



“十二五”职业教育国家规划教材
经全国职业教育教材审定委员会审定

“互联网+教育”新形态一体化教材

内科护理

(第三版)

NEIKE HULI

主 编 申丽静



内科护理
(第三版)

主 编 申丽静

北京出版集团
北京出版社



北京出版集团
北京出版社

图书在版编目(CIP)数据

内科护理 / 申丽静主编. -- 3 版. -- 北京 : 北京出版社, 2025. 2. -- ISBN 978-7-200-19361-9

I. R473.5

中国国家版本馆 CIP 数据核字第 2025Z51B91 号

内科护理 (第三版)

NEIKE HULI

主 编: 申丽静
出 版: 北京出版集团
北京出版社
地 址: 北京北三环中路 6 号
邮 编: 100120
网 址: www.bph.com.cn
总 发 行: 北京出版集团
经 销: 新华书店
印 刷: 定州启航印刷有限公司
版 印 次: 2025 年 2 月第 3 版 2025 年 2 月第 1 次印刷
成品尺寸: 185 毫米 × 260 毫米
印 张: 25.5
字 数: 574 千字
书 号: ISBN 978-7-200-19361-9
定 价: 69.80 元

如有印装质量问题, 由本社负责调换

质量监督电话: 010-82685218 010-58572393

目录

单元一	绪论	1
单元二	呼吸系统疾病患者的护理	8
任务一	呼吸系统疾病常见症状体征的护理	9
任务二	急性上呼吸道感染的护理	16
任务三	支气管哮喘患者的护理	19
任务四	支气管扩张患者的护理	26
任务五	慢性阻塞性肺疾病患者的护理	32
任务六	慢性肺源性心脏病患者的护理	43
任务七	肺炎患者的护理	49
任务八	肺结核患者的护理	57
任务九	呼吸衰竭患者的护理	64
任务十	呼吸系统常用诊疗技术及护理	72
单元三	循环系统疾病患者的护理	76
任务一	循环系统疾病常见症状体征的护理	77
任务二	心力衰竭患者的护理	87
任务三	心律失常患者的护理	99
任务四	原发性高血压患者的护理	112
任务五	冠状动脉粥样硬化性心脏病患者的护理	122
任务六	心脏瓣膜病患者的护理	138
任务七	心肌疾病患者的护理	146
任务八	循环系统常用诊疗技术及护理	153

单元四 消化系统疾病患者的护理 160

任务一	消化系统疾病常见症状体征的护理	161
任务二	胃炎患者的护理	165
任务三	消化性溃疡患者的护理	171
任务四	肠结核患者的护理	178
任务五	炎症性肠病患者的护理	181
任务六	肝硬化患者的护理	189
任务七	肝性脑病患者的护理	196
任务八	急性胰腺炎患者的护理	203
任务九	上消化道大量出血患者的护理	208
任务十	消化系统常用诊疗技术及护理	215

单元五 泌尿系统疾病患者的护理 220

任务一	泌尿系统疾病常见症状体征的护理	221
任务二	肾小球疾病患者的护理	229
任务三	肾病综合征患者的护理	235
任务四	尿路感染患者的护理	242
任务五	肾衰竭患者的护理	249
任务六	泌尿系统常用诊疗技术及护理	262

单元六 血液系统疾病患者的护理 271

任务一	血液系统疾病常见症状体征的护理	272
任务二	贫血患者的护理	278
任务三	出血性疾病患者的护理	287
任务四	白血病患者护理	294
任务五	血液系统常用诊疗技术及护理	304

单元七 内分泌及代谢疾病患者的护理 309

任务一	内分泌及代谢疾病常见症状体征的护理	310
任务二	甲状腺疾病患者的护理	316
任务三	糖尿病患者的护理	326



单元八	风湿性疾病患者的护理	341
任务一	风湿性疾病常见症状体征的护理	342
任务二	系统性红斑狼疮患者的护理	347
任务三	类风湿性关节炎患者的护理	353
单元九	神经系统疾病患者的护理	360
任务一	神经系统疾病常见症状体征的护理	361
任务二	急性脑血管病患者的护理	370
任务三	癫痫患者的护理	385
任务四	神经系统常用诊疗技术及护理	392
参考文献		398



学习目标

» 知识目标

1. 掌握支气管哮喘、COPD、肺心病、肺炎、肺结核及呼吸衰竭的护理工作过程，配合医生正确用药。
2. 理解概念、病因、临床表现。
3. 了解发病机制和辅助检查。

