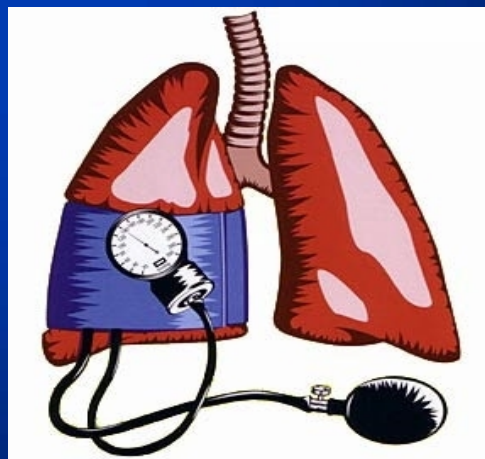




第二章

呼吸系统疾病病人护理





第三节 慢性支气管炎、阻塞性肺气肿和肺源性心脏病病人的护理

教学目标



- ❖ 掌握慢性支气管炎、阻塞性肺气肿和肺源性心脏病的临床表现、处理要点、常见的护理诊断和护理措施；
- ❖ 熟悉疾病的概念、病因及辅助检查；
- ❖ 了解疾病的发病机制、病理。

内容



- ❖ 概述
- ❖ 慢性支气管炎
- ❖ 阻塞性肺气肿
- ❖ 肺源性心脏病

概述



- ❖ **慢性阻塞性肺疾病**（chronic obstructive pulmonary disease,COPD）,简称**慢阻肺**,是一种具有**气流受限**为特征的肺部疾病,且**气流受限**是**不完全可逆**,呈**进行性发展**,是呼吸系统的**常见病**和**多发病**。
- ❖ 以**老年人**多见,可并发**肺性脑病**、**酸碱失衡**及**电解质紊乱**、**自发性气胸**等,**死亡率高**。



慢阻肺病因尚不清楚,可能与下列因素有关:

①吸烟:为重要的发病因素,烟草中的焦油、尼古丁和氢氰酸等化学物质,可损伤气道上皮细胞,使纤毛运动减退和巨噬细胞吞噬功能降低而致感染。

②职业粉尘和化学物质:可损伤气道黏膜,使纤毛清除功能下降,黏液分泌增加,易并发感染。

③感染:长期、反复病毒或细菌等感染,可破坏气道正常的防御功能,损伤细支气管和肺泡。





慢性支气管炎



阻塞性肺气肿



慢性肺源性心脏病



慢支晚期



黏膜萎缩, 气管周围纤维组织堆积增生, 官腔僵硬、塌陷, 逐渐延及细支气管和肺泡壁。



肺泡弹性减退致气体排出受阻、肺泡过度充气和容积增大, 甚至破坏融合成肺大泡。



阻塞性肺气肿



肺小动脉痉挛、收缩, 肺动脉高压

右心衰竭
(肺源性心脏病)



长期肺循环阻力增加



一、慢性支气管炎



- ❖ **Chronic bronchitis,简称慢支,是指气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性炎症;病理上表现为气管黏膜上皮细胞变性、坏死,腺体增生和分泌亢进;临床上以咳嗽、咳痰或伴有喘息及反复发作的慢性过程（每年持续至少3个月,连续2年或以上）为特征。**
- ❖ **国内发病率为2.5%-9.0%,平均3.8%,发病率随年龄增长而增高,北方较南方高,农村较城市高。**

