



“十四五”职业教育国家规划教材

内科护理

(上册)

NEIKE HULI

褚青康 尹春霞 主编



河南科学技术出版社

· 郑州 ·

图书在版编目(CIP)数据

内科护理.上册 / 褚青康,尹春霞主编. —郑州:河南科学技术出版社, 2020. 8
(2022.1重印)

ISBN 978-7-5725-0080-0

I. ①内… II. ①褚… ②尹… III. ①内科学-护理学-职业高中-教材
IV. ①R473.5

中国版本图书馆CIP数据核字(2020)第132741号

出版发行:河南科学技术出版社

地址:郑州市郑东新区祥盛街27号 邮编:450016

电话:(0371) 65788862 65788625

网址:www.hnstp.cn

策划编辑:李娜娜 李明辉 仝广娜

责任编辑:武丹丹

责任校对:董静云

整体设计:张 伟

排 版:高 珂

责任印制:朱 飞

印 刷:河南博雅彩印有限公司

经 销:全国新华书店

开 本:787 mm×1 092 mm 1/16 印张:25 字数:590千字

版 次:2020年8月第1版 2022年1月第4次印刷

定 价:82.00元

如发现印、装质量问题,影响阅读,请与出版社联系并调换。

中等卫生职业教育“十四五”立体教材

编审委员会

主 任 王良启

副主任 王金河

编 委 (按姓氏笔画排序)

于爱霞 王 平 王良启 王金河

王海鑫 牛会巧 尹春霞 白立庆

曲振瑞 乔庆军 刘 敏 刘万梅

刘桂萍 刘笑梦 刘淑娅 李延玲

李希科 李坪涿 李照普 吴文秀

张 莉 张文黎 张志友 张秋霞

张继新 张淑爱 武秋林 范 真

赵文慧 赵丽娅 赵清秀 钮 靖

夏 曼 顾红霞 郭明广 黄 磊

褚青康 阚书敏 魏清枝

《内科护理》（上册）编写人员

主 编 褚青康 尹春霞

副主编 李 杨 刘金彦 王春侠

编 者 （按姓氏笔画排序）

王春侠 尹春霞

朱 冉 朱 迪

刘金彦 李 杨

李丽娟 陈利颖

原天香 褚青康

魏娜娜

河南科学技术出版社
Henan Science and Technology Press

编写说明

为加强职业教育教学基本建设，促进职业教育专业教学科学化、标准化，建立健全职业教育质量保障体系，教育部颁布了《中等职业学校护理专业教学标准（试行）》。该标准对专业课程进行了大幅度的调整，突出以人为本的整体素质教育，增加了公共基础课程的比例，压缩了医学基础课程的学时，强化了专业课及专业方向课程，进一步拓宽了毕业生的就业领域。依照新的专业教学标准的要求，我们组织河南省卫生职业院校骨干教师对中等卫生职业教育教材进行了再次修订。

本套教材编写的指导思想是坚持“以服务为宗旨，以就业为导向，以能力为本位”的职业教育特色，以培养具有扎实的理论知识、较强的实践能力、良好的职业素质及评判性思维能力的高素质专业人才为目标，在上一版教材的基础上进一步优化、创新，利用“互联网+教育”的思路和技术，采取纸质教材与数字资源相结合的模式，为中职护理及相关专业学生提供一套优质教材。

在修订过程中，为了使教材更好地体现职业教育的性质和特色，符合现代医学模式下专业岗位资格考试的要求，参编教师在深刻领会教学标准各项要求的基础上，广泛听取各校对上一版教材的意见，并对护士执业资格考试大纲进行认真学习和深入分析，把握近年来执业资格考试命题内容的变化趋势，力求做到观念更新、定位准确，确保本套教材在思想性、科学性、先进性、启发性和实用性方面有更好的呈现，在结构上、内容上实现整体优化，以服务于专业发展和教学改革。

在表现形式上，充分利用现代信息技术，将传统纸质教材与数字资源有机结合，在纸质教材上印制二维码，读者扫描二维码即可观看 PPT、视频，做练习题等。充分利用数字教学资源，为提升教师的教学水平、创新教学模式，以及提高学生学习的便捷性、趣味性、自主性、开放性、拓展性，提供了资源支撑。

河南省数十所卫生职业院校的教育专家和骨干教师参加了本套教材的编写，同时我们还邀请了临床护理专家参加本套教

材的编写和审定工作，为缩短教学与临床的距离，突出教材的先进性和实用性奠定了坚实的基础。本套教材的编写得到了各参编学校、医院领导的大力支持，所有参加教材编写和审定的教师及专家都付出了辛勤的劳动，河南科学技术出版社有关人员也给予了精心指导和帮助，使本套教材得以顺利出版，在此一并致以诚挚的谢意！

本次修订的编写队伍中，新增了一批年轻的教师，体现了河南省中等卫生职业教育蓬勃发展、后继有良好的良好态势。我们的目标是编写一套贴近社会、贴近专业、贴近岗位、便于教与学双方使用的精品教材，在修订过程中，为提高教材的可读性和助学功能，我们也努力进行了多方面的探索和实践，但教材中可能仍存在不足之处，恳请各界同仁及使用本教材的广大师生多提宝贵意见和建议，使之逐步完善。

中等卫生职业教育“十四五”立体教材编审委员会

2020年7月

前 言

为适应我国目前广大人民群众呵护健康、预防疾病的新健康模式的需求，进一步突出卫生职业教育的特点，体现职业教育以素质教育为基础、以人为本的指导思想，培养面向医疗、预防、康复、养老和保健机构的技能型卫生专业人才，在河南省卫生健康委员会的领导下，我们组织编写了河南省中等卫生职业教育“十四五”立体教材。

本教材主要内容包括呼吸系统疾病、循环系统疾病、消化系统疾病、内分泌与代谢疾病、泌尿系统疾病、血液及造血系统疾病、风湿性结缔组织疾病、神经系统疾病和传染病患者的护理。在每章首有明确的学习目标。在每节导入情景案例，引导学生自主学习，带着问题学习，提高学习效果。在具体疾病患者的护理中，按照先了解疾病、后护理患者的模式组织内容，符合临床工作习惯和学生的认知习惯，便于培养学生的逻辑思维和对知识的应用能力。每一系统的最后一节为该系统疾病的常用诊疗操作技术，更方便老师授课和学生学习。每一节后增加了思维导图式小结，条理清楚，便于学生梳理和掌握知识。

本教材的编写突出了以下特点：①紧密结合中职学生的特征，语言力求简练，内容深浅符合中专生的认知水平，尽可能以图释理，使复杂的知识简单化，便于学生理解。②与国家执业护士资格考试有效衔接，涵盖了最新的护士执业资格考试大纲，便于学生考取资格证。③与临床工作“无缝”链接，由2名临床一线护理专家担任副主编，对全书进行审阅，使教材内容更加贴近临床护理工作，并且突出常见病、多发病。④突出内科疾病治疗和护理发展的先进性，增加了新理念、新疾病、新标准、新药物、新仪器、新技术等，以期做到理论与临床“零距离”，更有利于学生步入临床后尽早地适应临床工作。⑤注重以例释理，每一疾病均导入了贴近临床的实际情景案例，将基础理论知识融入案例中，提出针对性的学习任务，使学生在完成学习任务的同时，发现患者存在的护理问题，有利于提高学生自主学习的能力和临床思维能力。⑥强调知识条理化，课后增加了重点知识思维导图，更有利于学生梳理和掌握知识。⑦体现数字化教学，增加了PPT课件，并将知识链接、疾病的护理评估、课后小结、PPT课件、情景导入思考题和课后讨论与思考参考答案等内容，以二维码的形式体现，可用手机扫描学习，提高学生的学

习兴趣。⑧各章节增设了课程思政的内容，将思想教育有效地融入到护理教育中，把社会主义核心价值观、实现中华民族伟大复兴的理想和责任融入到护理专业核心课程教学中，传播正向能量，在潜移默化中激发学生使命担当、家国情怀、劳动光荣、工匠精神、团队意识、奉献和奋斗精神。⑨设置一些具有内科护理特色的操作视频，体现学中做、做中教的职业教育理念，学生在做中掌握所学知识，以便提高学生的动手能力，更好地培养出能工巧匠式的优秀护理专业人才。

各编委完成编写分工任务的情况：第一章绪论，由褚青康编写；第二章呼吸系统疾病患者的护理，第一至五节由李杨编写，第六至十一节由魏娜娜编写；第三章循环系统疾病患者的护理，第一至五节由尹春霞编写，第六至十节由李丽娟编写；第四章消化系统患者的护理，由朱迪编写；第五章内分泌与代谢疾病患者的护理，第一至二节由李丽娟编写，第三至六节由陈利颖编写；第六章泌尿系统疾病患者的护理，由陈利颖编写；第七章血液及造血系统疾病患者的护理，由原天香编写；第八章风湿性结缔组织疾病患者的护理，由魏娜娜编写；第九章神经系统疾病患者的护理，由朱冉编写；第十章传染病患者的护理，由褚青康编写。每个编委将稿件上交后，首先由3位副主编分工进行稿件的初审，然后由2位临床副主编结合临床实际工作情况统一审阅稿件，再次由2位主编审阅，最后由第一主编定稿。

在本教材编写过程中，南阳医学高等专科学校、开封市卫生学校、新乡卫生学校、河南省医药卫生学校、河南卫生健康干部学院、洛阳职业技术学院、鹤壁职业技术学院、周口职业技术学院等单位对编写工作给予了大力支持，在此表示诚挚的谢意！

本教材的编写借鉴了有关教材和资料的一些观点，在此向有关作者表示崇高的敬意和衷心的感谢！

本教材全体编者都以高度认真负责的态度参与了编写工作，但因水平有限，内容和文字上可能还有疏漏和欠缺，恳请广大师生和临床护理工作提出宝贵意见，使教材日臻完善。谢谢！

《内科护理》编委会

2020年3月

目 录

第一章 绪论	(1)
一、内科疾病对护理工作的要求	(1)
二、内科护理的发展趋势	(2)
三、内科护理的学习目标和方法	(3)
四、内科护士应具备的素质	(4)
第二章 呼吸系统疾病患者的护理	(6)
第一节 概述	(6)
一、呼吸系统的解剖与生理	(6)
二、呼吸系统疾病常见症状与体征的护理	(9)
第二节 急性呼吸道感染患者的护理	(17)
一、急性上呼吸道感染患者的护理	(17)
二、急性气管-支气管炎患者的护理	(19)
第三节 支气管哮喘患者的护理	(21)
第四节 慢性阻塞性肺疾病患者的护理	(27)
一、慢性支气管炎患者的护理	(27)
二、阻塞性肺气肿患者的护理	(30)
第五节 慢性肺源性心脏病患者的护理	(36)
第六节 支气管扩张患者的护理	(39)
第七节 肺炎患者的护理	(42)
第八节 肺结核患者的护理	(47)
第九节 原发性支气管肺癌患者的护理	(55)
第十节 呼吸衰竭患者的护理	(60)
一、慢性呼吸衰竭患者的护理	(61)
二、急性呼吸窘迫综合征患者的护理	(63)
第十一节 呼吸系统疾病常用诊疗技术及护理	(65)
一、胸腔穿刺术及护理	(65)
二、纤维支气管镜检查术及护理	(67)
第三章 循环系统疾病患者的护理	(70)
第一节 概述	(70)
一、循环系统的解剖与生理	(71)
二、循环系统疾病常见症状与体征的护理	(73)

第二节	心力衰竭患者的护理	（79）
一、	慢性心力衰竭患者的护理	（80）
二、	急性心力衰竭患者的护理	（85）
第三节	心律失常患者的护理	（87）
一、	心律失常的分类	（88）
二、	常见心律失常	（88）
三、	常见心律失常患者的护理	（96）
第四节	原发性高血压患者的护理	（98）
第五节	冠状动脉粥样硬化性心脏病患者的护理	（104）
一、	心绞痛患者的护理	（105）
二、	急性心肌梗死患者的护理	（108）
第六节	心脏瓣膜病患者的护理	（114）
第七节	感染性心内膜炎患者的护理	（119）
第八节	心肌疾病患者的护理	（122）
一、	病毒性心肌炎患者的护理	（122）
二、	原发性心肌病患者的护理	（124）
第九节	心包炎患者的护理	（126）
第十节	循环系统疾病常用诊疗技术及护理	（129）
一、	心包穿刺术及护理	（129）
二、	心脏起搏术及护理	（130）
三、	冠状动脉介入性诊疗技术及护理	（132）
第四章	消化系统疾病患者的护理	（136）
第一节	概述	（136）
一、	消化系统的解剖与生理	（137）
二、	消化系统疾病常见症状与体征的护理	（138）
第二节	胃炎患者的护理	（147）
一、	急性胃炎患者的护理	（148）
二、	慢性胃炎患者的护理	（149）
第三节	消化性溃疡患者的护理	（151）
第四节	肠结核和结核性腹膜炎患者的护理	（157）
第五节	溃疡性结肠炎患者的护理	（161）
第六节	肝硬化患者的护理	（164）
第七节	肝性脑病患者的护理	（169）
第八节	上消化道大出血患者的护理	（172）
第九节	消化系统疾病常用诊疗技术及护理	（175）
一、	腹腔穿刺术及护理	（175）

二、消化道内镜检查术及护理	(177)
三、双气囊三腔管压迫止血术及护理	(179)
第五章 内分泌与代谢疾病患者的护理	(183)
第一节 概述	(183)
一、内分泌系统的解剖与生理	(184)
二、内分泌与代谢疾病常见症状与体征的 护理	(187)
第二节 甲状腺疾病患者的护理	(190)
一、单纯性甲状腺肿患者的护理	(191)
二、甲状腺功能亢进患者的护理	(192)
三、甲状腺功能减退患者的护理	(196)
第三节 库欣综合征患者的护理	(198)
第四节 糖尿病患者的护理	(202)
第五节 痛风患者的护理	(211)
第六节 内分泌与代谢疾病常用诊疗技术及护理	(214)
一、快速血糖检测及护理	(214)
二、胰岛素笔式注射器应用技术及护理	(215)
三、胰岛素泵治疗技术及护理	(217)
第六章 泌尿系统疾病患者的护理	(220)
第一节 概述	(220)
一、泌尿系统的解剖与生理	(221)
二、泌尿系统疾病常见症状与体征的护理	(221)
第二节 慢性肾小球肾炎患者的护理	(227)
第三节 尿路感染患者的护理	(229)
第四节 慢性肾衰竭患者的护理	(233)
第五节 泌尿系统疾病常用诊疗技术及护理	(238)
一、血液透析术及护理	(238)
二、腹膜透析术及护理	(241)
三、肾穿刺术及护理	(243)
第七章 血液及造血系统疾病患者的护理	(246)
第一节 概述	(246)
一、血液及造血系统的解剖与生理	(247)
二、血液及造血系统疾病常见症状与体征的 护理	(249)
第二节 贫血性疾病患者的护理	(257)
一、缺铁性贫血患者的护理	(257)

