

# 内科护理学（二）

【课程代码：03202】

---



考前30分

### 1. 支气管哮喘的治疗要点：

- (1) 消除病因，去除刺激因子。
- (2) 药物治疗，支气管舒张剂、抗炎药物。
- (3) 急性发作期治疗的目的是尽快缓解气道阻塞，纠正低氧血症，预防病情恶化或再发作，防止并发症。

①轻度发作时可使用短效 $\beta_2$ 受体激动剂，必要时加用糖皮质激素或抗胆碱药。

②中度发作时，规则吸入 $\beta_2$ 受体激动剂或口服长效 $\beta_2$ 受体激动剂，若不能缓解加抗胆碱药或白三烯拮抗剂、糖皮质激素。必要时，加氨茶碱缓慢静注。

③重症至危重度：

a.持续雾化吸入 $\beta_2$ 受体激动剂或静脉滴注沙丁胺醇或氨茶碱，雾化吸入抗胆碱药，口服白三烯拮抗剂。

b.静脉滴注足量糖皮质激素。

c.维持水、电解质平衡，纠正酸碱失衡。

d.有呼吸道感染时选用相应抗生素。

e.根据病情给予氧疗或机械通气。如病情恶化缺氧不能纠正时，进行无创或有创机械通气。

(4) 慢性哮喘治疗时，一般急性发作期症状缓解后，其气道慢性炎症仍然存在。因此必须根据个案的病情制定长期治疗方案，以防止哮喘急性发作。此期用药的原则是以最小的剂量、最简单的联合、最少的不良反应达到最佳控制症状。基本组合是 $\beta_2$ 受体激动剂和糖皮质激素（吸入），随病情加重加用茶碱，白三烯等止喘药。

(5) 进行免疫治疗。

### 2. 肺结核患者的主要护理措施：

(1) 消毒、隔离。

(2) 注意休息与营养的补给。

(3) 消除咯血患者的紧张情绪，保持其呼吸道通畅。对患者病情及时观察，遵医嘱给予止血药。若咯血较少可进温凉饮食，若大咯血须暂停饮食，预防窒息，若有窒息早期表现则必须及时抢救。

(4) 对使用抗结核药物的患者，护士应说明化疗物的用法、疗程、毒副作用。嘱患者按医嘱服用，并观察药物疗效；使用垂体内叶素的患者应注意疗效和不良反应，静脉使用注意速度。

(5) 肺结核初诊患者应留3份痰标本（即时痰、清晨痰和夜间痰）。无夜间痰者，应在留取清晨痰后2~3小时再留一份。复诊患者应按期送检2份痰标本（夜间痰和清晨痰）。痰标本应留取在塑料或涂蜡纸的密封盒内。

(6) 对于胸腔穿刺患者，术前须说明目的、注意事项。抽液时注意观察患者有无“胸膜反应”，如有发生应立即停止抽液，让患者平卧，必要时皮下注射肾上腺素。一般每次抽液量不超过1000ml。术后应嘱患者平卧休息，并注意观察呼吸、脉搏，穿刺部位有无渗血或液体流出等。

### 3. 支气管哮喘的主要护理措施：

(1) 一般护理：

①脱离致敏环境。

②根据病情提供舒适体位。

③清淡、易消化、足够热量的饮食。不宜进食或饮用刺激性的食物或饮料，忌过敏饮食。

(2) 心理护理：通过沟通，安慰急性发作期患者，消除过度紧张状态。

(3) 病情观察：加强对急性期患者的监护，尤其在夜间和凌晨。动态观察呼吸音、哮鸣音及动脉血气分析等变化。警惕并发症。

(4) 保持呼吸道通畅：哮喘急性发作时、应鼓励患者多饮水（每天2500~3000ml）重症者建立静脉通道，纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。

