

目 录

| | |
|--|-----|
| 第三篇 社区护理..... | 1 |
| 第一章 社区护理相关理论与工作方法..... | 1 |
| 第一节 社区护理相关理论..... | 1 |
| 一、基本卫生保健的原则..... | 1 |
| 二、社区卫生服务的功能..... | 2 |
| 三、社区护理的概念与特点..... | 3 |
| 四、社区护理工作中三级预防的主要策略，社区护士在三级预防中所扮演的角色..... | 4 |
| 五、现代医学模式的主要内容和对社区卫生服务的影响..... | 5 |
| 第二节 社区护理相关工作方法..... | 7 |
| 一、社区卫生诊断概述..... | 7 |
| 二、人际沟通..... | 8 |
| 三、护理程序在社区护理中的应用..... | 35 |
| 第二章 社区护理相关知识..... | 42 |
| 第一节 社区健康教育..... | 42 |
| 一、健康的概念及影响健康的因素..... | 42 |
| 二、社区健康教育的重点对象及主要内容..... | 45 |
| 三、社区健康传播的方法和技能..... | 51 |
| 四、社区健康教育与健康促进效果评价..... | 66 |
| 第二节 老年人保健..... | 78 |
| 一、老年人的疾病特点..... | 78 |
| 二、老年人家庭访视的原则和方法..... | 79 |
| 第三节 儿童保健（0~6岁）..... | 81 |
| 一、儿童生长发育监测..... | 81 |
| 二、免疫规划预防接种服务及工作流程..... | 85 |
| 三、新生儿访视..... | 94 |
| 第四节 社区常见病、多发病患者的护理与管理..... | 99 |
| 一、高血压的护理与管理..... | 99 |
| 二、心力衰竭..... | 107 |
| 三、冠状动脉粥样硬化性心脏病患者的护理..... | 120 |
| 四、慢性阻塞性肺疾病..... | 133 |
| 五、肺炎..... | 137 |
| 六、上呼吸道感染..... | 140 |
| 七、支气管哮喘..... | 142 |
| 八、便秘..... | 145 |
| 九、消化性溃疡护理..... | 147 |
| 十、慢性胃炎的护理..... | 150 |
| 十一、肝硬化..... | 152 |
| 十二、阑尾炎患者的护理与管理..... | 156 |
| 十三、胆囊炎患者的护理与管理..... | 159 |
| 十四、胆石症患者的护理与管理..... | 162 |

| | |
|----------------------------|-----|
| 十五、急性胰腺炎患者的护理与管理 | 166 |
| 十六、尿路感染 | 169 |
| 十七、慢性肾衰 | 173 |
| 十八、围绝经期综合征 | 176 |
| 十九、糖尿病 | 181 |
| 二十、血脂异常 | 184 |
| 二十一、痛风 | 188 |
| 二十二、甲状腺功能亢进 | 191 |
| 二十三、甲状腺功能减退 | 195 |
| 二十四、传染病预防、报告、家庭访视及家庭护理指导 | 198 |
| 二十五、骨质疏松 | 212 |
| 二十六、颈椎病 | 213 |
| 二十七、腰椎间盘突出 | 216 |
| 二十八、骨折 | 218 |
| 二十九、类风湿关节炎 | 222 |
| 三十、关节炎 | 225 |
| 三十一、缺铁性贫血 | 227 |
| 三十二、脑出血 | 230 |
| 三十三、脑梗死(脑血栓形成) | 234 |
| 三十四、短暂性脑缺血发作(TIA) | 239 |
| 三十五、理化因素损伤(淹溺、烧烫伤、刀割伤、电击伤) | 241 |
| 三十六、中毒(有机磷、一氧化碳) | 253 |
| 三十七、犬咬伤 | 261 |
| 三十八、气道异物 | 263 |
| 三十九、临终关怀护理概念、原则和过程 | 266 |
| 第五节 社区常见慢性非传染性疾病患者的护理和管理 | 273 |
| 一、高血压 | 273 |
| 二、糖尿病 | 275 |
| 三、冠心病 | 276 |
| 四、脑卒中 | 277 |
| 五、慢性阻塞性肺部疾病(COPD) | 278 |
| 第三章 社区护理相关技能 | 280 |
| 第一节 患者评估技术 | 280 |
| 一、测量体温、脉搏、呼吸、血压 | 280 |
| 二、快速血糖测量 | 311 |
| 第二节 给药技术 | 315 |
| 一、肌肉注射 | 315 |
| 二、皮下注射 | 321 |
| 三、头皮针静脉输液 | 324 |
| 第三节 协助患者清理呼吸道 | 333 |
| 一、雾化吸入 | 333 |
| 二、指导有效咳嗽、咳痰及叩背 | 339 |
| 第四节 抢救技术 | 344 |
| 一、单人心肺复苏 | 344 |

