

HULI ZHUANYE JICHU XUEXI

护理专业基础学习指导与练习

—— 健康评估

总 主 编 潘凯元
本 册 主 编 卢英菊



第二军医大学出版社

护理专业基础学习指导与练习

——健康评估

总 主 编 潘凯元

本册主编 卢英菊

编 者 (以姓氏拼音为序)

陈云祥 金华职工中等卫生学校

卢英菊 海宁卫生学校

徐冬娥 中国人民解放军第一一七医院

徐元智 海宁卫生学校

钟金女 杭州市余杭区卫生进修学校

第二军医大学出版社

内 容 提 要

本书是根据教育部等六部委《关于实施职业院校制造业和现代服务业技能型紧缺人才培养培训工程的通知》精神制定的“护理专业领域技能型紧缺人才培养培训实施教学计划”为基本要求,为护理、助产及其他相关专业基础课程学习编写的实用配套教材,亦可作为成人教学和自学者的辅导书。

本分册主要内容包括绪论、健康评估方法、常见症状评估、身体评估、实验室检查、影像检查、心电图检查、内镜检查和护理病历书写等。本书始终贯彻以全面素质为基础、以能力为本位、以就业为导向的原则。学习指导以章节为单位解析重点难点内容;同步练习与理论教学进度配套,供学生课后作业和期终复习使用,其后附自测题;习题参考答案便于同学自查和纠正。

图书在版编目(CIP)数据

护理专业基础学习指导与练习——健康评估 / 潘凯元总主编. —上海:第二军医大学出版社, 2007. 3

ISBN 978-7-81060-701-8

I. 护... II. 潘... III. ①护理学-医学院校-教学参考资料 ②健康-评估-医学院校-教学参考资料 IV. ①R47 ②R471

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 021138 号

出 版 人 石进英

责任编辑 王 楠

护理专业基础学习指导与练习

——健康评估

总 主 编 潘凯元

本册主编 卢英菊

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路 800 号 邮政编码:200433

发行科电话/传真:021-65493093

全国各地新华书店经销

上海第二教育学院印刷厂印刷

开本:787×1092 1/16 印张:6.75 字数:161 千字

2007 年 3 月第 1 版 2007 年 3 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-81060-701-8/R·505

本册定价:13.00 元

序

根据教育部等六部门《关于实施职业院校制造业和现代服务业技能型紧缺人才培养培训工程的通知》精神,护理专业领域以社会发展和经济建设、护理人才需求为依据,以提高学习者的职业素养和职业实践能力为宗旨,倡导以学生为本位的教育理念和建立多样性与选择性相统一的教学机制,制订并实施护理专业领域技能型紧缺人才培养培训基地的护理专业教学计划,我们组织编写了这本配套的《护理专业基础学习指导与练习》。

护理专业要求高,学习难度大,《护理专业基础学习指导与练习》将有利于护理专业学生在专业基础学习中把握重点和难点,提高学习效率,取得较好学习成绩。书中“学习指导”部分以章节为单位解析重点、难点内容;“同步练习”部分与理论教学进度配套,供学生课后练习和期终复习,还有综合自测题;“参考答案”便于学生自查和纠正所做练习。本书可作为学生学习相关学科的辅导用书和教师教学参考用书。

《护理专业基础学习指导与练习》以学科分为5册,分别为正常人体学基础、病原生物与免疫学基础、药理学基础、病理学基础、健康评估。

在本书编写中得到第二军医大学出版社及各界的大力支持,在此一并表示感谢。

由于编写水平有限,时间仓促,书中定有不妥之处和缺点,敬请广大读者提出宝贵意见。

潘凯元

2007年1月

前 言

健康评估是护理程序的首要环节,而《健康评估》作为护理专业的核心课程,是一门研究诊断个体、家庭或社区对现存的或潜在的健康问题或生命过程反应的基本理论、基本技能和临床思维方法的科学。课程总的任务是使学生获得健康评估的基础理论和科学方法,为提出护理诊断,进而为实施护理措施奠定必要的基础,对护士岗位职业能力形成十分重要。

健康评估主要包括健康评估方法、常见症状评估、身体评估、心理评估、社会评估、实验室检查、心电图、X线检查、超声检查和护理病历书写等。由于主教材内容丰富,而教学计划规定本课程的学时有限,因此在本学习指导中对教学内容做了适当取舍,故有些章节序号与教材并不完全一致。在教学中采用讲授、多媒体教学、实践讨论、见习、专题讲座、自学等教学方式,着重培养学生临床健康评估的基本方法、基本技能。

