

第四章呼吸系统疾病病人的护理

第一节呼吸系统的解剖生理

1. 呼吸道以环状软骨为界分为**上呼吸道**和**下呼吸道**。
2. 右主支气管较左主支气管短、粗且陡直，异物易金英杰医学进入右肺。
3. 正常胸膜腔内为负压，腔内仅有少量浆液起润滑作用。
4. 婴儿呼吸中枢发育不完善，尤其是新生儿易出现**呼吸节律不齐或暂停**。

第二节急性感染性喉炎病人的护理

1. 急性感染性喉炎是喉部黏膜的急性弥漫性炎症，多发生于冬春季，婴幼儿多见。
2. **发热、声音嘶哑、犬吠样咳嗽、吸气性喉鸣和三凹征**是急性感染性喉炎的典型症状。
3. 可用肾上腺皮质激素雾化吸入，消除黏膜水肿。
4. 病因：病毒或细菌感染引起。

冬季+婴幼儿+发热、声音嘶哑、犬吠样咳嗽=急性感染性喉炎。

第三节急性支气管炎病人的护理

1. 急性支气管炎主要表现为咳嗽、咳痰、气急、喘息和胸部不适等症状，婴幼儿多见。
2. 喘息性支气管炎多见于有湿疹或其他过敏史的婴幼儿，听诊两肺布满哮鸣音及少量粗湿啰音，有反复发作倾向。
3. 病毒感染者白细胞正常或偏低，细菌感染者白细胞增高。

第四节肺炎病人的护理

1. 肺炎球菌肺炎是由肺炎链球菌引起的肺炎，冬季和初春多见。患者常有受凉、淋雨或上呼吸道感染史。
2. **面颊绯红、鼻翼扇动、呼吸浅快和口唇青紫**是肺炎患者的典型体征。
3. 肺炎链球菌肺炎首选**青霉素**治疗。抗生素疗程一般为 7 天，或热退后 3 天即可停药。
4. 小儿肺炎氧疗时常采用鼻导管给氧，氧流量为 **0.5~1L/min**，氧浓度不超过 40%。缺氧明显者可用面罩给氧，氧流量 **2~4 L/min**。
5. 细菌性肺炎最为常见的病原菌是**肺炎链球菌**。
6. 社区获得性肺炎主要病原菌为肺炎链球菌；医院获得性肺炎常见病原菌为革兰阴性杆菌。
7. 肺炎链球菌肺炎典型表现：急骤，寒战、高热，发病 2~3 日时**咳铁锈色痰**；严重感染中毒患者易发生休克性肺炎，表现为烦躁不安、意识模糊、嗜睡、面色苍白、出冷汗、四肢厥冷、少尿或无尿。

8. 休克型肺炎末梢循环衰竭时，首选应注意补充血容量。

第五节支气管扩张病人的护理

1. 慢性咳嗽伴大量脓痰和（或）反复咯血为支气管扩张的典型症状，痰液为脓痰。
2. 病变重或继发感染时常可闻及肺下部、背部固定而持久粗湿啰音。部分长期患者可伴有杵状指（趾）。
3. 高分辨率 CT 是确诊支气管扩张的首选方法。
4. 支气管扩张患者体位引流时宜在饭前进行，痰量较多时应将痰液逐渐咳出，以防发生痰液过多涌出而窒息。但高血压、心力衰竭及高龄患者禁止体位引流。引流时间可从每次 5~10 分钟加到每次 15~20 分钟。
5. 支气管扩张病人痰液特点：将痰放置数小时后可分为三层，上层为泡沫黏痰，中层为浆液，下层为脓性物和坏死组织。

第六节慢性阻塞性肺疾病病人的护理

1. 慢支以“咳”、“痰”、“喘”、“炎”四症，以体位变动或清晨起床时痰量较多；逐渐加重的呼吸困难是阻塞性肺气肿的标志性症状。
2. 肺气肿常见体征有桶状胸、语颤减弱，叩诊为双肺过清音，听诊呼吸音减弱，呼气延长等。
3. 肺功能检查是判断气流受限的主要客观指标。可出现第 1 秒用力呼气量占用力肺活量比值（FEV₁/FVC）减少。吸入支气管舒张剂后 FEV₁<80%预计值，可确定为不完全可逆的气流受限。
4. 氧疗时一般采用低流量、低浓度持续给氧。流量 1~2 L/min；给氧浓度（%）=21+4×氧流量（L/min），一般为 25%~29%。每天氧疗时间 10~15 小时。
5. 应用支气管扩张剂是控制症状的主要措施。
6. 感染是 COPD 发生发展的重要因素，主要是病毒感染和细菌感染。
7. 晨间咳嗽较重，痰多为白色粘液或泡沫状。

