

1、脉搏（P）：速脉：每分钟超过 100 次，缓脉：每分钟低于 60 次。

类型	特点	常见疾病
奇脉	又称吸停脉，平静吸气时脉搏明显减弱或消失	<u>心包积液</u> 和缩窄性心包炎
水冲脉	脉搏骤起骤落，急促有力	见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进症等使脉压增大的疾病
交替脉	脉搏-强-弱交替出现，但节律正常	<u>左心衰竭</u> （重要体征）
不整脉	脉搏不规则搏动	心律失常
	脉率少于心率（ <u>脉搏短绌</u> ）	心房颤动

2、咳痰：24 小时咳痰量 >100ml 为大量咳痰。

3、痰液颜色：铁锈色痰——肺炎球菌肺炎；粉红色泡沫痰——急性肺水肿、急性左心衰；草绿色痰——铜绿假单胞菌。

4、咯血量：少量咯血 <100ml/d、中等量咯血 100~500ml/d、大量咯血 >500ml/d 或一次 >300ml。

支气管扩张症病人的护理

病因：主要是支气管、肺组织感染和支气管阻塞，以婴幼儿期的麻疹、百日咳、支气管肺炎最为常见。

症状：痰液静置分三层：上层为泡沫、中层为黏液、下层为脓性物和坏死组织。

检查：高分辨率 CT 是主要诊断方法；典型的 X 线表现为不规则蜂窝状透亮阴影或沿支气管的卷发状阴影。

治疗：控制感染，常用阿莫西林、环丙沙星或头孢类抗生素。如有厌氧菌混合感染，加用甲硝唑或替硝唑等。支扩合并咯血治疗一般不主张应用镇咳药。

护理：体位引流饭前进行，每天饮水 1500ml 以上，密切关注病情。

肺结核病人的护理

传播途径：主要经呼吸道传播，也可通过污染的食物或食具感染。

杀灭结核杆菌的条件：烈日暴晒 2小时 或煮沸 5 分钟，或 70% 酒精接触 2 分钟。

辅助检查：诊断肺结核最可靠的方法 痰结核分枝杆菌检查。

化疗原则：早期、联合、适当、规律、全程（谐音“早恋要适当规劝”）。

用药护理：异烟肼可有 周围神经炎、中毒性反应；利福平可出现黄疸、肝功能损害；链霉素可出现耳聋和肾功能损害；对氨基水杨酸可有胃肠道刺激、变态反应；乙胺丁醇可以出现球后视神经炎。

护理：结核病人的痰液，处理最简便的方法是用纸包裹后 焚烧。

心力衰竭病人的护理

1、容量负荷（前负荷）过重与压力负荷（后负荷）过重

鉴别	疾病
心脏容量负荷 (前负荷过重)	见于 <u>二尖瓣</u> 、 <u>主动脉瓣</u> 关闭不全；房或室间隔缺损、动脉导管未闭；以及伴有全身血容量增多疾病，如甲亢
心脏压力负荷 (后负荷过重)	见于 <u>高血压</u> 、主动脉瓣狭窄、肺动脉瓣狭窄、肺动脉高压等

2、慢性心力衰竭的护理

病因：心肌损害和负荷过重等，感染 是最重要的 诱因。

症状：左心衰和右心衰的临床表现

	左心衰竭（肺循环淤血）	右心衰竭（体循环淤血）
症状	呼吸困难（左心衰最主要的症状）、咳嗽、咳痰（白色浆液性泡沫状痰）和咯血、少尿等	消化道症状（最常见）、呼吸困难
体征	肺部湿啰音、肺动脉瓣区第二心音亢进及舒张期奔马律，出现交替脉	水肿（下垂性、凹陷性）、颈静脉怒张、肝-颈静脉回流征阳性，肝脏肿大、压痛

心律失常病人的护理

心脏正常起搏点位于**窦房结**，一般 60~100 次/分。

诊断心律失常的最有效的方法是心电图。

- 1、窦性心律失常：成人 > 100 次/分。一般 100~150 次/分。
- 2、窦性心动过缓：成人窦性心律的频率低于 60 次/分。
- 3、期前收缩（早搏）：窦房结以外的异位起搏点兴奋性增高。如每一个窦性搏动后出现一个期前收缩，称为**二联律**；每两个窦性搏动后出现一个期前收缩，称为**三联律**；每一个窦性搏动后出现两个期前收缩，称为**成对期前收缩**。
- 4、室性期前收缩常选用**利多卡因**；频发房性、交界区性期前收缩常用维拉帕米。
- 5、心房颤动：P 波消失，代以不规则 **f 波**，频率 350~600 次/分。
急性期首选**电复律治疗**。最易引起房颤的疾病是风心病**二尖瓣狭窄**。
- 6、心室颤动：最严重的心律失常。QRS 波群与 T 波消失，呈完全无规则的波浪状曲线。室颤可致心跳骤停，一旦发生应立即作**非同步直流电除颤**。

