



第1章

绪论

健康评估 (health assessment) 是一个系统地、连续地收集护理对象的健康资料, 并对这些健康资料进行整理、分析, 以确定其护理需求, 从而做出护理诊断的过程。健康评估是护理程序中最重要的一环, 它贯穿于护理过程的始终。

健康评估课程是运用医学及相关学科的知识, 对护理对象的健康问题进行分析、研究, 以确定其护理需求的基本理论、基本技能及临床护理思维方法的一门学科, 是护理专业学生在学完基础医学的各门课程和护理学导论之后, 过渡到临床护理各学科学习的一门必修课, 是基础医学与临床护理各学科联系的纽带和桥梁。

一、健康评估的内容

1. 病史采集 病史采集的目的是在开始身体评估前获得完整的病史的基本资料, 为进一步评估身体提供线索, 并获取有助于确立护理诊断的重要依据。病史采集模式有疾病引导模式和评估健康模式两种。疾病引导模式采集病史的主要内容包括一般资料、主诉、现病史、既往史、家族史、日常生活史、心理社会史、月经及生育史和系统回顾几个方面。评估健康模式采集病史主要内容包括戈登的 11 项功能性健康型态所涉及的内容。

2. 常见症状评估 症状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, 是病史的重要组成部分。常见症状评估主要内容涉及症状的病因和发生机制、临床表现、发展和演变过程以及由此引起的患者身心反应。护士通过对患者症状的评估, 结合相应的体格检查结果, 以形成护理诊断, 并指导临床护理工作。

3. 体格检查 指护士通过自己的感官或借助听诊器、血压计、体温计等辅助工具对患者进行细致的观察与系统的检查, 发现机体正常或异常征象的评估方法, 是获得护理诊断依据的重要手段。熟练掌握和运用这些方法, 才能使收集的资料更准确、完整。

4. 心理、社会评估 指护士从被评估者的自我概念、认知水平、情感和情绪、个性、压力与应对、角色与角色适应、文化以及家庭和环境等方面对其进行全面评估, 以正确地获得患者的心理及社会资料。

5. 心电图检查 用心电图机将心脏的生物电变化在体表记录下来所获得的曲线称心电图。观察心电图曲线的变化规律, 对判断与其相关的疾病有重要的临床意义。本书主要介绍了心电图的基本知识、心电图机的操作方法、正常心电图和常见异常心电图的图形特点及意义。

6. 影像检查 本书主要介绍 X 线片、计算机体层成像、磁共振成像和超声检查的内容。学习影像检查的基本理论、正常图像、常见的异常图像及其临床意义, 检查前的配合和检查后处理要点, 有助于护士更好地评估和判断患者的病情, 正确地配合检查。

7. 实验室检查 实验室检查结果作为客观资料的重要组成部分之一, 可协助护士观察、判断病情, 作出护理诊断。护士应熟悉常用实验室检查的目的、标本采集要求及结果的临床意义。

8. 护理诊断 护理诊断是健康评估的最终目的,是本门课程的重要组成部分之一。护理诊断是将收集到的病史资料、体格检查及其他评估结果经过分析、归纳、推理而形成的,为制订正确的护理措施提供依据。此部分内容阐述了护理诊断的发展、定义、组成、分类、陈述方式、合作性问题及护理诊断的确立过程。

9. 护理病历书写 护理病历是临床护理人员对患者护理过程的全面记录,是对患者提供护理的重要依据。此部分内容详细叙述了护理病历的书写要求,列举了在格式上和内容上与临床大致相同的护理病历以供读者参考,使学生初步掌握护理病历的书写方法。

二、健康评估的学习方法与要求

健康评估的学习方法与基础课有很大的不同,需要动手操作的内容较多,除理论教学和学校内的实践教学外,还要在医院中直接面对患者或在社区中面对被评估者,因此在学习过程中有其特殊要求:

(1) 学习过程中始终贯穿整体护理的理念,以患者为中心,关心、爱护和体贴患者,建立良好的护患关系。

(2) 基本概念要清楚,基本知识要扎实,基本技能要熟练。

(3) 能独立进行病史采集,并能分析、提炼出健康问题。

(4) 能正确、熟练地进行体格检查,并理解体格检查阳性结果的意义。

(5) 掌握心电图检查操作方法,熟悉常见异常心电图的表现和临床意义;熟悉影像检查前的患者准备、检查结果的临床意义;掌握实验室检查的标本采集要求、检验结果的正常值及其临床意义。

(6) 能根据所收集的资料作出初步的护理诊断,写出完整的护理病历。

(尹志勤)



第2章

病史采集

【案例】 上午10时，一位18岁的男性患者被收入院。患者意识清醒，面色潮红，呼吸急促，阵发性咳嗽并有咳痰。请问护士应怎样采集患者的病史资料？在采集病史资料的过程中应注意什么？

第1节 健康资料

健康评估主要是通过收集被评估者主观和客观的健康资料，并对健康资料进行分析、判断来了解其需要并作出护理诊断的过程。健康评估所收集的资料可以是被评估者或有关人员的主观描述，也可以是身体评估、实验室或其他检查的结果等。根据资料的性质不同，将健康资料分为主观资料和客观资料。

在临床护理中，主观资料是通过与患者及其有关人员交谈获得的患者身体、心理健康状况和社会关系状况的资料，如患者在疾病状态下的身体不适感、对身体状况的评价、个人经历、心理压力、求医目的等。主观资料不能被医护人员直接观察或检查。

客观资料指经身体评估方法（视、触、叩、听、嗅等）及实验室或其他检查方法所获得的患者健康状况的资料，如视诊所发现的黄疸、听诊发现的心脏杂音、实验室检查发现的蛋白尿等。

多数情况下，主观资料与客观资料是相互支持的。主观资料可指导客观资料的收集，而客观资料则可进一步证实或补充所获得的主观资料。对于一份完整、全面的健康资料来说，主观资料和客观资料同等重要，两者都是形成护理诊断的重要依据。

健康资料主要是由患者本人提供，如患病后的感受、对健康的认识及需求、对治疗及护理的期望等，大多很难从其他人员那里得到，这些问题只有患者本人最清楚、最能准确地表述，因此患者本人提供的健康资料最为可靠。

除了患者以外，护士还可从其他人员或患者健康记录中获得所需资料。通过这些资料可进一步证实或充实从患者那里直接得来的资料。这些资料来源包括：

1. 患者的家庭成员或与之关系密切者 如父母、配偶、兄弟姐妹、朋友、同事、邻居、老师、保姆等，他们与患者一起生活或工作，对其目前及既往的健康状况、生活习惯、生活或工作的环境以及对疾病或健康的态度等有较全面的了解，这些信息对获得全面的健康资料、确定护理诊断及制订护理措施有重要的参考价值。

2. 目击者 指目睹患者发病或受伤过程的人员，他们可提供有关的病因、患者当时的状况及病情的进展等资料。

3. 卫生保健人员 包括与患者有关的医护人员、营养师、理疗师，可向他们了解其有关的诊断及治疗措施、就医行为等。

4. 目前或以往的健康记录或病历 如出生记录、儿童预防接种记录、健康体检记录或病历记录等, 这些资料对了解患者的既往健康状况及其对目前健康的影响有很大的帮助。

第2节 问诊的内容及方法

一、问诊的内容

病史是关于患者目前、过去健康状况及其影响因素的主观资料。在临床工作中, 医师关注的是患者的症状、体征及疾病的进展情况等, 而护士更关注患者对其健康状况以及因之而带来的生活方式等改变所做出的反应, 因此, 护士采集病史的重点集中在疾病症状或病理改变对患者日常生活的影响以及心理、社会反应方面。

