



绪 论

学习目标

1. 掌握健康评估的概念与内容。
2. 熟悉健康评估的学习目的和要求。
3. 了解健康评估的学习方法。

案例引导

患者,男,62岁,退休干部。因意识障碍、偏瘫1h入院。患者入院前1h大便时突然晕倒,右侧肢体活动障碍。患者有高血压病史15年,近1周来有头晕、四肢麻木表现。身体评估:体温38℃,血压168/100 mmHg,双侧瞳孔等大,瞳孔对光反射存在。

问题:

1. 如何收集被评估者的主、客观资料?
2. 被评估者主要有哪些护理问题?
3. 被评估者需要做哪些辅助检查?

健康评估是从护理的角度研究评估对象现存的或潜在的健康问题的基本理论、基本技能和基本方法的一门学科。健康评估是护理专业的一门新兴学科,是护理程序的首要环节,它既是执行护理程序的基础,又贯穿整个护理过程的始终,是连接医学基础课程和专业课程的桥梁,也是确保提供优质护理服务的先决条件。学习健康评估的目的是使学生掌握运用护理程序的方法,学会收集、分析资料,能够提出正确的护理诊断,为确定护理目标、制定护理措施打下坚实的基础。

一、学习健康评估的重要性

健康评估是一个有计划的、遵循一定规律、使用一定方法、系统地收集评估对象的资料,并对资料



图文
HRA 健康风险
评估系统

做出正确分析的过程。没有正确的健康评估资料就没有正确的护理诊断,没有正确的护理诊断就无法制订和实施正确的护理计划。正确的护理诊断来源于准确的健康评估理论和实践,这就需要护士很好地了解和掌握健康评估的基础理论、基本知识和基本技能,重视健康评估这门课程的学习,为成为一名优秀的临床护士打下坚实的基础。

护士必须掌握健康评估的理论与技能,这样才能正确获得护理对象的第一手资料,从而对患者实施全面的身心护理。因此,学好健康评估是非常重要和必要的。

二、健康评估的内容

健康评估的主要内容是对被评估者的生理、心理和社会健康资料进行的全面评估,包括健康资料的采集、常见症状的评估、身体评估、心理与社会评估、心电图检查、影像学检查、临床常用实验室检查、健康评估记录等。护士可通过全面的评估了解患者的健康状况、适应情况、对医疗与护理的反应,发现潜在的引起健康问题的危险因素。

1. 健康资料的采集

健康评估是一个有计划、系统地收集被评估者的健康资料的过程。评估者要熟悉与被评估者交流、沟通的各种技巧,重点注意收集主、客观资料,尤其是关于护理对象的生理、心理、社会、文化、精神方面的资料,同时从被评估者对健康问题的反应和对护理的需求方面进行资料采集,为制订和实施护理计划及其评价提供依据。

2. 常见症状的评估

症状(symptom)是指被评估者主观感受到的不适或痛苦的异常感觉,或某些客观病态改变。症状能够较早地提示疾病的存在,大多数被评估者因为出现症状而求医。症状一般是通过问诊获得的,是被评估者主观的感觉,如疼痛、眩晕等。症状是健康史的重要组成部分,是被评估者提供的主观资料。

3. 身体评估

身体评估是评估者运用自己的感官或借助于一些简单的检查工具(如体温表、血压计、听诊器、叩诊锤、手电筒、压舌板、棉签等)来客观评估被评估者身体健康状况的一组最基本的检查方法。通过身体评估,评估者可以获得被评估者的某些体征。体征(sign)是指护士通过检查患者所发现的客观异常表现,如出血点、肺部啰音、肝大、皮疹等。

身体评估一般于采集完健康资料后开始,其目的为进一步支持和验证问诊中所获得的有临床意义的症状,发现被评估者存在的体征及对治疗和护理的反应,为确认护理诊断寻找客观的依据。只有掌握基本的检查方法,评估者才能收集到较完整的客观资料。

4. 心理与社会评估

心理与社会评估是指评估者运用心理学和社会学的知识及方法对评估对象心理健康与社会健康状况所做的评估。心理与社会评估是健康评估的重要组成部分,它可以帮助评估者更好地理解被评估者对周围环境及事物的反应,了解被评估者心理与社会功能的健康状态,了解社会心理因素与生理功能之间的关系。心理与社会评估是对被评估者实施整体护理的关键。临床护士除具有医学基础知识外,还必须具备一定的心理和社会评估方面的知识及技能,这样才能为评估对象提供包括生理、心理和社会等方面的整体护理。

5. 心电图检查

心电图(electrocardiogram, ECG)检查是诊断心血管疾病的重要方法,也是监测危重患者、观察和判断病情变化的常用手段。心电图检查是一种常用的检查方法,不仅对心脏疾病,对其他疾病的诊断和病情判断,以及重症监护也具有很重要的作用,是健康评估重要的客观资料之一。

6. 影像学检查

影像学检查是一种特殊的检查方法。它借助不同的成像手段使人体的内部器官和结构显出影像,从而了解人体解剖与生理功能状况及病理变化,以达到辅助诊断的目的,是健康评估的基本内容,可为护理诊断提供有价值的资料。影像学检查包括X线检查、超声检查、计算机体层成像检查、磁共振成像检查、核医学检查等。

7. 临床常用实验室检查

实验室检查是运用物理、化学、生物学、遗传学、免疫学及分子生物学等技术,对评估对象的血液、体液、分泌物、排泄物、脱落细胞等进行检测,以获取反映机体功能状态,与疾病相关的病理变化或病因等有关的资料。这些资料是健康评估重要的客观资料之一,也是做出护理诊断的重要依据。正确收集实验室检查标本,指导、协助评估对象完成各项特殊检查的准备,是临床护理人员必备的一项技能。

8. 健康评估记录

健康评估记录是将通过健康资料采集、身体评估、实验室检查和其他辅助检查获得的资料连同护理过程中观察到的情况及执行情况经过整理后形成的书面记录。健康评估记录具有重要的教学和科研价值,具有法律效力,也是衡量护理质量和专业水平的重要标准。

三、健康评估的学习方法

护生可通过对患者的全面、完整、正确的评估,有计划、系统地收集患者的健康资料,并对资料进行分析和判断,提出护理诊断,为制订护理计划和实施护理方案及评价护理效果提供依据。护生只有掌握健康评估的基本理论和基本技能,在临床上善于观察和分析,才能及时发现患者的病情变化。同时,健康评估又是实践性比较强的课程,只有通过反复实践,护生才能为后续的临床各科学习打下坚实的基础。

(1) 护生应注重自身素质的培养,无论是在技能训练时还是在临床实践教学环境中都要学会与人交流和沟通,体现对人的尊重与关爱。

(2) 护生要在课堂上进行辩证思维模式训练,记录要点,主动参与问题讨论和模拟操作训练。

(3) 护生应积极预习教材的基本内容,以准护士的角色到临床实践求证,训练提出问题和解决问题的能力。

(4) 护生应于课后复习重点,总结和反复操作练习各项评估技能。

四、健康评估的学习要求

护生在学习健康评估课程时必须以人的健康为中心,运用护理程序知识,体现以护理程序为框架、以确定护理诊断为核心、以护理评估为重点、以医技检查为辅助的整体护理能力,掌握健康评估的方法。学习健康评估的具体要求如下。

(1) 掌握交谈收集资料的方法,能够独立问诊,掌握主观资料和客观资料的临床意义。

健康评估

- (2) 掌握身体评估的方法,能够用规范的方法系统、全面、重点、有序地进行身体评估。
- (3) 掌握实验室检查的标本采集方法,熟悉检查结果的临床意义。
- (4) 掌握心电图检查的操作方法,识别正常心电图与异常心电图。
- (5) 掌握常用影像学检查前后的准备与护理指导。
- (6) 运用护理程序进行资料采集,做出护理评估,确定护理诊断,书写完整的护理病历。

【小结】

本章主要讲述了健康评估的概念与内容,即健康评估是从护理的角度研究评估对象现存的或潜在的健康问题的基本理论、基本技能和基本方法的一门学科。健康评估的内容包括健康资料的采集、常见症状的评估、身体评估、心理与社会评估、心电图检查、影像学检查、临床常用实验室检查、健康评估记录。通过学习,学生应能够正确应用护理程序去思考临床问题和训练评估能力,学会以整体评估的思维模式确认评估对象的健康与护理需求问题,为成为一名优秀的临床护士打下坚实的基础。



第一章 健康评估方法

学习目标

1. 掌握主、客观资料的概念,健康资料的内容,功能性健康型态护理评估的要点。
2. 熟悉采集资料的基本方法、各系统的护理评估要点、功能性健康型态评估的基本理论知识。
3. 了解交谈的技巧、健康资料的分析方法、功能性健康型态的评估方法与应用。

案例引导

患者,女,68岁,工程师。近1周来,患者劳累后多次出现心前区压榨性疼痛,放射至左肩、左臂内侧达无名指和小指;每次发作持续3~5 min,停止活动后疼痛可缓解;以往无类似发作史。患者有烟酒嗜好,平时体检身体健康,发作时面色苍白,心率加快,血压升高,余无不适。发作时心电图检查可见ST段压低,T波倒置。临床初步诊断为冠心病心绞痛。

问题:

1. 护士可用哪些方法采集资料?需进一步收集哪些资料?
2. 该患者常见的护理诊断有哪些?

第一节 健康资料的采集

案例引导

患者,女,28岁,婚后10天因尿频、尿急、尿痛、血尿4h入院。

问题:

1. 采集资料的基本方法有哪些?
2. 接诊护士应如何通过交谈采集该患者的全面资料?

健康资料是关于被评估者目前、过去健康状况及生活方式的主观资料。收集资料是健康评估的第一步,也是制订和实施护理计划的依据。

一、资料的来源与分类

1. 资料的来源

1) 直接来源

健康资料的主要来源是被评估者本人,因为只有被评估者自己最清楚、最能准确地表述对健康的认识与需求、患病后的异常感受和情绪体验、求医的目的与要求、对治疗和护理的期望等,这是通过其他途径无法得到的资料,因此也最为可靠。只要被评估者意识清楚、非婴幼儿,评估者均应先向被评估者采集资料。

2) 间接来源

被评估者有语言障碍、意识不清、智力不全、精神障碍等问题,以及被评估者为婴幼儿而无法提供健康资料时,评估者可通过其他途径间接获取资料。

- (1) 家庭成员:包括被评估者的父母、兄弟姐妹等。
- (2) 知情人:包括与被评估者关系密切者的同学、朋友、邻居等。
- (3) 事件目击者:事故现场或意外发生时的目击者。
- (4) 相关的卫生保健人员:包括被评估者的医生、营养师、放射医师、化验师、药剂师及其他护士等。
- (5) 健康记录或病历:健康记录是指社区的卫生记录和儿童的预防接种记录等。病历包括被评估者的既往史和现病史,如症状、病程及治疗等;也有辅助检查,如X线检查、实验室检查、病理检查等的资料。



图文
营养师资格证

2. 资料的分类

1) 按照来源划分

按照来源,健康资料可分为主观资料和客观资料。

(1) 主观资料:被评估者的主观感受或自身体验,即患者对自己健康问题的体验和认识。主观资料主要通过交谈获得,具有主观性,包括患者的知觉、情感、价值、信念、态度、对个人健康状态和生活

状况的感知。被评估者患病后对机体生理功能异常的自身体验和感受称为症状,如腹痛、恶心等。

(2) 客观资料:评估者通过自己的感官或简单的工具对被评估者进行身体评估时所获得的健康资料。客观资料主要通过检查获得,具有客观性。被评估者患病后机体的体表或内部结构发生的可以观察到的或身体检查评估时可以发现的改变称为体征,如肝大、心脏杂音等。

主观资料和客观资料同等重要,都是构成护理诊断依据的重要部分。评估者在收集到主观资料和客观资料后,应将两者加以比较和分析,主观资料需要从客观资料处得到证实,使收集的资料更具准确性。

2) 按照时间划分

按照时间,健康资料可分为目前资料和既往资料。

(1) 目前资料:反映被评估者目前健康状况的资料,即与被评估者现在的疾病有关的资料。目前资料包括就诊时的状况或经过治疗和护理后的现状,如现在的体温、脉搏、呼吸、血压、饮食和睡眠状况等。

(2) 既往资料:反映被评估者本次就诊之前健康状况的资料,即与被评估者过去健康状况有关的资料。既往资料包括既往史、治疗史和过敏史等。

评估者在采集到目前资料和既往资料后,需将两者结合起来进行分析。

二、采集资料的基本方法

1. 交谈

交谈分为正式交谈和非正式交谈。

1) 正式交谈

正式交谈是指事先通知被评估者,进行有目的、有计划的交谈,如入院后的病史采集。

2) 非正式交谈

非正式交谈是指护士在日常护理工作中与被评估者的交谈。护士可通过非正式交谈及时了解被评估者的真实想法和心理反应。

2. 观察

评估者与被评估者的初次见面就意味着观察的开始,一般观察可以与交谈同时进行。评估者应重点观察被评估者的外貌、体位、步态、个人卫生、精神状况和反应等,特别应注意被评估者的非言语表现及接受护理服务后的反应。

3. 身体评估

评估者应掌握一定程度的体检技能,能够为被评估者进行身体评估,以便及时了解其病情变化和发现健康问题(详见“第三章身体评估”的相关内容)。

4. 阅读

评估者应阅读被评估者的病历、各种护理记录、辅助检查报告及相关文献等。

三、交谈的方法

交谈是评估者通过向被评估者及有关人员询问,了解被评估者目前的健康状态和患病情况,以及由此带来的身体、心理、社会活动反应或潜在反应的方法。通过交谈,评估者可以了解被评估者疾病的发生、发展、诊治经过、既往健康状况和曾患疾病的情况,以及被评估者的思想情绪对疾病的影响

等,获得做出护理诊断的重要依据。同时,评估者与被评估者的交谈可为身体评估和辅助检查提供线索与导向。交谈是评估者采集资料的主要手段,有利于发现健康问题及其原因所在,也是进行健康教育的最好时机。

1. 交谈前的准备

1) 评估者的仪表

评估者的工作服要干净合体,行为举止符合规范要求,态度诚恳友善。

2) 交谈的内容

评估者可参阅必要的资料,如门诊、急诊病史等,以了解被评估者的基本情况及其对疾病的认识和心理反应、对医疗及护理的需求、双方共同关心的问题等。

3) 交谈的环境

评估者应安排舒适、安静的交谈环境,避免交谈被干扰。评估者应使室内相对隔音、光线明亮但柔和、温度适宜、设施舒适、卫生状况良好。

4) 交谈的地点

交谈的地点可在办公室、病室等处。评估者要关上房门或拉上病室内的帷幕,甚至必要时可请访客暂时离开,使交谈环境有一定的私密性,确保谈话不会被第三者听到,以助于被评估者提供正确的信息。对危重患者,评估者可与之在床边交谈。

2. 交谈开始时

1) 礼貌称呼

评估者应根据被评估者的年龄、性别、职业、文化背景等的不同,有礼貌地称呼被评估者并向其问好,避免以床号直呼被评估者。

2) 自我介绍

评估者应先做自我介绍,包括自己的姓名、职称等。

3) 有关说明

评估者向被评估者说明交谈的目的、所需时间,了解其要求与愿望,承诺不向外人泄露交谈的内容,保护其隐私,消除被评估者的顾虑。

4) 交谈时间

交谈时间不宜太长。评估者要注意被评估者的体位、姿势是否舒适,否则被评估者易感到疲劳。

5) 取得信任

评估者在询问被评估者的一般情况时可寻找自己与其相似之处,以在短时间内消除被评估者的紧张情绪,取得其信任和喜欢。例如,“呀!我们还是老乡呐”等,使被评估者感受到评估者的亲切与可信,这对顺利地进行交谈是十分重要的。

3. 交谈过程中

1) 语言交谈的方式

(1) 开放式提问:提出一个特殊疑问句,没有可供选择的答案。开放式提问能让被评估者自由发挥,提问不具有暗示性,有利于被评估者开启心扉、发泄和表达被抑制的感情。为了获得和掌握更多

的病史资料,交谈中宜采用开放式提问。但因提问内容复杂,被评估者可能抓不住重点,甚至离题,因此,评估者需要用较多的时间进行倾听。

(2) 封闭式提问:评估者提出一个一般疑问句,有可供选择的答案,甚至有时只需回答“是”或“不是”。封闭式提问直接针对需要了解的问题提问,以得到确切的答案。封闭式提问对处理急诊患者尤为合适,也可用于澄清相关问题。但封闭式提问涉及的范围狭窄,易固定被评估者的思维,使评估者难以获得全面、详细的资料,不易了解被评估者的真实感受;具有较强的暗示性,易误导被评估者。

注意事项:交谈中,评估者说话时应保持中等语速,音调不能太高,要让被评估者觉得亲切、安全、放心,这样才容易接近被评估者并与之沟通。如果评估者的声音高而尖,语速太快,就会让被评估者觉得评估者对其不耐烦、浮躁、粗心、不尊重人。评估者在交谈时禁用可对被评估者产生不良刺激的语言、表情、动作,如说“麻烦”“难办”,皱眉,摇头,做手、脚习惯性动作等,这样会增加被评估者的负担而影响资料的采集。

2) 非语言交谈的方式

(1) 体态语言:评估者应适时点头或微笑,示意听懂了对方所说的话,鼓励被评估者继续交谈。

(2) 触摸:表示彼此关系密切。但文化背景的不同决定了被评估者的接受程度不同,评估者在应用时应加以注意。

(3) 沉默:可以为被评估者提供思考和调适的机会。其利弊关键是如何使用,使用恰当则是一种有效的交谈技巧。

(4) 倾听:为了使交谈进展顺利,评估者应注意倾听,不要轻易打断被评估者的讲话,及时给予反馈(如点头、抬眉等),以示鼓励。

注意事项:在与被评估者交流时,评估者应保持双目平视,不要一直注视着被评估者,间歇的目光相触可以显示对被评估者的尊重,表示交谈的双方是平等的。评估者与被评估者的距离一般以彼此能清楚地观察对方的反应,听到对方适中音量的声音,而不受对方的体位干扰为宜。过近易使人感到不舒服,过远则显得双方缺乏信任感。评估者与被评估者的理想交谈距离为 50~120 cm,这也是比较亲近的交谈距离。

3) 与特殊患者的交谈

(1) 危重患者:评估者必须争取时间先解除患者的病痛和生命危险,交谈的重点应放在其目前主要问题的评估上,并立即进行抢救,详细的健康问题可在病情好转后再补充,以免延误治疗。

(2) 反应迟钝、思维缓慢的老年人:评估者应注意语言简单、通俗,语速要慢,给老年人留有足够的思考、回忆时间,必要时予以适当的重复等。当回答不确切或对老年人的回答不满意时,评估者要耐心启发,如“不用急,再仔细想一想”。

(3) 不能自述病情的儿童:评估者要注意代述病史的可靠性。对能自述的儿童,要充分重视其心理(如怕打针、吃药等),注意其回答时的反应,以利于判断病史的可靠性。

注意事项:一般情况下的交谈最好只有评估者和被评估者参加,这样不仅有利于沟通和理解,还有利于保护被评估者的隐私,鼓励被评估者提供真实的病史。在对老年人、婴幼儿、听力语言障碍者、极度虚弱甚至神志不清者、精神异常者进行评估时必须有人陪同。

4. 交谈结束时

1) 学会表示感谢

被评估者信任评估者,把重要的事情告诉评估者。因此,评估者应感谢被评估者的合作和配合。

2) 澄清问题

在已取得必要的资料、准备结束谈话前,评估者要核实资料,向被评估者简单复述一下谈话的重要内容,提供机会使被评估者能够澄清一些信息。

3) 解释疑虑

对被评估者提出的疑虑,评估者要做出必要的解释,并说明对被评估者的要求、希望、下次就诊时间或随访计划等。然后,评估者应告知被评估者今天暂时谈到这,如有需要可以适时联系,结束交谈。

四、交谈的技巧

评估者在与被评估者进行交谈时可运用以下交谈技巧获得可信度更高的资料,并使被评估者感到舒适,增强其安全感和对医护人员的信任感。

(1) 当遇到被评估者抓不住重点、离题或试图避免谈及某项问题时,评估者可插些与评估内容相关的问题,使话题重回主题。例如,“我很愿意在稍后的时间与您讨论这些问题,现在请您先谈谈这次发热的情况,好吗”,或者说“你的那些问题我能理解,现在请谈谈你当时腹痛的情况吧”,避免破坏交谈气氛。

(2) 当交谈涉及被评估者的敏感问题时,评估者应尊重被评估者的隐私权,对其不愿意讲的内容不要追问,尽量回避其不愿意提及的问题。必须要问时,评估者不宜过早提出此类问题,以免造成交谈中断。

(3) 评估者应采用非判断性及尊重的态度,即对被评估者所说的话不要评判,也不可随意给予保证,如“别担心,没什么大问题”或“没问题,一切都会好的”。即使是非常重要的资料,评估者也不要强迫被评估者回答问题,以免引起被评估者的反感而导致其拒绝回答问题。只有当被评估者感到平等、受到尊重时,其才会坦诚相告。

(4) 评估者在提问时注意要有系统性、目的性和必要性,避免重复提问。但有时为了核实资料,评估者需要就同样的问题多问几次,则应注意重申要点。杂乱无章的提问是评估者漫不经心的表现,可能使评估者失去被评估者的信任。

(5) 评估者的语言要通俗易懂,问题要具体、简单明了,避免使用医学术语,如端坐呼吸、紫癜、隐血、里急后重、间歇性跛行等。即使是文化程度较高的被评估者,也难免会对这些医学术语产生理解错误,导致评估者收集到的病史资料不确切。

(6) 评估者应注意及时核实被评估者陈述中不确切或有疑问的情况,如果被评估者提供了特定的诊断和用药,就应问明诊断是如何给出的及用药剂量。此外,评估者还要核实其他信息,包括饮酒史、吸烟史、兴奋药品和咖啡因服用史、过敏史;相关习惯和嗜好方面的情况,包括名称、用量和时间。

(7) 评估者应避免诱问和逼问被评估者。诱导性提问是一种能为被评估者提供带倾向性特定答案的提问方式,问题的措辞已暗示了理想的答案。评估者不应问“您是不是下午发热的”或“你腹痛时没有恶心,是吗”,而应问“您发热一般是在什么时间”“你腹痛时还伴有其他不舒服吗”。否则,被评估者易受到暗示,随口称是,影响评估资料的真实性。

(8) 评估者不宜使用责难性提问。责难性提问可使被评估者产生防御心理,如“为什么你不早点来,而拖了六周才来看病”“你为什么当时吃剩的食物呢”。

(9) 评估者应恰当地使用连续提问,如“你家族中有人患过癌症、糖尿病、心脏病或高血压吗”,可列多个选项的问题,让被评估者挑选。但如果提问“饭后痛得怎么样?和饭前不同吗?是怎样的痛?”

这一连串的问题就会使被评估者对要回答的问题分辨不清。因此,评估者要按一定的顺序一个一个提问,帮助被评估者厘清思路,不轻易打断被评估者的回忆。

(10) 过渡性语言的使用。过渡性语言是指交谈时用于两个项目之间转换的语言,即向被评估者说明即将讨论的新项目及其理由。评估者使用过渡性语言可使被评估者不会感到困惑。例如,“你为什么要改变话题”“为什么要询问这些情况”。

在交谈过程中,评估者要不断地思考、分析、综合、归纳患者所陈述的症状间的内在联系,分清主次、去伪存真,这样的交谈资料对临床护理诊断才有价值。

【小结】

健康资料是关于被评估者目前、过去健康状况及生活方式的主观资料。评估者应熟练运用交谈的技巧与被评估者进行沟通、交流获得资料,并将收集到的各方面资料进行核实、分类、整理,与正常值比较,找出异常的相关因素,进行综合分析,提出护理诊断,为制订和实施护理计划及做出护理评价提供依据。

第二节 健康资料的内容与分析

案例引导

患者,男,66岁,工程师,反复咳嗽、咳痰20多年,近1周来症状加重伴气促、双下肢水肿,被平车送入院。入院诊断:慢性支气管炎、肺气肿。入院查体:神志清醒,语言正常表达,体温38.7℃,脉搏100次/min,呼吸25次/min,血压140/90 mmHg,体重60 kg。患者于1998年患慢性支气管炎,经积极治疗好转;有吸烟史30多年,偶尔少量饮酒,无不良嗜好,无药物过敏史;近期咳嗽,气促,呼吸困难,口唇、甲床轻度发绀,双下肢轻度水肿,食欲下降,睡眠差。

问题:

1. 护士应采集该患者的哪些资料?
2. 请分析资料,写出该患者的护理诊断。

一、健康资料的内容

健康资料的内容包括一般项目、主诉、现病史、既往史、成长发育史、家族史、社会心理评估及系统回顾。评估者应按项目的序列系统地问诊,对交谈的目的、进程、预期结果心中有数。

1. 一般项目

在了解病情之前,评估者需要先问一下被评估者的基本情况,以帮助理解和预测被评估者对健康状况变化的反应。许多健康问题的发生与被评估者的基本情况有关,因此,预先了解会使资料的采集显得不太突然,使被评估者更乐于配合。

一般项目包括姓名、性别、年龄、民族、籍贯、文化程度、职业、婚姻、宗教信仰、入院方式、住址、家

庭成员、联络人、联系电话、医疗费用的支付方式、入院日期、记录日期、入院医疗诊断、主管医生、病史陈述者及可靠程度等。若病史陈述者并非本人,则评估者应注明其与被评估者的关系。

2. 主诉

主诉是被评估者感受最主要、最明显的症状或体征,即被评估者此次就诊的主要原因和持续时间。主诉应言简意明,用一两句话全面概括,一般不超过 20 个字(包括标点符号);症状较多时,写出最主要的,一般不超过三个,如“活动后心悸、气急 2 年,全身水肿 3 天”“腹痛、呕吐伴腹泻 4 h”;不要把诊断作为主诉,要以症状为主诉,尽可能地用被评估者的语言,如“多饮、多食、多尿伴消瘦 3 年”,而不能写成“糖尿病 3 年”;当前无症状表现的,则应以入院目的为主诉,如“经 B 超检查发现胆囊结石,入院接受手术治疗”;对已经确诊经住院治疗症状消失,需多次住院治疗的患者,应记录确诊疾病的时间及治疗的次数,如“确诊左肺上叶鳞癌 2 个月,行第 2 次化疗”。

3. 现病史

现病史是被评估者患病以来疾病发生、发展和演变的全过程,即目前的健康状况。现病史是问诊的重点内容。

1) 起病情况与患病时间

起病情况包括何时、何地、如何起病,起病缓急,病程长短。患病时间是指起病至就诊或入院的时间。时间长者可按年、月、日计算,起病急骤者可按小时、分钟计算。现病史的时间应与主诉保持一致。翔实的起病情况可为寻找病因和诱发因素提供重要线索。不同的疾病有不同的起病特点,如心绞痛起病急骤,而肿瘤则起病缓慢;脑血栓常发生于睡眠时,而脑出血则常发生于活动时或情绪激动时。

2) 发作原因与诱因

评估者应尽可能地了解与本次发病有关的因素,如外伤、中毒、感染等;有无诱因,如气候变化、环境改变、情绪波动、起居饮食失调等。有时环境的变化或药物的使用可能就是病情减轻或加重的因素。

3) 主要症状的特点

症状评估包括出现的部位、放射区域、性质、发作频率、持续时间、强度、加重或缓解的因素。症状出现的部位、性质等常为寻找病变部位及性质提供重要依据,也为确定护理诊断及制定护理措施提供了重要的依据。例如,胃、十二指肠溃疡常表现为上腹部周期性、节律性隐痛;阑尾炎则表现为转移性右下腹痛;胆囊炎可表现为右上腹痛,进油腻食物后疼痛加重。

4) 病情的发展与演变

病情的发展与演变包括主要症状的发展和其他有关症状的情况。按时间顺序记录是持续进行还是反复发作,包括相关症状的变化及有无新症状出现等。例如,原有消化性溃疡病史者突然出现全腹剧烈疼痛,则应考虑有消化性溃疡急性穿孔的可能。

5) 伴随症状

伴随症状是指与主要症状同时或随后出现的其他症状。伴随症状常可为确定病因提供重要线索,如咳嗽、咯血伴午后低热、盗汗提示存在活动性肺结核。此外,与鉴别诊断有关的“阴性症状”也应记录。