【病因与发病机制】



吸烟、空气污染、感染、气候因素（外因）
气道反应性增高
呼吸道局部防御功能减弱
营养因素、遗传因素

（内因）



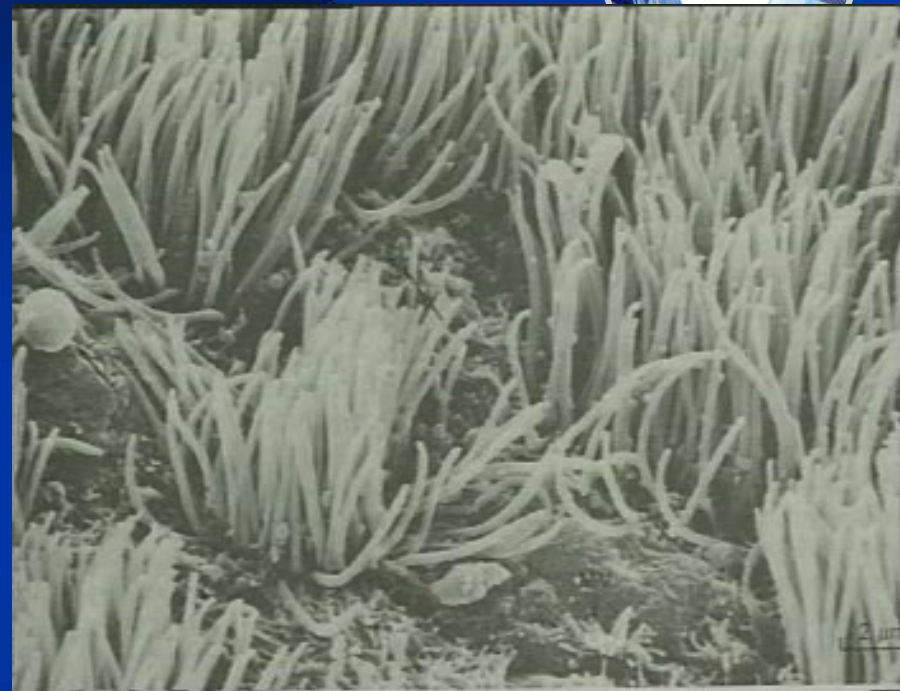
气管黏膜上皮细胞变性、
坏死，腺体增生和分泌亢进



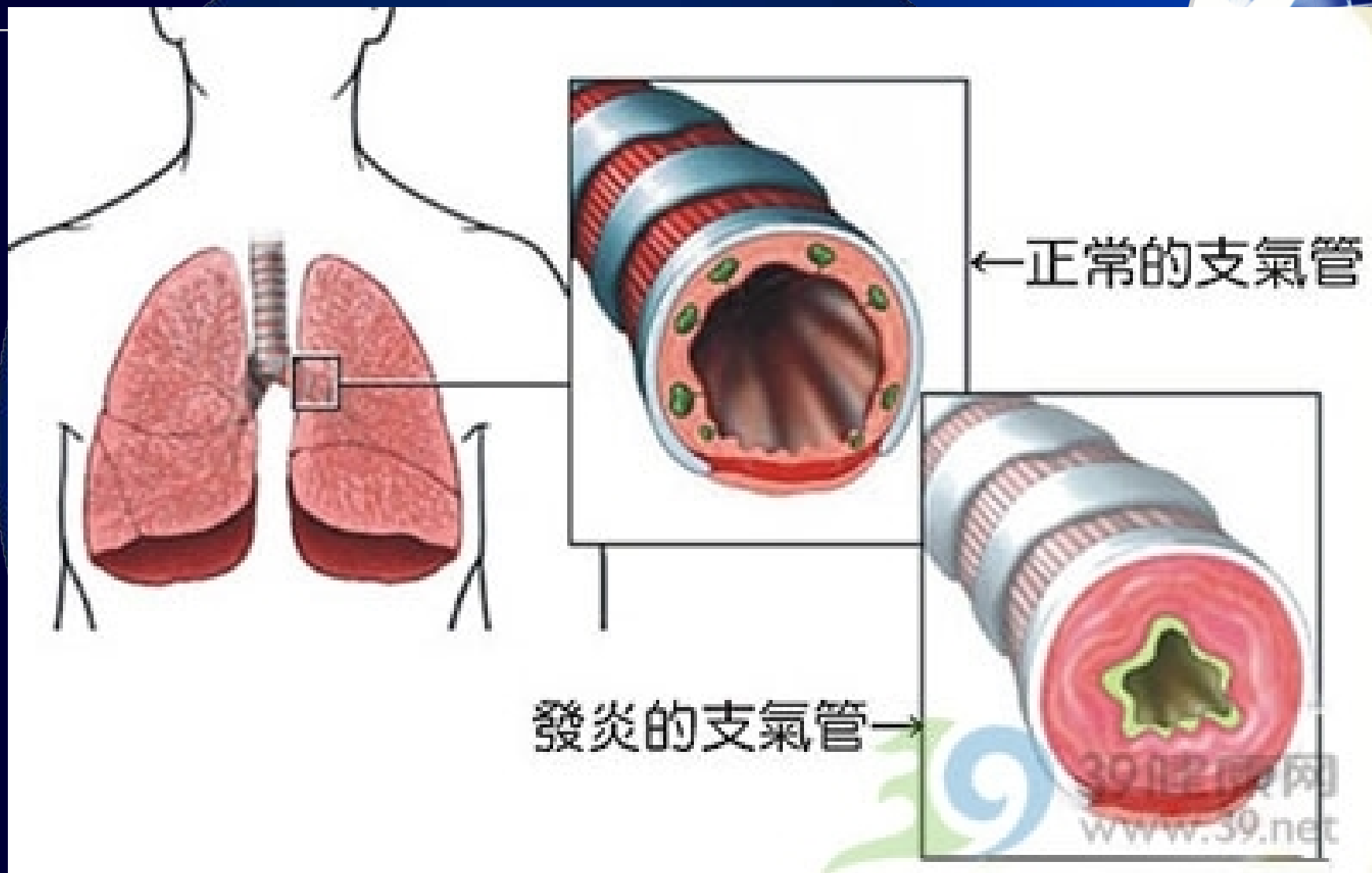
慢性支气管炎
（咳嗽、咳痰、喘息）



电镜下正常气道
粘膜表面的纤毛



慢性支气管炎气道
粘膜的纤毛改变



【临床表现】



1、症状:

- ❖ **咳嗽:**一般晨间咳嗽较重,白天较轻,晚间睡前有阵咳或排痰。
- ❖ **咳痰:**伴咳嗽发生,痰量以夜间或清晨较多,可在肺底闻及散在的干、湿罗音。
- ❖ **喘息或气促:**有支气管痉挛者出现,呼气延长,伴哮鸣音。

2、体征:早期无异常体征。伴感染时双肺可闻及湿啰音。喘息型病人可闻及哮鸣音。

3、分型、分期



慢性
支气管
炎

分型

单纯型:咳嗽、咳痰;

喘息型:除咳嗽、咳痰外,尚有喘息。

分期

急性发作期:一周内出现“咳、痰、喘”任何一项的加剧;

慢性迁延期:不同程度的“咳、痰、喘”症状迁延一个月以上;