二、再生障碍性贫血患者的护理·····	(260)
第三节 出血性疾病患者的护理·····	(264)
一、特发性血小板减少性紫癜患者的护理·····	(264)
二、过敏性紫癜患者的护理·····	(267)
三、血友病患者的护理·····	(270)
第四节 白血病患者护理·····	(273)
第五节 血液及造血系统疾病常用诊疗技术及护理··	(279)
一、骨髓穿刺术及护理·····	(279)
二、造血干细胞移植术及护理·····	(281)
第八章 风湿性结缔组织疾病患者的护理 ·····	(288)
第一节 概述·····	(288)
一、风湿性结缔组织疾病的分类及特点·····	(289)
二、风湿性结缔组织疾病常见症状与体征的 护理·····	(289)
第二节 系统性红斑狼疮患者的护理·····	(292)
第三节 类风湿关节炎患者的护理·····	(295)
第九章 神经系统疾病患者的护理 ·····	(300)
第一节 概述·····	(301)
一、神经系统的解剖与生理·····	(301)
二、神经系统疾病常见症状与体征的护理·····	(303)
第二节 急性缺血性脑血管疾病患者的护理·····	(312)
一、短暂性脑缺血发作患者的护理·····	(314)
二、脑梗死患者的护理·····	(316)
第三节 急性出血性脑血管疾病患者的护理·····	(318)
一、脑出血患者的护理·····	(319)
二、蛛网膜下隙出血患者的护理·····	(321)
第四节 周围神经疾病患者的护理·····	(323)
一、三叉神经痛患者的护理·····	(323)
二、面神经炎患者的护理·····	(325)
三、急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病患者的 护理·····	(326)
第五节 帕金森病患者的护理·····	(328)
第六节 癫痫患者的护理·····	(331)
第七节 神经系统疾病常用诊疗技术及护理·····	(336)
一、腰椎穿刺术及护理·····	(336)
二、数字减影脑血管造影术及护理·····	(337)

第十章 传染病患者的护理	(340)
第一节 概述	(340)
一、感染过程的表现	(341)
二、病原体的致病作用	(342)
三、人体免疫应答的作用	(342)
四、传染病流行的基本条件及影响因素	(343)
五、传染病的基本特征及临床特征	(344)
六、传染病的预防	(346)
七、传染病科的管理及医务人员的管理要求与职业 防护	(349)
八、传染病患者常见症状、体征及护理	(352)
第二节 病毒性肝炎患者的护理	(355)
第三节 艾滋病患者的护理	(364)
第四节 流行性乙型脑炎患者的护理	(369)
第五节 流行性感冒患者的护理	(374)
第六节 中毒型细菌性痢疾患者的护理	(377)
第七节 流行性脑脊髓膜炎患者的护理	(380)
参考文献	(385)

第一章

绪论



学习目标

知识目标：掌握内科护理的学习目标和方法。熟悉内科疾病患者对护理工作的要求。了解内科护理的发展趋势和内科护士应具备的素质。

能力目标：能够掌握内科疾病患者的特点和内科护理的学习方法。

素质目标：具备内科护士的职业道德、身体、心理等素质要求。

内科护理（medical nursing）是研究内科疾病患者生物、心理及社会等方面健康问题的发生、发展规律，以预防疾病、促进康复和保障健康为目标的一门临床护理学科。其内容广泛，涉及人体各个系统和人的躯体、心理、社会的各个方面；其整体性强，不仅与基础医学、基础护理学密不可分，还与外科护理、儿科护理、社区护理等紧密联系；其服务对象年龄跨度大，涉及青少年、中年、老年直至高龄老人。同时，随着人口老龄化的到来、人民生活水平的提高、疾病谱的改变、医学科学的发展、边缘学科的崛起，内科护理的内容不断扩展，地位愈来愈重要。

一、内科疾病对护理工作的要求

内科疾病中慢性病、老年病、疑难杂症和危重症多，疾病种类繁多、病因复杂、病程长而多变，以药物治疗为主，见效慢，大部分疾病不能根治，常并发多脏器损害，需要患者长期与疾病抗争，患者容易产生焦虑、恐惧、绝望情绪。因此，对现代内科护理工作提出了更高的目标和要求。

1. 体现人文与交流 娴熟的心理沟通技巧对缓解患者的心理负担至关重要。内科疾病患者大多是老年人，护理工作更要遵循“以人为本”的理念，根据患者不同的文化程度，进行有效的沟通，不断提高沟通交流技巧，取得患者的配合与信任，赢得他人支持，避免护患纠纷，顺利完成护理任务。

2. 注重饮食护理 合理饮食与营养对内科疾病患者至关重要。某些疾病是营养缺乏或膳食不均衡所致；各种消耗性疾病如营养补充不足，易引起氮的负平衡；内分泌与代谢疾病若不通过膳食调节代谢紊乱状态，可继发严重损害。此外，很多患者常因病痛而

存在情绪冲击和心理压力，或因药物、化学治疗（化疗）及放射治疗（放疗）等引起机体反应，影响味觉、食欲和消化器官功能，引起营养缺乏。这些都需要内科护士加以关注，和主管医师、营养师共同解决患者的营养问题，使其获得最合适的营养及必要的营养知识，提高疗效，促进康复。

3. 配合药物治疗 药物治疗是内科疾病的主要治疗方式。内科护士必须熟悉常用药物的药理作用、毒副反应、常用治疗剂量、疗程和给药途径，在实施药物治疗时注重观察药物的疗效和不良反应。此外，尚需了解一些合理用药的有关知识，如药物的配伍禁忌、协同作用、用药最佳时机等，以熟练的操作技术顺利完成药物治疗任务。

4. 协助临床诊断 多数内科疾病病因复杂，发病机制不明，症状、体征多样，缺乏典型性，患者常需接受多种检查以明确诊断。护士应重视各项检查前的准备和必要的说明，避免患者不安和恐惧，以利于检查顺利进行和标本正确采集，为诊断提供依据。

5. 及早发现并发症 内科疾病病程长，累及脏器较多，患者的反应力和抵抗力常下降，在临床过程中易出现并发症，如感染、压疮、出血等。另外，内科疾病本身也易引起并发症和伴发病，如消化性溃疡易并发上消化道出血，糖尿病易并发心血管疾病等，这些都要求护士掌握疾病的发生、发展规律，指导患者避免诱因，密切观察病情，及时发现并发症并配合抢救。

6. 加强康复训练指导 内科许多疾病常导致心、脑、肺、肾等重要脏器的功能衰竭，常因肢体活动减少而使血液循环速度减慢，易导致其他器官产生血栓。神经功能调节障碍，肌力减退，骨质疏松，甚至食欲减退、排便困难、精神障碍等，这些均妨碍机体康复。因此当患者进入恢复期，护士应指导患者加强功能锻炼，促进脏器功能改善。

7. 消除心理疑虑 心理因素在内科疾病的发生、发展过程中起着重要的作用。随着社会的发展，患者在患病和诊疗过程中出现的心理问题也日益突出，这就要求护士要积极有效地与患者沟通，充分理解患者，设身处地地为患者着想，耐心听取患者的心理感受，使护理工作与患者的需求相适应，从而缓解患者孤独、焦虑和忧郁的情绪，树立战胜疾病的信心，能够积极配合治疗和护理，早日促进康复。

8. 积极开展健康教育 很多内科疾病是由于不良的生活习惯造成的，而健康教育的目的在于帮助人们树立健康意识，养成良好的行为和生活方式，降低或消除影响健康的危险因素，提高群体健康水平。健康教育也是帮助患者树立信心、配合治疗、促进康复、防止疾病复发的最佳手段。内科疾病多为慢性病，住院期间的治疗和护理只是病程中很短暂的一部分，通过健康教育，患者及其家属可掌握自我护理的知识和方法，巩固疗效，避免复发，及时发现疾病加重的征兆，以便及时就诊。

二、内科护理的发展趋势

近年来，随着基础医学和临床医学的飞速发展，对许多内科疾病的病因和发病机制有了更深入的认识，从而也带动了治疗技术的进步和治疗效果的改观，内科护理也随之出现了更蓬勃的发展。

1. 内科护理领域不断扩展 随着社会老龄化加剧、医学模式转变和医疗卫生体制改

革, 护理从医院走向社区、家庭, 从疾病护理走向疾病预防, 从救护生命到注重生活质量, 护理工作范围从医院扩展到社区, 服务对象从患者扩展到全民, 服务范围不仅包括院内的护理知识和技能, 还包括社区护理、老年护理、康复护理、营养保健、健康档案管理。

2. 内科诊疗新技术不断更新 如血液净化技术的不断改进、心脏介入技术的进展、脑血管介入技术的发展等, 促进了相应的术前、术中、术后护理方案的完善。

3. 护理监护措施不断完善 电子监护系统技术的改进, 促进了内科重症监护的护理措施的完善, 内科各专业科室, 均设置了重症监护室, 更新了抢救仪器, 提高了急危重症患者的抢救成功率。

4. 内科专业护理师不断增加 为了满足人民健康的需求, 促进患者早日康复, 提高患者生存质量, 节约医疗资源, 更好地方便患者, 内科临床专科护理师得到快速发展, 涌现出造口护理师、疼痛护理师、肿瘤护理师、糖尿病专科护理师、呼吸管理护理师等, 提高了慢性病患者的生存质量。

5. 健康教育方向不断丰富 内科常见疾病大多是可以预防、干预的疾病, 如心血管疾病、内分泌与代谢疾病、风湿性结缔组织疾病、恶性肿瘤等疾病的发生均与生活方式、环境因素有关, 给内科护理带来了新的健康教育方向。

三、内科护理的学习目标和方法

1. 学习目标 通过该门功课的学习, 培养学生建立“以人的健康为中心”的护理理念; 培养和提高学生分析、解决问题的能力, 逐步培养学生独立工作的能力; 使学生职业技能逐渐提高, 职业素养逐渐形成, 以适应现代护理工作的需要。通过本课程的学习, 学习者应达到如下目标。

(1) 熟悉内科常见病概念、病因、治疗和预后, 能够正确进行健康评估, 做出护理诊断。

(2) 掌握内科常见病患者的护理措施, 具有对护理对象实施整体护理的能力。

(3) 熟悉内科常见急危重症患者的抢救原则, 能对急危重症患者进行初步应急处理和抢救配合。

(4) 熟悉内科疾病常用诊疗技术的目的和方法, 做好操作前准备、操作中配合及操作后护理。

(5) 具有对常见病患者的病情变化和治疗反应进行观察与初步分析处理的能力。

(6) 具有向个体、家庭、社区提供保健服务和开展健康教育的能力。

(7) 养成良好的职业道德, 关心、爱护、尊重护理对象, 养成认真、严谨、科学、热情、勤快的工作作风。

2. 学习方法

(1) 打牢基础医学知识: 内科护理的理论性和实践性都很强, 与基础医学结合密切, 因此, 在学习过程中首先应当重视基础医学的学习, 及时复习解剖学、生理学、免疫学、病理学、健康评估、药理学等相关知识, 只有打牢基础, 才能掌握和理解疾病的临床表现、辅助检查和治疗原则, 准确判断和处理患者现存的和潜在的健康问题, 制定合理的护理措施。

(2) 多种学习方法并用：学习中要采用理解性、对比性、推理性、系统性、归纳总结性、重点突出性、规律性、强化性等记忆学习方法。

(3) 注重临床思维能力的培养：结合护理程序的评估、诊断、计划、实施、评价五大内容，建立系统科学的思维方法，将零碎的知识系统化，提高临床思维能力，为临床实践打好基础。

(4) 理论与实践密切结合：通过示教、观看录像、病例分析、情景模拟、角色扮演、操作训练、见习、实习等，多动手、勤练习，将所学的理论知识理解、掌握、应用和创新，与临床实际工作紧密联系，提高发现问题、分析问题和解决问题的能力。

四、内科护士应具备的素质

内科护理工作需要护理人员富于耐心、细心、爱心、同情心和责任心。护士担当着基本护理活动的照顾者、患者安全和利益的维护者、患者健康知识的咨询者、医患工作的协调者、病房工作的管理者、新入职护士的教育者、护理科学的研究者，因此应不断加强自身素质的培养。

1. 职业道德素质 内科疾病老年人较多，老年患者动作反应慢、表达能力差、生活自理能力欠缺等，更需要护士有强烈的社会责任感和极大的工作热忱，不怕脏、不怕累，勇于奉献，把患者视为亲人，平时工作中要做到眼勤、手勤、腿勤、脑勤，对待患者要虚心、耐心、诚心、有爱心，真正成为一名救死扶伤、维护患者身心健康的白衣天使。

2. 专业文化素质 护士应当具有敏锐、细致的观察能力，能够及时、准确发现患者病情变化，并迅速配合医生进行抢救治疗；能够掌握患者的心理动态变化，及时发现患者的心理问题，有效地进行心理疏导；必须具备扎实的护理理论知识、熟练的专科护理技能、丰富的人文科学知识、较强的护理教育和科研能力，能够运用护理程序解决患者现存的或潜在的健康问题；还应当培养终身学习的信心和能力，能够快速掌握先进的诊疗技术，学会各种电子设备的使用方法，了解学科发展动态，不断更新专业知识。

3. 身体、心理素质 内科护理工作任务繁重，内容琐碎。作为内科护士应当具备健康的身体、开朗的性格，在工作负担突然增加时能够快速应对。护理工作人员既要从事繁重的体力劳动，又要有复杂的临床思维，还要面对复杂的护患关系，因此应具备较强的身体素质，良好的心理承受能力、自我控制能力，以及灵活的人际沟通能力，只有这样，才能使患者获得安全感、亲切感、信任感。

4. 实践技能素质 内科护理所涉及的护理技术操作是临床护士必须掌握的基本功，正确、熟练的操作是提高护理质量、满足患者需求的重要保障，因此，护士应理解护理操作的原理、熟练护理操作步骤、掌握护理操作的目的，加强训练，反复实践，不断提高护理实践操作技能。随着临床护理工作独立性和自主性的日益增加，护理新技术的发展，内科护士承担的责任更重，护理任务更艰巨。为确保高水平的护理质量，内科护士除了要有娴熟的操作，还应当在操作中具备细致入微的观察能力、冷静沉着的应变能力、准确果断的判断能力、条理清晰的处置能力。



扫码看思政



扫码看思政



讨论与思考

1. 李某，男，68岁，被人搀扶着步入医院门诊，接诊护士看见其面色发绀、口唇呈青紫色、呼吸困难，询问病史得知其有慢性阻塞性肺疾病病史。

请思考：

接诊护士此时应立即对其进行的处理是什么？为什么？

2. 张某，男，68岁，48小时前急性心肌梗死发作入院，现其病情稳定，家属强烈要求探视，但未到探视时间。

请思考：

此时护士首先应该做什么？



扫码看答案



扫码看本章PPT



扫码看本章小结

(褚青康)

第二章

呼吸系统疾病患者的护理



学习目标

知识目标：掌握支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病、支气管扩张、肺炎、肺结核、原发性支气管肺癌、呼吸衰竭的临床表现和治疗要点；抗生素、镇咳祛痰药、平喘药等的用法；对支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病、肺结核患者进行健康指导。熟悉咯血、支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病、呼吸衰竭的概念。了解支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病、肺炎、肺结核、呼吸衰竭的病因、发病机制及常用检查项目。

能力目标：能够列出呼吸系统常见疾病患者的护理诊断，指导患者正确服用抗生素、化痰药、平喘药，指导患者正确使用气雾剂、峰流速仪，可以指导患者进行呼吸功能锻炼、体位引流等；能够对支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病、肺结核患者进行健康指导。

素质目标：对呼吸系统常见疾病患者实施整体护理，关心、爱护患者。

呼吸系统的主要功能是吸入氧气，排出二氧化碳。因呼吸道与外界相通，故易招致各种微生物及理化因素侵入而发病。因此，呼吸系统疾病是内科最常见的疾病和最多发的疾病。随着大气污染、人口老龄化和工业化程度的加剧，肺癌、支气管哮喘的发病率明显增加，肺结核的发病率又有增高趋势，慢性阻塞性肺疾病的发病率居高不下，流行性感冒（简称流感）在我国每年发病率为10%~30%。呼吸系统疾病对我国人民健康危害很大，因此其防治任务仍然艰巨。



扫码看思政

第一节 概述

呼吸运动包括肺通气和肺换气。通畅的气道是通气的前提，呼吸膜结构和功能的完整是换气的保证。细菌、病毒、烟雾、过敏原等损害呼吸道、肺泡和胸膜时，可引起黏膜水肿、腺体分泌增多、平滑肌痉挛，患者可出现咳嗽、咳痰、咯血、呼吸困难、胸痛等症状。

