**第三章呼吸系统疾病病人的护理**

呼吸系统疾病病人的护理

第三章呼吸系统疾病病人的护理

历年常考肺炎、支气管哮喘、阻塞性肺气肿、慢性肺源性心脏病、急性支气管炎、支气

管扩张、呼吸衰竭病人的护理。考生应着重掌握常考的知识点。最后，祝愿各位考生能顺

利通过2018年护士执业资格考试。

1急性感染性喉炎病人的护理

1.临床表现

不同程度的发热、犬吠样咳嗽、声音嘶哑、吸气性喉鸣和三凹征为特征，以婴幼儿多见。起病急,症状重。临床上按吸气性呼吸困难的轻重,将喉梗阻分为4度。

分度

临床表现

体征

Ⅰ度

仅于活动后出现吸气性喉鸣和呼吸困难

呼吸音及心率无改变

Ⅱ度

安静时有喉鸣和吸气性呼吸困难

可闻喉传导音或管状呼吸音,心率加快

Ⅲ度

喉鸣、吸气性呼吸困难,烦躁不安、口唇及指趾端发绀,双眼圆睁,惊恐万状,头面出汗

呼吸音明显减弱,心音低钝,心率快

Ⅳ度

渐显衰竭,昏睡状态、由于无力呼吸,三凹征可不明显,面色苍白发灰

呼吸音几乎消失,仅有气管传导音,心音低钝,心律不齐

2.治疗原则

保持呼吸道通畅:肾上腺皮质激素雾化吸入,消除黏膜水肿。

2急性支气管炎病人的护理

1.临床表现

多数有上呼吸道感染症状。婴幼儿有发热、乏力、呕吐、腹胀、腹泻等症状。双肺呼吸音粗糙，可有不固定的散在干、湿啰音。

2.治疗原则

(1)控制感染;怀疑有细菌感染时,可选用抗生素。

(2)对症治疗:止咳、化痰、平喘等。

3肺炎链球菌肺炎病人的护理

1.病因

由肺炎链球菌所引起的肺炎，典型病变呈大叶性分布。

2.临床表现

(1)全身症状:起病急骤,多数患者有高热、寒战，体温可达39~41 ℃，典型者可在发病2~3天咳铁锈色痰。

(2)体征：肺实变表现为患侧呼吸运动减弱，叩诊浊音，干湿性啰音。

3.辅助检查

(1)血象检查:白细胞计数可达(10~20)×109/L,中性粒细胞比例增多。

(2)X线胸片:这是肺炎的重要检查方法,有助于肺炎的诊断。

4.治疗原则

肺炎链球菌肺炎:首选青霉素治疗。

4支气管扩张病人的护理

1.病因

婴幼儿期支气管-肺组织感染是支气管扩张最常见的原因。

2.临床表现

(1)慢性咳嗽和大量脓性痰:晨起和晚上临睡时咳嗽和咳痰尤其多见。如合并有厌氧菌感染，则痰及呼吸具有臭味。

(2)咯血:反复咯血。少量＜100 mL/d；中量100～500 mL/d；大量＞500 mL/d或1次咯血量＞300 mL。

3.治疗原则

主要为控制感染，保持引流通畅，必要时手术治疗。

4.护理措施

 (1)应饭前引流，引流时间可从每次5~10分钟加到每次15~20分钟,嘱患者间歇做深吸气后用力咳痰,痰液黏稠可用生理盐水超声雾化吸入或蒸汽吸入。

 (2)注意事项:引流过程中注意观察,若患者出现咯血、发绀、头晕、出汗、疲劳等情况,应及时终止引流。

(3)咯血的护理:大咯血时暂禁食,小量咯血病人进少量温凉饮食,避免刺激性饮食;大咯血伴剧烈咳嗽病人应用镇咳药。

5慢性阻塞性肺疾病病人的护理

1.临床表现

(1)症状:慢支清晨起床时痰量较多,痰液多为白色黏液泡沫状，阻塞性肺气肿伴逐渐加重的呼吸困难。

(2)肺气肿典型的体征为:桶状胸,胸部呼吸运动减弱;语颤减弱;叩诊过清音;听诊呼吸音减弱。

2.治疗原则

急性发作期要控制感染,祛痰止咳,解痉平喘，痰液黏稠者可采用雾化吸入;对老年、体弱及痰多者不应使用可待因等强镇咳剂。