问诊是以获取患者的病史资料为目的, 护士与患者及相关人员之间的正式有序的交谈过程。问诊是病史采集的主要手段, 其形式有两种: 一种是疾病引导模式; 一种是评估健康模式。疾病引导模式问诊内容包括患者的一般资料、主诉、现病史、既往史、日常生活形态、家族史、心理社会史、月经及生育史和系统回顾几个方面。本章主要介绍疾病引导模式问诊。评估健康模式是以戈登的11项功能性健康型态为指导对患者进行问诊, 问诊的内容见本章的附录部分。

(一) 一般资料

一般资料的内容包括患者的姓名、性别、年龄、职业、民族、籍贯、婚姻状况、文化程度、宗教信仰、医疗费度的支付形式、住址、电话号码、资料的可靠性及收集资料的时间等。这些资料可为了解患者的某些健康状况、患者对健康的态度及价值观提供有用的信息, 为进一步收集资料提供依据。如许多健康问题的发生与年龄、性别、婚姻状况、职业等有关。不同的民族有不同的饮食习惯、宗教信仰等; 患者的文化程度可提示护理人员选择合适的健康教育方式; 医疗费度的支付形式有助于护理人员了解患者的经济承受能力, 以便选择合适的治疗方案和护理措施。

(二) 主诉 (chief complaint)

主诉是患者感觉最主要、最明显的症状或体征及其持续时间, 是患者就诊的主要原因。主诉的语句应简短扼要, 有高度概括性, 如“发热、胸痛3天”、“咳嗽、咳痰2天, 喘息1天”。记录主诉时应使用患者自己的语言, 不要使用诊断用语, 如“甲状腺功能亢进半年”应记为“多食、消瘦、多汗半年”。

(三) 现病史

现病史是患者患病以来疾病的发生、发展、诊断、治疗、护理的全过程, 是病史的主体部分, 记录时应围绕主诉详细描述。其内容包括: 起病的时间、地点及环境; 起病的缓急; 主要症状的部位、性质及持续时间; 发病的原因和诱因; 疾病的发展和演变; 伴随症状; 诊断、治疗和护理经过; 疾病对患者工作和生活产生的影响。

(四) 既往史

既往史是有关患者过去的健康状况及患病的经历, 其内容包括:

- (1) 曾患过的疾病, 既往的住院病史;
- (2) 手术及外伤史;
- (3) 预防接种史, 包括预防接种的时间、接种的疫苗种类;
- (4) 过敏史, 包括食物、药物、环境中接触物质的过敏情况;
- (5) 是否到过疫区, 有无性病接触史及是否曾患过性病。

(五) 家族史

询问患者的双亲、兄弟、姐妹及子女的健康及患病情况, 有无与其相同的疾病, 家族中有无

遗传病。

（六）日常生活活动状况

询问患者日常生活活动的状况，可以促进护士对患者生活习惯和行为方式的了解，使护士健康问题的判断和护理计划的拟订较切合实际，其内容包括患者的饮食、排泄、活动与休息状况及个人的嗜好等。

（七）心理、社会史

心理、社会史包括患者的自我概念、认知、情绪与情感、个性、压力与应对、角色与角色适应、生活与居住环境、家庭关系等。

（八）月经及生育史

青春期后的女性应询问月经史，包括月经初潮的年龄、月经周期和经期的天数、经血的颜色和量、末次月经的日期、有无痛经及白带情况、闭经日期、绝经年龄。成年女性应询问生育史，包括妊娠与生育的次数及年龄、人工或自然流产的次数，有无早产、死产、难产、手术产、围生期感染及计划生育情况等。男性患者应询问有无影响生育的疾病。

（九）系统回顾

通过询问，系统地了解患者各系统有无健康问题及健康问题的特点，全面地评估患者以往的健康问题及其与本次疾病之间的关系。通过系统回顾可避免遗漏重要的信息。护士可根据需要按身体各系统进行询问，从而对患者的健康问题作出判断。询问的内容如下：

1. 一般状态 有无不适、疲乏无力、发热、盗汗，有无体重增加或减轻，睡眠情况如何等。
2. 皮肤 有无皮肤颜色、温度、湿度的改变，有无水肿、皮疹、皮肤破溃、感染，毛发的分布与色泽，指甲的颜色及光泽。
3. 眼 有无畏光、流泪、结膜充血、分泌物增多，有无白内障、青光眼疾患，是否佩戴眼镜等。
4. 耳 有无耳鸣、眩晕、听力减退或耳聋，有无耳痛、耳内流脓等，是否使用助听器。
5. 鼻 有无鼻塞、流涕、出血或过敏，有无嗅觉的改变。
6. 口腔 有无口腔黏膜溃疡、颜色改变、牙龈肿胀、溢脓或出血，有无龋齿、义齿，有无味觉的改变。
7. 乳房 有无疼痛、异常分泌物、肿块及患者的自我检查情况。
8. 呼吸系统 有无咳嗽、咳痰、咯血、胸痛或呼吸困难等。咳嗽发生的时间、频率、性质、程度，与气候变化及体位的关系；痰的颜色、性状、量和气味；咯血的颜色及量；胸痛的部位、性质；呼吸困难发生的时间、性质和程度；既往有无呼吸系统疾病。
9. 循环系统 有无心悸、心前区疼痛、呼吸困难、晕厥、水肿。心悸发生的时间与诱因，心前区疼痛的部位、性质、程度、持续时间、缓解方式；呼吸困难的程度，有无阵发性呼吸困难，是否伴有咳嗽、咯血或咯粉红色泡沫样痰；晕厥发生前是否伴有心悸，既往有无心血管疾病；水肿的部位、水肿与尿量的关系。
10. 消化系统 有无恶心、呕吐、吞咽困难、腹泻、腹胀、腹痛、便秘、呕血、黑粪、黄疸，上述症状发生的缓急、与进食的关系等。呕吐的时间、性质，呕吐物的量、性质、颜色和气味；腹泻、呕血、黑粪的量、颜色、性状、次数，腹泻有无里急后重，有无脱水的表现；腹痛的部位、性质、程度，有无疼痛的规律性及转移性疼痛。
11. 泌尿系统 有无尿频、尿急、尿痛、排尿困难、尿潴留、尿失禁、腹痛或水肿；有无尿的颜色、量、性质的变化；过去有无高血压、糖尿病、过敏性紫癜等疾病；有无长期使用肾毒性药物史。
12. 血液系统 有无头晕、眼花、耳鸣、乏力、记忆力下降，有无皮肤瘀点、瘀斑、黄疸及

肝、脾、淋巴结肿大,有无输血或输血反应史。

13. 内分泌及免疫系统 有无怕热、多汗、乏力、口渴多饮、多食、肥胖或消瘦,有无性格的改变,有无智力、体格、性器官发育异常,有无甲状腺肿大等,既往有无精神创伤、肿瘤、自身免疫性疾病的病史。

14. 神经系统及精神状态 有无头痛、头晕、记忆力减退,有无抽搐、瘫痪,有无睡眠障碍,有无感觉或运动障碍及意识障碍,有无紧张、焦虑、抑郁等精神状态的改变。

15. 骨骼及肌肉系统 有无肌肉痉挛、萎缩、疼痛、瘫痪,有无关节脱位、肿胀、畸形、运动障碍,有无骨折、外伤等。

二、问诊的方法

问诊的目的是在开始身体评估前获得完整的病史基本资料,为进一步身体评估提供线索,为确立护理诊断提供重要的依据。为使问诊有效地进行,获得真实可靠的健康资料及达到预期的目的,在问诊时应注意询问的技巧。

(一) 问诊的技巧及注意事项

1. 环境 保证问诊环境安静、舒适和私密性,光线、温度应适宜。

2. 建立与患者的良好关系 护士在问诊开始前应先向患者做自我介绍,说明问诊的目的,并向患者承诺对病史内容保密。整个问诊中,护士应对患者的回答表示出感兴趣和关心的态度,对患者的陈述应表示理解、认可和同情。问诊过程中注意非语言沟通的作用,如使用必要的手势和良好的体态语言,始终保持与患者的目光接触等。问诊结束时,应感谢患者的合作,说明这期间对患者的要求,接下来要做什么等。