一、呼吸系统的解剖与生理

呼吸系统主要由呼吸道和肺组成（图2-1），分别负责通气和换气的功能。

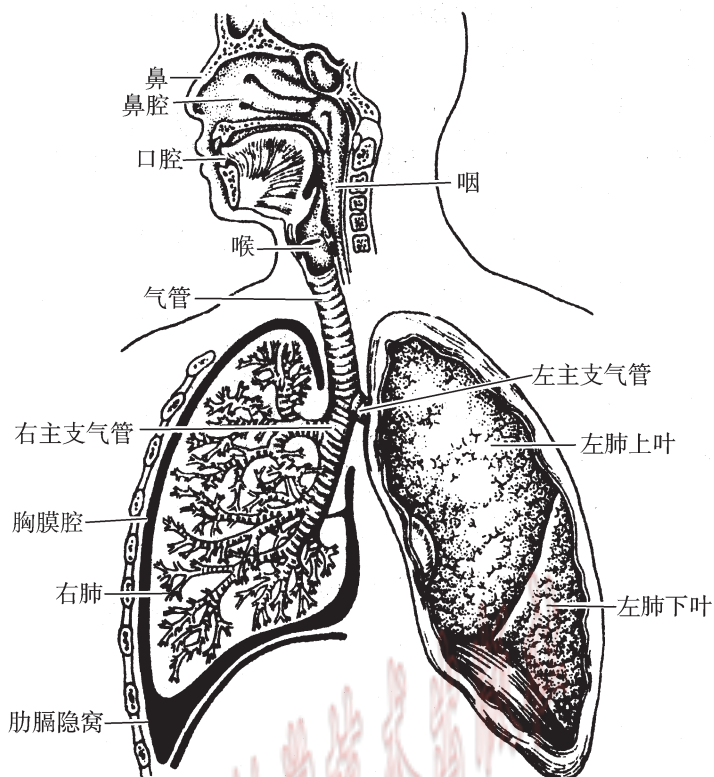


图2-1 呼吸系统结构

(一) 呼吸道

呼吸道是气体进出肺的通道，以环状软骨为界，分为上、下呼吸道。

1. 上呼吸道 包括鼻、咽、喉。鼻由外鼻、鼻腔和鼻旁窦三部分组成，鼻腔对吸入的气体有加温、保湿、过滤作用；咽分为鼻咽、口咽、喉咽三部分，是呼吸道和消化道的共同通道；喉由甲状软骨和环状软骨等构成，是发声的主要器官，在咳嗽中起主要作用。吞咽时，会厌软骨覆盖喉口，防止食物误入呼吸道。鼻、咽、喉因与外界直接相通，易发生感染，尤以急性多见，故统称为急性上呼吸道感染，俗称“感冒”。

2. 下呼吸道 包括气管和各级支气管。气管位于颈部正中，长11~13 cm，直径15~25 mm，由14~17个“C”形气管软骨、平滑肌和结缔组织构成。气管在隆突处分为左、右主支气管，主支气管向下逐渐分支为肺叶支气管、肺段支气管，直至终末支气管和呼吸性细支气管。右主支气管短粗且陡直，左主支气管细长且走向倾斜，异物或气管插管易进入右肺。

气管和支气管壁均由黏膜、黏膜下层和外膜构成。黏膜层的杯状细胞分泌黏液，可黏附空气中的细菌、灰尘和异物；纤毛向咽部摆动，具有清除呼吸道内异物和分泌物的功能。黏膜下层和外膜起支架作用，可保持管腔通畅。一旦下呼吸道抵抗力下降，易出现气管炎和支气管炎，当支气管发生扩张变形时称为支气管扩张，各种过敏原引起的支气管痉挛可导致支气管哮喘。

（二）肺

肺是容纳气体并进行气体交换的器官，位于胸腔内纵隔两侧，左右各一，表面光滑，质软而轻，富有弹性，呈海绵状，主要由支气管反复分支及其末端形成的肺泡共同构成。左肺分两叶，右肺分三叶，外被胸膜，叶间有裂相隔，每叶又依支气管和血管分支再分为肺段，通常左肺有8个肺段，右肺有10个肺段。

肺分为实质和间质两部分。肺实质是指肺内各级支气管和终末端大量的肺泡；肺间质是指肺泡上皮与血管内皮之间、终末气道上皮以外的支持组织，包括结缔组织、血管、淋巴管、淋巴结和神经，起支撑作用。肺实质分为导气部和换气部。导气部是指主支气管入肺后到终末细支气管为止的各级分支，为肺内传送气体的通道。换气部包括呼吸性细支气管、肺泡管、肺泡囊和肺泡，具有气体交换的功能。肺内支气管的组织结构与主支气管相似，但随着依次分级，管径逐渐变细，管壁逐渐变薄，软骨逐渐变为碎片状以至消失，平滑肌纤维逐渐增多。平滑肌的舒缩可控制进出肺泡的气体量。如细支气管的平滑肌痉挛，可引起呼吸困难。终末气道、肺实质和肺间质出现病原微生物的感染称为肺炎，结核杆菌引起的感染为肺结核。

肺通气是肺与外界环境之间的气体交换过程。实现肺通气的器官包括呼吸道、肺泡和胸廓等。呼吸道是沟通肺泡与外界的通道，肺泡是肺泡气与血液气进行交换的主要场所，而胸廓的节律性呼吸运动则是实现通气的动力。判断肺通气功能的指标主要是最大通气量和用力肺活量。最大通气量是指尽力呼吸时，1分钟内所能出入肺的最大通气量，成年男性可达100~110L，女性约80L。支气管哮喘时，因呼吸道受阻，最大通气量减少。用力肺活量是指最大深吸气后用力做最快速呼气，在一定时间内所能呼出的空气量。一般先计算呼出的肺活量，再计算第1秒、第2秒、第3秒的呼气量，然后计算每秒钟呼气量占肺活量的百分比。正常人平均值，第1秒为83%，第2秒为96%，第3秒为99%。肺弹力减退或支气管阻塞时，用力肺活量减少。

肺换气是指肺泡与肺泡毛细血管之间通过扩散而进行的气体交换。肺换气的物质基础是呼吸膜。影响肺换气功能的指标主要有气体的弥散功能和通气与血流比值。弥散是指分子从高浓度区移向低浓度区的一种倾向。正常情况下，肺泡内氧分压（ P_AO_2 ）高于静脉血的氧分压，肺泡内二氧化碳分压（ P_ACO_2 ）则低于肺泡壁毛细血管静脉血的氧分压，因此，氧（ O_2 ）由肺泡向静脉血扩散，二氧化碳（ CO_2 ）则由肺泡毛细血管的静脉血中向肺泡内扩散，这样，静脉血变成了动脉血。通气与血流比值是指每分钟肺泡通气量与每分钟肺血流量之间的比值（ V/Q ），正常成年人安静时约为 $4.2/5=0.84$ 。正常情况下呼吸膜的厚度不足 $0.5\mu m$ ，在肺水肿和肺纤维化时厚度增加，可引起气体弥散障碍。各种病理情况影响氧和二氧化碳有效交换，可导致动脉氧分压（ PaO_2 ）下降和（或）动脉二氧化碳分压（ $PaCO_2$ ）增高，会发生呼吸衰竭，严重者甚至会危及生命。

（三）胸膜

胸膜是被覆于胸腔内面和肺表面的浆膜，分脏层和壁层，两层胸膜在肺门处相延续。脏、壁两层胸膜之间的密闭潜在腔隙为胸膜腔，内有少量浆液，可减少呼吸时两层胸膜之间的摩擦。正常胸膜腔为负压，胸膜腔的密闭性是胸膜腔负压形成的前提，胸膜腔负压是由肺的弹性回缩力造成的。当气胸、胸腔积液时其压力改变，肺组织萎缩，引起胸闷和呼吸困难。肋膈隐窝由肋胸膜与膈胸膜返折形成，是胸膜隐窝中位置最低、容量最

大的部位。胸腔积液常先积存于肋膈隐窝。

(四) 肺的血液循环

肺有双重血液供应,即肺循环和支气管循环。肺循环由肺动脉、肺毛细血管和肺静脉组成,执行气体交换功能。肺泡毛细血管网非常丰富,对气体交换十分有利。肺循环毛细血管壁薄,有较大扩张性,与体循环相比,具有容量高、压力低、阻力小等特点。支气管循环是支气管壁、肺泡和胸膜的营养血管,由支气管动脉和静脉构成。

(五) 呼吸运动的调节

正常呼吸运动是通过呼吸中枢、神经反射和体液化学变化进行调节的。延髓是呼吸中枢所在部位,产生基本呼吸节律。肺牵张反射是呼吸神经反射调节的主要形式。呼吸的化学调节主要指动脉血或脑脊液中 O_2 、 CO_2 、 H^+ 对呼吸的调节,动脉血 PaO_2 降低、 $PaCO_2$ 或 H^+ 浓度升高时,可引起呼吸加深、加快,肺通气量增加。 CO_2 是调节呼吸运动最重要的体液因素,主要是通过中枢化学感受器发挥作用,血液中一定浓度的 CO_2 是维持呼吸中枢正常兴奋性所必需的生理刺激,但超过一定限度则对呼吸有抑制和麻醉效应。低 O_2 主要刺激外周化学感受器,反射性地使呼吸加深加快,但低 O_2 对呼吸中枢的直接作用是抑制。轻度缺 O_2 时,外周化学感受器的兴奋占优势,使呼吸加强;严重缺 O_2 时,呼吸中枢的抑制占主导地位,呼吸将减弱,甚至停止。因 H^+ 不易透过血脑屏障,所以 H^+ 主要是通过刺激外周化学感受器发挥作用。血液中 H^+ 浓度升高可兴奋呼吸,反之则呼吸减弱,如酸中毒时呼吸加深加快。

二、呼吸系统疾病常见症状与体征的护理



情景导入

马某,男,67岁。慢性支气管炎近20年。2周前感冒后出现发热、咳嗽、咳大量脓痰。今晨出现呼吸困难、口唇发绀,神志不清。急诊入院。

请思考:

1. 该患者的病情发生了什么变化?
2. 患者病情稳定后,如何进行健康指导?



扫码看答案

(一) 咳嗽与咳痰

咳嗽是机体的防御反射,借以清除呼吸道分泌物和异物。咳痰是通过支气管平滑肌的收缩、支气管黏膜上皮细胞的纤毛运动及咳嗽反射将呼吸道分泌物排出体外的动作。剧烈、频繁、持久的咳嗽可消耗体力、诱发咯血及影响休息,还可使肺泡内压力升高,加重呼吸和循环的负担,对机体极为不利。但咳嗽反射减弱或消失则可引起肺不张和肺部感染。

【护理评估】

1. 原因

(1) 感染因素:以病毒和细菌感染最常见,如急、慢性支气管炎及肺炎、肺结核、

胸膜炎等。

(2) 变态反应性疾病：如支气管哮喘、过敏性鼻炎等。

(3) 理化因素：如异物、灰尘、吸烟、刺激性气体、过冷或过热的空气等。

(4) 机械性刺激：鼻咽部、声带、气管、支气管、肺、胸膜、纵隔的肿瘤压迫及气管牵拉等。

(5) 其他：气胸、胃食管反流及血管紧张素转换酶抑制剂等可引起干咳。

护士应询问患者有无呼吸道疾病、肺及胸膜疾病、心血管疾病等引起咳嗽与咳痰的常见病因，了解有无受凉、劳累、吸入过敏原等因素。

2. 临床特点

(1) 咳嗽持续时间：如为短期咳嗽，常为急性上呼吸道感染、急性支气管炎、大叶性肺炎等。咳嗽持续数月，甚至数年，提示有慢性呼吸系统炎症，如慢性支气管炎、支气管扩张和肺结核等。

(2) 咳嗽的性质、频度和程度：咳嗽可分为湿性咳嗽（咳嗽有痰）和干性咳嗽（咳嗽无痰）两种。干性咳嗽及痰量较少的单声轻咳，可见于喉炎、结核早期、气管受压及外耳道刺激。多痰而剧烈的咳嗽多见于肺、支气管的严重感染。阵发性或痉挛性咳嗽可见于异物刺激、百日咳、支气管内膜结核或支气管肿瘤。

(3) 咳嗽的音色：咳嗽声音低微、声音嘶哑见于声带炎症、喉炎、喉癌、声带麻痹。咳嗽伴金属音见于肺癌、主动脉瘤或纵隔肿瘤压迫气管或支气管。

(4) 咳嗽与气候变化的关系：慢性支气管炎多在冬季及气候突变时发病，上呼吸道感染多在受凉、劳累后发生。

(5) 咳嗽与时间、体位的关系：慢性支气管炎和支气管扩张患者常在清晨起床或夜间刚躺下时咳嗽加剧，夜间咳嗽伴喘息应考虑左心衰竭、慢性阻塞性肺疾病和支气管哮喘等。

(6) 痰量：痰量少时仅数毫升，多者数百毫升，一般将24小时痰量超过100 mL定为大量痰，多见于支气管扩张、肺脓肿。痰量减少而全身情况不改善，提示支气管阻塞，痰液不能顺利排出。

(7) 痰的性质、颜色与气味：正常痰液呈白色或灰白色，较稀薄、无味。病理情况下可有：①黏液痰，呈白色或灰白色，见于急性支气管炎、支气管哮喘发作后期或肺泡细胞癌。②脓性痰，呈黏稠黄色或黄绿色，黄色见于呼吸系统化脓性感染如支气管扩张、肺脓肿，绿色多为铜绿假单胞菌感染。③黏液脓性痰，呈黄白色而富有黏性，介于黏液和脓性之间。④浆液性痰，稀薄透明而带泡沫，系血浆和组织液渗入肺泡内所形成，如肺淤血、肺水肿。⑤血性痰，含有血液，可以是痰中带血或全血，见于支气管扩张、肺结核、肺癌。另外，铁锈色痰见于大叶性肺炎，烂桃样痰见于肺吸虫病，棕黄色痰见于慢性肺淤血，红褐色或巧克力色痰见于阿米巴肺脓肿。一般痰液无明显臭味，若有恶臭提示厌氧菌感染。

护士应询问患者咳嗽发生的急缓、性质、出现及持续时间；有无咳痰；痰液的颜色、性质、量、气味、黏稠度等。

3. 心理-社会状况 评估患者有无烦躁不安、注意力不集中、焦虑、抑郁等不良情绪，以及对正常的生活和工作的影响。

4. 辅助检查 了解患者胸部影像、纤维支气管镜、肺功能、血气分析等各项检查结果有无异常，痰液检查有无致病菌。

【常见护理诊断】

清理呼吸道无效 与气道炎症致分泌物增多、痰液黏稠、无效咳嗽、年老体弱无力咳嗽、胸痛及意识障碍有关。

【护理目标】

痰液变稀，易于咳出，患者能够有效排痰，保持呼吸道通畅；患者能够正确运用有效排痰方法使痰液顺利排出。

【护理措施】

1. 生活护理 保持室内空气新鲜流通，维持适宜的温度（18~22℃）与相对湿度（50%~60%）。避免尘埃与烟雾刺激。注意保暖，避免受凉。给予高蛋白、高维生素、足够热量的清淡饮食，不宜摄入油腻、辛辣等刺激性食物。患者情况允许时，每日保证饮水在1.5L以上。足够的水分可使呼吸道黏膜病变修复和黏膜湿润，有利于痰液的稀释和排出。

2. 病情观察 密切观察咳嗽、咳痰情况，详细观察并记录痰液的颜色、量、性质；咳嗽是否伴有发热、胸痛、喘息及咯血等。

3. 协助排痰

(1) 指导患者深呼吸和有效咳嗽：适用于神志清醒能咳嗽的患者。指导患者取坐位或立位，上身略前倾。先进行深而慢的腹式呼吸5~6次，然后于深吸气末屏气3~5秒，继而缩唇，缓慢地经口将肺内气体呼出，再深吸一口气屏气3~5秒，身体前倾，从胸腔进行2~3次短促有力的咳嗽，咳嗽时同时收缩腹肌，或用手按压上腹部，帮助痰液咳出。亦可以让患者取仰卧屈膝位，借助膈肌、腹肌收缩，增加腹压，咳出痰液。停止咳嗽后缩唇，经口将肺内气体呼出。

