



第三章 常见症状评估



症状是个体患病时主观感受到的不适、痛苦的异常感觉或某些客观病态改变，如发热、疼痛、呼吸困难、乏力、食欲减退等，是患者就诊的主要原因。症状是健康史的重要组成部分，研究症状的发生、发展和演变以及由此而发生的患者的身心反应，对形成护理诊断、制订护理措施起着主导作用。同时症状评估也为身体评估、辅助检查提供线索。因此，掌握常见症状是进行全面、客观、准确评估的前提和基础。

第一节 发 热



学习目标

通过本节内容的学习，学生应能：

◆ 识记

说出发热、热型、急性发热和慢性发热的内涵以及发热分度。

◆ 理解

1. 列举发热的常见病因。
2. 解释发热机制。
3. 比较不同热型的临床特点及意义。

◆ 运用

能够对患者作出全面准确的护理评估，并提出护理诊断。

案例 3-1

刘女士，40岁，主诉发热2h急诊入院。现病史：昨日受凉后出现鼻塞、流涕伴有轻微咳嗽，无痰。今晨突然发热，自测体温多在 $39.2 \sim 39.6^{\circ}\text{C}$ ，伴有寒战、头痛、全身肌肉酸痛、食欲缺乏等，口服布洛芬 0.1mg ，但是效果不佳。上午出现左侧胸痛，呼吸、咳嗽时加重；痰液量多，呈铁锈色。既往史：2年前因子宫肌瘤行子宫切除术，否认急性慢性传染病史、外伤史，无药物过敏史。

问题与思考：

1. 该患者的主要症状是什么？有何特点？
2. 问诊过程中，还应该补充评估哪些内容？
3. 患者最可能的临床诊断是什么？
4. 目前存在哪些护理问题？

体温调节中枢在致热原作用下，或其他原因引起体温调节中枢自身功能紊乱，使产热增多、散热减少，体温升高超出正常范围，称为发热（fever），是临床最常见的症状之一。



一、发生机制

分为致热原性和非致热原性发热，前者多见。

1. 致热原性发热 可分为外源性和内源性两大类。外源性致热原包括病原微生物及其产物、炎症渗出物、抗原-抗体复合物、无菌坏死组织等，其分子量较大，不能直接通过血-脑脊液屏障作用于体温调节中枢。但是，外源性致热原可激活白细胞，使之形成并释放内源性致热原如白介素、肿瘤坏死因子、干扰素等而使体温升高。因内源性致热原分子量较小，可通过血-脑脊液屏障直接作用于体温调节中枢，使体温调定点上移。体温调节中枢对体温重新调节，一方面通过运动神经使骨骼肌紧张性增高或阵挛（表现为寒战），产热增多；另一方面，通过交感神经使皮肤血管及竖毛肌收缩，排汗减少或停止，散热减少。产热大于散热，最终导致体温升高。

2. 非致热原性发热 体温调节中枢直接受损如颅脑损伤、出血、炎症等，或机体存在引起产热过多（如癫痫持续状态、甲状腺功能亢进）、散热减少的疾病（如广泛性皮肤病），体温调节功能发生障碍引起发热。

二、病因

根据致热原的来源和性质不同，分为感染性和非感染性两大类，以前者多见。

1. 感染性发热（infective fever）最常见，占发热病因的 50% ~ 60%。各种病原体包括细菌、病毒、立克次体、支原体、衣原体、螺旋体、真菌、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。其中细菌感染更为多见。

2. 非感染性发热（non-infective fever）临床常见病因见表 3-1。

表3-1 发热常见非感染性病因及其特点

病因	常见疾病及特点
体温调节中枢功能障碍	常见于中暑、安眠药中毒、脑出血、颅脑外伤等；高热无汗是其特点，其产生与体温调节中枢直接受损有关
无菌性坏死物质吸收	常见于大面积烧伤、创伤、大手术后内出血（物理、化学或机械性损伤）；心、肺、脾等内脏梗死及肢体坏死（因血管栓塞或血栓形成造成的组织缺血性坏死）；恶性肿瘤、溶血反应（组织细胞破坏）
皮肤散热障碍	常见于广泛性皮炎、鱼鳞病、慢性心力衰竭；多为低热
内分泌与代谢障碍	常见于甲状腺功能亢进症（产热增多），多为低热，甲亢危象时可伴有高热；严重脱水时（散热减少），多为低热
抗原-抗体反应	常见于风湿热、血清病、药物热、结缔组织病等（其发热与变态反应时抗原-抗体复合物形成有关）；多为长期低热、中等度热
自主神经功能紊乱	功能性发热，包括夏季低热、生理性低热、感染后低热、原发性低热；多表现为低热

三、临床表现

1. 发热的临床过程及特点 发热的临床经过一般分为三个阶段。

（1）体温上升期：其特点为产热大于散热，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。体温上升有两种方式。①骤升型：体温于数小时达到 39 ~ 40℃ 或以上，常伴有寒战，常见于疟疾、大叶性肺炎、败血症、输液反应等，小儿常伴有惊厥；②缓升型：体温缓慢上升，数日内才达到高峰，多不伴有寒战，常见于伤寒、结核病。





(2) 高热期：其特点为产热和散热过程在较高水平上保持相对平衡，此期体温达到高峰。发热持续时间可因病因不同而异，如疟疾可维持数小时、肺炎球菌性肺炎可持续数天、伤寒可持续数月。患者常表现为寒战消失、皮肤潮红、灼热、呼吸加快，开始出汗并逐渐增多。

(3) 体温下降期：其特点为散热大于产热，体温随病因消除而降至正常水平。①骤降：体温于数小时内迅速降至正常，常伴有大汗。常见于肺炎球菌性肺炎、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。常见于伤寒、风湿热等。患者常表现为多汗、皮肤潮湿。

2. 热程及分度

(1) 热程：根据发热期的长短分为急性和长期发热。①急性发热：起病急，发热病程 < 2 周，常见于急性感染；②长期发热：发热持续 2 周以上，常见于伤寒、结核、淋巴瘤等。



知识链接

不明原因发热

不明原因发热 (fever of unknown origin, FUO)，是指没有明确诱因引起的发热持续 3 周以上，体温 $>38.3^{\circ}\text{C}$ ，住院 1 周经完整的病史询问、体格检查和常规实验室检查后仍不能确诊的发热。该标准排除了短期内治愈但原因不明的发热、某些自限性病毒感染及功能性发热。目前，约有 10% 的 FUO 病例始终不能明确病因。发热本身可由多类疾病，如感染、肿瘤、自身免疫病和血液病等疾病引起，无法明确归类。

(2) 发热的分度：以口腔温度为标准。按发热的高低可分为以下几类：低热 ($37.3 \sim 38^{\circ}\text{C}$)，中等度热 ($38.1 \sim 39^{\circ}\text{C}$)，高热 ($39.1 \sim 41^{\circ}\text{C}$)，超高热 ($> 41^{\circ}\text{C}$)。

3. 热型及临床意义 将不同时间测得的体温数值分别记录在体温单上形成不同的体温曲线即为热型 (fever type)。不同的病因可致不同热型，常见热型见表 3-2、图 3-1 ~ 图 3-6。

表3-2 临床常见热型及其特点

热型	常见疾病及临床特点
稽留热	常见于肺炎球菌性肺炎高热期、伤寒。特点：体温持续在 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 或以上，达数天或数周，24h 内波动范围 $< 1^{\circ}\text{C}$
弛张热	常见于败血症、严重化脓性感染、重症肺结核等。特点：体温 $> 39^{\circ}\text{C}$ ，24h 内波动范围 $> 2^{\circ}\text{C}$ ，但体温最低时仍高于正常
间歇热	常见于疟疾、急性肾盂肾炎等。特点：体温骤升达 39°C 以上，持续数小时又骤降至正常，无热期可持续 1 天或数天，体温又突然升高，高热期与无热期反复交替出现
回归热	常见于回归热、霍奇金淋巴瘤等。特点：体温骤升至 39°C 或以上，持续数天后又骤降至正常水平，数日后又骤升至高热，如此规律地交替出现
波状热	常见于布鲁菌病。特点：体温逐渐升高到 39°C 或以上，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，又称“反复发热”
不规则热	常见于支气管炎、结核病、肿瘤等。特点：发热的体温曲线没有一定规律



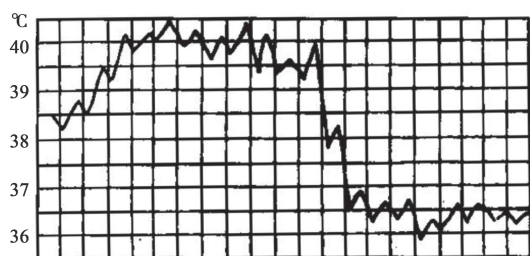


图 3-1 稽留热

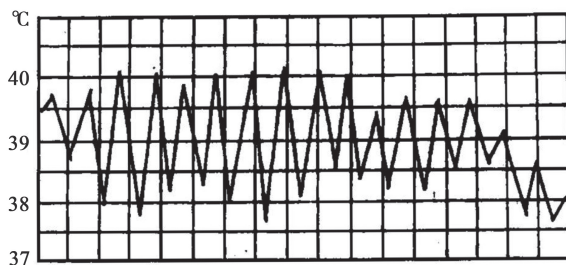


图 3-2 弛张热

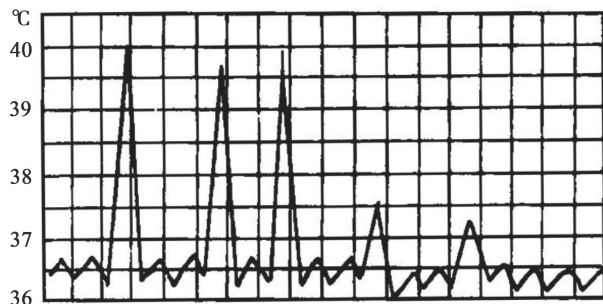


图 3-3 间歇热

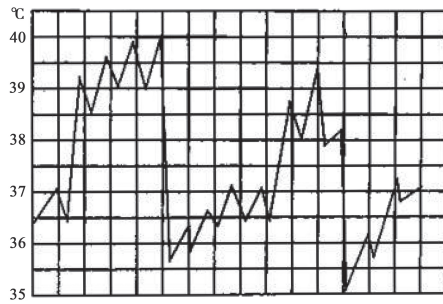


图 3-4 回归热

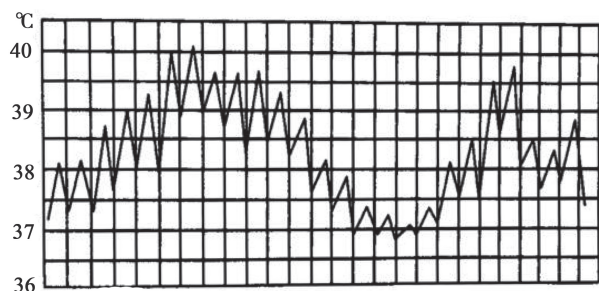


图 3-5 波状热

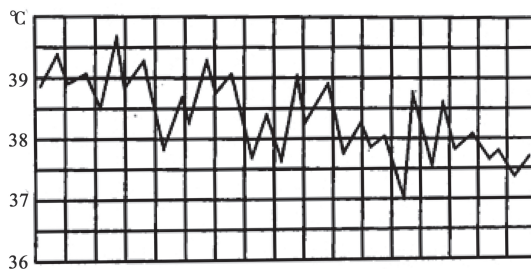


图 3-6 不规则热

四、护理评估要点

1. 发热的临床特点 起病时间、起病缓急、发热程度及持续时间、有无特征性热型，以及有无用药、药物种类、剂量及效果；有无采取降温措施及其效果等。

2. 病因及诱发因素 询问患者有无各种感染，接触高温环境、手术史等病史；有无淋雨、受凉、过度劳累、饮食不洁、损伤、精神刺激等相关诱发因素。

3. 伴随症状 发热伴有昏迷者多为中枢神经系统感染或急性脑血管病变；伴有寒战的高热常见于败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、疟疾等；有无寒战、乏力、头痛、肌肉酸痛；是否伴有咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呕吐、腹泻、腹痛、尿频、尿急、尿痛等相关系统疾病的表现。

4. 发热对患者的影响

(1) 生理方面：高热期，应重点评估患者的生命体征及意识状态，小儿有无高热惊厥，口腔黏膜有无炎症。体温下降期，服用解热药或年老体弱者有无出汗过多导致的脱水、休克发生；长期发热者，应评估其营养状态，有无明显体重下降等。

(2) 心理方面：评估患者的精神状况，有无紧张、焦虑、沮丧等心理反应。





五、相关护理诊断

1. 体温过高 与病原体感染、体温调节中枢功能障碍、自主神经功能紊乱等有关。
2. 体液不足 与体温下降期出汗过多和（或）液体摄入不足有关。
3. 营养失调：低于机体需要量 与营养摄入不足及发热使机体代谢率增加有关。
4. 口腔黏膜改变 与发热导致口腔黏膜干燥、局部抵抗力下降有关。
5. 潜在并发症：意识障碍、惊厥。

小 结

1. 发热是指由于内源性、外源性致热原引起体温调节中枢调定点上移，使得产热增多、散热减少，体温最终超过正常水平。临床常见的病因有感染性和非感染性两大类，前者多见。

2. 发热的临床经过分为体温上升期、高热期和体温下降期三个阶段，体温上升有骤升和渐升，下降也分为骤降和渐降。发热可分低热（ $37.3 \sim 38^{\circ}\text{C}$ ）、中等度热（ $38.1 \sim 39^{\circ}\text{C}$ ）、高热（ $39.1 \sim 41^{\circ}\text{C}$ ）、超高热（ $> 41^{\circ}\text{C}$ ）；根据热程分为急性发热、慢性发热和不明原因的发热。

3. 临床常见热型有稽留热、弛张热、间歇热、回归热、波状热和不规则热。

4. 发热的护理评估要点包括发热的临床特点、病因及诱发因素、伴随症状及对患者身心的影响。

（李金芝）

第二节 水 肿



学习目标

通过本节内容的学习，学生应能：

◆ 识记

1. 说出水肿的概念。
2. 阐述水肿的分类。

◆ 理解

1. 用自己的语言解释水肿的发生机制。
2. 比较各类全身性水肿，正确说明其临床表现的区别。
3. 比较各类局部性水肿，正确说明其临床表现的区别。

◆ 运用

1. 运用本节所学知识，针对水肿的患者作出全面准确的护理评估。
2. 根据护理评估，正确作出护理诊断，并列出具相关因素。





案例 3-2

患者，男，65岁，风湿性心脏病史20年。近日感冒后出现胸闷、气促、夜间不能平卧、腹胀、双下肢水肿症状。查体：颈静脉怒张，肝颈静脉回流征阳性；双肺可闻及湿啰音；心界向两侧扩大，心音低钝，心尖部可闻及Ⅲ级舒张期隆隆样杂音；肝大，右肋下3指。

问题与思考：

患者为什么出现水肿症状？

机体组织间隙积聚过多液体导致组织肿胀称为水肿（edema）。过多的液体积聚在体腔内称为积液（hydrops），如胸腔积液、腹水、心包积液等，为水肿的特殊形式。通常情况下，水肿不包括内脏器官的水肿，如脑水肿、肺水肿等。

一、发生机制

正常人体组织间隙液体量是通过机体内外和血管内外液体的平衡交换维持相对恒定。

1. 机体内外液体交换 肾是维持机体内外液体交换平衡的重要脏器，调节机体的水、电解质平衡。因此任何原因导致的球-管失衡均可使肾排水、排钠减少，引起水钠潴留，导致全身性水肿，如继发性醛固酮增多症。

2. 血管内外液体交换 组织液是血浆经毛细血管壁滤过而形成的，液体通过毛细血管壁的滤过和重吸收取决于有效滤过压、毛细血管通透性、静脉和淋巴回流等因素。其中有效滤过压 = (毛细血管内静水压 + 组织液胶体渗透压) - (血浆胶体渗透压 + 组织内静水压)。通常情况下有效滤过压维持在平衡状态，保证滤过和重吸收。当有效滤过压升高时，液体滤过增加，组织液生成增多。

因此，血管内外液体交换失衡常见原因包括：①水钠潴留，如继发性醛固酮增多症等；②毛细血管内静水压升高，如充血性心力衰竭；③血浆胶体渗透压降低，如低蛋白血症；④毛细血管通透性增高，如过敏；⑤淋巴液体或静脉回流受阻，如丝虫病、血栓性静脉炎等。

二、分类

1. 按照水肿发生的范围分类

(1) 全身性水肿（anasarca）：指液体在组织间隙内弥漫性分布。

(2) 局部性水肿（local edema）：指液体积聚在局部组织间隙中。

2. 按照水肿发生是否肉眼可观察分类

(1) 显性水肿（frank edema）：指组织间隙液体积聚过多，皮肤可表现为肿胀、弹性差、皱纹变浅，指压凹陷明显且恢复较慢。

(2) 隐性水肿（recessive edema）：指组织间隙内液体积聚较少，指压凹陷不明显，患者伴有体重增加超过10%。

三、临床表现

1. 全身性水肿

(1) 心源性水肿（cardiac edema）：主要见于右心功能不全引起的体循环淤血。发生机制主要是有效循环血量减少，肾血流量减少，继发性醛固酮增多而引起水钠潴留、静脉淤血，血



管有效滤过压升高,超过了组织液的重吸收能力所致。其特点是首先发生在身体下垂部位,如踝内侧、胫骨前部(图3-7);经常卧床者出现在腰骶部。水肿为对称性、凹陷性,通常伴有颈静脉怒张、肝大等体循环淤血的表现。严重时发生全身水肿合并胸腔积液、腹水、心包积液等。

(2) 肾源性水肿(renal edema):主要见于各型肾炎及肾病。发生机制主要是多种因素引起肾小球有效滤过降低,导致水钠潴留;大量蛋白尿导致低蛋白血症,血浆胶体渗透压降低,血管有效滤过压升高。其特点是首先发生在结缔组织疏松处,如晨起眼睑与颜面水肿,继之发展为全身性水肿,通常伴有高血压、尿常规改变、肾功能损害的表现(图3-8)。肾病综合征水肿显著,常为中度或重度,可伴有胸腔积液、腹水。



图 3-7 心源性水肿



图 3-8 肾源性水肿



图 3-9 肝源性水肿

(3) 肝源性水肿(hepatic edema):主要见于失代偿期肝硬化。发生机制主要是门静脉高压引起腹腔内脏毛细血管内静水压增高;肝静脉回流受阻,淋巴液回流受阻,生成过多;肝内白蛋白合成减少,血浆胶体渗透压降低;醛固酮在肝内灭活功能下降,体内醛固酮升高,导致水钠潴留;有效循环血容量下降,肾灌注不足,肾小球滤过率下降,肾小管重吸收增加。其特点是以腹水为主要表现,也可先出现踝部水肿,逐渐向上蔓延,而头、面及上肢常无水肿。通常伴有肝功能减退及门脉高压症表现(图3-9)。

心源性、肾源性、肝源性水肿的鉴别见表3-3。

表3-3 心源性、肾源性、肝源性水肿的鉴别

鉴别要点	心源性水肿	肾源性水肿	肝源性水肿
病因	右心功能不全	各型肾炎及肾病	失代偿期肝硬化
临床表现	从身体下垂部位开始,蔓延至全身(上行性水肿)	从晨起眼睑与颜面开始,蔓延至全身(下行性水肿)	腹水,也可先出现踝部水肿,逐渐向上蔓延,头、面及上肢常无水肿
伴随症状	伴有颈静脉怒张、肝大等体循环淤血的表现	伴有高血压、尿常规改变等肾功能损害的表现	肝功能减退及门脉高压症表现
发展速度	发展较慢	发展较快	发展较慢
水肿性质	移动性小	移动性大	移动性大





(4) 营养不良性水肿 (nutritional edema): 主要见于慢性消耗性疾病、长期营养缺乏、蛋白质丢失过多等导致的低蛋白血症等。发生机制主要是低蛋白血症所致的血浆胶体渗透压下降, 血管有效滤过压升高而导致水肿。其特点是水肿从组织疏松处开始, 然后发展至全身, 低垂部较明显。水肿发生前常有消瘦、贫血、体重减轻等症状。

(5) 其他原因引起的全身性水肿

1) 黏液性水肿 (myxedema): 主要见于甲状腺功能减退。发生机制是甲状腺素缺乏, 机体对黏蛋白、黏多糖的分解代谢减弱, 从而使其积聚在组织间隙所致。其特点是非凹陷性水肿, 以口唇、眼睑及下肢较明显。

2) 特发性水肿 (idiopathic edema): 多发于女性, 发生机制可能与内分泌失调及直立体位的反应异常有关。其特点是发生在身体低垂部位, 长时间直立与劳累后出现, 休息后减轻或消失。

3) 药物性水肿 (pharmacoedema): 见于糖皮质激素、胰岛素、性激素等药物治疗过程中, 发生机制为水钠潴留。

4) 经前期紧张综合征: 特点为月经前 7 ~ 14 天出现眼睑、踝部、手部轻度水肿, 伴有乳房胀痛及盆腔沉重感, 月经后消退。

2. 局部性水肿

(1) 局部静脉回流受阻引起的水肿: 常见于局部炎症、肢体静脉血栓形成或栓塞性静脉炎、上腔或下腔静脉阻塞综合征。发生机制是局部静脉回流受阻, 毛细血管静水压升高, 血管有效滤过压升高。

(2) 淋巴回流受阻引起的水肿: 常见于丝虫病, 由淋巴回流受阻引起, 表现为双下肢象皮肿, 局部皮肤粗糙、增厚 (图 3-10)。

(3) 毛细血管通透性增加引起的水肿: 常见于变态反应性疾病, 多发生于面部、口唇及舌部, 表现为水肿部位皮肤苍白, 呈蜡样光泽, 有弹性, 无疼痛。如喉头水肿, 可危及生命。



图 3-10 象皮肿

四、护理评估要点

1. 水肿的相关疾病史与诱发因素 既往有无心、肝、肾、内分泌及代谢疾病和过敏性疾病病史, 是否长期应用激素类药物等。

2. 水肿的临床表现 水肿出现的时间、部位、急缓、程度、全身性或局部性、对称性、凹陷性, 与体位的关系等。

3. 水肿对患者的影响 如体重变化、运动情况、血压、心率变化, 皮肤有无水疱、溃疡、感染状况等。

4. 诊断、治疗与护理经过 重点为水钠摄入情况及利尿剂应用情况。应用利尿剂者, 应进一步询问利尿药物的种类、给药途径、剂量、疗效和不良反应等。

五、相关护理诊断

1. 体液过多 与右心功能不全所致水钠潴留有关, 与肾疾病所致水钠潴留有关。
2. 皮肤完整性受损 / 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 与胸腔积液所致呼吸困难有关, 与腹水所致呼吸困难有关。



4. 潜在并发症：急性肺水肿。

小 结

1. 定义 机体组织间隙积聚过多液体导致组织肿胀称为水肿。
2. 分类 水肿可以分为全身性水肿和局部性水肿、显性水肿和隐性水肿。
3. 临床表现 ①全身性水肿常见于心源性水肿、肾源性水肿、肝源性水肿。心源性水肿多发生于身体下垂部位，呈对称性，常伴有颈静脉怒张、肝大等表现；肾源性水肿常发生于结缔组织疏松处，常伴有高血压、尿常规改变等肾功能损害表现；肝源性水肿以腹水为主要表现，常伴有肝功能减退及门脉高压症表现；营养不良性水肿常从组织疏松处开始，然后发展至全身，常伴有消瘦、贫血、体重减轻等症状。
- ②局部性水肿常由局部静脉、淋巴回流受阻以及毛细血管通透性增加引起。
4. 护理评估要点 疾病史或用药史、临床表现特点、对患者的影响、诊断治疗与护理经过。