» 能力目标

1. 会通过评估结果提出正确的护理诊断，实施护理措施。
2. 能指导患者进行有效排痰、正确使用气雾剂、吸氧、配合医生采集动脉血气分析标本及进行胸腔穿刺。
3. 能早期发现病情变化，及时配合抢救。

» 素质目标

具有关心、爱护和尊重患者的职业素质和团队协作精神。

(+ 护理情境

张某，男性，18岁。2小时前游园时突然张口喘息、大汗淋漓。查体：T: 36.5℃，R: 32次/分，BP: 110/70 mmHg，神志清楚，仅能说单字，表情紧张，端坐位，口唇发绀，双肺叩诊过清音，双肺野闻及广泛哮鸣音，呼吸明显延长，有奇脉。患者自幼常于春季发生阵发性呼吸困难，其母患有支气管哮喘。

思考

1. 该患者最可能的诊断是什么？
2. 该患者主要的护理诊断有哪些？
3. 该患者主要的护理措施是什么？

呼吸系统的主要功能是进行气体交换，同时具有防御、免疫和代谢功能。由于呼吸系统与外界相通，外界的有害物质可直接侵入造成伤害，故呼吸系统疾病发病率很高，大多与感染、变态反应、理化因素及全身性疾病等因素有关，其中以感染最多见。目前随着社会人口的老齡化、大气污染和吸烟的危害，慢性阻塞性肺疾病和支气管肺癌的发

病率也呈上升趋势。多数呼吸系统疾病呈慢性病程,易引起慢性肺功能损害,甚至导致呼吸衰竭而威胁患者生命。呼吸系统病变部位主要在支气管和肺泡,因此,咳嗽、咳痰、咯血、呼吸困难和胸痛是呼吸系统疾病具有共性的主要症状,在护理工作中应针对各种常见症状的不同特点,按照护理程序的要求进行整体护理。

任务一 呼吸系统疾病常见症状体征的护理

一、咳嗽和咳痰

咳嗽(cough)是一种保护性反射动作,借助咳嗽可将呼吸道内的病理性分泌物和从外界进入呼吸道内的异物排出体外。分湿性咳嗽和干性咳嗽两种。频繁、剧烈的咳嗽可使肺泡内压力升高,加重呼吸和循环的负担。痰是由支气管黏膜的分泌物或肺泡的渗出物所形成的,痰液的性质可分为黏液性、浆液性、脓性、黏液脓性、浆液血性、血性等。咳痰(expectoration)是将呼吸道内病理性分泌物,借助咳嗽反射而排出口腔外的动作,属病态现象。



学习目标 2-1

引起咳嗽与咳痰的疾病常见的有:①呼吸道疾病(各种感染、过敏反应、肿瘤、物理化学性刺激等);②胸膜疾病(胸膜炎、胸膜受刺激,如自发性气胸等);③呼吸系统以外的疾病也可引起咳嗽,如心血管疾病(肺淤血及肺水肿、肺栓塞等)、中枢性因素(起源于大脑皮质的随意性咳嗽等)。

(一) 护理评估

1. 病史 咳嗽出现的时间和节律、咳嗽的性质和音色;痰液的性状、痰量及气味;咳嗽咳痰时是否伴有发热、胸痛、哮喘、咯血、呼吸困难等症状;患者有无疲乏、失眠、注意力不集中、情绪不稳定等情况;有无焦虑、抑郁等负性情绪及其程度,另外还要判断咳嗽是否与精神因素有关。

咳嗽出现的时间、性质与节律,痰液的量与性状因疾病不同而表现不同:①慢性支气管炎常表现为单声或连续的湿性咳嗽,晨起明显;发作性咳嗽可见于百日咳、支气管淋巴结结核或肿瘤压迫支气管分叉处;支气管扩张与肺脓肿患者往往于清晨起床或夜间卧床时咳嗽加剧,并继而咳痰。②带金属音的咳嗽,常由于支气管管腔狭窄所致;声音嘶哑的咳嗽是声带发炎或肿瘤压迫所致;犬吠样咳嗽多见于会厌、喉头疾患或气管受压等。③急性呼吸道炎症时痰量常少;支气管扩张、空洞型肺结核、肺脓肿等痰量常较多;当脓胸、膈下脓肿等穿破支气管时患者可突然咳出大量脓痰。④慢性支气管炎咳白色泡沫或黏液痰,感染加重时为脓性痰;肺炎球菌性肺炎咳铁锈色痰;慢性肺脓肿、支气管扩张可咳大量黄色或绿色脓性痰,伴有厌氧菌感染时可有恶臭味;肺水肿时,咳粉红色泡沫痰。