3. 选择合适的问诊时间 正确地把握问诊时机可以提高问诊效果,并可避免患者产生疲劳或厌倦的情绪。病情许可时,应尽可能以患者为直接问诊的对象,在患者入院后尽早地询问。患者处于抢救或痛苦状态时,应避免过多地询问,在做扼要的询问和重点检查后,应立即实施抢救,详细病史稍后补充或从其亲属处获得。

4. 掌握合适的问诊方式

(1) 提问应先选择一般性、易于回答的开放性问题:如“您是什么原因来看病的?”、“病了多长时间了?”,然后耐心听患者的叙述。开放性问题的优点是易于回答,容易获得有价值的信息;其缺点是患者的回答可能与问诊目的无关,占用较多的时间,急症情况下不宜使用。

(2) 围绕主诉询问:一般从主诉开始,有目的、有序地询问,如患者说腹痛,可以询问:“你腹痛有多长时间了?哪里痛?怎么样痛?哪些因素可使疼痛加重或减轻?疼痛发作时还有其他症状吗?到哪里看过病?接受过哪些治疗?治疗效果怎样?”等。如患者陈述时话语太多或离题太远,可用恰当的语言客气地将其引导到病史的线索上来,如“你前面讲的问题我知道了,下面能不能具体谈一下你腹痛的情况?”。

(3) 为了证实或确认患者的叙述,可用直接提问:如“您做胃溃疡手术时多大年龄?”、“您头痛是什么时候开始的?”等。直接提问中应避免套问或诱导,如“您呕吐是喷射样的吗?”、“您是不是在下午发热?”,而应使用“您呕吐时是怎样吐的?”、“您一般在什么时候发热?”的提问方式,以免患者随声附和使材料失真。直接提问的另一种方式是直接选择性提问,即要求患者回答“是”或“否”,或对提供的选择作出回答。如“您曾经有过类似的疼痛吗?”,以此让患者做出肯定或否定的回答;“您腹痛时疼痛是钝痛、锐痛、烧灼痛或别的什么?”,让患者从中选择一个恰当的词语。

(4) 提问中避免使用有特殊含义的医学术语:如“心悸”、“血尿”、“里急后重”等,以免患者顺口称是,影响病史的真实性。

(5) 问诊时要注意提问的系统性、目的性和侧重性,要认真地倾听患者的回答,对同一问题避免重复提问,以免降低患者对护士的信心与期望。

(6) 由一个问题的提问转向另一个问题时,应恰当地使用过渡语言,向患者说明要讨论的新话题及理由,使患者不感到谈话的唐突。如由询问身体状况过渡到询问社会状况时,向患者说明社会因素对健康的重要影响,然后开始询问患者的社会状况。

(7) 当患者回答不确切时,要给予耐心的启发,如用“请再想一想还有什么,能不能再说得准确些”等启发式语言,同时给患者充分的时间回答。注意不要使用责怪性语言,因责怪性语言常使患者产生防御心理,导致患者不愿回答问题或只是简单地应付。恰当地使用一些鼓励与赞扬的语言,也可以提高患者提供信息的积极性,如“你能及时去看病,这很好”、“你已经戒烟了?真有毅力”等,但对精神障碍的患者不可随便使用赞扬性的语言。

(8) 在问诊中必须对含糊不清、存有疑问或矛盾的内容进行核实。核实时常用澄清、复述、反问等方法,如“您说您感到睡得不好,请具体说一下是怎样的情况?”(澄清)、“您说您上腹部痛是在饥饿时出现,是这样吗?”(复述)、“您说您食欲不好?”(反问)。经核实后,对患者所提供的信息进行分析和推论,以确保所获资料的准确性。

5. 结束问诊 问诊结束时,应感谢患者的合作,说明这期间对患者的要求,接下来要做什么等。

(二) 影响问诊的其他因素

1. 文化因素 不同文化背景的人在交流的方式及对疾病的反应方面不同,护士必须理解患者的文化、信仰和价值观,熟悉各种文化间的差异,采取恰当的问诊方式,以保证问诊的有效进行。

2. 年龄因素 不同年龄的患者,交谈的能力不同。成年人有很好的交谈能力,而儿童或婴幼儿交谈能力则较差。护士可通过观察或与家长交谈获取信息,同时注意让已具备交谈能力的儿童本人参与问诊。老年人可能有听力、视力、记忆力等功能减退,问诊时应注意减慢语速、提高音量,采取面对面交流的方式,说话清楚、简单,问题应限于确实需要的方面。

【本章小结】 问诊是病史采集的主要手段。问诊的目的是获取患者目前或过去健康状况及其影响因素的主观资料。按疾病引导的模式进行问诊时,其内容主要包括一般资料、主诉、现病史、既往史、家族史、日常生活活动状况、心理社会史、月经生育史及系统回顾几个方面。以评估健康模式进行问诊时,主要是采集戈登的11项健康型态的内容。问诊时应注意从开放性问题开始,围绕主诉提问,避免使用诱导性语言和医学术语,避免重复提问,注意对不同年龄、文化背景、病情程度患者应采取不同的提问方式。

【附录】 以戈登的11项功能性健康型态为指导的问诊内容:

1. 健康感知与健康管理型态 自觉健康状况如何;常采取哪些措施保持健康,这些措施对健康有何影响;有无烟、酒及其他嗜好,吸烟及饮酒的量;有无药物成瘾或药物依赖,成瘾药物使用的剂量及持续时间;是否经常进行乳房的自检;能否服从医护人员的健康指导;是否知道所患疾病的原因、出现症状时采取的措施及其结果。

2. 营养与代谢型态 食欲如何,日常食物和水分摄入种类、性质、量,有无饮食限制;有无咀嚼或吞咽困难及其程度、原因和进展情况;近期体重变化及其原因;有无皮肤、黏膜损害;牙齿是否正常。

3. 排泄型态 每日排便与排尿的次数、量、颜色、性状、气味,有无异常改变;是否应用药物;出汗的量、气味。

4. 活动与运动型态 进食、穿衣、洗漱、洗澡、如厕等日常活动能否自理及自理水平;日

常活动的方式、量、能力及耐力，有无医疗或疾病的限制，是否借助轮椅或义肢等辅助用具。

5. 睡眠与休息型态 日常睡眠状况，有无入睡困难、多梦、早醒、失眠，是否借助药物或其他方式辅助入睡。

6. 认知与感知型态 有无视觉、听觉、味觉、嗅觉、记忆及思维过程改变，视、听觉是否借助辅助工具；有无感觉异常，有无疼痛，疼痛的部位、性质、程度、持续时间等。

7. 自我感知与自我概念型态 如何看待自己，多数情况下自我感觉良好或是不良；有无导致愤怒、烦恼、恐惧、焦虑、抑郁、绝望等情绪的因素。

8. 角色与关系型态 就业情况、工作情况；社会交往情况；角色适应情况；独居或与家人同住；家庭结构与功能；经济收入能否满足个人生活所需。

9. 性与生殖型态 性生活满意程度，有无改变或障碍；女性月经量、经期、周期，有无月经紊乱，是否怀孕等。

10. 应对与应激耐受型态 是否经常感到紧张，用什么方法解决；近期生活中有无重大改变或危机，是否存在压力及其性质和程度，对压力的反应如何。

11. 价值与信念型态 有无宗教信仰等。

(尹志勤)



第3章

常见症状评估

【案例】 张大伯今年 65 岁，有一儿一女，均已结婚生子，平时老人自己独居。3 天前无明显诱因开始发热，老人自认为是感冒，便自行服用感冒药，服药 2 天情况未见好转，且出现咳嗽、咳痰。今天下午，女儿探视时发现老人精神不振、嗜睡、乏力，当时测体温 39.5°C ，立即将老人送到医院就医。急诊以“发热待查”收住院，其女儿用轮椅将其推送到病区。请问：护士小李将怎样对张大伯目前的情况进行评估？