| | |
|------------------------------|-----|
| 二、心电图操作及简单判读..... | 347 |
| 三、氧气吸入法（鼻塞）..... | 350 |
| 第五节 置管技术..... | 353 |
| 一、留置导尿..... | 353 |
| 二、鼻饲..... | 358 |
| 第六节 中医适宜技术..... | 361 |
| 一、 婴幼儿抚触..... | 361 |
| 二、捏脊法..... | 362 |
| 第七节 其他..... | 363 |
| 一、换药..... | 363 |
| 第四篇 基本公共卫生知识和技能..... | 387 |
| 第一章 国家基本公共卫生服务规范..... | 387 |
| 第一节 居民健康档案的建立与管理..... | 387 |
| 一、居民健康档案的目的和意义..... | 387 |
| 二、居民健康档案的建立流程..... | 388 |
| 三、居民健康档案的管理..... | 390 |
| 第二节 组织、开展健康教育服务..... | 394 |
| 一、 健康教育服务的内容..... | 399 |
| 二、 健康教育人员要求..... | 400 |
| 三、 开展中医药健康教育服务..... | 402 |
| 四、 健康教育服务流程..... | 402 |
| 五、 健康教育服务..... | 403 |
| 六、 健康教育怎样计划、实施、监测、评估..... | 424 |
| 七、 展示、演示、示范..... | 429 |
| 八、 健康教育材料的使用..... | 430 |
| 第三节 老年人健康管理技术规范..... | 446 |
| 第四节 高血压患者健康管理..... | 491 |
| 一、服务对象..... | 491 |
| 二、服务内容..... | 491 |
| 三、服务流程..... | 492 |
| 四、服务要求..... | 493 |
| 五、考核指标..... | 493 |
| 六、相关知识..... | 494 |
| 第五节 2型糖尿病患者健康管理服务规范..... | 504 |
| 一、服务对象..... | 504 |
| 二、服务内容..... | 504 |
| 三、服务流程..... | 506 |
| 四、服务要求..... | 506 |
| 五、考核指标..... | 506 |
| 六、相关知识..... | 507 |
| 第六节 重型精神病患者健康管理..... | 513 |
| 一、概述..... | 513 |
| 二、服务对象..... | 514 |
| 三、服务要求..... | 514 |

| | |
|----------------------|-----|
| 四、服务内容..... | 514 |
| 五、健康体检..... | 517 |
| 第七节 孕产妇健康管理..... | 518 |
| 一、孕产妇健康管理规范..... | 518 |
| 二、妊娠诊断..... | 520 |
| 三、孕产期保健..... | 523 |
| 四、孕产期保健服务常用评价指标..... | 533 |

第三篇 社区护理

第一章 社区护理相关理论与工作方法

第一节 社区护理相关理论

1. 熟悉基本卫生保健的原则、社区卫生服务的功能和社区护士的角色；
2. 掌握社区护理的概念与特点、三级预防的主要内容；
3. 了解现代医学模式的主要内容和对社区卫生服务的指导意义。

到20世纪90年代，随着医学模式的转变和人们健康观念的不断深入，人民群众对卫生保健的需求日益增长，时代赋予我国卫生事业新的发展方向和动力，1996年党中央、国务院确定了新时期的卫生工作方针“以农村为重点，预防为主，中西医并重，依靠科技与教育，动员全社会参与，为人民健康服务，为社会主义现代建设服务。”2009年4月《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》中提出：当前我国卫生工作要点：“着眼于实现人人享有基本医疗卫生服务的目标，着力解决人民群众最关心、最直接、最现实的利益问题。坚持公共医疗公益性质，坚持预防为主、以农村为重点、中西医并重的方针，实行政事分开、管办分开、医药分开，强化政府责任和投入，完善国民健康政策，健全制度体系，加强监督管理，创新体制机制，鼓励社会参与，建设覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务。”

一、基本卫生保健的原则

初级卫生保健（primary health care, PHC）是指由基层卫生人员为社区居民提供最基本、必需的卫生保健。世界卫生组织在1977年日内瓦召开的第30届世界卫生大会上提出“2000年人人享有卫生保健”的全球战略目标。次年9月，世界卫生组织和联合国儿童基金会联合在阿拉木图召开了国际初级卫生保健会议，明确提出推行初级卫生保健是实现全球卫生战略目标的基本策略和基本途径。

（一）初级卫生保健基本原则

1. 合理布局：国家各机关团体以及社区应把初级卫生服务融入整体的发展规划中，建立起人人享有基本卫生服务保健的机会。

2. 社区参与：社区及社区居民应积极、主动参与到本社区的卫生保健事业建设中来。

3. 预防为主：在开展初级卫生保健工作时应以社区健康问题为导向，运用三级预防的策略，将重点工作放在疾病的预防和促进健康。

4. 适宜技术：初级卫生保健中使用的方法和物资应是能被接受的和适用的。

5. 综合途径：初级卫生服务仅仅是社区建设的一部分，应将营养、教育、饮用水供给、住房等进行同属规范化与发展。

二、社区卫生服务的功能

社区卫生服务又称社区健康服务（community-based health services）是社区服务中的一种基本的、普遍的卫生服务。我国十部委在1999年联合发布的《发展城市社区卫生服务的若干意见》中将社区卫生服务定义为“在政府领导、社会参与、上级卫生机构指导下，以基层卫生机构为主体、全科医生为骨干，合理使用卫生资源和适宜技术，以人的健康为中心，以家庭为中心，以社区为范围，以需求为导向，以妇女、儿童、老年人、慢性病患者、残疾人为重点，以解决社区主要卫生问题，满足基本医疗卫生服务需求为目的，融预防、医疗、保健、康复、健康教育和计划生育技术等为一体的，有效的、经济的、方便的、综合的、连续的基层卫生服务”。

我国卫生体系分为三大类，即卫生服务体系、卫生保障体系和卫生执法体系，其中卫生服务体系又分为医疗保健服务、预防保健服务和社区保健服务（社区卫生服务）。社区卫生服务是由全科医生、社区护士、营养医师和康复医师等人员为社区居民健康提供服务。

（一）社区服务的主要功能

1. 开展社区卫生状况调查，进行社区诊断，向社区管理部门提出改进社区公共卫生的建议。

2. 提供个人及家庭健康指导。

3. 开展常见病、多发病的诊疗并提供社区保健服务。

4. 开展社区健康教育。

5. 开展计划免疫与预防接种。

6. 进行定期健康检查。

7. 实施社区慢性病、地方病与寄生虫病的健康指导、行为干预和筛查，以及高危人群监测和规范管理工作。

8. 提供社区急重症患者的转诊服务。

9. 提供社区临终服务。

10. 参与社区卫生监督。

三、社区护理的概念与特点

(一) 概念

社区护理（community nursing）起源于西方国家，是由家庭护理、地段护理及公共卫生护理逐步演变而成，是社区卫生服务的重要组成部份。美国护士协会指出：社区护理是将护理学与公共卫生学理论相结合，用以促进和维护社区人群健康的一门综合学科。根据我国社区卫生服务发展的特点，社区护理学可定义为：综合应用护理学和公共卫生学的理论与技术，以社区为基础、以人群为对象、以服务为中心，将医疗、预防、保健、康复、健康教育、计划生育等融于护理学中，并以促进和维护人群健康为最终目的，提供连续的、动态的和综合的护理服务。

