

内科护理学

PART 1

上

篇

绪论

内容精讲

【基本概念】

内科护理学 是临床护理学中一门重要的学科,是关于认识疾病及其预防和治疗、护理病人,促进康复、增进健康的科学。

【基本知识】

1. 内科护理学与相关学科的发展

(1) 疾病的病因和发病机制方面:遗传学的进展,使通过对胎儿绒毛膜或羊水细胞基因中 DNA 的分析,可得到胎儿地中海性贫血遗传类型和血友病的产前诊断。

(2) 检查和诊断技术方面:心、肺、脑的电子监护系统用于持续的病情监测。内镜技术的改进有效地提高了消化道、呼吸道、泌尿道、腹腔内一些疾病的早期诊断和确诊率,并且可用于止血、取出结石和异物、切除息肉等治疗。影像诊断技术如电子计算机 X 线体层成像、磁共振成像、放射性核素检查、超声诊断技术等的发展,极大地提高了疾病的诊断水平。

(3) 治疗技术方面:血液透析、腹膜透析等血液净化技术不断改进,埋藏式人工心脏起搏器向微型、长效能源、程序控制和多功能化发展,心导管诊断和介入性治疗技术的进展,使一些心脏疾病的疗效大为改善。

(4) 内科护理学与相关学科的关系:基础和临床医学的进展所带来的临床上诊断和治疗的变革,促进了内科护理学的发展,而内科护理学的发展又促进了临床诊疗技术的进步。

2. 内科护理学对社会需求的适应

(1) 医学模式的转变,促进以整体的人的健康为中心的现代护理观取代了原有的以疾病护理及以病人护理为中心的护理观。

(2) 护理实践的范围正在从医院向社区、从人的疾病向患病的人到所有的人、从个体向群体扩展。护理工作的视野正在向促进健康、预防疾病、协助康复、减轻痛苦的人的生命的全过程扩展,着眼于整体的人的生理、心理、文化、精神、环境需求。

3. 成年人发展阶段的划分 分为青年、中年、老年三个阶段。世界卫生组织(WHO)的划分标准为:18~44 岁为青年期,45~59 岁为中年期,60~74 岁为年轻老年期,75~89 岁为老年期,90 岁以上为长寿老年期。

【重点解析】

1. 内科护理中护士的角色作用

(1) 护理者(caregiver):直接护理病人是护士的基本工作内容。每一名注册护士作为护理专业的从业人员,必须应用科学的理论和知识指导临床实践,从整体的观念出发,以适当的生理和心理社会指标对病人及家属进行全面的评估,发现并诊断人对健康问题的反应,以满足服务对象在生理、心理、

文化、精神和环境等方面的需求为目标,制定切实可行的护理计划并加以实施。

(2) 协作者(collaborator): 临床工作中,在多学科专业人员组成的团队中,护士既需要独立对病人进行评估、计划和实施护理,又需要与其他学科专业的人员有效沟通、协调合作,探讨解决病人问题的策略,参与决策,为达到共同的目标与团队中的其他成员一起努力工作。

(3) 教育者(educator): 护士作为健康教育者的作用越来越得到重视。内科疾病多为慢性病,在出院计划中,应指导病人和家属如何在出院后继续治疗和定期随访、如何自我护理以保持病情稳定、如何识别病情变化并及时就诊。

(4) 代言者(advocate): 病人或其他服务对象往往对卫生保健系统不甚了解,护士应尊重和维护他们的知情权,帮助他们了解有关的合法权益,并在需要时协助他们与其他专业人员进行沟通,做出知情的选择和决策。

(5) 管理者(manager): 无论采用何种护理分工方式,无论是在医院或在社区,护理工作中都包含着对病人的管理。护士在管理方面的职责还涉及时间、资源、环境、人员的管理。

(6) 研究者(researcher): 在临床实践中,护士应注重对经验的总结和归纳,更应增强科研意识,用科学的方法严谨地、实事求是地分析、探究护理实践中的问题,提出有说服力的结果和观点,丰富护理学知识体系。同样重要的是,护士应培养应用科研成果的意识,用科研成果指导和改进临床实践。

2. 成年人各发展时期的主要健康问题

(1) 青年期

1) 青年期的主要健康问题: 多与心理社会因素和不良生活方式有关,例如意外伤害、酗酒、睡眠剥夺、缺少运动、肥胖、接触环境或职业毒物,以及与持续性心理失调有关的问题,如消化性溃疡、抑郁症、自杀等。一些慢性病如原发性高血压、冠心病、糖尿病可在青年期发病,但往往未引起注意,直至若干年后发展为严重的健康问题。