3.护理措施

(1)合理氧疗:一般采用低流量低浓度持续给氧,流量1~2 L/min，浓度25%~29%，吸氧时间＞15 h/d。

 (2)呼吸训练：

1)缩唇呼气:防止呼气时小气道过早陷闭,以利于肺泡气体排出。

2)腹式呼吸:可取半卧位或立位。用鼻吸气,经口呼气,吸气时腹肌放松,腹部鼓起,呼气时腹肌收缩,腹部下陷。呼与吸时间比例为(2~3)∶1。

6支气管哮喘病人的护理

1.病因

受遗传因素和环境因素双重影响。环境中的激发因素有：过敏原及非特异性刺激物，如花粉、动物的毛屑较多见。

2.临床表现

典型发作为伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难，患者常被迫坐起。双肺呈过度充气状态，哮喘音广泛，呼气音延长。

3.治疗原则

(1)消除病因:避免暴露于激发因素环境下是防治哮喘最有效的方法。

(2)应用支气管解痉药:β2受体激动药:沙丁胺醇为哮喘急性发作的首选药。用药方法首选吸入法。

（3）抗炎药物：糖皮质激素是最有效的抗炎药物。

4.护理措施

(1)环境:不摆放花草,不使用羽毛制品。湿度在50%~60%，室温在18~22 ℃。

(2)休息与饮食:采取舒适的坐位或半坐位。避免进食可能诱发哮喘的食物,如鱼、虾、蛋、奶等。饮水量>2 500 mL/d。

7慢性肺源性心脏病病人的护理

1.病因

以慢性阻塞性肺疾病(COPD)为多见。

2.临床表现

(1)肺、心功能代偿期

原发疾病的症状，如咳嗽、咳痰、呼吸困难等，常有头痛、白天嗜睡、夜间兴奋。可伴有不同程度的发绀和肺气肿体征。

(2)肺、心功能失代偿期

呼吸衰竭:发绀、呼吸困难等,常有肺性脑病的表现。

心力衰竭：以右心衰竭为主，发绀明显，颈静脉怒张。

3.辅助检查

X线、心电图检查有肺动脉高压和右心肥大的征象。

4.治疗原则

以治肺为本、治心为辅为原则。

8气胸病人的护理

1.临床表现

气胸的病理分类

气胸类型

症状

体征

闭合性气胸

肺萎陷在30%以下,无明显症状,不需治疗。超过30%可有胸闷、呼吸急促、呼吸困难等

体检: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

患者出现明显呼吸困难、面色苍白、发绀、血压降低、脉搏细速,甚至休克

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

患者有极度呼吸困难,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.辅助检查

（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，是诊断气胸的重要方法。

（2）胸腔穿刺抽气部位为患侧胸部锁骨中线第2肋间或腋前线第4～5肋间处。

9呼吸衰竭病人的护理

一．概述

呼吸衰竭是指各种原因引起的肺通气和（或）换气功能严重障碍，以致在静息状态下亦不能维持足够的气体交换，导致低氧血症，伴（或不伴）高碳酸血症，继而引起一系列病理生理改变和相应临床表现的综合征。其诊断常以动脉血气分析为根据。在静息状态下，PaCO2<60 mmHg和（或）PaCO2>50 mmHg即可诊断为呼吸衰竭。