临床缓解期:指症状基本消失或偶有轻微咳嗽、少量痰液,保持两个月以上者。

【辅助检查】



- ❖ 早期无异常。伴感染时白细胞和中性粒细胞计数增加,痰涂片或培养可见致病菌。

【诊断要点】



- ❖ 咳嗽、咳痰或伴喘息每年发病持续3个月,并连续两年或以上,排除其他心、肺疾患后,即可做出诊断。

【治疗要点】



- 1、急性发作期治疗:以控制感染为主,予祛痰、止咳和解痉、平喘药物、雾化治疗。
- 2、慢性迁延期治疗:同急性发作期的治疗。
- 3、临床缓解期治疗:加强体育锻炼,增强体质,加强环境卫生,避免诱发因素;增强免疫功能的药物(核酪、胸腺肽、转移因子、干扰素、卡介苗等);中医、中药(冬病夏治)。

【护理诊断/问题】



- 1、清理呼吸道无效
- 2、体温过高
- 3、知识缺乏

【护理目标】



- ❖ 能掌握有效咳嗽、咳痰的方法;
- ❖ 体温恢复正常;
- ❖ 掌握慢支的预防保健知识。

【护理措施】



1、一般护理

- (1) 环境:保持环境空气清新、温暖、湿润;避免各种致病因素。
- (2) 饮食:给予高蛋白、高热量、高维生素、易消化的饮食。
- (3) 休息与活动:急性期多休息;缓解期加强锻炼、增加营养、增强体质,预防复发。
- (4) 心理护理