2) 青年期健康教育: 主要在于引导青年人认识自身的心身特点、经济条件、社会角色、责任和义务,保持乐观、自信、奋进、向上、平和、满意的健康情绪和心境,培养坚强的意志力、完整和谐的人格,时时注意维护和调整心理平衡,提高社会适应能力和对挫折的承受力,以良好的心理素质面对人生的挑战和机遇。

(2) 中年期

1) 中年期的主要健康问题: ①机体结构和功能上的老化: 机体外表的变化如皮肤干燥、出现皱纹、头发变白、形体改变往往是最早引起注意的变化; ②亚健康状态: 主要见于中年人群,普遍存在六高一低倾向,即接近疾病水平的体力和心理高负荷、高血压、高血脂、高血糖、高血黏度、高体重和免疫功能偏低,多种慢性病的发病率在中年期上升; ③体力和耐力均趋下降。

2) 中年期健康教育: 坚持日常的运动锻炼是至关重要的。控制体重必须节制饮食。引导中年人积极面对压力源。

(3) 老年期

1) 老年期的主要健康问题: 与患病和老化过程有关。①包括从青年、中年期延续而来的慢性疾病,如肥胖、心血管疾病、癌症等,还有老年期常见的神经精神疾患、退行性骨关节病变、视力或听力减退、营养不良、急或慢性呼吸系统疾病、肾疾患等; ②老年期的心理特征主要有近事记忆减退、固执保守、沉湎于往事、对外界事物不感兴趣、难以接受新事物、以自我为中心、猜疑、抑郁、疑病、孤独和空虚感等。

2) 老年期健康教育: ①指导老年人养成良好的生活方式和习惯,乐观通达的心态、均衡的营养、

适当的运动和休息、注意安全和正确地使用药物均是减轻老化影响的有效方法；②维护和增进老年人心理健康的努力应是全方位的，既需要对老人的关心和心理疏导，也需要构建一个健全的社会支持体系，使老年人得到安度晚年的保障。

自测习题

【思考题】

1. 结合自身实际和观察，分析不同成年分期的主要健康问题。

参考答案

【思考题】

答案参见本章内容精讲。

(张 清)

呼吸系统疾病病人的护理

内容精讲

第一节 概 述

【基本概念】

呼吸系统 由鼻、咽、喉、气管、支气管、肺和胸膜组成,是机体直接与外界进行物质交换,以获取氧气、排出二氧化碳的重要系统,也参与机体的防御、免疫和代谢功能。

【基本知识】

1. 病因 感染、理化因素、变态反应、遗传及免疫缺陷等。
2. 呼吸系统的组成与功能

(1) 组成: 由呼吸道、肺、肺血管和胸腔组成。①会厌软骨下缘是上下呼吸道分界处。②肺泡是气体交换的场所。肺泡Ⅱ型上皮细胞分泌表面活性物质,以降低肺泡表面张力,防止肺萎陷。③肺有双重血液供应,包括肺循环和支气管循环。④胸膜腔是密闭潜在腔隙,正常成人胸腔内压为负压。

(2) 肺的通气和换气功能

1) 肺通气: 临床上常用的衡量肺通气功能的指标有

每分钟通气量(MV): $MV = \text{潮气量}(V_T) \times \text{呼吸频率}(f)$

肺泡通气量(V_A): $V_A = (V_T - V_D) \times f$

最大通气量(MMV)

2) 肺换气: 指肺泡与血液之间的气体交换,通过呼吸膜以弥散的方式进行。主要影响因素有: 呼吸膜的面积、厚度和弥散性能,肺通气与肺血流比例以及呼吸膜两侧的气体分压差。