6) 治疗、护理经过

治疗、护理经过包括病后曾在何时、何地就诊,做何检查及治疗经过,如所用药物的名称、剂量,用后的疗效,以及接受了哪些护理措施、效果如何等。

7) 一般情况

一般情况包括精神状态、食欲、体重改变、睡眠及大小便等的情况。若被评估者“失眠”,则评估者应该全面了解其睡眠状况和睡眠障碍的性质,如睡眠受到哪些因素的影响、有什么规律、有什么体验、过去有什么健康问题、与睡眠障碍有什么联系等。

8) 健康问题

评估者应了解被评估者对自己的健康问题是如何看待和处理的,效果如何。这些内容不仅反映了被评估者对疾病的态度、重视程度及应对能力,还为制定护理措施提供了参考依据。

4. 既往史

既往史是指被评估者过去存在的健康问题、求医经历及其对自身健康的态度等。既往史包括既往一般健康状况、预防接种史、手术外伤史、输血史、药物过敏史。

1) 一般健康状况

一般健康状况是指有无慢性病,如高血压、肝病、糖尿病、溃疡病等;过去曾患过的疾病,包括患传染病和地方病的时间与诊疗经过及转归情况。

2) 预防接种史

预防接种史是指疫苗的接种种类及接种时间。

3) 手术外伤史

手术外伤史是指手术及外伤的时间、原因、严重程度、处理经过。

4) 输血史

输血史指过去输入血液的种类、量及输血后的情况。

5) 用药史

用药史是指曾用过的药物,如激素、抗结核药物、抗生素等的用法、剂量、应用时间、疗效、不良反应及当前用药情况。

6) 过敏史

过敏史是指对食物、药物、环境因素中已知过敏物质的机体特殊反应及脱敏方法。

5. 成长发展史

个体的成长发展史主要包括生长发育史、月经史、婚姻史、生育史和个人史。

1) 生长发育史

评估者可通过生长发育史判断被评估者在不同发育阶段的生长发育是否正常,主要应评估出生时的情况及生长发育情况。

2) 月经史

月经史包括月经初潮年龄,月经周期,行经天数,经血的量和色,经期症状,有无痛经、白带,末次月经日期,闭经日期,绝经年龄等。

记录格式:初潮年龄 $\frac{\text{行经期(天)}}{\text{月经周期(天)}}$ 末次月经时间(LMP)或绝经年龄

3) 婚姻史

婚姻史包括婚姻状况、结婚年龄、配偶的健康状况、性生活情况、夫妻关系等。

4) 生育史

生育史包括妊娠与生育次数和年龄,人工流产或自然流产的次数,有无早产、死产、手术产、产褥热及计划生育状况,是否患过影响生育的疾病。

5) 个人史

个人史主要包括社会经历、职业及工作条件、习惯与嗜好、冶游史、吸毒史。

(1) 社会经历:包括出生地、居住地区和居留时间(尤应注意疫源地和地方病流行区)、受教育程度、经济条件和业余爱好等。

(2) 职业及工作条件:包括劳动环境、工种、与工业毒物的接触情况。

(3) 习惯与嗜好:包括个人起居与卫生习惯、饮食规律与质量、有无烟酒嗜好及烟酒摄入量等。

(4) 冶游史:指有无不洁性交史,除配偶外有无其他性伴侣,是否患过淋病、尖锐湿疣、下疳等。对男性患者应记述有无生殖系统疾病。

(5) 吸毒史:指有无吸毒史及毒品的种类、用量及时间,是否成瘾。

6. 家族史

家族直系亲属是指祖父母、外祖父母、父母、兄弟、姐妹及子女。家族史一般询问被评估者家族中三代人(父母、兄妹、子女)的健康状况、死亡原因、有无同类疾病。有些遗传性疾病家族史的询问内容中还应包括某些非直系亲属。

7. 社会心理评估

1) 社会方面

社会方面的评估内容包括家庭关系、生活与居住环境、工作与受教育情况、社交状况、经济状况、文化水平。

2) 心理方面

心理方面的评估内容包括认知能力、情绪状态、自我概念和自尊、对健康与疾病的理解和期望、重大应激事件及应对情况、价值观与信仰。

8. 系统回顾

系统回顾主要包括一般健康状况、头面部器官、呼吸系统、循环系统、消化系统、泌尿系统、造血系统、代谢及内分泌系统、神经系统及精神状态、运动系统的评估。

1) 一般健康状况

评估内容包括有无疲乏无力、出汗、发热、睡眠障碍及体重改变等。

2) 头面部器官

评估内容包括有无视力障碍、眩晕、耳鸣、耳聋、鼻出血、牙龈出血、牙痛、咽喉痛、声音嘶哑等。

3) 呼吸系统

评估内容包括有无咳嗽、咳痰、咯血、呼吸困难、胸痛、发冷、发热、盗汗、食欲不振等;有无与肺结

核患者的密切接触史；职业性质、工作环境和居住条件，是否吸烟和吸烟量的多少。

4) 循环系统

评估内容包括有无心悸、心前区疼痛、端坐呼吸，有无腹水、肝区疼痛、头痛、头晕、晕厥、血压升高及下肢水肿等。

5) 消化系统

评估内容包括有无口腔疾病、食欲改变、嗝气、反酸、腹胀、腹痛、腹泻、呕血、便血、便秘、黄疸；体重的改变，饮食卫生及习惯，有无饮酒嗜好及摄入量等。

6) 泌尿系统

评估内容包括有无排尿困难、尿痛、尿频、尿急，尿量、尿的颜色有无改变，有无尿潴留及尿失禁等；外生殖器有无溃疡、异常分泌物、皮疹；有无性功能障碍。

7) 造血系统

评估内容包括有无乏力、头晕、视物模糊；皮肤、黏膜有无苍白、黄染、出血点、瘀斑、血肿，有无淋巴结肿大及肝、脾大，有无骨骼痛等情况；有无药物、毒物、放射性物质的接触史。

8) 代谢及内分泌系统

评估内容包括有无畏寒、怕热、多汗，有无烦渴、多尿、多食，有无外伤、手术、产后出血；性格、智力、性器官的发育情况，骨骼、甲状腺、体重、毛发等有无改变。

9) 神经系统及精神状态

评估内容包括有无头痛、失眠、嗜睡、记忆力减退、意识障碍、晕厥、痉挛、瘫痪等；有无幻觉、妄想、定向力障碍、情绪异常、性格失常，情绪状态、思维过程、智能、能力、自知力等有无改变。

10) 运动系统

评估内容包括有无肢体无力、麻木、疼痛、痉挛、萎缩、瘫痪等，有无关节畸形、肿痛、运动障碍，有无外伤、骨折、关节脱位、先天性缺陷等。



图文
自知力的评定

二、健康资料的分析

评估者应有计划、有步骤地采集被评估者生理、心理、社会文化和经济等方面的资料，并对资料进行整理与分析，以判断被评估者的健康问题，为护理计划的实施提供可靠的依据。

1. 整理资料

将资料进行整理分类的方法有很多，临床常用的评估指导模式有以下几类。

1) 功能性健康型态

目前，临床上用的“患者入院评估表”多数是按功能性健康型态系统编制的，包括健康感知-健康管理型态、营养-代谢型态、排泄型态、活动-运动型态、睡眠-休息型态、认知-感受型态、角色-关系型态、自我感受-自我概念型态、性-生殖型态、应对-压力耐受型态、价值-信念型态 11 个方面。

2) 人类反应型态

临床将 128 个诊断分为 9 个反应型态，包括交换、沟通、关系、选择、移动、感知、认知、感觉和情感。

3) 马斯洛的需要层次理论

马斯洛将人的基本需要分为生理需要、安全需要、爱与归属的需要、尊重的需要及自我实现的需要 5 个层次。

2. 检查有无遗漏

将资料进行整理分类之后,评估者应仔细检查有无遗漏,并及时补充,以保证资料的完整性及准确性。

3. 与正常值比较

收集资料的目的在于发现被评估者的健康问题。因此,评估者应掌握常用指标的正常值,将所收集到的资料与正常值进行比较,并在此基础上进行综合分析,以发现异常情况。

4. 评估危险因素

有些资料虽然目前还在正常范围,但是由于存在危险因素,若不及时采取预防措施,以后很可能出现异常,损害被评估者的健康。因此,评估者应及时评估这些危险因素。

护理评估通过收集被评估者的健康资料并对资料进行组织、核实和分析,确认被评估者对现存的或潜在的健康问题或生命过程的反应,为做出正确的护理诊断奠定基础。

【小结】

评估者应按项目的序列系统地问诊收集被评估者的健康资料,其内容包括一般项目、主诉、现病史、既往史、成长发育史、家族史、社会心理评估及系统回顾。评估者应有计划、有步骤地采集被评估者生理、心理、社会文化和经济等方面的资料,并对资料进行整理与分析,以判断被评估者的健康问题,为护理活动提供可靠的依据。

第三节 功能性健康型态的评估

案例引导

患者,女,73岁,农民,广东人,文盲。患者因反复咳嗽、咳痰十余年,症状加重伴气促、双足水肿十余天,以平车推入院。入院诊断:慢性支气管炎、肺气肿。入院体检:体温 38.7℃,脉搏 100次/min,呼吸 18次/min,血压 14/10 kPa,体重 38.5 kg。患者在 1992 年被确诊为慢性支气管炎,经治疗病情好转。患者无药物过敏史,无烟酒及其他不良嗜好。患者神志清楚,语言表达流畅,进半流质食物,食欲下降,大小便正常;卧床,生活部分自理,步态不稳,呼吸困难,气促,咳嗽;鼻导管低流量给氧,口唇、甲床轻度发绀,双足轻度水肿,夜间入睡困难;未用过辅助睡眠的药物,皮肤完整,卫生状况一般。

问题:

1. 从整体护理角度分析上述病例,还有哪些方面的资料欠缺?
2. 请系统地收集被评估者的健康资料,填写入院评估表。

功能性健康型态是马乔里·戈登(Morjory Gordon)于1987年提出的,包括健康感知-健康管理型态、营养-代谢型态、排泄型态、活动-运动型态、睡眠-休息型态、认知-感受型态、角色-关系型态、自我感受-自我概念型态、性-生殖型态、应对-压力耐受型态、价值-信念型态11个方面。

功能性健康型态作为健康评估的理论框架,不仅收集被评估者健康问题的资料,还收集正常活动能力或功能潜力,以及有无处理自身健康问题的技能等有价值的资料,使临床思维更明确地导向护理诊断。目前,功能性健康型态已被我国广泛用于指导护士系统地收集资料。功能性健康型态的评估内容包括主观资料和客观资料,评估的方法有问诊、身体评估、实验室及辅助检查。

一、健康感知-健康管理型态

健康感知-健康管理型态描述个体对健康的认知和感受,以及维护自身健康所采取的健康照顾行为和计划。

1. 评估重点

- (1) 被评估者对健康的理解及对自我健康状态的感受。
- (2) 影响被评估者健康维护和健康促进的因素。
- (3) 影响被评估者健康状况的危险因素。
- (4) 被评估者的自我护理和自我检查等健康管理能力。
- (5) 被评估者遵从医疗计划或健康指导的行为。

2. 评估方法及内容

1) 问诊

问诊的重点是健康感知、健康感知与健康管理的影响因素、健康危险因素及健康维护行为。

(1) 健康感知:个体对健康的理解及对自己健康状况的感受。

- ① 你认为什么是健康?
- ② 近1年来你的健康状况如何?
- ③ 与同龄人相比,你的健康状况如何?
- ④ 你过去得过什么病?
- ⑤ 你对什么物质过敏?当时的过敏反应情况如何?

(2) 健康感知与健康管理的影响因素:影响个体健康感知与健康管理的因素有很多,其中最重要的是个体的健康价值观和可获得的健康咨询资源。

- ① 你平时关注自己的健康吗?程度如何?
 - ② 遇到健康问题时你会怎么做?
 - ③ 你生病后不知该如何处理时会向谁咨询?
- (3) 健康危险因素:包括遗传因素、生活方式和环境因素。

- ① 有无高血压、心脏病、糖尿病及癌症等家族史?
- ② 是否吸烟?每天吸多少支烟?
- ③ 是否饮酒?每天喝多少酒?
- ④ 你觉得有必要戒烟、戒酒吗?
- ⑤ 你平时如何进行体育锻炼?
- ⑥ 你锻炼的方式、强度、频率如何?每次持续多长时间?

健康评估

⑦ 家庭经济状况如何？收入和支出能否平衡？

⑧ 家庭和工作环境中有无影响健康的危险因素？

(4) 健康维护行为：包括为维护健康所采取的措施、进行自我检查的意识及能力水平、是否进行常规健康检查和预防接种情况、是否遵从医疗护理计划或健康指导。

① 你采取哪些措施来维持健康？

② 向高血压患者询问：你能自测血压吗？多长时间测一次？

③ 向糖尿病患者询问：你能自测尿糖、血糖吗？多长时间测一次？

④ 向成年女性询问：你会进行乳房自检吗？多长时间检查一次？

⑤ 你一般隔多长时间进行一次健康体检？最后一次是什么时候？

⑥ 你能否按时进行免疫接种？

⑦ 你能否接受健康指导？

2) 身体评估

通过身体评估，评估者可了解被评估者的一般健康状态、健康管理技能和环境中的危险因素，并与问诊所获取的资料相互印证。

(1) 评估者应观察被评估者的一般健康状态，并与个体的自我健康评价相比较，判断其准确性。

(2) 评估者应判断被评估者的健康管理能力。

① 评估者应观察被评估者的头发是否梳理整齐、衣服是否整洁合体、指甲是否修剪干净、身上有无异味等个人卫生状况。

② 评估者应为被评估者测量身高和体重，判断其有无肥胖或消瘦，以及是否存在四肢残缺等影响健康管理能力的情况。

③ 逻辑思维能力强的被评估者的健康管理能力相对较强，紧张、痛苦、焦虑或伴有认知功能障碍的被评估者的健康管理能力多减退。

④ 评估者应检查被评估者的躯体与关节活动情况，判断其有无维护健康的行为。

(3) 评估者应观察被评估者测量血压、血糖或乳房自检的过程，评估其技能水平。

(4) 评估者应观察被评估者所处的工作、家庭或医院环境中是否存在健康危险因素，如空间狭小、地面湿滑、照明不良、噪声超标、通风不良、湿度或温度不适宜、电线裸露、电气设备不安全、锐器或重物放置不当、饮水不符合卫生标准及有毒物品放置不妥等。

3) 实验室及辅助检查

评估者要将健康感知、健康管理的评估与被评估者的具体情况相结合，分析实验室及辅助检查的结果。

(1) 评估者将检查的客观结果与被评估者的健康感知相比较，对其健康感知做出评价。例如，糖尿病患者自觉血糖控制良好，但实验室检查结果显示血糖过高，提示其存在健康感知障碍。

(2) 评估者通过分析检查结果判断被评估者的健康管理情况。例如，血细胞计数下降、血清清蛋白下降、血胆固醇升高等均提示被评估者不能实施良好的健康管理。

二、营养-代谢型态

营养-代谢型态描述与代谢有关的食物和液体消耗型态及局部营养供给的型态，主要包括功能上相互关联的营养、体液平衡、组织完整性和体温调节。

1. 评估重点

- (1) 食物与液体摄入的合理性。
- (2) 营养失调与体液失衡的危险因素。
- (3) 营养与体液平衡状态。
- (4) 营养失调与体液失衡的类型。
- (5) 体温变化及皮肤、黏膜的完整性。

2. 评估方法及内容

1) 问诊

问诊的重点是营养、体液、组织完整性、体温有无变化。

(1) 营养:问诊内容以确认评估对象食物摄入的合理性及对营养状况可能产生影响的因素为重点。

- ① 近期有无体重增长或下降? 增长或下降了多少?
- ② 引起体重变化的原因是什么? 采取了什么措施?
- ③ 每日几餐? 喜欢甜食、咖啡,还是喜欢菜里多放食盐?
- ④ 进餐时咀嚼、吞咽有困难吗?
- ⑤ 有无食物过敏经历? 对什么食物过敏?
- ⑥ 是否经常独自在家进餐或与人共餐?
- ⑦ 知道哪些是高热量,富含蛋白质、脂肪,营养价值低的食物吗?
- ⑧ 有无糖尿病、甲状腺功能亢进症、肝硬化、腹泻,以及胃肠手术经历?
- ⑨ 是否服用了可引起恶心、呕吐、腹痛或腹泻的药物?

(2) 体液:主要包括饮水量、食物含水量、尿量和出汗等情况。

- ① 你每天喝多少水或饮料?
- ② 尿量多少? 出汗多吗?
- ③ 有无疾病所致水丢失过多?

(3) 组织完整性。

- ① 你受过伤吗? 伤口愈合得好不好?
- ② 是否存在皮肤完整性受损的危险因素。
- ③ 有没有皮肤病? 是否有皮肤瘙痒和脱皮?

(4) 体温。

- ① 有无引起体温改变的疾病?
- ② 有无严重营养不良?
- ③ 是否暴露于过热或过冷的环境中?
- ④ 体温变化与年龄有关系吗?

2) 身体评估

(1) 评估者应为被评估者测量体温、脉搏、呼吸、血压。

(2) 评估者应为被评估者测量身高、体重、肱三头肌皮褶厚度和上臂肌围,判断其生长发育是否正常。

(3) 评估者应检查被评估者头发、眼、唇、舌、牙龈、皮肤、指甲等的情况,如皮肤、黏膜有无破损、

健康评估

溃疡或继发感染。

(4) 评估者应听诊被评估者的肺部有无湿啰音,触诊时被评估者的足、踝、腿、臂、骶部或全身皮肤有无指压凹陷。

体液量过多时,被评估者可出现体重增加、脉搏增快、呼吸急促、血压升高、皮肤指压凹陷、颈静脉怒张、肺部湿啰音等体征;体液量不足时,可出现皮肤及黏膜干燥、皮肤弹性降低、双侧眼球内陷等体征。

3) 实验室及辅助检查

(1) 血清清蛋白、转铁蛋白、前白蛋白、视黄醇结合蛋白的测定可反映体内蛋白质的水平,当机体缺乏蛋白质时,其在血清中的浓度可降低。

(2) 总淋巴细胞计数是反映机体细胞免疫状态的指标。营养不良时由于细胞免疫受损,总淋巴细胞计数下降。

三、排泄型态

排泄型态描述个体排尿和排便功能的型态,主要包括个体自觉的排泄功能状态,排泄时间、方式、量和性质的改变或异常,以及辅助排泄器具或药品的使用。

1. 评估重点

- (1) 被评估者的排泄型态,包括排便及排尿的频率、量和习惯。
- (2) 排泄异常的类型及其严重程度。
- (3) 引起排泄异常的危险因素。
- (4) 被评估者排泄的自理行为和知识水平。

2. 评估方法及内容

1) 问诊

问诊的重点是被评估者的排便型态与排尿型态有无改变。

(1) 排便型态。

- ① 你每天排便几次? 一般何时排便?
- ② 你认为自己的大便和排便习惯正常吗?
- ③ 你近来排便次数,粪便的量、颜色、性质有改变吗?
- ④ 为了保持排便有规律,你是怎样做的?
- ⑤ 影响你排便的因素是什么?
- ⑥ 你是否服用了对胃肠道功能有影响的药物?
- ⑦ 你是否使用了泻药? 一般在什么情况下使用? 使用频率和剂量如何?
- ⑧ 你每天喝多少水? 进食多少蔬菜、水果?
- ⑨ 你每天的活动与运动是否影响排便?

(2) 排尿型态。

- ① 你每天排尿几次? 尿量有多少? 尿液是什么颜色?
- ② 你解小便时有什么不正常吗? 排尿间隔是否规律?
- ③ 有无尿频、尿急、尿痛、排尿困难、尿潴留和尿失禁?

(3) 排尿异常的危险因素。

- ① 有无泌尿系统感染、结石、肿瘤、外伤、前列腺肥大、中枢神经系统疾病、糖尿病等病史？
- ② 有无影响排尿的饮食及心理因素？
- ③ 是否服用了影响排尿的药物？
- ④ 是否会每天清洗会阴部？有无便后清洗会阴部的习惯？

2) 身体评估

(1) 评估者要观察被评估者的意识和精神状态，以及躯体活动能力，有无活动受限或行动迟缓；是否使用了尿垫或导尿管；嗅诊被评估者身上有无异味；观察被评估者有无精神紧张、焦虑、恐惧或烦躁不安、自卑、愤怒或抑郁表现。

(2) 评估者应检查被评估者的腹部有无膨隆，肠鸣音是否减弱或增强；触诊耻骨上区有无张力较高的囊性物，叩诊有无浊音。

(3) 评估者应检查男性有无前列腺肥大；女性有无子宫脱垂、膀胱脱垂或直肠脱垂，有无阴道黏膜干燥、发红或变薄等。

(4) 评估者通过直肠指检可明确被评估者直肠内有无粪便嵌顿、肿块或触痛，了解被评估者肛门括约肌的紧张度，以及肛门及其周围有无痔疮、肛裂等。

3) 实验室及辅助检查

- (1) 评估者应检查被评估者粪便和尿液的量、性质，以了解其排泄型态有无异常。
- (2) 腹部平片、钡剂灌肠或纤维结肠镜检查可用于便秘或腹泻的病因检查。
- (3) 肾盂造影可显示肾盂、输尿管和膀胱的功能结构，以及膀胱颈有无梗阻。
- (4) 残余尿检查可测定排尿后膀胱内的剩余尿量，用于评估膀胱的排尿功能。

四、活动-运动型态

活动-运动型态是描述运动、活动、休息及娱乐的型态。

1. 评估重点

- (1) 被评估者的日常生活活动、休闲娱乐活动和日常体格锻炼习惯。
- (2) 机体的生理功能能否满足日常生活活动的需要。
- (3) 被评估者的活动耐力及影响活动耐力的因素。

2. 评估方法及内容

1) 问诊

问诊的重点包括活动与运动的形式、日常生活活动能力、活动耐力及其影响因素。

(1) 活动与运动形式。

- ① 一般情况下你每天如何安排自己的活动？
- ② 你是否经常进行身体锻炼？
- ③ 你每日的活动量有多少？活动的方式、强度、频率及每次持续的时间如何？
- ④ 你不能锻炼的原因是什么？

(2) 日常生活活动能力。你在穿衣、洗澡、吃饭和如厕时是否需要借助辅助用具或他人的帮助？

(3) 活动耐力。

健康评估

- ① 活动与运动后你是否觉得气急、疲乏无力?
- ② 上述症状在什么情况下出现? 是平地行走、上下楼、吃饭时还是休息时出现?
- ③ 最近有没有摔倒或受伤过?
- (4) 影响活动耐力的因素。
 - ① 你是否患有心血管疾病,呼吸系统疾病,骨、关节和肌肉疾病,神经系统疾病?
 - ② 你服用过哪些药物?

2) 身体评估

- (1) 评估者应视诊被评估者的衣着修饰和个人卫生状况,判断其日常生活及自理能力是否下降。
- (2) 评估者应观察被评估者的体位和步态,面容与表情,皮肤、黏膜、指甲的颜色,判断其活动耐力是否下降。
 - (3) 动态、连续地观察生命体征是评估活动耐力的有效方法之一。
 - (4) 评估者应检查被评估者的胸部与周围血管,注意有无胸廓畸形,有无心脏或肺部视诊、触诊、听诊或叩诊异常,有无周围动脉阻塞或静脉曲张等阳性体征。
 - (5) 评估者应检查被评估者骨、关节和肌肉的外形,有无压痛、红肿、形态异常,有无肌肉萎缩和关节活动范围缩小,以判断其有无躯体活动障碍。
 - (6) 评估者应检查被评估者有无视力或听力障碍、肌力减退或消失、平衡或协调功能障碍,以判断其感知功能、随意运动、肌力、平衡和协调功能有无异常。

3) 实验室及辅助检查

- (1) 实验室检查。
 - ① 血细胞比容、血红蛋白减少提示血液的携氧能力下降,心排血量代偿性增加,机体的活动耐力下降。
 - ② 血清胆固醇、甘油三酯、脂蛋白异常是动脉粥样硬化、冠心病的高危因素,也是影响机体活动耐力的危险因素。
 - ③ 血清磷酸肌酸激酶(CKP)、乳酸脱氢酶(LDH)、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)升高提示心功能受损。
 - ④ 动脉血氧分压、二氧化碳分压、血氧饱和度及血 pH 等的测定可反映肺的换气功能。
- (2) 辅助检查: X线、心电图、心导管和血管造影等检查可了解心脏的功能状态,有助于评估机体的活动耐力。肺活量、最大通气量和用力肺活量测定可反映肺的通气功能。

五、睡眠-休息型态

睡眠-休息型态是描述个体睡眠、休息和放松的型态。

1. 评估重点

- (1) 被评估者对睡眠与休息的时间和质量的感知。
- (2) 睡眠-休息型态紊乱的症状、体征。
- (3) 睡眠-休息型态紊乱的类型、原因。

2. 评估方法及内容

1) 问诊

问诊的重点是日常睡眠型态、失眠及其特点、白天嗜睡及其原因、睡前习惯。

(1) 日常睡眠型态。

- ① 你每天睡眠的总时间大约是多少小时?
- ② 你一般在什么时间入睡? 早上几点醒来?
- ③ 你是否有午睡的习惯? 一般午睡多长时间?
- ④ 你觉得睡眠是否充足? 对自己的睡眠满意吗?

(2) 失眠及其特点。

- ① 你失眠持续多长时间了? 有无夜间入睡困难和多醒或早醒、觉醒或惊醒?
- ② 你在白天是否感到疲乏、嗜睡、精神不振、记忆力下降或注意力不集中?
- ③ 有无精神紧张? 睡眠时环境中有无噪声? 是否太热或太冷? 床褥是否舒适?
- ④ 是否从事倒班工作或长期夜间工作? 对目前的睡眠环境是否熟悉?

(3) 白天嗜睡及其原因。

- ① 白天保持觉醒状态有无困难, 是否经常困乏思睡?
- ② 夜间睡眠时有无打鼾? 有无睡眠呼吸暂停? 晨起有无头痛?
- ③ 在无强刺激作用下, 白天是否很容易入睡?
- ④ 嗜睡是否与肥胖、睡眠姿势、饮酒等危险因素有关。

(4) 睡前习惯。

- ① 有无睡前运动、阅读、听音乐、洗脸、刷牙、沐浴等习惯? 习惯是否被打乱?
- ② 有无饮用咖啡、可乐和烈酒的习惯? 一般何时饮用?
- ③ 最近服用了哪些药物? 用过安眠药吗?
- ④ 有无呼吸困难、尿频、肢体麻木或严重的皮肤瘙痒?
- ⑤ 心境如何? 是否感到抑郁和焦虑?