(5) 氧疗护理：哮喘患者均存在气道高反应性，因此吸入的氧气应加温、加湿，避免呼吸道干燥和寒冷气流的刺激而加重呼吸道痉挛。

(6) 用药护理：观察药物疗效和不良反应，指导患者按医嘱正确使用定量吸入器。

#### 4. 长期家庭氧疗 (LTOT)：

指征是  $\text{PaO}_2 < 5\text{mmHg}$ ，一般采用鼻导管吸氧，氧流量控制在  $1 \sim 2\text{L/min}$ ，每日吸氧时间  $\geq 15\text{h/d}$ ，氧疗目标是使  $\text{PaO}_2$  在  $60 \sim 65\text{mmHg}$  和 (或) 使  $\text{SaO}_2 > 90\%$ ，并且  $\text{CO}_2$  潴留无明显加重。

#### 5. 慢性肺源性心脏病患者的主要护理措施：

(1) 除了解咳、痰、喘等变化外，关注患者的头痛情况、有无意识障碍、出入量尤其是尿量、血气分析等。

(2) 给予足够的热量和营养成分，有水肿的患者应给予低盐饮食。

(3) 按医嘱给予抗炎、止喘、祛痰、补液。

(4) 做好持续低流量吸氧的护理。

(5) 慎用安眠镇静剂。

(6) 给予心理社会支持。

(7) 缓解期加强全身锻炼和呼吸训练，改善营养状况。

#### 6. 慢性心力衰竭患者的主要护理措施：

(1) 休息与活动：心功能 I 级者应避免重体力活动；心功能 II 级者休息应充分，可增加午睡时间及夜间睡眠时间；心功能 III 级者以卧床休息为主，但允许患者缓慢下床进行排尿、排便等活动；心功能 IV 级者则需绝对卧床休息，自理活动由他人协助。

(2) 药物护理：遵医嘱服用洋地黄或利尿药，观察药物的疗效及不良反应。

洋地黄中毒所致的心律失常或心律失常伴有洋地黄中毒者、低血钾、病态窦房结综合征、伴有高度或完全房室传导阻滞的心房颤动或扑动、心脏明显增大及心房内血栓形成的心房颤动患者等应禁用电复律术。

(3) 评价：患者日常活动时自诉无不适，心率、呼吸频率维持在正常范围；主诉症状好转。

#### 7. 硝酸甘油用药护理：

发作时舌下含服，或轻轻嚼碎后继续含服，若服药后  $3 \sim 5$  分钟仍不缓解，可再服 1 次，对于心绞痛发作频繁或含服硝酸甘油效果差的患者，遵医嘱静滴硝酸甘油；监测血压及心率的变化，静滴时注意控制滴速，并嘱患者不可擅自调节滴速，以免造成低血压；部分患者用药后可出现面部潮红、头痛、心悸等症状，应告诉患者是由于药物扩张头面部血管所致，以解除其顾虑；第 1 次用药，应避免站立体位，且剂量不宜过大；硝酸甘油见光易分解，应避光保存，最好 6 个月更换 1 次。

#### 8. 肝硬化的临床表现及并发症：

(1) 临床上将肝硬化分为肝功能代偿期和肝功能失代偿期。

①代偿期：症状轻且无特异性，常以疲乏无力、食欲减退为主要表现，可伴腹胀、恶心、轻微腹泻等。症状多呈间歇性，休息或治疗后可缓解。营养状况可，肝轻度肿大，质地偏硬，脾轻度肿大。

②失代偿期：主要为肝功能减退和门静脉高压症两类表现，常伴其他系统症状。肝功能减退的表现主要包括全身症状、消化系统表现等。门脉高压症的三大表现：脾大、侧支循环的建立和开放、腹水。

(2) 并发症：可有上消化道出血，肝性脑病，感染，肝肾综合征，肝肺综合征，原发性肝癌，低钠，低氯血症等，以上消化道出血最常见。

#### 9. 肝性脑病的临床表现：

(1) 一期(前驱期):轻度性格改变和行为失常,如有欣快激动或淡漠少言,衣冠不整或随地便溺。可有扑翼(击)样震颤,脑电图多数正常。此期历时数日或数周,有时症状不明显,易被忽视。