2. 身体评估 患者神志是否清楚、生命体征是否平稳;有无痰液黏稠、无力咳嗽等情况;有无因频繁剧烈咳嗽引起的眼结膜出血、尿失禁、脱肛、伤口裂开等症状;饮食



是否油腻、饮水量是否足够；是否需要痰液引流及机械吸痰。

3. 心理—社会评估 评估是否存在因频繁剧烈咳嗽而引起患者疲乏、失眠、焦虑、紧张等情绪变化；评估患者室内空气流通情况、温湿度是否适宜等。

4. 实验室及其他检查

- (1) 痰细菌学检查，对肺结核、肺部感染、支气管肺癌等疾病的诊断有重要意义。
- (2) 胸部 X 线透视及摄片检查，能确定肺部病变的部位与范围。
- (3) 血液、生化、支气管纤维镜检查应视情况而定。

(二) 护理诊断

1. **清理呼吸道无效** 与痰液黏稠、无力咳嗽有关。
2. **疲乏** 与频繁、剧烈的咳嗽严重影响休息有关。

(三) 护理目标

- (1) 患者生命体征平稳，情绪稳定。
- (2) 咳嗽减轻或消除，痰液能有效排出。
- (3) 咳嗽咳痰后呼吸平稳，伴随症状减轻或消失。
- (4) 活动耐力恢复或有所改善，无并发症发生。

(四) 护理措施

1. 清理呼吸道无效

(1) 指导有效咳嗽。适用于神志清楚尚能咳嗽的患者，患者取坐位或半坐卧位，先行 5～6 次深呼吸，在深吸气末屏气 3～5 s，继而缩唇缓慢呼气到最大程度，再深吸一口气后屏气 3～5 s，身体前倾，微张口。然后用力连续咳嗽 2～3 次使痰液到咽部附近，再用力将痰咳出；患者尽可能取坐位，两腿上置一枕顶住腹部，促使膈肌上升，咳嗽时身体前倾，头颈屈曲，张口用力咳嗽将痰咳出。并应经常改变体位以利于排痰。

(2) 体位引流。适用于痰液量较多、呼吸功能尚好者，如支气管扩张、肺脓肿患者，体位引流应根据病灶部位，采取相应的体位，原则是使痰液潴留部位高于主支气管，同时辅以拍背叩击，促使痰液流出。

(3) 湿化呼吸道。适用于痰液黏稠而不易咳出者。常用的方法是超声雾化吸入，通过超声发生器薄膜的高频振荡，使液体成为高密度均匀气雾颗粒，能到达末梢气道，有效软化痰液，若雾化液中加入痰溶解剂、平喘药、抗生素等药物，效果更佳。但应注意长期大雾量治疗可刺激气道引起支气管痉挛、呼吸道继发感染等不良反应。

(4) 胸部叩击法与胸壁振荡法。适用于长期卧床、久病体弱、排痰无力的患者。患者取侧卧位，护士指关节屈曲，手呈扶碗状，由肺底向肺尖、由外侧向内侧轻拍胸壁，通过振荡胸壁边拍边鼓励患者咳嗽，以利于痰液排出（图 2-1、图 2-2）。

(5) 机械吸痰。适用于痰量较多、排痰困难、咳嗽反射弱的患者，尤其是昏迷或行气管切开、气管插管者。

(6) 积极补充水分。保持室内适宜的温、湿度，并嘱患者多饮水，每日饮水量保持在 1500 mL 以上，以利于痰液的湿化。





（五）护理评价

胸痛减轻或消失，无并发症发生。

任务二 急性上呼吸道感染的护理

急性上呼吸道感染（acute upper respiratory tract infection）是鼻、咽、喉部急性局限性炎症的总称。常见病原体为病毒，少数由细菌引起，是呼吸道最常见的一种传染病，多数预后良好，少数则可引起严重并发症。

本病全年均可发生，冬春季多见。可通过含有病毒的飞沫或被污染的手和用具传播，多为散发，但在气候突然变化时可引起局部小规模流行。由于病毒表面抗原容易产生变异，形成新的亚型，而且不同亚型之间无交叉免疫，因此同一个人一年内可多次发病。