2) 身体评估

(1) 评估者应观察被评估者白天有无不断打哈欠、揉眼睛、头低垂、身体松弛、易激惹和无精打采的表现, 有无表情淡漠、结膜充血、眼睑下垂、黑眼圈或轻度眼球震颤, 有无言语不清、发音错误和措辞不当等睡眠不足所致说话清晰度和用词能力的改变, 有无警觉性下降、注意力不集中、定向力减退、记忆力下降、思维能力和判断力下降等表现。

(2) 评估者应了解被评估者的睡眠环境中是否存在声音嘈杂、光线过亮、温度过冷或过热等不利于睡眠的因素。

(3) 评估者应了解被评估者睡眠时有无呼吸暂停、梦游、夜惊、磨牙及与年龄不符的遗尿等表现。

3) 实验室及辅助检查

(1) 睡眠脑电图用于记录睡眠期间的脑电活动情况。

(2) 多导睡眠图除记录睡眠期间的脑电活动外, 还可同步记录睡眠期间的肌电活动、眼球运动, 以及其他生命体征参数(如心电图、脉搏、呼吸、血压等)。

六、认知-感知型态

认知-感知型态描述了个体的神经系统对外界各种感官刺激的感受能力, 以及大脑对接收到的各种刺激的反应和判断能力。

1. 评估重点

(1) 被评估者的视觉、听觉、味觉和嗅觉等感知功能状态。

- (2) 被评估者的思维能力、语言能力、定向力及意识状态。
- (3) 因感知与认知功能改变而面临的危险。
- (4) 对感知与认知功能改变的反应。

2. 评估方法与内容

1) 问诊

问诊的重点是评估感知功能和认知功能。

(1) 评估感知功能。

- ① 近来你的视力、听力、味觉、触觉、嗅觉有无异常？对生活有何影响？
- ② 有无疼痛？确定疼痛的部位、性质、程度、持续时间、加重或缓解的因素。

(2) 评估认知功能。

① 思维能力。

- 让被评估者重复一句简单的话或一组数字，评估其短时记忆。
- 让被评估者说出其家人的名字、当天进食的食物或孩童时代的事情，评估其长时记忆。
- 让被评估者陈述病史、概括其所患疾病的特征，评估其概念力。
- 让被评估者说出一些常用物品的名称，评估其注意力。
- 让被评估者按指示做一些从简单到复杂的动作，评估其理解能力。
- 根据被评估者的年龄特征提出问题，评估其演绎推理能力。
- 让被评估者描述其对病房环境的观察，评估其洞察力。
- 询问被评估者出院后准备如何争取别人的帮助，出院后经济上遇到困难时应怎么办？评估其判断能力。

② 语言能力：通过提问、复述、自发性语言、命名、阅读和书写等方法进行评估。

③ 定向力。

- 你知道现在几点吗？今天是星期几？今年是哪一年？评估时间定向力。
- 现在住在什么地方？评估地点定向力。
- 床旁桌在床的左边还是右边？呼叫器在哪儿？评估空间定向力。
- 你叫什么名字？知道我是谁吗？评估人物定向力。

④ 意识状态：通过观察被评估者是否清醒、对问题和指令是否理解、能否做出正确的反应及对周围环境刺激的反应等方面评估其意识状态。

2) 身体评估

- (1) 对被评估者的视觉、听觉、味觉、嗅觉和痛觉进行评估。
- (2) 对被评估者的思维能力、语言能力、定向力及意识状态进行评估。

七、自我概念型态

自我概念型态是描述个体对自己的个性特征、社会角色和身体特征的认识与评价，其受价值观、信念、人际关系、文化、他人对个体的评价的影响。

1. 评估重点

- (1) 身体意象、自我认同和自尊方面的自我感受与评价。
- (2) 影响被评估者自我概念的相关因素。

(3) 自我概念方面现存的与潜在的威胁。

2. 评估方法与内容

1) 问诊

问诊的重点是身体意象、社会认同、自我认同与自尊、自我概念现存的与潜在的威胁。

(1) 身体意象。

- ① 你认为自己身体的哪一部分最重要？为什么？
- ② 你最关注的健康问题是什么？
- ③ 你认为或他人认为你外表的什么地方需要改变？
- ④ 这些身体意象改变对你有哪些影响？
- ⑤ 你认为这些改变会使他人对你的看法发生怎样的改变？

(2) 社会认同。

- ① 你从事哪种职业？
- ② 你对家庭、工作情况满意吗？
- ③ 朋友、同事、领导是如何评价你的？

(3) 自我认同与自尊。

- ① 你对自己满意吗？
- ② 你认为自己处理工作和日常生活问题的能力如何？
- ③ 你对自己的个性特征、心理素质和社会能力满意吗？不满意的是哪些方面？
- ④ 你引以为豪的个人成就有哪些？

(4) 自我概念现存的与潜在的威胁。

- ① 哪些事情让你感到忧虑或痛苦？
- ② 哪些事情让你感到焦虑、恐惧、绝望？

2) 身体评估

(1) 评估者应观察被评估者的外表是否整洁、穿着打扮是否得体，以及非语言行为的表现。

(2) 评估者应观察被评估者的语言行为有无“我真没用”等流露。

(3) 评估者应观察被评估者有无焦虑表现，如着急、害怕、惊慌、无法平静、颤抖、心悸、气促、恶心、呕吐、尿频、出汗、脸红、失眠、易激惹等。

(4) 评估者应观察被评估者有无抑郁表现，如哭泣、睡眠障碍、食欲减退、体重下降、心慌、易疲劳、有空茫感和无助感等。

3) 画人测验

评估者可让被评估者画一幅人像，并对其进行解释，从中了解被评估者对身体意象改变的内心体验。

4) 量表测评

评估者可通过量表直接测定被评估者的自我概念，或通过测定焦虑、抑郁等情绪改变间接地评估其自我概念水平。常用量表有自我概念量表、自尊量表、焦虑自评量表、抑郁自评量表。

八、角色-关系型态

角色-关系型态涉及个体在生活中的角色及与他人关系的性质，包括个体对其家庭、工作和社会

角色的感知。

1. 评估重点

- (1) 被评估者所承担的角色及被评估者的角色感知与角色行为。
- (2) 引起角色紧张的危险因素。
- (3) 角色紧张所致生理、心理和行为反应。
- (4) 被评估者与他人的沟通形式。
- (5) 妨碍有效沟通的因素。
- (6) 现存的或潜在的家庭功能障碍。

2. 评估方法与内容

1) 问诊

问诊的重点是个体的角色、家庭角色与家庭关系、社会关系和沟通能力。

(1) 个体的角色。

- ① 你是做什么工作的？对自己的工作满意吗？有职务吗？你认为自己能胜任这项工作吗？
- ② 你在家庭和生活中担任什么角色？有哪些权利和义务？
- ③ 你对自己的角色行为是否满意？与自己的角色期望是否相符？
- ④ 你是否感到压力很大、对角色不能胜任？
- ⑤ 有无疲乏、头疼、心悸、焦虑、抑郁等反应？

(2) 家庭角色与家庭关系。

- ① 你能告诉我你的家庭情况吗？
- ② 你感觉家庭气氛欢乐、和睦吗？家庭中的事情通常由谁做主？
- ③ 你生病会给家庭带来什么影响？

(3) 社会关系。

- ① 你对自己和家庭的社交范围、社交深度和人际关系满意吗？
- ② 你最近有没有感觉到与亲戚、同事或朋友的关系发生了变化？

(4) 沟通能力。

- ① 你能否清楚地表达自己的想法？能否理解阅读材料的内容？
- ② 你的听力、视力和语言能力有无障碍？平时是否戴眼镜或使用助听器？效果如何？

2) 身体评估

- (1) 评估者应观察被评估者的一般状况、语言表达能力、理解能力等。
- (2) 评估者应观察家庭成员的表现和反应、情绪状态。
- (3) 评估者应对被评估者进行听力和视力检查。

3) 量表测评

临床常用家庭功能量表和家庭支持量表。

九、性-生殖型态

性-生殖型态描述了个体的性别认同、性角色行为、性功能和生育能力。

1. 评估重点

- (1) 被评估者对性和生殖方面所关心的内容。
- (2) 被评估者对性和生殖功能的认知。
- (3) 被评估者的性发育水平,包括相关的生理改变。
- (4) 被评估者在性和生殖方面存在的问题。

2. 评估方法与内容

1) 问诊

问诊的重点是性别认同与性别角色、性与生殖的知识、性行为及其满意度、性虐待、家族史、生育史与生育能力、生殖系统检查史。

(1) 性别认同与性别角色。

- ① 你如何看待性与自己的性别角色? 你承担哪些与性别相关的角色?
- ② 你的健康状况是否限制了你的性别角色的表现?

(2) 性与生殖的知识。

- ① 你在性和生殖方面有什么疑问吗?
- ② 你是否知道在性和生殖方面应该注意什么?

(3) 性行为及其满意度。

- ① 你是否有性生活? 对现有的性生活满意吗? 不满意的原因是什么? 想如何改变?
- ② 你得过性病吗?

(4) 性虐待。你在儿童时期或成年后是否遭受过性虐待?

(5) 家族史。

- ① 你的母亲在怀孕期间是否服用过己烯雌酚预防流产?
- ② 你的家族中是否有乳腺癌或卵巢癌患者?

(6) 生育史与生育能力。

① 对女性的问诊。

- 你第一次来月经时年龄有多大? 每次月经持续几天? 一般月经周期是多长时间?
- 你的月经量和颜色正常吗? 最近一次来月经是哪一天? 何时停经?
- 你怀过几次孕? 有几个孩子? 生产过程顺利吗?
- 你有没有采取避孕措施?

② 对男性的问诊。

- 你会睾丸自检吗? 有没有异常地发现? 最后一次检查是什么时候?
- 你采取什么避孕方法? 做过输精管结扎术吗?
- 你们夫妻都能接受这种避孕方法吗?

(7) 生殖系统检查史。

① 你是否定期做妇科健康检查,如阴道脱落细胞涂片、乳房检查和乳房自检? 多长时间检查一次? 最后一次检查的结果是否正常?

② 睾丸自检的结果如何? 最后一次检查的结果如何?

2) 身体评估

(1) 评估者应注意检查被评估者的乳房发育情况,两侧是否完整、对称,局部有无包块、压痛,乳

房皮肤有无异常,乳头处有无分泌物。

(2) 评估者应检查被评估者的外生殖器发育状况及有无异常。

3) 实验室和辅助检查

(1) 评估者应指导性传播疾病的高危人群进行各种性病的实验室检查,以了解其患病情况。

(2) 评估者应指导宫颈癌和子宫癌的高危人群定期进行阴道脱落细胞涂片检查,必要时进行宫颈或子宫内膜活组织检查、阴道镜检查 and 盆腔超声检查。

(3) 评估者应指导乳腺癌的高危人群定期做乳房检查,必要时行乳房穿刺检查。

(4) 评估者应指导不孕的女性行盆腔 B 超检查或子宫输卵管造影术,同时指导其配偶测试精子活力,以了解其生育能力。

十、压力-应对型态

压力-应对型态描述了个体对压力的感知与处理,包括个体对压力适应或不适应的反应、对压力的认知与评价及其应对方式。

1. 评估重点

- (1) 被评估者面临的压力源。
- (2) 被评估者对压力的认知与评价。
- (3) 被评估者的压力反应与应对方式。
- (4) 被评估者应对方式的有效性。
- (5) 压力引起的危机征象。

2. 评估方法与内容

1) 问诊

问诊的重点包括个体面临的压力源、压力感知、压力应对方式及压力缓解情况。

(1) 压力源。

① 近来你的生活有改变吗? 你现在最关心的是什么事?

② 你会经常感到有压力或紧张、焦虑吗?

③ 你的压力来自疾病、环境、家庭、工作,还是经济方面?

(2) 压力感知。

① 压力对你意味着什么? 你是怎样缓解压力和紧张情绪的?

② 如果你无法控制,会有什么感觉?

(3) 应对方式。

① 当你遇到困难时,你的家人、亲友和同事中谁能帮助你?

② 你会把心事和烦恼说给谁听?

③ 你通常采取什么措施缓解紧张或压力? 这些措施有没有作用?

(4) 压力缓解情况。通常你采取的措施能否解决你的问题和烦恼?

2) 身体评估

评估者应观察被评估者有无压力过大所致生理反应、情绪反应、认知反应和行为反应,应特别关注其有无自杀或暴力倾向与行为;是否采用了心理防御机制及压力应对方式。

评估者应视诊被评估者的皮肤颜色、呼吸频率与深度,触诊皮肤温度和湿度,测量心率、心律和血压,听诊肠鸣音,检查肌张力。在压力状态下,被评估者可出现皮肤颜色、温度和湿度的改变,心率增加、收缩压升高、心律失常,呼吸加快或过度通气,肠鸣音增加,全身肌肉紧张伴颤抖。

3) 量表测评

临床常用量表有社会再适应量表和医院压力评定量表。

十一、价值-信念型态

价值-信念型态描述了个体的文化和精神世界,主要包括价值观、健康信念、人生观和宗教信仰等。

1. 评估重点

- (1) 被评估者的文化和种族背景。
- (2) 被评估者对生活、死亡、健康、疾病和精神世界的价值观与信念。
- (3) 被评估者的价值观与信念和其所接受的健康照料体系有无冲突。
- (4) 被评估者基于文化的健康行为。
- (5) 被评估者有无精神困扰。

2. 评估方法与内容

1) 问诊

问诊的重点包括文化和精神世界。

(1) 文化。

- ① 你是在哪儿出生的? 现居住在什么地方? 在那儿住了多久?
- ② 你属于哪个民族? 有无宗教信仰? 疾病影响你的信仰活动吗?
- ③ 你有什么特殊的民族传统或仪式需要我们注意?
- ④ 对你来说健康意味着什么? 疾病意味着什么?
- ⑤ 当你生病时会向谁请教? 获得的建议对你有用吗?
- ⑥ 当感到不舒服时你是怎样做的? 会使用民间验方吗?
- ⑦ 你认为是否值得支付较大额的住院费用? 你是如何解决费用问题的? 是否参加了医疗保险?

(2) 精神世界。

- ① 你经常思考人生价值吗? 你认为生活的意义和目标是什么?
- ② 你是否会渴望生命维持系统? 你对捐献器官怎么看?
- ③ 当你需要精神支持时谁会帮助你? 你认为祈祷对你有帮助吗?
- ④ 宗教信仰对你来说有多重要? 哪种宗教书籍或文章对你有帮助?
- ⑤ 你认为沉思对你有帮助吗?

2) 身体评估

评估者可通过观察被评估者的外表、服饰,有无宗教信仰活动改变或宗教信仰改变获取其文化和宗教信仰的相关信息。宗教信仰活动改变或宗教信仰改变多提示被评估者存在精神困扰。

【小结】

本节主要讲述了功能性健康型态评估,其包括健康感知-健康管理型态、营养-代谢型态、排泄型态、活动-运动型态、睡眠-休息型态、认知-感受型态、角色-关系型态、自我感受-自我概念型态、性-生殖型态、应对-压力耐受型态、价值-信念型态 11 个方面。护士需重点掌握其概念及评估的重点内容,熟练运用提问技巧对被评估者进行全面评估,并提出正确的护理诊断。



第二章 常见症状评估

学习目标

1. 掌握发热、咯血、发绀、黄疸的定义,发热、疼痛、水肿、咳嗽与咳痰、咯血、呼吸困难、发绀、心悸、恶心与呕吐、呕血与便血、腹泻与便秘、黄疸的临床表现和护理评估要点。
2. 熟悉发绀、黄疸的病因,发热、疼痛、水肿、咳嗽与咳痰、咯血、呼吸困难、发绀、心悸、恶心与呕吐、呕血与便血、腹泻与便秘、黄疸的相关护理诊断。
3. 了解发绀、黄疸的发病机制,发热、疼痛、水肿、咳嗽与咳痰、咯血、呼吸困难、心悸、恶心与呕吐、呕血与便血、腹泻与便秘的病因和发病机制。

案例引导

患者,男,20岁,因“发热、咳嗽、咳痰伴胸痛2天”入院。1天前,患者淋雨受凉后出现发热,体温 39.8°C ,伴咳嗽、咳痰,痰为铁锈色,呼吸急促,左侧胸部疼痛,剧烈咳嗽或深呼吸时胸痛加剧。入院查体:T 39°C ,P 105次/min,R 24次/min,BP 120/90 mmHg。临床以“左下肺炎”收入院。

问题:

- (1) 该患者的主要症状有哪些?
- (2) 该患者常见的护理诊断有哪些?

症状是指患者主观感受到不适或痛苦的异常感觉或某些客观病态改变。症状有多种表现形式,有些只有患者主观上才能感觉到,如疼痛、眩晕等;有些不仅主观上能感觉到,客观检查也能发现,如发热、黄疸、呼吸困难等;也有主观无异常感觉,而通过客观检查才被发现的,如黏膜出血、腹部包块等;还有些生命现象发生了质量变化(不足或超过),如肥胖、消瘦、多尿、少尿等,需通过客观评定才能确定。以上表现均可视为症状(广义的症状),包含症状和体征两个方面。体征是指客观检查到的患者身体的异常改变,如心脏杂音、肺部啰音等。

临床症状有很多,常见的重要症状有发热、疼痛、水肿、咳嗽与咳痰、咯血、呼吸困难、发绀、心悸、恶心与呕吐、呕血与便血、腹泻与便秘、黄疸、抽搐与惊厥、意识障碍等。

第一节 发 热

案例引导

患者,男,63岁,发热、咳嗽5天。患者于5天前洗澡受凉后出现寒战,体温高达40℃,伴有咳嗽、咳痰,痰量不多,为白色黏痰,无胸痛,无痰中带血,无咽痛。门诊给予双黄连及退热止咳药后,患者的体温仍高,在38℃到40℃之间波动。体检:T 38.9℃,无皮疹,浅表淋巴结不大,咽部无充血,扁桃体不大,左上肺叩诊呈浊音,语颤增强,可闻及湿啰音。

问题:

1. 该患者发热的病因是什么?属于何种热型?
2. 护士应如何对该患者的发热进行护理评估?
3. 发热常见的护理诊断有哪些?

发热是指机体在致热源的作用下或各种原因引起体温调节中枢功能障碍,产热增多和(或)散热减少,体温升高超出正常范围。

正常人的体温受下丘脑的体温调节中枢调控,并通过神经、体液因素使产热和散热过程呈动态平衡,保持体温在相对恒定的范围内。正常人的体温一般为36~37℃。体温受昼夜、年龄、性别、活动、饮食、情绪、环境等内、外因素的影响而有波动,但波动幅度一般不超过1℃。

一、病因与分类

引起发热的原因有很多。临床上发热可分为感染性和非感染性两类。

1. 感染性发热

感染性发热临床最常见。各种病原体包括细菌、病毒、真菌、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体、寄生虫等引起的急性、亚急性或慢性感染,局部或全身性感染均可引起发热。

2. 非感染性发热

引起非感染性发热的常见原因有以下几类。

1) 无菌性组织损伤或坏死

组织损伤或坏死、组织蛋白分解及坏死物质吸收导致无菌性炎症而引起的发热称为吸收热。以下因素可引起吸收热。

- (1) 物理、化学或机械性损伤,如大面积烧伤、创伤、大手术后内出血。
- (2) 由血管栓塞或血栓形成造成的组织缺血性坏死,如心肌梗死、肺梗死、肢体坏死等。
- (3) 组织细胞破坏,如恶性肿瘤、溶血反应等。

2) 抗原-抗体反应

抗原-抗体反应所致发热与发生变态反应时抗原-抗体复合物形成有关,可见于风湿热、血清病、药物热、结缔组织疾病等。

3) 皮肤散热障碍

皮肤散热障碍,如广泛性皮炎、鱼鳞病、慢性心力衰竭等可引起发热。

4) 内分泌代谢障碍

内分泌代谢障碍,如发生甲状腺功能亢进症时产热增多,可引起发热。

5) 体温调节中枢功能障碍

体温调节中枢功能障碍由物理、化学、机械性因素直接损害体温调节中枢所致。其引起的发热称为中枢性发热,可见于中暑、镇静催眠药中毒、脑出血、颅脑外伤等。

6) 自主神经功能紊乱

自主神经功能紊乱影响了正常的体温调节过程,使产热大于散热,体温升高,多表现为低热,常伴自主神经功能紊乱的其他表现,为功能性发热。自主神经功能紊乱所致发热包括原发性低热、感染治愈后低热、夏季低热和生理性低热。

7) 其他

血液病,如白血病、淋巴瘤等;结缔组织疾病,如系统性红斑狼疮、类风湿关节炎等;各种恶性肿瘤。这些都可引起发热。

二、发病机制

发热按发生机制可分为致热源性发热和非致热源性发热。

1. 致热源性发热

致热源性发热临床最常见。其致热源可分为外源性和内源性两大类。

1) 外源性致热源

外源性致热源通过内源性致热源的作用引起发热。外源性致热源包括病原微生物及其产物、炎症渗出物、抗原-抗体复合物、无菌坏死组织、某些类固醇物质等,多为大分子物质,不能直接通过血-脑屏障作用于体温调节中枢,而是通过激活血液中的中性粒细胞、嗜酸性粒细胞和单核巨噬细胞系统使之产生并释放内源性致热源,引起发热。

2) 内源性致热源

内源性致热源(白细胞致热源),如白介素(IL-1、IL-6)、干扰素(INF)、肿瘤坏死因子(TNF)等的相对分子质量较小,一方面可通过血-脑屏障直接作用于体温调节中枢,使体温调定点上移,通过垂体内分泌因素使骨骼肌收缩(寒战),使产热增加;另一方面可通过交感神经使皮肤血管收缩,停止排汗,减少散热。这两方面因素使产热大于散热,体温升高,引起发热。

2. 非致热源性发热

1) 体温调节中枢直接受损

体温调节中枢直接受损可见于颅脑外伤、出血等。

2) 引起产热过多的疾病

引起产热过多的疾病,如甲状腺功能亢进症、癫痫持续状态等可引起发热。

3) 引起散热减少的疾病

引起散热减少的疾病,如广泛性皮肤病变、慢性心力衰竭等可引起发热。

三、临床表现

1. 发热的临床过程及特点

发热的临床过程一般分为三个阶段。

1) 体温上升期

体温上升期机体产热大于散热,使体温上升。患者常表现为疲乏无力、肌肉酸痛、皮肤苍白、无汗、畏寒或寒战等。体温上升有骤升和缓升两种方式。

(1) 骤升:体温急剧升高,数小时内达到 40°C 或 40°C 以上,常伴有寒战,小儿易发生惊厥。体温骤升常见于大叶性肺炎、疟疾、急性肾盂肾炎、流行性感、输液反应、败血症等。

(2) 缓升:体温缓慢升高,数日内才达到高峰,多不伴有寒战。体温缓升常见于伤寒、结核病、布氏杆菌病等。

2) 高热期

高热期机体的产热和散热过程在较高水平上保持相对平衡。体温达到高峰后持续一段时间,如疟疾患者的高热期可持续数小时,大叶性肺炎、流行性感患者的高热期可持续数天,伤寒患者的高热期可持续数周。患者常表现为寒战消失,皮肤潮红并有灼热感,呼吸加快、加深,开始出汗且出汗逐渐增多。

3) 体温下降期

体温下降期机体散热大于产热,体温降至正常水平。患者常表现为多汗、皮肤潮湿。体温下降有骤降和渐降两种方式。

(1) 骤降:体温于数小时内迅速降至正常,常伴有大量汗液。体温骤降常见于大叶性肺炎、疟疾、急性肾盂肾炎、输液反应等。

(2) 渐降:体温于数日内逐渐降至正常。体温渐降常见于伤寒、风湿热等。

2. 发热的分度和热期

1) 发热的分度

以口腔温度为标准,发热可分为低热、中等度热、高热和超高热。低热者的体温为 $37.3\sim 38.0^{\circ}\text{C}$,中等度热者的体温为 $38.1\sim 39.0^{\circ}\text{C}$,高热者的体温为 $39.1\sim 41.0^{\circ}\text{C}$,超高热者的体温在 41.0°C 以上。

2) 热期


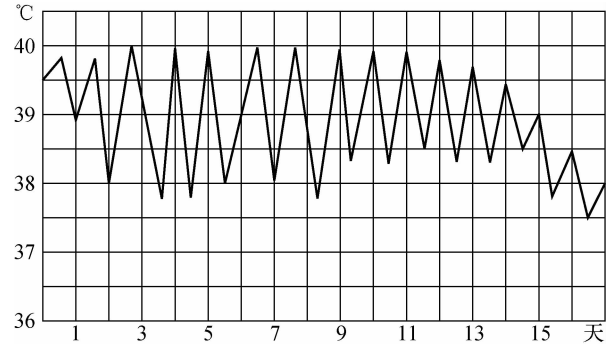
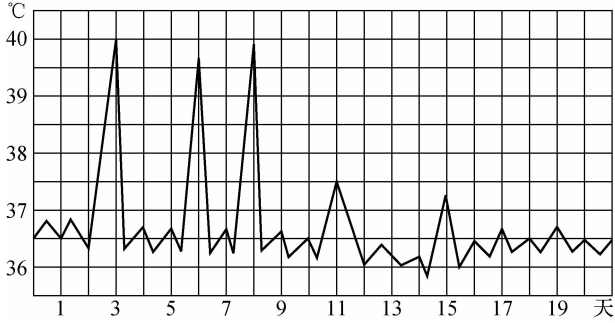
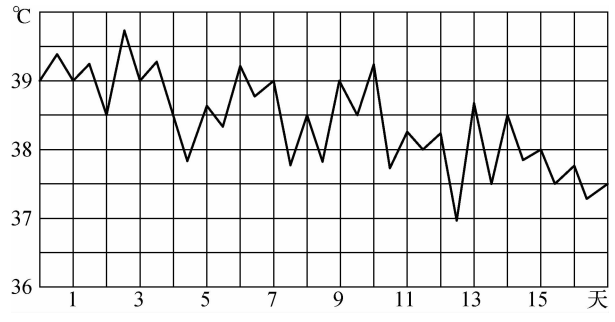
临床上,发热病程在2周以内者为急性发热;体温在 38°C 以上,持续2周或以上者为长期中、高热;体温在 38°C 以下,持续1个月以上者为长期低热。

3. 热型及临床意义

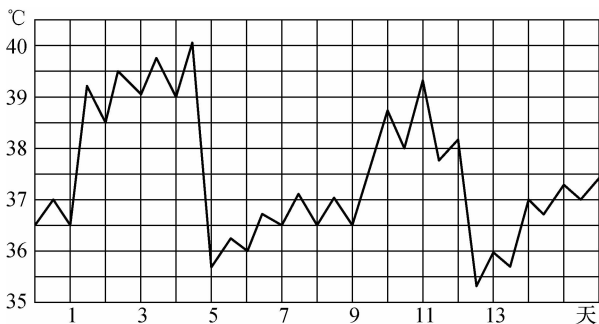
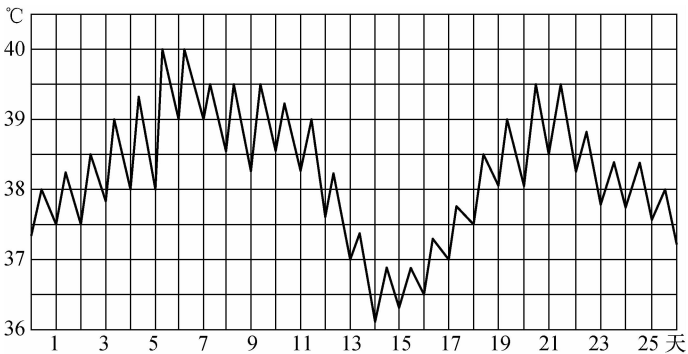
将不同时间测得的发热患者的体温数值分别记录在体温单上,将各体温数值点连接起来形成体

温曲线,该曲线的不同形态称为热型(fever type)。热型的特点及临床意义如表 2-1 所示。

表 2-1 热型的特点及临床意义

名称	热型	特点	临床意义
稽留热		体温持续在39~40℃,达数天或数周,24 h内波动范围不超过1℃	见于大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期
弛张热		体温常在39℃以上,24 h内波动范围超过2℃,但体温最低时仍高于正常	见于败血症、风湿热、重症肺结核、严重化脓性感染等
间歇热		体温骤升至39℃以上,持续数小时又骤降至正常,无热期可持续1天或数天,高热期与无热期反复交替出现	见于疟疾、急性肾盂肾炎等
不规则热		发热的体温曲线无一定规律	见于支气管肺炎、结核病、风湿热、肿瘤等

续表

名称	热型	特点	临床意义
回归热		体温骤升至 39℃ 或 39℃ 以上,持续数天后又骤降至正常水平,高热期与无热期各持续数天后规律地交替出现	见于回归热、霍奇金病等
波状热		体温逐渐升高到 39℃ 或 39℃ 以上,数日后又逐渐降至正常水平,持续数日后又逐渐升高,如此反复多次	见于布氏杆菌病

四、护理评估

1. 相关病史与起病情况

1) 体温的生理变异

正常体温在不同个体之间略有差异,而且受机体内、外因素的影响少有波动。新生儿的体温易受环境温度的影响并随之波动,较易出现发热;妇女在月经前及妊娠期体温稍高于正常;老年人因代谢率偏低而体温稍低;剧烈运动、沐浴、进餐后,情绪激动,精神紧张等可使体温暂时升高;高热环境中个体的体温可稍高。

2) 发热的原因或诱因

护士应评估患者有无传染病患者接触史、预防接种史、手术史等;有无淋雨、受凉、过度劳累、饮食不洁、损伤、受到精神刺激等。

2. 临床特点

(1) 发热的临床经过:护士应注意患者发热的时间、体温上升的急缓、发热的持续时间、各期的主要表现等。

(2) 发热的程度、热期及热型:护士应定时测量患者的体温,绘制体温曲线,观察发热的程度、热期,注意有无特征性热型。

3. 身心反应

护士应评估患者有无食欲减退与体重下降、脱水等表现,有无认知障碍与感知的改变;对小儿高

热者,注意观察其有无惊厥发生;密切观察患者的生命体征、瞳孔及意识状态、皮肤、口腔黏膜及尿量的改变;对体温下降期的患者,注意其有无大汗及脱水表现;对长期发热者,注意其有无食欲减退及体重下降。此外,护士还需注意患者的精神状况、心理反应、睡眠情况等。

4. 诊断、治疗及护理经过

护士应了解患者的就诊情况及经过;诊断为何种疾病;是否采取了相应的治疗措施,如使用抗生素、激素、解热镇痛药等,用药剂量及疗效;是否采取了相应的护理措施,如物理降温等,其效果如何。

5. 伴随症状

- (1) 寒战:常见于大叶性肺炎、败血症、疟疾等急性感染性疾病。
- (2) 淋巴结肿大:常见于风疹、淋巴结结核、白血病、淋巴瘤等。
- (3) 昏迷:先发热后昏迷者常见于中枢神经系统感染,如流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、中毒性菌痢等;先昏迷后发热者见于脑出血、巴比妥类药物中毒等。
- (4) 单纯疱疹:常见于大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、流行性感冒等。
- (5) 肝、脾大:常见于病毒性肝炎、肝及胆道感染、疟疾、白血病、淋巴瘤、结缔组织病、急性血吸虫病等。
- (6) 出血:常见于病毒性肝炎、流行性出血热、斑疹伤寒、败血症、急性白血病、再生障碍性贫血等。
- (7) 皮疹:常见于麻疹、猩红热、风疹、斑疹伤寒、风湿热、药物热、结缔组织病等。
- (8) 关节肿痛:常见于败血症、猩红热、风湿热、结缔组织病、痛风等。

五、护理诊断

- (1) 体温过高:与病原体感染、体温调节中枢功能障碍及自主神经功能紊乱有关。
- (2) 营养失调,低于机体需要量:与发热所致高消耗及营养物质摄入不足有关。
- (3) 体液不足或有体液不足的危险:与发热患者体温下降时出汗过多和(或)摄入液体量不足有关。
- (4) 口腔黏膜改变:与发热所致口腔黏膜干燥有关。
- (5) 潜在并发症主要为意识障碍、惊厥等。

【小结】

本节主要讲述了发热的定义、病因、发病机制、临床表现、护理评估要点和护理诊断。具体内容为引起感染发热最常见的原因;发热的临床(过程分为体温上升期、高热期和体温下降期)及特点;发热的分度;发热的热型、特点和临床意义;发热的护理评估要点;能对发热做出正确的分析,提出相关护理诊断。

第二节 疼 痛

案例引导

患者,男,55岁,胸骨后压榨性疼痛,伴恶心、呕吐2h。患者于2h前搬重物时突然感到胸骨

后疼痛,呈压榨性,有濒死感,休息与含硝酸甘油均不能缓解,伴有大汗、恶心,呕吐过两次,呕吐物为胃内容物,二便正常。患者既往无高血压和心绞痛病史,无药物过敏史,吸烟 20 多年,每天 1 包。查体:呈急性痛苦面容,心率 100 次/min,有期前收缩 5~6 次/min,心尖部有 S4。心电图检查:ST 段 $V_{1\sim5}$ 升高,QRS 波 $V_{1\sim5}$ 呈 Qr 型,T 波倒置,有室性期前收缩。

问题:

1. 引起该患者疼痛的可能原因是什么? 判断依据是什么?
2. 心绞痛和急性心肌梗死所引起的疼痛的特点分别是什么?
3. 该患者与疼痛相关的护理诊断有哪些?