1.分类

（1）按照动脉血气分析分类

①Ⅰ型呼吸衰竭：为缺氧性呼吸衰竭，PaO2＜60 mmHg，PaCO2降低或正常，主要见于肺换气障碍疾病，如严重肺部感染性疾病。

②Ⅱ型呼吸衰竭：为高碳酸性呼吸衰竭，PaO2＜60 mmHg，PaCO2＞50 mmHg，系肺泡通气不足所致，主要见于慢性阻塞性肺疾病。

（2）按发病急缓分类

①急性呼吸衰竭：发生迅速，病情危重，需要及时抢救。

②慢性呼吸衰竭：最常见的是慢性阻塞性肺疾病，为呼吸功能的损害逐渐加重经过较长时间发展而来。

2.病因

（1）气道阻塞性病变：如慢性阻塞性肺疾病和重症哮喘等。

（2）肺组织病变：各种累及肺泡或肺间质的病变，如肺炎、肺气肿和肺水肿等。

（3）肺血管疾病：肺栓塞和肺血管炎等。

（4）胸廓和胸膜病变：如严重的胸廓外伤、大量胸腔积液或伴有胸膜肥厚与粘连等可随病情发展引起呼吸衰竭。

（5）神经肌肉疾病：脑血管疾病、颅脑外伤、脑炎以及镇静催眠剂中毒等可直接或间接抑制呼吸中枢。

二、急性呼吸衰竭

（一）临床表现

主要是低氧血症所致的呼吸困难和多器官功能障碍。

1.呼吸困难：是出现最早的症状，表现为呼吸频率、节律及幅度的改变。

2.发绀：是缺氧的典型表现，当动脉血氧饱和度<90%时可出现发绀。

3.精神神经症状：急性缺氧可出现精神错乱、躁狂、昏迷和抽搐等症状。

4.循环系统表现：多数患者有心动过速；亦可引起血压下降、心律失常或心搏骤停。

5.消化和泌尿系统表现：部分病例可出现丙氨酸氨基转移酶与血尿素氮升高。

（二）辅助检查

1.血气分析：是呼吸衰竭最主要的诊断和分型依据，Ⅰ型仅有PaO2下降，PaCO2正常或降低；Ⅱ型为PaCO2升高，同时有PaO2下降。

2.肺功能检测：有助于判断原发疾病的种类和严重程度。

3.胸部影像学检查：有助于分析引起呼吸衰竭的原因。

（三）治疗原则

纠正缺氧、改善通气，纠正酸、碱失衡及电解质紊乱，维持心、脑、肺、肾重要器官等的功能，预防感染。

1.保持呼吸道通畅：使昏迷病人处于仰卧位；清除气道内分泌物及异物；必要时建立人工气道，气管内导管为重建呼吸道最可靠的方法。

2.氧疗：急性呼吸衰竭的病人应给予氧疗。Ⅰ型呼吸衰竭应给予较高浓度（>35%）吸氧，Ⅱ型呼吸衰竭应给予低浓度（<35%）持续吸氧。

3.增加通气量，改善CO2潴留。

（1）呼吸兴奋剂：适用于以中枢抑制为主、通气量不足引起的呼吸衰竭；肺水肿、肺炎等以肺换气功能障碍为主所导致的呼吸衰竭不宜使用。

（2）机械通气：适用于患者昏迷逐渐加深，呼吸不规则或出现暂停，呼吸道分泌物增多等情况。无创正压通气在近年来用于急性呼吸衰竭的治疗中取得了良好效果。

4.纠正酸碱平衡失调和电解质紊乱。

（四）护理问题

1.气体交换受损：与呼吸衰竭有关。

2.有感染的危险：与使用呼吸机有关。

3.生活自理能力缺陷：与意识障碍有关。

4.急性意识障碍：与缺氧、二氧化碳潴留有关。

5.潜在并发症：水、电解质紊乱；上消化道出血。

（五）护理措施

1.病情监测：监测病人呼吸、血压、心率及意识变化，记录液体出入量；注意痰量、性状及排痰是否通畅，尿量和粪便颜色、呕吐物颜色及并发症。

2.通畅气道，改善通气：及时清除痰液，保持呼吸道通畅。遵医嘱应用支气管扩张剂，危重或昏迷病人可行气管切开或气管插管，使用人工机械呼吸机。

3.合理用氧：对于Ⅱ型呼吸衰竭病人应给予低浓度（25%～29%）、低流量（1～2 L/min）鼻导管给氧，以免缺氧纠正过快引起的呼吸中枢抑制。

4.用药护理：使用呼吸兴奋药时，必须保持气道通畅。观察应用呼吸兴奋药的反应，若出现颜面潮红、面部肌肉颤动和烦躁不安等现象时，应减慢滴速或停用。

5.观察病情，防止并发症的发生如神志、呼吸、心率与血压的变化，尿量及粪便颜色、痰、呕吐物的性状及颜色。

三、慢性呼吸衰竭

（一）临床表现

1.呼吸困难：是最早出现和最突出的症状；慢性阻塞性肺疾病所致的呼吸衰竭，轻者表现为呼吸费力，呼气时间延长，重者呼吸浅快。并发CO2潴留，PaCO2显著升高时可发生CO2麻醉，呼吸衰竭由快转为浅慢呼吸或潮式呼吸。