注意：胸腹部外伤或手术后患者，咳嗽时用双手或枕头轻压伤口两侧，以抑制咳嗽所致的伤口局部牵拉。疼痛剧烈者，遵医嘱用止痛剂，30分钟后有效咳嗽。

(2) 胸部叩击与胸壁振荡：适用于长期卧床、久病体弱的患者。心血管状态不稳定（如低血压、肺水肿等）、咯血、未经引流的气胸、肋骨骨折及有病理性骨折病史者禁做胸部叩击和振动。

胸部叩击的方法为患者取侧卧位，叩击者两手手指并拢，手背隆起，指关节微屈呈杯状（图2-2），从肺底由下向上、由外向内叩拍胸壁，震动气道，边拍边鼓励患者咳嗽，以进一步促进痰液排出，每一肺叶叩击1~3分钟，每次叩击5~15分钟，每分钟120~180次。

胸壁振荡的方法为操作者双手掌重叠，将手掌放于引流的胸廓部位，吸气时手掌随胸廓扩张慢慢抬起，不施加任何压力，从吸气最高点时，在整个呼气期手掌紧贴胸壁，施加一定压力并做轻柔的上下抖动，振荡胸壁5~7次，每个部位重复6~7个呼吸周期。胸壁振荡必须紧跟胸部叩击后进行，且振荡胸壁只在呼气期进行，同时要鼓励患者咳



扫码看视频

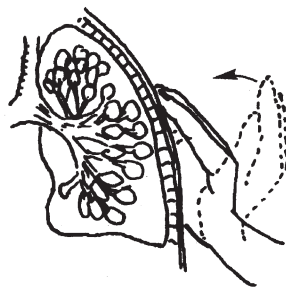


图 2-2 胸部叩击手法

嗽咳痰。

胸部叩击与胸壁振荡应安排在餐前进行，并在餐前30分钟完成。叩击时应避开乳房和心脏，叩击力量应适中，以患者不感到疼痛为宜。

(3) 湿化气道：适用于痰液黏稠而不易咳出者。包括雾化吸入法和蒸汽吸入法。常用的湿化液有蒸馏水、生理盐水、低渗盐水（0.45%）。临床上常在湿化液中加入某些药物如痰溶解剂、平喘药、抗生素等，则排痰、平喘、消炎的效果更佳。但长期雾化吸入可引起气道湿化过度，干稠分泌物湿化后膨胀阻塞支气管。雾化的药液量不宜过多，一般每次雾化吸入时间以15~20分钟为宜。

(4) 体位引流：适用于痰液较多的患者，如支气管扩张、肺脓肿等疾病。参见本章第六节。

(5) 机械吸痰：适用于意识不清或分泌物黏稠无力咳出者。可经患者的口、鼻腔、气管插管或气管切开处进行负压吸痰。吸痰时应注意负压不宜太大，以免损伤呼吸道黏膜。每次吸痰时间不超过15秒，两次吸痰间隔时间应在3分钟以上。为防止吸痰引起低氧血症，应在吸痰前、中、后适当提高吸入氧的浓度。昏迷患者，每2小时翻身一次，每次翻身前后注意吸痰，以免口腔分泌物进入支气管造成窒息。

4. 用药护理 遵医嘱正确使用抗生素及镇咳、祛痰药物，并观察药物疗效和不良反应。咳嗽但痰多者禁用强力镇咳药物，以免加重痰液在气道内积聚。

5. 心理护理 咳嗽、咳痰症状缓解后，患者烦躁、焦虑等不良情绪能够得到一定程度的改善。

【护理评价】

患者痰液是否稀薄容易咳出，痰量是否逐渐减少；患者能否正确运用有效排痰方法排出痰液。

（二）咯血

咯血是指喉部以下的呼吸道或肺组织出血，血液随咳嗽经口腔咯出。咯血常使患者极度恐惧，不自主屏气，以致喉头痉挛，引起窒息。长期小量咯血可引起贫血，短期大量咯血可致循环血量锐减，甚至休克。

【护理评估】

1. 原因

- (1) 支气管疾病：如支气管扩张、支气管内膜结核等。
- (2) 肺部疾病：如肺结核、肺吸虫病、肺阿米巴病、肺动静脉瘘、肺癌等。
- (3) 心血管疾病：如二尖瓣狭窄、肺梗死、左心衰竭、肺淤血等。
- (4) 全身性疾病：如血液病、急性传染病、子宫内膜异位症等。
- (5) 医源性因素：如反复经气管吸痰损伤下呼吸道，气管插管或气管切开等。

护士应询问患者既往有无易引起咯血的支气管、肺部、心血管及全身性疾病病史。

2. 临床特点

(1) 咯血先兆及伴随症状：患者常有胸闷、喉痒和咳嗽等先兆，结核引起者常伴低热、盗汗、干咳；支气管扩张为反复咯血，可伴杵状指；肺癌为痰中带血伴消瘦、胸痛；风湿性心脏病患者咳出粉红色泡沫样痰伴心悸、气短，心尖部可闻及杂音。

(2) 咯血与呕血的鉴别：见表2-1。

表2-1 咯血与呕血的鉴别

鉴别项目	咯 血	呕 血
病因	支气管扩张、肺结核、肺癌、心脏病等	消化性溃疡、肝硬化食管胃底静脉曲张等
先兆	咽部痒感、胸闷、咳嗽等	上腹部不适、恶心呕吐等
出血方式	咯出	呕出，可呈喷射状
血中混有物	痰、泡沫	食物残渣、胃液
血液pH值	碱性	酸性
黑便	无，如血液咽下可有	有，呕血停止后仍可持续数日
出血后痰性状	痰中带血	无痰

(3) 咯血的程度：根据咯血量的多少可分为以下4种。①痰中带血。②小量咯血，每日咯血量 $<100\text{ mL}$ 。③中等量咯血，每日咯血量在 $100\sim 500\text{ mL}$ 。④大量咯血，每日咯血量 $>500\text{ mL}$ 或一次咯血量 $>300\text{ mL}$ 。咯血量的多少与受损血管的性质及数量有直接关系，而与疾病严重程度不完全相关。一次大量咯血，可窒息致死。

(4) 窒息的原因及表现：极度衰竭无力咳嗽者、急性大咯血者、高度紧张致声门紧闭或支气管平滑肌痉挛者，应用镇静、镇咳药使咳嗽反射受到严重抑制者可出现窒息。若大咯血时突然出现咯血减少、情绪紧张、面色灰暗提示窒息先兆。病情进一步恶化，患者出现表情恐怖、张口瞪目、意识丧失提示发生窒息。

护士应评估患者是咯血还是呕血、咯血的量、气道是否通畅、有无窒息，窒息是咯血直接致死的主要原因，应及时识别和抢救。

3. 心理-社会状况 咯血可引起患者及其家属紧张、恐慌，如果发生大咯血或并发窒息，患者会产生恐惧心理。

4. 辅助检查 了解患者血常规、胸部影像、动脉血气分析、纤维支气管镜等检查结果。

【常见护理诊断】

1. 有窒息的危险 与咯血不畅阻塞气道、喉头痉挛有关。

2. 恐惧 与突然大咯血或反复咯血不止有关。

3. 潜在并发症 失血性休克。

【护理目标】

患者呼吸平稳，无窒息征象；患者情绪稳定，自述恐惧减轻或消除；未发生并发症，或出现并发症能及时发现并妥善处理。

【护理措施】

1. 生活护理 卧床休息，病室内保持安静，避免不必要的交谈，以减少肺部活动度。一般静卧休息能使小量咯血自行停止。大量咯血时应绝对卧床休息，减少翻动。病变部位明确者可取患侧卧位，以利于健侧通气，并防止病灶向健侧播散；病变部位不明者取平卧位，头偏向一侧。大量咯血者暂禁食。小量咯血或大咯血停止后，进少量凉或温的流质饮食，多喝水，多食膳食纤维丰富的食物，保持大便通畅。

2. 病情观察 观察咯血的量、颜色、出血速度，监测患者生命体征、瞳孔、意识状态等；密切观察有无窒息的征象。

3. 对症护理 注意保持患者呼吸道通畅。及时清理患者口、鼻腔的血液，协助漱口，擦净血迹，保持口腔清洁、舒适；鼓励患者轻轻咯出气管内的积血，嘱其不能屏气，以免诱发喉头痉挛，血液引流不畅形成血块，导致窒息。一旦发生窒息，立即置患者于头低足高位或倒立位，轻拍背部以利于血块排出。保持呼吸道通畅，应先清理患者口鼻部位的血液，接着用手指套上纱布清除咽喉部分泌物及血块，然后用吸痰管吸出喉部以下气道分泌物及血液，必要时行气管插管或支气管镜直视下吸取血块。气道通畅后，给予高流量吸氧，遵医嘱应用呼吸中枢兴奋剂和垂体后叶素。若患者自主呼吸未恢复，应行人工呼吸。密切观察咯血变化和监测血气分析，警惕再窒息的发生。

4. 用药护理 大咯血时应及时建立静脉通道，遵医嘱给予止血药和补充血容量。常用止血药物有以下两种。

(1) 促凝血药：适用于小量至中等量咯血的患者，可口服或静脉给药。氨基己酸口服者应注意恶心、呕吐等消化道反应，静脉注射可有低血压，偶可致过敏反应。氨甲环酸偶致头痛、头晕、嗜睡等，有心肌梗死倾向者慎用。

(2) 垂体后叶素：适用于咯血量较大的患者。该药有收缩血管和子宫平滑肌的作用，故冠心病、高血压、妊娠者禁用。常用垂体后叶素5~10单位加入10%葡萄糖溶液40 mL在15~20分钟内缓慢静脉注射，或继用10~20单位加入10%葡萄糖溶液250 mL静脉滴注。用药过程中和用药后须注意观察有无恶心、便秘、心悸、面色苍白等不良反应。

5. 心理护理 及时清理患者面部及被血污染的物品，减轻患者恐惧心理。陪伴、安慰患者，以减轻其不良心理。

【护理评价】

患者呼吸是否平稳，有无窒息征象；患者情绪是否稳定，自述恐惧有无减轻或消除；有无并发症发生，或并发症是否能及时发现并妥善处理。

（三）肺源性呼吸困难

肺源性呼吸困难是指呼吸系统疾病引起患者主观感觉空气不足、呼吸费力，客观上有呼吸频率、节律与深度的异常。严重时出现发绀、鼻翼煽动、张口耸肩、端坐呼吸。呼吸困难可导致缺氧和二氧化碳潴留，从而影响机体的代谢、酸碱平衡，以及心、脑、肾等脏器的功能，限制患者的活动和工作。

【护理评估】

肺源性呼吸困难根据病因不同可分为吸气性呼吸困难、呼气性呼吸困难和混合性呼吸困难。

1. 原因

(1) 吸气性呼吸困难：常见于大气道狭窄梗阻，可见于喉头水肿、喉头痉挛、气管异物、气管及大支气管的炎症等。

(2) 呼气性呼吸困难：常见于细支气管痉挛、狭窄及肺组织弹性减弱，常见于支气管哮喘、阻塞性肺气肿等。

(3) 混合性呼吸困难：多见于肺脏或胸膜病变，如重症肺炎、肺结核、大量胸腔积液和气胸等。

护士应询问患者有无引起肺源性呼吸困难的疾病。

2. 临床特点

(1) 吸气性呼吸困难：以吸气显著困难为特点，患者吸气费力，吸气时间延长，严重者可有“三凹征”，即胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙在吸气时明显下陷，并伴有干咳及高调的吸气性哮鸣音。

(2) 呼气性呼吸困难：以呼气明显费力、呼气相延长伴有广泛哮鸣音为特点。

(3) 混合性呼吸困难：吸气和呼气均感费力，呼吸浅而快。

护士应评估患者呼吸的频率、节律、深度；有无痛苦表情、鼻翼煽动、口唇发绀、张口呼吸、点头呼吸等呼吸困难的表现；有无烦躁不安、嗜睡、意识模糊甚至昏迷的缺氧或二氧化碳潴留的表现。

3. 心理-社会状况 患者易出现悲观、焦虑、恐惧等不良心理反应。

4. 辅助检查 了解患者胸部X线和CT检查，有助于确定病变的部位和性质；血氧饱和度、动脉血气分析的结果，可判断缺氧和二氧化碳潴留的程度；肺功能测定可明确肺功能障碍的程度和类型。

【常见护理诊断】

1. 气体交换受损 与肺部感染所致有效呼吸面积减少、支气管痉挛、气道狭窄、肺气肿有关。

2. 活动无耐力 与缺氧、二氧化碳潴留有关。

【护理目标】

患者呼吸困难减轻或消失；患者日常活动耐力逐渐提高，可以适当活动。

【护理措施】

1. 生活护理 指导患者采取半卧位或端坐位，以改善通气。大量胸腔积液者可患侧卧位，床上放置跨床小桌，患者疲劳时可伏桌休息，尽量减少活动和不必要的谈话，以减少耗氧量。避免穿紧身衣或盖过厚的被子，以免加重胸部压迫感。给予高热量、高蛋白、高维生素且易消化、无刺激、清淡食物，补充足够营养，促进体力恢复。张口呼吸者应注意口腔护理，并根据需要补充因呼吸加快所丧失的水分。避免食用产气食物，避免干食、牛奶、巧克力等。对不能通过进食提供足够营养的患者，可用鼻饲饮食或全胃肠外营养。

2. 病情观察 观察口唇、甲床的颜色，初步判断缺氧的程度；观察患者呼吸道是否通畅，有无心力衰竭和严重心律失常的表现；监测患者生命体征、液体出入量、动脉血气分析的结果。

3. 对症护理 在保持呼吸道通畅的情况下，根据不同疾病及呼吸困难的严重程度选择合理氧疗。密切观察氧疗的效果及不良反应，记录吸氧方式（鼻塞、鼻导管、面罩、呼吸机）、吸氧浓度及吸氧时间。

4. 用药护理 遵医嘱给予抗炎、解痉平喘、祛痰镇咳药物治疗。应根据药敏试验选用有效抗生素，注意观察药物疗效和不良反应。

5. 心理护理 呼吸困难易引起患者焦虑、恐惧、烦躁等不良情绪，这些不良情绪又会加重患者缺氧。护士应多安慰、陪伴患者，向患者讲解疾病相关知识，发现异常及时处理，以缓解不良情绪。

【护理评价】

呼吸困难是否减轻或消失；患者日常活动耐力是否逐渐提高，是否可以适当地活动。

（四）胸痛

胸痛是由于胸内脏器或胸壁组织病变，刺激胸部感觉神经纤维而引起的局部疼痛。严重胸痛可影响呼吸和血压。

【护理评估】

1. 原因 常见于内脏缺血缺氧，如心绞痛、急性心肌梗死、肺梗死；炎症如胸膜炎、心包炎、食管炎、带状疱疹、非化脓性肋软骨炎；肿瘤如原发性肺癌、纵隔肿瘤等；其他如自发性气胸、胸主动脉瘤张力增高、胸壁外伤及心脏神经症。

2. 临床特点

（1）性质：胸痛可呈隐痛、钝痛、刺痛、灼痛、刀割样痛或压榨样痛。心绞痛呈压榨样。肺癌呈胸部闷痛，侵及壁层胸膜或肋骨可出现隐痛、进行性加剧甚至刀割样痛。肋间神经痛呈阵发性灼痛或刺痛。