第1节 发 热

正常人在体温调节中枢的调控下，体内产热和散热呈动态平衡，体温保持相对恒定。当机体在致热源的作用下，或因各种原因引起体温调节中枢功能紊乱，使产热增加，散热减少，体温升高超过正常范围，称为发热。

一、正常体温

正常体温一般为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ ，因测定部位不同而异。一般口腔温度（舌下）在 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 之间，腋窝温度 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ ，直肠温度 $36.5\sim 37.7^{\circ}\text{C}$ 。正常体温存在个体差异，且受昼夜、年龄、性别、运动及环境等内、外因素的影响。

二、发生机制

1. 致热源性发热 致热源分为外源性和内源性致热源两种。外源性致热源多为大分子物质（如微生物病原体及其产物、抗原抗体复合物、无菌性坏死物质等），不能通过血-脑脊液屏障直接作用于体温调节中枢，而是通过激活血液中的中性粒细胞、嗜酸粒细胞及单核-吞噬细胞系统，使之产生并释放内源性致热源。内源性致热源相对分子质量较小，可通过血-脑脊液屏障并直接作用于体温调节中枢，使体温调节中枢发出调节冲动，使散热减少，产热增多，体温升高引起发热。

2. 非致热源性发热 常见于体温调节中枢直接受损或存在引起产热过多或散热减少的疾病，产热大于散热导致发热。

三、病因

（一）感染性发热

感染性因素占发热病因的 $50\%\sim 60\%$ 。各种病原体如病毒、细菌、真菌、支原体、立克次体、螺旋体、寄生虫等引起的感染，不论是急性或慢性、局部或全身感染，均可引起发热，称为感染性发热。

(二) 非感染性发热

非感染性发热是指非病原体感染引起的发热,主要有以下几方面原因:

1. 无菌性坏死物质吸收 由于组织细胞破坏及坏死物质吸收引起发热,又称为吸收热。常见于:①大面积烧伤、内出血及大手术等所致组织损伤;②血管栓塞或血栓形成所引起的心、肺、脾等内脏梗死或肢体坏死;③恶性肿瘤、溶血反应等所引起的组织坏死及破坏。
2. 风湿性疾病 常见于风湿热、血清病、药物热及结缔组织病等。
3. 内分泌与代谢疾病 常见于甲状腺功能亢进及重度脱水等。
4. 皮肤散热障碍 常见于广泛性皮炎、慢性心力衰竭等所引起的发热,多为低热。
5. 体温调节中枢功能失常 因体温调节中枢直接受损所引起的发热,又称为中枢性发热,常见于中暑、安眠药中毒、脑出血及颅脑外伤等。
6. 自主神经功能紊乱 属功能性发热范畴,多为低热,常见于原发性低热、夏季低热、生理性低热、感染后低热等。

四、临床表现

(一) 发热的分度

以口腔温度为标准,发热按高低分类:①低热:37.3~38℃;②中等度热:38.1~39℃;③高热:39.1~41℃;④超高热:41℃以上。

(二) 发热的临床过程及特点

发热的临床过程一般经过3个阶段:

1. 体温上升期 该期特点为产热大于散热,体温升高。临床表现为皮肤苍白、无汗、畏寒或寒战等,继而体温上升。体温上升有两种方式:①骤升型:体温在几小时内达39~40℃或以上,见于疟疾、大叶性肺炎、败血症等;②缓升型:体温逐渐上升,在数日内达到高峰,见于伤寒、结核病等。
2. 高热期 该期特点为产热和散热在较高水平保持相对平衡,体温维持在较高状态。临床表现为颜面潮红、皮肤灼热、呼吸深快,开始出汗并逐渐增多。此期持续数小时、数天或数周,因病因不同而异。
3. 体温下降期 该期特点为散热大于产热,体温降至正常。临床表现为多汗、皮肤潮湿。体温下降有两种方式:①骤降:体温于数小时内迅速降至正常,见于疟疾、急性肾盂肾炎、大叶性肺炎等;②渐降:体温在数天内逐渐降至正常,见于伤寒、风湿热等。

(三) 热型及临床意义

热型是按发热时绘制在体温单上的体温曲线波动的特点所分的类型。临床常见的热型有以下几种:

1. 稽留热 体温维持在39~40℃以上的高水平,达数日或数周,24小时内波动范围不超过1℃。常见于伤寒、大叶性肺炎等(图3-1)。
2. 弛张热 体温常在39℃以上,但波动幅度大,24小时内波动范围超过2℃,最低体温仍高于正常水平。常见于败血症、风湿热、严重化脓性感染等(图3-2)。
3. 间歇热 体温骤升至高峰后持续数小时,又迅速降至正常水平持续一至数日,如此高热期与无热期交替反复出现。常见于疟疾、急性肾盂肾炎等(图3-3)。
4. 回归热 体温骤升至39℃或以上,持续数日后又骤降至正常水平,如此高热期与无热期各持续数日后规律性交替出现。常见于回归热、霍奇金病等(图3-4)。
5. 波状热 体温渐升至39℃或以上,数日后渐降至正常水平,持续数日后又逐渐上升,如

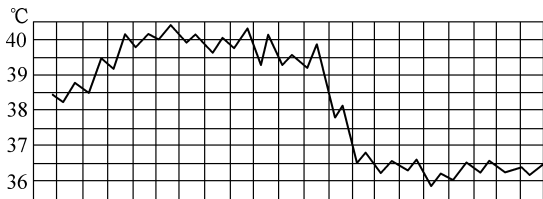


图 3-1 稽留热

(引自: 陈文彬, 潘祥林. 2004. 诊断学 [M]. 6 版.

北京: 人民卫生出版社.)

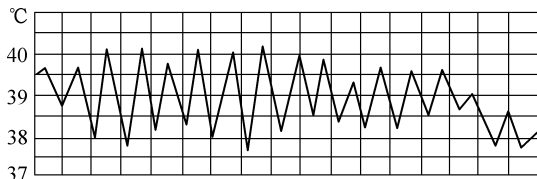


图 3-2 弛张热

(引自: 陈文彬, 潘祥林. 2004. 诊断学 [M]. 6 版.

北京: 人民卫生出版社.)

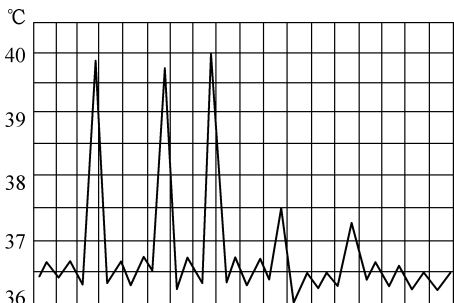


图 3-3 间歇热

(引自: 陈文彬, 潘祥林. 2004. 诊断学 [M].

6 版. 北京: 人民卫生出版社.)

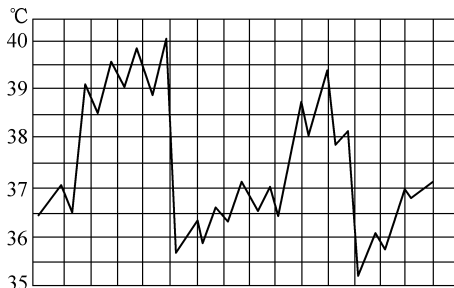


图 3-4 回归热

(引自: 陈文彬, 潘祥林. 2004. 诊断学 [M].

6 版. 北京: 人民卫生出版社.)