(3) 防御功能: ①调节和净化吸入的空气; ②清除气道异物; ③咳嗽反射等反射性防御功能; ④吞噬细胞防御; ⑤免疫防御。

【重点解析】

1. 护理评估重点

(1) 患病及治疗经过。

(2) 心理社会资料: 包括患病对病人的影响、患病后的心理反应、疾病知识了解程度、社会支持系统情况。

(3) 生活史: 评估居住区、工作环境与呼吸系统疾病的关系; 吸烟史; 日常活动耐受性; 有无生鱼、生虾、生蟹等摄入史等。

(4) 身体评估

1) 一般状态: 营养状况、皮肤、淋巴结、肌肉和骨骼发育情况。

2) 发绀: 提示机体缺氧,舌头和口唇黏膜最易观察。

3) 口腔卫生状况:牙龈、扁桃体及鼻窦有无感染等。

4) 胸部检查:①视诊:有无胸壁静脉充盈及曲张、胸壁压痛、皮下气肿,胸廓是否异常。应观察呼吸的类型、频率、节律,辅助呼吸肌是否参与呼吸运动,双侧胸廓呼吸运动是否对称,有无呼吸困难。②触诊:语颤有无增强或减弱。③叩诊:是否出现异常叩诊音,如浊音、实音、过清音,同时应叩诊肺界,包括肺上界、肺下界、内侧心浊音界及肺下缘移动度。④听诊:应注意有无呼吸音增强、减弱或消失及其发生部位,有无吸气或呼气延长,是否存在啰音、胸膜摩擦音等,应注意啰音的音响、性质和部位。

(5) 实验室及其他检查

1) 血常规:血白细胞计数增高、中性粒细胞增多常见于肺部感染。嗜酸性粒细胞增多见于哮喘或寄生虫感染。肺癌化疗后常伴有白细胞和(或)血小板减少。

2) 痰液检查:

① 一般性状检查: a. 痰量:每日超过 100ml 为大量痰,提示肺内有慢性炎症或空腔性化脓性病变。 b. 颜色及性状:正常人偶有少量白色痰或灰白色黏痰;黄色脓痰提示有化脓性感染;红色或红棕色痰常见于咯血;铁锈色痰常见于肺炎球菌肺炎;棕褐色痰见于阿米巴肺脓肿;果酱样痰见于肺吸虫病;胶冻样痰见于肺炎克雷白杆菌肺炎;灰黑色痰可见于长期吸烟。 c. 气味:痰液恶臭提示厌氧菌感染。

② 显微镜检查:革兰染色和抗酸染色涂片可检出致病菌以确诊。

③ 痰培养及药敏试验:确定病原菌及敏感抗生素。

3) 临床免疫学检测:如血清抗体检测、癌相关抗原测定等。

4) 胸部影像学检查:胸部透视配合正侧位胸片是发现胸部病变的主要方法之一。造影检查用于支气管扩张的诊断,肺血管造影用于肺栓塞等疾病的诊断,支气管动脉造影和栓塞术对咯血有诊治价值。

5) 纤维支气管镜(纤支镜)检查。

6) 肺功能检查:了解肺功能损坏程度。

7) 胸腔积液检查:详见本章第二节“呼吸系统疾病病人常见症状体征的护理”。

8) 胸膜或肺穿刺活组织检查:确定病变性质。

9) 呼吸系统放射性核素扫描:对肺区域性通气/血流情况、肺血栓栓塞和血流缺损以及占位性病变诊断有帮助。

2. 收集痰标本的注意事项

(1) 应做到用清晨痰,防止唾液及上呼吸道分泌物污染。

(2) 自然咳痰法最为常用,晨起后用清水漱净口腔,用力咳出深部痰液,也可采用雾化或轻压胸骨柄上方协助排痰。

(3) 环甲膜穿刺法可避免咽喉部寄生菌污染。

(4) 经纤支镜用防污染法采样。

(5) 痰标本置于无菌容器中,及时送检。

(6) 最好在使用抗生素之前采集标本。

第二节 呼吸系统疾病病人常见症状体征的护理

一、咳嗽与咳痰

【基本概念】

1. 咳嗽 是机体的一种反射性保护动作,借咳嗽反射可以清除呼吸道分泌物和异物。
2. 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。

【基本知识】

1. 常见病因 呼吸道感染、变态反应性疾病、肿瘤,其他如异物、刺激性气体、过冷或过热空气的刺激、呼吸道受肿瘤等牵拉或压迫等。
2. 临床表现 咳嗽的性质、音色,持续的时间以及痰液的色、质、量、气味等因病因不同而异。
 - (1) 急性上呼吸道感染的咳嗽多为干咳,伴有发热。
 - (2) 支气管肿瘤的咳嗽常为刺激性干咳,肿瘤压迫气管或支气管时伴有金属音。
 - (3) 慢性支气管炎的咳嗽多于寒冷天气、晨间、体位改变时出现。
 - (4) 支气管扩张或肺脓肿的咳嗽与体位改变有明显关系,常咳大量黄色脓性痰,若伴厌氧菌感染时,则有恶臭味。
 - (5) 支气管炎、肺炎或支气管哮喘咳白色泡沫痰或黏液痰,感染加重时咳黄脓痰。
 - (6) 肺水肿咳粉红色泡沫痰。
3. 实验室及其他检查 痰涂片找细菌、痰脱落细胞、痰培养等检查很重要。血常规检查白细胞总数,尤其是中性粒细胞增加常提示感染,嗜酸性粒细胞增加常提示过敏性疾病。
4. 常见护理诊断
 - (1) 清理呼吸道无效 与无效咳嗽、痰液黏稠、胸痛等有关。
 - (2) 有窒息的危险 与意识障碍、呼吸道分泌物阻塞有关。
 - (3) 焦虑 与剧烈咳嗽等影响休息、睡眠以及病情加重有关。