本学习指导在编写中得到海宁卫生学校、金华职工中等卫生学校、解放军第一一七医院、杭州市余杭区卫生进修学校等多个单位的老师、领导及各界的大力支持,在此一并表示感谢。

由于编写水平有限,加上时间又很仓促,书中仍会有不妥之处,敬请广大师生提出宝贵意见,以期再版时不断改进。

编 者

2007年1月

目 录

第一部分 学习指导	1
绪 论	1
第一章 健康评估方法	2
第一节 健康资料收集方法	2
第二节 健康史内容	4
第三节 护理诊断和资料分析	5
第二章 常见症状评估	6
第一节 发热	6
第二节 疼痛	7
第三节 咳嗽与咳痰	8
第四节 咯血	9
第五节 呼吸困难	10
第六节 发绀	11
第七节 水肿	11
第八节 呕血与便血	12
第九节 昏迷	13
第三章 身体评估	14
第一节 一般评估	14
第二节 头部评估	15
第三节 颈部评估	16
第四节 胸廓与肺部评估	16
第五节 心脏与血管评估	18
第六节 腹部评估	21
第七节 肛门与外生殖器评估	24
第八节 脊柱与四肢评估	24
第九节 神经系统评估	25
第四章 实验室检查	26
第一节 血液检查	26
第二节 尿液与肾功能检查	28
第三节 粪便检查	29
第四节 痰液检查	30

第五节 肝功能及常用临床生化检查	30
第五章 影像检查	32
第六章 心电图检查	34
第七章 内镜检查	38
第八章 护理病历书写	40

第二部分 同步练习和自测题

同步练习一(绪论、健康评估方法)	43
同步练习二(症状评估 1——发热、疼痛)	45
同步练习三(症状评估 2——咳嗽、咳痰、咯血)	47
同步练习四(症状评估 3——呼吸困难、发绀、水肿)	48
同步练习五(症状评估 4——呕血与便血、意识障碍)	50
同步练习六(身体评估 1——一般状态至颈部)	51
同步练习七(身体评估 2——胸廓、肺部)	53
同步练习八(身体评估 3——心脏视、触、叩诊)	55
同步练习九(身体评估 4——心脏听诊、血管)	56
同步练习十(身体评估 5——腹部)	58
同步练习十一(身体评估 6——肛门直肠至神经系统)	60
同步练习十二(实验室检查 1——血液检查)	62
同步练习十三(实验室检查 2——尿液检查)	64
同步练习十四(实验室检查 3——粪便、痰液检查)	65
同步练习十五(实验室检查 4——肝功能、临床生化检查)	67
同步练习十六(影像检查)	69
同步练习十七(心电图 1)	70
同步练习十八(心电图 2)	73
同步练习十九(内镜检查、护理病历书写)	76
自测题	77

第三部分 习题参考答案

同步练习一	83
同步练习二	84
同步练习三	84
同步练习四	85
同步练习五	86

同步练习六	86
同步练习七	87
同步练习八	88
同步练习九	88
同步练习十	89
同步练习十一	90
同步练习十二	91
同步练习十三	91
同步练习十四	92
同步练习十五	93
同步练习十六	93
同步练习十七	94
同步练习十八	95
同步练习十九	96
附录 浙江省医院入院护理评估单模式	97

第一部分

学习指导

绪 论

【学习要求】

1. 掌握健康评估的概念和意义。
2. 了解健康评估课程的主要内容。
3. 熟悉健康评估的学习方法和要求。

【重点、难点解析】

健康评估是研究诊断个体、家庭或社区对现存的或潜在的健康问题或生命过程反应的基本理论、基本技能和临床思维方法的一门学科。健康评估是系统而连续地搜集、整理、核实、记录评估对象有关健康资料的过程,是临床各科护理学科的基础、护理程序的首要环节。健康评估课程是护理专业的核心课程之一。