(霍 苗)

第三节 脱 水

**学习目标**

通过本节内容的学习，学生应能：

◆ 识记

说出脱水的概念，高渗性、低渗性和等渗性脱水的判断标准和临床主要表现。

◆ 理解

1. 解释正常人体体液调节机制。
2. 总结引起脱水的常见病因。

◆ 运用

能够对患者作出全面准确的护理评估，并提出护理诊断。

脱水(dehydration)是指体液丢失致使体液容量不足、细胞外液明显减少而引起的一组临床症候群，严重时会导致患者虚脱，甚至有生命危险。根据血钠浓度和血浆胶体渗透压的不同将脱水分为高渗性脱水、低渗性脱水和等渗性脱水3种类型。

一、病因及发生机制

正常情况下，机体通过容量-压力依赖性和渗透压依赖性两个调节机制，改变肾排水量和口渴中枢的兴奋性以维持机体水平衡。临床上，任何因素引起机体水摄入量不足、水排出量超过机体调节能力或水钠调节机制失衡，即可出现体液容量不足，发生脱水。

1. 高渗性脱水(hypertonic dehydration) 失水多于失钠，血清钠浓度 $>150\text{mmol/L}$ ，血浆渗透压 $>310\text{mOsm/L}$ ，又称“原发性缺水”。

(1) 常见病因：①水摄入不足。各种消化道疾病所致吞咽困难、昏迷等危重患者补液不





足、脑部病变导致口渴中枢功能障碍者。②水丢失过多。包括经胃肠道失水过多（如严重呕吐、腹泻）、经呼吸道和皮肤失水过多（如高热环境、高热、甲状腺功能亢进、气管切开和过度换气）、经肾失水过多（如尿崩症、糖尿病酮症酸中毒、应用大量渗透性利尿剂）。

（2）发生机制：当失水多于失钠时，细胞外液渗透压增加，抗利尿激素分泌增多，肾小管对水的重吸收增加，导致少尿和尿密度（比重）增加，并刺激下丘脑口渴中枢引起口渴感。若循环血量明显减少，可激发醛固酮分泌增加，钠和水的重吸收增加，以维持血容量。当细胞外液渗透压进一步增高时，细胞内液转移到细胞外，造成细胞内脱水。细胞内脱水的程度超过细胞外液脱水的程度，最后可导致脑细胞缺水而引起脑功能障碍。

2. 低渗性脱水（hypotonic dehydration）水和钠同时缺失，失钠多于失水，血清钠浓度 $< 130\text{mmol/L}$ ，血浆渗透压 $< 280\text{mOsm/L}$ ，细胞外液呈低渗状态。

（1）常见病因：①肾失水失钠过多，如长期使用排钠利尿剂，抑制肾小管对钠的重吸收。②高渗或等渗失水治疗过程中只注重补水而忽视补钠，如胃肠道消化液持续性丧失，钠随消化液大量丧失；烧伤、手术后广泛渗液丧失等。

（2）发生机制：因失水少于失钠，细胞外液呈低渗状态。机体减少抗利尿激素的分泌，使水在肾小管内的重吸收减少，尿量排出增多而尿比重降低。细胞外液向细胞内转移，导致细胞外液明显减少，易发生周围循环衰竭，严重者可导致脑水肿。

3. 等渗性脱水（isotonic dehydration）水和钠成比例丢失，血清钠浓度维持在 $130 \sim 145\text{mmol/L}$ ，血浆渗透压保持在 $280 \sim 310\text{mOsm/L}$ ，细胞外液呈等渗状态。

（1）常见病因：①消化液的急性丧失，如急性腹泻、剧烈呕吐、肠痿等；②大面积烧伤，反复大量放胸腔积液或腹水。

（2）发生机制：因水和钠成比例地丧失，血清钠和细胞外液渗透压维持正常。由于细胞内外液的渗透压相当，细胞内液并不向细胞外液间隙转移。等渗性脱水以细胞外液减少为主，刺激抗利尿激素和醛固酮分泌增加，肾对水、钠重吸收加强，使得细胞外液容量得到部分补充。若细胞外液量严重减少，则可导致血压降低、休克甚至肾衰竭。

二、临床表现

1. 高渗性脱水 其临床特点为口渴明显，少尿，尿密度（比重）升高，血容量下降较轻，重度脱水时可出现脱水热、嗜睡、抽搐和昏迷。根据体重下降的程度，将高渗性脱水分为轻度、中度和重度。轻度脱水：体重下降 $2\% \sim 4\%$ ，临床主要表现为口渴、乏力、皮肤黏膜干燥、直立性低血压、尿量减少等；中度脱水：体重下降 $5\% \sim 9\%$ ，临床主要表现为皮肤弹性下降、眼窝深陷、心悸、血压下降；重度脱水：体重下降 10% 以上，常出现循环衰竭和中枢神经系统功能受损表现如少尿、脉搏细弱、血压明显降低、谵妄、嗜睡甚至昏迷。

2. 低渗性脱水 其临床特点为早期即有低钠血症表现如手足麻木、恶心、呕吐等，尿密度（比重）降低，无明显口渴感；血容量明显不足，出现脉搏细速。重度低钠血症可导致脑细胞水肿而出现意识障碍。皮肤弹性明显下降，黏膜干燥，眼窝深陷，婴幼儿囟门凹陷等脱水貌较为明显。

3. 等渗性脱水 疾病早期或轻症者无明显口渴感，血容量不足的临床表现出现较早；若细胞外液容量严重减少，可出现血压下降、脉搏细速、肢端湿冷、休克甚至肾衰竭。

三、护理评估要点

1. 脱水的严重程度及临床特点 起病时间、体重下降程度、出入量、生命体征、皮肤弹性、眼窝凹陷及静脉充盈情况、有无意识障碍等。

2. 病因及诱发因素 询问有无严重呕吐、腹泻、高热、使用利尿剂等病因及诱因。





3. 对患者的影响 重点评估有无血容量不足及中枢神经功能受损的表现。
4. 诊断、治疗和护理经过 包括实验室检查结果如血浆胶体渗透压、血清电解质，补充液体的种类、途径、量、速度及效果等。

四、相关护理诊断

1. 体液不足 与液体摄入不足或丢失过多有关。
2. 潜在并发症：意识障碍。

小 结

1. 脱水 是指体液丢失致使体液容量不足、细胞外液明显减少而引起的一组临床症候群，分为高渗性脱水、低渗性脱水和等渗性脱水。
2. 高渗性脱水 常见病因为水摄入不足或丢失过多；临床主要特点为口渴明显，少尿、尿比重升高，严重时可出现脱水热、嗜睡、昏迷。根据体重下降程度分为轻度（体重下降2%~4%）、中度（体重下降5%~9%）和重度脱水（体重下降>10%）。
3. 低渗性脱水 常见病因为肾失钠多于失水。临床特点为早期即有低钠血症表现如手足麻木、恶心、呕吐等，尿密度（比重）降低，无明显口渴感；血容量明显不足，出现脉搏细速。
4. 等渗性脱水 常见病因是消化液大量丢失；血容量不足的临床表现出现较早，有尿少、乏力、舌干、厌食、眼球下陷、皮肤松弛干燥等脱水表现。
5. 护理评估要点 脱水的严重程度及临床特点，病因及诱发因素，对患者的影响，诊断治疗和护理经过。

（李金芝）

第四节 皮肤黏膜出血



学习目标

通过本节内容的学习，学生应能：

◆ 识记

1. 说出皮肤黏膜出血的概念。
2. 描述出血的特征。

◆ 理解

分析引起皮肤黏膜出血的临床常见病因；解释其发病机制。

◆ 运用

能够对患者作出全面准确的护理评估，并提出护理诊断。

皮肤黏膜出血（mucocutaneous hemorrhage）是因机体止血或凝血功能障碍所引起的，通常以全身性或局限性皮肤黏膜自发性出血或损伤后难以止血为临床特征。

一、病因

1. 血管壁功能异常 正常情况下，血管破损时，局部小血管即发生反射性收缩，使血流





变慢，以利于初期止血；继之，在血小板释放的血管收缩素等血清素作用下，使毛细血管较持久收缩，从而达到止血作用。当毛细血管壁存在先天性缺陷或受损伤时则不能正常地收缩而发挥止血作用，致皮肤黏膜出血。常见于遗传性毛细血管扩张症、紫癜以及严重感染、化学物质或药物中毒、代谢障碍、动脉硬化和维生素 C 缺乏等。

2. 血小板数量或功能异常 当血小板数量或功能异常时，均可导致皮肤黏膜出血。

①血小板减少：包括血小板生成减少（如再生障碍性贫血、白血病、感染、药物性抑制）、血小板破坏过多（如特发性血小板减少性紫癜、药物免疫性血小板减少性紫癜）、血小板消耗过多（如弥散性血管内凝血等）；②血小板功能异常：包括遗传性因素（血小板无力症、血小板病）、继发性血小板减少（继发于药物、肝病、尿毒症、异常球蛋白血症等）。

3. 凝血功能障碍 任何一个凝血因子缺乏或功能不足均可引起凝血障碍，导致皮肤黏膜出血。①遗传性疾病：血友病低纤维蛋白原血症、凝血酶原缺乏症、低凝血酶原血症、凝血因子缺乏症等；②继发性：严重肝病、尿毒症、维生素 K 缺乏；③循环血液中抗凝物质增多或纤溶亢进：异常蛋白血症类、肝素抗凝物质增多、原发性纤溶或弥散性血管内凝血所致的继发性纤溶、抗凝药物治疗过量等。

二、临床表现

临床主要特征为血液淤积于皮肤或黏膜下，形成红色或暗红色斑，压之不褪色。根据出血面积大小可分为瘀点（直径 $< 2\text{mm}$ ）、紫癜（直径 $3 \sim 5\text{mm}$ ）和瘀斑（直径 $> 5\text{mm}$ ）。过敏性紫癜表现为四肢或臂部有对称性、高出皮肤（荨麻疹或丘疹样）的紫癜，可伴有痒感、关节痛及腹痛。可出现齿龈出血、鼻出血、血尿及黑便，女性可有月经过多；严重时可导致肌肉、关节腔和内脏出血。

三、护理评估要点

1. 临床特点 发病年龄、起病缓急，出血时间、部位、范围大小及其特点（自发性出血或损伤后出血）、持续天数及消退情况；是否伴发鼻出血、牙龈出血、血尿、黑便等出血症状；有无皮肤苍白、乏力、头晕、眼花、发热、黄疸、腹痛、骨关节疼痛等相关疾病症状。

2. 病因及诱发因素 询问有无过敏史、外伤史、感染史、肝肾疾病史以及有无接触化学药物及放射性物质、服药史等。

3. 诊断、治疗与护理经过 既往诊断、治疗及护理措施、效果等。

四、相关护理诊断

焦虑 与皮肤黏膜出血所致情绪改变有关。

小结

1. 病因 常见的有血管壁功能异常、血小板数量或功能异常和凝血功能障碍等。
2. 临床表现 以全身性或局限性皮肤黏膜自发性出血或损伤后难以止血为临床特征。根据出血面积大小可分为瘀点（直径 $< 2\text{mm}$ ）、紫癜（直径 $3 \sim 5\text{mm}$ ）和瘀斑（直径 $> 5\text{mm}$ ）。
3. 护理评估要点 临床特点、病因及诱发因素、诊断治疗与护理经过。

（李金芝）





第五节 疼 痛



学习目标

通过本节内容的学习，学生应能：

◆ 识记

1. 说出疼痛的概念、分类及其特点。
2. 列举评估疼痛的常用工具。
3. 列举引起机体不同部位疼痛的常见病因。

◆ 理解

1. 解释疼痛的发生机制。
2. 比较不同病因所致疼痛的临床特点。

◆ 运用

能够对患者作出全面准确的护理评估，并提出护理诊断。

疼痛（pain）是机体受到伤害性刺激所引起的不愉快的主观感觉和情感体验，为临床常见症状。疼痛是人体正常的防御功能，但是强烈、持久的疼痛可导致生理紊乱，甚至发生休克。

一、发生机制

皮肤、躯体（肌肉、肌腱、关节、骨膜）、小血管和毛细血管旁结缔组织和内脏神经末梢是痛觉的外周伤害感受器。当各种物理、化学刺激作用于机体达到一定程度时，受损部位的组织释放致痛物质如乙酰胆碱、5-羟色胺、组胺、缓激肽、P物质、酸性代谢产物、 K^+ 、 H^+ 等，刺激痛觉感受器发出冲动，冲动经上行传导系统传导至大脑皮质痛觉感受区域，从而引起痛觉；或在脊髓内弥散性上升引起不良情绪反应。

二、分类

1. 根据疼痛的起始部位及传导途径，可将疼痛分为6种，见表3-4。

表3-4 疼痛的分类

分类	特点
皮肤痛	疼痛来自体表，多因皮肤黏膜受损而引起；特点为“双重痛觉”：刺激后立即出现的尖锐刺痛（快痛），定位明确；之后出现烧灼样疼痛（慢痛），定位不明确
躯体痛	多由肌肉、肌腱、筋膜和关节等深部组织受到机械性与化学性刺激引起，其中以骨膜的痛觉最为敏感
内脏痛	主要因为内脏器官受到机械性牵拉、扩张或痉挛、炎症、化学刺激所引起。特点为定位不明确，发生持久而缓慢，可为钝痛、绞痛或烧灼样痛，常伴有恶心、呕吐
神经痛	为神经受损而引起的疼痛，表现为剧烈灼痛或酸痛
假性痛	去除病灶后仍感到相应部位疼痛，如截肢患者仍感到肢体疼痛。可能与病变部位的疼痛刺激在大脑皮质形成强兴奋灶的后遗影响有关
牵涉痛	内脏器官疾病引起疼痛的同时在体表某些部位亦发生痛觉或痛觉过敏。与牵涉痛部位和内脏病变器官均受同一脊髓节段的后根神经支配有关





2. 按照疼痛的程度分类

- (1) 微痛：似痛非痛，常与其他感觉复合出现，如痒、酸麻、沉重、不适感等。
- (2) 轻痛疼痛：范围局限，痛反应出现，程度较轻。
- (3) 中度疼痛：疼痛较重，伴有心率增快、血压上升、出汗等生理反应。
- (4) 剧痛：疼痛难忍，痛反应强烈。

3. 按照疼痛的病程分类

- (1) 急性疼痛：临床上将持续时间在半年以内的疼痛称为急性疼痛，常发生突然，疼痛剧烈，持续时间以数分钟、数小时、数天多见，经处理后疼痛很快消除或缓解。
- (2) 慢性疼痛：疼痛持续时间在半年以上者称为慢性疼痛，起病缓慢，病程长，具有持续性、顽固性和反复发作的特点。

4. 按照疼痛的部位分类

- (1) 头痛 (headache)：一般将发生于额、顶、颞部及枕部的疼痛称为头痛。
- (2) 胸痛 (chest pain)：发生于胸廓与胸腔部位的疼痛称为胸痛，为临床常见症状，包括源于胸壁表层皮肤、骨骼肌肉的疼痛以及源于胸部脏器病变的疼痛，少数源于其他系统器官疾病的胸痛。
- (3) 腹痛 (abdominal pain)：由于腹腔脏器病变或腹腔外疾病及全身性疾病引起的发生于腹部的疼痛称为腹痛，根据病变的性质可分为功能性和器质性。
- (4) 腰背痛：是由于肌肉挛缩、外伤或脊柱变形造成的，以腰部、背部、肩部、腿部的放射性疼痛、酸痛、挤压痛、咳嗽痛、牵拉痛等为主要临床表现。
- (5) 关节痛：是指由于关节炎或关节病引起的局部疼痛，可分为急性关节痛和慢性关节痛。前者以关节及其周围组织的炎性反应为主，后者以关节囊肥厚及骨质增生为主。

5. 按照疼痛的性质分类 可分为钝痛如胀痛、酸痛、闷痛等，锐痛如刺痛、切割样痛、绞痛、撕裂样痛、灼痛等。另外还包括压榨样痛、牵拉样痛、跳痛等。

6. 按照疼痛的发病经过分类 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。

三、病因及临床表现

(一) 头痛

头痛为临床常见症状，可见于各种疾病，一般无特异性，但是反复发作或持续的头痛可能是某些器质性疾病所致。

1. 病因

(1) 颅脑病变：①颅内感染如脑膜炎、脑炎、脑脓肿等；②血管病变如脑出血、蛛网膜下腔出血、脑血管畸形、高血压脑病、脑栓塞等；③占位性病变如脑肿瘤、颅内转移瘤、颅内囊虫病、颅内白血病浸润等；④颅脑外伤如脑震荡、脑挫伤、颅内血肿等；⑤其他如偏头痛、丛集性头痛、腰椎穿刺后遗症头痛等。

(2) 颅外病变：①颅骨疾病；②颈椎病及其他颈部疾病；③神经痛如三叉神经痛、枕神经痛、咽喉神经痛等；④眼、耳、鼻和齿疾病所致的牵涉性头痛。

(3) 全身性疾病：①急性感染如流感、肺炎、细菌性痢疾等发热性疾病；②心血管疾病如原发性高血压、心力衰竭等；③中毒如有机磷、一氧化碳、酒精及药物等中毒；④其他如中暑、贫血、尿毒症、肺性脑病等。

(4) 神经症：如癔症性及神经衰弱性头痛。

2. 临床表现

(1) 部位：全身性或颅内感染性疾病所致头痛多为全头部痛；颅内病变的头痛多为深在





性且较弥散，并可向病灶同侧的外表放射；高血压所致头痛常集中于额部或整个头部；蛛网膜下腔出血或脑脊髓膜炎的头痛常伴有颈痛；眼源性头痛多为浅在性且局限于前额、颞部、眼眶等部位，鼻源性头痛也多呈浅表性疼痛。

(2) 出现时间与持续时间：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，提示颅内血管性疾病；颅内占位性病变所致头痛多于清晨剧烈；鼻窦炎所致头痛常发生于清晨或上午；丛集性头痛常于晚上发生；女性偏头痛与月经周期有关；长期反复发生的一侧头痛，多为偏头痛。

(3) 程度与性质：脑肿瘤所致头痛多为轻度或中度疼痛，呈慢性进行性加重，且伴有颅内压增高的症状，如呕吐、缓脉、视神经盘水肿等；神经痛多为电击样痛或刺痛，三叉神经痛、偏头痛及脑膜刺激的疼痛最为剧烈；高血压性、血管性及发热性疾病所致头痛多为搏动性头痛；紧张性头痛多为重压感、紧束感或钳夹样痛；鼻源性头痛多为隐痛或钝痛。

(4) 伴随症状：不同病因所致头痛还伴有相关临床表现，包括剧烈呕吐、眩晕、发热、头痛突然加剧伴有意识障碍、视力障碍、脑膜刺激征、癫痫发作及神经功能紊乱症状。

(5) 诱发、加重或缓解因素：咳嗽、打喷嚏、俯身、摇头时可使颅内高压性头痛、颅内感染性头痛及脑肿瘤性头痛程度加剧。疲劳、睡眠不足可诱发偏头痛；紧张性头痛可因活动或按摩颈部肌肉而有所缓解；应用麦角新碱后可使偏头痛程度有所减轻。

(二) 胸痛

1. 病因

(1) 胸壁疾病：凡胸壁皮肤、肌肉、骨骼、神经的病变均可引起胸痛，如胸壁外伤、带状疱疹、肋骨骨折、肋间神经炎等。

(2) 呼吸系统疾病：如肺炎、支气管肺癌、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、心脏神经症等。

(4) 纵隔及食管疾病：如纵隔炎、纵隔肿瘤、食管裂孔疝、反流性食管炎、食管癌等。

(5) 膈或膈下疾病：如膈疝、膈下脓肿、肝脓肿、脾梗死等。

2. 临床表现

(1) 部位：大部分疾病引起的胸痛常有一定部位及特点，见表 3-5。

表3-5 胸痛部位及特点

疼痛原因	特点
胸壁疾病	常固定于病变部位，局部多有明显压痛，且在深呼吸、咳嗽、举臂等动作时加剧
带状疱疹	可见簇状水疱沿着一侧肋间神经分布，但不超过体表中线，疼痛剧烈
肋软骨炎	常于第 1、2 肋软骨处可见单个或多个隆起，局部有压痛，但无红肿表现
急性胸膜炎	一般为单侧，胸壁局部无压痛，常因深呼吸、咳嗽而使胸痛加重，多伴咳嗽、咳痰、呼吸困难等症状
自发性气胸	一侧胸部尖锐刺痛，因呼吸、咳嗽而加重
肺尖部肺癌	疼痛部位多以肩部、腋下为主，可放射至上肢内侧
肺梗死	疼痛部位在胸骨后，可向颈部、肩部放射
心绞痛及心肌梗死	疼痛常位于心前区与胸骨后或剑突下，呈压榨样痛，伴有窒息感；心肌梗死可向左肩、左前臂内侧、环指与小指放射
食管及纵隔疾病	疼痛位于胸骨后，常在吞咽时加剧
夹层动脉瘤	疼痛部位多在胸背部，向下放射至下腹部、腰部与两侧腹股沟和下肢
肝胆疾病及膈下脓肿	多在右下胸，侵犯膈肌中心时疼痛可放射至右肩部





(2) 程度与性质：胸痛性质多种多样，程度可呈隐痛、轻微和剧烈疼痛。带状疱疹呈刀割样或烧灼样剧痛；食管炎呈烧灼样疼痛；气胸发病初期呈撕裂样疼痛；干性胸膜炎常呈隐痛、钝痛或刺痛；肺梗死可突然发生剧痛或绞痛，随呼吸运动加剧，并伴有呼吸困难与发绀；心绞痛呈压榨样痛并有重压窒息感，心肌梗死则疼痛更为剧烈并伴有极度恐惧、濒死感；肋间神经痛为阵发性灼痛或刺痛；夹层动脉瘤常突然发生胸部撕裂样剧痛或锥样刺痛；肺癌和纵隔肿瘤胸痛多为闷痛。

(3) 持续时间：平滑肌痉挛或血管狭窄缺血所致的疼痛为阵发性，炎症、肿瘤、栓塞或梗死所致疼痛呈持续性。如心绞痛发作时持续时间较短，为1~5分钟，而心肌梗死时疼痛持续时间则很长（数小时或更长），且不易缓解。

(4) 诱发与缓解因素：呼吸、咳嗽时可导致胸壁炎症性胸痛、胸膜炎及心包炎所致胸痛加重；剧烈咳嗽或过度用力时可使自发性气胸所致胸痛加剧；食管疾病多在进食时发作或加剧，但是服用抗酸剂和促动力药物后可缓解消除；劳累、精神紧张可诱发心绞痛，休息、含服硝酸甘油或硝酸异山梨醇后1~2分钟内缓解，而对心肌梗死所致胸痛则无效。

（三）腹痛

1. 病因

(1) 急性腹痛：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腹膜炎症，多见于胃肠急性穿孔、腹腔脏器炎症波及腹膜引起，少数见于自发性腹膜炎；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、肝或脾破裂、异位妊娠破裂等；⑤腹腔血管病变，如门静脉血栓形成、脾栓塞、缺血性肠炎、夹层腹主动脉瘤等；⑥腹壁疾病，如腹壁脓肿、腹壁挫伤等；⑦胸部疾病所致的腹部牵涉痛，如肺梗死、心绞痛、心肌梗死等；⑧全身性疾病，如腹型过敏性紫癜、尿毒症所致的腹痛。

