



医药卫生类专业“互联网+”精品教材

内科护理

NEIKE HULI

主 编 刘爱平 袁春霞



扫描二维码
共享立体资源

内科护理

主
编
刘爱平
袁春霞



中南大学出版社
www.csupress.com.cn



中南大学出版社
www.csupress.com.cn

目录

单元一 绪论 1

- 任务一 内科护理的内容和性质 1
- 任务二 内科护理的学习方法和要求 1
- 任务三 内科护理人员的素质及要求 2
- 任务四 内科护理的现代发展与展望 3

单元二 呼吸系统疾病患者的护理 4

- 任务一 呼吸系统疾病常见症状和体征的护理 5
- 任务二 急性呼吸道感染患者的护理 10
- 任务三 支气管哮喘患者的护理 12
- 任务四 慢性阻塞性肺疾病患者的护理 17
- 任务五 慢性肺源性心脏病患者的护理 20
- 任务六 支气管扩张患者的护理 23
- 任务七 肺炎患者的护理 25
- 任务八 肺结核患者的护理 28
- 任务九 原发性支气管肺癌患者的护理 34
- 任务十 呼吸衰竭患者的护理 38

单元三 循环系统疾病患者的护理 44

- 任务一 循环系统疾病常见症状和体征的护理 45
- 任务二 心力衰竭患者的护理 48
- 任务三 心律失常患者的护理 56
- 任务四 原发性高血压患者的护理 65
- 任务五 冠状动脉粥样硬化性心脏病患者的护理 70
- 任务六 风湿性心脏瓣膜病患者的护理 77
- 任务七 感染性心内膜炎患者的护理 82



任务八 病毒性心肌炎患者的护理 85

任务九 心肌病患者的护理 87

任务十 心包炎患者的护理 90

单元四 消化系统疾病患者的护理 94

任务一 消化系统疾病常见症状和体征的护理 95

任务二 胃炎患者的护理 100

任务三 消化性溃疡患者的护理 104

任务四 溃疡性结肠炎患者的护理 109

任务五 肝硬化患者的护理 112

任务六 原发性肝癌患者的护理 117

任务七 肝性脑病患者的护理 120

任务八 急性胰腺炎患者的护理 124

任务九 上消化道大出血患者的护理 127

单元五 泌尿系统疾病患者的护理 133

任务一 泌尿系统疾病常见症状和体征的护理 134

任务二 尿路感染患者的护理 139

任务三 肾小球疾病患者的护理 142

任务四 慢性肾衰竭患者的护理 148

单元六 血液系统疾病患者的护理 154

任务一 血液系统疾病常见症状和体征的护理 155

任务二 贫血患者的护理 161

任务三 出血性疾病患者的护理 167

任务四 白血病患者护理 172

单元七 内分泌与代谢性疾病患者的护理 180

任务一 内分泌系统疾病常见症状和体征的护理 181

任务二 甲状腺疾病患者的护理 183

任务三 库欣综合征患者的护理 191

任务四 糖尿病患者的护理 193



单元八 风湿性疾病患者的护理 200

任务一 风湿性疾病常见症状和体征的护理 201

任务二 系统性红斑狼疮患者的护理 204

任务三 类风湿性关节炎患者的护理 207

单元九 神经系统疾病患者的护理 211

任务一 神经系统疾病常见症状和体征的护理 212

任务二 周围神经疾病患者的护理 222

任务三 脑血管疾病患者的护理 227

任务四 癫痫患者的护理 240

任务五 帕金森病患者的护理 244

单元十 传染病患者的护理 249

任务一 概述 250

任务二 病毒性传染病患者的护理 260

任务三 细菌感染患者的护理 277

任务四 寄生虫感染患者的护理 288

参考文献 295

单元三

循环系统疾病患者的护理

学习目标

1. 识记循环系统常见症状的护理措施，识记常见疾病的临床表现、主要护理诊断、护理措施和健康指导。
2. 能为循环系统疾病患者提供正确的护理。
3. 学会循环系统疾病常用诊疗护理技术。
4. 培养学生的评判性思维和爱患意识。