(二) 特点

社区护理以健康为中心，以社区人群为对象，利用护理学和公共卫生学的诸多概念和技术，通过广泛的持续性的护理活动，维持和促进社区健康、预防疾病、减少残障，努力提高提高社区人群的生活质量为最终目的。其特点可体现为：

1. 以健康为中心 社区护士应动员居民主动地改变社会环境、建立健康的生活方式和预防疾病，帮助居民学会提高慢性病病人和临终病人生活质量的方法。

以健康为中心可具体体现在促进健康、保护健康、预防疾病和恢复健康。

2. 以人群为主体 社区护理的基本单位是家庭和社区，利用护理程序对社区进行健康护理，了解社区整体的健康水平，明确社区健康诊断，制定社区健康规划。

3. 与多部门合作提供综合服务 社区护士在开展社区卫生服务时需要和社区的行政、福利、教育、厂矿等多方面取得联系，加强合作，并向社区居民提供完整而系统的综合性服务。

4. 有较高的自主权和独立性 社区护理工作范围广，护理对象繁杂，社区

护士可以运用流行病学的方法预测和发现社区群体易出现的问题，对社区整体进行护理，也经常到居民家中进行护理，这些需要社区护士独立判断与决定。

5. 社区护理的长期性、连续性和可及性 长期性和连续性是指在不同时间、空间范围提供连续的、一系列的整体护理。可及性是指社区护理服务具有就近性、方便性和主动性，以满足社区居民的健康需求。

四、社区护理工作中三级预防的主要策略，社区护士在三级预防中所扮演的角色

（一）社区护理工作中三级预防的主要策略

三级预防是公共卫生领域普遍应用的工作框架，近年来也广泛于社区护理工作中，是以疾病的自然史为依据和前提，在疾病发展的不同阶段采取相应的干预措施，以减少疾病的发生或发展导致的不良后果，降低健康成本，提高生命质量。

1. 第一级预防也称病因预防，是在疾病或伤害尚未发生时针对病因（或危险因素）采取的措施，也就是“防病于未然”，包括健康促进和健康保护两方面。

（1）健康促进：健康促进的原理是通过创造促进健康的环境使居民避免或减少对病因（或危险因素）的暴露，改变机体的易感性从而降低发病率。包括健康教育、自我保健和环境保护与监测三方面。

（2）健康保护：健康保护是对明确病因（或危险因素）或具备特异预防手段的疾病所采取的措施，在预防及消除病因上采取干预措施。

2. 第二级预防也称临床前期预防，是在疾病前期做好早期发现、早期诊断、早期治疗的“三早”预防，以控制疾病的发展和恶化，防止疾病复发或转为慢性。

3. 第三级预防也称临床预防，是对已患病者采取及时有效的治疗措施，防止病情恶化以预防并发症和伤残；对已丧失劳动力或残疾者促进功能康复，心理康复，进行家庭指导，使患者尽量恢复生活和劳动能力，并能参加参加社会活动及延长寿命。

人们在疾病预防与控制的长期实践中，特别是 2003 年我国经历 SARS 疫情之后，许多学者认为三级预防并在完善，没有强调政府在“预防为主”基本卫生工作方针中的作用，应在一级预防前增加“零级预防”。零级预防的责任主体就是各级政府，通过政策的干预、政府的行为让影响健康的危险因素不发生或少发

生，初始预防对预防工作起到关键性作用，可看成是预防工作的关口前移。

（二）社区护士在三级预防中所扮演的角色

社区护士是指在社区卫生服务机构及其他相关机构从事社区护理工作的护理专业技术人员。《社区护理管理的指导意见》对社区护士的任职条件有明确规定，社区护士是社区卫生服务的主力军，社区护士的角色具有多样化，社区卫生服务要求社区护士必须掌握基础及临床医学、护理学、流行病学等相关知识，并要善于观察、分析，具有良好人际交往和与人合作共事的能力和技巧。

1. 社区护士的任职条件

（1）具有国家护士资格并经注册。

（2）通过地（市）以上卫生行政部门规定的社区护士岗位培训。

（3）独立从事家庭访视或居家护理工作的护士，应具有在医疗机构从事临床护理工作 5 年以上的工作经历。

2. 社区护士扮演的角色

（1）健康意识的唤醒者

（2）护理服务者

（3）初级卫生保健者

（4）社区卫生代言人

（5）健康咨询者与教育者

（6）协调者与合作者

（7）组织者与管理者

（8）观察者与研究者

五、现代医学模式的主要内容和对社区卫生服务的影响

（一）现代医学模式的主要内容

1977 年美国纽约州 Rochester 大学精神病学和内科学教授恩格尔（Engel）提出“生物医学模式应该逐步演变成生物、心理、社会医学模式，又称恩格尔模式”。这一模式使我们可以从原子、分子、细胞、组织到人，从个人、家庭、国家的微观到宏观，以及生物科学和社会科学相融合的系统原则去理解健康或疾病。恩格尔指出“为了理解疾病的决定因素，为了达到合理的治疗和卫生保健目的，医学模式必须考虑到患者、患者生活的环境以及由社会设计来对付疾病的破

坏作用的补充系统，即医生的作用和医疗保健制度”。这就是说，人们对健康和疾病的了解不仅包括疾病的生理（生物医学）解释，还包括了患者（心理因素）、患者所处的环境（自然和社会环境）以及帮助治疗疾病的医疗保健体系。