心脏瓣膜病病人的护理

心脏瓣膜病最常受累的心脏瓣膜是**二尖瓣**，其次为主动脉瓣。

症状和体征的鉴别：

(1) 二尖瓣狭窄。劳力性呼吸困难为**最常见的早期症状**；二尖瓣面容”；心尖部可闻及**舒张期隆隆样杂音**，是最重要的体征。

(2) 二尖瓣关闭不全。左心功能不全的表现如疲倦、心悸、劳力性呼吸困难等；心尖区全**收缩期粗糙吹风样杂音**是最重要体征。

(3) 主动脉瓣狭窄。典型的三联征为**劳力性呼吸困难、心绞痛、晕厥**。主动脉瓣区可闻及响亮、粗糙的**收缩期吹风样杂音**是主动脉瓣狭窄最重要的体征。

(4) 主动脉瓣关闭不全。心悸，心前区不适、头部强烈的震动感，常有体位性头晕；第二主动脉瓣区可听到**舒张早期叹气样杂音**。

并发症：**充血性心力衰竭**为首要的并发症，也是心瓣膜患者就诊和致死的主要原因。心内膜赘生物脱落引起周围动脉栓塞，**脑动脉栓塞**最常见。

辅助检查：确诊的检查方法是超声心动图。

护理：指导病人避免长时间盘腿或蹲坐、勤换体位、肢体保持功能位，以防发生下肢静脉血栓。合并**房颤者服阿司匹林**，防止附壁血栓形成。

消化性溃疡病人的护理

病因：**幽门螺杆菌（Hp）感染**是重要发病原因；在损害性因素中，占主导地位的是胃酸、胃蛋白酶。黏膜损害因素和黏膜保护因素失去平衡是发病基本原理。

上腹痛为消化性溃疡的主要症状。胃溃疡（GU）与十二指肠溃疡（DU）疼痛部位、性质、节律性等。

	胃溃疡（GU）	十二指肠溃疡（DU）
疼痛性质	烧灼或痉挛感	钝痛、灼痛、胀痛或剧痛，或仅有饥饿样不适感
疼痛部位	剑突下正中或稍偏左	上腹正中或稍偏右
疼痛发作时间	进食后 30~60 分钟，疼痛较少发生于夜晚	进餐后 1~3 小时，也常发生在午夜至凌晨
疼痛持续时间	1~2 小时	饭后 2~4 小时，到下次进餐后为止
一般规律	进食-疼痛-缓解	疼痛-进食-缓解
好发部位	胃窦	十二指肠 球部
胃酸分泌	正常或降低	增多

并发症：**出血最常见**，穿孔常发生于十二指肠溃疡，幽门梗阻，癌变。

检查：胃镜检查及胃黏膜活组织检查是**确诊的重要依据**；X 线钡餐检查发现**龛影**，是诊断溃疡的重要依据。

治疗：根除 Hp（三联治疗）；抑制胃内酸度物质质子泵阻滞剂：以**奥美拉唑**为代表，是目前最强的胃酸分泌抑制剂。常用的药物有奥美拉唑、兰索拉唑；保护胃黏膜等。

护理：遵医嘱正确服用药物，抗酸药应在餐后 1 小时及睡前服用，避免与牛奶同时服用；抗胆碱能药及**胃动力药**如多潘立酮等应在餐前 1 小时及睡前 1 小时服用。

上消化道大量出血

病因：主要是**消化性溃疡**引起的。

表现：**呕血与黑便**是上消化道出血的特征性表现、呕血棕褐色，黑便呈咖啡渣样；

氮质血症；失血性周围循环衰竭；发热等。

内镜检查：是上消化道出血（24~48h）病因诊断的首选方法。

治疗：抢救措施（保持呼吸通畅），补充血容量，止血措施（生长抑素、药物治疗、气囊管压迫止血、手术等）。生长抑素对上消化道出血止血效果较好，可减少内脏血流量 30%~40%，临床上多用于食管胃底静脉曲张出血。三腔或四腔气囊管压迫止血：适用于食管胃底静脉曲张破裂出血。