（2）部位、影响因素及伴随症状：①胸壁、肋骨、肋间神经痛多限于局部，伴有压痛，深呼吸、咳嗽或运动时加重。②急性胸膜炎多为单侧性胸痛，深呼吸、咳嗽时疼痛加重，屏气时疼痛消失。③自发性气胸可有明显胸痛伴气急、发绀，呼吸时加重。④肺结核、肺癌可同时伴咳嗽、咯血。⑤心绞痛和心肌梗死的疼痛位于胸骨后，呈阵发性、压榨样，可向左上肢或颈部放射。⑥纵隔肿瘤、食管癌疼痛位于胸骨后，呈持续性，吞咽时加重，伴吞咽困难。⑦带状疱疹时疼痛剧烈，局部皮肤发红，疱疹沿肋间神经分布，不超过前、后正中线。

护士应评估患者有无引起胸痛的常见疾病，胸痛的性质、部位和伴随症状等。

3. 心理-社会状况 剧烈胸痛影响患者的工作和生活，患者易出现焦虑、恐惧等不良心理反应。

4. 辅助检查 了解患者胸部影像学检查、心电图检查、心肌坏死标记物等。

【常见护理诊断】

疼痛：胸痛 与胸腔脏器或胸壁组织病变有关。

【护理目标】

胸痛减轻或者消失。

【护理措施】

1. 生活护理 采取舒适的体位，如半坐卧位、坐位。胸膜炎患者取患侧卧位，以减少局部胸壁与肺的活动，缓解疼痛。食用膳食纤维丰富的食物，保持大便通畅。

2. 病情观察 观察患者胸痛的部位、性质、持续时间、影响因素；患者胸部、肺部体征的变化，发现异常及时和医生联系。

3. 对症护理

（1）放松技术：指导患者采用听音乐、交谈等措施转移注意力，以缓解疼痛。

（2）限制胸廓活动：因胸部活动引起剧烈疼痛者，可在呼气末用15 cm宽的胶布固定患侧胸廓（胶布长度超过前后正中线），以减小呼吸幅度，缓解疼痛。

（3）局部止痛：热湿敷、冷湿敷，降低疼痛敏感性。

4. 用药护理 遵医嘱适当使用镇痛剂和镇静剂，如哌替啶、地西泮等；或者使用注

射泵，根据患者需要，间歇或连续输注止痛药。

5. 心理护理 及时向患者说明胸痛的原因及医护措施，以取得患者信任，使患者保持情绪稳定，消除顾虑，配合治疗。

【护理评价】

胸痛是否减轻或者消失。



扫码看本节PPT



扫码看本节小结

第二节 急性呼吸道感染患者的护理



情景导入

杨某，女，24岁。熬夜加班后出现打喷嚏、咳嗽、鼻塞、流涕、咽喉部疼痛，轻度畏寒、头痛。

请思考：

1. 该患者初步诊断为什么病？
2. 如何对患者进行生活指导？



扫码看答案

一、急性上呼吸道感染患者的护理

急性上呼吸道感染（acute upper respiratory tract infection）简称上感，是鼻腔、咽及喉部急性炎症的总称。常见病原体是病毒，少数为细菌。通常病情较轻、病程短、可自愈，预后良好，少数出现严重并发症，具有一定的传染性，应积极防治。本病全年均可发生，冬春季多发。通过含有病毒的飞沫或被污染的手和用具传播，多为散发，在气候突然变化时可引起局部小规模的流行。由于病毒表面抗原易发生变异，产生新的亚型，不同亚型之间无交叉免疫，因此同一个人1年内可多次发病。

【病因与发病机制】

本病70%~80%由病毒引起，包括鼻病毒、流感病毒（甲、乙、丙）、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、腺病毒、埃可病毒、柯萨奇病毒、麻疹病毒、风疹病毒等。20%~30%由细菌引起，单纯发生或继发于病毒感染之后，以溶血性链球菌为多见，其次为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌和葡萄球菌等。接触病原体后是否发病，取决于传播途径和人群易感性，当机体或呼吸道局部防御功能降低时，原已存在于上呼吸道或从外界侵入的病毒或细菌可迅速繁殖，引起本病。淋雨、受凉、气候突变、过度劳累等多种因素都可降低呼吸道局部防御功能而诱发本病。老幼体弱、免疫功能低下或有慢性呼吸道疾病者更易发病。



扫码看知识链接

【临床表现】

根据病因和临床表现不同，可分为不同的类型。

1. 普通感冒 俗称“伤风”，又称急性鼻炎或上呼吸道卡他。起病较急，以鼻部症状为主，如打喷嚏、鼻塞、流清水样鼻涕，也会出现咳嗽、咽干、咽痒或烧灼感甚至鼻后滴漏感等症状。2~3天后鼻涕变稠，伴咽痛、头痛、流泪、味觉迟钝、呼吸不畅、声嘶等，如有咽鼓管炎时有听力减退。全身症状较轻，严重者有发热、轻度畏寒和头痛等。一般5~7天可痊愈。体检可见鼻腔黏膜充血、水肿、有分泌物，咽部轻度充血。

2. 急性病毒性咽炎、喉炎 常由鼻病毒、腺病毒、流感病毒、副流感病毒和呼吸道合胞病毒等引起。表现为咽痒和灼热感，咽痛不明显，咳嗽少见。急性喉炎者有明显声嘶、讲话困难、发热、咽痛或咳嗽，咳嗽时咽喉疼痛加重。体检可见喉部充血、水肿，局部淋巴结轻度肿大和触痛。

3. 急性疱疹性咽峡炎 主要由柯萨奇病毒A所致，夏季好发，多见于儿童。表现为明显咽痛、发热，病程约为1周。体检可见咽部充血，软腭、腭垂、咽及扁桃体表面有灰白色疱疹及浅表溃疡，周围伴红晕。

4. 急性咽结膜炎 常由腺病毒和柯萨奇病毒等引起。夏季多发，由游泳传播，儿童多见，病程4~6天。表现为发热、咽痛、畏光、流泪等。体检可见咽部及结膜明显充血。

5. 急性咽扁桃体炎 多由溶血性链球菌引起，其次由流感嗜血杆菌、肺炎球菌、葡萄球菌等引起。起病急，咽痛明显、发热、畏寒，体温可达39℃以上。体检可见咽部充血明显，扁桃体肿大、充血，表面有脓性分泌物，可伴有颌下淋巴结肿大、压痛。

急性上呼吸道感染如未及时治疗，可并发急性鼻窦炎、中耳炎、气管-支气管炎。部分溶血性链球菌感染者可继发风湿热、肾小球肾炎等，少数嗜心肌病毒感染者可并发病毒性心肌炎。

【辅助检查】

1. 血常规 病毒感染时白细胞计数（WBC）多为正常或偏低，淋巴细胞（L）比例升高。细菌感染时，白细胞和中性粒细胞（N）增多，可有核左移现象。

2. 病原学检查 主要采用咽拭子进行微生物检测。细菌培养可判断细菌类型和进行药物敏感试验；病毒分离、病毒抗原的血清学检查等有利于判断病毒类型，以帮助诊断和治疗。

【治疗要点】

对于呼吸道病毒感染，目前尚无特异性治疗药物。一般以对症处理为主，辅以中医治疗，防治继发细菌感染。

1. 病因治疗 普通感冒和单纯的病毒感染不必应用抗菌药物，如并发细菌感染，可选用青霉素类、头孢菌素类、大环内酯类抗菌药物口服。广谱抗病毒药利巴韦林、奥司他韦对流感病毒、呼吸道合胞病毒等均有较强的抑制作用，可缩短病程。

2. 对症治疗 头痛、发热、全身肌肉酸痛者可给予解热镇痛药；鼻塞可用麻黄碱滴鼻；抗组胺药马来酸氯苯那敏、苯海拉明可减少分泌物和减轻咳嗽症状。咽痛者可选用草珊瑚含片、金嗓子含片、西瓜霜含片等药物。

3. 中医治疗 可选用具有抗病毒作用和清热解毒的中药，常用正柴胡饮、小柴胡冲剂和板蓝根颗粒等。



扫码看思政

【常见护理诊断】

1. **体温过高** 与病毒、细菌感染有关。
2. **疼痛：咽痛** 与咽、喉部炎症有关。

【护理措施】

1. **生活护理** 保持室内温、湿度适宜和空气流通，症状较轻者应适当休息，病情较重或年老者卧床休息为主。给予清淡、富含维生素、易消化的食物，并保证足够热量。发热者应适当增加饮水量。进食后漱口或按时口腔护理，防止口腔感染。

2. **病情观察** 观察生命体征及主要症状，尤其是体温、咽痛、咳嗽等的变化。观察有无并发症，如果发热、头痛加重，伴脓性鼻涕、鼻窦有压痛，提示鼻窦炎；如果有耳痛、耳鸣、听力减退、外耳道流脓等，提示中耳炎，应及时就诊。

3. **对症护理** 体温超过38.5℃，首选物理降温，如冷敷、温水浴等。物理降温后30分钟测量体温并记录。物理降温无效者可遵医嘱使用退热剂，如对氨基水杨酸、吲哚美辛等，并观察降温效果。使用退热剂后每小时测量体温。注意观察退热剂的胃肠道副作用。年老体弱者不宜用强效退热剂，以防大量出汗导致虚脱。

4. **用药护理** 遵医嘱用药且注意观察药物的不良反应。马来酸氯苯那敏、苯海拉明等抗组胺药应指导患者在临睡前服用，以减轻头晕、嗜睡等不良反应。应用青霉素及头孢类药物前要详细询问过敏史。

5. **心理护理** 告知患者急性上呼吸道感染是自限性疾病，能够自愈，但也不要过于轻视，以免引起并发症。

【健康教育】

1. **生活指导** 生活规律、劳逸结合、坚持规律且适当的体育活动，以增强体质，提高抗寒能力和机体的抵抗力。从夏季开始，坚持每天早晚用冷水洗鼻、洗脸，或将脸、鼻浸入水中反复2~3次，亦可用冷水擦身。经常开窗通风换气，保持室内空气新鲜。避免受凉、过度疲劳等感染的诱发因素。病毒流行期间，注意隔离患者，尽量少到人群密集的公共场所。指导患者咳嗽或打喷嚏时应避免面对他人，并用双层纸巾捂住口鼻。家属或机体抵抗力低下者不要与患者密切接触。

2. **疾病知识指导** 患病期间注意休息，多喝水并遵医嘱用药。出现下列情况应及时就诊：①经药物治疗症状不缓解。②出现耳鸣、耳痛、外耳道流脓等中耳炎症状。③恢复期出现胸闷、心悸、眼睑水肿、腰酸或关节疼痛。

二、急性气管-支气管炎患者的护理

急性气管-支气管炎（acute tracheo-bronchitis）是气管-支气管黏膜的急性炎症性疾病，是在无慢性肺部疾病基础上发生的一种急性病症，其症状包括咳嗽和提示下呼吸道感染（如咳痰、气急、喘息、胸部不适/疼痛）的其他症状或体征，而不能以鼻窦炎或哮喘来解释。

【病因与发病机制】

感染是最主要病因，尤其是病毒或细菌感染最常见。过度劳累和受凉是常见诱因。常



扫码看护理评估

见的病毒有腺病毒、呼吸道合胞病毒、流感病毒等。细菌以肺炎球菌、流感嗜血杆菌、链球菌和葡萄球菌常见。近年来支原体和衣原体感染引起的急性气管-支气管炎有所上升；冷空气、粉尘、刺激性气体或烟雾的吸入可直接刺激气管-支气管黏膜；常见过敏因素有花粉、有机粉尘、真菌孢子、动物的毛屑和排泄物等。本病可由病毒、细菌直接感染，也可由急性上呼吸道感染病毒、细菌感染迁延而来，还可在病毒感染后继发细菌感染。

【临床表现】

好发于寒冷季节或气候突变时，临床主要表现为咳嗽和咳痰。起病较急，全身症状较轻，可有轻或中等度发热伴乏力，多在3~5天后恢复正常。初始为干咳或少量黏液痰，随后痰量增多，咳嗽加剧，偶有痰中带血。咳嗽、咳痰可持续2~3周，吸烟者则更长，如迁延不愈，可演变成慢性支气管炎。伴支气管痉挛时，出现程度不等的胸闷、气促。体检两肺呼吸音粗糙，也可以在两肺听到散在干、湿啰音，部位不固定，咳嗽后减轻或消失。

【辅助检查】

细菌感染时，白细胞和中性粒细胞增高。病毒感染时，白细胞多正常。痰培养可发现致病菌。X线胸片检查大多数表现正常或仅有肺纹理增粗。

【治疗要点】

1. 病因治疗 细菌感染者，给予青霉素类、头孢菌素类、大环内酯类等药物，或根据细菌培养和药敏试验结果选用敏感抗生素控制感染。给药以口服为主，必要时可注射给药。

2. 对症治疗 痰液黏稠不宜咳出者，可使用溴己新（必嗽平）、盐酸氨溴索，或给予雾化治疗帮助祛痰，还可选用复方甘草合剂；剧烈干咳者，可选用喷托维林、氢溴酸右美沙芬等止咳药，有痰者不宜用可待因等强力镇咳药；喘息时，可加用氨茶碱等止喘药。

【常见护理诊断】

- 1. 清理呼吸道无效** 与呼吸道感染、痰液黏稠、支气管痉挛有关。
- 2. 体温过高** 与病毒或细菌感染有关。

【护理措施】

急性气管-支气管炎的主要症状是咳嗽、咳痰，其护理措施参见本章第一节中“咳嗽与咳痰”的护理措施，其他护理措施参见本节急性上呼吸道感染的护理。

【健康教育】

1. 生活指导 预防急性上呼吸道感染等诱发因素。积极参加体育锻炼和耐寒锻炼，增强体质。

2. 疾病知识指导 患病期间注意休息，避免劳累；饮食清淡，富含维生素，多饮水；遵医嘱用药，不要滥用抗菌药物；症状持续不缓解应及时就医。



扫码看护理评估



扫码看本节PPT



扫码看本节小结

第三节 支气管哮喘患者的护理



情景导入

何某，男，37岁。春游至花园时突然出现发作性喘息、呼气性呼吸困难。家属立即将其送至医院。查体：T 37.2℃，P 93次/min，R 28次/min，BP 115/85 mmHg。口唇发绀，双肺广泛哮鸣音。

请思考：

1. 该患者初步诊断为什么病？
2. 该患者发病最可能的诱因是什么？
3. 如何对该患者进行健康指导？



扫码看答案

支气管哮喘（bronchial asthma）简称哮喘，是一种由嗜酸性粒细胞、肥大细胞、T淋巴细胞等多种炎性细胞和细胞组分参与的气道慢性炎症性疾病。其特征是反复发作的呼气性呼吸困难，由慢性炎症导致的气道高反应性和广泛多变的可逆性气流受限引起，多数患者可自行或治疗后缓解。长期反复发作，会产生气道不可逆性狭窄和气道重塑，可并发慢性支气管炎、肺气肿甚至慢性肺心病。因此，合理预防和及时控制发作至关重要。



扫码看疾病流行情况

【病因】

本病病因尚未完全明了。目前认为，哮喘是一种多基因遗传疾病，受遗传因素和环境因素双重影响。个体过敏体质和外界环境影响是发病的危险因素。



扫码看知识链接

1. 遗传因素 哮喘患者多有明显的家族史，其亲属的患病率高于群体患病率，且亲缘关系越近、病情越严重，其亲属患病率越高。

2. 环境因素

(1) 吸入性变应原：最常见的如尘螨、花粉、真菌、动物毛屑、二氧化硫、氨气等各种特异和非特异性吸入物。

(2) 感染：如细菌、病毒、原虫、寄生虫等感染，尤其是上呼吸道感染。

(3) 食物：高蛋白食物如鱼、虾、蟹、鸡蛋、牛奶等。

(4) 药物：如普萘洛尔、阿司匹林、抗生素（如青霉素类、磺胺类）、碘对比剂、各种蛋白制剂或血清制剂等。

(5) 其他：气候改变、运动、妊娠、情绪激动、紧张不安等因素。



扫码看发病机制

【临床表现】

1. 症状 哮喘发作前多有接触过敏原史，可先有鼻痒、打喷嚏、流泪等先兆症状，随后出现呼吸困难。典型表现为反复发作性伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难，严重者出现端坐呼吸，伴明显发绀。可自行缓解或应用支气管舒张剂后缓解，缓解期无任何症状。夜间及凌晨发作或加重是哮喘的重要临床特征。有些青少年的哮喘症状表现为运动时出现胸闷、咳嗽和呼吸困难，称为运动性哮喘。