【重点解析】

1. 护理措施
 - (1) 改善环境。
 - (2) 心理护理: 加强心理支持,采取有效的应对,以缓解症状。
 - (3) 补充营养与水分: 给予高蛋白、高维生素饮食,忌油腻、辛辣等刺激性食物。适当补充水分,湿化痰液,利于排出。
 - (4) 观察病情,做好抢救准备: 注意及时发现和正确判断病人有无发生窒息的可能,如病人突然出现烦躁不安或神志不清、面色严重发绀或苍白、出冷汗、咽喉部明显的痰鸣音,应警惕窒息的发生。
 - (5) 促进排痰: 遵医嘱应用抗生素、止咳药、祛痰药,协助排痰。
 - 1) 湿化呼吸道: 超声雾化适用于痰液黏稠而不易咳出者。
 - 2) 指导有效咳嗽、咳痰。
 - 3) 拍背和胸壁震荡: 适用于长期卧床、久病体弱排痰无力病人。
 - 4) 体位引流: 见本章第六节“支气管扩张”。

5) 机械吸痰: 适用于意识不清或分泌物黏稠无力咳出、咳嗽反射减弱或消失、排痰困难者。

(6) 拍背和胸壁震荡的方法与注意事项

1) 拍背: 病人取侧卧位, 护士手呈覆碗状, 从肺底由下到上、由外向内叩拍胸壁, 震动气道, 同时鼓励病人咳嗽。每侧胸壁反复叩击 1~3 分钟。或指导病人前臂屈曲, 两手掌置于锁骨下, 边咳嗽边用前臂叩击前胸及患侧胸壁, 振动气管分泌物, 以提高咳嗽排痰效率。

2) 胸壁震荡: 两掌重叠置于欲引流的胸廓部位, 吸气时手掌放开, 从吸气最高点开始, 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以震荡胸壁数次, 每一部位可重复 6~7 个呼吸周期。

3) 注意事项: ①操作前向病人简要说明并确定部位; 操作时注意观察病人反应; 操作后观察效果。②禁忌证: 咯血、心血管状况不稳定(如低血压、肺水肿)、未经引流的气胸、肋骨骨折及有病理性骨折史者。③操作时间: 以 15~20 分钟/次为宜, 餐前进行, 餐前 30 分钟完成。④震荡应在每个部位被叩击后及呼气期进行, 震荡后运用腹肌咳嗽。⑤叩击时避开乳房和心脏, 勿在胸骨、肩胛骨及脊柱等骨突起处进行, 避开纽扣、拉链。⑥叩击力量适中, 以病人不感到疼痛为宜。

二、肺源性呼吸困难

【基本概念】

肺源性呼吸困难 是指由于呼吸系统疾病引起的病人自觉空气不足、呼吸费力, 并伴有呼吸频率、节律、深度的异常。严重时出现鼻翼扇动、张口或端坐呼吸。

【基本知识】

1. 分类、常见病因与临床特点

(1) 依据发病急缓: 分为急性呼吸困难和慢性呼吸困难。

(2) 肺源性呼吸困难: 也可分为吸气性、呼气性和混合性呼吸困难。①吸气性呼吸困难: 常见于气管炎症或异物、喉头水肿、肿瘤等引起上段呼吸道狭窄、梗阻时, 表现为吸气费力、吸气时间延长, 严重者于吸气时出现锁骨上窝、胸骨上窝及肋间隙向内凹陷, 简称“三凹征”。②呼气性呼吸困难: 表现为呼气延长、呼气费力, 伴有哮鸣音、颈静脉充盈, 常见于下呼吸道梗阻或细小支气管平滑肌痉挛。③混合性呼吸困难: 特点是吸气和呼气均费力、呼吸浅快, 常伴呼吸音变化及病理性呼吸音, 见于广泛肺疾病、大量胸腔积液、气胸等。