学习导入

江某，男，76岁。患者因3h前无明显诱因胸闷、胸痛入院。患者胸痛性质为压榨性疼痛，并放射到右肩部，表现为右肩部酸痛，伴恶心、呕吐。查体：T 36.4，P 80次/分，R 20次/分，BP 105/68mmHg，患者诉寒冷。查心电图示：“Ⅱ、Ⅲ、AVF、V7、V8、V9导联ST段弓背样向上抬高0.6mv”，肌红蛋白阳性。查双肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音，心尖搏动正常，心浊音正常，心律齐，各瓣膜间未闻及病理性杂音。

辅助检查：肌红蛋白 204 μg/mL；WBC 计数 10.5×10^9 ；红细胞计数 3.69×10^9 ，血红蛋白计数 104g/L；中性粒细胞百分比 86.2%；高密度脂蛋白 0.69mmol/L。

思考

1. 该患者发生了什么情况？
2. 请提出主要的护理诊断，并根据优先护理问题写出相应的护理措施。



【知识拓展】

6 分钟步行试验

6 分钟是一项简单易行、安全、方便的试验，用以评定慢性心力衰竭患者的运动耐力。要求患者在平直走廊里尽可能快的行走，测定 6 分钟的步行距离。若 6 分钟步行距离 $< 150\text{m}$ ，为重度心功能不全， $150 \sim 425\text{m}$ 为中度心功能不全， $426 \sim 550\text{m}$ 为轻度心功能不全。

（四）辅助检查

1. **X 线检查** 心影大小及外形可为心脏病的病因诊断提供重要依据。有无肺淤血及其程度直接反映心功能状态，早期肺静脉压增高时，主要表现为肺门血管影增强，肺动脉压力增高可见右下肺动脉增宽，进一步出现的肺间质水肿可使肺野模糊，Kerley B 线是慢性肺淤血的特征性表现。

2. **超声心动图** 比 X 线检查能更准确地显示心腔大小变化及心瓣膜结构情况。利用多普勒超声技术测量计算左心室射血分数（LVEF）等，能较好地反映左心室功能。

3. **创伤性血流动力学检查** 目前多采用漂浮导管，经静脉插管直至肺小动脉，测定各部位的压力及血液含氧量，计算心脏指数（CI）及肺小动脉楔压（PCWP），直接反映左心功能。

4. **放射性核素** 放射性核素心血池显影有助于判断心室腔大小，计算射血分数和左心室最大充盈速率。

（五）治疗原则

1. **病因治疗** 对所有可能导致心脏功能受损的常见疾病如高血压、冠心病、糖尿病、代谢综合征等，在尚未造成心脏器质性改变前即早期进行有效治疗，并积极预防和治疗诱因，如感染、心律失常等。

2. 减轻心脏负担

（1）休息：控制体力活动，避免精神刺激，降低心脏负荷。

（2）控制钠盐摄入：心衰患者血容量增加，且体内水钠潴留，因此减少钠盐摄入有利于减轻水肿等症状。

（3）利尿药的应用：为最常用药物，通过排钠、排水减轻心脏容量负荷，对缓解淤血症状、减轻水肿效果显著。常用药物有呋塞米（速尿）、氢氯噻嗪、螺内酯（安体舒通）、氨苯蝶啶等。

（4）血管扩张药的应用：

1）小静脉扩张药：以硝酸酯制剂为主，如硝酸甘油、硝酸异山梨酯。

2）小动脉扩张药：血管紧张素转换酶抑制药（ACEI）被近年国外临床试验均证明：即使是重度心衰 ACEI 治疗也可明显改善远期预后，降低病死率。常用药物为卡托普利、贝那普利、培哚普利等。