学习目标 2-2

一、病因与发病机制



考点提示

急性上呼吸道感染最常见的病原体是病毒。

（一）病因

急性上呼吸道感染有 70% ~ 80% 是由病毒引起，主要有鼻病毒、流感病毒、副流感病毒、埃可病毒、腺病毒、柯萨奇病毒等。细菌感染占 20% ~ 30%，可直接或继发于病毒感染之后，主要为口腔定植菌溶血性链球菌，其次有肺炎链球菌、葡萄球菌、流感嗜血杆菌等。

（二）发病机制

正常情况下健康人的鼻、咽部均有病毒、细菌存在，当全身或呼吸道局部防御能力低下时（如受凉、淋雨、过劳等），原已存在于上呼吸道的或从外界侵入的病毒、细菌可迅速繁殖，造成上呼吸道的上皮细胞增生、坏死，黏膜充血、水肿和表浅溃疡等卡他性病变，并伴有淋巴细胞和中性粒细胞浸润。炎症消退后，上呼吸道黏膜的结构、功能可恢复正常。

二、临床表现

急性上呼吸道感染的临床表现存在个体差异性，根据病因不同可有不同类型，并且各种类型之间无明显界限，可互相转化。患者常对上呼吸道感染持无所谓态度，不注意休息和及时治疗，以致感染蔓延，可继发鼻窦炎、中耳炎、气管及支气管炎等，部分患



发作。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。

（二）体征

胸部呈过度充气征象，双肺可闻及广泛的哮鸣音（在轻度或非常严重哮喘时哮鸣音可不出现），呼气延长；重症哮喘的体征有发绀、心率快、奇脉、胸腹反常运动等。非发作期体检可无异常。



考点提示

支气管哮喘发作的典型表现为：发作性呼气性呼吸困难，伴有哮鸣音。

（三）临床分期

支气管哮喘可分为急性发作期、非急性发作期和缓解期。

1. 急性发作期 是指气促、咳嗽、胸闷等症状突然发生或症状加重，常有呼吸困难，以呼气流量降低为其特征。常因接触变应原等刺激物或治疗不当所致。哮喘急性发作时其程度轻重不一，病情加重时可在数小时或数天内出现，偶尔可在数分钟内危及生命，故应对病情作出正确评估，以便给予及时有效的紧急治疗，哮喘急性发作时严重程度可分为轻度、中度、重度和危重4级，见表2-1。

2. 非急性发作期（慢性持续期） 是指在哮喘非急性发作期，患者仍有不同程度的哮喘症状或PEF降低。将非急性发作期的病情严重程度分为间歇发作、轻度持续、中度持续和重度持续4个等级，见表2-2。

表 2-1 哮喘急性发作期病情的程度

病情程度	临床表现	生命体征	血气分析	支气管舒张剂
轻度	对日常生活影响不大，行走时感气促、可平卧、说话连续成句	脉搏 < 100 次/分	基本正常	能被控制
中度	日常生活受限，说话时或轻微活动时便有喘息，喜坐位，说话呈半句或时断时续，有焦虑和烦躁	脉搏 100 ~ 120 次/分	PaO ₂ 60 ~ 80 mmHg PaCO ₂ < 45 mmHg	仅有部分缓解
重度	日常生活明显受限，休息时亦明显气促，呈端坐位张口呼吸，常有焦虑或烦躁不安，大汗淋漓，心率和呼吸明显增快	脉搏明显增快，有奇脉、发绀	PaO ₂ < 60 mmHg PaCO ₂ > 45 mmHg	无效
危重	患者不能讲话，出现嗜睡或意识障碍，胸腹部矛盾运动，心动过缓，血压下降，呼吸音、哮鸣音减弱或消失	脉搏 > 120 次/分或脉率徐缓不规则，血压下降	PaO ₂ < 60 mmHg PaCO ₂ > 45 mmHg	无效



表 2-2 哮喘慢性持续期病情严重度的分级

分级	哮喘发作频度	肺功能改变
间歇发作（第一级）	症状＜每周 1 次，短暂发作，夜间哮喘症状≤每月 2 次	$FEV_1 \geq 80\%$ 预计值或 $PEF \geq 80\%$ 个人最佳值， PEF 或 FEV_1 变异率＜20%
轻度持续（第二级）	症状≥每周 1 次，但＜每日 1 次，可能影响活动及睡眠，夜间哮喘症状＞每月 2 次，但＜每周 1 次	$FEV_1 \geq 80\%$ 预计值或 $PEF \geq 80\%$ 个人最佳值， PEF 或 FEV_1 变异率 20%～30%
中度持续（第三级）	每日有症状，影响活动及睡眠，夜间哮喘症状≥每周 1 次	$FEV_1 60\% \sim 79\%$ 预计值或 $PEF 60\% \sim 79\%$ 个人最佳值， PEF 或 FEV_1 变异率＞30%
重度持续（第四级）	每日有症状，频繁发作，夜间哮喘症状经常出现，体力活动受限	$FEV_1 < 60\%$ 预计值或 $PEF < 60\%$ 个人最佳值， PEF 或 FEV_1 变异率＞30%