2. 体征 发作时胸部呈过度充气征象，胸部叩诊呈过清音，双肺闻及广泛的哮鸣音，呼气音延长。但非常严重的哮喘发作时，哮鸣音反而减弱，甚至完全消失，称为沉默肺（也称寂静肺）。缓解期可无阳性体征。

3. 重症哮喘 是指哮喘发作持续24小时以上或发作时经一般支气管扩张剂治疗不能缓解者，又称哮喘持续状态。其主要诱发因素是诱因未去除、感染未控制、支气管阻塞、严重脱水和极度衰竭等。表现为喘息频发，气促明显，心率增快，胸腹反常运动，活动和说话受限。重症哮喘发作时，哮鸣音可不出现。患者大汗淋漓、发绀、极度焦虑，甚至嗜睡和意识障碍。

4. 并发症 急性哮喘发作时可并发自发性气胸、纵隔气肿、肺不张。哮喘长期反复发作和感染时，可并发慢性支气管炎、支气管扩张、肺气肿、肺纤维化和慢性肺源性心脏病。

【辅助检查】

1. 血液检查 白细胞和分类一般正常，可有嗜酸性粒细胞增高。

2. 痰液检查 可见较多嗜酸性粒细胞和黏液栓。

3. 胸部X线检查 哮喘发作时双肺透亮度增高，呈过度充气状态。合并感染时，可见肺纹理增加和炎性浸润阴影。

4. 肺功能检查

(1) 通气功能检测：哮喘发作时呈阻塞性通气功能障碍，呼气流速指标显著下降，第1秒用力呼气容积（ FEV_1 ）、第1秒用力呼气容积占用力肺活量比值（ FEV_1/FVC ）、呼气流量峰值（PEF）均减少；肺容量指标可见用力肺活量减少，残气量、功能残气量和肺总量增加。其中以 FEV_1/FVC 的下降（低于70%或低于正常预计值的80%）为判断气道阻塞的最重要指标。

(2) 支气管激发试验：用以测定气道反应性。常用的吸入激发剂为醋甲胆碱、组胺。激发试验只适用于 FEV_1 占正常预计值70%以上者，在设定的激发剂量范围内，患者吸入药物后，如 FEV_1 下降 $\geq 20\%$ ，则诊断为激发试验阳性。

(3) 支气管舒张试验：测定气道的可逆改变。常用吸入型支气管舒张药，如沙丁胺醇、特布他林。如 FEV_1 较用药前增加 $\geq 12\%$ ，且其绝对值增加 ≥ 200 mL，则判断舒张试验阳性。

(4) PEF及其变异率测定：PEF反映气道通气功能的变化。若日内或昼夜PEF变异率 $\geq 20\%$ ，则符合气道气流受限可逆性改变的特点。

5. 动脉血气分析 哮喘发作时有不同程度的低氧血症和高碳酸血症。动脉血氧分压（ PaO_2 ）降低的同时可有动脉血二氧化碳分压（ $PaCO_2$ ）上升，提示气道阻塞，病情危重。



扫码看知识链接

6. 特异性变应原检测 测定变应原指标时应结合病史，有助于病因诊断及避免或减少对该致敏因素的接触。

【治疗要点】

目前尚无根本治疗方法。但有效、科学的治疗可以控制症状，减少发作，防止病情恶化，避免不良反应和并发症，尽可能保持肺功能正常。

1. 脱离变应原 部分患者能找到引起哮喘发作的变应原或其他非特异刺激因素，避免患者接触变应原是防治哮喘最有效的方法。

2. 药物治疗

(1) β_2 受体激动剂：是控制哮喘急性发作的首选药物。短效 β_2 受体激动剂常用有沙丁胺醇（舒喘宁）、特布他林（博利康尼），长效 β_2 受体激动剂有福莫特罗、沙美特罗等。常用给药方法包括定量气雾剂（MDI）吸入、干粉吸入、持续雾化吸入等，还可以口服、静脉注射，首选MDI吸入，每次1~2喷。

(2) 茶碱类：通过抑制磷酸二酯酶和促进内源性肾上腺素释放而松弛气道平滑肌，并具有强心、利尿、扩张冠状动脉、兴奋呼吸中枢和呼吸肌等作用。与糖皮质激素同用具有协同作用。可口服或静脉给药。常用有氨茶碱、多索茶碱、茶碱缓释片（舒弗美）等。

(3) 糖皮质激素：是控制气道炎症最为有效的药物。可抑制超敏反应，减轻气道炎症，与 β_2 受体激动剂联合应用能有效控制哮喘的发作，可用于长期控制、急性发作和重症哮喘。常用倍氯米松、布地奈德、氟替卡松规律吸入控制发作，口服泼尼松、泼尼松龙短期加强，静脉滴注琥珀酸氢化可的松控制重度或严重哮喘发作。激素吸入疗法配合支气管扩张剂是治疗中、重度哮喘的有效措施。

(4) 抗胆碱药：是哮喘治疗的辅助药物。胆碱能受体（M受体）拮抗剂，有舒张支气管及减少痰液的作用。尤适用于夜间哮喘发作和痰多者，常用溴化异丙托品和溴化泰乌托品，吸入给药。

(5) 其他药物：白三烯（LT）调节剂具有抗炎和舒张支气管平滑肌的作用。常用药物有扎鲁司特、孟鲁司特，常口服给药。色甘酸钠是一种肥大细胞膜稳定剂，对预防运动或过敏原诱发的哮喘最为有效，通常用色甘酸钠雾化吸入；酮替芬能抑制肥大细胞释放介质，对轻症哮喘和季节性哮喘有效。

3. 免疫疗法 分为特异性免疫疗法和非特异性免疫疗法两种。前者又称为脱敏疗法，采用特异性变应原（如花粉、螨、猫毛等）做定期反复皮下注射，剂量由低到高，以产生免疫耐受性，使患者脱敏；非特异性免疫疗法，如注射卡介苗、转移因子、疫苗等生物制品，抑制变应原反应过程，有一定的辅助作用。

【常见护理诊断】

1. 低效性呼吸型态 与支气管痉挛、气道炎症、分泌物增加等有关。

2. 清理呼吸道无效 与支气管痉挛、痰液黏稠及黏液栓形成和疲乏有关。

3. 焦虑/恐惧 与呼吸困难、失去支配能力和发作时伴濒死感有关。



扫码看护理评估

【护理措施】

1. 生活护理

(1) 环境与体位：提供安静舒适的环境，保持病室清洁、安静、舒适、温湿度适宜、空气流通，室内不宜放置花草，不铺地毯，不宜用羽绒枕头、羽绒被子。保持患者舒适体位如半卧位或坐位，提供床上桌以作支撑，减少体力消耗。

(2) 饮食护理：给予清淡、易消化、高维生素、足够热量的流质或半流质饮食。避免进食刺激性食物，如胡椒、生姜等；忌食易诱发哮喘发作的食物，如鱼、虾、蟹、鸡蛋、牛奶等。注意某些食物添加剂，如酒石黄、亚硝酸盐等也会诱发哮喘发作。戒酒戒烟。鼓励患者多饮水，无心、肾功能不全者每日饮2 000~3 000 mL，以补充丢失的水分，稀释痰液。

2. 病情观察 监测哮喘发作的频率、持续时间、呼吸困难的程度及对药物的反应，发作对心率和血压的影响，机体的缺氧状况和吸入器的应用情况。严密观察患者的神志、面容、出汗、发绀及呼吸困难的程度，及时发现呼吸衰竭及自发性气胸。若呼吸困难加重而呼吸音及哮鸣音减弱或消失，提示气道阻塞，病情严重。注意观察夜间和凌晨有无哮喘发作及病情变化。

3. 对症护理 对合并感染，呼吸道痰液较多者，指导患者深呼吸和有效咳嗽，协助翻身拍背，如痰液黏稠不易咳出，可雾化吸入，湿化呼吸道，促进排痰。哮喘患者不宜用超声波雾化吸入，因颗粒过小，较多的雾滴易进入肺泡或过饱和的雾液进入支气管作为异物刺激，引起支气管痉挛导致哮喘症状加重。对发作频繁、持续时间长者，给予鼻导管或面罩吸氧，一般患者吸氧流量为2~4 L/min，伴有高碳酸血症者应低流量（1~2 L/min）吸氧。吸入的氧气应温暖、湿润，避免气道干燥和寒冷气流刺激而导致气道痉挛。

4. 用药护理

(1) β_2 受体激动剂：此类药物不宜长期、规律、单一、大量使用，否则会引起气道 β_2 受体功能下降，从而引起耐药。指导患者正确使用雾化吸入器，以保证药物的疗效。口服沙丁胺醇或特布他林时，应注意观察有无心悸、骨骼肌震颤等不良反应；静脉滴注沙丁胺醇时，控制滴速在2~4 $\mu\text{g}/\text{min}$ ，并注意观察心悸、低血钾等不良反应。

(2) 糖皮质激素：吸入给药的全身性不良反应少，少数患者可出现呼吸道不适、声音嘶哑或口腔念珠菌感染，选用干粉吸入剂或加用除雾器可减少上述不良反应，指导患者吸药后及时用清水含漱口咽部。口服用药宜在饭后服用，以减少对胃肠道黏膜的刺激。应用激素5天以上者应遵医嘱进行阶梯式逐渐减量，嘱患者不要自行减量或停药。

(3) 茶碱类：常见不良反应有失眠、恶心、呕吐、心律失常、血压下降和抽搐等。静脉注射时应以葡萄糖溶液20~40 mL稀释，速度不宜过快，注射时间宜在10分钟以上。用药时监测血药浓度，当超过20 mg/L易出现毒性反应，超过35 mg/L易出现严重的心律失常。

(4) 其他药物：吸入抗胆碱药，少数患者会出现口苦或口干。白三烯调节剂的常见不良反应是胃肠道症状，少数患者有皮疹、血管源性水肿、转氨酶升高，停药后恢复正常。酮替芬在易发作前2周开始服用，口服6周无效可停用，有镇静、嗜睡、头晕、口干等不良反应，持续服药数日可自行减轻，对高空作业人员、驾驶员、操纵精密仪

器者慎用。

5. 心理护理 精神因素在哮喘的发生、发展过程中发挥重要作用，培养良好的情绪和树立战胜疾病的信心是哮喘治疗及护理的重要措施。了解患者既往的应对方式，鼓励患者积极地应对，如哮喘发作时，可采用背部按摩的办法使患者感觉通气轻松。尤其对慢性哮喘治疗效果不佳者更应给予关心，提供心理疏导和教育，指导其养成健康、规律的生活方式，保持乐观的情绪。

6. 重症哮喘的护理措施 应指导患者积极控制呼吸道感染、避免接触变应原，及时补充水分，纠正酸中毒，遵医嘱合理用药等。持续雾化吸入 β_2 肾上腺素受体激动剂，或静脉滴注氨茶碱或沙丁胺醇，静脉滴注糖皮质激素，待病情控制和缓解后改为口服给药。注意维持水、电解质及酸碱平衡；遵医嘱给予鼻导管或面罩吸氧，氧流量1~3 L/min，氧气应温暖湿化。监测 PaO_2 和 PaCO_2 ，对严重发作、经一般药物治疗无效者，或因痰液黏稠造成痰栓而加重呼吸困难，出现明显发绀、神志不清、 $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$ 者，应做好气管插管、气管切开及机械通气准备。

【健康教育】

1. 生活指导 向患者及其家属解释，哮喘虽不能彻底治愈，但只要坚持充分的正规治疗，完全可以有效地控制哮喘发作，保持正常的工作和学习。指导患者尽量避免诱发哮喘发作的各种因素。避免强烈的精神刺激和剧烈运动；慎用或忌用引起哮喘的药物。在缓解期，加强体育锻炼、耐寒锻炼及耐力训练，增强体质。

2. 疾病知识指导

(1) 自我监测病情：指导患者学会使用峰流速仪（图2-3）监测呼气流量峰值（PEF），做好哮喘日记，为疾病预防和治疗提供参考资料。峰流速仪是一种可随身携带、能测量PEF的小型仪器。使用时首先将游标放置标尺底部，患者取站立位，尽力深吸一口气，然后用唇齿部分包住口含器，以最快速度，用一次最有力的呼气吹动游标滑动，游标最终停止的刻度，就是此次PEF。再重复测两次，三次测量中的最高值为患者的PEF。PEF测定是发现早期哮喘发作最简便易行的方法，在未出现症状前，PEF下降提示早期哮喘发生。患者PEF保持在：①80%~100%，为安全区（绿区），说明哮喘控制理想。②50%~79%，为警告区（黄区），说明哮喘加重，需及时调整治疗方案。③<50%，为危险区（红区），说明哮喘严重，应立即就诊。



图2-3 峰流速仪



扫码看视频

(2) 用药指导：指导患者遵医嘱正确用药，了解所用药物的名称、用法、注意事项、不良反应的表现及处理措施；使用吸入剂时，一般先用 β_2 受体激动剂，后用糖皮质激素，教会患者吸入剂的正确使用方法。

1) 定量雾化吸入剂（MDI）：使用时首先打开盖子，摇匀药液，然后深呼吸至不能再呼时，张口将MDI喷嘴置于口中，双唇包住咬口，接下来以慢而深的方式经口吸气，同时用手指按压喷药，至吸气末屏气10秒，然后缓慢呼气，最后休息3分钟后（图2-4），再重复使用一次。



图 2-4 定量雾化吸入器使用方法

a. 将容器倒置，取下盖帽，摇晃容器 3~5 秒；b. 将口器放入口中，紧闭口唇，用鼻缓慢呼气至肺内无气体排出；c. 按下药瓶，同时用口深慢吸气；d. 闭嘴，屏气 5~10 秒，然后呼气。

2) 干粉吸入剂：常用都保装置和准纳器。

都保装置 (图 2-5)：即储存剂量型涡流式干粉吸入剂，如普米克都保、奥克斯都保、信必可都保 (布地奈德福莫特罗粉吸入剂)。指导患者使用时旋转并拔出瓶盖，确保红色旋柄在下方，然后直立都保，握住底部红色部分和都保中间部分，向一方旋转到底，再向反方向旋转到底，听到“咔嚓”声，完成一次装药，接下来患者先呼气 (勿对吸口呼气)，然后含住、双唇包住吸口用力深吸气，最后将吸嘴从口部移开，继续屏气 5 秒后，恢复正常呼吸。

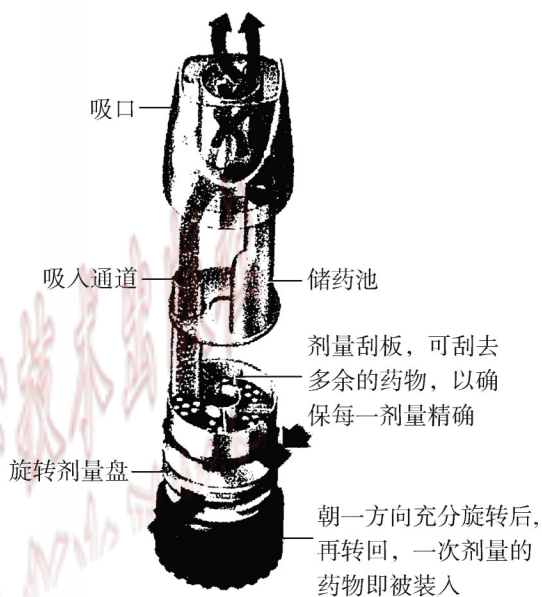


图 2-5 都保装置

准纳器 (图 2-6)：常用的有沙美特罗替卡松粉吸入剂 (舒利迭) 等。指导患者一手握住准纳器外壳，另一手拇指向外推动准纳器的滑动杆，直到发出“咔嚓”声，表明准纳器已做好吸药准备，然后握住准纳器，在保证平稳呼吸的前提下，尽量呼气，紧接着将吸嘴放入口中，深而平稳吸气，将药物吸入口中，屏气约 10 秒，最后拿下准纳器，缓慢恢复呼气，关闭准纳器 (听到“咔嚓”声表示关闭)。