3. 心电图特点 ①第一度房室传导阻滞：P-R 间期 > 0.20 秒；无 QRS 波群脱落（图 3-14）。② I 型房室传导阻滞（文氏现象）：P-R 间期逐渐延长，相邻的 R-R 间期进行性缩短，直至 P 波后 QRS 波群脱落；包含 QRS 波群的 R-R 间期比两倍正常窦性 P-P 间期短；最常见的房室传导比例为 3 : 2 或 5 : 4（图 3-15）。③ II 型（莫氏现象）：P-R 间期固定不变（可正常或延长）；间歇性 QRS 波群脱漏，常见比例为 2 : 1 或 3 : 1（图 3-16）。④第三度房室传导阻滞：P 波与 QRS 波群各有规律，互不相关，呈完全性房室分离；心房率 $>$ 心室率；QRS 波群形态取决于阻滞部位，如阻滞位于希氏束及其附近，心室率为 40 ~ 60 次 / 分钟，QRS 波群正常，心律亦较稳定，如位于室内传导系统的远端，心室率可在 40 次 / 分钟以下，QRS 波群增宽，心室率亦常不稳定（图 3-17）。

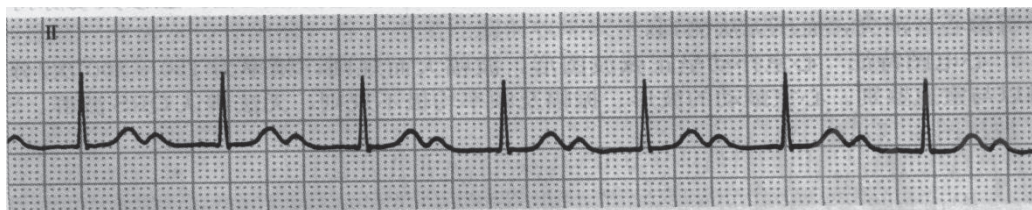


图 3-14 第一度房室传导阻滞

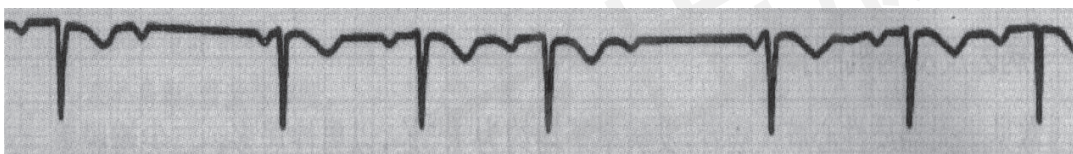


图 3-15 第二度 I 型房室传导阻滞



图 3-16 第二度 II 型房室传导阻滞

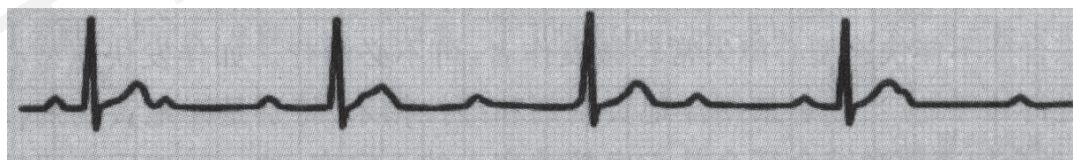


图 3-17 第三度房室传导阻滞

4. 治疗原则 针对不同的病因进行治疗。第一度和第二度 I 型房室传导阻滞如无临床表现、心室率不太慢者，无须特别治疗；第二度 II 型或第三度房室传导阻滞，心室率显著缓慢，并伴有血流动力学改变及明显的临床症状者，应及时提高心室率以改善组织、器官缺血情况，防止发生阿-斯综合征，常用药物有阿托品、异丙肾上腺素；对症状严重、心室率缓慢者，应及早给予临时性或永久性人工心脏起搏器治疗。



家高，且随年龄增加而增加。我国高血压发病率北方高于南方，沿海高于内地，城市高于农村。

高血压定义为在未服抗高血压药物的情况下，非同日3次测量，收缩压 ≥ 140 mmHg和（或）舒张压 ≥ 90 mmHg；根据血压升高水平，又进一步将高血压分为1级、2级、3级。我国血压的分类和标准见表3-2。

表3-2 血压水平的分类和标准

类别	收缩压（mmHg）	和	舒张压（mmHg）
正常血压	< 120	和	< 80
正常高值	$120 \sim 139$	和（或）	$80 \sim 89$
高血压	≥ 140	和（或）	≥ 90
1级（轻度）	$140 \sim 159$	和（或）	$90 \sim 99$
2级（中度）	$160 \sim 179$	和（或）	$100 \sim 109$
3级（高度）	≥ 180	和（或）	≥ 110
单纯收缩期高血压	≥ 140	和	< 90

