊所给予口服中药治疗（具体不详），症状未缓解。半天前喘息加重，气促、呼吸困难明显，端坐呼吸，伴大汗，服用氨茶碱片及吸入沙丁胺醇雾化剂后症状也无改善，今家属送至笔者所在医院急诊就诊。体格检查：P 131次/分，R 34次/分，BP 180/110mmHg，SO_2 92%，双肺听诊可闻及哮鸣音，急诊给予吸氧、静脉注射甲泼尼龙琥珀酸钠、雾化吸入沙丁胺醇溶液及布地奈德混悬液、静脉滴注氨茶碱注射液等解痉平喘治疗及微量泵泵入硝普钠控制血压等治疗后，血压降至正常，其余症状未改善，急诊以“重度支气管哮喘”收入院。患者有吸烟史30余年，否认有高血压、糖尿病、冠心病、肾病等病史，否认食物及药物过敏史。二便正常，食欲尚可，近期体重无明显变化。患者自发病以来，对病情感到焦虑，睡眠差。

【护理体检】　T 36.5℃，P 131次/分，R 34次/分，BP 180/110mmHg，SO_2 92%。患者神志清楚，呈急性面容。胸廓前后径增宽，肋间隙增宽，可见吸气相“三凹征”，双肺叩诊呈过清音，听诊双肺呼吸音弱，可闻及哮鸣音，少许湿啰音。心率131次/分，律尚齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音。双下肢无水肿。

【辅助检查】　急诊查血气分析：pH 7.237，$PaCO_2$ 65.3mmHg，PaO_2 41mmHg。血常规：WBC 12.5×10^9/L，NE 6.6×10^9/L，NE% 52.7%。心电图提示窦性心动过速。

【入院诊断】　重度支气管哮喘；Ⅱ型呼吸衰竭；高血压3级。

【诊疗过程】　患者入院后，予告病重、心电监护，无创呼吸机辅助呼吸（支持参数：IPAP 16cmH_2O，EPAP 4cmH_2O，FiO_2 50%），改善通气及保证氧合。完善胸部CT、肺功能、痰培养、血培养、炎症感染指标等检查，同时给予哌拉西林钠他唑巴坦钠抗感染，甲泼尼龙抗炎，雾化吸入沙丁胺醇溶液及布地奈德混悬液、多索茶碱解痉、补液等综合治疗。动态监测血气。

二、案例问题引导

问题1：患者入院诊断为重度支气管哮喘，依据是什么？

问题2：支气管哮喘的诱发因素有哪些？

问题3：该患者为何要进行肺功能检查？

问题4：该患者存在哪些主要护理问题？

问题5：应对该患者采取哪些护理措施？

三、案 例 分 析

问题 1：患者入院诊断为重度支气管哮喘，依据是什么？

依据：患者为老年男性，因反复喘息发作 30 余年，再发 3 天，加重半天入院，曾于当地医院诊断为支气管哮喘，有吸烟史 30 余年，量少。体格检查：急性面容，可见吸气相“三凹征”，双肺叩诊呈过清音，双肺呼吸音弱，可闻及哮鸣音。急查血气分析：pH 7.237，$PaCO_2$ 65.3mmHg，PaO_2 41mmHg。

知识链接

支气管哮喘（bronchial asthma）简称哮喘，是由嗜酸性粒细胞、肥大细胞、T 淋巴细胞、中性粒细胞、平滑肌细胞、气道上皮细胞等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高反应性有关，出现广泛多变的可逆性气流受限。中华医学会呼吸病学分会哮喘学组近年来认为哮喘是一种异质性疾病。典型的临床表现为反复发作的喘息、气急、伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难、胸闷或咳嗽等症状。常在夜间及凌晨发作或加重，多数患者可自行缓解或经治疗后缓解。支气管哮喘如不及时诊治，随病程延长可导致气道不可逆性狭窄和气道重塑。

问题 2：支气管哮喘的诱发因素有哪些？

具有哮喘易感基因的人群发病与否受环境因素的影响较大，哮喘的诱发因素包括以下两种。

（1）变应原性因素：室内变应原（尘螨、家养宠物、蟑螂），室外变应原（花粉、草粉），职业性变应原（饲料、油漆、活性染料），食物（鱼、虾、蛋类、牛奶），药物（阿司匹林、抗生素、普萘洛尔）。

（2）非变应原性因素：季节变化、大气污染、吸烟、运动、肥胖、妊娠等。

问题 3：该患者为何要进行肺功能检查？

临床上通过肺功能检查的各项指标进行综合分析以评价患者肺功能的状况，并为疾病的诊断和治疗提供依据，因此，哮喘患者需进行肺功能检查。检查项目包括：①通气功能检测，哮喘发作时呈阻塞性通气功能障碍改变，其中 $FEV_1/FVC<70\%$或 FEV_1 低于正常预计值的 80% 是判断气流受限最重要的指标。②支气管激发试验，用以评估气道反应性，该患者为哮喘急性发作期，不进行本检查。③支气管舒张试验，用以评估气道的可逆性改变，在吸入支气管舒张剂 20min 后重复检测肺功能，FEV_1 较用药前增加≥12%，且绝对值增加≥200ml 则可判断为支气管舒张试验阳性，提示存在可逆性气道阻塞。④ PEF 及其变异率测定，哮喘发作时 PEF 下降。若昼夜 PEF 变异率≥20%，则符合可逆性气道改变的特点。

问题 4：该患者存在哪些主要护理问题？

该患者存在的主要护理问题：①气体交换障碍，与支气管痉挛、气道炎症、气道阻力增加有关；②清理呼吸道无效，与气道分泌物增多、痰液黏稠等有关；③活动无耐力，与缺氧、端坐呼吸有关；④焦虑，与哮喘长期存在并反复急性发作有关；⑤睡眠形态紊乱，与呼吸困难、焦虑有关。

问题 5：应对该患者采取哪些护理措施？

（1）氧疗护理：遵医嘱做好无创呼吸机辅助呼吸的护理。

1）操作前护理

A. 患者准备：做好患者护理教育，以消除恐惧，取得配合，提高依从性，同时也可以提高患者的应急能力，以便在紧急情况下（如咳嗽、咳痰或呕吐时）患者能够迅速拆除连接，提

需要全本请访问 www.ertongbook.com