图 2-6 准纳器的使用方法示意

(3) 控制标准和长期治疗目标：支气管哮喘虽不能根治，但通过预防和用药可以控制，控制的标准为：最少的症状、最少的发作、没有急诊、最少的按需用药量、没有活动限制、昼夜PEF变异率 $<20\%$ 、PEF正常。支气管哮喘患者需终身治疗，其长期治疗目标为：最少的药物、达到并维持症状控制、防止哮喘发作、尽可能维持肺功能接近正常、维持正常的活动水平（包括运动）、防止哮喘药物治疗的不良反应、防止进展为不可逆的气流受限、避免哮喘致死。



扫码看本节PPT



扫码看本节小结

第四节 慢性阻塞性肺疾病患者的护理

慢性阻塞性肺疾病（chronic obstructive pulmonary disease, COPD）简称慢阻肺，是一组以气流受限为特征，呈进行性发展的肺部疾病。其特征改变是气道、肺实质及肺血管的慢性炎症，支气管和肺组织的损害是不可逆的，标志性症状是气短或呼吸困难。与慢性支气管炎及肺气肿密切相关。当慢性支气管炎和（或）阻塞性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，则可诊断为COPD。



扫码看疾病流行情况



扫码看知识链接

一、慢性支气管炎患者的护理



情景导入

高某，男，68岁。咳嗽、咳痰20余年，每年秋冬季节明显，且持续3~4个月。近1周咳嗽加重，伴发热。查体：T 38℃，P 116次/min，R 32次/min，BP 130/75 mmHg。双肺可闻及散在的湿啰音。X线胸片：双肺纹理增粗、紊乱。

请思考：

1. 你认为该患者最可能的诊断是什么？
2. 你将如何对患者进行健康教育？



扫码看答案

慢性支气管炎（chronic bronchitis）简称慢支，是指气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性、非特异性炎症。以咳嗽、咳痰伴有喘息及反复发作的慢性过程为临床特征。长期发作可发展为阻塞性肺气肿和肺源性心脏病。

【病因与发病机制】

1. 感染 反复感染是慢性支气管炎发生、发展的重要因素之一。病原体主要有流感病毒、鼻病毒和呼吸道合胞病毒等病毒；肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌及葡

萄球菌等细菌；支原体也是感染因素之一。长期、反复感染可破坏气道正常的防御功能，损伤细支气管和肺泡。

2. 吸烟 为重要的发病因素。吸烟者慢性支气管炎的患病率比不吸烟者高2~8倍，患病率与吸烟时间、吸烟量呈正相关。烟草中的焦油、尼古丁和氢氰酸等化学成分，可损伤气道上皮细胞，使巨噬细胞吞噬功能降低和纤毛运动减退；黏液分泌增加，使气道净化能力减弱；支气管黏膜充血水肿和黏液积聚，易引起感染。慢性炎症及吸烟刺激引起支气管平滑肌收缩，气流受限。

3. 理化因素 ①大气污染、职业性粉尘及化学物质，如烟雾、粉尘、工业废气及室内空气污染（大气中的二氧化硫、二氧化氮、氯气、甲醛等）等。有害气体可损伤气道黏膜，并有细胞毒作用，使纤毛清除功能下降，为细菌感染创造条件。同时刺激黏膜下感受器，使副交感神经功能亢进，导致支气管平滑肌收缩、腺体分泌亢进、杯状细胞增生，黏液分泌增加，气道阻力增加。②寒冷和环境温度剧变，可使呼吸道局部小血管痉挛，病毒和细菌易于入侵、繁殖。

4. 过敏因素 常见的过敏因素有尘埃、虫螨、细菌、寄生虫、花粉和化学性气体等。通过过敏反应引起支气管平滑肌收缩或痉挛、炎症反应，加重气道狭窄，气道阻力增加，促使慢性支气管炎的发生。

5. 其他 机体的内在因素如呼吸道防御功能及免疫功能降低、自主神经功能失调、营养缺乏、遗传等都可能影响慢性支气管炎的发生、发展。

【临床表现】

1. 症状 起病缓慢，病程较长，反复急性发作而使病情加重。主要有慢性咳嗽、咳痰、喘息。初期症状轻微，在寒冷季节、吸烟、劳累、感冒后可引起急性发作或症状加重，气候转暖时症状可自然缓解。重症患者四季不断发病，在冬春季加剧。

(1) 咳嗽：长期、反复、逐渐加重的咳嗽是慢性支气管炎最突出的表现。一般晨间咳嗽较重，白天较轻，睡前有阵咳或排痰。咳嗽是由支气管黏膜充血、水肿或分泌物积聚于支气管管腔内所致。

(2) 咳痰：痰为白色黏液或浆液泡沫样痰，偶带血。清晨排痰较多，由于起床后或体位变动可刺激排痰。急性发作伴有细菌感染时，则变为黏液脓性痰，量亦增加。

(3) 呼吸困难：喘息性慢性支气管炎有支气管痉挛，可引起呼吸困难，严重时呈哮喘样发作。

(4) 反复感染：患者由于抵抗力差，常有反复感染，表现为咳嗽加重，痰量增加，呈脓性，常伴畏寒、发热等。

2. 体征 急性发作期可在背部或双肺底听到散在的干、湿啰音，咳嗽后可减少或消失。喘息性慢性支气管炎可听到哮鸣音和呼气延长，且不易完全消失。

3. 分型

(1) 单纯型：主要表现为慢性咳嗽、咳痰；肺部以湿啰音为主。

(2) 喘息型：除慢性咳嗽、咳痰外，还有喘息，肺部以哮鸣音为主，夹杂湿啰音。

4. 临床分期

(1) 急性发作期：指在1周之内出现脓性或黏液脓性痰，痰量明显增多，或伴有发



扫码看知识链接

热等炎症表现，或咳嗽、咳痰、喘息等症状任何一项明显加剧。

(2) 慢性迁延期：有不同程度的咳嗽、咳痰、喘息症状迁延1个月以上者。

(3) 临床缓解期：经治疗或自然缓解，症状基本消失或偶有轻微咳嗽、少量痰液，保持2个月以上者。

5. 并发症 随着病情的进展和反复发作，可并发阻塞性肺气肿。

【辅助检查】

1. X线胸片检查 早期胸片可无变化，可逐渐出现肺纹理增粗、紊乱等非特异性改变。

2. 血常规 急性发作期或并发肺部感染时，血白细胞总数和中性粒细胞增多；喘息型，嗜酸性粒细胞增多。

3. 痰液检查 痰培养和药敏试验，找致病菌，指导用药；喘息型痰涂片常可见到较多的嗜酸性粒细胞。

【治疗要点】

1. 急性发作期和慢性迁延期的治疗

(1) 抗感染：一般选用以抗革兰氏阳性菌为主的抗生素，或根据病菌药敏试验选用抗菌药物。常用的有青霉素类、大环内酯类、氨基糖苷类、头孢菌素类、喹诺酮类等。急性发作期以静脉给药为主，慢性迁延期以口服给药为主。



扫码看知识链接

(2) 祛痰、镇咳、平喘：以祛痰为主。①祛痰：咳嗽伴痰难咳出者，可用溴己新（必嗽平）、复方氯化铵合剂或盐酸氨溴索（沐舒坦）等祛痰药；在临床上常应用兼有镇咳和祛痰作用的复方甘草制剂，也可用雾化吸入法祛痰。②镇咳：可选用喷托维林、氢溴酸右美沙芬等止咳药，一般在用祛痰药的基础上应用。不宜给予可待因等强力镇咳药。③平喘：喘息型患者，选用支气管舒张药，如茶碱类、 β_2 受体激动剂等。

2. 缓解期的治疗 加强身体和耐寒锻炼，提高机体抵抗力；改善环境，避免诱发因素如戒烟、避免有害气体和其他有害颗粒的吸入；预防呼吸道感染。反复感染者，可试用免疫调节剂或中医中药，如卡介菌多糖核酸、胸腺肽等。

【常见护理诊断】

1. 清理呼吸道无效 与呼吸道分泌物增多且黏稠、支气管痉挛、无效咳嗽有关。

2. 气体交换受损 与呼吸道分泌物增多、黏稠，支气管痉挛、阻塞有关。



扫码看护理评估

【护理措施】

1. 改善环境、减少刺激 保持室内空气新鲜流通，维持适宜的室内温度（18~20℃）与湿度（50%~60%），环境整洁、舒适，减少环境的不良刺激，特别是避免尘埃与烟雾的刺激。注意保暖，避免受凉。

2. 补充营养与水分 给予高蛋白、高维生素饮食，不宜油腻、辛辣等刺激性食物。患者情况允许时，每日保证饮水在1500 mL以上。

3. 协助排痰 指导患者深呼吸和有效咳嗽，痰液黏稠而不易咳出者可雾化吸入稀释痰液。

4. 用药护理 抗生素可杀灭细菌、对抗炎症，止咳剂可抑制咳嗽、减少分泌，祛痰剂可稀释痰液、降低痰液黏稠度而利于排出。

5. 心理护理 与患者多沟通、多交流，给予心理上的安慰和支持，以缓解其紧张不安情绪，建立良好的护患关系，取得患者信任，使其身心舒适。

【健康教育】

1. 疾病知识指导 向患者讲解诱发疾病加重的因素，指导患者避免急性发作的诱因。根据咳嗽、咳痰的变化及呼吸困难与活动的关系，判断病情变化。若体温升高、咳嗽加剧、痰量增多、痰液黏稠、呼吸困难加重，应及时就医。

2. 疾病预防指导

(1) 增强机体免疫力：积极参加体育锻炼，根据患者的爱好和病情可进行散步、慢跑、太极拳、游泳、有效的呼吸运动等。

(2) 预防上呼吸道感染：指导患者防寒保暖，避免和呼吸道感染患者接触，在呼吸道传染病流行期间，尽量避免去人群密集的公共场所。

(3) 指导患者戒烟：告知患者及其家属，吸烟是引起慢性支气管炎和加速慢性支气管炎进展的重要因素；戒烟能减轻慢性支气管炎的咳嗽、咳痰，缓解病情的进展，早期戒烟能阻止病情的发展，使患者乐意戒烟并能积极参与共同制订戒烟计划。

(4) 避免有害气体刺激：改善环境卫生，加强劳动保护，及时佩戴口罩，避免烟雾、粉尘和刺激性气体对呼吸道的影



扫码看思政

二、阻塞性肺气肿患者的护理



情景导入

李某，男，59岁。咳嗽、咳痰近20年。近日出现发热、咳大量脓痰、呼吸困难。查体：T 38.6℃，R 24次/min，P 101次/min，BP 130/85 mmHg。口唇发绀，桶状胸，呼吸运动减弱，语颤减弱，肺部叩诊过清音，两肺散在干、湿啰音。患者有30年吸烟史。初步诊断为慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿。

请思考：

1. 该患者目前最重要的治疗措施是什么？
2. 主要的护理诊断有哪些？



扫码看答案

阻塞性肺气肿（obstructive pulmonary emphysema）简称肺气肿，是指肺部终末细支气管远端气腔（呼吸性细支气管、肺泡管、肺泡囊和肺泡）弹性减弱、充气、过度膨胀、肺容量增大或同时伴有气道壁结构的破坏。临床主要表现为呼气性呼吸困难。中老年多见。多由慢支发展而来，进一步发展为肺源性心脏病。

【病因】

1. 呼吸系统疾病 慢性支气管炎是阻塞性肺气肿最主要的病因，绝大多数肺气肿由

慢支发展而来的。引起慢支的各种因素如吸烟、大气污染、感染、职业性粉尘和有害气体的长期吸入、过敏等，都可引起肺气肿。支气管哮喘、支气管扩张、肺纤维化等也是肺气肿的常见病因。

2. 蛋白酶-抗蛋白酶失衡 蛋白酶增多或抗蛋白酶不足，导致肺组织结构破坏。蛋白酶对组织有损伤和破坏作用；抗蛋白酶对弹性蛋白酶等多种蛋白酶有抑制功能，其中 α_1 -抗胰蛋白酶（ α_1 -AT）是活性最强的一种。在正常情况下，弹性蛋白酶与其抑制因子处于平衡状态。吸入有害气体、有害物质、感染等均可导致蛋白酶产生增多或活性增强，而抗蛋白酶产生减少或灭活加速；同时氧化应激、吸烟等也可降低抗蛋白酶的活性。极少数人先天性 α_1 -AT缺乏。

3. 氧化应激 肺气肿患者氧化应激增加。氧化物主要有超氧阴离子（ O_2^- ）、羟基（ OH^- ）、次氯酸（HClO）、 H_2O_2 和NO等。氧化物可直接作用并破坏许多生化大分子如蛋白质、脂质、核酸等，导致细胞功能障碍或细胞凋亡，还可破坏细胞外基质，引起蛋白酶-抗蛋白酶失衡，促进炎症反应。

4. 慢性炎症 气道、肺实质及肺血管的慢性炎症是慢性阻塞性肺疾病的特征性改变，中性粒细胞释放的蛋白酶（弹性蛋白酶、组织蛋白酶G、基质金属蛋白酶等）引起慢性黏液高分泌状态并破坏肺实质。

5. 其他 自主神经功能失调、营养不良、气温变化等都有可能参与慢性阻塞性肺疾病的发生。



扫码看发病机制

【临床表现】

1. 症状 在原有慢性支气管炎的咳嗽、咳痰或伴喘息的基础上，出现逐渐加重的呼气性呼吸困难。早期仅在体力劳动或上楼等活动时出现，随着病情发展逐渐加重，日常活动甚至休息时也感到呼吸困难。呼气性呼吸困难是标志性症状。

2. 体征 早期无明显体征，随着病情进展，逐渐出现肺气肿的体征。①视诊：桶状胸，呼吸浅快，呼吸运动减弱。②触诊：语颤减弱。③叩诊：过清音，心浊音界缩小或不易叩出，肺下界和肝浊音界下降。④听诊：心音遥远，呼吸音减弱、呼气延长，并发肺部感染时肺部有湿啰音。严重时颈肩部辅助呼吸肌参与呼吸运动，口唇发绀，甚至端坐呼吸，呼吸衰竭。

3. 分期 按病程可分为急性加重期和稳定期。

(1) 急性加重期：指在短期内咳嗽、咳痰、气短和（或）喘息加重、脓痰量增多，可伴发热等症状。

(2) 稳定期：指咳嗽、咳痰、气短等症状稳定或轻微。

4. 分级 COPD的标志性症状是气短或呼吸困难。早期仅于劳累时出现，呈进行性加重，以致日常活动甚至休息时也感到气短。感染时呼吸困难加重明显。可根据肺功能检查判断其严重程度分级，见表2-2。

5. 并发症 可并发自发性气胸、急性肺部感染、慢性呼吸衰竭、慢性肺源性心脏病等。

表2-2 COPD的严重程度分级

分级	分级标准
0级：高危	有罹患COPD的因素，肺功能正常，有慢性咳嗽、咳痰症状
I级：轻度	$FEV_1/FVC < 70\%$ ， $FEV_1 \geq 80\%$ 预计值，有或无慢性咳嗽、咳痰症状
II级：中度	$FEV_1/FVC < 70\%$ ， $50\% \leq FEV_1 < 80\%$ 预计值，有或无慢性咳嗽、咳痰症状
III级：重度	$FEV_1/FVC < 70\%$ ， $30\% \leq FEV_1 < 50\%$ 预计值，有或无慢性咳嗽、咳痰症状
IV级：极重度	$FEV_1/FVC < 70\%$ ， $FEV_1 < 30\%$ 预计值或 $FEV_1 < 50\%$ 预计值，伴慢性呼吸衰竭