一、内容

健康评估内容具体包括评估方法、健康史评估、常见症状评估、身体评估、心理和社会评估、辅助检查、资料分析与护理诊断、护理病历书写等。

二、学习方法和要求

1. 学习方法 包括:①强化对基础理论和基本技能的认识;②加强相关知识的学习;③理论和实践相结合。
2. 学习要求 包括:①掌握健康评估基本方法——交谈和身体评估;②学会心电图检查的基本操作,能初步识别正常心电图与常见异常、危重心电图;③熟悉影像检查的病人准备及护理,了解其结果的临床意义;④掌握各种实验室检查的标本采集方法,了解其结果的临床意义;⑤按要求书写完整的护理病历,能根据收集的资料作出初步的护理诊断。

第一章 健康评估方法

健康评估是护理程序的基础、护理过程的首要环节,它贯穿了护理过程的始终,是一个连续的动态过程。护士在对病人整体护理的过程中要有计划、有针对性地全面收集被评估者的身体、心理、社会等方面的健康资料,并确保所收集评估资料的准确性和完整性,为正确作出护理诊断和制定护理计划提供强有力的依据和支持。

第一节 健康资料收集方法

【学习要求】

1. 了解健康资料的主要来源。
2. 掌握健康资料的分类(主观资料、客观资料)。
3. 掌握健康资料的收集方法。

【重点、难点解析】

一、健康资料的主要来源

健康资料的主要来源有:①被评估者,是评估资料最为可靠的来源;②知情人;③其他卫生保健人员;④目击者;⑤既往健康记录;⑥实验室及其他检查报告。

二、健康资料的分类

根据不同来源、不同时期以及主、客观性等,可将健康资料分为:①主观资料,即被评估者最主要的主观感受或自身体验的资料,具有强烈的主观性,主要通过交谈等方法获得。②客观资料,即评估者对被评估者进行身体评估时所获得的资料,具有客观性,是客观存在的变化。评估者可运用自己的感官或借助医疗仪器获得,如测量血压、体温等。③目前资料。④既往资料。

三、健康资料的收集方法

(一) 交谈

交谈是评估过程的开始,是常用的获取健康资料的手段,有明确的目的性。交谈注意事项包括:①合理安排时间;②以平等、尊重的态度对待被评估者;③和被评估者建立良好的关系,注意内容的保密性;④交谈前要明确交谈主题;⑤交谈时使用语言要通俗易懂,避免以诱问和逼问的方式进行交谈;⑥理解并尊重对方文化的信仰和价值观,尊重被评估者的隐私权;⑦亲自与被评估者交谈而获得第一手资料;⑧注意非语言沟通。

(二) 身体评估

身体评估是指基于解剖、生理、病历等基础医学知识发展出来的,评估者运用自己的感官和借助简单的医疗检查工具对被评估者进行详细的观察和系统的检查,以了解其身体状况,为作出正确的护理诊断提供依据的一组最基本的评估方法。其具体方法包括视、触、叩、听。

1. 视诊 视诊是评估者运用视觉感官观察被评估者全身或局部表现的评估方法。

(1) 视诊方法:分为直接视诊和间接视诊法。

(2) 视诊注意事项:①视诊时环境中以自然光线最好,温度适中;②注意视诊的顺序,按从一般到特殊或从上到下的方式进行;③注意局部与整体之间的联系。

2. 触诊 触诊是评估者利用手部感觉判断被评估者身体某一部位或器官特征的评估方法,应用范围很广,遍及身体各部,尤其以腹部最为重要。

(1) 触诊方法:根据检查部位及检查要求的不同,可分为浅部触诊和深部触诊法,具体见表 1-1。

表 1-1 浅部触诊和深部触诊法比较

方 法	动作要领	应 用
浅部触诊法	四指并拢、利用掌指关节和腕关节滑动触诊	检查体壁或表浅部位组织,如胸部、腹部等
深部触诊法	单手或双手重叠,由浅入深逐步加压	可分为深部滑行、双手触诊、深压触诊、冲击触诊,常用于腹部检查