此反复出现。常见于布鲁杆菌病 (图 3-5)。

6. 不规则热 发热的体温曲线波动无一定规律。常见于结核病、风湿热、支气管肺炎、癌性发热等 (图 3-6)。

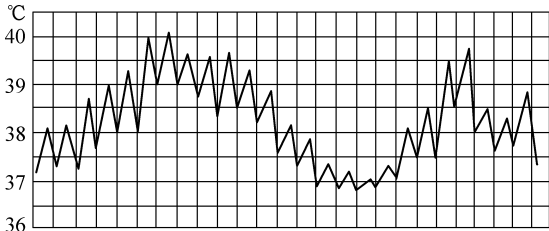


图 3-5 波状热

(引自: 陈文彬, 潘祥林. 2004. 诊断学 [M]. 6 版.

北京: 人民卫生出版社.)

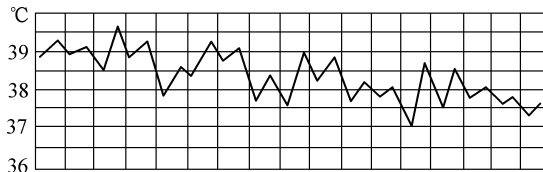


图 3-6 不规则热

(引自: 陈文彬, 潘祥林. 2004. 诊断学 [M]. 6 版.

北京: 人民卫生出版社.)

五、护理评估要点

1. 起病情况 起病的时间、缓急, 发热的程度及热型。
2. 原因及诱因 有无受凉、疲劳, 有无传染病接触史、手术史、流产史、分娩史、服药史等。
3. 症状特点 发热过程中的症状表现。
4. 伴随症状 有无咳嗽、咳痰、胸痛, 恶心、呕吐、腹痛、腹泻, 尿频、尿急、尿痛等。
5. 身体反应 有无食欲下降、口腔黏膜改变及脱水的症状, 患者的体重、睡眠及精神状态的变化等。
6. 诊断、治疗及护理经过 是否用药及剂量, 有无降温及方法、疗效等。

六、常用护理诊断

1. 体温过高 与病原体感染有关;与体温调节中枢功能失常有关。
2. 体液不足 与液体量摄入不足有关;与体温下降期出汗过多有关。
3. 营养失调:低于机体需要量 与长期发热代谢率增高及营养摄入不足有关。
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 惊厥。
6. 潜在并发症 意识障碍。

第2节 水 肿

水肿指液体在组织间隙过多积聚,可分布于全身,也可分布于身体某一局部。全身性水肿指液体在组织间隙呈弥漫性分布;局部性水肿是指液体积聚在局部组织间隙内;液体在体腔内积聚称积液,如胸腔积液、腹腔积液及心包积液等。一般情况下,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

正常情况下,血液与组织液间通过毛细血管静水压、血浆胶体渗透压、组织压、组织液的胶体渗透压等因素维持动态平衡。当这些因素发生改变,导致组织间液的生成大于回收,即发生水肿。产生水肿的主要因素包括:①钠与水的潴留,如继发性醛固酮增多症等;②毛细血管静水压增高,如右心衰竭等;③毛细血管通透性增高,如急性肾炎等;④血浆胶体渗透压降低,如肾病综合征等;⑤淋巴回流受阻,如丝虫病等。

二、病因及临床表现

(一) 全身性水肿

1. 心源性水肿 主要见于右心衰竭。水肿特点:首先发生在身体下垂部位,因体位不同而异。水肿为对称性、凹陷性。重者可发生全身性水肿且常伴有胸腔积液、腹腔积液、心包积液等。

2. 肾源性水肿 见于各型肾炎。水肿特点:疾病早期晨起时眼睑及颜面水肿,以后发展为全身水肿,常伴尿常规改变、高血压、肾功能损害等表现。肾病综合征的患者水肿显著,常伴胸腔积液、腹腔积液。

3. 肝源性水肿 见于肝功能失代偿期。水肿特点:主要表现为腹水,也可先出现踝部水肿,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 见于慢性消耗性疾病、蛋白质丢失过多等所致低蛋白血症、维生素B₁缺乏。水肿特点:常从组织疏松部开始逐渐蔓延至全身,以低垂部位显著。水肿发生前常有消瘦、体重减轻等。

5. 其他原因所致全身性水肿 ①黏液性水肿:见于甲状腺功能减退症。水肿特点:为非凹陷性水肿,以眼睑、口唇、下肢胫前较明显。②经前期紧张综合征:出现于月经前7~14天。水肿特点:眼睑、踝部、手部轻度水肿,行经后逐渐消退。③药物性水肿:常因肾上腺糖皮质激素、雄激素、雌激素、胰岛素等药物应用所致。④特发性水肿:见于女性。水肿特点:水肿与体位有明显关系,主要发生在身体下垂部分,于直立或劳累后出现,休息后减轻或消失。

（二）局部性水肿

局部性水肿分为炎症性水肿、静脉阻塞性水肿、淋巴水肿等，与局部静脉、淋巴回流受阻或毛细血管通透性增高有关。见于血栓性静脉炎、丝虫病所致象皮肿、局部炎症等。

三、护理评估要点

1. 起病情况和症状特点 水肿出现的时间、部位、程度，全身性或局部性。
2. 伴随症状 有无呼吸困难、重度蛋白尿、肝肿大，有无消瘦、体重减轻，以及水肿与月经周期的关系等。
3. 身体反应 有无饮食、饮水的变化，出入液量是否平衡，有无体重、胸围、腹围的改变，水肿部位皮肤有无变化等。
4. 诊断、治疗及护理经过 是否用药及剂量、疗效、不良反应；有无饮食、饮水的限制等。

四、常用护理诊断

1. 体液过多 与右心衰竭有关，与肾脏疾病所致水、钠潴留有关。
2. 营养失调：低于机体需要量 与营养不良性水肿有关。
3. 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。
4. 潜在并发症 急性肺水肿。

第3节 咳嗽与咳痰

咳嗽与咳痰是临床最常见的症状之一。咳嗽是一种保护性反射动作，通过咳嗽可有效排出呼吸道内的分泌物及气道内异物；但咳嗽也有不利的一面，频繁的咳嗽会影响工作和休息，为病理状态。通过咳嗽动作将气管、支气管的病理性分泌物或肺泡内的渗出液排出口腔的动作称为咳痰。

一、发生机制

1. 咳嗽 咳嗽是由延髓咳嗽中枢受刺激引起的。来自耳、鼻、咽、喉、支气管、胸膜等的刺激，经迷走神经、舌咽神经、三叉神经的感觉纤维传入延髓咳嗽中枢，再经喉下神经、膈神经、脊神经分别将冲动传至咽肌、声门、膈肌及其他呼吸肌，引起咳嗽发生。
2. 咳痰 咳痰是一种病态现象。正常支气管黏膜腺体及杯状细胞常分泌少量黏液，来保持呼吸道黏膜湿润。当咽、喉、气管、支气管、肺受到物理性、化学性、生物性或过敏性等因素刺激时，引起气道黏膜或肺泡充血、水肿，毛细血管通透性增高，漏出物、渗出物与黏液、组织坏死物等混合形成痰液，随咳嗽动作排出。

二、病因

1. 呼吸系统疾病 呼吸道各部位受到刺激性气体、粉尘、异物、炎症、出血、肿瘤等的刺激，均可引起咳嗽，其中呼吸道感染是引起咳嗽、咳痰的最常见原因。
2. 胸膜疾病 胸膜炎、自发性气胸、胸腔穿刺等所致胸膜受到刺激时，可引起咳嗽。
3. 心血管系统疾病 见于二尖瓣狭窄或其他原因所致左心衰竭而引起的肺淤血、肺水肿，或因右心及体循环静脉栓子脱落引起肺栓塞时，肺泡及支气管内漏出物、渗出物刺激肺泡壁及支气管黏膜而引起咳嗽、咳痰。
4. 中枢神经系统因素 中枢神经系统的疾病也可引起咳嗽，如脑炎、脑膜炎等。另外延髓