疼痛是现存的或潜在的组织受损所产生的痛觉反应,是临床常见症状。疼痛提醒个体某部位已出现异常状况,对机体具有保护性和防御性作用,同时疼痛本身又会给个体造成痛苦或生理功能严重紊乱,甚至导致休克等。

一、病因

1. 头痛

头痛是指额、顶、颞及枕部的疼痛。引起头痛的常见原因如下。

1) 颅内病变

- (1) 颅内感染:如脑膜炎、脑膜脑炎、脑炎、脑脓肿等。
- (2) 血管病变:如脑出血、蛛网膜下腔出血、脑血栓形成、脑栓塞、高血压脑病等。
- (3) 占位性病变:如脑肿瘤、颅内转移瘤、颅内囊虫病等。
- (4) 颅脑外伤:如脑震荡、脑挫伤、颅内血肿等。
- (5) 其他:如偏头痛、头痛型癫痫等。

2) 颅外病变

- (1) 颅骨疾病:如颅骨肿瘤。
- (2) 颈部疾病:颈椎病及其他颈部疾病。
- (3) 神经痛:如三叉神经痛、枕神经痛等。
- (4) 其他:如眼、耳、鼻和齿疾病所致头痛。

3) 全身性疾病

- (1) 急性感染:如流感、肺炎、伤寒等发热性疾病。
- (2) 心血管疾病:如高血压、心力衰竭等。
- (3) 中毒:如有机磷、一氧化碳、酒精、铅、药物(水杨酸类)等中毒。
- (4) 其他:如中暑、贫血、尿毒症、肺性脑病、低血糖、系统性红斑狼疮等。

2. 胸痛

临床常见引起胸痛的原因有以下几类。

- (1) 胸壁疾病:如带状疱疹、胸壁外伤、肋骨骨折、肋间神经炎等。
- (2) 呼吸系统疾病:如肺炎、肺癌、胸膜炎、自发性气胸等。

- (3) 循环系统疾病:如心绞痛、急性心肌梗死、急性心包炎、心脏神经官能症等。
- (4) 纵隔及食管疾病:如纵隔炎、纵隔肿瘤、食管裂孔疝、食管炎、食管癌等。
- (5) 横膈或膈下疾病:如膈下脓肿、肝脓肿、脾梗死等。

3. 腹痛

1) 急性腹痛的常见病因

- (1) 腹腔脏器的急性炎症,如急性胃炎、急性肠炎、急性胰腺炎、急性胆囊炎等。
- (2) 胃肠急性穿孔引起的急性弥漫性腹膜炎。
- (3) 腹内空腔脏器阻塞或扩张,如肠梗阻、胆道结石、急性胃扩张等。
- (4) 腹内脏器扭转或破裂,如肠扭转、卵巢囊肿蒂扭转、脾破裂等。
- (5) 腹内血管病变,如门静脉血栓形成、脾栓塞等。
- (6) 腹壁疾病,如腹壁脓肿、腹壁挫伤等。
- (7) 胸部疾病所致腹部牵涉痛。
- (8) 全身性疾病所致腹痛。

2) 慢性腹痛的常见病因

- (1) 腹腔脏器的慢性炎症,如慢性胃炎、慢性胆囊炎、慢性阑尾炎等。
- (2) 胃、十二指肠溃疡。
- (3) 腹膜及脏器包膜的牵张,如手术后腹膜粘连、肝淤血等。
- (4) 腹内肿瘤的压迫及浸润。
- (5) 腹内脏器的慢性扭转。
- (6) 中毒与代谢障碍,如铅中毒、尿毒症等。
- (7) 肠寄生虫病,如蛔虫病、钩虫病等。
- (8) 胃肠神经功能紊乱,如胃肠神经官能症等。

二、发病机制

疼痛的发生机制尚不完全清楚,一般认为疼痛形成的神经传导基本过程可分为4个阶梯,即伤害感受器的痛觉传感——一级传入纤维、脊髓背角、脊髓-丘脑束等上行束的痛觉传递,皮质和边缘系统的痛觉整合,下行控制和神经介质的痛觉调控。神经末梢(伤害性感受器)受到各种伤害性(物理的或化学的)刺激后,受损部位的组织释放致痛物质(如组胺、缓激肽、5-羟色胺、乙酰胆碱、前列腺素及酸性代谢产物等),痛觉感受器受到致痛物质的刺激而产生痛觉冲动,经脊髓后根沿着脊髓丘脑侧束和脊髓网状束上行进入内囊并传至大脑皮质中央后回的第一感觉区而引起疼痛。

三、临床表现

1. 疼痛的临床特点

1) 疼痛的部位

全身各处均可产生疼痛。

2) 疼痛的性质和程度

疼痛的性质包括刺痛、绞痛、酸痛、胀痛、跳痛、烧灼痛、刀割痛等。疼痛的程度可描述为隐痛、钝

痛、剧痛等。

3) 疼痛的经过

疼痛的经过可表现为周期性、间歇性、阵发性、进行性、持续性、持续性伴阵发性加剧。

4) 疼痛的敏感性

(1) 皮肤:对疼痛最敏感,皮肤痛发生迅速,其特点为双重痛觉,即产生两种不同性质的疼痛。皮肤受到刺激后产生尖锐性刺痛(快痛),定位明确,去除刺激后很快消失;随后出现烧灼痛(慢痛),定位不明确。

(2) 躯体痛:指肌肉、肌腱、筋膜、关节等深部组织的疼痛。这些深部组织对疼痛的敏感性仅次于皮肤,定位较准确,疼痛剧烈而持久,常伴有压痛,其中骨膜分布最密,因而痛觉最敏感。

(3) 深层组织和内脏器官:对疼痛的敏感性较弱,疼痛发生缓慢而持久,可为钝痛、胀痛、绞痛等,定位不明确,常伴有牵涉痛,以及恶心、呕吐、出汗等自主神经兴奋症状。

5) 急性和慢性疼痛

临床上一般将疼痛按起病急缓、病程长短分为急性疼痛和慢性疼痛。持续时间在1个月以内的疼痛称为急性疼痛,常发生突然,剧烈,持续时间以数分钟、数小时、数天多见,经处理后很快消除或缓解;持续时间在1个月以上的疼痛称为慢性疼痛,起病缓慢,病程长,具有持续性、顽固性和反复发作的特点。

6) 剧烈疼痛

疼痛剧烈时,患者可有下列表现:面部表情极度痛苦,皱眉、咧嘴或咬牙、呻吟或呼叫、大汗淋漓等;常采取强迫体位;睡眠和休息受到影响;胃肠功能紊乱,出现恶心、呕吐症状;常有焦虑、愤怒、恐惧等情绪反应;血压升高,呼吸和心率增快,面色苍白,严重者可发生休克。

2. 头痛

急起的头痛并有发热者常见于急性感染,多为全头部胀痛;头痛突然发生,持续不减,伴有呕吐、不同程度的意识障碍而无发热者,提示有颅内血管性疾病;蛛网膜下腔出血或脑脊髓膜炎的头痛常伴有颈痛;长期反复发生的一侧头痛多为偏头痛。高血压、发热、偏头痛等患者常可出现搏动性头痛;患者有慢性进行性头痛,并有颅内压增高和呕吐的症状应警惕颅内占位性病变;眼源性或鼻源性头痛多为浅在性且较局限。

3. 胸痛

1) 发病年龄

青壮年人胸痛应注意胸膜炎、自发性气胸、心肌病、风湿性心脏病,40岁以上者应注意心绞痛、心肌梗死、肺癌等。

2) 疾病因素

常见胸部疾病所致疼痛的部位、性质、持续时间、影响因素各有不同。胸痛常见病因的鉴别如表2-2所示。

表 2-2 胸痛常见病因的鉴别

胸痛特点	胸腔疾病	胸膜病变	心绞痛、心肌梗死	食管、纵隔
部位	固定于病变处,带状疱疹沿神经走向走行,不越过正中线	患侧腋中线、肺底部	胸骨后或心前区,可放射至左肩、左臂内侧甚至无名指和小指	胸骨后
性质	隐痛或剧痛,带状疱疹呈刀割样痛	干性胸膜炎为刺痛	压榨样疼痛伴窒息感,心肌梗死时更剧烈,伴濒死感	食管炎为烧灼痛,纵隔肿瘤为闷痛或灼痛
持续时间	不定	粘连性胸膜炎为长期钝痛	心绞痛短暂(持续 1~5 min),心肌梗死疼痛(持续数小时或更长时间)	纵隔肿瘤所致疼痛呈持续性且逐渐加重
影响因素	压迫局部,胸廓活动时加剧	咳嗽、呼吸时加重	心绞痛诱因明显,含硝酸甘油可迅速缓解;心肌梗死诱因不明显,含硝酸甘油不缓解	吞咽食物时出现或加重

4. 腹痛

1) 腹痛部位

腹痛部位多为病变所在部位。例如,胃、十二指肠、胰腺病变可引起中上腹痛,肝胆疾病所致疼痛在右上腹,小肠病变所致疼痛位于脐周,回盲部病变所致疼痛位于右下腹,结肠疾病引起的疼痛位于左下腹或下腹部,膀胱、盆腔病变所致疼痛位于下腹部,急性阑尾炎引起的疼痛位于右下腹麦氏点。

2) 疼痛的性质和程度

胃肠道穿孔引起急性弥漫性腹膜炎时,疼痛突然加剧,呈刀割样、烧灼样痛,并迅速出现弥漫性的全腹广泛而持久的剧痛,伴明显压痛、反跳痛、腹肌紧张或板样强直;胆石症或泌尿系统结石常表现为阵发性绞痛;阵发性剑突下钻顶样疼痛是胆道蛔虫症的典型表现;小肠及结肠病变的疼痛多为间歇性、痉挛性绞痛,直肠病变者常伴有里急后重;急性胰腺炎为剧烈而持续性钝痛、钻痛、绞痛或刀割样痛,呈阵发性加剧,可向腰背部呈带状放射。

3) 发作时间

消化性溃疡常表现为慢性、周期性、节律性中上腹痛,餐后痛常由胆囊、胰腺疾病或消化不良引起,子宫内膜异位症所致疼痛与月经来潮有关。

4) 诱发及缓解因素

结肠病变引起的疼痛可在排便后减轻;胆囊炎或胆石症发作前患者常进食过油腻食物;急性胰腺炎疼痛常在暴饮暴食、酗酒后突然发生;胰腺癌患者取仰卧位时疼痛明显,取前倾位或俯卧位时减轻;反流性食管炎患者身体前屈时疼痛明显,取直立位时减轻;暴力作用常是引起肝、脾破裂的原因;急性出血性坏死性肠炎多与饮食不洁有关。

四、护理评估

1. 相关病史与起病情况

护士应评估患者发生疼痛前有无外伤、手术史、感染、药物及食物中毒,有无类似发作史及家庭

史等。

2. 临床特点

护士应注意患者疼痛的部位,性质,程度,发生与持续时间,诱发、加重与缓解因素等。

3. 身心反应

护士应评估患者是否因剧烈疼痛而影响睡眠,有无疼痛所致肢体功能障碍或强迫体位等;密切观察患者的呼吸、心率、脉搏、血压、面色变化,有无恶心、呕吐、食欲不振或睡眠不佳、强迫体位、呻吟或哭叫,有无因疼痛而产生的焦虑、愤怒、恐惧等情绪反应;了解疼痛是否影响了患者的工作和社会交往;对剧烈疼痛者还应观察其有无休克表现。

4. 诊断、治疗及护理经过

护士应了解患者做过何种检查、结果怎样;诊断为何种疾病,其治疗与护理措施;是否使用过解痉镇痛药等,药物的剂量及疗效,有无不良反应。

5. 伴随症状

头痛、胸痛和腹痛的伴随症状及临床意义如表 2-3~表 2-5 所示。

表 2-3 头痛的伴随症状及临床意义

伴随症状	临床意义
剧烈呕吐	颅内压增高,头痛在呕吐后减轻者见于偏头痛
眩晕	小脑肿瘤、椎-基底动脉供血不足
发热	见于感染性疾病,包括颅内感染和全身性感染
慢性头痛,伴精神症状	注意颅内肿瘤
突然加剧并有意识障碍	可能发生脑疝
视力障碍	见于青光眼或脑肿瘤
脑膜刺激征	提示有脑膜炎或蛛网膜下腔出血
癫痫发作	见于脑血管畸形、脑内寄生虫病或脑肿瘤
神经功能紊乱症状	可能是神经功能性头痛

表 2-4 胸痛的伴随症状及临床意义

伴随症状	临床意义
咳嗽、咳痰或发热	见于气管、支气管和肺部疾病
呼吸困难	见于大叶性肺炎、气胸、胸膜炎、肺栓塞
咯血	见于肺栓塞、支气管肺癌
面色苍白、大汗、休克	见于心肌梗死、夹层动脉瘤、主动脉窦瘤破裂
吞咽困难	提示有食管疾病

表 2-5 腹痛的伴随症状及临床意义

伴随症状	临床意义
发热、寒战	见于急性胆道感染、胆囊炎、肝脓肿、腹腔脓肿等

续表

伴随症状	临床意义
黄疸	与肝、胆、胰疾病有关
休克	有贫血者常见肝、脾、异位妊娠破裂,无贫血者常见胃肠穿孔、绞窄性肠梗阻、肠扭转、急性出血性坏死性小肠炎
呕吐	食管、胃肠道病变,呕吐量大提示胃肠道梗阻
反酸、嗝气	胃、十二指肠溃疡或胃炎
腹泻	消化吸收功能障碍或肠道炎症、溃疡、肿瘤
血尿	常见于泌尿系统疾病

五、护理诊断

- (1) 疼痛:与颅内压增高,脑膜受到刺激有关;与壁胸膜受到炎症刺激有关;与心肌缺血、缺氧有关;与腹肌痉挛、壁腹膜受到炎症刺激有关。
- (2) 焦虑:与剧烈疼痛或疼痛迁延不愈有关。
- (3) 恐惧:与剧烈疼痛或疼痛迁延不愈有关。
- (4) 潜在并发症主要为休克等。

【小结】

本节主要讲述了疼痛(头疼、胸痛、腹痛)的病因、发病机制、临床表现、护理评估要点、护理诊断。疼痛是人们平时比较了解,甚至是亲身感受过的。通过学习,学生应掌握各种疼痛的临床特点;掌握头疼、胸痛、腹痛的护理评估要点;能对疼痛做出正确的分析,提出相关护理诊断。

第三节 水 肿

案例引导

患者,男,56岁,以“水肿1个月余”为主诉入院。入院前1个月,患者无明显诱因出现全身进行性水肿,活动后可减轻,伴有腹胀及轻微活动后气喘,无咳嗽、咳痰,无尿频、尿急、尿痛,无畏冷发热,无胸痛、心悸,遂未予重视,在外未处理。现患者水肿渐加剧,尿量渐减少,伴有腹部不适感。

问题:

1. 该患者的临床表现说明其水肿属于哪种类型?
2. 全身性水肿的分类有哪些?
3. 该患者与水肿相关的护理诊断有哪些?

水肿是指人体的组织间隙内有过多的液体积聚而使组织肿胀。水肿可分为全身性水肿和局部性水肿。全身性水肿是指液体在体内各组织间隙呈弥漫性分布。局部性水肿是指液体在体内某一局部组织间隙积聚。积液或积水是指过多的液体积聚在体腔内,如胸腔、腹腔、心包腔、关节腔等。水肿还可分为隐性水肿和显性水肿。隐性水肿是指水肿初期,组织间液积聚较少,体重增加在 10% 以下,无指压凹陷;显性水肿是指体重增加在 10% 以上,指压出现明显凹陷。一般情况下,水肿不包括内脏器官局部的水肿,如脑水肿、肺水肿等。

一、发病机制

正常人体的组织液总量保持相对恒定,其主要依赖于两大调节系统,即血管内、外液体交换平衡和机体内、外液体交换平衡。当液体交换平衡遭到破坏,造成组织间液生成多于回流或水钠潴留时,即可引起水肿。

1. 血管内、外液体交换失衡

正常人血管内的液体不断地从毛细血管小动脉端滤出至组织间隙成为组织液,同时组织液不断从毛细血管小静脉端被吸收入血管中,两者保持动态平衡。引起水肿的主要因素如下。

1) 毛细血管血流动力学改变

- (1) 毛细血管内流体静压力升高:如右心衰竭时腔静脉回流障碍,引起全身性水肿。
- (2) 毛细血管通透性增高:如急性肾炎等可引起水肿。
- (3) 血浆胶体渗透压降低:如营养不良等导致的低蛋白血症可引起水肿。
- (4) 组织液胶体渗透压增高可引起水肿。
- (5) 组织间隙机械压力降低可引起水肿。

2) 淋巴液或静脉回流受阻

淋巴液或静脉回流受阻常见于丝虫病、血栓性静脉炎等,可引起水肿。

2. 机体内、外液体交换失衡

正常人体水和钠的摄入与排出保持动态平衡,其主要是在神经-体液的调节下通过肾小球的滤过和肾小管的重吸收功能来调节的。当某些因素,包括肾小球滤过率下降和肾小管重吸收增强导致球-管平衡失调时,可发生水钠潴留,引起水肿。

二、病因与临床表现

1. 全身性水肿

全身性水肿的鉴别如表 2-6 所示。

表 2-6 全身性水肿的鉴别

鉴别点	心源性水肿	肾源性水肿	肝源性水肿	营养不良性水肿
开始部位	身体下垂部位	眼睑、颜面	踝部	下肢
常见病因	右心衰竭	各型肾炎肾病	肝硬化失代偿期	长期营养缺乏、重度烧伤
伴随症状	颈静脉怒张、肝大、 静脉压升高	尿液改变、高血压、 肾功能损害	腹水	消瘦、贫血

1) 心源性水肿

心源性水肿常见于右心衰竭,也可见于渗出性或缩窄性心包炎,常伴有右心衰竭的其他病症。心源性水肿的特点是首先出现在身体下垂部位,能起床活动者最早出现于足踝部,行走活动后明显,休息后减轻或消失;经常卧床者以腰骶部水肿较为明显。心源性水肿多呈对称性、凹陷性,患者的颜面部一般不肿。随着病情的发展,水肿逐渐向上蔓延并遍及全身,严重者可出现胸腔积液、腹水。

2) 肾源性水肿

肾源性水肿常见于各型肾炎和肾病,常伴有肾脏疾病的其他病症。肾源性水肿可分为两类,即以蛋白尿导致的低蛋白血症为主的肾病性水肿和以肾小球滤过率下降为主的肾炎性水肿。肾源性水肿的特点为先出现于眼睑、颜面部,晨间起床时最明显,逐渐发展为全身性水肿。肾源性水肿与心源性水肿的鉴别如表 2-7 所示。

表 2-7 肾源性水肿与心源性水肿的鉴别

鉴别点	肾源性水肿	心源性水肿
开始部位	从眼睑、颜面部开始而延及全身	从足背部开始,向上延及全身
发展快慢	发展常迅速	发展较缓慢
水肿性质	软而移动性大	比较坚实,移动性较小
伴随症状	伴有其他肾脏疾病的病症,如高血压、蛋白尿、管型尿、眼底改变等	伴有心功能不全的病症,如心脏增大、心脏杂音、肝大、静脉压升高等

3) 肝源性水肿

肝源性水肿常见于肝硬化失代偿期,患者常伴有肝功能减退和门脉高压的其他表现。肝源性水肿的特点是以腹水为突出表现,也可首先出现踝部水肿,逐渐向上蔓延,但头面部及上肢常无水肿。

4) 营养不良性水肿

营养不良性水肿常见于慢性消耗性疾病。营养不良性水肿的特点是水肿发生前患者常有体重减轻、消瘦等表现,水肿从组织疏松处开始逐渐蔓延至全身,与体位有关,呈坠积性,以身体低垂部位显著,立位时下肢症状明显,严重者可有胸腔积液、腹水。

5) 其他全身性水肿

(1) 黏液性水肿:常见于甲状腺功能减退症。其特点是水肿为非凹陷性,以颜面部及胫前较明显。

(2) 经前期紧张综合征:与雌激素水平增高有关。其特点是月经前 1~2 周出现眼睑、踝部及手部轻度水肿,可伴乳房胀痛及盆腔沉重感,月经后水肿逐渐消退。

(3) 药物性水肿:常见于糖皮质激素、雌激素、雄激素、胰岛素、甘草制剂等应用过程中。其特点是用药后出现轻度水肿,常出现于身体下垂部位,与体位有明显的关系,直立过久或劳累后出现,休息后减轻或消失。

(4) 特发性水肿:多见于女性,原因不明。其特点是常出现于身体下垂部位。

(5) 妊娠期高血压疾病:多于妊娠 24 周后出现,以初产妇多见,常伴有蛋白尿和高血压。

(6) 其他:如硬皮病、血清病等。

2. 局部性水肿

局部性水肿常由局部静脉、淋巴回流受阻或毛细血管通透性增加所致。

- (1) 局部炎症:如疖、痈、蜂窝织炎等,由毛细血管通透性增加所致。
- (2) 局部静脉回流受阻:如上腔静脉阻塞综合征、下肢静脉曲张、血栓性静脉炎等。
- (3) 局部淋巴回流受阻:如丝虫病所致象皮肿、非特异性淋巴管炎等。

三、护理评估

1. 相关病史与起病情况

护士应评估患者有无心、肝、肾、内分泌代谢性疾病病史,有无营养不良,是否用过激素类药物、甘草制剂等,有无创伤和过敏史。女性患者的水肿应注意与月经、妊娠有无关系。

2. 临床特点

护士应评估患者发生水肿的部位及程度,如水肿首先出现的部位。护士应评估患者水肿的特点,如水肿的出现时间、发生急缓、性质,使水肿加重、减轻的因素,水肿与体位变化和活动的关系。

3. 身心反应

护士应评估患者有无皮肤溃疡和继发感染等,详细记录患者的24 h液体出入量,对尿量明显减少者应注意观察其有无急性肺水肿。护士应评估患者有无肾功能损害及电解质与酸碱平衡紊乱,如氮质血症、高钾血症等;食欲有无改变,每日进食物的种类、量;营养物质的搭配是否合理,能否满足机体的需要;体重有无明显变化;对有心、肝、肾脏疾病的患者,还应注意钠盐和液体的摄入量。

护士应检测患者的体重、胸围、腹围、脉搏、呼吸、血压、体位等情况,注意患者水肿部位皮肤、黏膜的弹性、光泽、温度及湿度,观察长期卧床或严重水肿者的皮肤有无水疱、渗液、破溃或继发感染,注意患者有无胸腔积液的体征、腹水征及各种伴随症状。护士应了解患者是否因水肿引起形象的改变、活动障碍、身体不适而心情烦躁。

4. 诊断、治疗及护理经过

护士应了解患者水肿发生后的就医情况;是否使用过利尿剂,所用药物的种类、剂量、疗效和不良反应;休息、饮食、保护皮肤等护理措施的实施情况。

5. 伴随症状

(1) 重度蛋白尿:常见于肾源性水肿,如肾小球肾炎;伴低蛋白血症和高脂血症者常见于肾病综合征。

(2) 肝大:常见于心源性水肿、肝源性水肿、营养不良性水肿,伴颈静脉怒张、肝颈静脉回流征阳性者常见于心力衰竭等。

(3) 消瘦、体重减轻:常见于营养不良。

(4) 呼吸困难、发绀:常见于心脏病、上腔静脉阻塞综合征等。

(5) 心率减慢、血压偏低:常见于甲状腺功能减退症。

四、护理诊断

(1) 体液过多:与右心功能不全有关,与肾脏疾病所致水钠潴留有关。

(2) 皮肤完整性受损或有皮肤完整性受损的危险:与水肿所致组织、细胞营养不良有关。

- (3) 活动无耐力:与胸腔积液、腹水所致呼吸困难有关,与心力衰竭所致机体活动力下降有关。
- (4) 潜在并发症主要为急性肺水肿等。

【小结】

本节主要讲述了水肿的定义、发病机制、分类及临床表现、护理评估要点、护理诊断。通过学习,学生应掌握水肿的分类及临床特点,如心源性水肿首先出现在身体下垂部位,肾源性水肿的特点是晨起眼睑和颜面部水肿明显,肝源性水肿首先出现在踝部;掌握全身性水肿与局部性水肿的鉴别;掌握水肿的护理评估要点;能对水肿做出正确的分析,提出相关护理诊断。

第四节 咳嗽与咳痰

案例引导

患者,男,62岁,10多年前无明显诱因出现咳嗽,咳少量白色稀薄痰液,以夜间明显,与季节变换无关,每年咳嗽、咳痰时间小于3个月。患者至当地医院就诊,诊断为“支气管炎”,口服药物治疗(具体不详),但症状反复发作。3年多前,患者的上述症状加重,发作频繁,咳嗽为阵发性连声咳,痰量增多,天气变化时加重,每年咳嗽、咳痰的时间累计大于3个月,先后就诊于多家医院。

问题:

1. 护士应如何对该患者进行护理评估?
2. 该患者与咳嗽、咳痰相关的护理诊断有哪些?