2.精神神经症状：轻度表现为注意力不集中，智力及定向力障碍，缺氧加重可出现烦躁、恍惚甚至昏迷。慢性呼吸衰竭伴CO2潴留时，表现为先兴奋后抑制。如失眠、多汗、烦躁不安、昼夜颠倒现象，严重时可出现抽搐、昏迷等CO2麻醉现象，称肺性脑病。

3.循环系统症状：早期CO2滞留会有血压升高、心动过速，严重者血压下降、心律失常甚至心脏骤停。

4.其他：上消化道出血、肝、肾功能损害等。

（二）辅助检查

1.血气分析：PaO2<60 mmHg伴或不伴PaCO2>50 mmHg，是呼吸衰竭的诊断标准。pH<7.35为失代偿性酸中毒，pH>7.45为失代偿性碱中毒。

2.电解质检查：可有低血钾、高血钾、低血钠和低血氯等。

（三）治疗原则

1.保持呼吸道通畅：清除呼吸道分泌物，缓解支气管痉挛，建立人工气道。

2.氧疗：缺氧和伴有CO2潴留的病人应低浓度持续给氧，防止血氧含量过高。

3.增加通气量、减少CO2潴留：应用呼吸兴奋药，其使用的前提必须为呼吸道保持通畅，尼可刹米是最常用的呼吸兴奋药。

4.机械通气：包括无创或有创机械通气。

5.纠正酸碱平衡失调和电解质紊乱。

6.抗感染及并发症：积极进行抗感染治疗，防治并发症。

（四）护理问题

1.气体交换受损：与呼吸衰竭有关。

2.清理呼吸道无效：与呼吸功能受损，呼吸道分泌物黏稠积聚有关。

3.生活自理能力缺陷：与意识障碍有关。

4.潜在并发症：水、电解质紊乱，上消化道出血，肺性脑病。

（五）护理措施

1.休息：指导病人采取合适体位（半卧位或坐位），卧床休息，尽量减少自理活动。

2.合理用氧：慢性Ⅱ型呼吸衰竭以低流量（1～2 L/min）、低浓度（25%～29%）持续吸氧。

3.改善通气：保持呼吸道通畅，促进痰液引流，可指导病人有效咳嗽、咳痰，意识不清、咳痰无力给予吸痰或雾化吸入；观察痰液的色、量、质、味及实验室检查结果。

4.用药护理：按医嘱正确使用抗生素、祛痰平喘药物和呼吸兴奋药，观察疗效和不良反应。

5.其他：如呼吸训练、病情观察等。

10急性呼吸窘迫综合征病人的护理

急性呼吸窘迫综合症（ARDS）是由各种肺内和肺外致病因素导致的急性弥漫性肺损伤，进而发展的急性呼吸衰竭。

1.临床表现

急性进行性呼吸困难和发绀是最早、最客观的表现，多数于原发病起病后5天内发生第五版官方教材参考数值为12~48小时内，均半数发生于24小时内。本病呼吸困难的特点为呼吸窘道，且不能被通常吸氧所改善。早期无异常体征，可闻及少量细湿啰音，后期可闻及管状呼吸音及水泡音。

2.辅助检查

（1）血气分析：PaO2≤60 mmHg；氧和指数（PaO2/FiO2）<200 mmHg，是呼吸窘迫综合征诊断的必备条件。

（2）X线胸片：早期可无异常或轻度改变，表现为边缘模糊的肺纹理增多。随病情进展可呈点片状阴影。

3.治疗原则

治疗原则与一般急性呼吸衰竭相同。主要治疗措施包括：积极治疗原发病、氧疗、机械通气以及调节液体平衡等。

4.护理措施

（1）遵医嘱给予高浓度吸氧，并观察氧疗效果。

（2）密切观察病情变化，观察生命体征和意识状态，尤其是呼吸困难和发绀的症状变化。

（3）配合抢救。