咳嗽中枢受大脑皮质的控制,可随意引起咳嗽或抑制咳嗽反射。

三、临床表现

咳嗽的病因不同,临床表现也不同。

1. 咳嗽的性质 分为:①干性咳嗽:指咳嗽无痰或少痰,见于急性咽喉炎、急性支气管炎初期、胸膜炎、肺结核等;②湿性咳嗽:指咳嗽伴有痰液,见于慢性支气管炎、支气管扩张、肺炎、肺脓肿等。

2. 咳嗽的时间与规律 ①突发性咳嗽:见于突然吸入刺激性气体、呼吸道异物、肿大的淋巴结或肿瘤压迫气管、支气管分叉处;②发作性咳嗽:见于百日咳、支气管内膜结核、变异性哮喘等;③长期慢性咳嗽:见于慢性支气管炎、支气管扩张症、肺脓肿、肺结核等;④与体位有关的咳嗽:咳嗽在晨间起床改变体位时加剧,见于支气管扩张、肺脓肿等;在夜间平卧时咳嗽加重,见于左心衰竭、肺结核等。

3. 咳嗽的音色 指咳嗽声音的特点。包括:①声音嘶哑的咳嗽:见于声带炎症、肿瘤压迫喉返神经等;②伴金属音的咳嗽:见于纵隔肿瘤、支气管癌等;③鸡鸣样咳嗽:见于百日咳、会厌或喉部疾患;④咳嗽声音低微或无力:见于极度衰弱、声带麻痹者等。

4. 痰的性状和量 ①黏液性痰:见于急性支气管炎、支气管哮喘、大叶性肺炎早期、慢性支气管炎、肺结核等;②浆液性痰:见于肺水肿;③脓性痰:见于化脓性细菌感染;④血性痰:见于支气管扩张、肺结核、支气管肺癌等,由于呼吸道黏膜受侵害,毛细血管破损,血液渗入肺泡所致;⑤静置后分层痰(痰量多时):见于支气管扩张、肺脓肿、支气管胸膜瘘等,痰静置后上层为泡沫,中层为浆液或混浊黏液,下层为脓块或坏死物质。

5. 痰的颜色和气味 ①铁锈色痰:见于大叶性肺炎;②粉红色泡沫痰:见于肺水肿;③黄绿色痰:见于铜绿假单胞菌感染;④痰白、黏稠且牵拉成丝、难以咳出:见于真菌感染;⑤恶臭痰:见于厌氧菌感染。

四、护理评估要点

1. 起病情况和症状特点 咳嗽出现的时间、性质、规律、音色,痰的性状、量、颜色、气味,咳嗽、咳痰与睡眠及体位变化的关系。

2. 病因及诱因 有无与咳嗽、咳痰有关的疾病病史和诱发因素,如受凉、感染、异物吸入等。

3. 伴随症状 有无发热、胸痛、呼吸困难、咯血及杵状指等。

4. 身体反应 有无长期或剧烈咳嗽所导致的头痛、失眠、精神萎靡、食欲减退、呼吸肌疲劳、体力下降等症状;是否能有效咳嗽及排痰,有无窒息的发生;当剧烈咳嗽后突然出现胸痛、气急,需警惕自发性气胸的可能。

5. 诊断、治疗及护理经过 有无服用止咳祛痰药物及药物种类、剂量、疗效,有无采取促进排痰的措施及效果。

五、常用护理诊断

1. 清理呼吸道无效 与痰液黏稠有关,与年老体弱、咳嗽无力有关。

2. 活动无耐力 与长期频繁咳嗽、食欲减退有关。

3. 睡眠型态紊乱 与夜间频繁咳嗽有关。

4. 潜在并发症 自发性气胸。

5. 潜在并发症 窒息。

第4节 呼吸困难

呼吸困难指患者主观上感到空气不足、呼吸费力，客观上表现为呼吸用力，并伴有呼吸频率、节律、深度的改变，严重时出现张口呼吸、鼻翼扇动、端坐呼吸、发绀，甚至辅助呼吸肌也参与呼吸运动。

一、病因

1. 呼吸系统疾病 包括：①气道阻塞：见于喉、气管、支气管的炎症、水肿、肿瘤、异物引起的狭窄或阻塞，如支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病等；②肺部疾病：见于肺炎、肺脓肿、肺淤血、肺水肿等；③胸廓疾病：见于严重胸廓畸形、大量胸腔积液、自发性气胸等；④神经肌肉疾病：见于脊髓灰质炎病变累及颈髓、急性多发性神经根神经炎、重症肌无力累及呼吸肌、药物所致呼吸肌麻痹等；⑤膈运动障碍：见于膈麻痹、大量腹腔积液、胃扩张、腹腔巨大肿瘤、妊娠末期等。

2. 循环系统疾病 见于各种原因所致的心力衰竭、心脏压塞、肺栓塞等。

3. 中毒 见于糖尿病酮症酸中毒、尿毒症、吗啡或巴比妥类药物中毒、有机磷杀虫药中毒、亚硝酸盐中毒、氰化物中毒及一氧化碳中毒等。

4. 神经、精神疾病 神经因素所致呼吸困难见于脑出血、脑外伤、脑肿瘤、脑脓肿、脑及脑膜炎等；精神因素所致呼吸困难见于癔病。

5. 血液系统疾病 见于重度贫血、高铁血红蛋白血症及硫化血红蛋白血症等。

二、发生机制及临床表现

（一）肺源性呼吸困难

肺源性呼吸困难指呼吸系统疾病引起肺通气、换气功能障碍，导致缺氧、二氧化碳潴留所引起的呼吸困难。常见有3种类型：

1. 吸气性呼吸困难 主要特点：吸气过程显著困难，严重时出现“三凹征”，即吸气时胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙明显凹陷，常伴有干咳及高调吸气性喉鸣。见于各种原因所致的喉部、气管及大支气管的狭窄与阻塞。

2. 呼气性呼吸困难 主要特点：呼气费力、缓慢，呼气时间明显延长，可伴有哮鸣音。见于支气管哮喘、慢性支气管炎（喘息型）、慢性阻塞性肺气肿等。

3. 混合性呼吸困难 主要特点：吸气与呼气均感费力，呼吸浅快，常伴有呼吸音减弱或消失及病理性呼吸音。见于重症肺炎、肺结核、弥漫性肺间质纤维化、大面积肺不张、大面积肺梗死、大量胸腔积液等。

（二）心源性呼吸困难

心源性呼吸困难主要由于左心、右心衰竭所引起，两者发生机制不同，尤其以左心衰竭所致呼吸困难更为严重。

1. 左心衰竭 左心衰竭引起呼吸困难的主要原因是肺淤血、肺泡弹性降低。其呼吸困难的特点：呈混合性呼吸困难，活动时出现或加重，休息后减轻或消失；平卧位明显，坐位时减轻，病情较重时往往被迫采取半坐位或端坐位呼吸。

急性左心衰竭时，常于夜间睡眠中出现胸闷气急、被迫坐起，称为夜间阵发性呼吸困难。发作较轻时，数分钟至数十分钟后症状逐渐减轻、消失；发作较重时，出现气喘、大汗、端坐呼吸、面色发绀，有哮鸣音，咳粉红色泡沫样痰，两肺底可闻及湿性啰音，心率加快，可有奔马律，称为心源性哮喘。

2. 右心衰竭 右心衰竭引起呼吸困难的主要原因是体循环淤血。由于右心房和上腔静脉压升高、酸性代谢产物增多，兴奋呼吸中枢；或肝淤血肿大、腹腔积液、胸腔积液等，使呼吸运动受限，引起呼吸困难。主要见于慢性肺源性心脏病。

（三）中毒性呼吸困难

1. 代谢性酸中毒 多见于尿毒症、糖尿病酮症酸中毒。此时，由于血中酸性代谢产物增多，刺激颈动脉窦、主动脉体化学感受器或直接刺激呼吸中枢，引起呼吸困难。表现为深长而规则的呼吸，可伴有鼾声，称为酸中毒深大呼吸。
2. 急性感染 由于体温升高、毒性代谢产物刺激呼吸中枢，使呼吸频率增快。
3. 某些药物中毒 如吗啡、巴比妥类药物、有机磷杀虫药中毒时，由于呼吸中枢受抑制引起呼吸困难。表现为呼吸浅慢，并伴有节律异常。