(2) 慢性腹痛：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、结核性腹膜炎、溃疡性结肠炎、慢性胰腺炎等；②胃、十二指肠溃疡；③腹腔空腔脏器的张力变化，如胃、肠痉挛或胃、肠、胆道运动障碍等；④腹膜及脏器包膜的牵张，如手术后腹膜粘连、肝淤血、肝炎、肝脓肿、肝癌等；⑤腹内肿瘤压迫与浸润，多见于恶性肿瘤；⑥腹内脏器的慢性扭转或梗阻，如慢性胃、肠扭转；⑦肠寄生虫病，如蛔虫病、钩虫病等；⑧中毒与代谢障碍，如铅中毒、尿毒症等；⑨胃肠神经功能紊乱，如胃肠神经症、肠易激综合征等。

2. 临床表现

(1) 腹痛部位：腹痛部位多为病变所在部位。如胃、十二指肠病变为中上腹痛或右上腹痛；肝胆疾病的疼痛在右上腹部；胰腺疾病疼痛多位于上腹部和左上腹部；小肠病变的疼痛位于脐部或脐周；回盲部病变的疼痛位于右下腹；结肠及盆腔病变的疼痛位于下腹部或左下腹部；机械性肠梗阻、急性出血性坏死性肠炎、弥漫性腹膜炎、腹型过敏性紫癜等疾病所致腹痛多呈弥漫性，部位多不明确。

(2) 出现的时间：餐后疼痛可能由于胆囊、胰腺疾病，胃部肿瘤或消化不良所致；周期性、节律性疼痛见于胃、十二指肠溃疡；子宫内膜异位症腹痛与月经周期有关。

(3) 性质与程度：消化性溃疡常呈慢性、周期性、节律性中上腹痛；若胃肠穿孔引起急性弥漫性腹膜炎，疼痛突然加剧，呈刀割样、烧灼痛，迅速出现全腹弥漫性广泛而持久的剧痛，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为阵发性绞痛，疼痛剧烈；小肠及结肠病变的疼痛多为间歇性、痉挛性绞痛，结肠病变的疼痛可在排便后减轻，直肠病变者常伴有里急后重；急性胰腺炎的患者突然发生中上腹剧烈而持续性钝痛、绞痛或刀割痛，呈阵发性加剧，可向腰背部呈带状放射；急性弥漫性腹膜炎可出现持续、广泛而剧烈的腹痛伴有腹肌紧张或板样强直。





(4) 诱发与缓解因素：胆绞痛可因进食脂肪餐而诱发；暴饮暴食、酗酒是急性胃扩张、急性胰腺炎的诱发因素；急性出血性坏死性肠炎多与饮食不洁有关；部分机械性肠梗阻多与腹部手术有关；腹部受到暴力外伤可能是肝、脾破裂的诱发因素。胃十二指肠病变在呕吐后可以缓解；急性腹膜炎腹痛在静卧时减轻，腹壁加压或改变体位时加重。

(四) 腰背痛

1. 病因 为最常见的临床症状之一，多以腰部局部病变为主要原因，可能与腰部长久负重，其结构易于损伤有关。按照疾病的部位可分为脊柱性疼痛和非脊柱性疼痛。常见病因有：①外伤性，如腰椎骨折、棘间韧带断裂、脊柱脱位、椎间盘突出；②炎症性，如纤维组织炎、风湿性腰痛、类风湿性腰痛、慢性筋膜炎、椎体结核及脓肿等；③肿瘤，包括原发性和继发性2种，后者多见；④畸形，包括脊柱畸形如脊柱侧凸症、脊椎滑脱、水平骶椎等，下肢畸形如先天性马蹄内翻足、膝内翻和膝外翻、脊髓灰质炎后遗症、平跖足等；⑤代谢性疾病，如骨质疏松、骨质软化、增生性脊椎病等；⑥内脏性疾病引起的放射痛，如心绞痛引起的左肩部疼痛，胆囊炎、胰腺炎引起的腰背痛，女性盆腔疾病、男性前列腺炎引起的下腹痛、腰骶部疼痛。

2. 临床表现

(1) 脊柱性腰痛：亦称器质性腰痛，是指脊柱的骨、关节或其他软组织的疾患所引起的腰痛，都有不同程度的腰部活动障碍和固定压痛点。具体临床表现见表3-6。

表3-6 脊柱性腰痛的临床表现

疾病	临床表现
脊椎骨折	有明显外伤史，骨折部位压痛和叩击痛明显，可有侧凸或后凸畸形，活动受限
脊椎肿瘤	疼痛持久、剧烈，可有放射性神经痛，休息或药物均难以缓解
椎间盘突出	腰痛和坐骨神经痛，程度可剧烈，可伴有下肢麻木、冷感或间歇性跛行；咳嗽、打喷嚏时疼痛加重，卧床休息时可缓解
化脓性脊椎炎	剧烈腰背痛，压痛和叩击痛明显；可伴有畏寒、高热等全身中毒症状
结核性脊椎炎	疼痛呈隐痛、钝痛或酸痛，夜间明显，活动后加剧，可伴有低热、乏力、盗汗、食欲缺乏等；晚期可出现脊柱畸形、冷脓肿及脊髓压迫症状
增生性脊椎炎	晨起时感腰痛、酸胀、僵直而活动受限，但活动腰部后疼痛有所好转，剧烈活动时腰痛加重；傍晚时疼痛最为明显，平卧休息时可缓解，腰椎无明显压痛
腰肌劳损	部位多为腰骶部，疼痛多为酸痛、钝痛，疼痛部位呈弥漫性，休息时缓解，劳累后加重，特别是弯腰工作时疼痛明显，伸腰或叩击腰部时可使疼痛缓解

2. 非脊柱性腰痛 又称症候性腰痛，多是由内脏疾病引起的腰背痛。它的特点是脊柱本身无病变，功能活动完全正常，压痛点不明显或不固定，或者有广泛性、均等性压痛。

3. 伴随症状 ①腰背痛伴脊柱畸形：外伤后畸形则多因脊柱骨折所致，缓慢起病者见于结核性脊椎炎和强直性脊柱炎，先天性畸形多见于先天性脊柱疾病。②伴有活动受限多见于脊柱外伤、脊柱炎、腰背部软组织急性扭挫伤。③伴高热者见于化脓性脊椎炎和椎旁脓肿，伴长期低热见于结核性脊椎炎、类风湿关节炎。④伴尿频、尿急、尿痛、排尿不尽，见于尿路感染、前列腺炎或前列腺肥大；伴血尿者见于肾、膀胱及输尿管结石。⑤伴暖气、反酸、上腹胀痛等见于胃、十二指肠溃疡或胰腺病变，腰痛伴腹泻或便秘见于溃疡性结肠炎或克罗恩病。⑥伴月经异常、痛经、白带过多多见于宫颈炎、盆腔炎、子宫附件炎症或肿瘤。

(五) 关节痛

1. 病因 病因复杂，可以是单纯的关节病变，也可能是全身疾病的局部表现。常见病因有：①关节炎，包括感染性（化脓性、结核性和中毒性关节炎）、外伤性、自身免疫性（风湿、





类风湿关节炎等)、代谢障碍性关节炎(骨质疏松性关节炎、高脂血症性关节炎、痛风等)等;②关节病,包括地方性关节病(地方性大骨节病)、血液病性关节炎(血友病性关节炎、白血病及关节型紫癜所致的关节病变);③骨关节肿瘤,良性的有骨样肉瘤、骨巨细胞瘤和骨纤维异常增生症、骨软骨瘤,恶性骨肿瘤如骨肉瘤、软骨肉瘤、滑膜肉瘤、骨纤维瘤和转移性骨肿瘤;④关节周围病变如肩关节周围炎、腕管综合征、腱鞘炎等引起的关节痛。

2. 临床表现 关节痛的临床表现见表 3-7。

表3-7 关节痛的临床特点

病变	临床表现
外伤性关节痛	急性损伤后立即出现关节疼痛、局部肿胀和功能障碍。慢性外伤性关节痛有明确的外伤史,反复出现疼痛,诱发因素有过度活动、负重及气候寒冷等
化脓性关节痛	关节明显红肿热痛,疼痛持续,功能严重障碍,活动时疼痛加剧
风湿性关节痛	关节红肿热痛,呈游走性,多于 1~6 周内自然消肿,以肩关节、髋关节、膝关节和踝关节多见,不遗留关节僵直和畸形
类风湿性关节炎	以手指中指指间关节首发疼痛,常为对称性,也可累及踝关节、膝关节和髋关节。病变关节活动受限,有晨僵感,关节周围肌肉萎缩,关节软骨增生,出现畸形表现
结核性关节炎	早期无明显症状和体征。活动期病变关节肿胀疼痛,程度较轻,活动后加重;晚期可出现关节畸形和功能障碍
退行性关节痛	早期表现为久站、步行和气候变化时关节疼痛,休息后缓解;晚期疼痛加重,持续时间长,关节有摩擦感,活动时有响声。关节周围组织肌肉挛缩常导致屈曲畸形,行走受限,呈跛行
痛风	常在饮酒、劳累或进食高嘌呤食物后出现关节剧痛,伴有局部皮肤红肿灼热;常于夜间疼痛加剧,以第 1 跖趾关节、拇趾关节多见;病变有自限性,1~2 周自行消退,易复发

四、护理评估要点

1. 相关病史及诱发因素 重点询问有无导致头痛、胸痛、腹痛、腰背部及关节痛的相关病史如外伤、手术史、感染、药物及食物中毒等,有无诱发因素及加重或缓解疼痛的因素,有无类似发作史及家族史等。



知识链接

世界镇痛日

疼痛是人体许多疾病的重要信号,适度的疼痛可以促使人们及时就医,对健康是有益的,但久治不愈的顽固性疼痛对患者则是无益的,免于疼痛是患者的权利。WHO 于 2000 年明确提出“慢性疼痛是一类疾病”。2004 年,世界疼痛研究学会(IASP)将每年 10 月第 3 个星期一定为“世界镇痛日(global day against pain)”,以更好地普及疼痛知识。2004 年 10 月 11 日是第一个“世界镇痛日”,其主题是“免除疼痛是患者的基本权利”。中华医学会疼痛学分会也将当天开始的 1 周定为第一个“中国镇痛周”。

随着人们对疼痛的认识逐渐深入,目前疼痛被提为继“血压、脉搏、呼吸、体温”人体四大生命体征后的“第五大生命体征”,积极采取有效的镇痛措施减轻或消除疼痛,是医护人员共同的职责。2007 年,原卫生部规定在二级以上医院中增加“疼痛科”。





2. 疼痛的临床表现 包括患者的年龄、疼痛发生起始部位、发作的缓急、发作时间、持续的时间、性质及严重程度（疼痛与病情严重性无平行关系），有无放射痛、牵涉痛或转移性疼痛。临床常用疼痛测评工具有：

（1）视觉模拟评分表（visual analogue scale, VAS）：是最常用的疼痛评估方法，画一长10cm的线段，两端分别代表无疼痛和难以忍受的剧烈疼痛。指导患者根据自己的主观感受在线段上选择某一点代表当时感受到的疼痛程度；然后用直尺测量从起点到患者确定点的直线距离，用测量到的数字表示疼痛的强度。

（2）语言等级评分法（verbal rating scale, VRS）：是一种评价疼痛程度和变化的方法。目前临床常用的有5级和6级评分法：前者分为无痛、轻度痛、中度痛、重度痛和剧烈痛共5级，后者分为无痛、轻度痛、中度痛、重度痛、剧烈痛和难以忍受的痛共6级。指导患者从一系列描述疼痛的形容词中挑选出符合自身疼痛的关键词，其优点是易于被患者和护士接受，缺点是受患者的主观因素的影响较大。

（3）数字等级评分法（numerical rating scale, NRS）：适用于文化程度相对较高的患者。画一长10cm的直线，等分为10点，“0”表示无痛，“10”表示难以忍受的疼痛。患者根据自己感受到的疼痛程度用0～10这11个数字描述。数字越大，表示疼痛程度越严重。NRS具有较高信度与效度，易于记录。其优点是较视觉模拟评分更为直观，缺点是患者容易受到数字和描述字的干扰，降低了其灵敏度和准确性。

（4）Wong-Baker疼痛面部表情评估法（Wong-Baker pain faces scale）：是用6种（0～5）从微笑、悲伤至痛苦得哭泣的面部表情图画来表达疼痛程度，其中0为无痛、1为轻度疼痛、2为中度疼痛、3为明显疼痛、4为严重疼痛、5为剧烈疼痛。指导患者选择一张最能表达其当时疼痛的脸谱。此法简单、直观、形象、易于掌握，适合于任何年龄，没有特定的文化背景或性别要求。特别适用于急性疼痛者、老人、小儿、文化程度较低者、表达能力丧失者及认知功能障碍者。



知识链接

疼痛评估方法重要性的等级

疼痛是一种不愉快的主观感受和伴有实际或潜在组织损伤的情绪体验。疼痛的评估方式可包含三种：患者自我报告法、行为观察法和生理指标评估法，其中自我报告法是最为准确和最有效的方法。鉴于观察患者的行为疼痛评分并不能完全等同于疼痛严重程度，生理指标如呼吸、血压、脉搏等缺乏特异性，而有些患者又缺乏自我报告疼痛的能力。因此，临床推荐使用疼痛评估方法重要性的等级原则是：Ⅰ——努力获得患者的疼痛主诉，它是疼痛评估的最可信指标；Ⅱ——考虑患者是否处于疼痛或经历疼痛的治疗，如有可能，假定疼痛是存在的；Ⅲ——观察患者疼痛的行为，如面部表情、哭喊、躁动及活动的改变；Ⅳ——评估患者的生理指标；Ⅴ——做一个镇痛实验（给予小剂量的镇痛药物来观察患者是否有疼痛行为的改变）来证实疼痛是否存在。如果疼痛存在，可为患者的疼痛治疗方案提供参考依据。

3. 伴随症状及体征 不同病因所致疼痛的伴随症状和体征有所不同。

4. 对患者的影响 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,剧烈疼痛者还应观察有无休克的表现。

5. 诊断、治疗与护理经过 重点询问止痛措施及其效果;慢性疼痛患者应注意用药情况,有无药物滥用或依赖。

五、相关护理诊断

1. 急性/慢性疼痛 与各种伤害性刺激作用于机体引起的不适有关。
2. 焦虑/恐惧 与疼痛长期不能有效缓解、反复发作或剧烈疼痛有关。
3. 睡眠型态紊乱 与疼痛有关。
4. 潜在并发症 休克。

小结

1. 概念 是机体受到伤害性刺激所引起的不愉快的主观感觉和情感体验。
2. 分类 按照疼痛起始部位和传导途径分为皮肤痛、躯体痛、内脏痛、牵涉痛、神经痛和假性痛;按照时间分为急性疼痛、慢性疼痛(持续时间>3个月);按照疼痛程度分为微痛、轻度疼痛、中度疼痛和剧烈疼痛;按照部位分为头痛、胸痛、腹痛、腰背痛和关节痛;疼痛性质可表现为钝痛、锐痛、压榨样痛、跳痛等。
3. 临床表现 不同病因所致疾病的疼痛,其部位、性质、程度、持续时间等有所不同。
4. 护理评估要点 相关病史及诱发因素、临床表现、伴随症状及体征、对患者的影响、诊断治疗与护理经过。

(李金芝)

第六节 咳嗽与咳痰



学习目标

通过本节内容的学习,学生应能:

◆ 识记

1. 阐述咳嗽与咳痰的病因。
2. 说出咳嗽与咳痰的临床表现。

◆ 理解

解释咳嗽与咳痰的发生机制。

◆ 运用

1. 运用本节所学知识,针对咳嗽与咳痰的患者作出全面准确的护理评估。
2. 根据护理评估,正确作出护理诊断,并列出相关因素。





案例 3-3

患者，男性，60岁，每年冬季持续咳嗽、咳痰已10多年，近年来出现气短症状。

4天前“感冒”，咳嗽，初为黏痰，今变为黄脓痰。体检：T 38℃，BP 140/90mmHg，P 110次/分，桶状胸，两肺下部有少许湿啰音，无腹水征，无下肢水肿。心电图显示右心肥厚。

问题与思考：

该患者的主要症状是咳嗽，可能是什么原因导致的？

咳嗽(cough)是呼吸道受到刺激后引发的紧跟在短暂吸气后的一种防御性反射动作，借以将呼吸道的异物或分泌物排出。

咳痰(expectoration)指呼吸道内病理性分泌物借助咳嗽动作排出体外的状态。

一、发生机制

1. 咳嗽 咳嗽是由延髓咳嗽中枢受刺激引起的。来自呼吸系统或呼吸系统以外的刺激经迷走神经、舌咽神经、三叉神经与皮肤的感觉神经纤维传入，咳嗽中枢发出的冲动经喉下神经、膈神经与脊神经分别传到咽肌、声门、膈肌与其他呼吸肌，引起咳嗽动作。

2. 咳痰 正常人每天有少量痰液产生，通过呼吸道黏液-纤毛转运机制从下呼吸道向咽部运送，由于不自觉中咽下，所以并不觉得痰的存在。在炎症、感染等病理情况下，痰量增多，借咳嗽动作排出口腔时方觉咳痰。痰液潴留可诱发或加重感染，并使肺通气、换气功能受到影响。

二、病因

1. 呼吸系统疾病 ①感染：由病毒、支原体、立克次体、细菌、寄生虫等引起的呼吸道急性或慢性感染，如急性上呼吸道感染、肺炎、慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿、支气管扩张、肺结核等。②变态反应性疾病：支气管哮喘等。③肿瘤：鼻咽部、声带、气管、支气管、肺、胸膜或纵隔的肿瘤，如支气管肺癌或转移癌等。④其他：灰尘、呼吸道异物吸入、冷或热空气及化学性气体、毒气等对呼吸道黏膜的刺激。

2. 胸膜疾病 胸膜炎、自发性或外伤性气胸等。

3. 心血管系统疾病 二尖瓣狭窄或左心衰竭所致的肺淤血与肺水肿，引起咳嗽及咳粉红色泡沫样痰。左心房增大、心包炎、心包积液、肺栓塞、肺梗死等也可引起咳嗽。

4. 中枢神经系统疾病 中枢神经病变如脑炎、脑膜炎等刺激大脑皮质与延髓的咳嗽中枢。

5. 其他 习惯性咳嗽、癔症、胃食管反流性疾病、药物因素等。

三、临床表现

1. 咳嗽的性质 咳嗽无痰称干性咳嗽，见于咽、喉、支气管及胸膜的炎症。呼吸道的分泌物、渗出物及异物等形成痰液，随咳嗽经口腔排出，称湿性咳嗽，见于支气管炎、支气管扩张、肺炎、肺结核、肺水肿等。

2. 咳嗽出现的时间 急性咳嗽常见于呼吸道急性炎症或异物吸入；慢性咳嗽常见于慢性支气管炎、支气管扩张、肺结核等。发作性咳嗽见于百日咳、气管异物、肿瘤压迫支气管。晨起咳嗽而痰多，见于慢性支气管炎、支气管扩张、肺脓肿。平卧后加重，见于左心





衰竭。

3. 咳嗽的音色 金属声咳嗽常见于纵隔肿瘤、肺癌、主动脉瘤压迫气管。伴声音嘶哑的咳嗽，多见于声带炎、喉炎、喉癌、喉结核。咳嗽无力或声音低微见于声带麻痹、声带水肿、全身衰竭者。呛咳见于喉头水肿、狭窄、气管受压、咽喉肌肉麻痹等。

4. 痰的性状、颜色、量、气味 无色透明痰见于急性支气管炎、支气管哮喘，白色黏稠痰见于慢性支气管炎、支气管哮喘，黄色或黄绿色痰见于大量脓细胞，铁锈色或褐色痰见于肺炎球菌性肺炎或肺梗死，红色或粉红色痰含血液见于支气管肺癌、肺结核、肺淤血，浆液性或浆液性泡沫样痰见于急性肺水肿，绿色痰见于铜绿假单胞菌感染，黑色痰见于大量灰尘、尘肺。支气管扩张、肺脓肿咳大量恶臭脓痰而静止后分三层：上层为泡沫，中层为浆液或浆液脓性，底层为坏死组织碎屑。痰量增减可反映病情进展，痰量增多提示病情加重；减少提示病情好转；痰量骤然减少而体温升高，应警惕排痰不畅。脓臭痰提示厌氧菌感染。

5. 咳嗽与体位的关系 支气管扩张症或肺脓肿的咳嗽，与体位改变有明显关系；脓胸伴支气管胸膜瘘，在一定体位时，脓液进入瘘管可引起剧咳。纵隔肿瘤、大量胸腔积液，改变体位时也可引起咳嗽。

四、护理评估要点

1. 咳嗽与咳痰的特点 能否有效咳嗽与咳痰，咳嗽的性质、持续时间、音色及其与体位、睡眠的关系，痰液的性质、颜色、痰量、气味、黏稠度及咳痰与体位的关系等。

2. 伴随症状 咳嗽与咳痰常见的伴随症状有：①发热，见于上呼吸道感染、胸膜炎、肺结核等；②呼吸困难，见于支气管哮喘、重症肺炎、大量胸腔积液等；③咯血，见于肺结核、支气管扩张、二尖瓣狭窄、肺癌等；④咳嗽伴胸痛，见于肺炎、胸膜炎、支气管肺癌、自发性气胸等；⑤杵状指（趾），见于支气管扩张、慢性肺脓肿、支气管肺癌等；⑥哮鸣音，见于支气管哮喘、心源性哮喘、支气管肺癌、慢性喘息性支气管炎等；⑦大量脓痰，见于支气管扩张、肺脓肿等。

3. 咳嗽与咳痰对患者的影响 有无长期或剧烈咳嗽所致的头痛、睡眠不佳、精神萎靡、食欲不振、明显消瘦、呼吸肌疲劳和酸痛、咯血等。如剧咳后突然出现胸痛和气急，应警惕自发性气胸的可能。观察患者体力情况，评估其能否有效咳嗽及能否将痰液咳出。

评估咳嗽、咳痰患者有无因伴发发绀、呼吸困难、咯血等症状而产生的焦虑、恐惧等情绪反应。评估其社会支持系统，社会交往活动是否因慢性反复发作的咳嗽、咳痰而受限，是否影响其正常工作和学习等。

4. 有无咳嗽、咳痰相关的疾病史或诱发因素。

5. 诊断、治疗与护理经过 有无采取相应的处理措施及其效果等，包括诊断、治疗的经过、相关的辅助检查结果等。

五、相关护理诊断

1. 清理呼吸道无效 与痰液黏稠或咳嗽无力或不能进行有效的咳嗽有关。
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 / 睡眠剥夺 与夜间频繁咳嗽有关。
4. 知识缺乏：缺乏对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：自发性气胸。



小结

1. 定义 咳嗽是呼吸道受到刺激后引发的紧跟在短暂吸气后的一种防御性反射动作，借以将呼吸道的异物或分泌物排出。咳痰指呼吸道内病理性分泌物借助咳嗽动作而排出体外的状态。

2. 病因 包括呼吸系统疾病、胸膜疾病、心血管系统疾病、中枢神经系统疾病、其他疾病等。

3. 临床表现 包括咳嗽的性质如干性咳嗽与湿性咳嗽、持续时间、音色及其与体位和睡眠的关系，痰液的性质、颜色、痰量、气味、黏稠度及咳痰与体位的关系等。无色透明痰见于急性支气管炎、支气管哮喘，白色黏稠痰见于慢性支气管炎、支气管哮喘，黄色或黄绿色痰见于大量脓细胞，铁锈色或褐色痰见于肺炎球菌性肺炎或肺梗死，红色或粉红色痰含血液见于支气管肺癌、肺结核、肺淤血，浆液性或浆液血性泡沫样痰见于急性肺水肿，绿色痰见于铜绿假单胞菌感染，黑色痰见于大量灰尘、尘肺。

4. 护理评估要点 咳嗽与咳痰的特点、伴随症状、咳嗽与咳痰对患者的影响、有无咳嗽及咳痰相关的疾病史或诱发因素、诊断治疗与护理经过。

(李 慧)