咳嗽是一种反射性防御动作,能有效地清除呼吸道内的分泌物或进入气道的异物。但长期、频繁而剧烈的咳嗽不仅消耗体力,还会影响人的正常工作和休息,可加重心脏负担,甚至诱发气胸和肺气肿,表现为病理状态。咳痰(expectoration)是将呼吸道内的分泌物或肺泡内的渗出液借助咳嗽经口腔排出的动作。

一、病因

1. 呼吸道疾病

呼吸道受气体、粉尘、异物、炎症、出血、肿瘤等的刺激均可引起咳嗽,可见于咽喉炎、气管支气管炎、肺炎、支气管扩张、支气管哮喘、支气管结核等。呼吸道感染(如细菌、结核分枝杆菌、病毒、真菌、支原体等的感染)是引起咳嗽与咳痰最常见的原因。

2. 胸膜疾病

胸膜疾病,如胸膜炎、自发性气胸等可引起咳嗽与咳痰。

3. 心血管疾病

心血管疾病,如二尖瓣狭窄致左心衰竭引起肺淤血或肺水肿、右心及体循环静脉栓子脱落造成肺栓塞等可引起咳嗽与咳痰。

4. 神经精神因素

神经精神因素,如脑炎、脑膜炎、神经官能症等可引起咳嗽与咳痰。

5. 其他

服用血管紧张素转化酶抑制剂、胃食管反流疾病、习惯性咳嗽等可引起咳嗽与咳痰。

二、发病机制

1. 咳嗽

咳嗽由延髓咳嗽中枢受到刺激引起。这些刺激主要来自鼻、喉、气管、支气管黏膜、肺泡和胸膜等处的感受器,经迷走神经、吞咽神经和三叉神经的感觉神经纤维传入延髓咳嗽中枢,该中枢通过传出神经纤维将冲动传至运动神经,即喉下神经、膈神经与脊神经,引起咽肌、声门、膈肌与其他呼吸肌运动而完成咳嗽动作。

2. 咳痰

痰液是气管、支气管和肺泡所产生的分泌物。正常人的痰液很少,可以保持呼吸道黏膜湿润。当呼吸道黏膜发生炎症时,黏膜充血、水肿,黏液分泌增多,痰量增加。此时,痰中常混有红细胞、白细胞、炎性渗出物、吸入的尘埃、病原体、组织坏死物等病理成分,可借助咳嗽动作被排出体外。在发生肺淤血或肺水肿时,肺泡毛细血管有不同程度的浆液漏出,可引起咳痰。

三、临床表现

1. 咳嗽的性质

1) 干性咳嗽

干性咳嗽是指咳嗽无痰或痰量极少。干性咳嗽常见于急、慢性咽喉炎,喉癌,急性支气管炎初期,支气管异物,支气管肿瘤,胸膜疾病,原发性肺动脉高压,二尖瓣狭窄等。

2) 湿性咳嗽

湿性咳嗽是指咳嗽伴有痰液。湿性咳嗽常见于慢性支气管炎、支气管扩张症、肺脓肿、空洞型肺结核等。

2. 咳嗽的音色

咳嗽的音色是指咳嗽的声音特点。咳嗽无力或声音低微见于极度衰弱、声带麻痹、严重肺气肿者;咳嗽声音嘶哑多由声带炎症或肿瘤压迫所致,见于声带炎、喉炎、喉结核、喉癌等;鸡鸣样咳嗽表现为连续性阵发性剧咳,常见于百日咳、会厌及喉部疾病、气管受压;金属音样咳嗽见于纵隔肿瘤、支气管肺癌、主动脉瘤等直接压迫气管。

3. 咳嗽的发生时间与节律

突发性咳嗽见于吸入刺激性气体或异物所致急性呼吸道疾病;发作性咳嗽见于百日咳、支气管哮喘等;长期慢性咳嗽常见于慢性支气管炎、支气管扩张症、肺脓肿等,多与体位改变有关,清晨或夜间睡眠时加剧;夜间咳嗽明显常见于肺结核、左心衰竭等,可能与夜间肺淤血加重和迷走神经兴奋性增高有关。

4. 痰液的性状和痰量

痰的性质可分为黏液性、浆液性、血性和脓性等。黏液性痰见于急性支气管炎、支气管哮喘、大叶性肺炎初期、慢性支气管炎、肺结核等，浆液性痰见于肺水肿，血性痰多见于支气管扩张症、肺结核、支气管肺癌，脓性痰见于化脓性细菌性下呼吸道感染。

发生急性呼吸道炎症时痰量较少。而发生化脓性感染，如支气管扩张症、肺脓肿、支气管胸膜瘘时痰量增多，呈脓性痰，静置后出现分层现象：上层为泡沫，中层为浆液或浆液脓性分泌物，下层为坏死组织碎屑，有恶臭味者常提示厌氧菌感染。铁锈色痰提示肺炎球菌性肺炎；粉红色泡沫痰提示急性肺水肿；黄绿色痰提示铜绿假单胞菌感染；白色黏稠且牵拉成丝，难以咳出，提示真菌感染；果酱样痰提示肺吸虫病；棕褐色痰提示阿米巴肺脓肿；大量稀薄浆液性痰中含粉皮样物提示棘球蚴病(包虫病)。

四、护理评估

1. 相关病史与起病情况

护士应了解患者的年龄、职业，是否患有慢性呼吸道疾病、心脏病，有无颅脑疾病、癔症病史，有无吸烟史及过敏史，有无呼吸道传染病患者及有害气体接触史。

2. 临床特点

1) 咳嗽的特点

护士应注意患者咳嗽的性质、音色、程度、频率、发生时间与持续时间，有无明显诱因，与环境、气候、季节、体位的关系。例如，急性上呼吸道感染所致咳嗽多在气候突变时受凉后出现，表现为干咳；慢性支气管炎所致咳嗽多于晨间起床时较重，白天较轻，睡眠时有阵咳或排痰，寒冷季节加剧，气候暖和时缓解；支气管扩张症或肺脓肿的咳嗽症状与体位改变有明显的关系。

2) 痰的特点

护士应注意患者痰液的性质、颜色、气味、黏稠度及量；患者的痰液是否易咳出，体位对痰液的排出有何影响；收集的痰液静置后是否出现分层现象。痰液量的增减可反映病情的进展：痰量增加提示病情加重，痰量减少提示病情好转，痰量骤减而体温升高则可能为排痰不畅。

3. 身心反应

护士应评估患者有无食欲减退、明显消瘦、失眠等表现，对胸、腹部手术后剧烈、频繁咳嗽者要注意评估其伤口情况；了解患者有无长期剧烈、频繁咳嗽所致头痛、疲劳、食欲减退、胸腹部疼痛、睡眠不佳、精神萎靡、情绪不稳定、眼睑水肿、尿失禁等表现；注意患者生命体征及胸部体征的变化；对剧咳者警惕自发性气胸、咯血、胸腹部手术伤口的开裂等；了解痰液不易咳出者有无肺部感染的发生和加重。

4. 诊断、治疗及护理经过

护士应询问患者是否服用过止咳祛痰药，所用药物的种类、剂量及疗效；是否采取过促进排痰的措施，效果如何。

5. 伴随症状

- (1) 发热：常见于呼吸道感染、肺结核、胸膜炎、急性渗出性胸膜炎等。
- (2) 胸痛：常见于肺炎、胸膜炎、支气管肺癌、气胸、肺栓塞等。
- (3) 呼吸困难：常见于喉头水肿、喉肿瘤、气道异物、慢性阻塞性肺疾病、重症肺炎、肺结核、大量胸腔积液、气胸、肺淤血、肺水肿等。
- (4) 大量脓痰：常见于支气管扩张症、肺脓肿、肺囊肿合并感染、支气管胸膜瘘等。

健康评估

- (5) 咯血:常见于支气管扩张症、空洞型肺结核、支气管肺癌、二尖瓣狭窄等。
- (6) 哮鸣音:常见于支气管哮喘、心源性哮喘、慢性阻塞性肺疾病、气管与支气管异物等。
- (7) 杵状指(趾):常见于支气管扩张症、肺脓肿、支气管肺癌、脓胸等。

五、护理诊断

- (1) 清理呼吸道无效:与痰液黏稠、咳嗽无力、不能进行有效咳嗽有关。
- (2) 活动无耐力:与长期频繁咳嗽或机体组织缺氧有关。
- (3) 睡眠型态紊乱:主要为睡眠剥夺,与夜间频繁咳嗽有关。
- (4) 知识缺乏:患者缺乏疾病发作的预防及吸烟有害健康方面的知识。
- (5) 潜在并发症主要为自发性气胸等。

【小结】

本节主要讲述了咳嗽与咳痰的定义、发病机制、临床表现、护理评估要点、护理诊断。通过学习,学生应掌握咳嗽与咳痰的临床表现,如咳嗽的性质、音色、时间与节律,有无明显诱因;痰液的性质、颜色、气味、黏稠度及量;咳嗽与咳痰的护理评估要点,能对咳嗽做出正确的分析,提出相关护理诊断。

第五节 咯 血

案例引导

患者,女,56岁,间歇性咳嗽、咳痰5年,症状加重伴咯血2个月。患者5年前受凉后出现低热、咳嗽、咳白色黏痰,给予抗生素及祛痰治疗,1个月后症状不见好转,体重逐渐下降,后拍胸片诊断为“浸润型肺结核”。2个月前,患者劳累后咳嗽加重,少量咯血伴低热、盗汗、胸闷、乏力来院诊治。查体:T 37.4℃,P 94次/min,R 22次/min,BP 130/80 mmHg,气管居中,两肺上部呼吸音稍减低,并闻及少量湿啰音。

问题:

1. 导致该患者咯血的原因是什么?
2. 临床应如何鉴别咯血与呕血?
3. 临床上咯血量应如何判断?

咯血是指喉及喉以下的呼吸道及肺任何部位的出血经口腔咯出。少量咯血可表现为痰中带血;大量咯血时血液从口鼻涌出,可引起呼吸道阻塞,造成窒息死亡。

一、病因与发病机制

1. 呼吸系统疾病

1) 肺部疾病

引起咯血的肺部疾病有肺结核、肺炎、肺脓肿、肺淤血等。在我国,引起咯血的首要疾病是肺结

核。肺结核的发生机制是病变处毛细血管通透性增加,血液渗出,表现为痰中带血丝、血点或小血块;小血管因病变侵蚀破裂而引起中等量咯血;空洞壁小动脉瘤破裂,或继发结核性支气管扩张症形成的动静脉瘘破裂,则可引起大量咯血,甚至危及患者生命。

2) 支气管疾病

引起咯血的常见支气管疾病有支气管扩张症、支气管肺癌、慢性支气管炎、支气管结核等。其发生机制是炎症、肿瘤等损伤支气管黏膜或肺组织,使病灶处毛细血管通透性增加或黏膜下血管破裂出血。

2. 心血管疾病

引起咯血的常见心血管疾病有风湿性心脏病二尖瓣狭窄,也可见于原发性肺动脉高压和某些先天性心脏病(如房间隔缺损、动脉导管未闭等)所致肺动脉高压。其发生机制为肺淤血致肺泡壁或支气管内膜毛细血管破裂和支气管黏膜下层支气管静脉曲张破裂。心血管疾病所致咯血常表现为小量咯血或痰中带血、血痰、大量咯血。

3. 其他全身性疾病

(1) 血液病,如白血病、血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血等。

(2) 急性传染病,如流行性出血热、肺出血型钩体病等。

(3) 风湿性疾病(如结节性多动脉炎、系统性红斑狼疮等)或气管、支气管子宫内膜异位症等。

上述疾病均可引起咯血。

二、临床表现

1. 咯血量

小量咯血是指每日咯血量在 100 mL 以内,患者可仅表现为痰中带血丝、血点或小血块。中等量咯血是指每日咯血量为 100~500 mL,患者在咯血前可有喉部发痒、胸闷、咳嗽等先兆症状。每日咯血量达 500 mL 以上,或一次咯血达 300 mL 以上为大量咯血,患者常表现为咯满口血或短时间内咯血不止,常伴有呛咳、出冷汗、面色苍白、呼吸急促、脉搏增快、紧张不安和恐惧感,主要见于肺结核空洞、支气管扩张症、慢性肺脓肿。

2. 咯出血液的性状

咯出的血液多为鲜红色,常见于肺结核、支气管扩张症、出血性疾病。铁锈色痰主要见于肺炎球菌性肺炎,砖红色胶冻样痰主要见于肺炎克雷白杆菌肺炎,浆液性粉红色泡沫痰提示左心衰竭,二尖瓣狭窄患者咯出血液的颜色多为暗红色,肺栓塞患者则可有黏稠、暗红色的血痰。

3. 并发症

大量咯血者可因血液滞留在支气管或大量失血而产生各种并发症,常见的有以下几种。

1) 窒息

窒息为咯血直接致死的重要原因。患者表现为大量咯血过程中咯血突然减少或中止、胸闷、憋气、烦躁不安或极度紧张、恐惧、大汗淋漓、面色青紫,重者出现意识障碍。

2) 肺不张

患者表现为咯血后出现呼吸困难、气急、胸闷、发绀、呼吸音减弱或消失,多由血块阻塞支气管所致。

3) 继发感染

患者表现为咯血后发热、体温持续不退、咳嗽加剧,伴肺部干、湿啰音,多由咯血后血液滞留于支

健康评估

气管所致。

4) 失血性休克

患者表现为大咯血后出现烦躁不安、面色苍白、四肢厥冷、少尿、脉搏细速、血压下降等症状。

三、护理评估

1. 相关病史与起病情况

护士应评估患者有无呼吸系统疾病、循环系统疾病、血液病等病史；有无吸烟史，开始吸烟的时间及吸烟量，戒烟与否；有无传染病患者接触史，是否到过疫区；从事的职业及生活习惯；是初次发生，还是有类似发作史；女性咯血与月经周期有无关系。

2. 临床特点

1) 判断是否为咯血

经口排出的血液也有可能是后鼻腔、咽部或口腔牙龈出血在患者睡眠时不自觉流入气道内而于清晨被咯出。此类出血一般量小、色黑、多于清晨发生，患者有咽部异物感，对口腔及鼻咽部进行仔细检查可予以鉴别。咯血还需要与呕血相鉴别(表 2-8)。

表 2-8 咯血与呕血的鉴别

项 目	咯 血	呕 血
病因	肺结核、支气管肺癌、支气管扩张症、肺炎、肺脓肿、心脏病等	消化性溃疡、肝硬化、急性胃黏膜病变、胃癌、胆道出血等
出血前症状	喉部痒感、胸闷、咳嗽等	上腹部不适、恶心、呕吐等
出血方式	咯出	呕出，可呈喷射状
血色	鲜红色	暗红色、棕色，偶为鲜红色
血中混有物	痰、泡沫	食物残渣、胃液
酸碱反应	碱性	酸性
黑便	若无血液被咽下则无黑便	有，呕血停止后仍持续数日
出血后痰性状	常有血痰数日	无痰

2) 咯血的特点

护士应注意患者咯血的量、颜色，出血的速度，病程长短；是突然发生还是反复发作；是间断性还是持续性；是痰中带血还是大量咯血。患者的咯血量一般只能粗略估计，且与疾病的严重程度不完全一致。小量间断咯血虽不致造成严重后果，但可能是严重疾病或肿瘤的早期信号；一次大量咯血可导致患者窒息死亡。支气管肺癌的咯血主要表现为持续或间断痰中带血，少有大量咯血；大量咯血主要见于空洞型肺结核、支气管扩张症和肺脓肿。

3. 身心反应

青壮年人咯血多见于支气管扩张症、肺结核、风湿性心脏病二尖瓣狭窄，40 岁以上有长期吸烟史者应考虑慢性支气管炎、支气管肺癌，长时间咯血全身状况差、明显消瘦者多为肺结核、支气管肺癌，反复咯血而营养状况尚好见于支气管扩张症、肺囊肿等。护士应注意患者的生命体征及神志变化，观

察其有无心率加快,血压升高,呼吸浅快,皮肤潮红、苍白或发绀,出冷汗等;注意患者有无紧张、焦虑、恐惧和屏气表现;密切观察患者有无窒息、肺不张、继发感染、失血性休克等并发症表现。

4. 诊断、治疗及护理经过

护士应了解患者的居住、工作环境及体位;是否使用过止血药、镇静药和止咳药,所用药物的种类、剂量及疗效;输血、输液的情况及其他急救用品的准备情况。

5. 伴随症状

- (1) 发热:常见于肺炎、肺结核、肺脓肿、流行性出血热、支气管肺癌等。
- (2) 大量脓痰:常见于支气管扩张症、肺脓肿、空洞型肺结核继发细菌感染等。
- (3) 胸痛:常见于肺炎球菌肺炎、肺结核、肺栓塞、支气管肺癌等。
- (4) 呛咳:常见于支气管肺癌、支原体肺炎等。
- (5) 杵状指(趾):常见于支气管扩张症、肺脓肿、支气管肺癌等。
- (6) 呼吸困难、咳嗽、声嘶、心尖部病理性舒张期隆隆样杂音:可能为二尖瓣狭窄。
- (7) 皮肤及黏膜出血:常见于血液病、风湿病、流行性出血热等。
- (8) 黄疸:常见于钩端螺旋体病、肺炎球菌肺炎、肺栓塞等。

四、护理诊断

- (1) 有窒息的危险:与大量咯血、咳嗽无力、意识障碍有关。
- (2) 体液不足:与大量咯血引起循环血量不足有关。
- (3) 有感染的危险:与血液滞留在支气管内有关。
- (4) 焦虑:与反复咯血久治不愈或对检查结果感到不安有关。
- (5) 恐惧:与大量咯血或咯血不止有关。
- (6) 潜在并发症主要为休克等。

【小结】

本节主要讲述了咯血的定义、发病机制、分类及临床表现、护理评估要点、护理诊断。通过学习,学生应掌握咯血量的判断、咯出血液的颜色、并发症;掌握咯血的护理评估要点,尤其是咯血与呕血的鉴别;能对咯血做出正确的分析,提出相关护理诊断。

第六节 呼吸困难

案例引导

患者,女,60岁,渐进性活动后呼吸困难5年,症状明显加重伴下肢水肿1个月。近半年来,患者自觉体力日渐下降,稍微活动即气短、胸闷,夜间时有憋醒,无心前区疼痛。1个月前,患者感冒后咳嗽,咳白色黏痰,气短明显,不能平卧,尿少,颜面部及两下肢水肿,腹胀加重。患者在20多

年前被发现患有高血压(170/100 mmHg)。

问题:

1. 引起该患者呼吸困难的原因是什么?
2. 该患者呼吸困难的程度属于哪种?
3. 该患者与呼吸困难相关的护理诊断有哪些?

呼吸困难是指主观上感觉空气不足,呼吸费力;客观上常有呼吸频率、节律和深度的改变,严重时可出现鼻翼煽动、发绀、端坐呼吸、辅助呼吸肌参与呼吸活动等。

一、病因

呼吸系统疾病、循环系统疾病、中毒、血液系统疾病和神经精神因素是引起呼吸困难的主要原因。

1. 呼吸系统疾病

以下呼吸系统疾病可引起呼吸困难。

- (1) 呼吸道阻塞:如喉、气管、支气管的炎症、水肿、异物、肿瘤,以及支气管哮喘、慢性阻塞性肺气肿等。
- (2) 肺部疾病:如肺结核、肺炎、肺不张、肺淤血、肺梗死、弥漫性间质性肺疾病等。
- (3) 胸壁、胸廓、胸膜疾病:如胸壁外伤、胸廓畸形、自发性气胸、胸腔积液、严重胸膜肥厚粘连等。
- (4) 神经肌肉病变:如急性多发性神经根神经炎、脊髓灰质炎、重症肌无力、药物所致呼吸肌麻痹等。
- (5) 膈肌活动受限:如膈麻痹、大量腹水、腹腔内巨大肿瘤、妊娠末期等。

2. 循环系统疾病

循环系统疾病,如心力衰竭、心肌病、心包炎等可引起呼吸困难。

3. 中毒

吗啡、一氧化碳、有机磷农药、亚硝酸盐中毒,以及急性感染、尿毒症、糖尿病酮症酸中毒等,都可引起呼吸困难。

4. 血液系统疾病

血液系统疾病,如重度贫血、高铁血红蛋白血症、硫化血红蛋白血症等可引起呼吸困难。

5. 神经精神因素

脑膜炎、脑炎、脑脓肿、脑出血、颅脑外伤、脑肿瘤等可导致呼吸中枢功能衰竭,进而引起呼吸困难。有精神方面的症状,如癔症、焦虑症等的患者可发生呼吸困难。

二、发病机制与临床表现

1. 肺源性呼吸困难

肺源性呼吸困难由呼吸系统疾病引起肺通气和(或)换气功能障碍,导致缺氧和(或)二氧化碳潴留所致。肺源性呼吸困难可分为三种类型(表 2-9)。

表 2-9 肺源性呼吸困难的鉴别

鉴别要点	吸气性呼吸困难	呼气性呼吸困难	混合性呼吸困难
原因	大气道狭窄和阻塞	肺组织弹性减弱,小支气管狭窄、阻塞	肺部广泛病变,换气功能障碍
主要表现	吸气费力,吸气时间延长,有“三凹征”	呼气费力,呼气时间延长而缓慢	呼气 and 吸气均费力,呼吸浅快
伴随症状	频繁干咳,高调的哮鸣音	广泛哮鸣音	呼吸音异常(减弱或消失)
临床表现	喉部疾病(如喉头水肿)、气管疾病(如气管异物)	支气管哮喘、慢性阻塞性肺气肿、喘息型慢性支气管炎	重症肺炎、重症肺结核、大面积肺不张或肺梗死、大量胸腔积液和气胸

1) 吸气性呼吸困难

吸气性呼吸困难由各种原因引起的喉、气管、大支气管狭窄与阻塞所致。吸气性呼吸困难的临床特点为吸气困难,吸气时间明显延长,常伴有干咳及高调的吸气性哮鸣音。严重者于吸气时出现胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙明显凹陷,称为“三凹征”。吸气性呼吸困难常见于喉头水肿、气管异物等。

2) 呼气性呼吸困难

呼气性呼吸困难主要由肺泡弹性减弱和(或)小支气管痉挛狭窄、炎症阻塞所致。呼气性呼吸困难的临床特点为呼气费力,呼气时间明显延长,呼气缓慢,常伴有广泛呼气性哮鸣音。呼气性呼吸困难常见于支气管哮喘、慢性阻塞性肺气肿、慢性支气管炎(喘息型)等。

3) 混合性呼吸困难

混合性呼吸困难由肺部病变广泛或胸腔病变压迫肺组织使呼吸膜面积减小,影响换气功能所致。混合性呼吸困难的临床特点为吸气与呼气均感费力,呼吸浅快,常伴有呼吸音减弱或消失,可有病理性呼吸音。混合性呼吸困难常见于重症肺炎、重症肺结核、大量胸腔积液或气胸、广泛性胸膜增厚、大面积肺梗死等。

2. 心源性呼吸困难

左、右心衰竭的患者均可出现呼吸困难,但两者的发病机制不同。

1) 左心衰竭

左心衰竭患者的呼吸困难表现较严重,且常为最早出现的症状,主要由肺淤血和肺组织弹性减弱,肺泡与毛细血管的气体交换功能受损所致。左心衰竭引起的呼吸困难常有以下表现形式。

(1) 劳力性呼吸困难:特点是在体力活动时发生或加重,休息时减轻或缓解,是最早出现也是病情最轻的一种表现。

(2) 夜间阵发性呼吸困难:出现急性左心衰竭时,呼吸困难常发生在夜间,患者于熟睡中突感胸闷、憋气而惊醒,被迫坐起,惊恐不安,伴咳嗽、呼吸深快,轻者的症状于数分钟或数十分钟后逐渐缓解。严重左心衰竭时患者可出现气喘、发绀、大汗、咳粉红色泡沫痰,两肺可闻及湿啰音和哮鸣音,心率加快,可有奔马律,称为心源性哮喘。

(3) 端坐呼吸:常为严重心功能不全的表现之一。当肺淤血达到一定程度,患者平卧时即有明显的呼吸困难,常被迫采取半坐位或端坐位呼吸,以减轻呼吸困难。

2) 右心衰竭

发生右心衰竭时,引起呼吸困难的主要原因是体循环淤血,主要见于慢性肺源性心脏病、部分先

天性心脏病,也可见于急、慢性心包积液。

3. 中毒性呼吸困难

发生代谢性酸中毒时,血中的酸性代谢产物强烈刺激呼吸中枢可引起深长、规则的呼吸,常伴有鼾音,称为酸中毒大呼吸(Kussmaul呼吸)。发生急性感染时,受体温升高和毒血症的影响,呼吸中枢受到刺激,呼吸加快。吗啡、巴比妥类药物、有机磷农药等中毒可抑制呼吸中枢,使呼吸浅慢,严重者可出现潮式呼吸(Cheyne-Stokes呼吸)或间停呼吸(Biot呼吸)。

4. 血源性呼吸困难

血源性呼吸困难患者的红细胞携氧量减少,血氧含量降低,致呼吸加速,表现为呼吸浅、心率快。血源性呼吸困难常见于重度贫血、高铁血红蛋白血症、硫化血红蛋白血症。此外,发生大出血或休克时,因缺氧和血压下降刺激呼吸中枢,患者的呼吸加快,可发生血源性呼吸困难。

5. 神经精神性呼吸困难

颅脑疾病(如脑炎、脑膜炎、脑出血、脑外伤、脑肿瘤等)常导致颅内压增高和供血减少而刺激呼吸中枢,使呼吸深而慢,引起神经精神性呼吸困难,常伴有呼吸节律异常。癔症、焦虑症患者常因通气过度而发生呼吸性碱中毒,导致呼吸浅而快,伴有叹气样呼吸、肢体麻木、手足搐搦。

三、护理评估

1. 相关病史与起病情况

护士应了解患者的职业、年龄,以往有无呼吸困难发作史,有无心血管疾病、肺和胸膜疾病、内分泌代谢性疾病病史,有无感染、贫血、颅脑外伤史,有无刺激性气体、过敏原接触史,有无饮食异常、药物及毒物摄入史,有无过度劳累、情绪紧张或激动等。

2. 临床特点

1) 呼吸困难的发生和进展特点

护士应评估患者的呼吸困难是突然发生的,还是渐进性发展的;是持续存在的,还是反复间断发作的。护士应了解患者呼吸困难发生的诱因、时间及环境、与活动及体位的关系。输液时或睡眠中突然发生的呼吸困难多见于急性左心衰竭,屏气或用力过猛时突然发作的呼吸困难常由自发性气胸引起,慢性进行性呼吸困难是慢性阻塞性肺病的表现。

2) 呼吸困难的严重程度

临床通常以呼吸困难与日常生活自理能力水平的关系(表 2-10)来评估呼吸困难的严重程度。护士可让患者自我表述呼吸困难对日常活动的影响,如与同龄人行走、登高、劳动时有无气促,是否需要停下喘气、休息,洗脸、穿衣或休息时有无呼吸困难。

表 2-10 呼吸困难的程度与日常生活活动的关系

分 度	严重程度	日常生活自理能力
轻度	中、重度体力活动时出现(如爬楼梯)	可完成日常生活活动,需停顿
中度	轻体力活动时出现(如平地行走)	日常生活活动需他人帮助
重度	洗脸、穿衣、休息时出现	日常生活活动完全依赖他人

3) 呼吸困难的类型及表现

护士应评估患者的呼吸困难是吸气性、呼气性还是混合性的,是劳力性还是夜间阵发性的;呼吸表浅还是浅慢或深快。护士应了解患者有无潮式呼吸、间停呼吸等呼吸节律或频率改变。

3. 身心反应

护士应评估患者有无日常活动能力减退,有无语言表达困难、意识障碍等;注意观察患者呼吸的频率、节律、深度,脉搏,血压等;观察患者的意识状态,面容与表情,营养状况,体位,皮肤及黏膜有无水肿、发绀,颈静脉的充盈程度等;评估患者有无“三凹征”、肺部湿啰音或哮鸣音,有无心律失常、心脏杂音等;了解患者有无疲乏、情绪紧张、失眠、焦虑,甚至恐惧、惊慌、濒死感等。

4. 诊断、治疗及护理经过

护士应询问患者是否采用了吸氧治疗,吸氧的方式、浓度、流量、时间及疗效;使用支气管扩张剂后呼吸困难是否缓解等。

5. 伴随症状

(1) 咳嗽、咳痰、咯血:常见于慢性阻塞性肺疾病、支气管扩张症、肺脓肿、急性左心衰竭等心肺疾病。

(2) 发作性呼吸困难伴哮鸣音:常见于支气管哮喘、心源性哮喘,突发性呼吸困难常见于急性喉头水肿、气管异物等。

(3) 发热:常见于呼吸系统感染性疾病,如肺炎、肺脓肿、肺结核、胸膜炎等。

(4) 胸痛:常见于大叶性肺炎、肺栓塞、自发性气胸、支气管肺癌。

(5) 意识障碍:常见于急性中毒、严重的代谢性疾病、中枢神经严重损害(如脑出血、脑膜炎等)、肺性脑病等。

四、护理诊断

(1) 气体交换受损:与肺气肿引起肺顺应性下降、呼吸肌衰竭、气道分泌物过多,致不能维持自主呼吸有关,与心肺功能不全所致肺淤血有关。

(2) 低效性呼吸形态:与肺扩展能力下降、心肺功能不全所致缺氧、有效呼吸膜面积减小有关,与肺部疾病所致肺通气、肺换气、肺泡弥散功能障碍有关。

(3) 清理呼吸道无效:与痰液黏稠、咳嗽无力、不能进行有效咳嗽有关。

(4) 活动无耐力:与呼吸困难致机体缺氧有关。

(5) 语言沟通障碍:与脑组织缺氧、二氧化碳潴留致神志不清有关,与气管插管或气管切开导致语言表达困难有关。

(6) 营养失调,低于机体需要量:与心肺功能不全引起机体缺氧、胃肠道淤血而致食欲下降有关。

(7) 恐惧:与严重呼吸困难所致心理及情绪变化有关。

(8) 潜在并发症主要为急性意识障碍等。

【小结】

本节主要讲述了呼吸困难的定义、病因、发病机制、临床表现、护理评估要点、护理诊断。通过学习,学生应掌握呼吸困难的分类、发病机制、临床特点与临床意义;掌握呼吸困难的护理评估要点;能对呼吸困难做出正确的分析,提出相关护理诊断。

第七节 发 绀

案例引导

患者,男,42岁,因败血症就诊于当地医院。查体:发绀,杵状指,血氧饱和度85%~90%。肺动脉CT血管造影检查初步诊断为左位上腔静脉部分型肺静脉异位引流。患者平素体健,但经常出现活动受限(心功能分级Ⅱ级),有轻度发绀及杵状指,未予重视。

问题:

1. 发绀常出现的部位有哪些?
2. 中心性发绀和周围性发绀的区别是什么?
3. 发绀患者常见的护理诊断有哪些?