第七节支气管哮喘病人的护理

1. 反复发作性喘息、呼气性呼吸困难，伴有哮鸣音，胸闷、咳嗽、咳白色泡沫痰为支气管哮喘的主要临床表现。
2. 夜间及凌晨发作或加重是哮喘的重要临床特征。
3. 严重哮喘患者 PaO₂ 明显下降，PaCO₂ 上升，表现为呼吸性酸中毒。
4. β₂ 受体激动药为哮喘急性发作的首选药，常用药物为沙丁胺醇。
5. 糖皮质激素是当前控制哮喘最有效的抗炎药物，常用泼尼松、琥珀氢化可的松、甲强龙等。

第八节慢性肺源性心脏病病人的护理

1. 慢性肺源性心脏病的病因以 COPD 最为多见。
2. 心肺功能代偿期以慢性咳嗽、咳痰、气急，活动后可感心悸、呼吸困难为主要临床表现。体检可有明显肺气肿征，听诊时可闻及干、湿性啰音；失代偿期呼吸衰竭以急性呼吸道感染为常见诱因。
3. 控制感染是急性加重期治疗的关键；缓解期应长期家庭氧疗，吸入氧浓度为 25%~29%。
4. 患者烦躁不安时要警惕呼吸衰竭、电解质紊乱等，禁用麻醉药及影响呼吸中枢功能的镇静药，以免诱发或加重肺性脑病。
5. 肺性脑病是慢性肺心病死亡的首要原因。
6. 心肺功能失代偿期呼吸困难加重，夜间尤甚；心力衰竭以右心衰竭为主。

第九节呼吸衰竭病人的护理

1. I 型呼吸衰竭为缺氧性呼吸衰竭， PaO_2 低于 60 mmHg， $PaCO_2$ 降低或正常；II 型呼吸衰竭为高碳酸性呼吸衰竭， PaO_2 低于 60 mmHg， $PaCO_2$ 高于 50 mmHg，主要见于慢性阻塞性肺疾病。
2. **呼吸困难**是慢性呼吸衰竭最早出现和最突出的症状。**三凹征：胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙**在吸气时明显下降。
3. 诊断依据常以动脉血气分析为依据， $PaO_2 < 60$ mmHg 伴或不伴 $PaCO_2 > 50$ mmHg 即为呼吸衰竭。
4. I 型呼吸衰竭可给较高浓度吸氧 (>35%)；II 型呼吸衰竭给予低流量 (1~2 L/min)、低浓度 (25%~29%) 持续吸氧。
5. 呼吸兴奋剂不宜用于肺换气障碍的呼吸衰竭。
6. 发绀是缺氧的典型表现。

第十节急性呼吸窘迫综合征病人的护理

1. 急性进行性呼吸窘迫是急性呼吸窘迫综合征最早、最客观的表现。
2. $PaO_2 \leq 60$ mmHg；氧和指数 (PaO_2/FiO_2) ≤ 300 mmHg，是呼吸窘迫综合征诊断的必备条件。
3. 纠正缺氧是抢救最重要的措施，一般需高浓度氧疗。给氧时观察氧疗效果和不良反应，防止发生氧中毒，避免高浓度氧气的长期吸入。
4. 急性期患者绝对卧床休息，可在床上活动四肢，勤翻身，保证充足的睡眠，缓解期可坐起并在床边活动。

第十一节血气胸病人的护理

1. 气胸者胸部 X 线检查可显示不同程度的肺萎陷和胸膜腔积气。

气胸的病理分类气胸类型症状体征闭合性气胸胸痛、呼吸困难、刺激性咳嗽患侧胸廓饱满，呼吸运动减弱，有时触及皮下少量气肿，语颤减弱，气管向健侧移位，叩诊呈鼓音，呼吸音减弱或消失开放性气胸明显呼吸困难、空气进出胸膜腔的吹风声（嘶嘶声）、面色苍白、发绀、血压降低、脉搏细速气管、心脏明显向健侧移位，叩诊呈鼓音，呼吸音减弱或消失；有时可见伤口，呼吸时有气体进出声音张力性气胸极度呼吸困难，端坐呼吸，缺氧严重者有发绀、烦躁不安、昏迷甚至窒息伤侧胸部饱满，肋间隙增宽，呼吸运动减弱，颈部、面部、胸部等处可有皮下气肿。气管显著偏向健侧，叩诊呈鼓音，听诊呼吸音消失

2. 胸膜腔闭式引流时导管安放在锁骨中线第 2 肋间附近；如以引流液体为主时，放置在腋中线或腋后线第 6~7 肋间处。脓胸引流应放置在脓腔最低位。

3. 引流时患者通常采取半卧位，并鼓励患者咳嗽、做深呼吸运动，使积液排出，恢复胸膜腔负压，使肺充分扩张。

4. 拔管及注意事项：查体及胸片证实已完全复张，无其他排出，病人无呼吸困难，可拔胸腔引流管。拔管前需夹闭引流管 24 小时，若病情稳定方可拔管。拔管时病人应取半卧位或坐在床沿，拔管后观察病人有无呼吸困难、气胸和皮下气肿。