第七节 呼吸困难



学习目标

通过本节内容的学习，学生应能：

◆ 识记

1. 说出呼吸困难的概念。
2. 阐述呼吸困难的病因。
3. 说出呼吸困难的临床表现。

◆ 理解

解释呼吸困难的发生机制。

◆ 运用

1. 运用本节所学知识，针对呼吸困难的患者作出全面准确的护理评估。
2. 根据护理评估，正确作出护理诊断，并列出具相关因素。





案例 3-4

患者，男性，60岁。每年冬季连续咳嗽、咳痰3个月以上10多年，近几年出现气急，尤其近2年气急更为严重，呼气时气急更为明显。近日“感冒”病情加重而入院。体检：端坐呼吸、桶状胸、下肢轻度水肿等。

问题与思考：

分析引起气急的原因。

呼吸困难（dyspnea）是指患者主观上感到空气不足，呼吸费力；客观上常有呼吸频率、深度和节律的改变，严重时可出现鼻翼扇动、发绀、端坐呼吸、辅助呼吸肌参与活动等表现。

一、发生机制

1. 呼吸系统疾病 由于呼吸系统疾病引起通气和（或）换气功能障碍，导致缺氧和（或）二氧化碳潴留。
2. 循环系统疾病 主要因左心衰竭和（或）右心衰竭引起。
 - （1）左心衰竭：主要由于肺淤血和肺泡弹性降低。肺淤血使气体弥散功能降低；肺泡弹性减退使肺活量减小；肺泡张力增高，刺激感受器反射性兴奋呼吸中枢以及肺循环压力升高反射性刺激呼吸中枢。
 - （2）右心衰竭：由于体循环淤血、肝淤血肿大、腹水和胸腔积液等，使呼吸运动受限，右心房与上腔静脉压增高及酸性代谢产物增多，兴奋呼吸中枢出现呼吸困难。
3. 中毒 尿毒症、糖尿病酮症酸中毒时，血中酸性代谢产物对呼吸中枢产生强烈刺激。急性感染时，体温升高和毒性代谢产物刺激呼吸中枢。吗啡、巴比妥类药物、有机磷农药中毒时，呼吸中枢受抑制。
4. 血液系统疾病 重度贫血、高铁血红蛋白血症等时，因红细胞携氧量减少，血氧含量降低。急性大出血或休克时，因缺血及血压下降，呼吸中枢受到刺激。
5. 神经精神因素 重症颅脑疾病如脑外伤、脑出血、脑炎、脑膜炎等时，呼吸中枢因血流减少或受颅内高压的刺激。精神因素引起者受精神或心理因素的影响，常因通气过度而发生呼吸性碱中毒。

二、病因

1. 呼吸系统疾病
 - ①气道阻塞：如慢性阻塞性肺气肿、支气管哮喘；
 - ②肺部病变：如肺炎、肺脓肿、肺淤血、肺水肿等；
 - ③胸廓疾病：严重胸廓畸形、肋骨骨折、胸膜增厚、大量胸腔积液等；
 - ④神经肌肉疾病：急性多发性神经根炎、重症肌无力、药物导致的呼吸肌麻痹等；
 - ⑤膈运动障碍：如膈麻痹、大量腹水、腹腔巨大肿瘤、妊娠末期。
2. 循环系统疾病 各种心脏疾病所引起的左心或右心功能不全、心包积液等。
3. 中毒 尿毒症、代谢性酸中毒、感染性中毒、一氧化碳中毒、吗啡或巴比妥类药物中毒。
4. 血液系统疾病 重度贫血、高铁血红蛋白血症和硫化血红蛋白血症等。
5. 神经精神因素 中枢神经系统疾病如颅脑外伤、脑血管病变、脑肿瘤、脑及脑膜炎等；精神因素如情绪激动、癔症等。

三、临床表现

1. 肺源性呼吸困难 常见有三种类型：





(1) 吸气性呼吸困难：见于各种原因引起的喉炎、喉水肿、喉癌、气管内异物、气管肿瘤或气管受压等，引起喉或大气管狭窄与阻塞。表现为吸气时间明显延长，吸气显著困难，重者由于呼吸肌极度用力，胸腔负压增大，吸气时胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙明显凹陷，称为“三凹征”。常同时伴有干咳及高调吸气性喉鸣，上腹部在吸气时亦凹陷。

(2) 呼气性呼吸困难：因慢性阻塞性肺疾病、支气管哮喘等，致支气管、细支气管不完全阻塞，肺泡壁弹性降低，使肺泡腔回缩幅度变小。主要表现为呼气时间延长或缓慢，呼气费力，可伴哮鸣音。

(3) 混合性呼吸困难：由于重症肺炎、肺结核、弥漫性肺纤维化、大量胸腔积液和气胸等，致肺换气面积减少和通气障碍。表现为吸气与呼气均感费力，呼吸频率增快、变浅，常伴有呼吸音减弱或消失，可有病理性呼吸音。

2. 心源性呼吸困难

(1) 左心衰竭：其特点为活动时出现或加重，休息后减轻或缓解，仰卧加重，坐位减轻，重者取强迫端坐位。急性左心衰竭时，多于夜间睡眠时发生呼吸困难，称夜间阵发性呼吸困难。发作较轻时胸闷、气促数分钟消失；重者气喘、面色青紫、出汗、有哮鸣音、咳粉红色泡沫样痰，两肺底有湿啰音，称心源性哮喘。见于高血压性心脏病、冠状动脉硬化性心脏病、风湿性心瓣膜病、心肌炎、心肌病等。

(2) 右心衰竭：呼吸运动受限，或出现呼吸困难。主要见于慢性肺源性心脏病。

3. 中毒性呼吸困难 在尿毒症、糖尿病酮症酸中毒时，出现深而规则的呼吸，可伴有鼾声，称为酸中毒大呼吸（Kussmaul 呼吸）。急性感染时，呼吸增快。吗啡、巴比妥类药物、有机磷农药中毒时，呼吸浅慢。

4. 神经、精神性呼吸困难 重症颅脑疾病如脑外伤、脑出血、脑炎、脑膜炎等时，呼吸慢而深，常伴有呼吸节律的改变。精神因素引起者呼吸频速浅表，常因通气过度而发生呼吸性碱中毒，出现口周、肢体麻木或手足搐搦。

5. 血源性呼吸困难 重度贫血、高铁血红蛋白血症等，呼吸急促、心率增快。急性大出血或休克时呼吸增快。

四、护理评估要点

1. 特点 起病缓急与持续时间，类型为吸气性、呼气性还是混合性，与活动和体位的关系等。

2. 伴随症状 呼吸困难常见的伴随症状有：①发作性呼吸困难伴哮鸣音，见于支气管及心源性哮喘；②一侧胸痛，见于急性大叶性肺炎、大量胸腔积液、自发性气胸、急性心肌梗死等；③发热、咳脓痰，见于肺脓肿、支气管扩张并发呼吸道感染性疾病；④咳粉红色泡沫样痰，见于急性左心衰竭；⑤严重发绀和大汗、面色苍白、四肢厥冷、脉搏细速、血压下降等，为病情严重的表现；⑥昏迷，见于颅脑疾病如脑出血、脑膜炎，感染性疾病如休克性肺炎、肺性脑病，代谢性疾病如糖尿病酮症酸中毒、尿毒症，中毒如一氧化碳、苯巴比妥等药物中毒。

3. 对患者的影响 呼吸困难时因能量消耗增加和缺氧，患者可因活动耐力下降而使日常生活自理能力受限，严重时不仅影响患者的日常生活活动，甚至使其感受到死亡的威胁。呼吸困难的严重程度对患者日常生活活动的影响，临床上常以完成日常生活活动情况评定。①轻度：可在平地行走，登高及上楼时气急，中、重度体力活动后出现呼吸困难。②中度：平地慢步行走中途需休息，轻体力活动时出现呼吸困难，完成日常生活活动时需他人帮助。③重度：洗脸、穿衣，甚至休息时也感到呼吸困难，完成日常生活活动时完全依赖他人帮助。

评估患者有无因呼吸困难出现不安、紧张、表情痛苦，严重呼吸困难时可产生惊慌、恐惧甚至濒死的感觉。评估其社会支持系统，是否因呼吸费力影响其有效沟通和社会交往活动、正常工作和学习、生活质量。





4. 有无呼吸困难相关的疾病史或诱发因素。
5. 诊断、治疗与护理经过 呼吸困难后有无采取相应的处理措施及其效果等，包括诊断、治疗的经过、相关的辅助检查结果等。

五、相关护理诊断

1. 低效性呼吸型态 与上呼吸道梗阻有关；与心肺功能不全有关。
2. 气体交换受损 与心肺功能不全、肺部感染等引起有效肺容积减少、肺弹性减退有关。
3. 活动无耐力 与呼吸困难所致能量消耗增加和缺氧有关。
4. 语言沟通障碍 与严重喘息有关；与辅助呼吸有关。
5. 自理能力缺陷 与呼吸困难所致能量消耗增加和缺氧有关。

小 结

1. 定义 呼吸困难是指患者主观上感到空气不足，呼吸费力；客观上常有呼吸频率、深度和节律的改变，严重时可出现鼻翼扇动、发绀、端坐呼吸、辅助呼吸肌参与活动等表现。
2. 病因 包括呼吸系统疾病、循环系统疾病、中毒、血液系统疾病、神经精神因素。
3. 临床表现 肺源性呼吸困难常见有三种类型：吸气性呼吸困难、呼气性呼吸困难、混合性呼吸困难。吸气性呼吸困难表现为吸气时间明显延长，吸气显著困难，主要表现为“三凹征”；呼气性呼吸困难表现为呼气时间延长或缓慢，呼气费力，可伴哮鸣音；混合性呼吸困难表现为吸气与呼气均感费力。左心衰竭主要表现为劳力性呼吸困难、夜间阵发性呼吸困难、端坐呼吸。
4. 护理评估要点 呼吸困难的特点、伴随症状、呼吸困难对患者的影响、有无呼吸困难相关的疾病史或诱发因素、诊断治疗与护理经过。

(李 慧)

第八节 咯 血



学习目标

通过本节内容的学习，学生应能：

◆ 识记

1. 说出咯血的概念。
2. 阐述咯血的病因。
3. 说出咯血的临床表现。

◆ 理解

比较咯血与呕血，说出两者的区别。

◆ 运用

1. 运用本节所学知识，针对咯血的患者作出全面准确的护理评估。
2. 根据护理评估，正确作出护理诊断，并列出相关因素。



案例 3-5

患者,男性,26岁。1天前无明显诱因突然咯鲜红色血数次,每次50~100ml。感心悸、头晕、乏力,无低热、盗汗。否认肺结核等支气管和肺部疾病史。去年11月劳累后咳嗽、痰中带血,休息后缓解,未进一步诊治。

问题与思考:

导致该患者咯血的病因可能是什么?

咯血(hemoptysis)是指喉以下呼吸道和肺组织的出血,血液随咳嗽经口腔咯出,包括大量咯血、血痰或痰中带血。

一、病因与发生机制

1. 支气管疾病 常见有支气管扩张症、支气管内膜结核。出血机制主要是因病变损害支气管黏膜或病灶处毛细血管,使其通透性增高或血管破裂所致。

2. 肺部疾病 可见于支气管肺癌、肺结核、肺脓肿、肺炎、肺梗死等。其中支气管肺癌、肺结核为较常见的咯血原因。其发生机制为病变使毛细血管通透性增高,血液渗出,表现为血丝痰或痰中带血;或侵蚀血管,使其破溃而引起咯血。

3. 心血管疾病 较常见有二尖瓣狭窄。小量咯血或痰中带血系因肺淤血使肺泡壁或支气管黏膜毛细血管破裂所致;大量咯血见于支气管黏膜下层支气管静脉曲张破裂;当出现急性肺水肿时,可咳粉红色泡沫样血痰;发生肺梗死时,可咳黏稠暗红色痰。此外先天性心脏病所致肺动脉高压时,亦可咯血。

4. 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、血友病、弥散性血管内凝血等。②急性传染病:流行性出血热、肺出血型钩端螺旋体病。③自身免疫性疾病:见于白塞病、结节性多动脉炎、肺出血肾炎综合征以及肉芽肿等。④其他:如遗传性毛细血管扩张症、子宫内膜异位症、各种原因所致的弥散性血管内凝血。

二、临床表现

1. 患者的年龄特征 青壮年人咯血多见于肺结核、支气管扩张症、风湿性心脏病二尖瓣狭窄。40岁以上有长期吸烟史的咯血者,除见于慢性支气管炎外,应警惕支气管肺癌的发生。

2. 症状和体征 咯血量差异甚大,从痰中带血到威胁生命的大咯血,持续时间从偶尔一次到长年不停。一般少量咯血,仅表现为痰中带血。中等量以上咯血,咯血前患者可有胸闷、咽痒、咳嗽等先兆症状,咯出的血多数为鲜红色,伴有泡沫或痰,呈碱性。咯血少则呈现血丝痰,多则短小时内咯血不止。大量咯血时患者常伴呛咳、出冷汗、脉速、呼吸急促浅表、颜面苍白、紧张不安和恐惧感。

3. 咯血量 一般只能粗略估计,每日咯血量在100ml以内为小量,100~500ml为中等量,500ml以上或一次咯血在300~500ml为大量。咯血量的多少与疾病严重程度不完全一致,少量间断咯血,不造成严重后果,但可能是严重疾病或肿瘤的早期信号。一次大量咯血,可窒息致死,需注意观察神志、呼吸及窒息先兆表现。

4. 咯血的颜色和性状 鲜红色血见于肺结核、支气管扩张症、肺脓肿等,铁锈色痰见





于肺炎球菌大叶性肺炎、肺吸虫病和肺泡出血，砖红色胶冻样血痰见于肺炎克雷伯菌肺炎，暗红色血见于二尖瓣狭窄肺淤血，黏稠暗红色血见于肺梗死，浆液性粉红色泡沫样血痰见于急性左心衰竭肺水肿。

5. 并发症 大量咯血者极易产生各种并发症。常见有：①窒息：大咯血过程中咯血突然减少或中止，继之气促、胸闷、烦躁不安或紧张、惊恐、大汗淋漓、颜面青紫，重者意识障碍。为咯血直接致死的重要原因。②肺不张：咯血后如出现呼吸困难、胸闷、气急、发绀、呼吸音减弱或消失，可能为血块堵塞支气管，引起全肺、一侧肺、肺叶或肺段不张。③继发感染：表现为咯血后发热、体温持续不退、咳嗽加剧、伴局部干湿啰音。④失血性休克：大咯血后出现脉搏增快、血压下降、四肢湿冷、烦躁不安、少尿等。

三、护理评估要点

1. 咯血的特点 确定是否为咯血，大量咯血需与呕血鉴别。评估咯血量、血色、性状和持续时间等。

2. 伴随症状 咯血常见的伴随症状有：①咯血伴胸痛，见于肺炎、肺梗死、肺癌等。②咯血伴发热或大量脓臭痰，应考虑肺脓肿或支气管扩张合并感染。③咯血伴低热、盗汗、乏力，提示有肺结核可能。④咯血伴慢性咳嗽、大量脓痰，应考虑支气管扩张；有弥漫性干湿啰音，可能为慢性支气管炎；有局限性、持续性、固定性湿啰音，可能为支气管扩张；有局限性哮鸣音，应考虑支气管肺癌。⑤有杵状指（趾）者，提示肺部化脓性感染，如支气管扩张、肺脓肿或有肺部肿瘤可能。⑥心尖部病理性舒张期隆隆样杂音，提示咯血源于二尖瓣狭窄。⑦伴皮肤黏膜出血，见于血液病。⑧伴黄疸，见于钩端螺旋体病、大叶性肺炎、肺梗死等。

3. 咯血对患者的影响 大量咯血者有无产生窒息、肺不张、继发感染、失血性休克等各种并发症的表现。

无论咯血量多少，均可能产生不同程度的恐惧与焦虑。少量持续咯血，常有精神不安、失眠等。较多量咯血，因恐惧引起交感神经兴奋，可能出现心搏加快、血压升高、呼吸浅快、皮肤潮红或苍白、出冷汗等。

4. 有无咯血相关的疾病史或诱发因素。

5. 诊断、治疗与护理经过 咯血后有无采取相应的处理措施及其效果等，包括诊断、治疗的经过、相关的辅助检查结果等。

四、相关护理诊断

1. 有窒息的危险 与大量咯血有关；与意识障碍有关；与无力咳嗽所致血液滞留在气道有关。

2. 心排血量减少 与大量咯血所致循环障碍有关。

3. 有感染的危险 与血液滞留在支气管有关。

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. 体液不足 与大量咯血引起循环血量减少有关。

7. 潜在并发症：休克。



小结

1. 定义 咯血是指喉以下呼吸道和肺组织的出血，血液随咳嗽经口腔咳出，包括大量咯血、血痰或痰中带血。

2. 病因 包括支气管疾病、肺部疾病、心血管疾病、全身性疾病等。

3. 临床表现 一般少量咯血，仅表现为痰中带血。中等量以上咯血，咯血前患者可有胸闷、咽痒、咳嗽等先兆症状，咳出的血多数为鲜红色，伴有泡沫或痰，呈碱性。咯血少则为少量血丝痰，多则短小时内咯血不止。大量咯血时患者常伴呛咳、出冷汗、脉速、呼吸急促浅表、颜面苍白伴紧张不安和恐惧感。咯血量的评估，每日咯血量在 100ml 以内为小量，100 ~ 500ml 为中等量，500ml 以上或一次咯血在 300 ~ 500ml 为大量。

4. 护理评估要点 咯血的特点、伴随症状、咯血对患者的影响、有无咯血相关的疾病史或诱发因素、诊断治疗与护理经过。

(李 慧)

第九节 发 绀



学习目标

通过本节内容的学习，学生应能：

◆ 识记

1. 说出发绀的概念。
2. 阐述发绀的病因。
3. 说出发绀的临床表现。

◆ 理解

解释发绀的发生机制。

◆ 运用

1. 运用所学知识，针对发绀的患者作出全面准确的护理评估。
2. 根据护理评估，正确作出护理诊断，并列出具相关因素。

案例 3-6

患者，40 岁。心前区刺痛 15 天，放射至左上腹部，10 天前开始出现明显的呼吸困难，近 4 天皮肤黏膜呈蓝紫色，伴有午后低热、盗汗。体检：端坐呼吸，心界左右扩大呈烧瓶状。超声心动图检查：心包大量积液。

问题与思考：

1. 此患者皮肤为什么出现蓝紫色？
2. 针对该患者如何进行护理评估？



发绀(cyanosis)系由于血液中还原血红蛋白增多,或血液中含有异常血红蛋白衍生物所致的皮肤和黏膜弥漫性青紫现象。在皮肤较薄、色素较少和毛细血管丰富的末梢部位,如舌、口唇、鼻尖、颊部和甲床表现较为明显。

一、病因与发生机制

(一) 血液中还原血红蛋白增多

发绀出现与否取决于血液中还原血红蛋白的绝对量,当毛细血管内还原血红蛋白量超过50g/L时,即可出现发绀。严重贫血患者,即使氧合血红蛋白都处于还原状态,也不足以引起发绀。因此,临床所见发绀,有时并不能确切反映动脉血氧下降情况。

发绀按不同病因可分为如下三类:

1. 中心性发绀 因心肺疾病致动脉血氧饱和度降低而引起的发绀。

(1) 肺性发绀:由于呼吸系统疾病导致肺泡通气、换气功能及弥散功能障碍,血中还原血红蛋白增多。见于呼吸道阻塞、肺淤血、肺水肿、肺炎或肺气肿、肺纤维化、胸腔大量积液、积气等。

(2) 心性发绀:各种左到右分流引起的肺动脉高压,致右到左分流,使体循环静脉血与动脉血混合,还原血红蛋白增多,引起发绀。见于法洛四联症等发绀型先天性心脏病。

2. 周围性发绀 指由于静脉血流缓慢、淤滞,组织耗氧量增加所造成的发绀。

(1) 淤血性周围性发绀:因体循环淤血,周围血流缓慢,单位时间内氧的利用增加,还原血红蛋白增多所致。多见于右心功能不全、缩窄性心包炎等。

(2) 缺血性周围性发绀:因循环血量不足,周围组织血液灌注不足、缺氧所致,或肢体动脉闭塞,多见于严重休克、雷诺病、血栓闭塞性脉管炎等。

(3) 周围毛细血管收缩:最常见于寒冷、接触低温水等。

3. 混合性发绀 为中心性与周围性发绀两者并存,较常见于心功能不全。

(二) 异常血红蛋白血症

由于血红蛋白结构异常,使部分血红蛋白丧失携氧能力而出现发绀。

1. 高铁血红蛋白血症 见于药物或化学物质中毒,如服用某些化学制剂或药物,特别是亚硝酸盐、氯酸钾及苯、磺胺类药物中毒时,或进食大量含有亚硝酸盐的变质蔬菜,由于血红蛋白分子的二价铁被三价铁所取代,导致高铁血红蛋白血症。高铁血红蛋白达到30g/L可出现发绀。

2. 硫化血红蛋白血症 上述可致高铁血红蛋白血症的药物或化学物质引起高铁血红蛋白血症,如同时有便秘或服用硫化物,可生成硫化血红蛋白血症。硫化血红蛋白达到5g/L可出现发绀。

二、临床表现

主要表现为甲床、舌、口唇、鼻尖、颊部等部位皮肤黏膜青紫。发绀的程度取决于体表毛细血管的状态,在受热或二氧化碳含量增加的情况下,毛细血管扩张,发绀较为明显。休克时由于血管收缩,发绀表现较轻,易被忽视。

1. 中心性发绀 其特点为除四肢与面颊外,黏膜与躯干皮肤也可见发绀,皮肤温暖,可伴有杵状指(趾)及红细胞增多。

2. 周围性发绀 表现为肢体末梢如肢端、耳垂与鼻尖等与下垂部位发绀,皮肤冰冷,按摩或加温后,发绀可减轻或消失。

3. 异常血红蛋白血症 虽有发绀,但一般不出现呼吸困难。

(1) 高铁血红蛋白血症:急骤出现、暂时性、病情严重;氧疗后青紫不减,静脉血呈深棕色;静脉注射亚甲蓝、维生素C或硫代硫酸钠可使青紫消退。

(2) 硫化血红蛋白血症:发绀持续时间长,可达数月或更长,患者血液呈蓝褐色。





三、护理评估要点

1. 发绀的特点、范围及严重程度 评估发绀的起病时间、出现的急缓、持续时间、分布范围等。发绀的程度与皮肤厚度及着色情况有关,皮肤较薄、色素较少的部位,发绀容易显露,有色素沉着时可致误诊。心肺疾病者发绀严重,常伴呼吸困难。有明显发绀而不伴呼吸困难者,提示有高铁血红蛋白血症或硫化血红蛋白血症。

区分中心性发绀和周围性发绀,观察发绀的部位、皮肤温度及按摩或加温后发绀能否消失可作鉴别。中心性发绀以心肺疾病多见,应积极处理原发病。周围性发绀常出现于肢体末端与下垂部位,对症处理后发绀多能缓解。

2. 伴随症状 急性发绀同时伴有意识障碍,见于药物或化学物品中毒、休克、急性肺部感染或急性心力衰竭;发绀伴呼吸困难、咳嗽、咳痰、咯血或水肿见于慢性心、肺功能不全;发绀伴头晕、头痛多为缺氧所致,纠正缺氧后症状可改善;发绀伴蹲踞,是法洛四联症的典型表现;发绀伴杵状指(趾),发绀存在时间长,主要见于先天性心脏病、某些慢性肺部疾病。