(2) 触诊注意事项:①检查前先说明检查目的;②检查者应保持手部的清洁、干爽与温暖;③评估者一般应面对被评估者,站在其右侧,以利于观察与交流。

3. 叩诊 叩诊是评估者用手叩击被检部位体表,使其震动产生音响,根据震动和音响的特点来评估被检部位状态的方法。

(1) 叩诊方法:根据叩诊的方式可分为拳叩和指叩法;根据手法和目的又可分为间接叩诊和直接叩诊法:①间接叩诊法,又称指指叩诊法,是临床最常用的叩诊法。其手法是:以左手中指末梢两指节紧贴于被检部位,其余手指要稍微抬起勿与体表接触。右手各指自然弯曲,以中指的指端垂直叩击左手中指第二指节背面。叩击时应以掌指关节及腕关节用力为主,叩击要灵活而富有弹性,不要将右手中指停留在左手中指指背上。对每一叩诊部位应连续叩击 2~3 下,用力要均匀,使产生叩诊音响基本一致,同时在相应部位左右对比,以便正确判断叩诊音的变化。②直接叩诊法,即用并拢的示指、中指和无名指的掌面直接轻轻叩打或拍击被检查部位体表,借助拍击后的反响音及手指的振动感来判断该部深层组织或器官的病变。主要适用于胸、腹部面积较广泛的病变,如大量胸腔积液、积气及大片肺实变等。

(2) 叩诊音:因被叩击的组织或脏器密度、弹性、含气量与体表间距不同,叩击时产生不同的音响。根据音调高低、音响强弱等特点,叩诊音分为清音、浊音、鼓音、实音、过清音。5 种叩诊音的特征及常见临床意义见表 1-2。

表 1-2 5 种叩诊音的特征及常见临床意义

类型	叩诊音性质	正常分布区	病理情况
清音	音调低、音响较强、音时较长	肺脏区域	
浊音	音调高、音响弱、音时较短	肝及心脏浊音区	肺有浸润、炎症,肺不张,胸膜一般增厚时
鼓音	音调低、音响较清音强、音时较长	胃及含空气较多的空腔器官	气胸,气腹,肺空洞
实音	音调较浊音更高、音响更弱、音时更短	肝、心脏实音区	肺实变,胸腔大量积液,实质性肿块
过清音	音调、音响介于清音与鼓音之间	生理情况不出现	肺气肿

(3) 叩诊注意事项:①保持环境安静和适宜的温度;②采取适宜的体位;③充分暴露被检部位,注意比较叩诊音的异同。

4. 听诊 评估者利用听觉听取被评估者身体各部位发出的声音,以判断身体状况的方法。在诊断心、肺疾病中尤其重要。

(1) 听诊方法:可分为直接听诊和间接听诊法。

(2) 听诊注意事项:①保持环境安静、温暖;②根据病情和需要采取合适的体位;③注意听诊器耳件与评估者耳道的相宜性、听诊器管腔是否通畅、体件与被评估者皮肤是否紧贴等;④注意两侧对比,集中注意力,排除干扰。

(三) 实验室检查与特殊检查

实验室检查与特殊检查即利用细胞学、生物化学、微生物免疫学、寄生虫学等检查技术和特殊理化仪器,如常用的三大常规检查、CT 和 X 线检查等,对病人的血液、体液、排出物或脱落细胞等进行检查,以获得病原体、病理改变及脏器功能状态等方面的资料。它对协助诊断、病情观察、制定防治措施等具有重要意义。

四、健康资料的查阅

查阅被评估者的相关资料记录,包括门诊和住院病历、各项检查资料、医护记录等。

五、健康资料的收集步骤

健康资料的收集步骤包括:①准备计划;②确定收集方式;③归纳整理资料。

第二节 健康史内容

【学习要求】

1. 熟悉健康史的各项内容。
2. 掌握主诉和现病史的内容。

【重点、难点解析】

健康史是关于被评估者目前、过去的健康状况及生活方式的主观性资料,是健康评估中一个非常重要的组成部分。

健康史包括以下内容:

(1) 一般资料:包括姓名、性别、年龄、民族等。

(2) 主诉:主诉是被评估者在本次发病中最主要、最明显的症状或体征以及其性质和持续时间,也就是本次就诊的最主要原因。主诉记录的文字不宜过多,应高度概括,如“畏寒、发热、咳嗽伴右侧胸痛 3 d”。

(3) 现病史:现病史是病史中的主体部分,主要包括问题发生时的情况、主要症状与特点、病因与诱因、健康问题的演变发展过程、伴随症状以及对被评估者的影响。

(4) 日常生活形态。

(5) 既往健康史。

(6) 目前用药史。

(7) 成长发育史。

(8) 家庭健康史。

(9) 系统回顾:按身体各器官系统回顾,可按照一般情况、皮肤、头部、眼、耳、鼻、口、咽喉、

乳房、呼吸系统、心血管系统、消化系统、泌尿系统、造血系统、生殖系统等进行询问;按戈登的功能性健康形态系统,共有 11 种功能性健康形态:健康感知—健康管理形态、营养—代谢形态、活动—运动形态、排泄形态、睡眠—休息形态、感知—认知形态、自我感知—自我概念形态、角色—关系形态、应对—应激耐受形态、性—生殖形态、价值—信念形态。