2、对症护理

(1) 指导有效咳嗽,促进排痰,保持呼吸道通畅。

(2) 发热的护理:物理和药物降温。

3、用药护理:使用抗菌药。

青霉素类药物

头孢菌素类

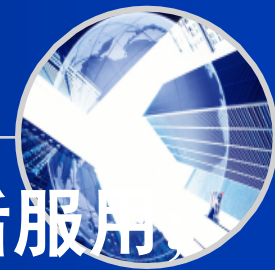
大环内酯类

氨基糖苷类

氟喹诺酮类



- ❖ **青霉素类药物:**用药前必须询问有无过敏史,应作皮试,有青霉素过敏史者禁用。应先配现用。必须按医嘱用药,不可将一天内不同时间段的青霉素药物集中使用。不能缓慢滴注,以免降低效价。
- ❖ **头孢菌素类:**对青霉素过敏者慎用头孢菌素类药物。用药期间注意观察病人有无出血倾向。不要饮酒及含乙醇的饮料。



- ❖ **大环内酯类:**口服可引起胃肠道反应,宜餐后服用。不能与酸性药物同用;用药期间注意多饮水。应稀释后缓慢静脉滴注;稀释应先用注射用水配置成5%溶液,再用5%葡萄糖液稀释。
- ❖ **氨基糖苷类:**注意观察有无眩晕、耳鸣等耳毒性症状;有无肾功能改变等肾毒性症状。
- ❖ **氟喹诺酮类:**宜空腹服药,服药后多饮水。避免与抗酸剂同服。用药期间,应避免阳光或人工紫外线的直接或间接照射,以免发生光毒性反应或光变态反应。



4、健康指导

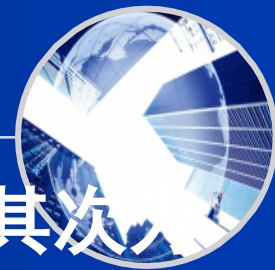
- (1) 指导病人戒烟
- (2) 适当参加体育锻炼
- (3) 适当休息和饮食
- (4) 改善环境
- (5) 教育病人学会自我检测病情变化和常用药物的正确使用方法,并掌握发病规律。

二、阻塞性肺气肿



❖ Obstructive emphysema, 简称慢阻肺, 是指慢性气道阻塞, 终末细支气管远端部分 (包括呼吸性细支气管、肺泡管、肺泡囊和肺泡) 的过度充气 and 膨胀, 气道弹性减退, 气道壁的破坏, 肺组织弹性减退及肺容量增大, 肺功能减低的状态。

【病因与发病机制】



- 1、由慢性支气管病变发展而来:主要为慢支,其次为哮喘、支气管扩张等。
 - ❖ 支气管慢性炎症引起管腔狭窄,形成不完全阻塞,且慢性炎症破坏小支气管壁的软骨,失去支气管正常的支架作用。
 - ❖ 吸烟者吸入的烟雾,通过细胞毒性反应和刺激有活性的细胞,引起中性粒细胞释放弹性蛋白酶。
 - ❖ 慢性炎症引起白细胞和巨噬细胞释放蛋白分解酶增加,损害肺组织和肺泡壁结构,最终导致多个肺泡融合成肺大泡或形成气肿。
 - ❖ 肺泡壁毛细血管受压,肺组织血供减少,也可致肺泡壁弹力减退而促进肺气肿的发生。