3. 发绀对患者的影响 评估有无因缺氧导致的呼吸困难及机体缺氧而使患者活动耐力下降,并出现各系统缺氧的症状。尤其中枢神经系统对缺氧的反应最敏感,观察缺氧表现及其程度,急性缺氧患者往往先有兴奋、欣快感、定向力下降,继而出现运动不协调、头痛、乏力等;慢性缺氧患者出现易疲劳、嗜睡、注意力不集中、精神恍惚等表现。严重缺氧者可致烦躁不安、惊厥、昏迷甚至死亡。评估发绀患者可能产生的不同程度的情绪变化及心理反应,有无紧张、害怕、焦虑、恐惧等不良情绪反应。

4. 有无发绀相关的疾病史或诱发因素。

5. 诊断、治疗与护理经过 发绀后有无采取相应的处理措施及其效果等,包括诊断、治疗的经过、相关的辅助检查结果等。

四、相关护理诊断

1. 活动无耐力 与心肺功能不全、氧的供需失衡有关。

2. 低效性呼吸型态 与呼吸系统疾病所致肺泡通气、换气、弥散功能障碍有关。

3. 气体交换受损 与心肺功能不全所致肺淤血有关。

小结

1. 定义 发绀系由于血液中还原血红蛋白增多,或血液中含有异常血红蛋白衍生物所致的皮肤和黏膜弥漫性青紫现象。

2. 病因 中心性发绀系因心肺疾病,致动脉血氧饱和度降低而引起的发绀;周围性发绀指由于静脉血流缓慢、淤滞、组织氧耗量增加所造成的发绀;混合性发绀为中心性与周围性发绀两者并存,较常见于心功能不全。

3. 临床表现 主要表现为甲床、舌、口唇、鼻尖、颊部等部位皮肤黏膜青紫。中心性发绀特点为除四肢与面颊外,黏膜与躯干皮肤也可见发绀,皮肤温暖,可伴有杵状指(趾)及红细胞增多。周围性发绀表现为肢体末梢如肢端、耳垂与鼻尖等与下垂部位发绀,皮肤冰冷,按摩或加温后发绀可减轻或消失。异常血红蛋白血症虽有发绀,但一般不出现呼吸困难。

4. 护理评估要点 发绀的特点、范围及严重程度、伴随症状、发绀对患者的影响、有无发绀相关的疾病史或诱发因素、诊断治疗与护理经过。

(李慧)





第十节 心悸



学习目标

通过本节内容的学习，学生应能：

◆ 识记

说出心悸的临床表现。

◆ 理解

解释心悸的发生机制。

◆ 运用

1. 运用本节所学知识，针对心悸的患者作出全面准确的护理评估。
2. 根据护理评估，正确作出护理诊断，并列出相关因素。

心悸（palpitation）是一种对心脏搏动感到不适的自觉症状。心悸时心脏搏动可增强，心率可快、可慢，可有心律失常，也可完全正常。

一、发生机制

心悸的发生机制尚未明了。一般认为与心动过速、心排血量大和心律失常有关，也与个体的敏感性、精神因素、注意力集中与否、心律失常的时间长短有关。

二、病因

1. 心脏搏动增强 心脏搏动增强所致心悸，可为生理性或病理性。生理性见于正常人剧烈活动、受惊吓或精神过度紧张时，饮酒、浓茶或咖啡后，应用麻黄碱、氨茶碱、肾上腺素、阿托品、甲状腺素等药物。病理性主要见于高血压性心脏病、风湿性心脏病、冠状动脉硬化性心脏病、先天性心脏病如室间隔缺损等所致的心室肥大、甲状腺功能亢进症、高热、贫血、低血糖症等。

2. 心律失常 常见包括各种原因引起的：①心动过速，如窦性心动过速、阵发性室性心动过速或室性心动过速等；②心动过缓，如高度房室传导阻滞、窦性心动过缓、病态窦房结综合征等；③其他心律失常，如房性或室性期前收缩、心房颤动等。

3. 心脏神经症 由自主神经功能紊乱引起，精神因素常为发病诱因，心脏本身并无器质性病变，多见于青年女性。

三、临床表现

1. 症状和伴随症状 患者自觉心搏或心慌。

常见的伴随症状有：①头晕、晕厥，多见于不同病因引起的心律失常如高度房室传导阻滞、阵发性心动过速引起的阿-斯综合征。②呼吸困难，各种病因引起的二尖瓣关闭不全、主动脉瓣关闭不全及严重心律失常引起的心功能不全，常伴有呼吸困难。③胸痛，冠状动脉硬化性心脏病心绞痛时，心前区常伴有压榨样疼痛；心脏神经症者，常有心前区痛。④交感神经功能亢进症状，如出冷汗、手足冰冷、麻木等。⑤恐惧，初发者突感心悸，可产生恐惧感。





2. 体征 体格检查部分患者可无阳性体征，部分有原发病体征，或有心率或心律失常。

四、护理评估要点

1. 心悸的临床特点 包括发作的频率、性质、程度及伴随症状等。心悸发作为偶发性还是持续性。心悸是自觉症状，依个人感受性而不同，主诉方式各异，程度差别较大。应让患者详细描述发生心悸当时的主观感受及伴随症状，如心搏快慢，有无不规则样感觉，是否伴有胸闷、胸痛、呼吸困难、头晕、晕厥等。

2. 心悸的身体反应 观察心悸发生时脉搏、呼吸、血压的变化。评估心悸对心脏功能及日常生活自理能力的影响。心悸所致不适可影响工作、学习、睡眠和日常生活自理能力。

3. 心悸的心理反应 有无紧张、害怕、恐惧等情绪。神经症者一般心理反应更大。

4. 原因或诱发因素 包括体力活动、情绪、服药、饮酒、茶等可致生理性心悸的原因，有无心脏病史，有无甲状腺功能亢进、贫血等非循环系统疾病病史。

5. 诊断、治疗与护理经过 心悸后有无采取相应的处理措施及其效果等，包括诊断、治疗的经过、相关的辅助检查结果等。

五、相关护理诊断

1. 活动无耐力 与心悸发作所致疲乏无力有关。

2. 焦虑/恐惧 与心悸发作对心脏功能的影响有关。

3. 睡眠型态紊乱 与心悸发作所致不适有关。

小 结

1. 定义 心悸是一种对心脏搏动感到不适的自觉症状。心悸时心脏搏动可增强，心率可快、可慢，可有心律失常，也可完全正常。

2. 病因 包括心脏搏动增强、心律失常、心脏神经症等。

3. 临床表现 症状为患者自觉心搏或心慌。常见的伴随症状有：头晕、晕厥、呼吸困难、胸痛、交感神经功能亢进症状、恐惧。体征：部分患者可无阳性体征，部分有原发病体征，或有心率或心律失常。

4. 护理评估要点 心悸的临床特点、心悸的身体反应、心悸的心理反应、原因或诱发因素、诊断治疗与护理经过。

(李 慧)





第十一节 恶心与呕吐



学习目标

通过本节内容的学习，学生应能：

◆ 识记

1. 说出恶心、呕吐的概念。
2. 阐述呕吐的类型。

◆ 理解

1. 解释恶心、呕吐的发生机制。
2. 分析恶心的临床表现。
3. 比较不同类型的呕吐，说明其临床表现的区别。

◆ 运用

1. 运用本节所学知识，针对恶心、呕吐的患者作出全面准确的护理评估。
2. 根据护理评估，正确作出护理诊断，并列出具相关因素。

案例 3-7

患者，女性，35岁，因头痛、恶心、呕吐2小时入院。过度劳累后凌晨睡觉时突然出现头痛、恶心、呕吐，周身无力，双下肢酸痛。查体：T 36.8℃，BP 180/100mmHg，表情淡漠，反应稍有迟钝，颈项略强，有抵抗。

问题与思考：

1. 患者可能发生什么情况？
2. 护士应该如何进行护理评估？

恶心（nausea）与呕吐（vomiting）是临床常见症状。恶心是一种上腹不适和紧迫欲吐的感觉。呕吐是胃或部分小肠内容物，经食管、口腔逆流排出体外的现象。

一、发生机制

呕吐过程可分为恶心、干呕和呕吐三个阶段，但有时可无恶心或干呕的先兆。恶心发生时，胃蠕动减弱或消失，排空延缓，十二指肠及近端空肠紧张性增加，可伴有或不伴有十二指肠液反流；干呕发生时，胃窦部短暂收缩致幽门关闭，胃逆蠕动较弱或贲门未开；呕吐发生时，胃逆蠕动较强致胃底充盈，贲门开放，腹肌收缩，腹压增加，迫使胃内容物急速而猛烈地经食管、口腔排出体外。

呕吐中枢位于延髓，由神经反射中枢和化学感受器触发带构成。神经反射中枢位于延髓外侧网状结构的背部，接受来自消化道、大脑皮质、内耳前庭、冠状动脉以及化学感受器触发带的传入冲动，直接支配呕吐的动作；化学感受器触发带位于延髓第四脑室的底部，接受血液的各种化学性刺激，如外源性化学物质、药物、内生代谢产物等，并将神经冲动传导至呕吐中枢引起呕吐。





二、分类

呕吐一般分反射性、中枢性呕吐两大类。

1. 反射性呕吐 指来自内脏末梢神经的冲动，经自主神经传入纤维刺激呕吐中枢引起的呕吐。

(1) 咽部刺激：如剧烈咳嗽、鼻咽部炎症等。

(2) 消化系统疾病：①胃肠疾病，如慢性胃炎、消化性溃疡、幽门梗阻、急性阑尾炎、肠梗阻等；②肝、胆、胰腺疾病，如肝炎、肝硬化、胆囊炎、胆石症、急性胰腺炎；③腹膜及肠系膜疾病，如急性腹膜炎等。

(3) 前庭功能障碍性呕吐：见于梅尼埃病、迷路炎、晕动病等。

(4) 其他系统疾病：①眼部疾病，如青光眼、屈光不正等；②泌尿系统疾病，如尿路结石、肾绞痛、急性肾盂肾炎等；③循环系统疾病，如急性心肌梗死、心力衰竭等；④妇科疾病，如盆腔炎等。

2. 中枢性呕吐 指来自中枢神经系统或化学感受器的冲动，刺激呕吐中枢引起的呕吐。

(1) 神经系统疾病：①中枢神经系统感染，如脑膜炎、脑炎；②脑血管病，如偏头痛、脑出血、脑栓塞、高血压脑病；③颅脑外伤，如脑震荡；④颅内占位性病变，如脑肿瘤。

(2) 药物性因素：如应用吗啡、洋地黄、抗生素及抗肿瘤药物等。

(3) 中毒性因素：如一氧化碳、酒精、铅、苯、有机磷等中毒。

(4) 全身性疾病：如糖尿病酮症酸中毒，肾上腺皮质功能减退，水、电解质及酸碱平衡失调（如低钠血症、低钾血症）等。

(5) 神经性呕吐：见于胃肠神经症、神经性厌食、癔症等。

三、临床表现

1. 恶心 常为呕吐的前驱表现，但也有呕吐前无恶心，或有恶心而无呕吐的情况。恶心发生时，常表现为上腹不适，紧迫欲呕吐，并伴有迷走神经兴奋的症状，如面色苍白、出汗、流涎、血压降低、心动过缓等。呕吐后，常有轻松感。

2. 呕吐

(1) 呕吐时间：育龄妇女晨起呕吐见于妊娠早期；鼻窦炎患者亦可出现晨起恶心、干呕，多因起床后脓液经鼻后孔流出刺激咽部所致；幽门梗阻者常于夜间发生呕吐。

(2) 呕吐与进食的关系：进食过程中或餐后即刻呕吐，可能为幽门管溃疡或精神性呕吐；呕吐伴有不洁饮食或同食者集体发病多见于食物中毒；餐后较久或数餐后呕吐，见于幽门梗阻。

(3) 呕吐的特点：神经性呕吐常无恶心先兆，进食过程或餐后即刻发生少量多次呕吐，吐后可再进食；颅内高压多致喷射状呕吐；前庭功能障碍性呕吐多伴有眩晕、眼球震颤、恶心、血压下降、出汗、心悸等自主神经功能失调症状；呕吐伴有腹痛多见于腹腔脏器炎症、梗阻和破裂；呕吐伴发热多见于胃肠道急性感染。

(4) 呕吐物的性质：幽门梗阻者呕吐多为宿食，有酸臭味；低位性肠梗阻者呕吐物有粪臭味；不含胆汁说明梗阻平面在十二指肠乳头以上，含多量胆汁提示在此平面以下；含有大量酸性液体多提示有胃泌素瘤或十二指肠溃疡，无酸味者可能为贲门狭窄或贲门失弛缓症。

剧烈、频繁的恶心、呕吐可引起水、电解质及酸碱平衡紊乱，如脱水、低氯血症、低钾血症、低钠血症及代谢性碱中毒等。长期呕吐影响进食者还可导致营养不良。儿童、老人和意识





障碍者，易发生误吸而导致肺部感染、窒息。

四、护理评估要点

1. 恶心呕吐的相关疾病史与诱发因素 既往有无相关疾病史，是否有药物和中毒等诱发因素。
2. 恶心呕吐的临床表现 发作的病因及诱因、发生与持续时间及频率、呕吐物的量和性状及气味等，询问相关的伴随症状，如有无发热、腹痛、头痛、头晕、腹泻等。
3. 对患者的影响 主要有营养状况，如进食进液及体重变化；水、电解质、酸碱平衡情况，如有无脱水、代谢性碱中毒等；对婴幼儿、老人、意识障碍者，还应密切观察面色、呛咳及呼吸情况。
4. 诊断、治疗与护理经过 是否做过 X 线钡餐、胃镜、腹部 B 超、血糖、血尿素氮、血常规等检查。

五、相关护理诊断

1. 体液不足 / 有体液不足的危险 与呕吐引起体液丢失过多和（或）摄入量减少有关。
2. 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。
3. 有误吸的危险 与呕吐物误吸入肺内有关。
4. 潜在并发症：肺部感染。

小 结

1. 定义 恶心是一种上腹不适和紧迫欲吐的感觉。呕吐是胃或部分小肠内容物，经食管、口腔逆流排出体外的现象。
2. 分类 呕吐一般分反射性、中枢性两大类。
3. 临床表现
 - （1）恶心发生时，常表现为上腹不适，紧迫欲呕吐，并伴有迷走神经兴奋的症状。
 - （2）反射性呕吐常有恶心先兆，胃排空后仍干呕不止；中枢性呕吐呈喷射性，吐后不感轻松，可伴剧烈头痛及意识障碍；前庭功能障碍性呕吐多伴有自主神经功能失调症状；神经性呕吐与精神或情绪因素有关，进餐或餐后即吐，吐后再食。
4. 护理评估要点 疾病史或用药史、临床表现特点、对患者的影响、诊断治疗与护理经过。

（霍 苗）





第十二节 呕血与黑便



学习目标

通过本节内容的学习，学生应能：

◆ 识记

1. 阐述呕血的概念。
2. 阐述黑便的概念。
3. 说出呕血的病因。
4. 说出黑便的病因。

◆ 理解

1. 分析呕血的临床表现。
2. 分析黑便的临床表现。

◆ 运用

1. 运用本节所学知识，针对呕血 / 黑便的患者作出全面准确的护理评估。
2. 根据护理评估，正确作出护理诊断，并列出具相关因素。

案例 3-8

患者周某，女性，49岁。呕血、排黑便3天。3天前呕吐鲜红色血，1~2次/日，每次30~50ml，无血块，排黑色稀便及暗红色血便，1~2次/天，伴头晕、乏力，上腹轻度闷痛不适，未治疗。入院前4小时，再发呕吐鲜红色血数次，总量约1000ml，伴头晕、乏力、心悸、出冷汗，急送入院。2年前外院诊断“肝硬化”。

问题与思考：

患者为什么出现呕血与黑便症状？

呕血(hematemesis)与黑便(melena)是上消化道出血的症状。呕血是指由于上消化道(屈氏韧带以上的消化器官，包括食管、胃、十二指肠、肝、胰和胆道)或全身性疾病导致急性上消化道出血时，血液经口呕出的现象。在确定呕血之前，必须排除口腔、鼻、咽喉等部位的出血以及咯血。

黑便指上消化道出血时部分血液经肠道排出，因血红蛋白在肠道内与硫化物结合成硫化亚铁，色黑而称之。由于黑便上附有黏液而发亮，类似柏油，又称柏油样便。

一、病因

1. 消化系统疾病

- (1) 食管疾病：食管静脉曲张破裂、食管炎、食管癌、食管异物、食管裂孔疝等。
- (2) 胃及十二指肠疾病：消化性溃疡、急性糜烂性出血性胃炎、胃癌等。
- (3) 肝、胆和胰腺疾病：肝硬化所致的食管-胃底静脉曲张破裂、肝癌破裂出血、急性出血性胆管炎、胆道结石、急性胰腺炎合并脓肿、胰腺癌破裂出血等。

2. 血液系统疾病 白血病、血小板减少性紫癜、血友病、弥散性血管内凝血、再生障碍





性贫血等。

3. 其他全身性疾病 流行性出血热、钩端螺旋体病、尿毒症、败血症及系统性红斑狼疮等。

上述病因中，以消化性溃疡引起的出血最为常见，其次是胃底或食管静脉曲张破裂，再次为急性糜烂性出血性胃炎和胃癌。

二、临床表现

1. 呕血 呕血前多有上腹部不适及恶心，随后呕出血性胃内容物。呕血发生时，胃内积血达到 250ml 以上。呕出物的颜色取决于出血部位、出血量及血液在胃内停留的时间。

(1) 出血部位：幽门以上部位出血以呕血为主，伴有黑便；幽门以下部位出血多以黑便为主。

(2) 出血量及胃内停留时间：若出血量大，在胃内停留的时间短，则呕出的血液颜色呈鲜红色或暗红色；若出血量小，在胃内停留的时间长，则呕吐物为咖啡色或棕褐色。

2. 黑便 呕血可伴有黑便，而黑便不一定伴有呕血。黑便发生时，出血量在 50ml 以上。若出血量较小，粪便外观可无异常，须通过粪便隐血试验加以鉴别，每日出血量达 5ml，粪便隐血试验即呈阳性。

黑便的颜色与性状主要取决于出血量及肠蠕动的快慢。出血量大或肠蠕动快时，血液在肠道内停留时间短，可形成暗红色或紫红色稀薄血便，而非黑便；出血量小或肠蠕动慢时，血液在肠道内停留时间长，可形成稠厚的黑便。

出血停止后黑便持续时间与患者的排便次数有关。若每日排便一次，粪便颜色约在 3 天后恢复正常。出血是否停止，不能单纯根据排便情况判断，必须结合临床表现，如血压、脉搏、意识、肠鸣音、血红蛋白、红细胞计数等综合判断。

3. 全身症状 大量呕血和黑便可导致失血性周围循环衰竭，其程度与出血量有关。

(1) 轻度出血：出血量为循环血量的 10% ~ 15%，约 500ml，一般不引起全身症状或仅有头晕、乏力，多无血压、脉搏的变化。

(2) 中度出血：出血量为循环血量的 20%，约 1000ml，主要临床表现为眩晕、口渴、四肢湿冷、心悸、血压下降、脉率增快等。

(3) 重度出血：出血量为循环血量的 30%，约 1500ml，主要临床表现为脉搏细速、血压下降、呼吸急促、尿量减少、烦躁不安等。

出血早期血液学改变可不明显，3 ~ 4 小时后，随组织液的渗出、输液等，血液被稀释，血红蛋白和血细胞比容可降低，出现贫血表现，出血停止后逐渐恢复正常。出血数小时后，随着血红蛋白的分解产物在肠内被吸收，血尿素氮开始上升，24 ~ 48 小时可达高峰，如无继续出血，1 ~ 2 天即可降至正常。

4. 咯血与呕血的鉴别 见表 3-8。

表3-8 咯血与呕血的鉴别

鉴别要点	咯血	呕血
病因	肺结核、肺癌、支气管扩张、肺炎、肺脓肿、心脏病等	消化性溃疡、肝硬化、急性糜烂性出血性胃炎、胃癌等
出血前症状	胸闷、喉部痒感、咳嗽	上腹部不适、恶心呕吐
出血方式	咯出	呕出
血的颜色	鲜红色	暗红色或棕色，偶尔鲜红色
血内混合物	泡沫、痰液	胃液、食物残渣
酸碱反应	碱性	酸性
黑便	除非咽下血液，否则没有	常有
出血后的痰的性状	常有血痰数日	无痰





三、护理评估要点

1. 相关疾病史与诱发因素 有无消化系统疾病,有无血液系统疾病,有无肾上腺糖皮质激素、水杨酸类等用药,有无流行性出血热等急性传染性疾病,出血前有无酗酒、进食粗硬或刺激性食物等。
2. 确定是否为呕血与黑便 注意排除口、鼻腔、咽喉等部位出血及咯血。此外,进食大量动物血、肝、肉类所致的黑便,虽然隐血试验阳性,但素食后转为阴性。服用铋剂、铁剂、炭粉或中药可使粪便发黑,但一般黑而无光泽,隐血试验阴性。
3. 临床表现 包括呕血、黑便出现的急缓、部位、出血量、颜色、性状及其变化,以作为失血量的粗略估计参考。
4. 对患者的影响 主要包括有无头晕、心悸、口渴、冷汗、血压下降、心率增快等循环血量不足的表现,有无紧张、焦虑、恐惧等负性情绪。
5. 诊断、治疗与护理经过 主要包括采用何种止血方法、药物,效果如何等。

四、相关护理诊断

1. 组织灌注无效 与上消化道出血所致血容量减少有关。
2. 活动无耐力 与上消化道出血所致贫血有关。
3. 恐惧 与急性上消化道大量出血有关。
4. 知识缺乏:缺乏有关出血病因及防治的知识。
5. 潜在并发症:休克。

小结

1. 定义

(1) 呕血是指由于上消化道(屈氏韧带以上的消化器官,包括食管、胃、十二指肠、肝、胰和胆道)或全身性疾病导致急性上消化道出血时,血液经口呕出的现象。

(2) 黑便指上消化道出血时部分血液经肠道排出,因血红蛋白在肠道内与硫化物结合成硫化亚铁,色黑而称之。由于黑便上附有黏液而发亮,类似柏油,又称柏油样便。

2. 病因 消化系统疾病、血液系统疾病、其他全身性疾病;以消化性溃疡引起的出血最为常见,其次是胃底或食管静脉曲张破裂,再次为急性糜烂性出血性胃炎和胃癌。

3. 临床表现

(1) 呕血:幽门以上部位出血以呕血为主,伴有黑便;幽门以下部位出血多以黑便为主;若出血量大,在胃内停留的时间短,则呕出的血液颜色呈鲜红色或暗红色;若出血量小,在胃内停留的时间长,则呕吐物为咖啡色或棕褐色。

(2) 黑便:出血量大或肠蠕动快时,血液在肠道内停留时间短,可形成暗红色或紫红色稀薄血便,而非黑便;出血量小或肠蠕动慢时,血液在肠道内停留时间长,可形成稠厚的黑便。

4. 护理评估要点 疾病史或诱发因素、临床表现特点、对患者的影响、诊断治疗与护理经过。





第十三节 腹 泻



学习目标

通过本节内容的学习，学生应能：

◆ 识记

1. 说出腹泻的概念。
2. 阐述腹泻的分类。

◆ 理解

1. 解释腹泻的发生机制。
2. 比较各类腹泻，说明其临床表现的区别。

◆ 运用

1. 运用本节所学知识，针对腹泻的患者作出全面准确的护理评估。
2. 根据护理评估，正确作出护理诊断，并列出现相关因素。

案例 3-9

患儿，男性，7个月，腹泻伴呕吐3天。3天前无诱因患儿出现腹泻，每日排便10余次，为黄色稀水样便，伴呕吐，每日呕吐4~5次，有低热，无寒战、抽搐。曾口服蒙脱石散、利巴韦林治疗无明显好转。就诊当日精神不振，尿量减少，皮肤弹性、湿度差，前囟、眼窝凹陷，四肢稍凉。