(10) 心理与社会背景。

第三节 护理诊断和资料分析

【学习要求】

1. 掌握护理诊断的定义。
2. 掌握护理诊断的构成和陈述方式。
3. 熟悉护理诊断的思维方法和过程。

【重点、难点解析】

一、概述

1. 护理诊断 护理诊断是指关于个人、家庭、社区对现存的或潜在的健康问题或生命过程反应的一种临床判断。护理诊断不仅关注护理对象现有问题,同时也关注尚未发生的潜在健康问题。

2. 护理诊断与医疗诊断的区别

(1) 医疗诊断用于确定一个具体疾病或病理状态;护理诊断用于判断个体和(或)人群对现存的和潜在的健康问题以及生命状态的反应。

(2) 医疗诊断的侧重点在于对疾病本质作出判断;护理诊断侧重于对病人现存的或潜在的健康问题或疾病的反应作出判断。

(3) 医疗诊断的项目较少,在疾病的发展过程中相对稳定,保持不变;护理诊断项目较多,可随病人反应的不同而发生变化,由此产生了同病异护、异病同护的现象。

3. 合作性问题 在临床护理实践中,其中需要与其他健康保健人员尤其是医生共同合作解决的,护士主要进行监测、护理,即属于合作性问题。

4. 护理诊断分类

(1) 人类反应形态分类法,又称 NADNA 护理诊断分类 I,共包括 9 种人类反应形态。

(2) 功能性健康形态分类法。1982 年戈登提出护理诊断按机体的功能性健康形态进行分类,共有 11 种功能形态。

(3) 字母顺序排列法。按英文字母顺序排列进行,此法对中国护士不适用。

二、护理诊断的构成与陈述方式

(一) 护理诊断的构成

NADNA 的每个护理诊断基本由名称、定义、诊断依据、相关因素组成。

1. 名称 是对被评估者健康状态或疾病反应的概括性描述,可分为:①现存的,对个体、家庭或社区目前正出现的健康状况或生命过程的反应的描述;②有……的危险,对一些易感的个体、家庭或社区健康状况或生命过程中可能出现反应的描述;目前没发生,但可能发生的问题;③健康的,对个体、家庭或社区具有加强更高健康水平潜能的描述。

2. 定义 是对护理诊断的一种清晰、精确的描述,并借此与其他护理诊断相区别。

3. 诊断依据 有3种,第一是必要依据,即作出某一护理诊断时必须具备的依据;第二是主要依据,即作出某一诊断时通常需要存在的依据;第三为次要依据,对诊断有支持作用,但不是必须存在的。

4. 相关因素 为促成护理诊断成立和维持的原因或情景。

(二) 陈述方式

按诊断的不同类型选择以下3种方式中的一种对其进行陈述。

1. 三部分陈述 健康问题(P,即护理诊断的名称)、症状和体征(S,即诊断依据)、原因(E,即相关因素)三部分,即PSE公式。通常记录格式为:“护理诊断名称:诊断依据;相关因素”。三部分陈述多用于“现存的”护理诊断。

2. 两部分陈述 即PE公式,多用于“有……的危险”的陈述。

3. 一部分陈述 有护理诊断名称(P),用于“健康的”护理诊断。

三、护理诊断的步骤

护理诊断包括收集资料、整理资料、分析资料和选择合适的护理诊断4个步骤。

四、护理诊断时注意事项

(1) 护理诊断名称应规范。

(2) 明确护理诊断的相关因素。

(3) 有关“知识缺乏”护理诊断的陈述,应采用方式是“知识缺乏:缺乏……方面的知识”。

(4) “与未知因素有关”的陈述,临床存在从现有的资料中无法分析、确定护理诊断的相关因素,则可用“与未知因素有关”。

(5) 避免将临床表现误以为是相关因素。

(徐元智)

第二章 常见症状评估

第一节 发 热

【学习要求】

1. 了解发热的热型。
2. 熟悉发热的病因、发热过程及相关护理诊断。
3. 掌握发热的定义、正常体温及护理评估要点。

【重点、难点解析】

1. 发热的定义及病因 正常健康人体的体温保持相对恒定,一般为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。各种原因引起的产热过多和(或)散热减少,致使体温超过正常范围,则称发热。发热病因有感染性和非感染性因素两大类,主要是感染性因素。