注：收缩压、舒张压分属于不同的分级，以较高的作为标准。

二、病因与发病机制

原发性高血压的病因与发病机制至今尚未完全明确，一般认为与遗传和环境因素有关，是遗传易感性和环境因素相互作用的结果。

1. 遗传因素 高血压具有明显的家族聚集性，约60%的高血压患者有高血压家族史。父母均有高血压，子女发病概率高达46%。遗传可能有两种方式，即主要基因显性遗传和多基因关联遗传。

2. 环境因素 主要与饮食和精神应激有关。

（1）饮食因素：临床观察和流行病学都显示食盐摄入量与高血压水平呈正相关。但改变钠盐摄入并不能影响所有患者的血压水平，摄盐过多导致血压升高主要见于对盐敏感的人群。另外，也有人认为低钙、高蛋白质摄入、食物中饱和脂肪酸或饱和脂肪酸与不饱和脂肪酸比值升高也是升压因素。饮酒量与血压呈线性相关。

（2）精神因素：从事精神高度紧张的职业者、城市脑力劳动者、长期生活在噪声环境中的人群，发生高血压的可能性大。

（3）其他因素：吸烟可使血压升高，超重或肥胖是血压升高的重要危险因素，腹型肥胖者易发生高血压，50%的睡眠呼吸暂停综合征患者有高血压，口服避孕药、麻黄碱等可引起轻度高血压。

三、临床表现

1. 症状 大多数起病缓慢，缺乏特异性的临床表现。部分患者早期无症状，可偶于体检时发现血压升高。少数患者在发生心、脑、肾等并发症时才发现血压升高。常见症状有头晕、头痛、颈项板紧、疲劳、心悸等，但并不一定与血压水平相关；也可出现视力模糊、鼻出血等较重症状；还可出现胸闷、气短、心绞痛、多尿等器官受累表现。



原发性高血压



五、治疗原则

1. **非药物治疗** 适用于所有高血压患者。减轻体重、减少钠盐摄入、补充钙和钾盐、减少脂肪摄入、戒烟、限制饮酒、增加运动、保持心理平衡。

2. **药物治疗** 目前降压药主要为利尿药、 β 受体阻滞药、钙通道阻滞药（CCB）、血管紧张素转换酶抑制药（ACEI）和血管紧张素Ⅱ受体阻滞药（ARB）5大类。降压药物从小剂量开始，逐渐增加，多数需要长期服药维持，不可自行增减或突然撤换药物；可联合用药治疗以增加疗效，减少不良反应；最好选长效制剂，每日服用一次。常用降压药及不良反应见表3-4。

表3-4 常用降压药及不良反应

药物分类	药物名称	不良反应及禁忌证
利尿药	氢氯噻嗪	乏力、血钾血钠降低、血尿酸增高；痛风患者禁用
	呋塞米	血钾血钠降低
	螺内酯	血钾增高、加重氮质血症，肾功能不全者禁用
β 受体阻滞药	普萘洛尔	心动过缓、乏力，支气管哮喘、急性心力衰竭者禁用
	美托洛尔	病态窦房结综合征、房室传导阻滞、外周血管病禁用
钙通道阻滞药	硝苯地平	头痛、颜面潮红、心悸、下肢水肿
血管紧张素转换酶抑制药	卡托普利	刺激性干咳、高血钾、血管性水肿，妊娠女性、双肾肾动脉狭窄禁用
	依那普利	
血管紧张素Ⅱ受体阻滞药	氯沙坦	短暂的头晕、皮疹、腹泻等，禁忌证同血管紧张素转换酶抑制药
	缬沙坦	

3. **高血压急症的治疗** 高血压急症是指短时期内（数小时或数天）血压重度升高，舒张压 $>130\text{ mmHg}$ 和（或）收缩压 $>200\text{ mmHg}$ ，伴有重要器官组织如心、脑、肾、眼底、大动脉的严重功能障碍或不可逆性损害。应迅速建立静脉通道，维持输液通畅，遵医嘱给降压、脱水、镇静等治疗。