3. 缓解期 指经过治疗或未经治疗症状、体征消失，肺功能恢复到急性发作前水平，并维持 4 周以上。

（四）并发症

1. 气胸、纵隔气肿 当支气管哮喘发作时，由于排气困难，使肺泡内压急剧升高，肺泡破裂，气体通过破裂的肺泡以及肺间质，破溃到胸膜腔内，使原为负压的胸膜腔变为正压，形成气胸。气胸形成后严重影响了肺的换气，使缺氧和二氧化碳潴留加重。同样的道理，气体通过破溃的肺组织进入纵隔组织，形成一个气体包块，称为纵隔气肿。

2. 肺不张 哮喘患者的支气管平滑肌痉挛，气管壁水肿，再加上内分泌亢进，极易造成气道阻塞，引起阻塞性肺不张，常为肺叶或肺段不张。

3. 支气管炎 支气管哮喘反复发作，造成机体免疫力降低，同时使肺的排泄系统受到损害，极易发生支气管炎，迁延不愈形成慢性支气管炎。

另外，支气管哮喘还可引起支气管扩张症、间质性肺炎、肺纤维化以及肺源性心脏病等。还可能会引起过敏性鼻炎、鼻窦炎、儿童发育不良和胸廓畸形，便秘或腹泻等胃肠功能紊乱表现，均应给予足够重视，一旦发现应及时治疗。



考点提示

纵隔气肿的主要表现为：患者可感胸闷不适，咽部梗阻感，胸骨后疼痛并向两侧肩部和上肢放射。肺不张的主要表现为：胸闷、气急、呼吸困难、干咳等。

四、辅助检查

1. 肺功能检查

（1）通气功能检测：第一秒用力呼气容积（ FEV_1 ）/肺活量（FVC）下降（低于 70% 或低于正常值的 80%）为判断气道阻塞的重要指标。

（2）支气管舒张试验：用以测定气道的可逆改变，常用药物为沙丁胺醇、特布他林等， FEV_1 较用药前增加＞15%，且绝对值大于 200 mL，为阳性。

（3）支气管激发试验：用以测定气道反应性，常用吸入激发剂为醋甲胆碱、组胺等，





茶碱控释片由于有控释材料，不能嚼服，必须整片吞服。

3. 糖皮质激素 少数患者可出现口腔念珠菌感染、声音嘶哑或呼吸道不适，指导患者吸药后必须立即用清水充分漱口以减少局部反应和胃肠吸收。全身用药应注意肥胖、糖尿病、高血压、骨质疏松、消化性溃疡等不良反应，口服用药宜在饭后服用，以减少对胃肠道黏膜的刺激。

（四）并发症护理

1. 气胸、纵隔气肿 详见本单元任务五相关内容。

2. 肺不张 发生了肺不张或感染后，应协助患者加强深呼吸和有效咳嗽、咳痰训练，必要时应用雾化吸入湿化排痰或用支气管镜吸痰。

3. 支气管炎 详见本单元任务五相关内容。

（五）心理护理

发作期应加强巡视，陪伴、安慰患者，减轻紧张、恐惧心理。缓解期应鼓励患者参加体育锻炼和社会活动，提高社会适应能力。指导患者家属多关心、照顾患者，听取患者心声。

（六）健康教育

1. 疾病预防知识指导 避免接触过敏原及非特异性刺激物，过敏体质的儿童可应用色甘酸钠预防发作或使用哮喘菌疫苗预防。

2. 生活指导 避免诱发因素：居室禁放花、草、地毯，不养宠物，避免摄入致敏的食物；避免接触刺激性气体；避免精神刺激和剧烈运动。应充分休息，合理饮食，预防感冒。急性发作时应及时就医。