(3) 依据与活动的关系: ①轻度呼吸困难: 能与相同年龄的健康人同样地行走, 但不能同样地登高或上台阶。②中度呼吸困难: 在平地不能与相同年龄的健康人同样地行走, 但可以自己的速度行走或步行中需要不断休息。③重度呼吸困难: 日常活动明显受限, 即使说话、脱衣也感到呼吸困难, 不能外出活动。

2. 实验室及其他检查 血气分析, 胸部 X 线、CT、B 超检查。

3. 常见护理诊断

(1) 气体交换受损 与肺部病变广泛使呼吸面积减少、支气管平滑肌痉挛导致的气道狭窄或阻塞性肺气肿有关。

(2) 睡眠形态紊乱 与呼吸困难影响病人睡眠有关。

【重点解析】

1. 护理评估

(1) 病史: 重点评估呼吸困难发作的缓急和进展特点, 与活动的关系, 呼吸困难的发生与时间、环

境的关系；询问病人对治疗的反应；同时了解有无发热、咳嗽、咳痰、胸疼、心悸、发绀、面色苍白、四肢厥冷等伴随症状。

(2) 身体状况：注意观察病人的神志变化、面容与表情、皮肤、黏膜的颜色及呼吸频率、节律和深度的改变；其他胸部体征，如“三凹征”、哮鸣音、湿啰音及呼吸音增强、减弱或消失等。

(3) 心理社会状况：轻度呼吸困难病人常有疲乏、情绪紧张、失眠等现象；重度呼吸困难者可出现意识障碍。

2. 护理措施 ①休息与环境；②心理护理；③指导病人掌握有效呼吸的技巧，严重者应尽量减少活动和不必要的谈话；④保持口鼻卫生及呼吸道通畅；⑤氧疗；⑥用药注意疗效及不良反应。

三、咯血

【基本概念】

咯血 指喉以下呼吸道或肺组织的出血经口咯出。小量咯血为痰中带血或日出血量在 100ml 以内，中等量每日可达 100~500ml，大量咯血每日可达 500ml 以上或一次出血量大于 300ml。

【基本知识】

1. 常见病因 支气管扩张、肺结核、支气管肺癌、肺脓肿等，其他如肺栓塞、肺囊肿等。

2. 临床表现 多为鲜红色，含有泡沫或痰液，不易凝固，呈碱性。

3. 常见护理诊断

(1) 恐惧 与咯血有关。

(2) 有窒息的危险 与大咯血引起气道阻塞有关。

4. 护理措施

(1) 心理支持：加强巡视与陪伴，一旦发生咯血，护士应鼓励病人轻轻将血咯出，切勿屏气，以免诱发喉头痉挛，使血液引流不畅而形成血块阻塞气道。

(2) 休息：注意卧床休息，大咯血时取患侧卧位，以利健侧通气。

(3) 饮食指导：大咯血者暂时禁食，小量咯血者可进少量温凉的流质饮食，避免浓茶、咖啡、酒精等刺激性饮料。多饮水，每日至少 1 500ml，进食含纤维素丰富的饮食，保持大便通畅。

(4) 用药护理：咯血量较大者，常用垂体后叶素止血，因其具有强烈缩血管作用，并可引起平滑肌痉挛，故用药前常规做心电图检查，青光眼、冠心病、高血压、妊娠期妇女禁用。用药过程中需注意滴速，观察有无恶心、腹痛、便意、心悸、面色苍白等不良反应。禁用吗啡、哌替啶及强镇咳剂，以免抑制呼吸。

【重点解析】

大咯血窒息的先兆与抢救

(1) 窒息先兆：大量咯血时，病人可有极度紧张、面色苍白、胸闷气促、咯血不畅等窒息先兆，应引起足够重视，并采取相应措施。若病情进一步加重，则可有表情恐怖、张口瞪目、双手乱抓、大汗淋漓、唇指发绀、大小便失禁、意识丧失等窒息的表现。

(2) 窒息抢救：发现先兆，应立即将其置于头低足高俯卧位，轻拍背部以利血块排出。同时应立即用裹好纱布的手指清除咽喉部、鼻腔内血凝块，或迅速用粗鼻导管接吸引器插入气管或口腔抽吸积血，必要时行气管插管。血块清除后，若病人自主呼吸尚未恢复，应立即进行人工呼吸，给予高流量吸氧，必要时遵医嘱给予呼吸兴奋剂。同时需密切观察病情变化，监测血气，以预防并及时发现和再次窒息。