(2) 二期(昏迷前期):以意识错乱、睡眠障碍、行为失常为主。此期患者有明显神经系统体征,如腱反射亢进、肌张力增高、巴宾斯基征阳性。有扑翼样震颤,脑电图有特征性异常。患者可出现不随意运动及运动失调。

(3) 三期(昏睡期):以昏睡和精神错乱为主。患者大部分时间呈昏睡状态,但可唤醒,醒时可应答,常有神志不清和幻觉。扑翼样震颤仍可引出,脑电图有异常表现,锥体束征呈阳性。

(4) 四期(昏迷期):神志完全丧失,不能唤醒。浅昏迷时,对疼痛刺激有反应,腱反射和肌张力仍亢进;扑翼样震颤无法引出。深昏迷时,各种反射消失,肌张力降低,瞳孔散大,脑电图明显异常。

#### 10.急性肾衰竭患者的主要护理措施:

(1) 密切观察并准确记录体温、呼吸、脉搏和血压,每天测量体重,准确测量、记录 24 小时出入液体量,非透析患者严格控制入液量。

(2) 补充营养,能进食者尽量利用胃肠道补给营养,给予清淡流质、半流质饮食。

(3) 做好口腔、皮肤、泌尿道等部位的护理,保持清洁,防止压疮的发生。

(4) 急性肾衰时多数需要透析治疗,做好透析护理是一项重要措施。

#### 11.慢性肾小球肾炎患者的主要护理措施:

(1) 注意休息。

(2) 饮食护理:一般给予低盐、适量蛋白质、高维生素饮食。有氮质血症者限制蛋白质摄入,保证热量的供应,血压高者限制水、盐摄入。

(3) 用药护理:长期服用降压药者嘱其不能擅自改变药物剂量或停药,观察利尿剂的使用效果及副作用。

(4) 病情观察:观察尿量、血压、肾功能。

#### 12.对缺铁性贫血患者的药物护理措施:

(1) 口服铁剂:向患者解释口服铁剂易引起胃肠道反应,该类药物宜在饭后服用,按时服药,若有不适及时告诉医护人员,便于调整药量或更换制剂;口服液铁剂时,如枸橼酸铁铵,患者要使用吸管,避免染黑牙齿;服铁剂同时忌饮茶,钙盐、镁盐也可抑制铁剂吸收,应避免同时服用;服铁剂期间大便会变成黑色(由于铁剂在肠道细菌作用下变成硫化铁所致),向患者说明以消除顾虑;铁剂治疗至血红蛋白正常后,患者仍需继续服用铁剂 3~6 个月,目的是补足体内贮存铁。