3. 用药指导 了解所用药物的用法与不良反应，指导患者或家属掌握正确的药物吸入技术。

十、护理评价

患者呼吸频率、节律平稳；能选择合适的排痰方法，排出痰液；能正确使用雾化吸入器。



案例评析 2-3

任务四 支气管扩张患者的护理

支气管扩张症（bronchiectasis）是由于急、慢性呼吸道感染和支气管阻塞后，反复发生支气管炎症，致使支气管壁结构破坏，引起的支气管异常和持久性扩张。



学习目标 2-4



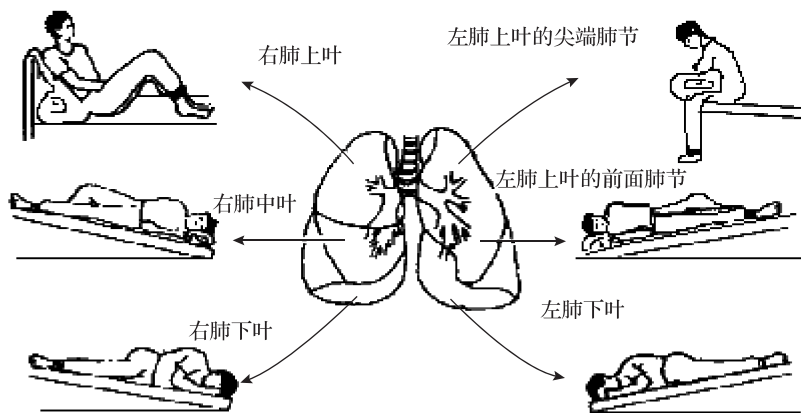


图 2-4 体位引流示意图

5. 咯血护理

(1) 小量咯血以静卧休息为主，大咯血患者应绝对卧床休息，尽量避免搬动患者，取患侧卧位，可减少患侧胸部的活动度。

(2) 给予患者精神安慰，鼓励其将血轻轻咯出。大咯血时应禁食，小量咯血者可给予少量温凉、易消化的半流质饮食。

(3) 对于大咯血或意识不清的患者，应取患侧卧位，头转向一侧，并在病床旁备好急救器械，一旦患者出现窒息征象，应立即取头低足高 45° 俯卧位，面向一侧，轻拍背部，迅速排出气道和口咽部的血块，或直接刺激咽部以咯出血块，必要时进行负压吸引，引出血块。给予高浓度吸氧，并随时做好气管插管或气管切开的准备和配合工作，及时记录。

(4) 密切观察咯血的颜色和量，并记录；观察患者有无窒息的先兆症状及应用止血药物的作用和不良反应。保证静脉通路通畅，正确计算每分钟滴速。保持病室安静，避免噪声刺激。及时清除血污物品，保持床单整洁。

(二) 病情观察

观察痰液的颜色、性状、气味和量的变化，必要时留痰标本送验。注意病情变化，有无感染与咯血。监测体温变化。注意患者有无发热、消瘦、贫血等症状。

(三) 用药护理

按医嘱使用抗生素、祛痰剂和支气管舒张剂，指导患者掌握药物疗效、剂量、用法和不良反应。

(四) 心理护理

向患者及家属介绍有关支气管扩张的疾病和自我护理的知识，保持乐观主义精神，增强战胜疾病的信心和决心，鼓励同种病患者之间进行交流治疗成功信息，保持情绪稳定，放松心情，增加其对疾病治疗的信心，尽快康复。



侧代偿性肺气肿。

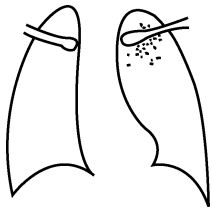


图 2-9 浸润型肺结核



图 2-10 双上肺继发性肺结核



图 2-11 纤维空洞型肺结核

(3) 干酪样肺炎：浸润型肺结核伴有大片干酪样坏死时，常呈急性进展，严重的中毒症状称为干酪样肺炎（或结核性肺炎）。

慢性空洞：空洞周围为干酪坏死物、无壁；厚壁空洞见于慢性纤维空洞型肺结核；净化空洞系经有效合理化疗，结核菌已被消灭，痰菌阴性连续一年以上，但空洞仍在，故亦称为“空洞开放愈合”。

4. 结核性胸膜炎（图 2-12） 干性胸膜炎以胸痛为主要症状，深吸气、咳嗽时加重，可闻及胸膜摩擦音，X 线检查无异常。渗出性胸膜炎除全身毒性症状外，有胸痛和呼吸困难，出现胸腔积液体征，少量积液可见肋膈角变钝；中等量积液形成中、下肺野均匀片状致密阴影，上缘呈弧形向上，外侧升高，积液可随体位变动。