注： FEV_1 —第1秒用力呼气量；FVC—用力肺活量。

【辅助检查】

1. 血液检查 细菌感染时白细胞计数、中性粒细胞增多。可有红细胞、血红蛋白增多。

2. 痰液检查 痰涂片或痰培养可检出致病菌，常见肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、肺炎克雷伯杆菌等。

3. 胸部X线检查 肺气肿时胸廓扩张、肋骨低平、肋间隙增宽、膈低平，两肺透亮度增加，肺血管纹理减少或有肺大疱征象，心影狭长。

4. 肺功能检查 是判断气流受限的主要客观指标，对诊断COPD，评价其严重程度、疾病进展、预后及治疗效果等有重要意义。早期常无异常，随病情发展逐渐出现阻塞性通气功能障碍。第1秒用力呼气容积占用力肺活量的比值（ FEV_1/FVC ） $< 70\%$ ，最大通气量（MBC）低于预计值的80%。残气量（RV）增加，残气量/肺总量（RV/TLC）超过40%，对肺气肿的诊断有重要意义。

5. 动脉血气分析 早期无异常。随疾病进展可出现 PaO_2 降低， $PaCO_2$ 正常或升高，对判断呼吸衰竭的类型有重要意义。

【治疗要点】

1. 稳定期治疗

(1) 支气管舒张药：短期应用可以缓解症状，长期规律应用可预防和减轻症状。常选用 β_2 受体激动剂如沙丁胺醇气雾剂，每次100~200 μg （1~2喷），每24小时不超过8~12喷。抗胆碱药如异丙托溴铵气雾剂，每次40~80 μg （2~4喷），3~4次/d。茶碱类，如茶碱缓（控）释片0.2 g，2次/d；或多索茶碱0.2 g，2次/d。

(2) 祛痰药：对痰不易咳出者可选用盐酸氨溴索30 mg，3次/d；或羧甲司坦0.5 g，3次/d；或稀化黏素0.3 g，3次/d。

(3) 长期家庭氧疗（LTOT）：对COPD慢性呼吸衰竭者可提高生活质量和生存率，持续低流量吸氧1~2 L/min，每天15小时以上，夜间不间断。LTOT的指征：① $PaO_2 < 55$ mmHg 或 $SaO_2 \leq 88\%$ ，有或没有高碳酸血症。② $PaO_2 55 \sim 60$ mmHg 或 $SaO_2 < 89\%$ ，并有肺动脉高压、心力衰竭或红细胞增多症。

(4) 糖皮质激素：对重度或极重度患者，反复加重的患者，长期吸入糖皮质激素和



扫码看知识链接

长效 β_2 肾上腺素能受体激动剂联合制剂（沙美特罗加氟替卡松、福莫特罗加布地奈德），可增加运动耐受量，减少急性加重发作频率，提高生活质量，部分患者的肺功能可得到改善。

2. 急性加重期治疗

(1) 安置方式：根据病情严重程度决定门诊、住院或ICU治疗。

(2) 保持呼吸道通畅：支气管舒张药的使用同稳定期；祛痰剂溴己新、盐酸氨溴索可酌情选用；痰液黏稠者可及时给予雾化吸入治疗。

(3) 氧疗：给予鼻导管持续低流量吸氧，纠正低氧血症，防止呼吸衰竭。

(4) 控制感染：根据病原菌种类及药物敏感试验，选用抗生素积极治疗，如给予 β 内酰胺类、 β 内酰胺酶抑制剂、第二代头孢菌素、大环内酯类或喹诺酮类。如出现持续气道阻塞，可使用糖皮质激素。

(5) 纠正电解质紊乱：常见呼吸性酸中毒，一般畅通气道、吸氧就能纠正。

【常见护理诊断】

1. 气体交换受损 与气道阻塞、通气不足、呼吸肌疲劳、分泌物过多和肺泡呼吸面积减少有关。

2. 清理呼吸道无效 与分泌物增多而黏稠、气道湿度减低和无效咳嗽有关。

3. 活动无耐力 与疲劳、呼吸困难、氧供与氧耗失衡有关。

4. 营养失调：低于机体需要量 与食欲降低、摄入减少、腹胀、呼吸困难、焦虑有关。

5. 潜在并发症 自发性气胸、呼吸衰竭、肺源性心脏病等。

【护理措施】

1. 生活护理

(1) 环境与活动：保持环境安静、舒适、空气新鲜及温湿度适宜，避免吸入刺激性气体。视病情安排适当的活动量，活动以不感到疲劳、不加重症状为宜。严重呼吸困难者应尽量减少活动和不必要的谈话，以减少耗氧量、减轻呼吸困难。

(2) 调整体位：患者采取舒适的体位，严重患者宜采取高枕或半卧位或端坐位，身体前倾，便于辅助呼吸肌参与呼吸。必要时设置跨床小桌，以便患者伏桌休息，以减轻呼吸困难。

(3) 口腔护理：张口呼吸者应每日口腔护理2~3次，并根据需要补充因呼吸加快所丧失的水分，病情允许的情况下，一般保证水的每日摄入量在1.5~2L。

(4) 饮食护理：指导患者饭前休息至少30分钟，每日正餐应安排在患者最饥饿、休息最好的时间。饮食给予高蛋白、高热量、高维生素、易消化食物，经常变换食谱以刺激食欲。多食富含高膳食纤维的蔬菜和水果，以促进肠蠕动，保持大便通畅。腹胀者应进软食，少量多餐，避免进食产气食物，如汽水、啤酒、豆类、马铃薯和胡萝卜等；避免易引起便秘的食物，如油煎食物、干果、坚果等。因干食易刺激咽部产生不适感而引发咳嗽，牛奶、巧克力可使唾液和分泌物黏稠，应避免食用。餐前和进餐时避免饮用液体，以免过早产生饱感腹而影响热量的摄入。对通过进食不能吸收足够营养者，可应用管喂饮食或全胃肠外营养。



扫码看护理评估

2. 病情观察 观察痰液的颜色、量及性状，咳痰是否顺畅；观察呼吸困难及其严重程度，与活动的关系，有无进行性加重，呼吸困难分级见表2-3；观察患者营养状况、肺部体征及有无并发症；监测患者的生命体征、动脉血气分析等变化，判断有无并发症发生。

表2-3 呼吸困难分级量表

分级	表现
0级	剧烈运动外，无明显呼吸困难
1级	快走或上缓坡时有气短
2级	因呼吸困难而比同龄人步行慢，或者以自己的速度在平地上行走时需要停下来呼吸
3级	在平地上步行100 m或数分钟后需要停下来呼吸
4级	明显的呼吸困难而不能离开房间，或者穿脱衣服即可引起气短

3. 对症护理

(1) 协助排痰：结合患者情况，采取翻身、拍背、雾化吸入等措施协助排痰，必要时给予吸痰。

(2) 氧疗：根据血气分析结果，调整吸氧的方式和氧浓度，一般给予鼻导管、低浓度（25%~29%）、低流量（1~2 L/min）、持续吸氧。

4. 用药护理 临床常给予抗生素、平喘药、化痰药及镇咳药等治疗。抗生素及平喘药的应用分别见“肺炎患者的护理”，和“支气管哮喘患者的护理”。

(1) 镇咳、化痰药及其用法：常用镇咳药有喷托维林（咳必清）、可待因，祛痰药有溴己新（必嗽平）、氯化铵及乙酰半胱氨酸。均可口服给药。乙酰半胱氨酸、溴己新亦可雾化吸入，可待因可皮下注射。为加强疗效，各种止咳糖浆最后口服，服用后不再饮水。

(2) 不良反应及注意事项：①喷托维林，偶有口干、头晕、恶心、腹胀和便秘等不良反应，青光眼患者慎用。②可待因，可抑制支气管腺体分泌，使痰液黏稠而不易咳出，痰多者禁用；连续使用可产生成瘾性，应控制使用；大剂量时可明显抑制呼吸中枢。③溴己新，偶有恶心、胃肠不适，个别患者氨基转移酶可暂时升高，减量或停药可恢复；胃溃疡患者慎用。④氯化铵，空腹服用效果明显，剂量过大可引起呕吐；可使血氨增高，能酸化尿液和促进碱性药物的排泄；大量服用可产生酸中毒，肝功能不全及肾功能严重减退者禁用，溃疡病者慎用。⑤乙酰半胱氨酸，有特殊气味，可引起呛咳、呕吐等，减量后消失；亦可引起支气管痉挛，哮喘患者及老年严重肺功能不全者慎用。

5. 心理护理 COPD在社会、经济、心理各个方面影响患者的生活，易使患者产生焦虑和抑郁的心理。护士应关心体贴患者，与患者及其家属共同制订和实施康复计划，消除诱因、进行呼吸功能锻炼、合理用药，减轻症状，帮助患者树立信心。另外，教会患者缓解焦虑的放松方法，如听音乐、下棋、做游戏等娱乐活动，以分散注意力，减轻焦虑。

6. 防治自发性气胸

(1) 避免诱因：航空、潜水作业而无适当防护措施时，从高压环境突然进入低压环

境，机械通气压力过高，以及抬举重物用力过猛、剧烈咳嗽、屏气、大笑等均可诱发气胸发生。指导患者避免以上诱因。

(2) 病情判断：监测患者的生命体征，若患者出现剧烈胸痛、呼吸困难、胸闷、刺激性咳嗽、大汗、烦躁，严重者神志不清、呼吸衰竭，应警惕自发性气胸的发生。COPD患者感觉迟钝，应注意胸部体征改变，若一侧胸部隆起，呼吸运动与触觉语颤减弱，叩诊呈过清音或鼓音，心或肝浊音界缩小或消失，听诊呼吸音减弱或消失，提示已并发气胸，应立即报告医生并采取必要的急救措施。

(3) 配合处理：小量气胸患者应严格卧床休息，酌情给予镇静、镇痛药物。可遵医嘱给予高浓度吸氧，以加快胸腔内气体的吸收。若气胸量大，呼吸困难严重，应立即排气减压或胸腔闭式引流。

【健康教育】

1. 生活指导 教会患者及其家属依据呼吸困难与活动的关系，判断呼吸困难的严重程度，合理安排工作和生活。制订个体化训练计划，有效地进行腹式呼吸或缩唇呼吸训练，以及步行、慢跑、气功等运动锻炼。指导患者避免病情加重的因素，如戒烟能有效延缓肺功能进行性下降；呼吸道传染病流行期间，避免到人群密集的公共场所；潮湿、大风、严寒情况下，减少室外活动，避免或减少有害粉尘、烟雾或气体的吸入，指导患者戒烟；根据气候变化及时增减衣物，避免受凉感冒。

2. 疾病知识指导

(1) 呼吸功能训练：COPD患者需要增加呼吸频率来代偿呼吸困难，这种代偿多数依赖于辅助呼吸肌参与呼吸，即胸式呼吸。但是胸式呼吸的效能低于腹式呼吸，患者容易感到疲劳，因此，护士应指导患者进行缩唇呼吸、膈式或腹式呼吸等呼吸训练，以加强胸、膈呼吸肌的肌力和耐力，改善呼吸功能。

1) 膈式或腹式呼吸：通过腹肌的主动收缩与舒张，可使呼吸阻力减小，肺泡通气量增加。患者取半卧位膝半屈曲或立位上半身前倾，使腹肌和全身肌肉放松，两手分别放在腹部或胸前，静息呼吸。吸气时用鼻吸入，尽量挺腹，胸部不动；呼气时用口呼出，同时收缩腹部，胸廓保持最小活动幅度，缓呼深吸，增进肺泡通气量（图2-7）。呼吸频率为7~8次/min，每次10~20分钟，2次/d，熟练后逐渐增加次数和时间，使之成为不自觉的呼吸习惯。腹式呼吸会增加能量消耗，所以只能在疾病恢复期和稳定期进行训练。

2) 缩唇呼吸：通过缩唇形成的微弱阻力，延长呼气时间，减轻气道塌陷，以利于肺泡内残余的气体排出。嘱患者闭口经鼻深吸气，然后缩唇（吹口哨样）缓慢呼气（图2-8），同时收缩腹部。吸气与呼气时间之比为1:2或1:3；缩唇大小程度与呼气流量以能使距口唇15~20cm水平处的蜡烛火焰随气流倾斜而又不至于熄灭为宜。

(2) 家庭氧疗指导

1) 注意用氧安全：患者及探视者禁止吸烟；确保电器（如电剃须刀、助听器、电热毯、电视等）处于正常工作状态，以防产生短路火花而引起火灾。避免使用产生静电的材料，如毛毯、合成纤维等。患者和照顾者最好穿棉质衣服。避免附近有易燃物品，如酒精、油等。患者及其家属应掌握火灾时的逃生和自救方法。



扫码看视频

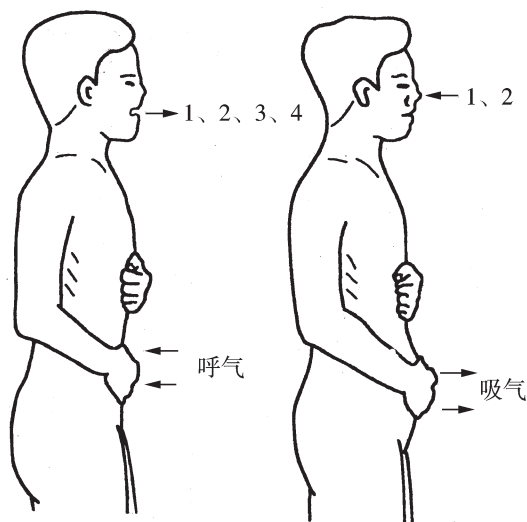


图2-7 腹式呼吸示意

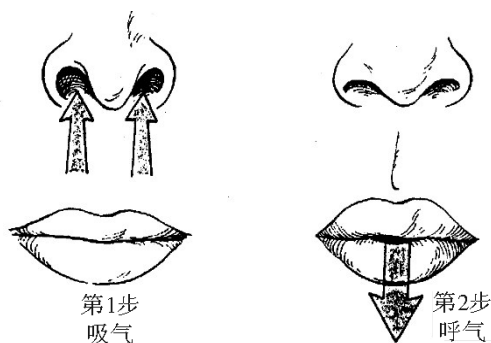


图2-8 缩唇呼吸示意

2) 掌握流量和时间：应给予低流量（1~2 L/min）吸氧，不要随意调整氧流量，以免影响疗效或发生氧中毒。每天吸氧时间不宜少于15小时，尤其在夜间睡眠时不宜间断吸氧。必要时家庭配备简易经皮血氧饱和仪，可以监测缺氧情况，以便指导患者的活动强度和用氧时间。

3) 预防感染：鼻导管、鼻塞、湿化瓶等可能成为细菌藏匿的部位，应按规定或病情的需要及时更换或消毒，并及时更换或添加消毒的湿化液。

4) 疗效判断：氧疗有效的指标为患者呼吸困难减轻、呼吸频率减慢、发绀减轻、心率减慢、活动耐力增加。吸氧时，家属应密切注意患者有无咳嗽、胸痛、恶心、呕吐和呼吸困难等氧中毒的首发症状。



扫码看本节PPT



扫码看本节小结

第五节 慢性肺源性心脏病患者的护理



情景导入

朱某，男，69岁。反复咳嗽、咳痰25年，呼吸困难15年。3天前受凉后，咳嗽、咳痰加重，双下肢水肿，尿量减少。昨天晚上患者烦躁，口唇发绀，皮肤潮红，不能平卧，今晨入院治疗。查体：T 38.5℃，R 25次/min，P 105次/min，BP 130/85 mmHg。颈静脉怒张，肝肋下2 cm。