问题与思考：

1. 该患儿目前最主要的症状是什么？
2. 为什么会出现该症状？

腹泻（diarrhea）是指排便次数明显超过平日习惯的频率，粪质稀薄，水分增加，或含黏液、脓血和未消化食物。腹泻分急性和慢性两类。急性腹泻发病急剧，病程在2~3周之内。慢性腹泻指病程在2个月以上或间歇期在2~4周内的复发性腹泻。

一、发生机制

正常人排便受到胃肠分泌、吸收、肠蠕动情况的影响，当胃肠分泌增加、吸收障碍、肠蠕动过快或异常渗出时，即导致腹泻。腹泻多非单一因素所致，从病理生理角度可归纳为下列几个方面：

1. 分泌性腹泻 指因胃肠黏膜受到刺激后液体分泌过多，超过吸收能力时所引起的腹泻。常见于霍乱、沙门菌属感染。分泌性腹泻的发生过程中，环磷酸腺苷（cAMP）占有重要地位。细菌毒素（如霍乱弧菌分泌的肠毒素）能激活黏膜细胞内的腺苷酸环化酶，促使细胞内的cAMP生成增加，cAMP能诱导分泌大量的电解质和水分至肠腔，当分泌量超过其吸收能力时，则出现腹泻。

2. 渗透性腹泻 指肠腔内容物有效渗透压过高，血浆中水分通过肠壁进入肠腔，肠腔存留大量液体刺激肠运动而致腹泻。见于口服甘露醇、乳糖酶缺乏症等。





3. 渗出性腹泻 指肠黏膜炎症、溃疡或浸润性病变时，血管通透性增高而渗出大量血浆、黏液、脓血而引起的腹泻。见于各种肠道炎症性疾病。渗出性腹泻发生时，炎性渗出物可增高肠道内渗透压，同时肠黏膜有大面积损伤，可引起水、电解质的吸收障碍；黏膜炎症可产生前列腺素，增加肠蠕动，引起腹泻。

4. 动力性腹泻 指因胃肠蠕动增快，以致食糜没有足够的时间被消化和吸收而引起的腹泻。见于甲状腺功能亢进、胃肠功能紊乱、肠炎等。

5. 吸收不良性腹泻 由于肠黏膜的吸收面积减少或吸收障碍引起的腹泻，见于小肠大部切除、吸收不良综合征等。

二、病因

1. 急性腹泻

(1) 肠道疾病

1) 感染性肠道疾病：见于细菌、病毒、真菌、原虫等引起的感染性疾病，如细菌性痢疾、霍乱、轮状病毒胃肠炎、白念珠菌性肠炎、溶组织阿米巴痢疾等。

2) 非感染性肠道疾病：见于克罗恩病或溃疡性结肠炎急性发作、消化不良等。

(2) 急性中毒：由于进食有毒食物，如毒蕈、河豚、鱼胆等，或进食砷、汞、铅等化学物质引发中毒。

(3) 其他：见于进食生冷食物、腹部受凉等情况。

2. 慢性腹泻

(1) 感染性肠道疾病：见于慢性萎缩性胃炎、慢性阿米巴痢疾、慢性细菌性疾病、肠结核、血吸虫病等。

(2) 非感染性肠道疾病：见于克罗恩病、溃疡性结肠炎、放射性肠炎、憩室炎、吸收不良综合征等。

(3) 肿瘤：见于大肠癌、结肠息肉腺瘤病、小肠恶性淋巴瘤等。

(4) 全身性疾病：见于甲状腺功能亢进、肾上腺皮质功能减退、尿毒症性肠炎等。

(5) 药物副作用：服用利血平、洋地黄类药物等。

三、临床表现

急性腹泻起病急骤，每天排便可达10次以上，粪便量多而稀薄，排便时常伴腹鸣、肠绞痛或里急后重。慢性腹泻起病缓慢、病程较长，排便次数增多，便稀或不成形，或腹泻与便秘交替进行。

由于病因与发生机制不同，粪便的量及性状等亦有所不同。

1. 分泌性腹泻 大量水样粪便，每日排便量大于1000ml，便中含大量电解质，其渗透压与血浆渗透压基本相同，粪便中不含脓血，禁食后腹泻仍不停止，一般无腹痛，肠黏膜组织学检查基本正常。

2. 渗透性腹泻 粪便含有大量未完全消化或分解的食物、泡沫、恶臭气味，禁食后腹泻缓解，肠腔内的渗透压超过血浆渗透压，粪中电解质含量不高，多不伴腹痛。

3. 渗出性腹泻 粪便含有黏液和脓血，多伴有腹痛与发热，其中小肠疾病所致腹痛多位于脐周，结肠疾病所致腹痛多位于下腹部，便后常可缓解，病变累及直肠者可有里急后重。

4. 动力性腹泻 多不伴有腹痛，粪便较稀，无脓血及黏液。

5. 吸收不良性腹泻 粪便含大量脂肪及泡沫，量多而臭，不伴腹痛，进食后可缓解。

急性腹泻可引起脱水、电解质紊乱及代谢性酸中毒。排便频繁可引起肛周皮肤破损、溃烂。严重腹泻可影响患者休息与睡眠。长期慢性腹泻可导致营养不良、维生素缺乏，甚至发生





营养不良性水肿。

四、护理评估要点

1. 相关疾病史与诱发因素 有无与腹泻相关的疾病史、用药史、不洁饮食、摄入油腻食物或精神紧张、焦虑等。
2. 临床表现 包括起病急缓，病程长短，腹泻次数，粪便量、性状、气味等。
3. 对患者的影响 重点为有无脱水、电解质紊乱、体重下降、肛周皮肤情况、患者休息睡眠情况等。
4. 诊断、治疗与护理经过 包括是否做粪便检查、已采取的措施及效果等。

五、相关护理诊断

1. 体液不足 / 有体液不足的危险 与腹泻所致体液丢失过多有关。
2. 皮肤完整性受损 / 有皮肤完整性受损的危险 与排便次数增多及排泄物对肛周皮肤刺激有关。
3. 营养失调：低于机体需要量 与长期慢性腹泻有关。

小 结

1. 定义 排便次数明显超过平日习惯的频率，粪质稀薄，水分增加，或含黏液、脓血和未消化食物。
2. 分类 一般分急性腹泻、慢性腹泻两大类。
3. 临床表现 由于病因与发生机制不同，粪便的量及性状、是否伴随腹痛等亦有所不同。
4. 护理评估要点 疾病史或诱发因素、临床表现特点、对患者的影响、诊断治疗与护理经过。

(霍 苗)

第十四节 便秘



学习目标

通过本节内容的学习，学生应能：

◆ 识记

1. 说出便秘的概念。
2. 说出各类便秘的病因。
3. 阐述便秘的临床表现。

◆ 理解

解释便秘的发生机制。

◆ 运用

1. 运用本节所学知识，针对便秘的患者作出全面准确的护理评估。
2. 根据护理评估，正确作出护理诊断，并列出具相关因素。





案例 3-10

董某，女，33岁，有多年慢性便秘病史，服用中药或西药，排便即通畅，可停药后排便又出现干结不通，多次灌肠也未取得预期效果，近因便秘加重而前来诊治。

问题与思考：

1. 该患者目前最主要的症状是什么？
2. 作为护士，如何进行全面准确的评估？

便秘（constipation）是临床常见的复杂症状，主要是指排便次数减少、粪便量减少、粪便干结、排便费力等。临床护理工作中，必须结合粪便的性状、本人平时排便习惯和排便有无困难作出有无便秘的判断。

一、发生机制

食物在消化道内经消化、吸收后，剩余的食糜残渣由小肠进入结肠，在结肠内大部分水分与电解质被吸收后形成粪便。粪便形成后，由于结肠蠕动将粪便推向乙状结肠贮留。在进食后或早晨起床后，由于胃结肠反射或体位反射而引起结肠蠕动，将乙状结肠内的粪便推入直肠内，当蓄积足够数量，对肠壁产生一定压力时，则引起排便反射。

正常排便需具备以下条件：①足够的食物量，食物中含有适量的纤维素和水分；②肠道内肌肉张力正常及蠕动功能正常；③有正常的排便反射；④参与排便的肌肉功能正常。其中任何一项条件不满足，即可发生便秘。便秘按发病机制主要分为慢传输型和出口梗阻型两类：

1. 慢传输型便秘 指由于肠道收缩运动减弱，使粪便从结肠到直肠的移动减慢，或由于左半结肠的不协调运动而引起。
2. 出口梗阻型便秘 指由于腹部、肛门直肠及骨盆底部的肌肉不协调导致粪便排出障碍。

二、病因

1. 器质性便秘

- (1) 肠道器质性病变：肿瘤、炎症或其他原因引起肠腔狭窄或梗阻所致。
- (2) 直肠、肛门病变：直肠内脱垂、痔疮、肛裂等引发排便疼痛所致。
- (3) 内分泌或代谢性疾病：糖尿病、甲状腺功能低下、甲状旁腺疾病等引发排便无力。
- (4) 神经系统疾病：见于中枢性脑部疾患、脊髓损伤以及周围神经病变等。
- (5) 腹腔或盆腔肿瘤压迫：如子宫肌瘤。

2. 功能性便秘

- (1) 进食量少或食物缺乏纤维素或水分不足，对结肠运动的刺激减少。
- (2) 因工作紧张、生活节奏过快、工作性质和时间变化、精神因素等干扰了正常的排便习惯。
- (3) 腹肌及盆腔肌张力不足，排便推动力不足，难于将粪便排出体外，如多次妊娠。
- (4) 应用镇静镇痛药、麻醉剂、抗抑郁药、抗胆碱能药、抗帕金森病药、钙通道阻滞剂、利尿剂以及抗组胺药等使肠肌松弛引起便秘。





- (5) 滥用泻药, 形成药物依赖, 造成便秘。
- (6) 年老体弱、活动过少、肠痉挛导致排便困难。
- (7) 结肠冗长, 粪便水分被过度吸收。

三、临床表现

便秘可以发生于各年龄段的人群。通常来说, 女性多于男性, 老年人多于青壮年人。便秘常表现为: 便意少, 便次也少; 排便艰难、费力; 排便不畅; 粪便干结、坚硬, 排便不净感; 便秘伴有腹痛或腹部不适。

便秘危害机体健康: ①对于皮肤黏膜, 便秘患者由于粪块长时间滞留在肠道, 异常发酵, 腐败后会产生大量有害的毒素, 从而引起痤疮、面部色素沉着、皮疹等; ②对于消化系统, 长期便秘可导致患者出现食欲不振、腹部胀满、嗝气、口苦、肛门排气多等表现, 用力排便会导致肛裂、痔等, 并增加癌变的发生率; ③对于循环系统, 便秘会诱发下肢静脉曲张、心绞痛、心肌梗死、脑出血、颅内压增高, 甚至脑疝等; ④对于神经系统, 大量毒素吸收入血可导致患者出现记忆力下降、注意力不集中、思维迟缓等, 部分患者还伴有失眠、烦躁、多梦、抑郁、焦虑等精神心理障碍。

四、护理评估要点

1. 相关疾病史与诱发因素 有无与便秘相关的疾病史、用药史、饮食过少、纤维素缺乏、活动量少、精神紧张、长期服用泻药等。
2. 临床表现 包括起病急缓, 病程长短, 排便频率, 粪便量、性状, 排便费力程度等, 注意与既往排便情况比较。
3. 对患者的影响 重点为有无肛周疼痛、肛裂、痔疮、头昏、食欲不振、乏力、排便紧张焦虑及药物依赖等。
4. 诊断、治疗与护理经过 主要为已采取的措施及效果等。

五、相关护理诊断

1. 便秘 与饮食中纤维素量过少有关; 与运动量过少有关; 与液体摄入不足有关; 与排便环境改变有关; 与精神紧张有关。
2. 疼痛 与粪便过于干硬及排便困难有关。
3. 组织完整性受损 / 有组织完整性受损的危险 与便秘所致肛周组织损伤有关。
4. 焦虑 与长期排便困难有关。

小 结

1. 定义 主要是指排便次数减少、粪便量减少、粪便干结、排便费力等。
2. 临床表现 便意少, 便次也少; 排便艰难、费力; 排便不畅; 粪便干结、坚硬, 排便不净感; 便秘伴有腹痛或腹部不适。
3. 护理评估要点 疾病史或用药史、临床表现特点、对患者的影响、诊断治疗与护理经过。

(霍 苗)





第十五节 便 血



学习目标

通过本节内容的学习,学生应能:

◆ 识记

1. 阐述便血的概念。
2. 说出便血的病因。

◆ 理解

比较不同病因的便血,说明其临床表现的区别。

◆ 运用

1. 运用本节所学知识,针对便血的患者作出全面准确的护理评估。
2. 根据护理评估,正确作出护理诊断,并列出相关因素。

案例3-11

患者,女,1岁半。发现便后滴鲜血1个月,3个月后一次用力排便,排出暗红色肿物嵌顿在肛门外。经确诊为息肉,行手术切除,术中见息肉位于肘膝位6点处,距齿状线2cm,大约4cm×3.5cm×2cm,蒂长2cm,中间有一条压迹(似扭转所致),表面有溃疡和点状出血。术后病理证实腺瘤样息肉。

问题与思考:

该患者为什么出现便血症状?

便血(hematochezia)是指消化道出血,血液自肛门排出,粪便颜色呈鲜红、暗红色或柏油样(黑便)。便血一般提示为下消化道出血,即屈氏韧带以下的空肠、回肠、结肠、直肠和肛门等部位的出血,但亦可见于上消化道出血。少量出血不造成粪便颜色改变,需经隐血试验才能确定,称隐血便。

一、病因

1. 上消化道疾病 见呕血与黑便一节。
2. 下消化道疾病
 - (1) 小肠疾病:肠结核、肠伤寒、小肠憩室、急性出血性坏死性肠炎、小肠息肉等。
 - (2) 结肠疾病:急性细菌性痢疾、阿米巴痢疾、溃疡性结肠炎、结肠息肉、结肠癌等。
 - (3) 直肠肛管疾病:非特异性直肠炎、直肠息肉、直肠癌、痔、肛裂等。
3. 全身性疾病 白血病、血小板减少性紫癜、血友病、维生素C及K缺乏症、流行性出血热等。

二、临床表现

便血的临床表现取决于消化道出血的病因、出血部位、出血量与血液在胃肠道停留的时间。





1. 不同病因的便血表现 痔疮、肛裂、直肠癌常见鲜血便，血色鲜红，不与粪便混合或黏附于粪便表面或便后滴血；急性细菌性痢疾为黏液血便或脓血便；阿米巴痢疾为暗红色果酱样便；急性出血性坏死性肠炎为洗肉水样血便，且有特殊的腥臭味；结肠炎、直肠炎、癌为脓血或黏液血便。

2. 不同出血部位的便血表现 上消化道或小肠出血，血液与粪便可完全混合或全为血液；结肠出血，粪便与血液可部分混合或完全混合；直肠、肛门或肛管出血，血色鲜红，附于粪便表面，或为便后鲜血滴出。

3. 不同的出血量与肠道停留时间的便血表现 出血量多、速度快、肠道停留时间短者呈鲜红色或暗红色便；出血量少、速度慢、肠道停留时间长者呈黑色或柏油样。

短时间内大量出血，可有急性失血性贫血及周围循环衰竭的表现，但临床较少见。长期慢性失血可出现乏力、头晕、失眠、心悸、气促等贫血症状，患者常因此而就诊。

三、护理评估要点

1. 相关疾病史与诱发因素 既往有无慢性痢疾、肠息肉、溃疡性结肠炎、痔疮、肛裂等消化道疾病和血液系统疾病，有无用过抗凝药，有无进食刺激性食物、饮食不规律、便秘、过度劳累、精神刺激等诱发因素。

2. 临床表现 便血出现的急缓、次数、出血量、颜色、性状及其变化，以作为失血量的粗略估计参考。

3. 对患者的影响 主要包括有无头晕、心悸、气促、乏力等贫血的表现，有无紧张、焦虑、恐惧等负性情绪。

4. 诊断、治疗与护理经过 主要包括采用何种止血方法、药物，效果如何等。

四、相关护理诊断

1. 组织灌注无效 与大量便血所致血容量减少有关。

2. 活动无耐力 与便血所致贫血有关。

3. 有皮肤完整性受损的危险 与排泄物对肛门周围皮肤刺激有关。

4. 焦虑 与长期便血有关。

小结

1. 定义 便血是指消化道出血，血液自肛门排出，粪便颜色呈鲜红、暗红色或柏油样（黑便）。

2. 病因 消化道出血、血液系统疾病、其他全身性疾病，以下消化道出血最为常见。

3. 临床表现 便血的临床表现取决于消化道出血的病因、出血部位、出血量与血液在胃肠道停留的时间。

4. 护理评估要点 疾病史或诱发因素、临床表现特点、对患者的影响、诊断治疗与护理经过。

（霍苗）





第十六节 黄 疸



学习目标

通过本节内容的学习，学生应能：

◆ 识记

1. 说出黄疸的概念。
2. 阐述黄疸的分类。

◆ 理解

1. 解释正常胆红素代谢的过程。
2. 举例说明不同类型黄疸的病因。
3. 解释不同类型黄疸的发生机制。
4. 比较各类黄疸，说明其临床表现的区别。

◆ 运用

1. 运用本节所学知识，针对黄疸的患者作出全面准确的护理评估。
2. 根据护理评估，正确作出护理诊断，并列出具相关因素。

案例3-12

患者，男性，15岁。患者于12天前开始发热达38℃，感全身不适、乏力、食欲减退、恶心、右上腹部不适，偶尔呕吐，曾按上呼吸道感染和胃病治疗无好转。1周前皮肤出现黄染，尿色较黄，无皮肤瘙痒，排便正常。既往体健。

查体：T 37.5℃，P 80次/分，R 20次/分，BP 120/75mmHg，皮肤略黄，巩膜黄染，心肺（-），腹平软，肝肋下2cm，质软，轻压痛和叩击痛，脾侧位刚及，腹水征（-），下肢不肿。

实验室检查：血常规正常；尿常规：尿胆红素（+），尿胆原（+）；便常规：颜色加深，隐血（-）。

问题与思考：

1. 该患者为什么会出现皮肤黄染现象？
2. 针对该患者如何进行护理评估？

黄疸（jaundice）是由于血清总胆红素浓度增高，致皮肤、黏膜和巩膜黄染的症状和体征。因巩膜含有较多的弹性硬蛋白，与胆红素有较强的亲和力，故黄疸患者巩膜黄染常先于黏膜、皮肤而首先被察觉。

血清总胆红素由结合胆红素（conjugated bilirubin, CB）和非结合胆红素（unconjugated bilirubin, UCB）构成。正常血清总胆红素为1.7～17.1μmol/L，其中结合胆红素0～3.42μmol/L，非结合胆红素1.7～13.68μmol/L。当血清总胆红素在17.1～34.2μmol/L时，虽高于正常，但临床不易肉眼察觉，称隐性黄疸；当血清总胆红素超过34.2μmol/L时，临床上即可发现黄疸，也称为显性黄疸。





一、正常胆红素代谢

1. 胆红素的生成与运输 体内的胆红素主要来源于血红蛋白。正常人血液循环中衰老红细胞经单核巨噬细胞系统破坏,分解成游离胆红素或称非结合胆红素。非结合胆红素为脂溶性,在血液中与血清蛋白结合而被输送,因此不能从肾小球滤过,故尿液中不出现非结合胆红素。

2. 胆红素的代谢 胆红素的代谢主要在肝中进行,包括摄取、结合、排泌三个过程。

非结合胆红素由肝摄取,在葡萄糖醛酸转移酶的催化下和葡萄糖醛酸结合,形成结合胆红素。结合胆红素呈水溶性,可由肾小球滤过自尿中排出。结合胆红素随胆汁排入肠道,经肠道细菌的还原作用形成尿胆原,大部分尿胆原在肠道内进一步氧化成为尿胆素随粪便排出体外,称为粪胆素,成为粪便中的主要色素。小部分(10%~20%)尿胆原被肠道重吸收,经门静脉回流至肝,其中大部分再次转化为结合胆红素,经胆道排入肠腔,即形成胆红素的肝肠循环,小部分随血液循环经肾随尿排出体外,称为尿胆素(图3-11)。

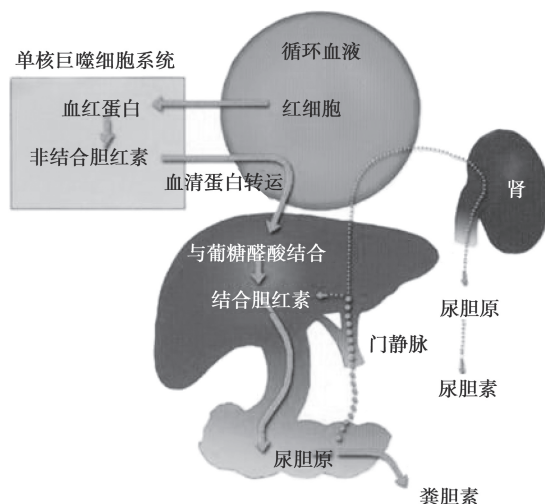


图3-11 正常胆红素代谢

二、病因与发生机制

凡胆红素生成过多,肝细胞对胆红素的摄取、结合、排泌障碍,或肝内外胆管阻塞等,均可导致血清总胆红素浓度升高而发生黄疸。临床上根据黄疸的发生机制将其分为3种类型。

1. 溶血性黄疸 由于红细胞大量破坏溶血后,非结合胆红素形成增多,大量的非结合胆红素运输至肝,使肝的负担增加,当超过肝对非结合胆红素的摄取、结合、排泌能力时,则引起血液中非结合胆红素浓度增高。此外,大量溶血导致的贫血,使肝细胞处在缺氧、缺血的状态下,降低了肝非结合胆红素的代谢能力,结果导致非结合胆红素在血液中浓度增高而出现黄疸。

溶血性黄疸主要见于各种溶血性疾病:①先天性溶血性贫血,如遗传性球形红细胞增多症、海洋性贫血等;②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、蛇毒等引起的溶血。

2. 肝细胞性黄疸 因肝细胞病变,对胆红素的摄取、结合及排泌功能降低,致使血中非结合胆红素增高;另一方面,未受损的肝细胞将非结合胆红素转化为结合胆红素,因肝细胞肿胀、坏死以及小胆管内的胆栓形成,部分结合胆红素经已受损或坏死的肝细胞反流入血中,导致血中结合胆红素增高而引起黄疸。

肝细胞性黄疸常见于各种肝疾病,如病毒性肝炎、中毒性肝炎、肝硬化、钩端螺旋体病等。

3. 胆汁淤积性黄疸 由于胆管梗阻、胆汁淤积,上方的胆管内压力升高,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,使血中结合胆红素增高,引起黄疸。此外,肝内胆汁淤积有些并非由机械因素引起,而是由于胆汁排泌功能障碍,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形成。

胆汁淤积可分为肝内性和肝外性,前者常见于肝内泥沙样结石、毛细胆管型肝炎、原发性胆汁性肝硬化等;后者多见于胆总管结石、狭窄、肿瘤、炎性水肿、蛔虫阻塞,也可见于由肝





癌、胰头癌等胆管外肿块压迫而引起。

三、临床表现

1. 溶血性黄疸 一般黄疸较轻，皮肤呈浅柠檬黄色，不伴皮肤瘙痒，粪便颜色加深。急性溶血时可有高热、寒战、头痛及腰背痛，并有明显贫血和血红蛋白尿（尿呈酱油色），重者可有急性肾衰竭。慢性溶血多为先天性，多以贫血、黄疸和脾大为主要表现。溶血性黄疸血清总胆红素增加，以非结合胆红素为主，结合胆红素基本正常，尿结合胆红素定性试验阴性。