（二）对社区卫生服务的影响

1. 从治疗服务扩大到预防保健服务：影响疾病的因素已经从单纯生物病因转向多元化的社会心理和行为因素，因此必须采取综合性预防保健策略，如合理膳食、适当运动、保持心理健康等，才能够取得比单纯治疗更加积极的效果。从治疗服务扩大到预防保健服务是疾病谱变化及需求层次多样化共同作用的结果。

2. 从生理服务扩大到心理服务：生理服务仅注意到健康观的一个侧面，而生物-心理-社会医学模式在强调生理服务重要性的条件下，特别注重心理、社会服务的重要性。社会紧张是构成心理疾患的一个重要因素，医务人员应在新医学模式指导下，掌握心理服务的基本知识，为服务人群提供全方位服务。

3. 从医院内服务扩大到社区服务：医院服务模式的从医生在医院内坐等患者上门求医转变为医生走出医院，深入社区为广大居民服务是现代医学模式不断发展的结果。近年发展起来的全科医学和社区服务适应了医学模式转变的要求。社区卫生服务是向社区居民提供“六位一体”，即融医疗、预防、保健、康复、健康教育和计划生育技术指导于一体的连续性综合服务。

4. 从医疗技术服务扩大到社会服务：医学技术在现代医学模式框架下，单纯的技术服务已不能满足广大群众日益增长的健康需求。社会心理服务充分显示出它的重要性。老年保健上门服务、心理咨询和行为指导、饮食指导等已经成为社区卫生机构开展的服务项目，并且受广大群众的欢迎。

练习题

一、选择题

1. 关于社区护士任职应具备条件的叙述，有误的是：
 - A. 具有国家护士资格者
 - B. 经注册的护士
 - C. 应具有在医疗机构从事临床护理工作 5 年以上者
 - D. 通过地（市）以上卫生行政部门规定的社区护士岗位培训
2. 社区护理的哪些特点：

- A. 以健康为中心
- B. 以人群为主体
- C. 与多部门合作提供综合服务
- D. 有较高的自主权和独立性
- E. 社区护理的长期性、连续性和可及性

二、名词解释

- 1. 初级卫生保健

三、简答题

- 1. 社区服务的主要功能
- 2. 三级预防的基本内容

参考书目

- 1. 李继坪. 社区护理学. 人民卫生出版社. 2005年8月
- 2. 赵秋利. 社区护理学. 第2版. 人民卫生出版社. 2006年7月
- 3. 李春玉. 社区护理学. 第2版. 人民卫生出版社. 2012年6月
- 4. 朱启星. 卫生学. 第8版. 人民卫生出版社. 2013年3月
- 5. 祝墀珠. 全科医学概论. 第4版. 人民卫生出版社. 2013年4月
- 6. 姜丽萍, 社区护理学. 第三版. 2014年1月

第二节 社区护理相关工作方法

- 1. 掌握社区卫生诊断概述及内容。
- 2. 熟悉社区护理诊断、计划、实施和评价，社区健康档案的内容和管理，社区环境和健康。
- 3. 了解人际沟通的技巧。

一、社区卫生诊断概述

(一) 社区卫生诊断

社区卫生诊断是指采用社会学、人类学测量评估学、营养学、临床医学、流行病学、卫生统计学、卫生服务管理、卫生经济学等手段针对社区进行的基本现状以及存在的公共卫生问题进行综合性的调查和评估的过程。

（二）社区卫生诊断的外延

1. 社区卫生工作项目启动时的调查评估，是社区卫生现况的基线调查，包括环境、行为、卫生需要、需求、能力（供给和适宜技术）等内容。

2. 社区卫生工作项目执行期间的过程调查评估，即过程评估。主要评估执行计划的情况。

3. 社区卫生工作项目结束时的效果、效益和效用调查评估，即终期评估。

二、人际沟通

人际沟通随着人类社会的形成而产生，是人类社会交往的基本形式，是人们彼此之间运用语言符号系统或非语言符号传递信息的过程，也是建立人际关系的基础。理解人际沟通的基本知识，能促进人们之间的有效沟通。

（一）人际沟通的定义及概述

人际沟通（interpersonal communication）是人與人之间借助语言和非语言行为，进行彼此间传递信息、思想及感情的过程。

1. 人际沟通的意义

卡耐基曾经说过：“一个人事业上的成功，只有 15%是由于他的专业技术，另外 85%靠人际关系、处世技能。”而处理人际关系的核心能力就是沟通能力。通过人际沟通，可以传递信息，既可以将信息传递给他人，又可以获得自己需要的信息。通过人际间的沟通，人们可以诉说自己的喜怒哀乐，促进人与人之间的情感交流，增加个人的安全感，消除孤独、空虚等情绪，化解忧虑及悲伤，从而使人精神振奋，维持正常的精神心理健康。人与人之间的不断交往及沟通，为个体提供了大量的社会性刺激，保障和促进了个体社会性意识的形成与发展。同时人与人之间自我意识的发展与成熟，依赖于彼此间的沟通及相互作用，个体在与他人的比较中可以认识及完善自己。美国心理学家费士丁(Festinger)曾说：“人在缺乏客观非社会标准的情况下，会通过与其他人的对比来认识及评估自己，从而形成自我形象及概念。通过沟通，可以增进人们彼此之间的了解，进而建立并协调人际关系。人们在社会中所遵循的团体规范和社会行为准则，也要通过人际沟通

将信息传递给社会成员来发挥作用，使人们的社会行为保持一致，保证社会处于和谐、稳定、有序的状态之中。同时，通过人际沟通，使社会成员理解他人的处境和感受，认识自己的缺陷，向他人表明自己的思想、观点或意见，消除相互间的矛盾，从而协调人际关系。在与他人交往和沟通过程中，可以获得对自己有意义的知识、信息和社会经验，从而改变自己的知识结构，提高综合能力。通过与他人交换意见，分享思想及感受，能够逐渐的理解和掌握道德行为规范、社会价值观，学会认识他人和正确评价自己，形成对人、事、物正确的认识。