2. 发热分度 发热过程可分为3个阶段:体温上升期、高热期、体温下降期。按发热程度可分为低热、中等度热、高热、超高热,具体见表2-1。

表 2-1 发热分度

发热分度	温度(℃)
低热	37.3~38.0
中等度热	38.1~39.0
高热	39.1~41.0
超高热	41.0 以上

3. 发热热型 有许多发热疾病体温曲线常呈一种特殊形态,称为热型。常见热型及其特点见表 2-2。

表 2-2 常见热型及特点

热 型	特 点	常见疾病
稽留热	体温持续在 39~40℃; 一天内波动范围不超过 1℃; 可持续数天或数周	伤寒、肺炎球菌肺炎
弛张热	体温在 39℃ 以上; 一日波动范围大,可过 2℃ 以上; 最低体温也高于正常	败血症、重症肺结核 化脓性炎症
间歇热	发热期与无热期交替出现	疟疾
不规则热	无一定规律可循	风湿热、流行性感冒

4. 护理要点 在护理评估发热病人时应注意以下要点:①确定是否发热,应注意排除一些生理因素对体温的影响;②发热程度、热期和热型;③发热的身体反应,如高热期要记录生命体征、意识变化,了解对重要脏器的影响;体温下降期要记录 24 h 出入量,观察有无口渴、尿量减少、皮肤弹性降低等脱水表现;④长期发热应注意评估其营养状况;⑤发热的心理反应。

5. 护理诊断 发热的主要相关护理诊断有:体温过高;体液不足;营养失调,低于机体需要量;口腔黏膜改变;潜在并发症(惊厥、意识障碍)等。

第二节 疼 痛

【学习要求】

1. 了解头痛、胸痛病因、发病机制、临床表现、护理评估要点、相关护理诊断。
2. 了解腹痛病因、发病机制、相关护理诊断。
3. 熟悉腹痛临床表现,掌握腹痛护理评估要点。

【重点、难点解析】

疼痛是临床常见的症状,也是促使病人就医的主要原因。疼痛是使机体组织损害的刺激,导致机体产生一种复杂的感觉,常伴有焦虑不安等反应,它促使机体迅速避开或除去这些损害。

一、头痛

头痛是指额、顶、颞及枕部的疼痛,可由颅脑疾病、颅外全身性疾病、神经官能症引起。临床表现多无特异性,但反复发作或持续头痛却是器质性疾病或病情恶化的征兆。

常见头痛及其特点有:①血管性头痛(偏头痛)多长期反复发作,呈搏动性;②颅脑炎症、外伤、脑血管疾病的头痛常急骤发生;③颅内占位性病变呈进行性发展;④颅内高压头痛剧烈,伴剧烈呕吐;⑤鼻旁窦炎的头痛常发生于清晨或上午。

二、胸痛

胸痛主要病因及临床特点如下:

1. 胸壁疾病 疼痛部位常固定,局部有压痛,胸廓运动、咳嗽时加剧。
2. 肺及胸膜疾病 胸膜炎疼痛多在胸廓两侧下部,呈尖锐刺痛,于深呼吸及咳嗽时加剧。
3. 心血管疾病 心绞痛典型特点有:①疼痛位于胸骨后,可向左肩、左臂放射;②呈压榨性,伴有窒息感;③常在活动和情绪激动时发作;④休息后好转。
4. 纵隔和食管疾病 食管疾病胸痛位于胸骨后,呈持续性隐痛、灼痛,吞咽时加重甚至吞咽困难。

三、腹痛

腹痛可分为急性腹痛和慢性腹痛。

腹痛常见病因及特点为:①胆绞痛常因脂肪餐而诱发;②急性胰腺炎腹痛常因酗酒或饱餐而诱发;③急性胃肠穿孔多为突发剧烈的刀割样;④空腔脏器痉挛常为较剧烈的阵发性绞痛;⑤胆道蛔虫症呈阵发性钻顶样;⑥急性弥漫性腹膜炎为持续性广泛剧烈腹痛;⑦尿路结石腹痛向会阴部放射,常伴血尿;⑧腹腔外脏器病变(肺与胸膜炎、急性心肌梗死)所致常在上腹腹痛,且腹部体征不明显;⑨急性铅中毒引起腹部绞痛,常伴恶心、呕吐、血压升高,数日后有贫血;⑩消化性溃疡腹痛呈慢性、周期性和节律性疼痛。