发绀又称紫绀,是指血液中的还原血红蛋白水平增高或血液中含有异常血红蛋白衍生物导致的皮肤和黏膜呈青紫色改变的一种症状。发绀在皮肤较薄、色素较少和毛细血管丰富的部位,如口唇、鼻尖、耳郭、颊部、甲床、指(趾)等处较为明显。

一、发病机制

发绀主要由血液中的还原血红蛋白浓度增高所致。当毛细血管内的还原血红蛋白超过50 g/L (5 g/dL)时(血氧未饱和度超过6.5 vol/dL),皮肤、黏膜可出现发绀。发绀是缺氧的表现,但缺氧并不一定都引起发绀。也就是说,发绀并不一定能确切反映动脉血氧下降的情况,如重度贫血(Hb<60 g/L)患者即使有严重缺氧,甚至氧合血红蛋白都处于还原状态,也不足以引起发绀。极少部分发绀由异常血红蛋白衍生物形成而使部分血红蛋白丧失携氧能力所致,血液中的高铁血红蛋白达30 g/L或硫化血红蛋白达5 g/L也可引起发绀。

二、病因与临床表现

1. 血液中的还原血红蛋白水平增高

血液中的还原血红蛋白水平增高(真性发绀)一般可分为中心性发绀、周围性发绀和混合性发绀。中心性发绀与周围性发绀的鉴别如表2-11所示。

表 2-11 中心性发绀与周围性发绀的鉴别

比较项目	中心性发绀	周围性发绀
发绀部位	全身性(皮肤、黏膜)	肢体末梢下垂部位
皮肤温度	温暖	冷
按摩或加温	无变化	消失
杵状指(趾)	常有	少见

续表

比较项目	中心性发绀	周围性发绀
红细胞数	增多	正常
动脉血氧饱和度	降低	正常

1) 中心性发绀

中心性发绀由心肺疾病引起呼吸功能衰竭、肺通气与换气功能障碍、肺氧合作用不足,导致 SaO_2 降低所致。中心性发绀的临床特点为全身性,除四肢末梢及颜面部(口唇、鼻尖、颊部、耳垂)外,躯干皮肤和黏膜(包括舌及口腔黏膜)也可见发绀,但发绀部位皮肤温暖,局部加温或按摩后发绀仍然存在,可伴有杵状指(趾)及红细胞增多。中心性发绀常分为肺性和心性混合型两类。

(1) 肺性发绀:常见于各种严重的呼吸系统疾病,如呼吸道阻塞、肺炎、阻塞性肺气肿、弥漫性肺间质纤维化、肺水肿等。其发生机制是呼吸功能不全,使血红蛋白的氧合作用不足。

(2) 心性混合型发绀:常见于发绀型先天性心脏病,如法洛四联症。其发生机制是异常通道分流使部分静脉血未通过肺循环进行氧合而入人体循环动脉,如分流量超过心排血量的 $1/3$,则可出现发绀。

2) 周围性发绀

周围性发绀由周围循环衰竭所致。临床特点为发绀常出现于肢体末梢与下垂部位,如肢端、耳垂、鼻尖等;发绀部位皮肤发凉,加温或按摩使之温暖后发绀可减轻或消退。周围性发绀可分为淤血性和缺血性两类。

(1) 淤血性周围性发绀:常见于引起体循环淤血、周围血流缓慢的疾病,如右心衰竭、缩窄性心包炎、血栓性静脉炎、上腔静脉阻塞综合征、下肢静脉曲张等。

(2) 缺血性周围性发绀:常见于引起心排血量减少的疾病和局部血流障碍性疾病,如严重休克、寒冷、血栓闭塞性脉管炎、雷诺病等。

3) 混合性发绀

混合性发绀是指中心性发绀和周围性发绀同时存在,常见于全心衰竭。

2. 血液中含有异常血红蛋白衍生物

1) 高铁血红蛋白血症

伯氨喹啉、亚硝酸盐、磺胺、硝基苯、苯胺等药物或化学物质中毒使血红蛋白分子中的二价铁被三价铁取代,从而失去与氧结合的能力,当血液中铁血红蛋白达 30 g/L (3 g/dL)时,即可出现发绀。大量进食含有亚硝酸盐的变质蔬菜引起中毒性高铁血红蛋白血症者也可出现发绀,称为肠源性发绀。

高铁血红蛋白血症的临床特点是发绀急剧出现,呈暂时性,病情严重,经氧疗发绀不退,抽出的静脉血呈深棕色,静脉注射亚甲蓝、硫代硫酸钠或大剂量维生素C均可使发绀消退。还有极少数高铁血红蛋白血症为先天性,患者自幼即有发绀,有家族史,身体健康状况较好。

2) 硫化血红蛋白血症

能引起高铁血红蛋白血症的药物或化学物质使血液中硫化血红蛋白达 5 g/L (0.5 g/dL)时,即可发生发绀,但患者须同时有便秘或服用硫化物,在肠内形成大量硫化氢的先决条件。此类发绀的临

健康评估

床特点是持续时间长,可达数月或更长时间,患者的血液呈蓝褐色。

三、护理评估

1. 相关病史与起病情况

护士应评估患者有无心肺疾病及其他与发绀有关的病史;是否出生及幼年时期就有发绀;有无家族史;有无相关药物、化学物质、变质蔬菜摄入史,以及在持久便秘的情况下过食蛋类或硫化物的病史等;发绀的发生情况、发生的年龄、起病时间、可能的诱因、出现的急缓。

2. 临床特点

护士应注意患者发绀的部位与范围、程度,是全身性还是局部性;发绀部位皮肤的温度,经按摩或加温后发绀能否消退;是否伴有呼吸困难。全身性发绀见于心肺疾病及异常血红蛋白血症;而心肺疾病发绀严重者常伴有呼吸困难,异常血红蛋白血症者却一般无呼吸困难。红细胞增多者发绀明显,而休克和贫血者发绀不明显。

3. 身心反应

护士应评估患者是否因发生严重呼吸困难、发绀而产生焦虑、恐惧等心理反应;评估患者是否因呼吸费力、机体缺氧而影响其有效沟通、社会交往活动,使生活质量下降。

4. 诊断、治疗及护理经过

护士应评估患者是否使用过可引起发绀的药物,所用药物的种类、剂量及疗效;了解患者是否应用过氧疗,给氧的方式、浓度、流量、时间及效果。

5. 伴随症状

- (1) 意识障碍:常见于某些药物或化学物质急性中毒、休克、急性肺部感染、急性心功能衰竭等。
- (2) 杵状指(趾):常见于发绀型先天性心脏病、肺心病、某些肺部疾病等。
- (3) 呼吸困难:常见于重症心肺疾病、气胸、急性呼吸道阻塞等。异常血红蛋白血症者虽然有明显发绀,但一般无呼吸困难。

四、护理诊断

- (1) 活动无耐力:与心肺功能不全、氧的供需失衡有关。
- (2) 气体交换受损:与心肺功能不全所致肺淤血有关。
- (3) 低效性呼吸形态:与肺通气、换气、弥散功能障碍有关。
- (4) 焦虑、恐惧:与缺氧所致呼吸费力有关。
- (5) 潜在并发症主要为心力衰竭等。

【小结】

本节主要讲述了发绀的定义、病因与发病机制、临床表现、护理评估要点、护理诊断。通过学习,学生应掌握发绀的定义、分类及临床表现,尤其是中心性发绀与周围性发绀的鉴别;掌握发绀的护理评估要点;能对发绀做出正确的分析,提出相关护理诊断。

第八节 心悸

案例引导

患者,男,62岁,劳累后心悸、气急、水肿反复发作22年余,症状加重2个月余。患者常感到胸闷、心悸,休息片刻即能缓解。5年前,患者经常夜间不能平卧,只能枕高枕或端坐,同时出现上腹部饱胀、食欲减退,持续性下肢水肿,尿少,活动后感心悸、气急,不能坚持一般工作。2周前,患者再次出现胸闷、气急、心悸加重,夜间不能平卧,阵发性心前区隐痛,轻度咳嗽,咳白色黏痰,无咯血。

问题:

1. 护士应如何对该患者进行护理评估?
2. 该患者与心悸相关的护理诊断有哪些?

心悸是患者自觉心脏搏动或心慌伴心前区不适的感觉。心悸时心率可以加快、减慢或有心律失常,但心率和心律也可以完全正常。

一、病因

1. 心脏搏动增强

1) 生理性心脏搏动增强

生理性心脏搏动增强常见于剧烈活动、精神紧张或情绪激动;饮酒、饮浓茶或咖啡后;大量吸烟;应用某些药物,如阿托品、肾上腺素、甲状腺激素;妊娠等情况。

2) 病理性心脏搏动增强

病理性心脏搏动增强见于各种有左心室肥大的器质性心脏病,如高血压性心脏病、风湿性心脏病、冠状动脉粥样硬化性心脏病、先天性心脏病等;其他引起心排量增加的疾病,如甲状腺功能亢进症、发热、贫血、低血糖等。

2. 心律失常

各种类型的心律失常,如窦性心律失常、异位性心动过速、期前收缩、心房颤动和扑动、高度房室传导阻滞等均可引起心悸。

3. 自主神经功能紊乱

自主神经功能紊乱者心悸的发作多与精神因素有关,心脏本身可无器质性病变,常见于神经官能症等,以青年女性多见。

二、发病机制

心悸的发病机制尚未完全清楚,一般认为与心肌收缩力增强、心排量增加、心律失常有关,也与

精神因素及注意力有关,焦虑、紧张及注意力集中时易出现,可能与交感神经兴奋性增强引起每搏输出量增加及神经敏感性增强等因素有关。

三、临床表现

1. 心脏搏动增强

1) 生理性心脏搏动增强

生理性心脏搏动增强的临床特点是持续时间较短,可伴有胸闷等不适感,患者的正常活动一般不受影响。

2) 病理性心脏搏动增强

病理性心脏搏动增强的临床特点是持续时间长或反复发作,常伴有胸闷、气急、心前区疼痛、晕厥等心脏病表现。

2. 心律失常

心律失常患者常感到心悸或心跳停顿感,多伴有乏力、头晕、胸闷、气急,严重者可有呼吸困难、低血压、晕厥表现,甚至可诱发心绞痛、心力衰竭、休克、昏迷、抽搐、猝死。

3. 心力衰竭

各种心力衰竭患者均可出现心悸。

4. 围绝经期综合征

绝经期前后的女性可出现内分泌及自主神经功能紊乱症状,可有心悸表现。

5. 心脏神经官能症

心脏神经官能症由自主神经功能紊乱引起,患者的心脏本身无器质性病变,多见于青年女性。除心悸外,患者常有心率加快、胸闷、心前区刺痛或隐痛,叹息样呼吸等症状,尚有头晕、头痛、失眠、耳鸣等神经衰弱的表现,在焦虑、情绪激动时出现。

6. 其他

大量胸腔积液、高原病等可引起心悸。心悸可影响患者的正常工作、学习、睡眠和日常活动能力,但一般无危险性。少数由严重心律失常所致者可发生猝死,此时患者多表现为血压降低、大汗、意识障碍、脉搏细速不能触及。

四、护理评估

1. 相关病史与起病情况

护士应评估患者有无器质性心脏病、内分泌疾病、贫血、神经症等病史,有无烟、酒、浓茶、咖啡等嗜好,是否用过阿托品、氨茶碱、麻黄素等药物,有无过度劳累、受到精神刺激、高热、心律失常等表现。

2. 临床特点

护士应注意患者心悸的发作情况,如是休息时出现还是活动中发生,是偶然发作还是持续发作,持续时间与间隔时间的长短,发作前有无诱因,起病及缓解方式,严重程度,发作当时的主观感受及伴随症状,有无心脏搏动增强、心动过速、心脏搏动不规则或有停顿感,有无胸闷、气急、呼吸困难等表现。

3. 身心反应

护士应评估患者生命体征及神志的变化,观察其有无呼吸困难、意识改变、脉搏异常、血压降低、心律失常等;评估心悸对患者心脏功能及日常活动能力的影响;了解患者有无失眠、心悸引起的焦虑、恐惧等心理反应及情绪变化。

4. 诊断、治疗及护理经过

护士应了解在之前的诊疗中,医护人员是否向患者解释过心悸症状本身的临床意义;询问患者是否使用过镇静药和抗心律失常药,所用药物的种类、剂量及疗效;了解患者有无电复律、人工心脏起搏治疗经历;询问患者在诊疗过程中接受过哪些医疗及护理措施,效果如何。

5. 伴随症状

- (1) 呼吸困难:常见于急性心肌梗死、心力衰竭、心肌炎、心包炎、重症贫血等。
- (2) 晕厥抽搐:常见于高度房室传导阻滞、阵发性室性心动过速、心室颤动等。
- (3) 心前区疼痛:常见于冠心病(心绞痛、心肌梗死)、心肌炎、心包炎、心脏神经官能症等。
- (4) 发热:常见于急性传染病、风湿热、心肌炎、心包炎、感染性心内膜炎等。
- (5) 消瘦、出汗:常见于甲状腺功能亢进症。

五、护理诊断

- (1) 活动无耐力:与心悸发作所致疲乏无力有关。
- (2) 恐惧:与心悸发作对心脏功能的影响有关。
- (3) 潜在并发症主要为心力衰竭等。

【小结】

本节主要讲述了心悸的定义、病因、发病机制、临床表现、护理评估要点、护理诊断。通过学习,学生应掌握心悸的护理评估要点;能对心悸做出正确的分析,提出相关护理诊断。

第九节 恶心与呕吐

案例引导

患者,女,35岁,昏迷1h。患者于1h前与家人发生争执后自服药水1小瓶,并把药瓶打碎扔掉。家人发现后5min,患者腹痛、恶心,并呕吐1次,吐出物有大蒜味,逐渐神志不清,急送来诊,病后大小便失禁,出汗多。患者既往体健,无肝、肾疾病及糖尿病病史,无药物过敏史,月经史、个人史及家族史无特殊。

问题:

1. 该患者与呕吐相关的护理诊断有哪些?
2. 护士应如何对该患者进行护理评估?

健康评估

恶心是一种上腹部不适、紧迫欲吐的感觉,可伴有迷走神经兴奋症状。呕吐是胃内容物或部分小肠内容物经食管逆流入口腔而排出体外的现象。恶心与呕吐均是呕吐中枢受到刺激的结果,呕吐一般紧随恶心发生,但也可仅有恶心或仅有呕吐。恶心与呕吐均为复杂的反射动作。

一、病因

1. 反射性呕吐

消化系统疾病、循环系统疾病、眼部疾病、泌尿及生殖系统疾病等均可引起反射性呕吐,具体如下。

1) 消化系统疾病

- (1) 口咽受刺激:如吸烟、剧咳、鼻咽部炎症。
- (2) 胃肠道疾病:如胃炎、胃癌、消化性溃疡、急性阑尾炎、急性出血性坏死性肠炎等。
- (3) 肝、胆、胰疾病:如急性肝炎、急性胆囊炎、急性胰腺炎等。
- (4) 腹膜及肠系膜疾病:如急性腹膜炎等。

2) 其他系统疾病

- (1) 循环系统疾病:如急性心肌梗死、心力衰竭等。
- (2) 眼部疾病:如青光眼、屈光不正等。
- (3) 泌尿及生殖系统疾病:如急性肾盂肾炎、尿路结石、急性盆腔炎、异位妊娠破裂等。

2. 中枢性呕吐

1) 中枢神经系统疾病

- (1) 颅内感染:如脑炎、脑膜炎、脑脓肿等。
- (2) 脑血管病变:如高血压脑病、偏头痛、脑出血、脑栓塞、脑血栓形成等。
- (3) 颅脑外伤:如脑挫伤、颅内血肿、蛛网膜下腔出血等。
- (4) 癫痫:特别是癫痫持续状态。

2) 药物或化学毒物作用

洋地黄、吗啡、抗肿瘤药、抗生素、酒精、重金属、一氧化碳、有机磷农药等作用于人体可引起中枢性呕吐。

3) 全身性疾病

全身性疾病,如妊娠、甲状腺危象、尿毒症、糖尿病酮症酸中毒、肝昏迷、低血糖、低钠血症等可引起中枢性呕吐。

3. 前庭功能障碍性呕吐

前庭功能障碍性呕吐,如晕动病、迷路炎、梅尼埃病等可引起中枢性呕吐。

4. 神经精神性呕吐

神经精神性呕吐,如癔症、神经性厌食、胃肠神经官能症等可引起中枢性呕吐。

二、发病机制

呕吐是一系列复杂的反射动作,其过程分为三个阶段,即恶心、干呕与呕吐。呕吐中心位于延髓,它

有两个功能不同的机构:一个是神经反射中枢,即呕吐中枢;另一个是化学感受器触发带。化学感受器触发带主要接受各种外来的化学物质或药物(如吗啡、洋地黄等)及内生代谢(如感染、尿毒症等)产物的刺激,由此发出神经冲动并传至神经反射中枢。当神经反射中枢接受来自内脏、大脑皮质、内耳前庭及化学感受器触发带传入的冲动后,即可传出冲动至胃、小肠、膈肌和腹壁肌肉等处,协同完成呕吐动作。

三、临床表现

恶心和呕吐可单独发生,但多数患者先有恶心,继而发生呕吐。恶心严重者可伴有迷走神经兴奋的表现,如皮肤苍白、出汗、流涎、血压降低和心率减慢等。

1. 呕吐与进食的关系

餐后近期呕吐,尤其是集体发病多由食物中毒所致,常由进食不洁饮食引起;进食中或餐后即刻呕吐可能为精神性呕吐;餐后1 h以上的呕吐提示胃张力下降或胃排空延迟;发生幽门梗阻时,呕吐常发生在餐后较久或数餐后,呕吐量大,呕吐物含酸性发酵宿食。

2. 呕吐的时间

妊娠、尿毒症、慢性酒精中毒所致呕吐常在早晨发生。夜间呕吐可见于幽门梗阻。

3. 呕吐的特点

反射性呕吐常有恶心先兆,胃虽已排空但仍干呕不止;中枢性呕吐与进食无关,多无恶心先兆,呕吐剧烈且呈喷射状,吐后不感到轻松;前庭功能障碍性呕吐与头部位置改变有密切的关系,闭目平卧后呕吐可缓解;神经精神性呕吐常与精神因素或情绪有关,无恶心先兆,可因餐后看到或进食厌恶的食物、闻到不愉快的气味而立即呕吐,呕吐量少,吐后可再进食。

4. 呕吐物的性质

呕吐物带发酵、腐败气味提示胃潴留;带粪臭味提示低位小肠梗阻;不含胆汁提示梗阻平面多在十二指肠乳头以上,含多量胆汁提示梗阻平面多在十二指肠乳头以下;含大量酸性液体者多为胃泌素瘤或十二指肠溃疡。上消化道出血时呕吐物呈咖啡色。

四、护理评估

1. 相关病史与起病情况

护士应评估患者有无消化系统疾病、泌尿生殖系统疾病、中枢神经系统疾病、内分泌代谢性疾病等病史,有无进食不洁饮食及服药史,有无腹部手术史、毒物及传染病患者接触史,是否受到精神因素的影响。对女性患者,护士要注意其月经史。

2. 临床特点

1) 恶心与呕吐的特点

护士应注意患者呕吐前有无恶心的感觉;呕吐的方式,是一口口吐出、溢出,还是喷射性吐出;恶心与呕吐发生的时间,是晨间还是夜间;呕吐的原因或诱因、与进食有无关系,吐后是否感到轻松;呕吐是突发还是经常反复发作,病程的长短;呕吐的频率。

2) 呕吐物的特征

护士应注意呕吐物的性质、气味、颜色、量及内容物,观察其是否混有血液、胆汁、粪便等。幽门梗阻者的呕吐物为大量酸性发酵宿食;小肠低位梗阻、麻痹性肠梗阻患者的呕吐物有粪臭味;霍乱、副霍乱患者的呕吐物呈米泔水样;有机磷农药中毒患者的呕吐物常带有大蒜味;十二指肠溃疡活动期患者

可吐出大量酸性胃液；上消化道出血时，患者的呕吐物呈咖啡色。

3. 身心反应

护士应观察患者的生命体征，有无心动过速、呼吸急促、血压降低、直立性低血压等血容量不足的表现；有无失水征象，如软弱无力、口渴、皮肤干燥及弹性减低、尿量减少等；有无低氯血症、低钾血症、代谢性碱中毒等水、电解质及酸碱平衡紊乱的表现；有无食欲减退、营养不良及上消化道出血；对儿童、老年人、意识障碍者应注意其面色、呼吸道是否通畅等，警惕窒息的发生；注意患者的精神状态，有无痛苦、焦虑、恐惧等情绪反应。

4. 诊断、治疗及护理经过

护士应了解患者是否做过呕吐物毒物化学分析，血电解质及酸碱平衡的检测结果，是否已做过胃镜、腹部B超、X线钡餐等辅助检查，治疗的方法及使用药物的种类、剂量、疗效，已采取的护理措施及效果。

5. 伴随症状

- (1) 头痛及喷射性呕吐、意识障碍：常见于颅内高压症、青光眼等。
- (2) 右上腹痛与发热、寒战、黄疸：应考虑为胆囊炎或胆石症等。
- (3) 眩晕、眼球震颤：常见于前庭器官疾病。
- (4) 腹痛、腹泻：常见于急性胃肠炎、细菌性食物中毒、霍乱、副霍乱等。

五、护理诊断

- (1) 恶心：与胃炎、急性肝炎有关等。
- (2) 舒适度改变：与恶心、呕吐有关。
- (3) 体液不足或有体液不足的危险：与呕吐引起体液丢失过多和(或)摄入不足有关。
- (4) 营养失调，低于机体需要量：与长期呕吐和食物摄入量不足有关。
- (5) 潜在并发症主要为窒息等。

【小结】

本节主要讲述了恶心与呕吐的定义、病因与发病机制、临床表现、护理评估要点、护理诊断。通过学习，学生应知道中枢性呕吐与反射性呕吐的病因；掌握呕吐的临床表现；掌握恶心与呕吐的护理评估要点；能对恶心与呕吐做出正确的分析，提出相关护理诊断。

第十节 呕血与便血

案例引导

患者，男，75岁，间歇性上腹部疼痛10多年，加重2周，呕血、黑便6h。10年前，患者开始无明显诱因出现间歇性上腹胀痛，餐后半小时明显，持续2~3h后可自行缓解。2周来，患者的症状加重，纳差，服中药后无效。6h前，患者突觉上腹部胀痛、恶心、头晕，先后两次解柏油样便，共约

700 g,并呕吐咖啡样液1次,约200 mL,之后出现心悸、头晕、出冷汗表现。患者发病以来无眼黄、尿黄和发热症状,平素二便正常,睡眠好,自觉近期体重略下降。

问题:

1. 该患者发生黑便的原因是什么?
2. 临床应如何估计上消化道出血的量?
3. 该患者与上消化道出血有关的常见护理诊断有哪些?