2. 人际沟通的特征

人际沟通具有双向性、双重性、互动性、情景性、统一性、整体性、客观性等特点。沟通过程是沟通双方共同参与相互间的沟通行为，是双向互动的过程。在一个完整的沟通过程中，沟通参与者几乎在同时充当信息发出者与接收者的角色。人际沟通的双重性一方面体现在沟通的内容上，沟通可以传递观念、思想和感情，但并不局限于其中的某一方面，而可能同时涉及这三个方面，也就是说，沟通中不仅传递观念和思想，同时还传递感情；另一方面体现在沟通方式上，如在交谈过程中，参与者除了用语言方式传递信息之外，同时会用到手势、身体姿势和面部表情等非语言方式。人际沟通是以改变对方的思想、行为为目的的一种沟通行为，对参与的双方都会产生影响，即双方的互动性。人际沟通是围绕着特定的时间、地点、参与者、主题等各种因素进行的一种信息传递行为。在通常情况下，人们的话题选择总是依据不同的情景来确定，并进行适当的沟通。人际沟通过程中，不仅涉及沟通的内容，同时也体现了参与双方的人际关系水平。因此，在沟通中必须保证内容与关系的统一，才能达到有效的沟通。人际沟通过程中参与者不仅交流信息，同时也是整个人格的反映和身心的投入。因此，在沟通过程中除了语言的使用，个人身心投入的状态也是影响沟通效果的重要因素。沟通的发生一般不以个人的意志为转移，因为沟通不仅通过语言的方式表达，也会通过非语言方式体现。在感觉可及的范围内，不论个体是否愿意，人际间的沟通都会通过语言或非语言方式而发生。

（二）人际沟通的基本要素及层次

人际沟通是运用语言符号系统或非语言符号系统进行信息传递的过程，即通过信息转换将信息从意义信息转化为不同形态的符号化信息，再从符号化信息转

变为意义信息，使接收者理解，最终完成信息传递。

1. 人际沟通的基本要素

人际沟通是由多个要素组成的、动态的和多维的复杂过程。

(1) 沟通的触发体(referent) 指能触发个体进行沟通的所有刺激或理由，包括各种生理、心理、精神或物质环境等因素，有时又称信息背景。一个信息的产生，常会有一个信息背景，包括信息发出者过去的经历、对目前环境的感受、对信息发出后产生的后果的预测等。在人类生活中，各种感知、情绪、观点、信息、物体以及其他线索均可成为沟通的触发体，刺激个体产生沟通的需要及欲望，从而开始相应的沟通过程。

(2) 信息发出者和信息接受者(sender and receiver) 信息发出者又称信息源，是将信息编码并传递的人。信息发出者在发出信息前需确定信息的含义，然后通过对信息的编码，完整而准确地发出信息。把观点和情感转换成符号并将其组成信息的认知过程称为编码(encode)，即将要传达的信息变成适当的语言或非语言的信息符号。信息编码的方式受信息发出者个人的生活背景、教育程度、价值观、抽象推理能力等因素的影响。

信息接收者是接收信息以及将信息解码的人，信息接收者理解及感受信息发出者所发出信息的过程称为译码(decoder)。译码是对编码的语言或非语言信息符号翻译的过程，即理解他人传递的观点和感情。由于信息的传递受到信息发出者背景因素的影响，因此，在译码时，信息接收者需要将接收到的信息与信息发出者的背景资料相联系，以准确地理解信息，此外，信息接收者受其教育程度、抽象推论能力、价值观、生活背景的影响，对信息可能有不同的理解及诠释。

信息接收者译码的准确性，在很大程度上取决于沟通双方在知识、经历以及社会、文化背景方面的相似度。如果译码后的信息含义与信息发出者表达的意义一致，则沟通有效。反之，如果信息接收者错误地解释了信息发出者传递的信息，将会导致无效的沟通。

(3) 信息(message) 是指信息发出者传达的思想、观点、意见、感情、态度和指令等。信息具有一定的内容及意义，可能还带有背景因素的色彩及信息发出者的风格。信息通过一定的符号(如面部表情，语言等)来表示，这些符号又按一定的规则(如语法规则)组织，这种有组织并能表达一定内容意义的符号称

为代码。符号和代码都是信息的载体。没有信息及其载体，沟通便不会发生。

(4) 信息传递途径(channel) 是指信息由一个人传递到另一个人所通过的渠道，是通过视觉、听觉、嗅觉、味觉、触觉传递和接收信息的手段或媒介。在人际交往中，信息往往通过多种渠道传递，信息发出者在传递信息时使用的沟通途径越多，人们越容易正确地理解信息的内容。美国医学专家罗杰斯(Rogers)1986年的研究表明：单纯听过的内容能记住5%；看到的内容能记住30%；讨论过的内容能记住50%；亲自做过的事情能记住75%；教会别人做的事情能记住90%。

(5) 反馈(feedback) 是指信息由信息接收者返回到信息发出者的过程。反馈有利于了解信息是否准确地传递给信息接收者，以及信息的意义是否被准确地理解。因此，在沟通过程中，信息发出者应时刻注意寻求信息接收者的反馈，以确认自己发出的信息是否被信息接收者准确的接收。反馈可以通过语言方式，也可以通过非语言方式进行，或者两者兼有。

(6) 人际变量(interpersonal variables) 是影响信息发出者和信息接收者双方的因素。包括感知、教育和生长发育水平、社会文化、价值观和信念、情绪、性别、角色和关系以及身体健康状况等。如同样的信息内容，向两个不同的个体发送，很可能出现不同的解释。

(7) 环境(environment) 是信息发出者与信息接收者相互作用的场所。为了获得有效的沟通，沟通的环境应该满足参与者对物理或情感上舒适及安全的需求。噪声、温度过高或过低、使人分心的事物存在，以及缺乏隐私的空间，都可能产生混淆、紧张和不适。因此舒适的环境可以为有效沟通创造良好的条件。