四、疼痛护理评估要点

疼痛护理评估要点有:①注意病人年龄、文化、社会背景等因素;②疼痛的部位;③疼痛的性质与程度;④疼痛的发生与病情;⑤加重诱发或缓解因素;⑥疼痛的身心反应。

五、疼痛性疾病相关护理诊断

疼痛性疾病相关护理诊断包括疼痛、焦虑、恐惧、潜在并发症(休克)等。

第三节 咳嗽与咳痰

【学习要求】

1. 了解咳嗽咳痰的意义、病因、发热机制。
2. 熟悉咳嗽咳痰的相关护理诊断。
3. 掌握咳嗽咳痰的临床表现及护理评估要点。

【重点、难点解析】

1. 定义 咳嗽是人体的一种保护性反射动作,借此可将呼吸道内的分泌物和异物排出体外。但长期或频繁而剧烈的咳嗽,可加重心脏负担,消耗体力,影响工作和休息。

2. 病因 病因主要有呼吸系统疾病(炎症、肿瘤等)、心血管疾病(心力衰竭伴肺淤血或肺水肿)、中枢性因素。

3. 评估要点 评估时根据咳嗽咳痰的性质、时间规律、音色、痰的性质和量判断其临床意义,要点有:

- (1) 咳嗽的一般情况:注意咳嗽发生的急缓、开始时间、心肺病史、有无吸烟史等。其中刺

激性气体的吸入、气管异物引起者为突起发作性；慢性支气管炎、支气管扩张引起者特点为长期慢性咳嗽。而左心衰竭咳嗽以夜间居多，坐位或立位时减轻。

(2) 咳嗽咳痰的特点：着重性质、音色、有无痰及痰的性状和量。如支气管扩张和肺脓肿为大量脓痰且与体位有关；大叶性肺炎典型痰液为铁锈色痰；支气管肺癌等阻塞性咳嗽特点为刺激性干咳，呈金属音；急性肺水肿以大量粉红色泡沫样痰为特征。

(3) 伴随症状：伴发热常见于急性呼吸道感染；伴胸痛者表示病变波及胸膜；肺结核、支气管扩张、支气管肺癌常伴咯血。

(4) 身体反应：注意长期或剧烈咳嗽对日常生活、休息、睡眠和体力的影响，有无并发症（气胸等）。

(5) 心理社会反应：长期咳嗽易产生烦躁和焦虑的心理。

4. 护理诊断 主要相关护理诊断有：①清理呼吸道无效；②睡眠形态紊乱，睡眠剥夺；③活动无耐力；④潜在并发症（自发性气胸）。

第四节 咯 血

【学习要求】

1. 了解咯血的定义、病因、发病机制。
2. 熟悉咯血的相关护理诊断。
3. 掌握咯血的临床表现及护理评估要点。

【重点、难点解析】

1. 定义 咯血是指气管、支气管及肺组织出血，经咳嗽动作从口腔排出。可由支气管肺疾病（支气管扩张、肺结核、支气管肺癌、肺炎等）、心血管疾病（风湿性心脏病二尖瓣狭窄）、全身性出血性疾病（血液病等）引起。

2. 评估要点 评估时要从年龄、咯血量、颜色、性状和伴随症状等方面了解其临床表现特点，如青壮年咯血多见于肺结核、支气管扩张；大咯血主要见于肺结核空洞、支气管扩张和慢性肺脓肿；支气管肺癌主要表现为持续或间断痰中带血，少有大咯血；全身出血性疾病出血常伴有皮肤黏膜出血。具体评估要点有：

(1) 判断是否为咯血：注意区别咯血与呕血（见表 2-3），鼻、咽、口腔出血。

表 2-3 咯血与呕血的区别

项 目	咯 血	呕 血
病史	肺结核、肺癌等心肺疾病	消化性溃疡，肝硬化等疾病
前驱症状	喉部痒感、胸闷、咳嗽等	恶心呕吐、上腹不适
出血方式	咯血	呕出
血色	鲜红	褐黑、暗红、量大时可呈鲜红
血内混有物	泡沫痰	食物残渣、胃液
酸碱反应	碱性	酸性
黑便	无（如咽下时可有）	常有黑便
出血后痰的性状	痰中常带血	无痰