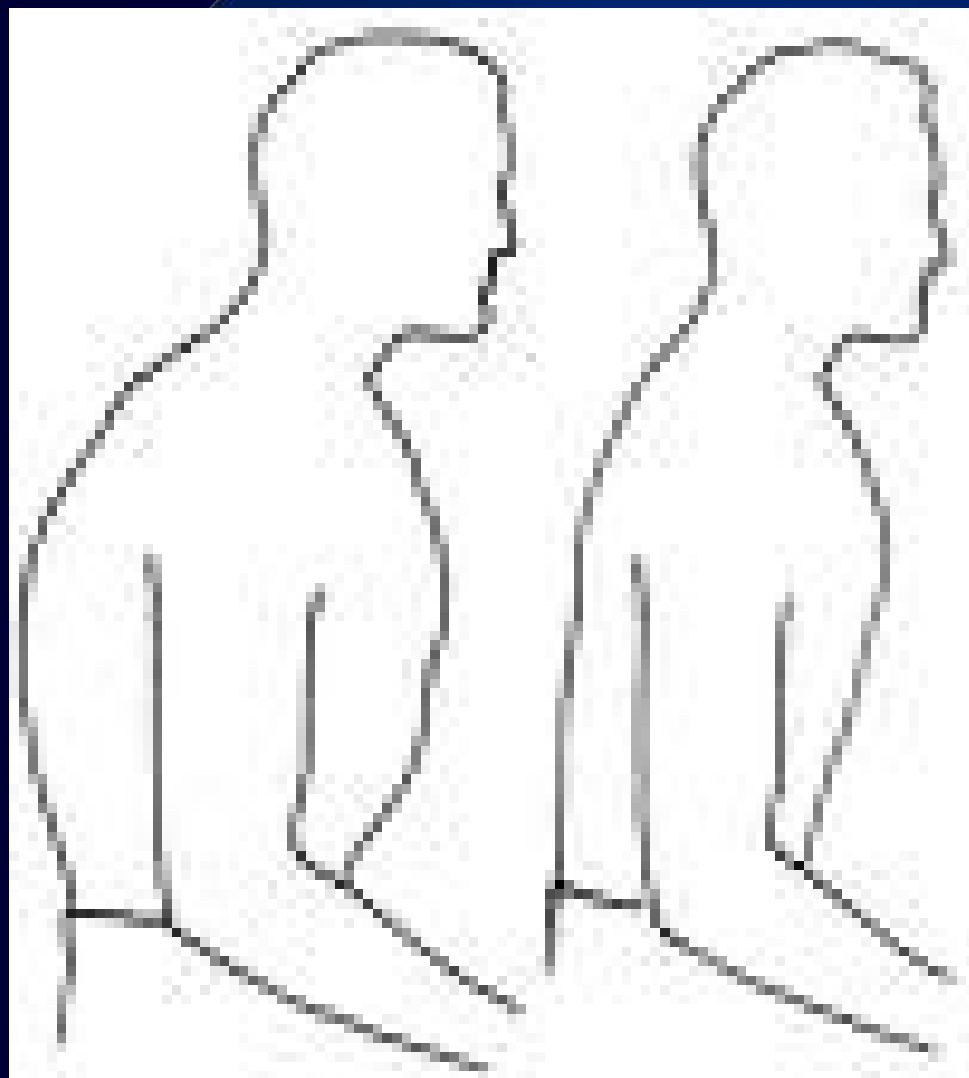


- 2、弹性蛋白酶及其抑制因子的失衡学说:弹性蛋白酶和（或）弹性蛋白酶抑制因子（主要是 α_1 -抗胰蛋白酶, α_1 -AT）减少或功能不足,引起两者失衡时,即发生肺气肿。
- 3、遗传因素:如先天性 α_1 -AT缺乏者易患肺气肿。

【临床表现】



- 1、**症状:**主要症状是进行性加重的呼吸困难,活动后加剧。可在慢支原有咳嗽、咳痰等症状的基础上出现逐渐加重的呼吸困难,逐渐出现轻微活动或静息时也感到气急,严重时生活不能自理。
- 2、**体征:**早期无明显体征。典型者:肺气肿征。
视:桶状胸。
触:语颤减弱或消失。
叩:过清音,肺下界和肝浊音界下移。
听:双肺呼吸音减弱,呼气时间延长,心音遥远,合并呼吸道感染时可出现干、湿啰音。