一、呕血与黑便

呕血是指上消化道疾病(屈氏韧带以上的消化器官,如食管、胃、十二指肠、肝、胆、胰和胃空肠吻合术后的空肠上段的疾病)或全身性疾病引起上消化道出血,血液经口腔呕出的症状。黑便是指血液经肠道排出体外,形成黏稀发亮的柏油样便(血液中血红蛋白的铁与肠道内的硫化物结合,形成黑色的硫化亚铁)。呕血与黑便是上消化道出血的特征性表现。

1. 病因

1) 消化系统疾病

- (1) 食管疾病:如食管异物、反流性食管炎、食管癌、食管裂孔疝等。
- (2) 胃及十二指肠疾病:最常见的是消化性溃疡,其次为急性糜烂性出血性胃炎、胃癌、胃泌素瘤等。
- (3) 肝、胆和胰腺疾病:如肝硬化门静脉高压引起的食管和胃底静脉曲张破裂出血、肝癌、胆囊和胆道结石、胆道蛔虫、急慢性胰腺炎、胰腺癌破裂等。

2) 全身性疾病

- (1) 血液系统疾病:如白血病、再生障碍性贫血、特发性血小板减少性紫癜、血友病等。
- (2) 感染性疾病:流行性出血热、钩端螺旋体病、急性重型肝炎、败血症等。
- (3) 结缔组织病:如系统性红斑狼疮、皮炎炎等。
- (4) 其他:尿毒症、肺源性心脏病、呼吸衰竭等。

上述呕血与黑便的病因中,最常见的是消化性溃疡,其次是肝硬化门静脉高压引起的食管和(或)胃底静脉曲张破裂、急性胃黏膜病变(急性糜烂性出血性胃炎、胃癌)。

2. 临床表现

1) 呕血与黑便的特点

患者呕血前常先有上腹部不适及恶心,随后呕血,继而排出黑便。一般呕血者均伴有黑便,而有黑便者不一定有呕血。通常幽门以上部位出血者常既有呕血又有黑便,幽门以下部位出血者可仅表现为黑便。但也与出血量及出血速度有关,出血量小或出血速度慢的幽门以上部位出血可仅有黑便;出血量大、出血速度快的幽门以下部位出血可因血液反流入胃而同时有呕血和黑便。

呕出血液和粪便的颜色与出血量及血液在胃内停留的时间、出血部位有关。出血量多且速度快者,血液在胃肠道停留的时间短,呕血呈鲜红色或混有凝血块,粪便可呈暗红色甚至鲜红色;出血量少且速度慢者,血液在胃内停留的时间长,则因血红蛋白与胃酸作用形成酸化正铁血红蛋白,呕吐物呈

棕褐色咖啡渣样,部分血液经肠道排出体外而形成黑便。

2) 失血性周围循环衰竭

失血性周围循环衰竭的严重程度与出血量有关。出血量在循环血容量的10%以下时,患者一般无明显临床表现;出血量占循环血容量的10%~20%时,患者一般仅有头晕、乏力表现,而血压、脉搏多无变化;出血量在循环血容量的20%以上时,患者可有心悸、尿少、冷汗、四肢湿冷、脉搏增快等急性失血表现;出血量在循环血容量的30%以上时,患者则出现面色苍白、口唇发绀、呼吸急促、皮肤厥冷、脉搏细速、血压下降、神志不清等急性周围循环衰竭表现。

3) 其他表现

(1) 发热:多数患者在出血后24 h内出现发热,与失血导致体温调节中枢功能障碍有关。患者的体温一般不超过38.5℃,持续3~5天。

(2) 氮质血症:因失血,大量血液进入肠道,肠道中血红蛋白的分解产物被吸收,血中的尿素氮浓度升高,可引起氮质血症。出血停止后1~2天,血中的尿素氮可降至正常。

(3) 贫血:出血3~4 h后,组织液逐渐渗入血管及输液等使血液稀释,血红蛋白及血细胞比容降低,引起急性失血性贫血,出血停止后2~3天可恢复正常。

3. 护理评估

1) 相关病史与起病情况

护士应评估患者有无消化性溃疡、慢性肝炎、肝硬化、血液病等病史,是否服用过肾上腺糖皮质激素、吲哚美辛、保泰松、水杨酸类药物等,有无创伤、手术、休克、严重感染等应激史,出血前有无酗酒、进食粗硬或刺激性食物、劳累或精神紧张、剧烈呕吐等诱因。

2) 临床特点

(1) 呕血与黑便的鉴别:口、鼻、咽、喉等部位出血及咯血者可从口腔吐出血液,也可吞咽后再呕出或以黑便形式排出,均不属于上消化道出血。此外,进食大量动物血,服用铁剂、铋剂或中药可使粪便发黑,但一般黑而无光泽,粪便隐血试验为阴性。护士应注意鉴别。

(2) 出血部位:通常幽门以上部位的出血常既可引起呕血又可引起黑便,幽门以下部位的出血可仅表现为黑便。食管和胃出血常表现为呕血与黑便,但出血量少或出血速度慢时也可仅有黑便;十二指肠、肝、胆、胰的出血主要表现为黑便,但出血量大、出血速度快时也可因血液反流入胃而出现呕血与黑便。食管病变呕血者呕出的血液多为鲜红色或暗红色,因胃内病变而呕血者呕出的血液多呈咖啡渣样。

(3) 出血量:护士应注意患者呕血与黑便的次数、量及性状。粪便隐血试验阳性提示每日出血量大于5 mL;黑便提示出血量在70 mL以上;呕血提示胃内积血量为250~300 mL。呕血与黑便常混有呕吐物与固体粪便,且出血停止后仍有部分血液积存在胃肠道内,故失血量难以估计,护士可采用测量脉搏、血压、尿量,并观察患者的症状和体征来估计出血量。

(4) 出血是否停止:护士应注意患者的排便次数、粪便的颜色变化。出血停止后,每天排便一次的患者约需3天,其粪便的颜色才能恢复正常。如患者有下列征象,则提示存在继续出血或再出血:反复呕血,甚至呕出的血液由咖啡渣样转为鲜红色;排黑便的次数增加且粪质稀薄,颜色变为暗红色,伴有肠鸣音亢进;经足量快速补充血容量,但休克未见好转或血压不稳定;红细胞计数、血红蛋白量、血细胞比容持续下降,网织红细胞计数及血尿素氮水平持续升高。

3) 身心反应

护士应评估患者有无乏力、头晕、面色苍白、活动后心悸、气促等表现；注意患者的生命体征、意识状况、周围循环状况，有无发热、呼吸困难、脉搏细速、血压降低、脉压缩小；有无精神疲倦、烦躁不安、嗜睡、昏迷；有无尿量减少、四肢厥冷、口唇发绀等症状；有无紧张、焦虑、恐惧等情绪变化。

4) 诊断、治疗及护理经过

护士应询问患者是否做过紧急内镜检查；实验室检查结果有无异常；补充血容量所用药物的种类及液体总量，是否进行过输血治疗；应用了哪些止血措施及护理措施，其效果如何。

5) 伴随症状

(1) 上腹痛：表现为慢性发作的周期性、节律性上腹痛，多由消化性溃疡引起；中老年人有慢性无明显规律性的上腹痛、厌食及消瘦、上腹部肿块时应警惕胃癌。

(2) 肝、脾大：肝大、肝区疼痛、肝质地硬且表面凸凹不平或有结节者多为肝癌；脾大、肝掌、蜘蛛痣、腹水等提示存在肝硬化门脉高压所致食管或胃底静脉曲张破裂出血。

(3) 黄疸：伴寒战、高热、右上腹绞痛多由肝胆疾病引起；伴发热、皮肤及黏膜出血多见于感染性疾病，如败血症、钩端螺旋体病等。

(4) 皮肤及黏膜出血：与血液疾病和凝血功能障碍性疾病有关。

4. 护理诊断

(1) 活动无耐力：与上消化道出血所致周围循环衰竭有关。

(2) 体液不足或有体液不足的危险：与上消化道出血所致血容量不足有关。

(3) 恐惧：与急性上消化道大量出血及黑便有关。

(4) 知识缺乏：患者缺乏出血的相关知识。

(5) 有皮肤完整性受损的危险：与排泄物对肛周皮肤的刺激有关。

(6) 潜在并发症包括休克、急性肾衰竭等。

二、便血

便血是指消化道出血，血液自肛门排出。便血的颜色可呈鲜红色、暗红色或黑色。消化道少量出血(每日 10 mL 以内)不造成粪便颜色的改变，须经粪便隐血试验才能确定者称为隐血便。

1. 病因

1) 下消化道疾病

以下下消化道疾病可引起便血。

(1) 小肠疾病：如急性出血性坏死性肠炎、肠伤寒、肠结核、肠套叠、小肠肿瘤等。

(2) 结肠疾病：如溃疡性结肠炎、结肠息肉、结肠癌、急性细菌性痢疾、阿米巴痢疾等。

(3) 直肠肛管疾病：如直肠炎、直肠息肉、直肠癌、痔、肛裂、肛瘘等。

2) 上消化道疾病

上消化道疾病所致出血视出血量、出血速度的不同可表现为黑便和便血。

3) 全身性疾病

白血病、特发性血小板减少性紫癜、血友病、维生素 C 和维生素 K 缺乏症、流行性出血热、钩端螺

旋体病、急性重症肝炎、尿毒症、败血症等可引起便血。

2. 临床表现

1) 便血

便血的颜色可因出血部位、出血量及血液在肠腔内停留的时间的不同而异,可呈鲜红色、暗红色或柏油样。出血部位越低,出血量越大,排出越快,则便血的颜色越鲜红;出血量小,停留时间较长,则便血可为暗红色;上消化道或小肠出血时,因出血部位高,血液在肠道内停留的时间较长,则红细胞破坏后,血红蛋白在肠道内与硫化物结合形成硫化亚铁,粪便可呈黑色或柏油样;右半结肠病变引起的便血多呈暗红色;左半结肠、直肠或肛门病变引起的便血多呈鲜红色。

便血可表现为粪便带血或全血便。痔疮、肛裂或直肠肿瘤引起的出血不与粪便混合,仅黏附在粪便表面,或于排便前后有鲜血滴下或喷出;急性出血性坏死性肠炎患者可排出洗肉水样便,且有特殊的腥臭味;急性细菌性痢疾和溃疡性结肠炎患者的血液与粪便混合,呈黏液脓血样便;阿米巴痢疾患者的粪便与血性黏液混合,呈果酱样脓血便。

2) 全身表现

出血速度缓慢、出血量较少时,患者表现为持续性或间断性肉眼可见的少量便血而无明显的全身症状。长期慢性失血者可出现乏力、头晕、耳鸣、心悸、气促等贫血症状。短时间大量出血者可有急性失血性贫血及周围循环衰竭的表现,但临床少见。

3. 护理评估

1) 相关病史与起病情况

护士应评估患者有无溃疡性结肠炎、痢疾、肠息肉、痔、肛裂、血液病等相关病史,有无进食刺激性食物、饮食不节、饮食不规律的不良习惯,有无相关用药史,有无便秘症状,是否受到精神刺激等。

2) 临床特点

(1) 排除假性便血:服用铁剂、铋剂或中药者的粪便呈灰黑色而无光泽,粪便隐血试验为阴性;口、鼻、咽、喉部出血及咯出的血液被咽下,或食用过多瘦肉、猪肝、动物血可引起黑便或粪便隐血试验阳性,但通过仔细询问病史、了解进食情况、检查病灶等可予以鉴别。

(2) 便血的特点:护士应注意患者便血的方式,粪便的量、气味及性状,便血出现在排便前还是排便后;血液是滴出、喷出,还是与粪便混合;便血呈鲜红色、暗红色,还是柏油样;便血是粪便带血还是全为血液;每天排便的次数、量;粪便有无特殊气味。

3) 身心反应

护士应评估患者有无乏力、头晕、活动后心悸、气促等表现;注意患者的生命体征及腹部情况,有无急性周围循环衰竭的表现,有无慢性失血所致贫血症状;评估患者有无焦虑、恐惧等情绪反应。

4) 诊断、治疗及护理经过

护士应询问患者是否做过肛门指诊、内镜检查等,采取过何种治疗及护理措施,其效果如何。

5) 伴随症状

(1) 发热:常见于急性细菌性痢疾、肠伤寒、流行急性出血热等急性传染病,以及恶性肠肿瘤、急性出血性坏死性肠炎等。

(2) 腹痛:表现为慢性发作的周期性、节律性上腹痛,多由消化性溃疡引起。上腹部绞痛伴黄疸者常见于胆道出血,中腹部疼痛常见于小肠病变,下腹部疼痛常见于结肠病变。

(3) 肿块:见于结肠癌、肠套叠、肠结核等。

(4) 里急后重:提示病变累及肛门、直肠,可见于直肠炎、直肠癌等。

(5) 出血倾向:提示可能为血液系统疾病(如白血病等)、急性传染性疾病(如急性重症肝炎、流行性出血热等)。

4. 护理诊断

(1) 活动无耐力:与便血所致贫血有关。

(2) 皮肤完整性受损或有皮肤完整性受损的危险:与排泄物刺激肛门周围皮肤有关。

(3) 体液不足或有体液不足的危险:与初期便血引起的周围循环衰竭有关。

(4) 焦虑:与长期便血而病因不明有关。

【小结】

本节主要讲述了呕血与黑便、便血的定义、病因与发病机制、临床表现、护理评估要点、护理诊断。通过学习,学生应知道呕血与黑便最常见的病因是上消化道出血;掌握呕血与黑便的临床表现,知道呕血与黑便的颜色与出血量、出血部位、在体内停留时间的长短有关;掌握呕血与黑便、便血的护理评估要点,尤其是上消化道出血量的判断、便血的临床特点;能对呕血与黑便、便血做出正确的分析,提出相关护理诊断。

第十一节 腹泻与便秘

案例引导

患者,女,26岁,腹痛、腹泻、发热、呕吐20h。患者于入院前24h在路边餐馆吃饭,4h后胃部不适,呈阵发性并伴有恶心,自服654-2等对症治疗,但病情未见好转,并出现呕吐,呕吐物为胃内容物。患者发热,腹泻数次,粪便为稀便,无脓血,遂来我院就诊。查体:体温37.8℃。晚间20:00时,患者腹痛加重,伴发热38.6℃,腹痛移至右下腹部,仍有腹泻。实验室检查:WBC $21 \times 10^9/L$ 。

问题:

1. 腹泻常见的分类有哪些?该患者属于何种类型?
2. 该患者与腹泻相关的护理诊断有哪些?

一、腹泻

腹泻是指排便次数增加,粪质稀薄或呈水样,可带有未消化的食物、脓、血、黏液等异常成分。如患者排液状便,每日排便3次以上或每日粪便总量大于300g,其中粪便含水量大于80%,则可诊断为腹泻。腹泻可分为急性腹泻与慢性腹泻两种,病程超过2个月者为慢性腹泻。

1. 病因

1) 急性腹泻

(1) 急性肠道疾病:常见急性肠道感染,如各种肠炎、细菌性痢疾、阿米巴痢疾等可引起急性腹泻。此外,医院内感染也可致急性腹泻。

(2) 急性中毒:如毒蕈、鱼胆、河豚、化学药物、磷、砷、铅、汞等中毒可引起急性腹泻。

(3) 全身性感染:如伤寒或副伤寒、败血症、钩端螺旋体病等可引起急性腹泻。

(4) 其他:如过敏性紫癜、变态反应性肠炎患者,服用氟尿嘧啶、新斯的明、利血平等药物者,均可发生急性腹泻。

2) 慢性腹泻

(1) 消化系统疾病:慢性腹泻可见于胃酸减少或缺乏的胃部疾病(如慢性萎缩性胃炎、胃大部切除后胃酸缺乏)、慢性细菌性痢疾、肠道非感染性病变(如溃疡性结肠炎、吸收不良综合征)、肠道恶性肿瘤、肠寄生虫病,以及肝、胆、胰的慢性病(如肝硬化、慢性胆囊炎、胆石症、慢性胰腺炎、胰腺癌)等。

(2) 全身性疾病:如甲状腺功能亢进症、肾上腺皮质功能减退症、系统性红斑狼疮、尿毒症等可引起慢性腹泻。

(3) 药物不良反应:如应用洋地黄、利血平、甲状腺激素、某些抗肿瘤药物和抗生素时,发生药物不良反应者可有慢性腹泻。

2. 发生机制

1) 渗透性腹泻

渗透性腹泻是指肠腔内含有大量不吸收的高渗溶质,使肠腔内渗透压增高,阻碍肠内水与电解质吸收而引起的腹泻。例如,乳糖酶缺乏使乳糖不能被水解而形成肠内高渗,以及服用盐类泻剂或甘露醇等高渗性药物,都可引起渗透性腹泻。

2) 分泌性腹泻

分泌性腹泻是指由胃肠黏膜分泌过多液体所引起的腹泻。霍乱弧菌外毒素引起的大量水样腹泻为典型的分泌性腹泻,其发生机制为:霍乱弧菌外毒刺激肠黏膜细胞内的腺苷酸环化酶,使细胞内环磷酸腺苷(cAMP)含量增加,引起大量的水与电解质被排到肠腔而导致腹泻。分泌性腹泻常见于霍乱、沙门氏菌属感染、某些胃肠道内分泌肿瘤(如胃泌素瘤)。

3) 渗出性腹泻

渗出性腹泻是指黏膜炎症、溃疡或浸润性病变引起血浆、黏液、脓血渗出所致腹泻。渗出性腹泻常见于各种肠道炎症性疾病。

4) 动力性腹泻

动力性腹泻是指肠蠕动亢进致食糜在肠内停留时间过短,且未被充分吸收所引起的腹泻。动力性腹泻常见于肠炎、甲状腺功能亢进症、胃肠道功能紊乱等。

5) 吸收不良性腹泻

吸收不良性腹泻是指肠黏膜的吸收面积减小或吸收障碍所引起的腹泻。吸收不良性腹泻常见于小肠大部分切除后、吸收不良综合征等。

3. 临床表现

1) 起病及病程

(1) 急性腹泻:起病急,病程短,患者每日排便的次数可在10次以上,粪便量多,多由感染或食物中毒所致。由于排便频繁及粪便刺激,患者的肛门周围皮肤可有红肿、糜烂及破损。严重的急性腹泻患者可因短时间内丢失大量水和电解质而发生脱水、电解质紊乱及代谢性酸中毒。

(2) 慢性腹泻:起病缓慢,病程较长,患者每日排便数次,粪便可为稀便或带有黏液、脓血,多见于慢性感染、吸收不良、肠道肿瘤等。长期慢性腹泻可致营养不良、维生素缺乏、体重减轻,甚至营养不良性水肿。

2) 粪便的性质

黏液血便或脓血黏液便多见于细菌性感染,粪便呈暗红色或果酱样常见于阿米巴痢疾,粪便呈血水或洗肉水样可见于急性出血性坏死性肠炎等,粪便呈米泔水样常见于霍乱和副霍乱,粪便内含大量脂肪及泡沫多由胰腺疾病或肠道吸收不良所致,粪便中带黏液而无病理成分常见于肠易激综合征。

3) 腹泻与腹痛的关系

急性腹泻,尤其是感染性腹泻常引起腹痛;小肠疾病引起的腹痛多在脐周,便后腹痛多不缓解;结肠疾病引起的腹痛多在下腹部,便后多缓解;分泌性腹泻多不引起明显的腹痛。

4. 护理评估

1) 相关病史与起病情况

护士应了解患者的年龄、性别、籍贯、职业等一般资料;有无胃肠道疾病、甲状腺功能亢进症、肝硬化、尿毒症等病史;有无相关用药史;有无饮食不当,如进食不洁的食物或刺激性食物;有无过劳、受凉、情绪紧张等诱发或加重腹泻的因素。护士应注意患者的起病及病程发展情况:起病急骤,病程短者多由肠道感染或食物中毒所致;起病缓慢,病程长者多见于溃疡性结肠炎、肠易激综合征、吸收不良综合征等引起的腹泻,病程可长达数年至数十年之久,且常呈间歇性发作。

2) 临床特点

护士应了解患者排便的时间、次数、间隔时间、急缓;粪便的颜色、气味、性质、量,有无黏液、脓、血或未消化食物等。

3) 身心反应

护士应评估患者有无脱水,消瘦,肛周皮肤糜烂、破损等表现;有无睡眠与休息的改变等。患者发生严重的急性腹泻时,护士注意观察其生命体征、神志、尿量、皮肤弹性等,有无口渴、口唇干燥、皮肤弹性下降、尿量减少、神志淡漠等脱水表现;有无肌肉无力、腹胀、肠鸣音减弱、心律失常等低钾血症表现;有无呼吸深大等代谢性酸中毒表现。患者发生慢性腹泻时,护士应注意其营养状况,有无消瘦、贫血;注意患者有无精神紧张、焦虑不安等心理变化及情绪反应。

4) 诊断、治疗及护理经过

护士应询问患者做过何种检查,血生化指标有无改变;补液的成分、量及速度;用药的种类、剂量及疗效;采用的护理措施及效果。

5) 伴随症状

(1) 发热:常见于急性细菌性痢疾、伤寒或副伤寒、肠结核、肠道恶性淋巴瘤、克罗恩(Crohn)病、败血症等。

- (2) 里急后重:常见于急性细菌性痢疾、直肠炎、直肠癌等。
- (3) 腹部包块:常见于胃肠道恶性肿瘤、肠结核、克罗恩病等。
- (4) 重度失水:常见于霍乱、细菌性食物中毒、尿毒症等。
- (5) 明显消瘦:常见于小肠吸收不良综合征、胃肠道恶性肿瘤、甲状腺功能亢进症等。
- (6) 皮疹或皮下出血:常见于伤寒或副伤寒、败血症、麻疹、过敏性紫癜等。

5. 护理诊断

- (1) 腹泻:与肠道感染、胃大部切除等有关。
- (2) 营养失调,低于机体需要量:与长期慢性腹泻所致营养吸收障碍有关。
- (3) 体液不足或有体液不足的危险:与腹泻所致体液丢失过多有关。
- (4) 有皮肤完整性受损的危险:与排便次数增多及排泄物刺激肛周皮肤有关。
- (5) 焦虑:与慢性腹泻迁延不愈或便血有关。

二、便秘

便秘是指排便次数减少,7天内排便次数少于3次,粪便量少且干结,排便困难。

1. 病因

根据病因的不同,便秘可分为功能性便秘和器质性便秘。

1) 功能性便秘

进食量太少或食物缺乏水分和纤维素;生活习惯改变、工作紧张、精神因素等;长期滥用泻药所致泻药依赖性;结肠运动功能障碍,如年老体弱、活动减少、长期卧床、腹部手术所致结肠平滑肌张力减低等;腹肌及盆肌张力不足,如肺气肿、重度营养不良、多次妊娠等使排便推动力缺乏,引起排便困难;肠痉挛所致便秘,如肠易激综合征、结肠冗长。这些因素都可引起功能性便秘。

2) 器质性便秘

直肠与肛门病变引起肛门括约肌痉挛,导致排便疼痛,可见于痔疮、肛裂、肛瘘、肛周脓肿、直肠炎等;结肠肿瘤、肠梗阻、肠粘连及先天性巨结肠等;腹腔或盆腔内肿瘤的压迫,如子宫肌瘤等;全身性疾病使肠肌松弛、排便无力,如尿毒症、糖尿病、甲状腺功能减退等;铅中毒能引起肠肌痉挛,也可造成便秘;某些药物致结肠肌松弛,如吗啡、抗胆碱能药、抗抑郁药、镇静剂、麻醉剂、钙通道阻滞剂、神经阻滞剂等。这些因素都可引起器质性便秘。

2. 发生机制

食物在消化道经消化与吸收后,剩余的食糜残渣从小肠被运送至结肠。在结肠内,食糜残渣中的大部分水与电解质被吸收后形成粪团,粪团借结肠的集团蠕动被推送至乙状结肠和直肠,直肠受粪团膨胀的机械刺激而产生冲动,冲动经传入神经传入大脑皮质,再经传出神经传至直肠,使直肠收缩、肛门括约肌松弛,紧接着腹肌和膈肌同时收缩,使粪便排出体外。

便秘的发生机制与下列因素有关:摄入食物过少或纤维素及水分不足,致肠内容物过少不足以刺激肠道的正常蠕动;各种原因引起的肠道平滑肌张力减低和蠕动减弱;肠腔狭窄或梗阻致肠腔内容物向下运动障碍;排便过程的神经及肌肉活动障碍,如排便反射减弱或消失、肛门括约肌痉挛、腹肌及膈收缩力减弱等。

3. 临床表现

患者的排便次数减少,粪便干硬、量少,难以排出,粪块长时间停留在肠道内,不能及时排出,可引

起腹胀及下腹部疼痛；粪便在肠道细菌的作用下产生大量有害毒素并被吸收入血，可引起头痛、头晕、食欲不振、乏力等。

排便时，患者可有左腹部痉挛性疼痛及下坠感，常可在左下腹触及痉挛的乙状结肠；粪便过于坚硬时，排便可引起肛门疼痛，甚至引起肛裂或痔疮出血。排便疼痛和便血可使患者产生紧张、焦虑的情绪，且可引起肛门括约肌痉挛而加重便秘。

急性便秘患者可有原发病的临床表现，如各种原因引起的肠梗阻，常伴有急性腹痛、腹胀、恶心、呕吐、腹部包块或肠型、肠鸣音亢进等症状和体征。慢性便秘患者多无特殊表现，部分患者诉有口苦、食欲减退、腹胀、头晕、头痛、疲乏等神经功能紊乱症状，但不严重。慢性习惯性便秘多发生在中老年人，尤其是经产妇。

4. 护理评估

1) 相关病史与起病情况

护士应评估患者有无与便秘有关的肠道病变，如肠梗阻、肠麻痹、肠道肿瘤、痔疮等；有无内分泌代谢性疾病、腹部及盆腔手术史；是否长期滥用泻药及灌肠；有无使用镇静剂、吗啡、抗胆碱能药的药物史；近期有无饮食及生活习惯改变等。

2) 临床特点

(1) 既往排便习惯：护士应评估患者排便有无规律，每日排便的时间、次数、粪便的性状及软硬度，有无排便困难。

(2) 便秘的特点：护士应评估便秘的发生与病程的关系，如便秘是近期突然出现的，还是长期持续存在的；是偶尔发生，还是间歇发作；是于腹泻之后发生，还是与腹泻交替出现；有无诱因存在。护士应了解患者排便的间歇时间，排便过程中的表现，粪便的性状、量、干硬度等。

3) 身心反应

护士应评估患者是否缺乏预防便秘的相关知识；注意患者有无腹痛、腹胀、恶心、呕吐、口苦、食欲减退、下腹不适、肛周疼痛等表现；有无腹部包块、肠型、肠鸣音的增强或减弱等体征；有无头痛、头晕、乏力表现；有无肛周脓肿、直肠肿物、肛裂及痔等；是否使用过可引起便秘的药物，对泻药有无依赖性；有无因长期便秘而产生的精神紧张、恐惧、烦躁不安、焦虑等心理反应。

4) 诊断、治疗及护理经过

护士应了解患者主要采取了哪些促进排便的措施，其效果如何。

5) 伴随症状

- (1) 呕吐、腹胀、肠绞痛：常见于肠梗阻。
- (2) 腹部包块：常见于结肠肿瘤、肠结核及克罗恩病等。
- (3) 便秘与腹泻交替：常见于肠结核、溃疡性结肠炎、肠易激综合征等。
- (4) 生活习惯改变，精神紧张：多引起原发性便秘。

5. 护理诊断

- (1) 便秘：与滥用泻药、食物中缺乏纤维素和水分、长期卧床、肠梗阻或肠道肿瘤等有关。
- (2) 营养失调，低于机体需要量：与便秘引起食欲不振有关。
- (3) 疼痛：与机械性肠梗阻、排便困难所致平滑肌痉挛有关。
- (4) 组织完整性受损或有组织完整性受损的危险：与粪便过于干硬有关。

(5) 知识缺乏:患者缺乏保持定时排便及预防便秘的相关知识。

【小结】

本节主要讲述了腹泻与便秘的定义、病因与发病机制、临床表现、护理评估要点、护理诊断。通过学习,学生应掌握腹泻的分类与临床表现;掌握腹泻与便秘的护理评估要点,严重的急性腹泻可引起脱水、电解质紊乱和代谢性酸中毒,护理时注意根据脱水情况给予患者补液;能对腹泻与便秘做出正确的分析,提出相关护理诊断。

第十二节 黄 疸

案例引导

患者,女,61岁,全身皮肤黄染,大便颜色变浅近1个月入院。1个月前,患者无明显诱因出现明显皮肤黄染、瘙痒,伴有轻度腹痛,无明显发热,经对症治疗后缓解。患者的病情反复发作时尿色深黄,大便颜色变浅,体重、食欲、睡眠无明显变化。6年前,患者曾因胆囊结石行胆囊切除术,术后恢复顺利。查体:发育及营养状态正常,巩膜、皮肤明显黄染,心肺正常,上腹部见手术瘢痕,剑突下有轻压痛,无反跳痛或肌紧张,肝、脾未触及,未扪及包块,Murphy征(-),无移动性浊音。

问题:

1. 该患者的黄疸属于何种类型?
2. 此种黄疸的临床特点是什么?
3. 该患者与黄疸相关的护理诊断有哪些?