(2) 注射铁剂:需要深层肌肉注射,注射后 10 分钟至 6 小时之内要观察副作用,最好备肾上腺素 1 支。

#### 13.化疗病人的护理措施:

(1) 遵医嘱静注化疗药,药物静注速度要慢,以减轻对血管壁的刺激,化疗药物可损伤皮下组织,药物不可注射在血管外或渗至血管外。

(2) 某些化疗药物如阿糖胞苷、高三尖杉酯碱等易引起恶心、呕吐,严重者可遵医嘱给予镇吐剂。

(3) 静点柔红霉素、高三尖杉酯碱时,注意听心率、心律,患者出现胸闷、心悸应做心电图,并及时通知医生。

(4) 甲氨蝶呤引起口腔溃疡时,可用 0.5%普鲁卡因含漱,减轻疼痛,便于进食和休息。

(5) 长春新碱引起末梢神经炎、手足麻木感,嘱患者拿物品时,要非常小心,不拿过热、过冷物品,不要用暖水袋暖手,以免烫伤,并告诉患者停药后麻木感可逐渐消失。

#### 14.甲状腺功能亢进症患者的主要护理措施:

(1) 避免各种刺激:保持病室安静、清爽;轻者适当活动,重者卧床休息。

- (2) 饮食护理：高热量、高蛋白、高脂肪、高维生素饮食、限制含纤维素高的食物，补水分。
- (3) 症状护理：针对症状，给予对症支持。
- (4) 药物护理：遵医嘱用药，观察药物疗效及副反应，定期查血象。
- (5) 预防甲状腺危象：预防感染、外伤、精神刺激等应激性诱因，注意观察患者生命体征、精神、神志状态等。需要手术时，应充分准备，备好急救用品。
- (6) 心理护理。

#### 15.糖尿病患者的饮食治疗：

- (1) 饮食治疗是糖尿病基础治疗之一，所有糖尿病患者都应严格和长期执行。
- (2) 饮食治疗的目的是：维持标准体重；配合胰岛素治疗，防止血糖波动；有利于改善高血糖、脂代谢紊乱，并可减少降血糖药物的剂量。
- (3) 饮食治疗的原则是在满足机体需要的基础上，合理控制总热量、合理搭配营养素以及合理安排饮食。
  - ①合理控制总热量：热量供给量(kJ) = 理想体重(kg) × 热量供给标准[kJ/(kg·d)]。其中：理想体重(kg) = 身高(cm) - 105。
  - ②合理搭配营养素：膳食中碳水化合物所提供的热量应占总热量的 55%~60%，蛋白质应占总热量的 15%~20%，或 0.8~1.2g/(kg·d)。有显性蛋白尿的患者蛋白摄入量宜限制在 0.6~0.8g/(kg·d) 以下。
  - ③合理安排饮食：三餐热量分配可根据饮食习惯选择 1/5、2/5、2/5 或 1/3、1/3、1/3 等均可。

#### 16.针对糖尿病患者的主要护理措施

- (1) 为患者讲解饮食治疗的目的和意义。具体实施原则与方法详见饮食治疗部分。
- (2) 讲解运动治疗的益处、原则与方法。
- (3) 应用口服降糖药物的注意事项：
  - ①双胍类药物进餐时或餐后服，二甲双胍有轻度胃肠反应，少数患者有腹泻、肝功能损害，停药可恢复。
  - ②α-葡萄糖苷酶抑制剂应与第一口主食同时嚼服，副作用有腹胀、腹痛、腹泻。
  - ③噻唑烷二酮类(格列酮类)主要不良反应为水肿，有心衰倾向或肝病者慎用。
- (4) 胰岛素治疗剂量须准确、注射时间应适当、注射部位应轮换。胰岛素保存时不可冰冻保存，避免温度过高或过低及剧烈晃动，避免日光照射，若短效制剂出现不澄清现象或中、长效制剂呈块状，则不能使用。胰岛素促泌剂应在饭前半小时口服。用药剂量过大、进食少、活动量大，老年人易发生低血糖反应，应注意预防。预防与处理低血糖，应注意注射剂量准确、运动量合理、注意胰岛素注射时间和进食时间的配合，当出现低血糖反应时，及时监测血糖，根据情况给患者进食含糖食物如糖果、甜点或含糖饮料或静脉注射 50%葡萄糖 40~100mL，一般 10 分钟左右好转。定期监测血糖、糖化血红蛋白，及时调整胰岛素剂量。
- (5) 保护足部，预防外伤。

#### 17.系统性红斑狼疮患者健康教育：

- (1) 指导患者保持心情舒畅及乐观的情绪，定期复查，随时了解疾病变化。女性患者要注意避孕，希望生育者应在医生指导下妊娠。
- (2) 指导患者劳逸结合，适当锻炼，特别注意关节的活动。
- (3) 注意皮肤的护理。
- (4) 指导患者用药，勿随意减药、停药，尤其是激素类药物，教会患者观察药物不良反应，避免服用肼苯达嗪、甲基多巴、异烟肼等诱发本病的药物。
- (5) 防止感染和出血。
- (6) 指导患者饮食以高蛋白、富含维生素、营养丰富、易消化为原则，避免进食刺激性食物。肾功能损害者，宜给予低盐饮食，适当限水；尿毒症患者应限制蛋白质的摄入。