（1）降压：首选硝普钠静脉滴注，亦可选择硝酸甘油、尼卡地平等，在用药过程中严密观察血压变化，降压不可过快、过低，以防止心、脑、肾供血不足。

（2）脱水：有颅内压增高者立即进行脱水治疗，常用20%甘露醇快速静脉点滴，用呋塞米静脉注射，减轻脑水肿。

（3）镇静：有烦躁、抽搐者，用地西泮、苯巴比妥类药物肌肉注射或水合氯醛灌肠。

六、常见护理诊断 / 问题

1. **疼痛** 如头痛，与血压升高有关。

2. **有受伤的危险** 与血压升高致头晕、视力模糊及降压药致低血压有关。

3. **活动无耐力** 与头痛、心功能受损有关。

4. **潜在并发症**：高血压危象、脑卒中、心力衰竭、肾功能衰竭。



课程思政

习近平总书记在中国共产党第二十次全国代表大会报告中指出：“推进健康中国建设。人民健康是民族昌盛和国家强盛的重要标志。坚持预防为主，加强重大慢性病健康管理，提高基层防病治病和健康管理能力。”我们在课堂中和同学们强调践行党的二十大精神，应学会高血压的防治知识，练好血压测量的操作技能，在以后工作中才能帮助社区人群和病人做好高血压的预防和控制工作；同时带领同学们深入社区，通过测血压、高血压健康宣教等公益活动，用实际行动践行党的二十大精神，普及高血压防治知识，增加社区人群的自我保健意识。

■ 任务五 冠状动脉粥样硬化性心脏病患者的护理

冠状动脉粥样硬化性心脏病指冠状动脉粥样硬化使血管腔阻塞或狭窄，和（或）冠状动脉痉挛导致心肌缺血、缺氧或坏死而引起的心脏病，统称为冠状动脉性心脏病，简称冠心病，亦称缺血性心脏病。本病多发生在40岁以后，男性多于女性，脑力劳动者多见，在欧美发达国家极为常见，我国近年呈逐渐增加趋势。

1997年，世界卫生组织（WHO）将冠心病分为5型。近年来，临床医学家趋向于将冠心病分为急性冠脉综合征（ACS）和慢性冠脉病（CAD）[或称慢性缺血综合征（CIS）]两大类。ACS包括不稳定型心绞痛（UA）、非ST段抬高性心肌梗死（NSTEMI）和ST段抬高性心肌梗死（STEMI）；CAD包括稳定型心绞痛、冠脉正常的心绞痛、无症状性心肌缺血和缺血性心力衰竭（缺血性心肌病）。本单元任务主要讨论心绞痛和急性心肌梗死。

冠心病的病因未完全明确，目前认为是多种因素作用的结果，常见的危险因素有：

1. 血脂异常 脂质代谢异常是动脉粥样硬化最重要的危险因素。总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）、极低密度脂蛋白（VLDL）、载脂蛋白B（ApoB）增高，高密度脂蛋白（HDL）和载脂蛋白A（ApoA）降低，均认为是冠心病的危险因素。此外，脂蛋白（a）增高也可能是发生冠心病的独立的危险因素。

2. 血压增高 与冠心病关系密切，调查研究显示冠状动脉粥样硬化患者60%～70%有高血压，高血压患者发病率较正常血压者高3～4倍。

3. 吸烟 吸烟可使动脉壁氧含量不足，促进动脉粥样硬化的形成。吸烟者冠心病的发病率和病死率比不吸烟者高2～6倍，且与每天吸烟量呈正比，被动吸烟也是危险因素。

4. 糖尿病和糖耐量异常 糖尿病患者中冠心病发病率远较无糖尿病者高而且发生更早，冠心病糖耐量减低者也常见冠心病。

5. 肥胖 体重超过标准体重20%者，尤其是短期内体重迅速增加者易患冠心病。

6. 体力活动少 脑力活动紧张，缺乏体力活动，可使冠心病发病率增加。

7. 其他因素 年龄在40岁以上、男性、A型性格、家族遗传，进食较多动物脂肪、胆固醇、糖、盐和较高热量等均为冠心病的易患因素。