护理：上消化道大出血伴休克时首要的护理措施是建立有效静脉通路；放置三腔气囊管压迫止血，持续压迫时间最长不超过 24 小时，拔管后 24 小时仍需严密观察。

贫血病人的护理

1、缺铁性贫血

（1）成年人缺铁的主要病因慢性失血；小儿最常见的缺铁原因摄入不足；胃大部切除术后贫血的原因是铁吸收不良。

（2）检查：血象：典型血象为小细胞低色素性贫血，中间淡染区扩大，白细胞、血小板正常；血清铁蛋白 < 14 μg/L，血清铁蛋白检查可准确反映体内贮存铁情况，能作为缺铁依据。

（3）服用铁剂的注意事项，与 VC 同服，不能与牛奶、茶同服，服铁剂期间大便会变成黑色。

2、再生障碍性贫血（再障）病人的护理

（1）病因：药物及化学物质：其中以氯霉素最多见；X 线等，骨髓造血功能异常。

（2）重型再障和非重型的鉴别

	重型再障	非重型再障
发病特点	起病急，发展快	较多见，起病缓慢，病程长
症状	早期即可出现出血及感染，随着病情发展出现进行性贫血，脑出血和严重感染是常见的死亡原因	<u>贫血</u> 是首发和主要表现，感染、出血症状较轻

（3）血象检查：全血细胞减少，呈正细胞正色素性贫血，白细胞、血小板减少。

（4）治疗：雄激素为治疗非重型的首选药，目前常用丙酸睾酮衍生物司坦唑；

免疫抑制剂是目前治疗重型再障的主要药物。

(5) 护理：重度以上贫血（血红蛋白 $<60\text{g/L}$ ）要以卧床休息为主；

颅内出血的处理：①迅速通知医生。②病人平卧位，头偏一侧，保持呼吸道通畅。

③开放静脉，按医嘱给予脱水药、止血药或输浓缩血小板液。④观察病人意识状态、瞳孔大小、血压、脉搏及呼吸等。

糖尿病病人的护理

病因：遗传因素、自身免疫、环境因素等，胰岛 β 细胞功能受损，分泌减少。I型糖尿病发病的机制是胰岛素分泌绝对不足。

表现：多尿、多食、多饮，体重减轻，即“三多一少”；酮症酸中毒病人呼气中出现烂苹果味（丙酮所致）。

并发症：心血管病变是最严重的并发症，基本病理为动脉硬化及微血管病变，心脑肾病变是糖尿病死亡的主要原因；周围神经病变（常为对称性）；眼底病变（视网膜脱落导致失明）；糖尿病足。

检查：血糖空腹和餐后2小时血糖升高是诊断糖尿病的主要依据。空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ ，和（或）餐后2小时血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 可确诊本病；糖化血红蛋白（GHb）测定可反映取血前2~3个月的血糖水平；口服葡萄糖耐量试验（OGTT）对诊断有疑问者可进行。

治疗：饮食治疗、运动治疗、药物治疗等。

护理：按摩足部、注意保暖、适当运动，使用热水袋水温不宜超过 50°C ；胰岛素促泌剂应在饭前半小时口服，双胍类药物进餐时或餐后服，葡萄糖苷酶抑制剂应与第一口饭同时嚼服，噻唑烷二酮类（格列酮类）主要不良反应为水肿，胰岛素最常发生的不良反应是低血糖。

急性有机磷农药中毒病人的护理

中毒机制：毒性作用是与体内胆碱酯酶迅速结合，形成磷酸化胆碱酯酶而失去酶活性。受抑制的是胆碱酯酶。

表现：

(1) 毒蕈碱样症状主要是副交感神经末梢兴奋所致，并出现最早，其表现为腺

体分泌增加及平滑肌痉挛，瞳孔缩小，多汗等。

(2) 烟碱样症状，横纹肌运动神经过度兴奋，表现为肌纤维颤动，其节后交感神经纤维末梢释放儿茶酚胺使血管收缩，引起血压增高、心跳加快和心律失常。

(3) 迟发性神经病发生于急性严重中毒症状消失后 2~3 周；多在急性中毒后 24~96 小时突然发生死亡，称“中间综合征”。

检查：全血胆碱酯酶测定：是诊断有机磷中毒、判断程度的主要指标。轻度中毒：50%~70%；中度中毒：30%~50%；重度中毒：30%以下。

治疗：迅速清除毒物；解毒药物的使用（抗胆碱药常用药物为阿托品）；对症治疗。

护理：吸氧 4~5L/min；清醒者可取半卧位，昏迷者头偏一侧；禁用抑制呼吸中枢的药物如吗啡、巴比妥类。