2. 人际沟通的层次

鲍威尔(Powell)认为，根据人际交往中交往双方的信任程度、参与程度及个人希望与他人分享感觉的程度不同，可以将沟通分为以下几个层次：

(1) 一般性沟通(general conversation) 是沟通的最低层次。沟通的双方仅涉一些表面性的、肤浅的、社会应酬性话题，如问候类的话语或谈论天气等，不涉及个人的问题。此层次的沟通适用于初次交往的双方，因为属于一般性交谈，所以双方有一定的安全感。一般水平的沟通在一定的社会文化范围内约定俗成，不需要进行过多的思考，也能避免话不投机的尴尬局面。如果双方有意建立良好

的人际关系，则需要运用一定的沟通技巧，尽快结束这种表面意义上的沟通，与对方建立信任关系，促进人际沟通向更深的层次发展。

(2) 事务性沟通(fact reporting) 沟通的双方仅简单地陈述沟通当时的事实，目的是将信息准确的传递给对方。沟通过程中不掺杂个人的意见及感情，也不涉及私人关系。

(3) 分享性沟通(shared personal idea and judgment) 此水平的沟通除了传递信息，还分享个人的观点和判断。该层次的沟通需要建立在一定的信任基础之上，沟通者希望表达自己的观点和判断，并与对方分享，以达到相互理解的目的。

(4) 情感性沟通(shared feeling) 该层次沟通的双方除了分享对某一问题的观点和判断，还会表达及分享彼此的感觉、情感及愿望。通常在交往时间长、信任程度高的人之间才会进入该层次沟通。

(5) 共鸣性沟通(peak communication) 是沟通的最高层次，指沟通的双方达到了一种短暂的、高度一致的感觉。在这一沟通层次，有时沟通的双方不需要任何语言，就能完全理解对方的体验和感受，也能理解双方希望表达的含义。不是所有的人际沟通都能达到这一层次，只有非常相知的人才能进行共鸣性沟通。

在人际沟通过程中，沟通的各种层次均可出现，在不同的情景中，与不同的对象沟通时，应针对沟通的内容选择适合的沟通层次。

(三) 人际沟通的基本方式及障碍

1. 人际沟通的基本方式

当人们进行沟通时，可以用文字或符号等语言方式来表达自己，也可以应用空间距离、面部表情、眼神、动作等非语言方式来表达自己。人际沟通的基本方式按照沟通的方式不同可以将人际沟通分为语言性及非语言性沟通。

(1) 语言性沟通{ verbal communication)

① 语言性沟通的概念 使用语言、文字或符号进行的沟通称为语言性沟通。只有当信息发出者与信息接收者清楚地理解了信息的内容，语言才有效。

② 语言性沟通的类型

a. 书面语言：以文字及符号为传递信息工具的交流载体，即写出的字，报告、

信件、文件、书本、报纸等，通常有标准的格式。书面沟通具有权威性，不受时空限制，传播范围广，便于保存、查阅或核查。

b. 口头语言：以语言为传递信息的工具，即说出的话，包括交谈、演讲、打电话、讨论等形式。口头语言具备信息传递快速、反馈及时、灵活性大、适应面广及可信度较高等优点。口头语言沟通是所有沟通形式中最直接的方式。

c. 类语言：指伴随沟通所产生的声音，包括音质、音域及音调的控制、嘴型控制，发音的清浊、节奏、共鸣、语速、语调、语气等的使用。类语言可以影响沟通过程中人的兴趣及注意力，同时不同的类语言可以表达不同的情感及态度。

③ 语言性沟通的技巧

a. 合适的词语 (vocabulary)：如果信息接收者不理解信息发出者所发出的含义，则沟通无效。在社会生活中，如果参与沟通的一方在传递信息时使用接收者不了解的专业术语或地方性用词，将影响信息的接收及理解。因此，在对信息编码时，应选择对方易于理解的词语进行表达。

b. 合适的语速 (pacing)：使用语言沟通时，如果能以适当的速度表达信息内容，将会获得更好的沟通效果。交谈时应选择可以清晰表达信息内容的速度，语速过快、过慢、或者尴尬的停顿，都会影响沟通的效果。

人们可以在说话前认真思考选择合适的语速，可以从聆听者的非语言行为寻找线索，调整语速，可以直接询问聆听者传递信息的速度太快或太慢，以确定所用的语速是否恰当。

c. 合适的语调和声调 (intonation & tone)：说话者的语调和声调可以影响表达的含义，从而影响沟通的效果。即使是一个简单的问题或陈述，凭借语调和声调，就可以表达热情、关心、愤怒、牵挂或漠不关心等情绪。同样的沟通内容，采用不同的语调和声调，就可能收到截然不同的沟通效果。

情绪可以直接影响说话的语调和声调。因此，在与他人沟通时，要注意及时调整自己的情绪，注意语调和声调，避免发出一些本不想传递的信息，对他人造成不应有的心理伤害。

d. 语言的清晰和简洁 (clarity & brevity)：清晰及简洁的语言有助于信息接收者在短时间内准确地理解所传递的信息。

e. 适时使用幽默 (humor)：幽默是一种能力，幽默引人发笑又意味深长，它以

善意的微笑代替抱怨,使人与人的关系变得缓和。幽默可以促使沟通双方更开放、更真诚地沟通。然而,不恰当的幽默会使人尴尬,甚至触怒对方。

f. 时间的选择及话题的相关性(timing & relevance):时间的选择在沟通中十分重要。即使是一个清楚的信息,如果时间选择不当也可能影响沟通的效果。例如,当一个人正要休息时与其交谈,对方可能心不在焉而忽略了沟通的内容,还可能因对方的反感情绪而影响沟通效果。因此,必须选择恰当的时间与他人交流,除紧急情况外,不要在休息时间打扰对方。通常,与他人沟通的最佳时间,是对方表示出对沟通感兴趣的时候。