2. 肝细胞性黄疸 皮肤、黏膜呈浅黄至深金黄色，可有皮肤瘙痒，常伴有乏力、食欲减退、厌油腻、腹胀、恶心、呕吐、肝区不适或疼痛等症状，重者可有出血倾向。肝细胞性黄疸者血清总胆红素增加，结合胆红素和非结合胆红素均增加，尿结合胆红素定性试验阳性。

3. 胆汁淤积性黄疸 黄疸多较严重，皮肤暗黄色，完全梗阻者可呈黄绿或绿褐色，伴皮肤瘙痒及心动过缓。尿色深如浓茶，粪便颜色变浅，肝外胆管完全阻塞时粪便呈白陶土色。因脂溶性维生素 K 吸收障碍，常有出血倾向。胆汁淤积性黄疸者血清总胆红素增加，以结合胆红素增加为主，尿结合胆红素定性试验阳性，尿胆原和粪胆素减少或缺如。

四、护理评估要点

1. 相关疾病史与诱发因素 有无家族遗传史，有无溶血性疾病、肝疾病、胆管疾病等病史，有无长期使用某些药物或长期反复接触某些化学毒物史，近期内有无血制品输注史，有无长期大量酗酒及营养失调，有无食用蚕豆等情况。

2. 鉴别是否真性黄疸 注意与假性黄疸的鉴别。如进食过多的橘子、胡萝卜、南瓜等引起皮肤黄染，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；长期服用含黄色素的药物，如米帕林（阿的平）、呋喃类药物，可使皮肤黄染，重者亦可巩膜黄染，但以角膜周围最明显，离角膜缘越远黄染越浅，与黄疸表现相反；中年以后发生的球结膜下脂肪沉积多在内眦部出现分布不均匀的黄色斑块。

3. 临床表现 黄疸出现的急缓、时间、皮肤颜色及瘙痒程度、粪便尿液颜色及程度、伴随症状等。①急骤出现常见于急性肝炎、胆囊炎、胆石症、急性溶血等，缓慢发生的黄疸常见于肝硬化、壶腹周围癌等。②病毒性肝炎和溶血性黄疸持续 1 个月左右逐渐消退，肝外肿瘤阻塞所致的胆汁淤积性黄疸常进行性加深，慢性胆汁淤积性黄疸可迁延数月或数年。③黄疸的程度常与病变的轻重一致，黄染越深，病情越重；梗阻越完全，瘙痒越明显；尿色越深，粪便颜色越浅，提示黄疸程度较深；瘙痒减轻，则表明病情在好转，黄疸渐消退。

4. 对患者的影响 如有无因皮肤、黏膜黄染所致的身体意象紊乱或焦虑，有无因皮肤瘙痒所致的失眠等。

5. 诊断、治疗与护理经过 注意与黄疸有关的实验室检查结果，以助于三种类型黄疸的鉴别；有否做过创伤性的病因学检查；治疗及护理措施，效果如何。

五、相关护理诊断

1. 皮肤完整性受损 与皮肤瘙痒有关。
2. 身体意象紊乱 与黄疸所致皮肤、黏膜和巩膜发黄有关。
3. 焦虑 与病因不明、担心预后或创伤性检查有关。
4. 睡眠型态紊乱 与皮肤瘙痒有关。
5. 潜在并发症：肝性昏迷，急性肾衰竭。





小结

1. 定义 由于血清总胆红素浓度增高,致皮肤、黏膜和巩膜黄染的症状和体征。

2. 分类 溶血性黄疸、肝细胞性黄疸、胆汁淤积性黄疸。

3. 临床表现

(1) 溶血性黄疸:皮肤呈浅柠檬黄色,不伴皮肤瘙痒,粪便颜色加深。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,尿结合胆红素定性试验阴性。

(2) 肝细胞性黄疸:皮肤、黏膜呈浅黄至深金黄色,可有皮肤瘙痒,常伴有肝功能下降等症状,重者可有出血倾向。血清总胆红素增加,结合胆红素和非结合胆红素均增加,尿结合胆红素定性试验阳性。

(3) 胆汁淤积性黄疸:皮肤暗黄色,完全梗阻者可呈黄绿或绿褐色,伴皮肤瘙痒及心动过缓。尿色深,粪便浅,常有出血倾向。血清总胆红素增加,以结合胆红素增加为主,尿结合胆红素定性试验阳性,尿胆原和粪胆素减少或缺如。

4. 护理评估要点 疾病史或用药史、临床表现特点、对患者的影响、诊断治疗与护理经过。

(霍苗)

第十七节 排尿异常



学习目标

通过本节内容的学习,学生应能:

◆ 识记

1. 说出尿潴留和尿失禁的概念。
2. 阐述尿潴留和尿失禁的病因。
3. 说出尿潴留和尿失禁的临床表现。

◆ 理解

解释尿潴留和尿失禁的发生机制。

◆ 运用

1. 运用所学知识,对患者做出全面准确的护理评估。
2. 根据护理评估,正确做出护理诊断,并列出相关因素。

一、尿潴留

尿潴留(urinary retention)是指膀胱停止排尿或排空不完全。尿液完全不能排出称为完全性尿潴留;尿液不能完全排出,排尿后残余尿量大于100ml称为不完全性尿潴留。

(一) 病因与发生机制

1. 病因

(1) 阻塞性尿潴留:是由于膀胱颈至尿道外口的某一部分存在梗阻性病变而引起的尿潴





留，参与排尿的神经及肌肉功能正常。常见于以下原因：

1) 膀胱颈梗阻：见于前列腺增生及肿瘤、膀胱结石或异物、子宫肌瘤等。

2) 尿道梗阻：见于尿道结石、异物、肿瘤及结核等，包茎和先天性尿道瓣膜是男婴尿道梗阻的常见原因。

(2) 功能性尿潴留：尿路本身无梗阻，尿潴留是由于排尿中枢或周围神经损害，造成膀胱逼尿肌无力或尿道括约肌痉挛所引起，某些药物作用、低血钾等也可导致尿潴留。常见于以下原因：

1) 神经系统病变：中枢神经系统和周围神经系统功能性或器质性病变可影响正常的排尿反射，是造成尿潴留的常见原因。常见于颅脑或脊髓肿瘤、脑血管疾病、脊柱裂、脊膜膨出、糖尿病和周围神经炎等。

2) 手术或麻醉：中枢神经或骨盆手术造成盆神经损害或功能障碍。

3) 药物作用：很多药物都可引起尿潴留，如抗组胺药、阿片制剂、抗胆碱能药和抗抑郁药等。

4) 精神因素：精神紧张、排尿环境或排尿方式不适应等。

5) 其他：如低血钾。

2. 发生机制 当膀胱内尿液增加到一定程度后产生的压力被膀胱内壁压力感受器感知，冲动沿盆神经传入脊髓的低级排尿中枢，同时上传到脑干和大脑皮质的高级排尿中枢并产生尿意。此时若有排尿机会，大脑皮质和脑干发出的冲动下行到脊髓，冲动沿盆神经传出到达膀胱，引起逼尿肌收缩，内括约肌松弛，尿道内压力下降，尿液进入上部尿道，此时尿液进一步刺激尿道的感受器，产生兴奋性冲动，冲动沿盆神经再次传到脊髓排尿中枢并加强其活动，同时反射性地控制阴部神经的活动，使尿道外括约肌开放，于是尿液排出膀胱。如无排尿机会，脊髓低级排尿中枢的活动受到大脑高级排尿中枢的抑制，不产生排尿反射。脊髓反射弧或大脑皮质功能障碍、逼尿肌和括约肌功能异常、尿液排出通路受阻等原因均可导致尿潴留。

(二) 临床表现

急性尿潴留起病急，表现为突然发生的、短时间内的膀胱充盈，患者下腹部膨隆，伴下腹部胀痛，尿意急迫，却不能自行排出。慢性尿潴留起病缓慢，一般无下腹部疼痛，当有大量残余尿时可出现少量持续排尿，称为假性尿失禁，是由于膀胱内尿液充盈过度溢出所致。

急性尿潴留患者可因下腹部疼痛而烦躁和(或)辗转不安，异常痛苦。由于贮积的尿液有利于细菌的生长和繁殖，所以尿潴留患者易发生尿路感染，临床护理尿潴留的常用方法是留置导尿，但留置导尿会给患者带来疼痛不适及尿路感染机会。长期尿潴留引起膀胱过度膨胀，压力增高。可发生输尿管反流，引起输尿管及肾积水，最终导致肾功能受损。尿潴留患者可出现焦虑、紧张等情绪反应。

(三) 护理评估要点

1. 临床表现特点 尿潴留的发生时间、缓急及伴随症状等。

2. 饮食营养状况 询问每日进食量与食物类型，注意营养平衡和清淡饮食。

3. 出入量 详细记录24小时出入量，注意出入总量是否平衡。尿潴留患者应保持适当液体摄入。

4. 既往健康史 既往有无与尿潴留相关的疾病史、手术史、用药史或环境因素等。

5. 对患者的影响 评估下腹部外形、压痛、腹部包块、膀胱区叩诊音等以及对患者生活质量的影响，如因尿液无法排出而致的下腹部疼痛、烦躁和辗转不安，留置导尿的患者出现尿急、尿频、尿痛等尿路感染的症状。





6. 诊断、治疗与护理经过 重点为是否采取促进排尿的相关措施及其效果。

(四) 相关护理诊断

1. 尿潴留 与尿道梗阻有关；与神经系统病变有关；与服用药物有关；与精神紧张有关等。
2. 舒适度减弱 与尿液无法正常排出有关。
3. 焦虑 与无法有效排空膀胱有关；与伴有尿频、尿急、尿失禁等有关。
4. 潜在并发症：尿路感染。

二、尿失禁

尿失禁 (incontinence of urine) 是由于膀胱括约肌损伤或神经功能障碍而导致排尿自控能力下降或丧失，使尿液不自主地流出。尿失禁可发生在任何年龄及性别，以女性和老年人多见。

(一) 病因与发生机制

1. 病因

- (1) 先天性疾患：如尿道上裂。
- (2) 创伤：如妇女生产时的创伤、骨盆骨折等。
- (3) 手术：成人为前列腺手术、尿道狭窄修补术等，儿童为后尿道瓣膜手术等。
- (4) 各种原因引起的神经源性膀胱。

2. 发生机制

(1) 尿道括约肌受损：不论男性还是女性，膀胱颈部（交感神经所控制的尿道平滑肌）是制止尿液外流的主要力量。女性在膀胱颈部功能完全丧失时会引起压力性尿失禁，正常男性的尿液控制依靠近侧尿道括约肌和远侧尿道括约肌两部分。男性在近侧尿道括约肌功能完全丧失而远侧尿道括约肌功能正常时，仍然能控制正常排尿，如远侧尿道括约肌功能同时受损，则因为损害的轻重可引起不同程度的尿失禁。

(2) 逼尿肌无反射：逼尿肌收缩力及尿道闭合压力都降低，逼尿肌不能主动地将尿液完全排出，须依靠增加腹压排尿。尿潴留时可发生溢出性尿失禁；当残余尿很多，尿道阻力很低时可发生压力性尿失禁。

(3) 逼尿肌反射亢进：脑桥上中枢神经对排尿反射主要起抑制作用，当中枢神经病变时抑制不足，逼尿肌反射亢进；糖尿病等引起骶髓周围神经病变，也出现逼尿肌反射亢进；此外，膀胱出口梗阻、膀胱壁的神经或肌肉改变，都会引起逼尿肌兴奋性增加，出现尿失禁。

(4) 逼尿肌和括约肌功能协同失调：一类是由于上运动神经元病变引起的尿道外括约肌发生无抑制性松弛（有或无逼尿肌的收缩）而引起尿失禁。另一类是在逼尿肌收缩过程中外括约肌出现持续性痉挛而导致尿潴留，随后引起尿失禁。

(5) 膀胱膨出：最常见的原因是妇女产伤造成维持膀胱正常位置的骨盆底筋膜及肌肉损伤而又未及时修复，引起膀胱向阴道前壁膨出，严重时尿道也膨出。多伴有压力性尿失禁。

(二) 临床表现

不同类型的尿失禁其临床表现不尽相同。根据 NANDA 护理诊断中所列与尿失禁有关的护理诊断名称，将尿失禁分为反射性尿失禁、急迫性尿失禁、功能性尿失禁、压力性尿失禁、溢出性尿失禁。反射性尿失禁患者在排尿前可出现颜面潮红、出汗或恶心、呕吐等反应，在自己感觉不到尿意的情况下，突然不自主地间歇性排尿。急迫性尿失禁患者尿意紧急，常伴有尿频和尿急，多来不及如厕就有尿液不自主流出。功能性尿失禁患者由于精神障碍、运动障碍、药物因素或环境因素等，虽能感觉到膀胱充盈，却因不能及时排尿而引起不自主排尿，每次尿量较大。压力性尿失禁患者在打喷嚏、大笑、咳嗽、跑跳、举重物时，可有少量尿液不自主地





溢出。溢出性尿失禁患者尿失禁的量很小，但常持续性滴漏，多伴有排尿困难，甚至尿潴留的表现。身体评估常有膀胱充盈，排尿后膀胱残余尿量常增加。

（三）护理评估要点

1. 临床表现特点 尿失禁发生时间、是持续性还是间断性、发作有无诱因、排尿前有无尿意及伴随症状等。
2. 饮食营养状况 询问每日进食量与食物类型，注意营养平衡和清淡饮食。
3. 出入量 详细记录 24 小时出入量，注意出入总量是否平衡。尿失禁患者应保持适当的液体摄入。
4. 既往健康史 既往有无与尿失禁相关的疾病史、手术史、用药史或环境因素等。
5. 对患者的影响 评估下腹部外形、皮肤改变等以及对患者生活质量的影响，如因尿液刺激皮肤而引起皮炎，局部皮肤潮湿受压后发生压疮等。
6. 诊断、治疗与护理经过 重点为预防或处理尿失禁采取的措施及其效果。

（四）相关护理诊断

1. 反射性尿失禁 与骶髓排尿中枢水平以上的脊髓完全性损伤有关。
2. 急迫性尿失禁 与中枢神经系统和膀胱局部病变所致膀胱收缩不受控制有关。
3. 功能性尿失禁 与精神障碍、运动障碍、环境因素或药物作用所致不能及时如厕有关。
4. 压力性尿失禁 与尿道括约肌张力减低、骨盆底部肌肉和韧带松弛有关。
5. 溢出性尿失禁 与膀胱排尿出口梗阻或膀胱逼尿肌失去正常张力，引起尿液潴留，膀胱内压超过尿道阻力时，尿液溢出有关。
6. 皮肤完整性受损 / 有皮肤完整性受损的危险 与尿液浸湿并刺激皮肤有关。
7. 有跌倒的危险 与尿急有关。

小 结

1. 尿潴留的概念 尿潴留指膀胱停止排尿或排空不完全。尿液完全不能排出称为完全性尿潴留；尿液不能完全排出，排尿后残余尿量大于 100ml 称为不完全性尿潴留。

2. 尿潴留的病因 主要是膀胱颈和尿道梗阻的阻塞性尿潴留；也可以是神经系统病变、手术麻醉、药物作用、精神因素等引起的功能性尿潴留。

3. 尿潴留的临床特点 急性尿潴留患者下腹部膨隆，伴下腹部胀痛，尿意急迫，却不能自行排出。慢性尿潴留患者一般无下腹部疼痛，当有大量残余尿时可出现少量持续排尿，称为假性尿失禁。

4. 尿潴留护理评估要点 临床表现特点、饮食营养状况、出入量、既往健康史、对患者的影响、诊断治疗与护理经过。

5. 尿失禁的概念 尿失禁是由于膀胱括约肌损伤或神经功能障碍而导致排尿自控能力下降或丧失，使尿液不自主地流出。

6. 尿失禁的病因 先天性疾患，创伤，手术，各种原因引起的神经源性膀胱。

7. 尿失禁的临床特点 不同类型的尿失禁其临床表现不尽相同。可分为反射性尿失禁、急迫性尿失禁、功能性尿失禁、压力性尿失禁、溢出性尿失禁。

8. 尿失禁护理评估要点 临床表现特点、饮食营养状况、出入量、既往健康史、对患者的影响、诊断治疗与护理经过。





第十八节 抽搐与惊厥



学习目标

通过本节内容的学习，学生应能：

◆ 识记

1. 说出抽搐与惊厥的概念。
2. 阐述抽搐与惊厥的病因。
3. 说出抽搐与惊厥的临床表现。

◆ 理解

解释抽搐与惊厥的发生机制。

◆ 运用

1. 运用所学知识，对患者做出全面准确的护理评估。
2. 根据护理评估，正确做出护理诊断，并列出具相关因素。

抽搐(tic)与惊厥(convulsion)均属于不随意运动。抽搐是指全身或局部骨骼肌发生非自主抽动或强烈收缩，常可引起关节运动和强直。当肌群收缩表现为强直性和阵挛性时，称为惊厥。惊厥表现的抽搐一般为全身性、对称性，可伴有或不伴有意识丧失。

一、病因与发生机制

1. 病因 惊厥可分为两大类，即特发性与症状性。特发性常由于先天性脑部不稳定状态所致，和遗传因素有较密切的关系；症状性则由脑部疾病和全身性疾病所引起。常见病因有：

(1) 脑部疾病

- 1) 感染：如病毒、细菌、真菌等所致脑炎、脑膜炎、脑脓肿等。
- 2) 外伤：如产伤、颅脑外伤等。
- 3) 肿瘤：如原发性脑肿瘤、脑转移瘤等。
- 4) 血管疾病：如脑栓塞、脑出血、蛛网膜下腔出血等。
- 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、核黄疸等。

(2) 全身性疾病

1) 感染：如急性胃肠炎、败血症、中毒性细菌性痢疾、狂犬病、破伤风等，急性感染常引起小儿高热惊厥。

- 2) 心血管疾病：如高血压脑病、阿-斯综合征等。
- 3) 中毒：如有机磷、阿托品、酒精、苯、铅等中毒，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、脑血管炎等。
- 5) 代谢障碍：如低血糖、低钙血症、低镁血症、子痫等。
- 6) 其他：中暑、溺水、触电、突然停用安眠药、抗癫痫药等。

(3) 神经症：如癔症性抽搐和惊厥。

2. 发生机制 抽搐与惊厥的发生机制尚未完全阐明，可能与大脑运动神经元的异常放电有关。这种病理性放电主要是神经元膜电位的不稳定引起的，与遗传、免疫、内分泌、微量元素、精神因素等有关，可由代谢、营养、脑皮质肿物或瘢痕等激发。

二、临床表现

不同病因引起的抽搐和惊厥临床表现形式也不一样，通常可分为全身性和局限性两种。





1. 全身性抽搐 以全身骨骼肌痉挛为主要表现，多伴有意识丧失。

(1) 癫痫大发作：发作以全身抽搐和意识障碍为特征。患者突发意识模糊或丧失，全身骨骼肌持续收缩，牙关紧闭，呼吸暂停，面色自苍白转青紫，继而四肢发生阵挛性抽搐，呼吸不规则，二便失禁，发作半分钟左右自行停止，可反复发作或呈持续状态。发作时眼球上翻、两侧瞳孔散大、对光反射迟钝或消失、病理反射阳性；可出现心率增快，血压升高，汗、唾液和支气管分泌物增多等征象。由破伤风引起者表现为持续的强直性抽搐，伴肌肉剧烈疼痛。

(2) 癔症性发作：发作前常有一定的诱因，如生气、情绪激动或各种不良刺激。发作样式不固定，时间较长，一般无舌咬伤和二便失禁等。

2. 局限性抽搐 以身体某一局部肌肉收缩为主要表现，多见于手足、口角、眼睑等部位，低钙血症所致手足抽搐发作时腕及手掌指关节屈曲，指间关节伸直，拇指内收，呈“助产士手”；踝关节伸直，足趾跖屈，足呈弓状，似“芭蕾舞足”。

三、护理评估要点

1. 临床表现特点 评估抽搐与惊厥起病的年龄，有无发作诱因，发作的频率、持续时间，部位是全身性还是局限性，是持续强直性还是间歇阵挛性等。

2. 饮食营养状况 询问每日进食量与食物类型，注意营养平衡，对患儿需询问喂养情况。

3. 出入量 详细记录 24 小时出入量，注意出入总量是否平衡。

4. 既往健康史 既往有无引起抽搐与惊厥相关的疾病史、有无毒物接触史及某些药物服用史；有无外伤及狗咬伤等病史；有无癫痫家族史及类似发作史；对患儿应询问出生及生长发育史等。

5. 对患者的影响 评估生命体征、意识状态、瞳孔变化、神经反射等以及对患者生活质量的影响，如发作时可引起舌咬伤、跌伤等意外；发作后感疲乏、头痛、肌肉酸痛等。

6. 诊断、治疗与护理经过 已接受的诊断性检查及结果、已采用的治疗措施及其效果。

四、相关护理诊断

1. 有受伤害的危险 与惊厥发作所致的不受控制的强直性肌肉收缩和意识丧失有关。

2. 潜在并发症：窒息。

3. 潜在并发症：高热。

4. 排尿障碍 / 排便失禁 与抽搐与惊厥发作所致短暂意识丧失有关。

5. 恐惧 与不可预知的惊厥发作有关。

小结

1. 抽搐与惊厥的概念 抽搐是指全身或局部骨骼肌发生非自主抽动或强烈收缩，常可引起关节运动和强直。当肌群收缩表现为强直性和阵挛性时，称为惊厥。

2. 抽搐与惊厥的病因 惊厥可分为两大类，即特发性与症状性。特发性常由于先天性脑部不稳定状态所致，和遗传因素有较密切的关系；症状性则由脑部疾病和全身性疾病所引起。

3. 抽搐与惊厥的临床特点 不同病因引起的抽搐和惊厥临床表现形式也不一样，通常可分为全身性和局限性两种。全身性抽搐以全身骨骼肌痉挛为主要表现，典型者为癫痫大发作，发作以全身抽搐和意识障碍为特征。局限性抽搐以身体某一局部肌肉收缩为主要表现。

4. 护理评估要点 临床表现特点、饮食营养状况、出入量、既往健康史、对患者的影响、诊断治疗与护理经过。





第十九节 意识障碍



学习目标

通过本节内容的学习, 学生应能:

◆ 识记

1. 说出意识障碍的概念。
2. 阐述意识障碍的病因。
3. 说出意识障碍的临床表现。

◆ 理解

解释意识障碍的发生机制。

◆ 运用

1. 运用所学知识, 对患者做出全面准确的护理评估。
2. 根据护理评估, 正确做出护理诊断, 并列出相关因素。

意识障碍 (disturbance of consciousness) 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, 对外界环境刺激缺乏反应的一种精神状态。意识障碍多由于高级神经中枢功能活动受损而引起, 可表现为嗜睡、意识模糊、昏睡和谵妄, 严重的意识障碍为昏迷。

一、病因与发生机制

1. 病因

(1) 颅脑疾病

- 1) 感染: 如脑炎、脑膜炎、脑脓肿等。
- 2) 脑血管疾病: 如脑出血、蛛网膜下腔出血、高血压脑病等。
- 3) 占位性病变: 如脑肿瘤。
- 4) 外伤: 如脑震荡、脑挫伤、颅骨骨折等。
- 5) 癫痫。

(2) 全身性疾病

- 1) 严重感染: 如败血症、中毒性肺炎、中毒性细菌痢疾等。
- 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: 如肝性脑病、尿毒症、甲状腺危象、糖尿病酮症酸中毒、低血糖昏迷等。