桶状胸:胸的前后径增大,有时接近或超过左右径,呈圆桶状,肋间隙增宽。



桶状胸



3、临床分型

(1) 气肿型（又称红喘型,pink puffer,PP型,A型）:多见于明显瘦弱体形和老年人。呼吸困难明显,多呈持续性。动脉血氧分压可正常或稍低,呈喘息外貌,无发绀。晚期发生呼吸衰竭或伴右心衰竭。

(2) 支气管炎型（又称紫肿型,blue bloater,BB型,B型）:多见于肥胖体形,发病年龄早。以呼吸道反复感染为主,咳嗽较重,咳黏液脓性痰且量多,早期有发绀,呼吸困难相对较轻。动脉血氧分压常明显降低。较早出现呼吸衰竭和右心衰竭。

(3) 混合型



4、并发症:有自发性气胸、肺部急性感染及肺源性心脏病等。

【辅助检查】



- 1、X线检查:胸廓扩张,肋骨平行,肋间隙增宽,活动度减弱。膈降低且变平,两肺透亮度增加,肺血管纹理外带纤细、稀疏和变直,两肺和内带肺血管纹理增粗。支气管炎症型肺支气管影增粗紊乱。心脏呈垂直位,心影狭长。
- 2、呼吸功能检查
- 3、动脉血气分析
- 4、心电图检查
- 5、血清 α 1-抗胰蛋白酶测定
- 6、血常规:红细胞计数和血红蛋白增多。

【诊断要点】



- ❖ 根据慢支病史、肺气肿的临床表现、胸部X线检查及肺功能检查。

【治疗要点】



治疗目的:

- ❖ 避免吸烟和接触刺激性气体等;
- ❖ 预防和消除呼吸道感染;
- ❖ 消除气道阻塞中的可逆因素;
- ❖ 控制咳嗽和痰液形成;
- ❖ 控制低氧血症等并发症;
- ❖ 解除病人焦虑和忧郁情绪。



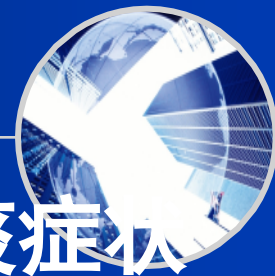
- ❖ 对症治疗
- ❖ 控制感染
- ❖ 家庭氧疗
- ❖ 呼吸肌功能锻炼和康复治疗
- ❖ 手术治疗

【护理诊断/问题】



- 1、气体交换受损
- 2、清理呼吸道无效
- 3、低效型呼吸形态
- 4、营养失调（低于机体需要量）
- 5、焦虑
- 6、活动无耐力

【护理目标】



- ❖ 呼吸困难的症状得到改善,咳嗽、咳痰症状减轻;
- ❖ 营养得到改善、掌握呼吸肌锻炼的知识并能坚持进行;
- ❖ 掌握家庭氧疗的知识;
- ❖ 病情稳定,生活质量得到提高。

【护理措施】



- ❖ 一般护理
- ❖ 病情观察
- ❖ 心理护理
- ❖ 对症护理
- ❖ 用药护理
- ❖ 健康指导



1、一般护理

(1) 环境和体位:肺、心功能失代偿期应卧床休息,保证病人充分睡眠,促进心肺功能的恢复。呼吸困难严重者,取半卧位或坐位。肺、心功能代偿期活动应量力而行,以不引起疲劳、不加重症状为度。

(2) 饮食护理:高热量、高蛋白、高维生素、低盐、清淡易消化饮食。水肿、少尿病人应限制水与钠的摄入。



2、病情观察

- ❖ 监测病人生命体征的变化,尤其是呼吸频率、节律、幅度变化。
- ❖ 观察病人咳嗽、咳痰情况,痰液的性质、颜色、量。
- ❖ 有无心悸、胸闷、水肿及少尿。
- ❖ 定期监测动脉血气分析变化。
- ❖ 密切观察病人有无头痛、烦躁、昼睡夜醒、意识状态改变等肺性脑病表现。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/086101122011010130>