图 2-12 结核性胸膜炎

5. 其他肺外结核 按部位及脏器命名。如骨关节结核、结核性脑膜炎、肾结核、肠结核等。

三、临床表现

典型肺结核起病缓慢，病程经过较长，有低热、乏力、食欲缺乏、咳嗽和少量咯血。但多数患者病灶轻微，常无明显症状，经 X 线健康检查时被发现。

（一）症状

1. 全身症状 表现为午后低热、乏力、食欲缺乏，体重减轻、盗汗等。当肺部病灶急剧进展播散时，可有高热、畏寒等，妇女可有月经失调或闭经。

2. 呼吸系统症状 一般有干咳或只有少量黏液。伴继发感染时，痰呈黏液性或脓性。约 1/3 患者有不同程度的咯血。当炎症波及壁层胸膜时，相应胸壁有刺痛，一般并不剧烈，随呼吸和咳嗽而加重。慢性重症肺结核患者，呼吸功能减退，出现呼吸困难。

（二）体征

病灶小或位置深者，多无异常体征。病变范围较大者可见患侧呼吸运动减弱，语颤增强，叩诊呈浊音，听诊呼吸音减弱或有支气管肺泡呼吸音。锁骨上下，肩胛间区叩诊





任务十 呼吸系统常用诊疗技术及护理

胸腔穿刺术是自胸腔内抽取胸腔积液（或积气）的有创操作，是呼吸内科、胸外科和急诊科常用的诊疗技术。

一、适应证

- （1）检查胸腔积液的性质，有无特殊细胞及病原体，以确定诊断。
- （2）抽出胸腔积液或积气，减轻压迫症状。
- （3）向胸腔内注射药物进行治疗。

二、禁忌证

- （1）体质衰弱、病情危重难以耐受穿刺术者。
- （2）对麻醉药过敏。
- （3）凝血功能障碍，严重出血倾向，患者在未纠正前不宜穿刺。
- （4）有精神疾病或不合作者。
- （5）疑为胸腔包虫病患者，穿刺可引起感染扩散，不宜穿刺。
- （6）穿刺部位或附近有感染。

三、操作过程

评 估

1. 病情及合作程度，是否了解胸腔穿刺术的目的及意义。
2. 有无麻醉药过敏，有无凝血功能障碍，有无出血倾向，穿刺部位或附近有无感染，有无精神异常史。

操作前准备

1. **心理准备** 及时了解患者的心理状态，耐心细致地做好解释工作，向患者讲明胸穿的目的、必要性及重要性，介绍操作方法，以解除患者的思想顾虑和紧张情绪。
2. **用物准备** ①常规消毒治疗盘1套。②无菌胸腔穿刺包：内有胸腔穿刺针（针座接胶管）、5 mL和50 mL注射器、7号针头、血管钳、洞巾、纱布等其他用物。③1%~2%普鲁卡因、无菌手套、甲紫、500 mL量筒1个、酒精灯、按需要准备试管2支、培养管1个、病理标本瓶1个、胸腔注射用药、无菌生理盐水1瓶（脓胸病人冲洗胸腔用），床上小桌或椅子、屏风、冷天应有毛毯。
3. **患者准备** ①术前患者应进行胸部X线和超声波检查，确定胸腔内有无积液或积气，了解液体或气体所在部位及量的多少，并标上穿刺记号。②在特殊检查（治疗）知情同意书上签字。③患者多取坐位。面向椅背，两手交叉抱臂，置于椅背，头枕臂上，使肋间隙增宽；不能坐起者，可采取半卧位，举起患侧上臂。



病情观察



1. 术中密切观察患者有无头晕、面色苍白、出冷汗、心悸、胸部剧痛、刺激性咳嗽等“胸膜反应”情况。
2. 按需留取胸水标本：诊断性抽液，抽50~100 mL即可；减压抽液或抽气，首次不超过600 mL，以后每次不超过1000 mL。

操作后护理

术后观察患者呼吸、脉搏、血压情况，观察有无气胸、血胸、肺水肿及胸腔感染等并发症。注意观察穿刺点有无渗血或液体漏出。

四、注意事项

- (1) 患者若有剧烈咳嗽不宜穿刺，必要时按医嘱术前 0.5 h 给予可待因镇咳。
- (2) 协助患者取正确体位，以利于穿刺。
- (3) 穿刺过程严密观察患者反应，如出现头晕、心悸、面色苍白、出汗、剧烈胸痛、呼吸困难、连续咳嗽、口唇发绀、脉搏细速等症状，应立即通知医生，并备好抢救用物及药品，按医嘱进行处理。
- (4) 协助医生抽液时，注意速度不宜过快。
- (5) 抽液完毕，嘱患者平卧位或半卧位休息 1 ~ 2 h，注意有无不良反应。