(7) 预后：系统性红斑狼疮患者如早期诊断和有效治疗，预后可明显改善，少数患者可长期无症状，处于完全缓解状态。

#### 18. 针对病毒性肝炎患者的健康教育：

(1) 进行预防病毒性肝炎的健康教育。

(2) 目前病毒性肝炎尚无有效药物治疗，应向患者讲述休息、饮食对该病治疗的重要作用。讲述肝炎迁延不愈对个人、家庭、社会造成的危害，强调急性肝炎彻底治愈的重要性，按医嘱实施恰当、合理的治疗措施，促进早日康复。

(3) 患者出院后定期复查，急性肝炎患者出院后第 1 个月每半个月复查 1 次，以后每 1~2 个月复查 1 次，半年后每 3 个月复查 1 次，定期复查 1~3 年。

(4) 介绍各型病毒性肝炎的预后及慢性化因素。反复发作的诱因为过度劳累、暴饮暴食、酗酒、不合理用药、感染、不良情绪等，应帮助患者分析复发原因，予以避免。还应教会患者自我监测病情。

#### 19. 脑血栓形成患者的主要护理措施：

(1) 加强基础护理：保持环境安静、舒适、协助患者洗漱、进食、如厕等，预防压疮和泌尿系感染，做好口腔护理。

(2) 饮食护理：根据具体情况给予低盐、低脂、糖尿病饮食。

(3) 药物护理：使用溶栓、抗凝药物时应严格注意药物剂量、监测凝血功能，注意有无出血倾向等副作用；口服阿司匹林患者应注意有无黑便情况；应用甘露醇时警惕肾脏损害；使用血管扩张药尤其是尼莫地平时，监测血压变化。同时，应积极治疗原发病，如冠心病、高血压、糖尿病等，尤其要重视对 TIA 的处理。

(4) 康复护理：康复应与治疗并进，目标是减轻脑卒中引起的功能缺损，提高患者的生活质量，在急性期，康复主要是抑制异常的原始反射活动，重建正常运动模式，其次才是加强肌力量的训练。

(5) 安全护理：为患者提供安全环境。

(6) 心理护理。

#### 20. 针对狂犬病患者的健康教育：

(1) 向群众宣传狂犬病的传染源、传播途径及进行预防教育，尤其应说明及时、有效地处理伤口及进行预防接种的重要意义，督促患者进行预防接种。

(2) 讲解狂犬病发展过程，恐水、怕风、兴奋、狂躁原因，嘱家属避免刺激患者，配合治疗及护理。

(3) 本病预后差，病死率几乎达 100%。

#### 21. 癫痫患者主要护理措施：

(1) 注意观察癫痫发作类型、发作持续时间、发作频率，以及发作时的生命体征变化等。

(2) 向患者解释药物治疗的原则及常见副作用，长期规律用药，定期复查肝功能、血象等。出现严重副反应应及时就诊。

(3) 嘱患者有前驱症状时立即平卧，避免摔伤。抽搐时，给患者解开领扣、腰带，以保持呼吸道通畅；及时使用牙垫或外裹纱布的压舌板塞入齿间，防止舌咬伤，但应避免在牙关紧闭时硬撬患者牙齿；切勿用力按压患者身体，防止骨折及脱臼；头偏向一侧，便于口腔分泌物流出，避免误吸；尤其对于有意识障碍、抽搐或兴奋躁动者，应加强保护，防止自伤或伤人。

(4) 对于癫痫持续状态的患者，立即遵医嘱给予镇静剂，尽快控制抽搐；保持环境安静，避免强光等刺激，加床档予以保护。