黄疸是指血清中的胆红素浓度升高,使皮肤、巩膜、黏膜黄染的现象。正常血清总胆红素(TB)浓度相对稳定在 $1.7\sim 17.1\mu\text{mol/L}$;当血清总胆红素浓度在 $17.1\sim 34.2\mu\text{mol/L}$ 时,临床上不易察觉异常,称为隐性黄疸;当血清总胆红素浓度超过 $34.2\mu\text{mol/L}$ 时,临床上可见黄疸。

一、胆红素的正常代谢

正常人体内的胆红素主要来源于血红蛋白。血液循环中衰老的红细胞经单核-巨噬细胞系统破坏和分解,产生非结合胆红素(UCB,又称游离胆红素,为脂溶性),可迅速与人血白蛋白结合,使分子增大,不能通过肾小球滤过排出。非结合胆红素随血液循环到达肝脏,被肝细胞摄取,在葡萄糖醛酸转移酶的作用下与葡萄糖醛酸结合成结合胆红素(CB,为水溶性),其可通过肾小球滤过排出。

结合胆红素随胆汁排泄入肠内,经肠道细菌的脱氢作用被还原为无色的尿胆原,大部分尿胆原氧化为尿胆素经粪便排出,称为粪胆素;小部分尿胆原在肠内被吸收,经门静脉返回肝内,其中大部分再转化为结合胆红素,又随胆汁排入肠腔,形成胆红素的肠肝循环。另有一小部分结合胆红素则经体循环由肾脏排出,被空气氧化成尿胆素。胆红素的正常代谢如图2-1所示。

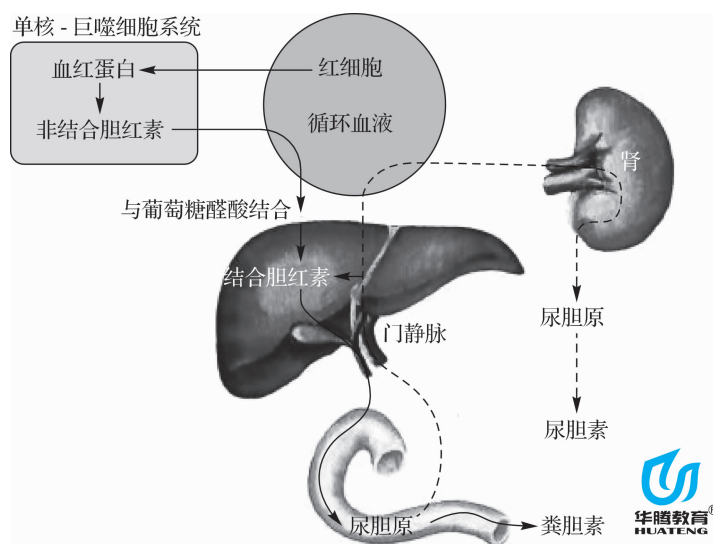


图 2-1 胆红素的正常代谢



视频
胆红素的正常
代谢

二、病因、发病机制与临床表现

1. 溶血性黄疸

1) 病因

凡能导致溶血的疾病都可引起溶血性黄疸。溶血性黄疸的常见病因如下。

- (1) 先天性溶血性贫血:如海洋性贫血、遗传性球形红细胞增多症。
- (2) 后天获得性溶血性贫血:如自身免疫性溶血性贫血、异型输血后溶血、蚕豆病、新生儿溶血、阵发性睡眠性血红蛋白尿、蛇毒及应用伯氨喹啉等引起的溶血。

2) 发病机制

溶血性黄疸的发病机制为:发生溶血时,一方面,红细胞破坏过多,形成大量的非结合胆红素,超过了肝细胞的摄取、结合和排泄能力;另一方面,大量红细胞破坏所致贫血、缺氧和红细胞破坏产物的毒性作用降低了肝细胞对胆红素的代谢能力,使血液中的非结合胆红素发生滞留,超过正常水平而引起黄疸(图 2-2)。

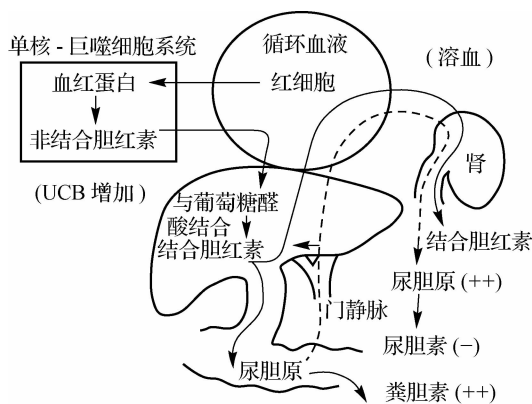


图 2-2 溶血性黄疸的发病机制

3) 临床表现

溶血性黄疸一般为轻度黄疸,患者的皮肤常呈浅柠檬黄色,尿色、粪便颜色加深,不伴有皮肤瘙痒。发生急性溶血时,患者可表现为突起寒战、高热、头痛、呕吐、全身酸痛,并有不同程度的贫血和血红蛋白尿(尿呈酱油色或茶色)。严重者可发生急性肾衰竭。慢性溶血多为先天性,有家族史,患者可表现为轻度或间歇性黄疸,常伴有贫血及脾大。

4) 实验室检查

患者的血清总胆红素增加,以非结合胆红素为主,结合胆红素基本正常;尿胆原及粪胆原增加。

2. 肝细胞性黄疸

1) 病因与发病机制

肝细胞性黄疸见于各种肝脏疾病,如病毒性肝炎、中毒性肝炎、肝硬化、肝癌、钩端螺旋体病等。其发病机制一方面是肝细胞的受损使其对胆红素的摄取、结合及排泄功能下降,致使血中的非结合胆红素浓度升高;另一方面,由于肝细胞的肿胀或坏死,肝小叶结构被破坏,未受损的肝细胞产生的部分结合胆红素不能正常排入胆道系统而反流入血,导致血中的结合胆红素浓度升高,从而引起黄疸(图 2-3)。

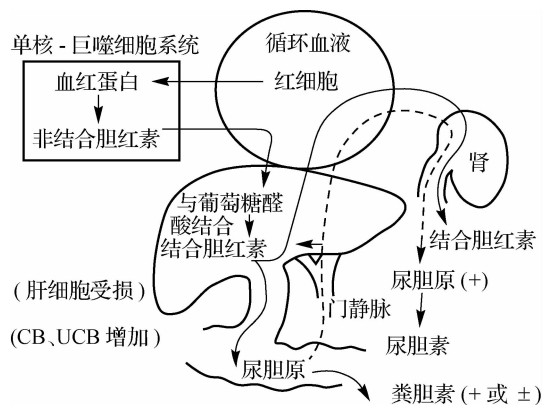


图 2-3 肝细胞性黄疸的发病机制

2) 临床表现

患者的皮肤、黏膜呈浅黄色至深黄色,尿色加深,粪便颜色不变或变浅,常伴有乏力、食欲减退、恶心、呕吐、腹胀、肝区不适或疼痛等肝脏原发病的表现。少数患者伴有皮肤瘙痒,严重者可有出血倾向。

3) 实验室检查

患者的血清总胆红素增加,非结合胆红素和结合胆红素均增加,结合胆红素多于非结合胆红素;尿胆红素定性实验阳性,尿胆原增加。

3. 胆汁淤积性黄疸

1) 病因

胆汁淤积性黄疸的常见病因分为以下两种。

(1) 肝内性胆汁淤积:如毛细胆管型肝炎、原发性胆汁性肝硬化等可引起肝内胆汁淤积;肝内泥沙样结石、癌栓、华支睾吸虫病等可引起肝内阻塞性胆汁淤积。

(2) 肝外性胆汁淤积:可由胆总管结石、狭窄、炎性水肿、肿瘤、蛔虫等引起。

2) 发病机制

胆汁淤积性黄疸的发病机制为:胆道梗阻使胆汁淤积,阻塞上方的压力增高,胆管扩张,最终导致毛细胆管、小胆管破裂,胆汁中的胆红素反流入血而使血中的结合胆红素浓度升高,而引起黄疸。此外,肝内胆汁淤积有些并非由机械因素引起,而是由胆汁分泌功能障碍,毛细胆管的通透性增加,胆汁浓缩而流量减少,导致胆管内胆盐沉淀与胆栓吸虫所致(图 2-4)。

3) 临床表现

患者的皮肤呈暗黄色甚至黄绿色,尿色深似浓茶,粪便颜色变浅,肝外胆道完全梗阻时粪便呈白陶土色,伴有皮肤瘙痒及心动过缓。因脂溶性维生素 K 吸收障碍,故患者常有出血倾向。

4) 实验室检查

患者的血清总胆红素增加,以结合胆红素为主;尿胆红素定性实验呈阳性,尿胆原及粪胆原减少或缺如。

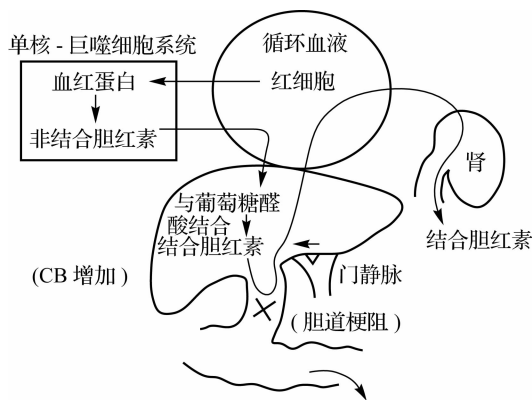


图 2-4 胆汁淤积性黄疸的发病机制

三、护理评估

1. 相关病史与起病情况

护士应了解患者有无溶血性疾病、肝脏疾病、胆道疾病等病史;有无肝炎患者密切接触史或近期血液制品输注史;有无长期使用某些药物或长期反复接触某些化学毒物史,以及长期大量饮酒史。如患者有葡萄糖-6-磷酸脱氢酶(G-6-PD)缺乏症,则护士还应注意其是否食用了蚕豆。

2. 临床特点

1) 真性黄疸的判断

护士应注意真性黄疸与假性黄疸的鉴别。进食过多的胡萝卜、南瓜、橘子等可致血中的胡萝卜素水平增高而引起皮肤黄染,但以手掌、足底、前额及鼻部等处明显,一般无巩膜及口腔黏膜发黄的表现;中年以后发生的球结膜下脂肪沉积多表现为内眦部出现分布不均匀的黄色斑块;长期服用含黄色素的药物,如米帕林、咪喃类药物可使皮肤黄染,重者亦可出现巩膜黄染,但以角膜周围最明显,离角

健康评估

膜缘越远黄染越浅,恰与黄疸相反。护士应注意询问患者的尿色改变情况。

2) 黄疸的特点

护士应注意患者的皮肤、黏膜及巩膜黄染的程度、色泽,尿液及粪便颜色的改变情况,有无皮肤瘙痒及其程度等。一般来说,黄染越深,病情越重;梗阻越完全,皮肤瘙痒越明显;尿色越深,粪色越浅。

护士应了解患者发生黄疸的急缓,是间歇发生还是持续存在。急骤发生的黄疸多见于急性病毒性肝炎、中毒性肝炎、胆石症和急性溶血。缓慢发生的黄疸常见于肝硬化等。急性病毒性肝炎和溶血所致黄疸持续1个月左右逐渐消退,癌性黄疸可呈进行性加重,胆总管结石引起的黄疸可表现为持续性或间歇性。

3. 身心反应

护士应评估患者是否因皮肤瘙痒而影响睡眠与休息;有无皮肤、黏膜和巩膜发黄所致自我概念型态改变;注意有无贫血及急性溶血的全身表现;有无恶心、呕吐、腹胀、腹痛、腹泻或便秘等消化道症状;有无皮肤、黏膜出血;有无焦虑、恐惧等因面临各种检查所致心理反应。

4. 诊断、治疗及护理经过

护士应注意与黄疸有关的实验室检查结果,了解患者是否做过创伤性病因学检查;采取的治疗及护理措施,其效果如何。

5. 伴随症状

(1) 发热:常见于急性胆管炎、肝脓肿、钩端螺旋体病、病毒性肝炎等;伴寒战、高热、头痛、腰痛、酱油色尿,多见于急性溶血。

(2) 腹水:常见于重症肝炎、肝硬化失代偿期、肝癌等。

(3) 上腹剧烈疼痛:右上腹剧烈疼痛常见于胆道结石或胆道蛔虫等。右上腹剧烈疼痛、寒战、高热称为夏科(Charcot)三联征,提示有急性化脓性胆管炎。

四、护理诊断

- (1) 舒适度改变:与胆汁淤积性黄疸所致皮肤瘙痒有关。
- (2) 有皮肤完整性受损的危险:与胆汁淤积性黄疸所致皮肤瘙痒有关。
- (3) 自我形象紊乱:与黄疸所致外形改变有关。
- (4) 睡眠型态紊乱:与胆汁淤积性黄疸所致皮肤瘙痒有关。
- (5) 焦虑:与皮肤严重黄染经久不消退、病因不明及创伤性病因学检查有关。

【小结】

本节主要讲述了黄疸的定义、胆红素的正常代谢、病因与发病机制、临床表现、护理评估要点、护理诊断。通过学习,学生应掌握黄疸的分类与临床表现,特别是三种黄疸所致皮肤、尿液、粪便改变,血清中总胆红素、结合胆红素、非结合胆红素的变化;掌握黄疸的护理评估要点;能对黄疸做出正确的分析,提出相关护理诊断。

第十三节 抽搐与惊厥

案例引导

患儿,女,5岁半,发热伴腹泻1天,2h前惊厥发作1次。1天前,患儿开始发热,体温39℃,微感咽痛,不咳嗽。患儿发病20h左右开始腹泻,每20~30min大便1次,粪便量少,为黄色黏液便,有脓血,呕吐1次胃内容物。入院前2h,患儿突然惊厥发作1次,表现为双目上翻,四肢强直、抖动,口周发绀,意识丧失,持续15min左右,经针刺人中穴,肌内注射苯巴比妥钠(量不详)后缓解,止抽后一直处于昏迷状态。

问题:

1. 如何鉴别抽搐与惊厥?
2. 护士应如何对该患儿进行护理评估?

抽搐与惊厥均属于不随意运动。抽搐是指全身或局部骨骼肌发生短暂的非自主的抽动或强烈收缩,常可引起关节运动和强直。惊厥是指全身或局部骨骼肌发生短暂的非自主的强直性或阵挛性抽搐,常为全身性、对称性,可伴有或不伴有意识障碍。惊厥的概念同癫痫大发作,而癫痫的其他类型则不属于惊厥。

一、病因

1. 脑部疾病

引起抽搐与惊厥的常见脑部疾病如下。

- (1) 颅内感染:如脑炎、脑膜炎、脑脓肿、脑结核瘤等。
- (2) 脑外伤:如产伤、颅脑外伤等。
- (3) 颅内肿瘤:如原发性脑肿瘤、脑转移瘤等。
- (4) 脑血管疾病:如脑栓塞、脑出血、蛛网膜下腔出血、高血压脑病、脑血栓形成等。
- (5) 寄生虫病:如脑血吸虫病、脑型疟疾、脑囊虫病等。
- (6) 其他:如先天性脑发育障碍、胆红素脑病(核黄疸)等。

2. 全身性疾病

引起抽搐与惊厥的常见全身性疾病如下。

- (1) 感染:如中毒型菌痢、急性胃肠炎、狂犬病、破伤风等,急性感染所致小儿高热惊厥。
- (2) 心血管疾病:如高血压脑病、阿-斯(Adams-Stokes)综合征等。
- (3) 中毒:如有机磷农药、酒精、苯、铅、砷、汞等中毒,以及尿毒症、肝性脑病等。
- (4) 风湿性疾病:如风湿热、系统性红斑狼疮等。
- (5) 内分泌代谢性疾病:如低血糖状态、低钙血症、低镁血症、子痫等。



视频
惊厥表现

健康评估

(6) 其他:如中暑、溺水、触电、日射病、突然停用镇静催眠药及抗癫痫药等。

3. 神经官能症

神经官能症可引起抽搐与惊厥,如癔症性惊厥。

4. 小儿惊厥

部分小儿惊厥为特发性,部分由脑损害引起。

二、发病机制

抽搐与惊厥的发病机制尚未完全阐明,目前认为可能由运动神经元的异常放电所致。这种病理性放电主要是由神经元膜电位的不稳定性引起的,并与多种因素有关,可由代谢、营养、脑皮质、肿瘤、瘢痕等所致,与遗传因素、免疫因素、内分泌因素、微量元素、精神因素等有关。

根据引起肌肉异常收缩的兴奋信号来源的不同,抽搐与惊厥可分为两种不同情况:大脑功能障碍,如癫痫等;非大脑功能障碍,如破伤风、土的宁中毒、低钙血症性抽搐等。

三、临床表现

由于病因不同,抽搐的形式也不一样。

1. 全身性抽搐

全身性抽搐以全身骨骼肌痉挛为主要表现。患者突发意识模糊或丧失,全身骨骼肌强直收缩,牙关紧闭,呼吸不规律,面色青紫,继而四肢发生阵挛性抽搐,呼吸不规则,大小便失禁,发作半分钟左右自行停止,可反复发作或呈持续状态。

全身性抽搐发作时,患者眼球上翻、两侧瞳孔散大,瞳孔对光反射迟钝或消失,可出现心率增快,血压升高,汗液、唾液和支气管分泌物增多等自主神经兴奋征象。患者可因全身性抽搐发作而发生跌伤、舌咬伤,可因呼吸道分泌物、呕吐物吸入或舌后坠堵塞呼吸道而引起窒息。发作停止后不久,患者的意识即可恢复,醒后有全身乏力、头痛等症状。如为癫痫大发作,则患者表现为强直-阵挛性抽搐。破伤风引起的全身性抽搐则是持续强直性抽搐。

2. 局限性抽搐

局限性抽搐表现为躯体或颜面某一局部的连续性抽动。例如,局限性运动性癫痫常表现为口角、眼睑、手或足等的反复抽搐;而手足搐搦症患者则表现为间歇性四肢(以上肢手部最显著)强直性肌痉挛,典型者呈“助产士”手。

四、护理评估

1. 相关病史与起病情况

护士应评估患者有无脑血管疾病、颅脑外伤、脑炎、脑膜炎、脑肿瘤等病史,有无高血压、严重心律失常等心血管疾病;有无毒物接触史及某些药物服用史;有无外伤史;有无癫痫家族史及类似发作史;有无内分泌代谢紊乱。对小儿患者,护士应询问其生长发育史,以及其母亲的分娩史等。

护士应评估患者的惊厥发作是否与高热、缺氧、劳累、饱食、饥饿、饮酒、睡眠、情绪波动、环境因素刺激有关。例如,小儿惊厥多与高热有关,癔症性惊厥常由情绪波动引起,光、声刺激可使破伤风患者发生强烈痉挛。部分患者在惊厥发作前可有烦躁,口角抽搐,肢体麻木感、针刺感、触电感等先兆症

状,但时间极为短暂。

2. 临床特点

1) 年龄

新生儿惊厥多由产伤、窒息、颅内出血等引起,6个月至3岁者以高热惊厥多见,3岁以上小儿惊厥可由感染、癫痫、外伤、中毒引起;青壮年人惊厥多由癫痫、颅脑损伤、脑肿瘤引起;老年人惊厥多由脑动脉粥样硬化、高血压、脑肿瘤所致。护士应评估患者惊厥发作与年龄的关系。

2) 发作情况

护士应注意患者抽搐与惊厥发作的时间、频率、严重程度、病程长短、临床经过及表现,以及肢体抽搐的顺序、持续时间、是持续强直性发作还是间歇阵挛性发作等。

3. 身心反应

护士应评估患者有无大小便失禁等表现,有无意识丧失、舌咬伤、跌伤等发生,有无体温过高、疲乏、头痛、肌肉酸痛等,有无瞳孔改变、脑膜刺激征、病理反射等;了解患者有无惊厥发作引起的焦虑、恐惧,或因病情发作失态而产生窘迫、难堪、自卑等心理,有无个人或家庭应对无效所致心理压力。

4. 诊断、治疗及护理经过

护士应了解患者是否借助了神经系统检查、必要的实验室检查、脑电图、脑血管造影、放射性核素扫描、CT和MRI等检查寻找病因,发作期是如何处理的,发作间歇期使用的药物的种类、剂量、方法及疗效,采取的预防外伤及其他并发症的护理措施等。

5. 伴随症状

- (1) 发热:常见于感染性疾病、胃肠道功能紊乱、重度失水等。
- (2) 意识障碍:常见于癫痫大发作、重症颅脑疾病等。
- (3) 瞳孔散大、舌咬伤、大小便失禁:常见于癫痫大发作。
- (4) 脑膜刺激征:常见于脑膜炎、蛛网膜下腔出血等。
- (5) 血压升高:常见于高血压脑病、肾炎、尿毒症、子痫等。
- (6) 剧烈头痛:常见于高血压、蛛网膜下腔出血、颅脑外伤、颅内占位性病变等。

五、护理诊断

- (1) 有窒息的危险:与抽搐、惊厥发作时喉头痉挛、呼吸道分泌物误吸、舌后坠阻塞呼吸道有关。
- (2) 有发生外伤的危险:与抽搐、惊厥发作时意识突然丧失或判断力受损有关。
- (3) 完全性尿失禁:与抽搐、惊厥发作时意识突然丧失有关。
- (4) 大便失禁:与抽搐、惊厥发作时意识突然丧失有关。
- (5) 个人或家庭应对无效:与患者家属无力处理突发的抽搐、惊厥有关。
- (6) 体温过高:与短时间内抽搐和惊厥频繁发作有关。
- (7) 急性意识障碍:与惊厥发作有关。

【小结】

本节主要讲述了抽搐与惊厥的定义、病因、发病机制、临床表现、护理评估要点、护理诊断。通过学习,学生应理解抽搐与惊厥的区别;知道抽搐与惊厥的临床表现;掌握抽搐与惊厥的护理评估要点;

能对抽搐与惊厥做出正确的分析,提出相关护理诊断。

第十四节 意识障碍

案例引导

患者,男,69岁,退休工人,因意识障碍、偏瘫3h入院。患者入院前3h如厕时突然晕倒,右侧下肢不能活动,言语不清,大小便失禁。患者患高血压已有13年,近2周来常头晕、四肢发麻。查体:体温38.2℃,血压160/100mmHg,双侧瞳孔等大,瞳孔对光反射存在,颈稍强直。

问题:

1. 该患者意识障碍的可能病因是什么?
2. 该患者的意识障碍有什么特点?
3. 针对该患者的情况,护士应提出哪些相关护理诊断?

意识障碍是指人对周围环境及自身状态的识别和察觉能力出现障碍。意识障碍多由高级神经中枢活动功能受损引起,可表现为嗜睡、意识模糊、昏睡和昏迷。

一、病因

1. 颅脑疾病

引起意识障碍的常见颅脑疾病如下。

- (1) 颅内感染:如脑炎、脑膜脑炎、脑型疟疾等。
- (2) 脑血管疾病:如脑出血、脑血栓形成、蛛网膜下腔出血、高血压脑病等。
- (3) 颅内占位性病变:如脑肿瘤。
- (4) 颅脑外伤:如脑震荡、脑挫裂伤、颅骨骨折等。
- (5) 癫痫。

2. 全身性疾病

引起意识障碍的常见全身性疾病如下。

- (1) 重症急性感染:如败血症、重症肺炎、中毒型菌痢、伤寒、斑疹伤寒等。
- (2) 心血管疾病:如重度休克、心律失常引起的阿-斯综合征等。
- (3) 内分泌与代谢性疾病:如尿毒症、肝性脑病、肺性脑病、甲状腺危象、糖尿病性昏迷、低血糖、妊娠中毒症等。
- (4) 中毒:巴比妥类药物、有机磷农药、酒精、一氧化碳及氰化物等中毒。
- (5) 物理因素:如触电、溺水、中暑、日射病等。
- (6) 水、电解质平衡紊乱:如低钠血症、低氯性碱中毒、高氯性酸中毒等。

二、发病机制

意识活动是指大脑皮质功能活动,包括记忆、思维、理解、定向力和情感等精神活动,以及通过视、

听、语言和复杂运动等与外界保持紧密联系的能力。正常的意识活动有赖于大脑皮质和脑干网状结构功能的完整。脑缺血、缺氧、能量供应不足、酶代谢异常等因素可引起脑细胞代谢紊乱,导致大脑皮质弥漫性损害或脑干网状结构损害或功能抑制,引起不同程度的意识障碍。

三、临床表现

不同程度的意识障碍表现如下。

1. 嗜睡

嗜睡是程度最轻的一种意识障碍。患者处于持续性的睡眠状态,可被轻刺激唤醒,并能正确回答问题和做出各种反应,但反应迟钝,刺激去除后又很快入睡。

2. 意识模糊

意识模糊是较嗜睡深的一种意识障碍。患者的意识水平轻度降低,能保持简单的精神活动,但对时间、地点、人物等的定向力发生障碍,思维和语言不连贯,可有错觉、幻觉、躁动不安或精神错乱等。

3. 昏睡

昏睡是较严重的意识障碍。患者处于深睡状态,难以唤醒,虽在强烈刺激下(如大声呼喊其姓名、摇动其身体、压迫眶上神经等)可被唤醒,但很快又入睡,醒时答话含糊或答非所问。

4. 昏迷

昏迷是最严重的意识障碍,按其程度的不同又可分为轻度昏迷、中度昏迷和深度昏迷。

1) 轻度昏迷

患者的意识大部分丧失,无自主运动,对声光刺激无反应,对疼痛刺激尚可出现痛苦表情或肢体退缩等防御反应。患者的吞咽反射、角膜反射、瞳孔对光反射、眼球运动等可存在,血压、脉搏、呼吸无明显变化。

2) 中度昏迷

患者对周围事物及各种刺激均无反应,对强烈刺激可有防御反应。患者无眼球转动,角膜反射减弱,瞳孔对光反射迟钝。

3) 深度昏迷

患者的意识完全丧失,全身肌肉松弛,对任何刺激均无反应,深、浅反射均消失。患者的血压、脉搏、呼吸常有改变,大小便失禁。

5. 谵妄

谵妄是一种以兴奋性增高为特征的急性脑功能失调。谵妄表现为意识模糊、知觉障碍(幻觉、错觉等)、定向力丧失、躁动不安、言语杂乱等,见于急性感染高热期、中枢神经系统疾病、代谢障碍(如肝性脑病)、某些药物中毒(如急性酒精中毒)等。部分患者可恢复,部分患者可发展为昏迷。

四、护理评估

1. 相关病史与起病情况

1) 相关病史

护士应评估患者有无急性感染、原发性高血压、严重心律失常、糖尿病、肺性脑病、尿毒症、颅脑外

伤、癫痫等病史,有无类似发作史,有无毒物或药物接触史等。

2) 起病情况

护士应评估患者的起病时间、发病前有无诱因、病情进展情况及病程长短等。意识障碍发病急骤并成为疾病首发症状的常见于急性脑血管病、颅脑损伤、外源性中毒、中枢神经系统急性感染。缓慢发生的昏迷多见于脑肿瘤和代谢疾病,如肝性脑病、尿毒症等;高热或烈日下工作而突然昏迷应考虑日射病。

2. 临床特点

护士可根据患者对刺激的反应、交谈及肢体活动情况、痛觉试验、神经反射等判断其有无意识障碍及意识障碍的程度,也可以按格拉斯哥昏迷评分表(Glasgow Coma Scale, GCS,表 2-12)对其意识障碍的程度进行评估。护士可将表中各项目所得分值相加求其总分,GCS 总分范围为 3~15 分,14~15 分为正常,8~13 分表示患者已有程度不等的意识障碍,7 分及 7 分以下为昏迷,3 分以下为深度昏迷。在评估过程中,护士需注意运动反应的刺激部位应以上肢为主,并以患者的最佳反应记分。

表 2-12 Glasgow 昏迷评分量表

评分项目	反 应	得 分
睁眼反应	正常睁眼	4
	对声音刺激有睁眼反应	3
	对疼痛刺激有睁眼反应	2
	对任何刺激无睁眼反应	1
运动反应	可按指令做动作	6
	对疼痛刺激能定位	5
	对疼痛刺激有肢体退缩反应	4
	受到疼痛刺激时肢体过屈	3
	受到疼痛刺激时肢体过伸	2
语言反应	受到疼痛刺激时无反应	1
	能准确回答时间、地点、人物等定向问题	5
	能说话,但不能准确回答时间、地点、人物等定向问题	4
	言语不当,但语意可辨	3
	言语模糊不清,语意难辨	2
	对任何刺激无语言反应	1

3. 身心反应

护士应评估患者有无口腔炎、角膜炎、结膜炎、角膜溃疡、压疮等;有无肌肉萎缩、关节僵硬、肢体畸形等;有无大小便失禁等改变;有无亲属无能力照顾患者等情况。护士应注意测量患者的生命体征,观察其瞳孔变化;有无咳嗽反射及吞咽反射的减弱或消失;有无肺部感染或尿路感染的发生;有无营养不良及压疮形成。

4. 诊断、治疗及护理经过

护士应了解患者是否做过必要的辅助检查,以明确诊断;消除脑水肿、保持呼吸道通畅、给氧、留

置导尿管、抗感染、预防并发症等治疗和护理措施的应用及其效果。

5. 伴随症状

(1) 发热:先发热后有意识障碍可见于重症感染性疾病;先有意识障碍后发热见于脑出血、蛛网膜下腔出血、巴比妥类药物中毒等。

(2) 高血压:常见于脑血管意外、高血压脑病、尿毒症等。

(3) 低血压:常见于休克。

(4) 呼吸缓慢:常见于吗啡、巴比妥类、有机磷等中毒。

(5) 脑膜刺激征:常见于脑膜炎、蛛网膜下腔出血等。

(6) 瞳孔散大:常见于颠茄类、酒精、氰化物中毒及低血糖状态等。

(7) 瞳孔缩小:常见于吗啡、巴比妥类药物、有机磷农药等中毒。

(8) 心动过缓:常见于颅内高压、房室传导阻滞、吗啡中毒等。

(9) 瘫痪:常见于脑出血、脑梗死等。

五、护理诊断

(1) 急性意识障碍:与颅内高压、脑出血等有关。

(2) 清理呼吸道无效:与意识障碍时不能自主而有效地咳嗽、咳痰有关。

(3) 营养失调,低于机体需要量:与意识障碍不能正常进食有关。

(4) 有皮肤完整性受损的危险:与意识障碍所致大小便失禁有关。

(5) 有感染的危险:与意识障碍所致咳嗽、吞咽反射减弱或消失有关。

(6) 有误吸的危险:与意识障碍所致吞咽、咳嗽反射减弱或消失有关。

(7) 有外伤的危险:与意识障碍所致躁动有关。

(8) 躯体移动障碍:与意识障碍所致自主运动丧失有关。

(9) 完全性尿失禁:与意识障碍所致排尿失禁有关。

(10) 排便失禁:与意识障碍所致排便失控有关。

(11) 有发生失用综合征的危险:与意识障碍所致自主运动消失有关。

【小结】

本节主要讲述了意识障碍的定义、病因、发病机制、临床表现、护理评估要点、护理诊断。通过学习,学生应掌握意识障碍有四种不同程度的表现,能够对意识障碍的程度进行判断;掌握意识障碍的护理评估要点,尤其是能够根据患者对刺激的反应、交谈及肢体活动情况、痛觉试验、神经反射等判断其有无意识障碍及程度,或按格拉斯哥昏迷评分表对其意识障碍程度进行评估;能对意识障碍做出正确的分析,提出相关护理诊断。