此外,如果信息与目前的情境具有相关性或重要性,将会取得更好的沟通效果。

(2)非语言性沟通(non-verbal communication)

①非语言性沟通的概念 是不使用词语,而是通过身体语言传递信息的沟通形式,它是伴随着语言沟通而存在的一些非语言的表达方式和情况。包括面部表情、目光的接触、手势、身体的姿势、气味、着装、沉默以及空间、时间和物体的使用等。

美国心理学家艾伯特·梅拉比安(Aihert Mehrabian)曾经提出过一个公式:信息的全部表达=7%的语调+38%的声音+55%的表情。说明语言在沟通中只起方向性及规定性的作用,而非语言才能较准确地反映出人的思想及感情。

②非语言沟通的特点

a. 多渠道(multiple channels):非语言信息可以通过多种途径进行传递和接收,包括反应时间、声音、环境及身体的姿势等。

b. 多功能(multiple functions):非语言沟通对语言沟通具有多种作用:

I. 补强作用(complementing):补充和强化语言信息的作用。例如,当人们说“是”的同时,“点个头”;当人们报告好消息时,“面带微笑”从而增强语言信息的效果。

II. 重复作用(repeating):例如,当人们说“请安静”之后,又将示指放在嘴唇上示意,这就等于把刚才所说的话又说了一遍。

III. 替代作用(substituting):有时候,人们可以一言不发,做个手势就把想要表达的信息传递出去。

IV. 驳斥作用(contradicting):当语言信息与非语言信息不一致时,人们会选择相信非语言信息,也就是说,非语言信息对语言信息有驳斥作用。例如:一边说话一边“眨眼睛”,表示说的话很可能不真实。

V. 调整作用(regulating):沟通过程中,我们也常常利用非语言信息来掌握限制非语言信息。例如,当两个人在交谈时,如果其中一个人匆匆地看了一眼手表。实际上是向对方传递了一个信息:我们之间的交谈该停止了。

c. 无意识性(unconscious):尽管有时可以根据目的而有意识的选择非语言行为,但是大多数情况下非语言行为具有无意识。习惯性手势以及与潜在情绪相关的非语言表现都能说明非语言沟通的无意识性。例如,与自己不喜欢的人站在一起时,保持的距离比与自己喜欢的人要远些;有心事,不自觉地就给人忧心忡忡的感觉。

d. 真实性(genuineness):很多沟通专家认为,非语言表达比语言更真实,著名的精神分析学家弗洛伊德说:“没有人能保守秘密,如果他的嘴保持沉默,手尖却在喋喋不休地说着,他浑身的每一个毛孔都渗出对他的背叛。”非语言具有无意识性,它不像语言沟通中词语的选择,可以有意识地控制,因此,非语言行为通常是一个人真实感情更准确的流露和表达。在语言和非语言的信息出现不一致的情形下,即当语言和非语言行为传递不同甚至相矛盾的信息的时候,可能非语言行为更能准确地传递出说话者的真实情感。

【发现身体语言的秘密】

著名的精神分析学家弗洛伊德曾发现:有个病人在绘声绘色地讲述她的婚姻生活是多么幸福时,却下意识地将订婚戒指在手指上滑上滑下,于是根据她的身体语言耐心询问,病人终于讲出自己生活中的苦闷和种种的不如意。很显然,行为暴露了这个病人无声的身体语言与有声语言之间的矛盾。心理学家认为身体语言的产生源于大脑,当一个人的大脑进行某种思维活动时,大脑会支配身体的各个部位发出各种细微信号,这是人们无法控制而且也难以意识到的。因此,身体语言大都发自内心深处,极难压抑和掩盖。

e. 情绪表现(emotional expression):非语言沟通是人们表达情绪的一种肢体语言和语调,和语言配合起来使用常常可以强调或扩大所选词语的含义。在某些情况下,人们意识到自己的感情,想要把它们表达出来之前,非语言已经暴露

出他 / 她的情绪。

f. 多种含义 (multiple meanings): 包括两个方面: ①对同一种非语言行为, 不同的人可能有不同的解释, 例如: “沉默”可能是一个人表示气愤的方式, 而对另一个人可能是表示没兴趣或感到窘困。②同一种非语言行为, 对同一个人不同的情况下其含义也不相同, 例如: 当一个人不高兴时, 可能皱眉; 但当他注意力特别集中时也可能皱眉。

g. 文化的差异性 (culture variability): 非语言行为因文化背景的不同而存在差异。在跨文化沟通中, 通过非语言行为可了解一种文化的价值体系和取向, 而且个人行为举止都蕴涵在某一文化的非语言表现形式中。因此, 一切非语言行为都必须符合一定的文化背景去理解, 否则, 以个体自身的文化标准去解释来自于另一种文化个体所展示的非语言行为就可能产生误解。

③非语言性沟通的表现形式

a. 环境安排: 环境的选择及安排体现出信息发出者对沟通的重视程度。环境包括物理环境及人文环境。物理环境包括建筑结构、空间的布置、光线、噪声的控制等。人文环境包括是否需要有人在场, 是否符合沟通者的社会文化背景, 是否满足隐私的需求等。

b. 空间距离及空间位置: 人们在社会交往过程中, 会注意对方及自己的心理领地, 也就是注意与对方的空间距离感。美国人类学家爱德华·霍尔 (Edward Hall) 将人类沟通中的距离分为以下四种:

I. 亲密距离 (intimate distance): 是人际沟通中最小的间隔或无间隔的距离, 双方距离为 8-30cm, 一般为 15cm 左右。彼此可以肌肤相触, 甚至可以感受到对方的体温、气味和气息。这种距离一般在社交场合较为少见, 主要在极亲密的人之间或护士进行某些技术操作时应用, 适用于传递非常秘密的信息、表达亲密的感情、医护人员为患者进行治疗等, 所用的语调为低声细语。如果不是非常亲密关系的人在沟通中进入该空间距离, 会引起误解、反感, 甚至引发冲突。