（四）神经、精神性呼吸困难

1. 神经性呼吸困难 主要是由于呼吸中枢供血减少或受颅内高压的刺激，使呼吸变为慢而深，常伴有呼吸节律的改变。见于重症颅脑疾病，如脑出血、脑外伤、脑炎、脑膜炎等。
2. 精神性呼吸困难 主要是由于受精神、心理因素的影响而引起。表现为呼吸频率快而表浅；因过度通气可发生呼吸性碱中毒，出现口周、肢体麻木或手足搐搦，严重时可出现意识障碍。常见于癔病发作。

（五）血源性呼吸困难

血源性呼吸困难主要是由于红细胞携氧量减少，血氧含量下降所致。见于重度贫血、高铁血红蛋白血症等，表现为呼吸急促、心率增加。此外，急性大出血或休克时，因缺血及血压下降，刺激呼吸中枢可致呼吸加快。

三、护理评估要点

1. 病因及诱因 有无呼吸困难发生的基础病因或直接诱因，如各种原发病、接触过敏物质、精神心理因素等。
2. 发病情况及症状特点 呼吸困难发作时的症状表现及发生的时间、发作的急缓、与活动及体位的关系。
3. 伴随症状 有无发热、胸痛、哮鸣音、咳嗽、咳痰、意识障碍等。
4. 身体反应 有无对日常生活自理能力的影响及程度。呼吸困难时因能量消耗增加及缺氧，患者活动耐力下降，可不同程度地影响日常生活自理能力（表 3-1）。

表 3-1 呼吸困难程度与日常生活自理能力的关系

程度分级	呼吸困难程度	日常生活自理能力
I 度	日常活动无不适，中、重度体力活动时出现气促	正常，无气促
II 度	与同龄健康人平地行走无气促，登高或上楼时出现气促	满意，有轻度气促 日常生活可自理，不需要帮助或中间停顿
III 度	与同龄健康人以同等速度行走时呼吸困难	尚可，有中度气促 日常生活虽可自理，但必须停下来喘气，费时、费力
IV 度	以自己的步速平地行走 100m 或数分钟即有呼吸困难	差，有显著呼吸困难 日常生活自理能力下降，需要部分帮助
V 度	洗脸、穿衣，甚至休息时也有呼吸困难	困难，日常生活不能自理，完全需要帮助

5. 心理反应 呼吸困难与心理反应可相互作用、相互影响。呼吸困难严重时不仅影响患者的正常生活,甚至使其感受到死亡的威胁,产生紧张、恐惧、悲观等情绪反应;这些不良的情绪反应又可引起呼吸中枢兴奋,加重呼吸困难。

6. 诊断、治疗及护理经过 是否使用氧疗及方法、浓度、流量、疗效等。

四、常用护理诊断

1. 气体交换受损 与心肺疾患所致肺呼吸面积减少、肺泡弹性降低有关。
2. 活动无耐力 与呼吸困难导致能量消耗增加及缺氧有关。
3. 语言沟通障碍 与严重喘息有关,与辅助呼吸有关。
4. 焦虑或恐惧 与呼吸困难所致濒死感有关。

第5节 咯 血

喉及喉以下呼吸道任何部位的出血,经口咯出,称为咯血,包括大量咯血、血痰、痰中带血等。咯血须与口腔、鼻腔、咽部出血及上消化道出血所引起的呕血进行鉴别。

一、病因与发生机制

咯血病因复杂,涉及面广,主要见于呼吸系统疾病和心血管疾病。

1. 呼吸系统疾病

(1) 支气管疾病:常见于支气管扩张症、支气管内膜结核、支气管肺癌、慢性支气管炎等。其发生机制是:由于炎症、肿瘤、结核等因素,使支气管黏膜的毛细血管通透性增高或黏膜下血管破裂所引起。

(2) 肺部疾病:常见于肺结核、肺炎、肺脓肿等,其中肺结核在我国仍是引起咯血的首要原因。其发生机制包括:①由于病变使毛细血管通透性增高,血液渗出,出现痰中带血或小血块;②如病变累及小血管使管壁破裂,出现中等量咯血;③如空洞壁小动脉瘤破裂,或继发的结核性支气管扩张形成的动静脉瘘破裂,则出现大量咯血,此时会危及生命。

2. 心血管疾病 常见于二尖瓣狭窄、先天性心脏病所致肺动脉高压等。发生机制:小量咯血或痰中带血是肺淤血导致肺泡壁或支气管黏膜毛细血管破裂所致;如支气管黏膜下层的支气管静脉曲张破裂,则表现为大咯血;出现急性肺水肿时,咯浆液性粉红色泡沫样血痰。

3. 全身性疾病

- (1) 血液病:见于白血病、血小板减少性紫癜、血友病、再生障碍性贫血等;
- (2) 急性传染病:见于流行性出血热、肺出血型钩端螺旋体病等;
- (3) 风湿性疾病:见于白塞病、系统性红斑狼疮、结节性多动脉炎等;
- (4) 其他:如子宫内膜异位症、各种原因所致的弥散性血管内凝血。

二、临床表现

1. 咯血量 咯血量差异很大。随咯血量的大小、持续时间长短的不同,临床表现也不同。

(1) 小量咯血:一般每日咯血量在100ml以内,常表现为痰中带血。

(2) 中等量咯血:每日咯血量在100~500ml,咯出的血多为鲜红色,伴有泡沫或泡沫痰,呈碱性,咯血前患者可先有喉痒、胸闷、咳嗽等先兆症状。

(3) 大量咯血:每日咯血量在500ml以上或一次咯血300~500ml,除有中等量咯血的表现外,血液也可从患者口、鼻涌出,伴随呛咳,出冷汗,脉速,呼吸急促、浅表,颜面苍白,紧张

不安和恐惧感。

2. 颜色和性状 常见的有：①咯鲜红色血痰：见于肺结核、支气管扩张症、肺脓肿和支气管结核；②咯铁锈色血痰：见于典型的大叶性肺炎；③咯砖红色胶胨样血痰：见于克雷伯杆菌性肺炎；④咯血为暗红色：见于二尖瓣狭窄；⑤咯浆液性粉红色泡沫痰：见于肺水肿；⑥咯黏稠暗红色血痰：见于肺梗死。

3. 并发症 大量咯血时由于失血或血液滞留在支气管，极易产生各种并发症：①窒息：在大咯血过程中突然减少或中止咯血，出现气促、胸闷、烦躁不安或紧张、惊恐、大汗淋漓、颜面青紫，严重者意识障碍。窒息是咯血直接致死的重要原因。②肺不张：咯血后患者出现呼吸困难、胸闷、气急、发绀、呼吸音减弱或消失。可因血块堵塞支气管所致。③继发感染：咯血后患者发热、体温持续不退、咳嗽加剧，伴肺部干、湿性啰音。④失血性休克：大咯血后患者出现脉搏增快、血压下降、四肢湿冷、烦躁不安、少尿等。

三、护理评估要点

1. 确定是否为咯血 咯血须与口腔、鼻腔及上消化道的出血相鉴别。①鼻咽部、口腔出血一般出血量较少。鼻出血常自鼻孔流出，可在鼻中隔前下方发现出血灶；鼻腔后部出血，血液自后鼻孔沿软腭及咽后壁下流，患者常有咽部异物感。②咯血与呕血可根据病史、体征及其他检查进行鉴别（表 3-2）。