直击护考



一、选择题

A1 型题

1. 大量咯血是指（ ）。
A. 一次咯血量 < 100 mL B. 一次咯血量 > 100 mL
C. 一次咯血量 > 200 mL D. 一次咯血量 > 300 mL
E. 一次咯血量 > 400 mL
2. 慢性肺源性心脏病急性加重期患者应慎用（ ）。
A. 镇静剂 B. 祛痰剂 C. 解痉平喘药
D. 呼吸兴奋剂 E. 抗感染药物
3. 观察结核菌素试验正确的时间是（ ）。
A. 6 h B. 12 h C. 24 h
D. 36 h E. 72 h

A2 型题

4. 患者，男性，32 岁，在进入某旅馆时出现流鼻涕、打喷嚏，继而出现明显喘憋。查体：呼气音延长，满肺广泛哮鸣音，最可能的原因是（ ）。
A. 喉头水肿 B. 急性支气管炎 C. 慢性阻塞性肺气肿
D. 支气管哮喘 E. 急性肺水肿





5. 女性，70岁，有COPD病史20年，近日受凉后咳嗽加重，咳大量脓性黏痰，不易咳出。查体：体温37.6℃，听诊可闻痰鸣音，伴喘息。此患者最主要的护理问题是（ ）。

- A. 气体交换受损 B. 清理呼吸道无效 C. 低效性呼吸形态
D. 体温过高 E. 活动无耐力

6. 患者男性，25岁，淋浴后出现高热，寒战，咳嗽咳痰，剧烈胸痛，请问对胸痛患者的护理措施中下列哪一项不妥（ ）。

- A. 稳定情绪 B. 注意休息
C. 常规使用镇痛剂 D. 宽胶布固定患侧胸廓
E. 胸膜炎者取患侧卧位

7. 患者男性，28岁，支气管扩张症患者，其病变部位在左下叶后基底段，请问做体位引流宜取何种卧位（ ）。

- A. 仰卧位、腰臀部抬高 B. 俯卧位、腰臀部抬高
C. 平卧位、两腿抬高 D. 左侧卧位、腰部抬高
E. 右侧卧位、腰部抬高

8. 患者男性，有慢性咳嗽史20余年，已并发肺气肿。近2天来因受凉而致发热，咳嗽剧烈，痰呈黄脓色且不易咳出，伴气促；听诊两肺底有散在湿啰音。下列对年老体弱的慢性阻塞性肺疾病患者的治疗中不恰当的是（ ）。

- A. 急性发作期以抗感染治疗为主
B. 痰液黏稠时可雾化吸入
C. 剧烈咳嗽时可用强镇咳剂缓解病人的痛苦
D. 病情缓解后可做腹式呼吸和缩唇呼气训练
E. 应给予高蛋白质、高维生素饮食

9. 患者男性，72岁，有COPD病史22年，近日受凉后出现咳嗽加重，经治疗缓解。在缓解期实施缩唇腹式呼吸锻炼，请问吸气与呼气时间比例为（ ）。

- A. 1:1 B. 1:(1~2) C. 1:(2~3)
D. 1:(3~4) E. >4:1

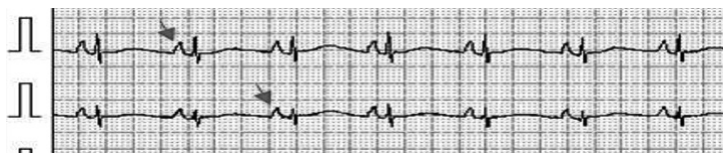
10. 肺性脑病不能用高浓度吸氧，主要是因为（ ）。

- A. 缺氧不是主要原因 B. 可引起氧中毒
C. 可解除颈动脉窦的兴奋性 D. 促使二氧化碳排出过快
E. 诱发代谢性碱中毒



二、图片题

结合图片，说出病人可能患有的疾病（ ）。



- A. 冠心病
- B. 右心衰
- C. 肺源性心脏病
- D. 左心衰
- E. 高血压

三、视频题



单元二 视频题

通过视频，我们发现哮喘急性发作时，首选的药物是（ ）。

- A. 糖皮质激素
- B. 异丙肾上腺素
- C. 氨茶碱
- D. 麻黄素
- E. 沙丁胺醇