4) 中毒: 安眠药、有机磷杀虫药、酒精、一氧化碳及氰化物等中毒。

5) 物理性及缺氧性损害: 如触电、溺水、高温中暑、高山病等。

6) 水、电解质平衡紊乱: 如稀释性低钠血症、低氯性碱中毒等。

2. 发生机制 意识由意识内容和其“开关”系统组成。意识的“开关”系统包括经典的感觉传导通路 (特异性上行投射系统) 及脑干网状结构 (非特异性上行投射系统)。意识“开关”系统可激活大脑皮质并使之维持一定水平的兴奋性, 使机体处于觉醒状态, 并在此基础上产生意识内容。意识内容是大脑皮质的功能活动, 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。当大脑皮质和皮质下网状结构功能完整时, 意识活动是清醒的。任何原因引起脑缺血、缺氧, 或葡萄糖供给不足、酶代谢异常等均可造成脑细胞代谢紊乱, 从而导致大脑皮质或脑干网状结构损害或功能抑制, 产生不同程度的意识障碍。





二、临床表现

不同程度的意识障碍表现如下：

1. 嗜睡 患者处于一种持续性的病理性睡眠状态，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，当刺激去除后很快又入睡。嗜睡是最轻的一种意识障碍。

2. 意识模糊 是较嗜睡为深的一种意识障碍。患者意识水平轻度降低，能保持简单的精神活动，但对时间、地点、人物等定向能力发生障碍，思维和语言不连贯。

3. 昏睡 是较严重的意识障碍。患者处于熟睡状态，难于唤醒，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. 谵妄 是一种以中枢神经系统兴奋性增高为主的急性脑功能失调。表现为意识模糊、感觉错乱（幻觉、错觉等）、定向力丧失、躁动不安、言语杂乱等。主要见于急性感染高热期、中枢神经系统疾病、肝性脑病、急性酒精中毒、某些药物中毒等。

5. 昏迷 是最严重的意识障碍，按其程度不同又可分为：

（1）轻度昏迷：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。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：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。无眼球转动，角膜反射减弱，瞳孔对光反射迟钝。

（3）深度昏迷：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。血压、脉搏、呼吸常有改变，出现二便失禁。

三、护理评估要点

1. 临床表现特点 评估意识障碍发生的时间、发病前有无诱因、病程长短、意识障碍程度及其进展等，根据患者对刺激的反应、回答问题的准确性、肢体活动情况、痛觉试验、神经反射等可以判断有无意识障碍及程度。也可以按格拉斯哥昏迷评分表（Glasgow coma scale, GCS）对意识障碍的程度进行评估（表3-9）。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，9～13分表示患者已有程度不等的意识障碍，8分及以下为昏迷。评估中应注意运动反应的刺激部位应以上肢为主，并以其最佳反应计分。

表3-9 Glasgow昏迷评分量表

观察项目	反应	得分
睁眼反应	自发性睁眼	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
	疼痛刺激时肢体过屈（去皮质强直）	3
	疼痛刺激时肢体过伸（去大脑强直）	2
	对疼痛刺激无反应	1
语言反应	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
	对答不切题	3
	言语模糊不清，字意难辨	2
	对任何刺激无语言反应	1





2. 饮食营养状况 询问每日进食量与食物类型, 注意营养平衡, 有无低血糖等。
3. 出入量 详细记录 24 小时出入量, 注意出入总量是否平衡。
4. 既往健康史 既往有无引起意识障碍相关的疾病史; 有无癫痫等病史; 有无类似发作史; 有无毒物或药物接触史等。
5. 对患者的影响 评估生命体征、营养状况、意识状态、有无压疮等以及对患者生活质量的影响, 如昏迷患者易并发肺部感染或尿路感染、口腔炎、结膜炎以及肢体肌肉挛缩畸形等。
6. 诊断、治疗与护理经过 已接受的诊断性检查及其结果、采用过的治疗措施及效果。

四、相关护理诊断与合作性问题

1. 急性意识障碍 与脑出血有关; 与肺性脑病、肝性脑病有关等。
2. 清理呼吸道无效 与意识障碍所致咳嗽、吞咽反射减弱或消失有关。
3. 排尿障碍 与意识丧失所致排尿功能障碍有关。
4. 排便失禁 与意识丧失所致排便功能障碍有关。
5. 口腔黏膜受损 与意识障碍丧失自理能力及唾液分泌减少有关。
6. 营养失调: 低于机体需要量 与意识障碍不能正常进食有关。
7. 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; 与侵入性导尿装置有关。
8. 有皮肤完整性受损的危险 与意识障碍所致自主运动消失有关; 与意识障碍所致排便、排尿失禁有关。
9. 有受伤害的危险 与意识障碍所致躁动不安有关。

小 结

1. 意识障碍的概念: 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, 对外界环境刺激缺乏反应的一种精神状态。
2. 意识障碍的病因: 意识障碍主要由颅脑疾病和全身性疾病引起。
3. 意识障碍的临床特点: 意识障碍多由高级神经中枢功能活动受损而引起, 可表现为嗜睡、意识模糊、昏睡和谵妄, 严重的意识障碍为昏迷。
4. 护理评估要点 临床表现特点、饮食营养状况、出入量、既往健康史、对患者的影响、诊断治疗与护理经过。

(解志宏)

自 测 题

一、单选题

1. 导致发热最常见的原因是
 - A. 细菌感染
 - B. 皮肤散热减少
 - C. 无菌性坏死物质吸收
 - D. 中暑
 - E. 甲状腺功能亢进
2. 低渗性脱水的临床表现不包括
 - A. 血容量明显不足
 - B. 手足麻木、恶心、呕吐
 - C. 尿比重增高
 - D. 脑细胞水肿而出现意识障碍
 - E. 皮肤、黏膜干燥
3. 某患者输血后出现发热、头痛、腰痛, 排出酱油色的尿液, 皮肤黄染,





- 该患者发生了
- A. 生理性黄疸
 - B. 溶血性黄疸
 - C. 胆汁淤积性黄疸
 - D. 肝细胞性黄疸
 - E. 胡萝卜素血症
4. 全身黄疸，粪便呈白陶土色，可见于
- A. 胰头癌
 - B. 溶血性贫血
 - C. 钩端螺旋体病
 - D. 肝硬化
 - E. 重症肝炎
5. 患者因大量血便急诊，首先应考虑护理诊断是
- A. 活动无耐力
 - B. 有体液不足的危险
 - C. 有皮肤完整性受损的危险
 - D. 恐惧
 - E. 焦虑
6. 有特殊腥臭味的洗肉水样血便，见于
- A. 急性出血性坏死性肠炎
 - B. 急性细菌性痢疾
 - C. 上消化道大出血
 - D. 阿米巴痢疾
 - E. 急性肠炎
7. 功能性便秘的原因包括
- A. 肠粘连
 - B. 克罗恩病
 - C. 子宫肌瘤
 - D. 肠梗阻
 - E. 应用麻醉药
8. 器质性便秘的原因包括
- A. 进食少量和食物缺乏纤维素
 - B. 肠易激综合征
 - C. 结肠冗长
 - D. 先天性巨结肠
 - E. 应用吗啡
9. 渗出性腹泻的特点是
- A. 黏液脓血便
 - B. 禁食后腹泻可在 24 ~ 48 小时后缓解
 - C. 多无明显腹痛
 - D. 水样便
 - E. 粪便含大量脂肪及泡沫
10. 呕血与黑便的最常见病因是
- A. 食管 - 胃底静脉曲张破裂
 - B. 消化性溃疡
 - C. 急性糜烂性出血性胃炎
 - D. 胃癌
 - E. 肝癌破裂出血
11. 判断呕血或黑便严重度最有价值的指标是
- A. 呕血或黑便的量
 - B. 呕血或黑便的颜色
 - C. 血压和心率
 - D. 血液中红细胞计数和血红蛋白浓度
 - E. 尿量
12. 出现黑便提示上消化道出血量至少为
- A. 5ml 以上
 - B. 20ml 以上
 - C. 40ml 以上
 - D. 50ml 以上
 - E. 100ml 以上
13. 呕血时出现脉搏细弱、血压下降等周围循环衰竭表现，提示出血量超过循环血量的
- A. 10%
 - B. 20%
 - C. 30%
 - D. 40%
 - E. 50%
14. 呕吐伴右上腹痛应考虑
- A. 肠梗阻
 - B. 胆囊炎
 - C. 食物中毒
 - D. 阑尾炎
 - E. 肠息肉
15. 头痛伴喷射性呕吐常见于
- A. 颅内压增高
 - B. 胆石症
 - C. 幽门梗阻
 - D. 甲状腺危象
 - E. 急性腹膜炎
16. 肾源性水肿者，其水肿常先出现于





- A. 下肢
B. 全身
C. 眼睑
D. 胸腔
E. 腹腔
17. 对心源性水肿描述**不准确**的是
A. 常伴肝大
B. 常伴颈静脉怒张
C. 常伴心脏扩大
D. 严重时出现胸腔积液和腹水
E. 常伴黄疸
18. 老年男性急性尿潴留最常见病因是
A. 前列腺增生
B. 尿道结石
C. 尿道外伤
D. 膀胱异物
E. 尿道肿瘤
19. 抽搐伴瞳孔散大、舌咬伤见于
A. 癔症
B. 癫痫大发作
C. 癫痫小发作
D. 低钙血症
E. 低镁血症
20. 昏迷与昏睡最有价值的鉴别是
A. 对各种刺激无反应
B. 不能唤醒
C. 无自主运动
D. 深浅反射均消失
E. 二便失禁
21. 引起心悸的下列因素中属于生理性的是
A. 高血压性心脏病
B. 风湿性心脏病
C. 休克
D. 应用阿托品
E. 全心衰竭
22. 心悸伴消瘦及出汗可见于
A. 心肌炎
B. 心包炎
C. 甲状腺功能亢进
D. 感染性心内膜炎心脏病
E. 心脏神经症
23. 心力衰竭引起的发绀属于
A. 混合性发绀
B. 心性混合性发绀
C. 肺性发绀
D. 缺血性周围性发绀
E. 淤血性周围性发绀
24. 可出现周围性发绀的疾病是
A. 肺炎
B. 法洛四联症
C. 气胸
D. 右心衰竭
E. 大量胸腔积液
25. 中心性发绀见于
A. 右心衰竭
B. 法洛四联症
C. 休克
D. 缩窄性心包炎
E. 全心衰竭
26. 中心性发绀的特点为
A. 全身性发绀且皮肤温暖
B. 全身性发绀且皮肤冰凉
C. 局部发绀且皮肤温暖
D. 局部发绀且皮肤冰凉
E. 按摩可使发绀消失
27. 可出现周围性发绀的是
A. 严重休克
B. 气胸
C. 肺气肿
D. 肺心病
E. 肺循环淤血
28. 发绀最常见的原因是
A. 缺氧
B. 贫血
C. 寒冷
D. 发热
E. 剧痛
29. 发绀临床表现中正确的是
A. 高铁血红蛋白血症是由于血液中血红蛋白的二价铁增多
B. 高铁血红蛋白血症是指血中高铁血红蛋白含量 $\geq 30\text{g/L}$
C. 高铁血红蛋白血症经氧疗后青紫消失
D. 硫化血红蛋白血症与进食大量含





- 有亚硝酸盐的变质蔬菜有关
- E. 硫化血红蛋白血症是指血中硫化血红蛋白含量 $\geq 30\text{g/L}$
30. 皮肤黏膜出现发绀时说明毛细血管血液的还原血红蛋白超过
- A. 100g/L
- B. 50g/L
- C. 75g/L
- D. 45g/L
- E. 30g/L
31. 大咯血是指 24 小时出血量在
- A. 100ml 以上
- B. 200ml 以上
- C. 500ml 以上
- D. 800ml 以上
- E. 1000ml 以上
32. 在下列疾病中, 不会出现咯血的是
- A. 肺炎
- B. 肺结核
- C. 肺脓肿
- D. 慢性支气管炎
- E. 气胸
33. 关于咯血量的判断**错误**的是
- A. 少量咯血: 100ml 以内
- B. 大量咯血: 一次咯血 $300 \sim 500\text{ml}$
- C. 大量咯血: 大于 $500\text{ml}/24\text{h}$
- D. 大量咯血: $600\text{ml}/48\text{h}$
- E. 大量咯血: $1000\text{ml}/24\text{h}$
34. 关于咯血的护理诊断中, **不正确**的是
- A. 有窒息的危险
- B. 有感染的危险
- C. 体液不足
- D. 气体交换受损
- E. 恐惧
35. 呼气性呼吸困难主要见于
- A. 支气管哮喘
- B. 气管异物
- C. 上呼吸道阻塞
- D. 肺实变
- E. 横膈活动障碍
36. 夜间熟睡时因胸闷而憋醒, 被迫坐起见于
- A. 血源性呼吸困难
- B. 心源性呼吸困难
- C. 肺源性呼吸困难
- D. 中毒性呼吸困难
- E. 神经精神性呼吸困难
37. 可出现吸气性呼吸困难的是
- A. 气胸
- B. 胸腔积液
- C. 支气管哮喘
- D. 气管异物
- E. 白喉
38. 严重吸气性呼吸困难最主要的特点是
- A. 端坐呼吸
- B. 鼻翼扇动
- C. 哮鸣音
- D. 呼吸加深加快
- E. 三凹征
39. 夜间阵发性呼吸困难常见于
- A. 胸腔积液
- B. 支气管炎
- C. 左心功能不全
- D. 右心功能不全
- E. 心包炎
40. 某患者突发呼吸困难, 吸气时胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙明显凹陷, 临床诊断可能是
- A. 左心功能不全
- B. 右心功能不全
- C. 肺气肿
- D. 气管异物
- E. 肺梗死
41. 左心衰竭引起的呼吸困难主要是由于
- A. 体循环淤血
- B. 腹水
- C. 横膈活动障碍
- D. 肺淤血
- E. 肝大
42. 下列疾病与呼吸困难表现**不相符**的是
- A. 支气管哮喘为呼气性呼吸困难
- B. 支气管异物为吸气性呼吸困难
- C. 急性左心功能不全为劳力性呼吸困难
- D. 糖尿病酸中毒为深大呼吸





- E. 颅内高压时为浅快呼吸
43. 关于呼吸困难的护理诊断, 不大可能存在的是
- A. 气体交换受损
B. 低效性呼吸型态
C. 体液不足
D. 语言沟通障碍
E. 活动无耐力
44. 咳嗽咳痰护理诊断中最主要的是
- A. 知识缺乏
B. 活动无耐力
C. 潜在并发症: 自发性气胸
D. 清理呼吸道无效
E. 低效性呼吸型态
45. 中年男性, 有长期吸烟史, 持续或间断咳血痰, 最大可能是
- A. 肺炎
B. 肺气肿
C. 肺梗死
D. 肺癌
E. 肺脓肿
46. 胸痛伴咯血、大量脓臭痰, 最常见于
- A. 肺炎
B. 肺癌
C. 肺梗死
D. 支气管扩张
E. 支气管炎
47. 金属音调咳嗽见于
- A. 声带炎
B. 喉癌
C. 肺癌
D. 支气管扩张
E. 百日咳
48. 长期慢性咳嗽、咯血、咳大量脓痰见于
- A. 百日咳
B. 支气管扩张
C. 慢性支气管炎
D. 肺炎
E. 肺癌
49. 咳铁锈色痰常见于
- A. 急性肺水肿
B. 肺结核
C. 大叶性肺炎
D. 肺脓肿
E. 慢性支气管炎

二、填空题

1. 溶血性黄疸血清总胆红素中以_____增加为主; 肝细胞性黄疸, 尿结合胆红素定性试验_____。
2. 暗红色果酱样血便常见于_____, 黏液脓血便常见于_____。
3. 根据病因不同, 腹泻可以分为分泌性腹泻、_____, 渗出性腹泻、_____, 吸收不良性腹泻。
4. 幽门以上胃、食管大量出血以_____为主, 幽门以下出血以_____为主。
5. 粪便隐血试验呈阳性时, 每日出血量达_____ml。
6. 呕吐物为宿食, 有酸臭味, 且常于夜间发生多见于_____, 呕吐物有粪臭味多见于_____。
7. 水肿合并腹水者为_____性水肿, 水肿伴重度蛋白尿则常为_____性水肿。
8. 尿失禁的病因包括_____, _____, _____, _____。
9. 惊厥表现的抽搐一般为_____, _____, 可伴有或不伴有_____。
10. 意识障碍可表现为_____, _____, _____, _____, 严重的意识障碍是_____。
11. 引起心悸的病因包括_____, _____, _____。
12. 硫化血红蛋白血症引起的发绀, 其临床表现特点是_____, 血液呈_____, 氧气疗法_____。
13. 毛细血管内还原血红蛋白绝对量超过_____时, 即可出现发绀。高铁血红蛋白





达到_____可出现发绀。硫化血红蛋白达到_____可出现发绀。

14. 咯血量的评估, 每日咯血量在_____ml 为少量咯血, _____ml 为中等量咯血, _____ml 为大量咯血。

15. 咯血并发症包括_____、_____、_____、_____。

16. 肺源性呼吸困难的临床类型包括_____、_____、_____。

17. 呼吸困难常见的病因有_____、_____、_____、_____、_____。

18. 咳嗽与咳痰常见的病因包括_____、_____、_____、_____、_____。

19. 咳嗽按性质分类可分为_____、_____。

三、名词解释

1. 皮肤黏膜出血 2. 黄疸 3. 便血 4. 便秘 5. 腹泻 6. 呕血
7. 黑便 8. 恶心 9. 呕吐 10. 水肿 11. 隐性水肿 12. 心悸
13. 发绀 14. 中心性发绀 15. 周围性发绀 16. 咯血 17. 呼吸困难
18. 三凹征 19. 咳嗽 20. 咳痰

四、简答题

1. 简述疼痛的评估要点。
2. 试述黑便与便血的区别。
3. 简述分泌性腹泻和渗透性腹泻的临床表现差异。
4. 简述水肿的类型。
5. 叙述心悸患者主要的护理诊断。
6. 叙述中心性发绀与周围性发绀的区别。
7. 叙述高铁血红蛋白血症和硫化血红蛋白血症的临床表现。
8. 叙述咯血各种并发症的临床表现。
9. 简述吸气性呼吸困难的病因、发生机制、临床表现特点。
10. 简述呼气性呼吸困难的病因、发生机制、临床表现特点。
11. 如何评估咳痰的性状、颜色?
12. 咳嗽与咳痰常见的护理诊断有哪些?

五、病例题

1. 患者, 男性, 15 岁。患者于 12 天前开始发热达 38℃, 感全身不适、乏力、食欲减退、恶心、右上腹部不适, 偶尔呕吐, 曾按上呼吸道感染和胃病治疗无好转。1 周前皮肤出现黄染, 尿色较黄, 无皮肤瘙痒, 排便正常。既往体健。

查体: T 37.5℃, P 80 次/分, R 20 次/分, BP 120/75mmHg, 皮肤略黄, 巩膜黄染, 心肺(-), 腹平软, 肝肋下 2cm, 质软, 轻压痛和叩击痛, 脾侧位刚及, 腹水征(-), 下肢不肿。

实验室检查: 血常规正常; 尿常规: 尿胆红素(+), 尿胆原(+); 便常规: 颜色加深, 隐血试验(-)。

请问: 该患者为何种类型黄疸? 依据是什么?

2. 患儿, 男性, 7 个月, 腹泻伴呕吐 3 天。3 天前无诱因患儿出现腹泻, 每日 10 余次, 为黄色稀水样便, 伴呕吐, 每日 4~5 次, 无寒战、抽搐。曾口服蒙脱石散、利巴韦林治疗无明显好转。就诊当日精神不振, 尿量减少, 皮肤弹性湿度差, 前囟、眼窝凹陷, 四肢稍凉。





请问：(1) 该患儿属于何种类型腹泻？

(2) 存在的护理诊断有哪些？

3. 患者周某，女性，49岁。呕血、排黑便3天。3天前呕吐鲜红色血，1~2次/日，每次30~50ml，无血块，排黑色稀便及暗红色血便，1~2次/天，伴头晕、乏力，上腹轻度闷痛不适，未治疗。入院前4小时，再发呕吐鲜红色血数次，总量约1000ml，伴头晕、乏力、心悸、出冷汗，急送入院。2年前外院诊断“肝硬化”。

请问：该患者的护理诊断是什么？

4. 女性，37岁，因右侧乳腺癌在全麻下行乳腺癌改良根治术。术后第1天，T 37.4℃、P 88次/分、R 24次/分、BP 125/80mmHg，胸部用绷带加压包扎，皮瓣下置引流管持续引流，患者诉伤口疼痛，且现在不能自己洗漱、进餐、如厕等。

请问：(1) 该患者为何需要加压包扎？

(2) 该患者目前主要的护理诊断是什么？

5. 患者，男，65岁，风湿性心脏病史20年。近日感冒后出现胸闷、气促、夜间不能平卧、腹胀、双下肢水肿症状。查体：颈静脉怒张，肝颈静脉回流征阳性；双肺可闻及湿啰音；心界向两侧扩大，心音低钝，心尖部可闻及Ⅲ级舒张期隆隆样杂音；肝大，肋下3指。

请问：该患者的医学诊断是什么？试述该患者的发病原因及机制。

6. 患者女，45岁，排尿困难1天。1天前在腰麻下行会阴部手术，术后出现排尿困难，不能自主排出尿液，下腹部膨隆，伴疼痛。身体评估：膀胱区充盈，有压痛，叩诊呈浊音，神经系统检查未见异常。

请问：(1) 该患者发生了什么情况？可能的原因是什么？

(2) 该患者可能的护理诊断是什么？

7. 患儿李某，男，6个月，以“抽搐1次”急诊入院。患儿半小时前无明显诱因突然发生两眼上翻，四肢抽动，面色青紫，持续约3分钟，缓解后家长带患儿急诊入院。患儿为人工喂养，未添加辅食，既往无抽搐史。身体评估：T 36.4℃，体重6.2kg，营养稍差，精神状态尚可，颈软，枕部按压有乒乓球感，神经系统检查未见异常。

请问：(1) 患儿发生了什么情况？

(2) 分析可能的原因。

8. 女性患者，60岁，以“意识不清2小时”急诊入院。患者2小时前于劳动中突感剧烈头痛，迅即出现意识不清，未处置急诊入院。原有高血压病史10余年，无类似发作病史。身体评估：对声光刺激无反应，对疼痛刺激有防御反应，瞳孔大小正常，对光反射存在，呼吸深沉而有鼾音。

请问：(1) 患者发生了什么情况？是哪种程度？

(2) 分析可能的原因。

9. 患者，40岁。心前区刺痛15天，放射至左上腹部，10天前开始出现明显的呼吸困难，近4天皮肤黏膜呈蓝紫色，伴有午后低热、盗汗。体检：端坐呼吸、心界左右扩大呈烧瓶状。超声心动图检查：心包大量积液。

请问：患者发绀属于哪一类？

10. 患者，男性，26岁。1天前无明显诱因突然咯鲜红色血数次，每次50~100ml。感心悸、头晕、乏力，无低热、盗汗。否认肺结核等支气管和肺部疾病史。去年11月劳累后咳嗽、痰中带血，休息后缓解，未进一步诊治。

请问：导致咯血的病因可能是什么？

11. 患者，男性，60岁。每年冬季连续咳嗽、咳痰3个月以上10多年，近几年出现气急，尤其近2年气急更为严重，呼气时气急更为明显。近日“感冒”病情加重而入院。体检：端坐





呼吸、桶状胸、下肢轻度水肿等。

请问：分析引起气急的原因。

12. 患者，男性，60岁，每年冬季持续咳嗽、咳痰，已10多年，近年来出现气短症状。4天前“感冒”，咳嗽，初为黏痰，今变为黄脓痰。体检：T 38℃，BP 140/90mmHg，P 110次/分，桶状胸，两肺下部有少许湿啰音，无腹水征，无下肢水肿。心电图显示右心肥厚。

请问：该患者的主要症状是咳嗽，可能是什么原因导致的？