表 3-2 咯血与呕血的鉴别

项目	咯血	呕血
病因	肺结核、支气管扩张、支气管肺癌、肺炎、肺脓肿及心脏病	消化性溃疡、肝硬化、急性胃黏膜病变、胆道疾病及胃癌
出血前的症状	喉部痒感、胸闷、咳嗽等	上腹部不适、恶心、呕吐
出血方式	咯出	呕出，可呈喷射状
血色	鲜红	暗红色或棕色，偶有鲜红色
混合物	痰、泡沫	食物残渣、胃液
酸碱反应	碱性	酸性
黑粪	没有，除非咽下血液较多	有，呕血停止后仍持续数日
出血后痰的性状	痰中带血，常持续数日	无痰中带血

2. 病因及诱因 与咯血有关的原发病表现及诱发因素。
3. 咯血量及血的颜色、性状 咯血量的多少与疾病的严重程度不完全一致，一次大量咯血，可窒息致死；小量间断咯血，不会造成严重后果，但可能是严重疾病的早期信号，也应引起重视。
4. 伴随症状 有无发热、胸痛、呛咳、脓痰、皮肤及黏膜出血、杵状指等。
5. 身体反应 评估患者的身体反应，特别是大咯血者要及时发现并发症的发生。
6. 心理反应 咯血无论量多量少，都需评估患者是否出现恐惧、焦虑的心理。

四、常用护理诊断

1. 有窒息的危险 与急性大咯血所致血液滞留在呼吸道有关，与意识障碍有关。
2. 有感染的危险 与血液滞留在支气管有关。
3. 焦虑 与咯血不止有关，与咯血原因不明确有关。

4. 潜在并发症 低血容量性休克。

第6节 发 绀

发绀指血液中还原血红蛋白增多，使皮肤、黏膜呈青紫色的现象。在皮肤较薄、色素较少及毛细血管丰富的末梢部位，发绀表现较为明显，易于观察，如口唇、鼻尖、颊部、指（趾）甲床等。

一、发生机制

发绀是由于血液中还原血红蛋白的绝对量增加所致。任何原因所致血液中血红蛋白氧合不全，毛细血管内还原血红蛋白的绝对含量超过 50g/L，皮肤、黏膜均可出现发绀。但临床所见发绀，有时不一定能确切反映动脉血氧下降情况，如严重贫血患者，即使氧合血红蛋白都处于还原状态，也不足以引起发绀。此外，血液中铁血红蛋白达 30g/L 或硫化血红蛋白达 5g/L，也可引起发绀，但临床较少见。

二、病因与临床表现

根据不同病因，发绀的临床表现也不同，现分述如下：

（一）血液中还原血红蛋白增加

1. 中心性发绀 由于心、肺疾病导致动脉血氧饱和度降低而引起的发绀。表现：全身性发绀，除四肢和面颊外，也可涉及舌、口腔黏膜及躯干皮肤，发绀部位皮肤温暖，严重者常伴呼吸困难。

（1）肺性发绀：见于各种严重的呼吸系统疾病，如肺炎、阻塞性肺气肿、肺间质纤维化、肺水肿、肺淤血、急性呼吸窘迫综合征等。由于呼吸系统疾病导致呼吸衰竭，使肺通气、换气功能及弥散功能障碍，血液氧合不全，血中还原血红蛋白增多所引起。

（2）心性发绀：见于法洛（Fallot）四联症等发绀型先天性心脏病。由于心脏和大血管间有异常通道，部分静脉血未经肺内氧合即进入体循环动脉血中，使还原血红蛋白增多，若分流量超过心排血量的 1/3 时，即可引起发绀。

2. 周围性发绀 由于周围血液循环障碍所致。发绀常出现在肢体的末端与下垂部位，如肢端、耳垂、鼻尖等；发绀部位皮肤冰冷，给予按摩或加温后，使皮肤温暖，发绀可减轻或消退。

（1）淤血性周围性发绀：见于右心衰竭、大量心包积液、缩窄性心包炎、血栓性静脉炎、下肢静脉曲张等。由于体循环淤血、周围血流缓慢，氧在组织中消耗过多，使还原血红蛋白增多所致。

（2）缺血性周围性发绀：见于严重休克、血栓闭塞性脉管炎、雷诺病等。由于心排血量锐减，周围血管收缩，有效循环血量不足，组织缺血、缺氧所致。

3. 混合性发绀 指中心性发绀与周围性发绀并存，见于心力衰竭等。由于肺淤血致肺内氧合不足以及周围循环血流缓慢，血液在周围毛细血管内耗氧过多所引起。

（二）血液中存在异常血红蛋白衍生物

由于血红蛋白结构异常，使部分血红蛋白丧失携氧能力所致，常不伴有呼吸困难。

1. 高铁血红蛋白血症 由于服用某些药物或化学制剂，如亚硝酸盐、硝基苯及苯胺、磺胺类等中毒，造成血红蛋白分子的 2 价铁被 3 价铁所取代，致使其失去与氧结合的能力，使血中高铁血红蛋白增高，即可出现发绀。表现：发绀出现急骤，病情危重，抽出的静脉血呈深棕色，暴露于空气中也不能转变为鲜红色；氧疗不能改善发绀，如静脉注射亚甲蓝溶液或大剂量维生素

C，可使青紫消退。

2. 硫化血红蛋白血症 在高铁血红蛋白血症的基础上，患者同时有便秘或服用硫化物药物者，可在肠内形成大量硫化氢，与血红蛋白作用，生成硫化血红蛋白血症。硫化血红蛋白一旦形成，不论在体内或体外，均不能恢复为正常血红蛋白。表现：患者血液呈蓝褐色，发绀持续时间较长，可达数月或更长时间，分光镜检查可证实硫化血红蛋白的存在。

三、护理评估要点

1. 发绀的特点 评估发绀出现的时间、急缓、部位、皮肤的温度、按摩或加温后发绀是否消失等，以区分中心性发绀、周围性发绀。

2. 发绀的严重程度 发绀的严重程度取决于动脉血氧饱和度及动脉血氧分压，也受毛细血管状态、皮肤厚度及皮肤着色情况的影响。如受热或二氧化碳含量增加，毛细血管扩张，发绀明显；休克时，血管收缩，发绀表现较轻，容易被忽视。皮肤较薄、色素较少的部位，发绀容易显露；皮肤较厚，有色素沉着时，容易误诊。

3. 病因及诱因 与发绀有关的疾病病史与诱发因素。

4. 伴随症状 有无呼吸困难、意识障碍、咳嗽、咳痰、胸痛、气促、头晕、头痛、杵状指、蹲踞等。

5. 心理反应 有无紧张不安、焦虑、恐惧等心理反应及严重程度。

6. 诊断、治疗及护理经过 是否使用药物及剂量，是否使用氧疗及方法、浓度、流量、疗效等。

四、常用护理诊断

1. 活动无耐力 与心肺功能不全致血氧饱和度降低有关。

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。

4. 焦虑 与缺氧所致呼吸困难有关。

第7节 心 悸

心悸是一种自觉心脏跳动的不适感或心慌感。心悸时心脏搏动可增强，心率可快、可慢，可有心律失常，也可能心率、心律完全正常。

一、发生机制

心悸的发生机制目前尚未完全清楚，一般认为与下列因素有关：①与心脏活动过度、期前收缩等所致心率、心排血量改变有关。②与心律失常的出现、存在时间的长短有关：突然发生的心律失常，心悸往往较明显；慢性心律失常，如心房颤动，由于逐渐适应常无明显心悸。③与精神因素及注意力有关：焦虑、紧张、注意力集中时心悸易于出现。

二、病因与临床表现

1. 心脏搏动增强 心脏搏动增强引起的心悸可为生理性或病理性。

(1) 生理性心悸：常见于①健康人剧烈活动或精神过度紧张时；②大量吸烟、饮酒、饮浓茶或咖啡后；③应用某些药物，如肾上腺素、麻黄素、氨茶碱、阿托品、甲状腺片等。生理性心悸特点：持续时间较短，可伴胸闷等其他不适，一般不影响正常活动。