II. 个人距离 (personal distance): 是人们在沟通时稍有分寸感, 可以友好沟通的距离, 双方距离为 30-90cm, 一般为 50cm 左右, 一般熟人及朋友可以进入该空间距离进行沟通。适用于以低语调传达个人的或秘密的信息。个人距离是护患间交谈的最佳距离。在个人距离下, 护患双方都会感到舒服, 因为在帮助关

系中个人距离既可以提供一定程度的亲近感又不会使病人感觉到过分亲密而带来的紧张。

III. 社会距离(social distance): 是一种社交性的或礼节性的、较为正式的关系, 一般距离为 1.2-3.7m。这种距离往往为双方庄重的交往创造条件。处于社会距离的人一般说话响亮而自然, 使用正常声音。适用于传达非个人的信息, 交谈的内容较为公开而正式。

IV. 公众距离(public distance): 是一种大众性、群体性的沟通方式, 一般距离为 3.7-7.5m, 用于发表演讲或讲课, 声音超出正常范围, 需要使用扩音设备。

个体的空间范围有一定的伸缩性, 不同的人, 不同的环境条件下, 个体空间距离的变化很大, 它主要取决于双方的文化背景、亲密、了解程度、社会地位及性别差异等。同时在沟通中也应注意, 个体在人际沟通中所选择的空間位置, 会以无声的语言表达其社会地位、心理感受、态度、人际关系、希望承担的角色及义务等。与他人沟通时要有意识地控制、调节彼此之间的距离, 根据对方的年龄、性别、人格特征、文化教养以及与对方所处的沟通层次, 选择合适的人际距离。

c. 仪表: 包括一个人的修饰及着装等, 可以向他人显示其社会地位、身体健康状况、婚姻状况、职业、文化、自我概念及宗教信仰等信息。当两个人见面时, 一个人的外表会首先被对方关注。仪表可以影响沟通双方彼此的感知、第一印象及接受程度。

d. 面部表情: 通过面部肌肉的协调运动来表达情感状态或对信息的反应。面部表情是非语言沟通中最丰富的表达, 人类的面部表情主要可以分为以下八类: 感兴趣-兴奋、高兴-喜欢、惊奇-惊讶、伤心-痛苦、害怕-恐惧、害羞-羞辱、轻蔑-厌恶、生气-愤怒等。面部表情是一种共同的语言, 精神学家发现, 来自不同国家、不同文化背景的人, 面部表情所表达的感受和态度是相似的。面部表情所传递的信息可以是对真实情感的展现, 可以与真实的情感相矛盾, 也可以是对真实情感的掩饰。当面部表情不能展示清楚时, 可以通过语言性反馈来寻求说话者的意图所在。

e. 目光的接触: 通常发出的是希望交流的信号, 是人际间最传神的非语言表

现。主要用于表达感情、控制及建立沟通者之间的关系。在沟通过程中，可以通过目光的接触，表示尊重对方以及希望听对方讲述。缺乏目光的接触，则表示焦虑、厌倦、有戒心、缺乏自信或其他信息。同时，目光接触的水平影响沟通交流的效果，最理想的情况是双方面对面，眼睛在同一水平上。

f. 身体的姿势：包括手势及其他的身体姿势，体现了一个人沟通时特定的态度及当时所包含的特定意义，可以反映出态度、情绪、自我概念和健康状况。如身体前倾或朝向某人可以表示关注。手势可以用来强调或澄清语言信息。有时，手势和其他非语言行为结合起来可以替代语言信息。

g. 触摸：是人际沟通时最亲密的动作。触摸可以传递关心、牵挂、体贴、理解、安慰、支持等情感。美国皮肤接触研究中心的专家通过对人体的皮肤接触进行研究，得出触摸与心理护理密切相关，触摸可减轻因焦虑和紧张等引起的疼痛，产生良好的心理和精神安慰。但是，触摸是一种非常个体化的行为，对不同的人具有不同的含义。触摸受性别、年龄、文化及社会因素的影响，它是一种容易被误解的非语言表达方式。因此，在运用触摸时，应注意对方的文化及社会背景，清楚自己触摸的意义，有选择地、谨慎地使用。

2. 人际沟通的主要障碍

(1) 人际沟通主要障碍来源

人际沟通是信息在两个或两个以上个体之间的传递过程。很多因素可能对沟通造成阻碍，可能来源于环境、也可能来源于信息发出者或接收者。

①信息发出者

a. 缺乏沟通动机：不愿意沟通或很勉强地进行沟通。信息发出者对所发出的信息概念模糊不清，对沟通的准备不充分。

b. 信息量超载：信息传递过程给出的信息量太大，导致信息接收者混乱而无法在一定的时间内完全接收。

c. 缺乏沟通技能：不知道如何确定必要的信息编码、如何选择合适的沟通渠道以及如何排除各种干扰等。

d. 不注重反馈：信息发出后不注意对方的反应，不能及时核实信息是否被对方准确地接收。

e. 编码不当：选择了错误的或不合适的编码形式、使用了不清楚或者代表多

种含义的信息或符号。

②信息接收者

a. 对信息不感兴趣：有许多信息发出者认为很重要的信息，而信息接收者认为并不重要。这种认识上的差异，使接收者被动地接收信息，一般不会得到满意的沟通效果。例如，健康教育时，医务人员认为吸烟有害健康的相关知识对患者很重要，但患者对此却不以为然，即便医务人员认真讲解，患者并不一定认真倾听而是心不在焉，收不到理想的沟通效果。

b. 心理障碍：如对信息发出者怀有敌意、不信任而有意歪曲信息，不主动接受信息或选择性的接受信息，或由于紧张恐惧、有心事而没有注意信息等。

c. 缺乏接收信息的能力：有些接收者由于种种原因，如听觉障碍或其他原因不能接收信息，或不知如何寻找适当的沟通渠道接收信息，接收了信息也不知道如何解码，以致不能理解信息的真正含义，影响了沟通的效果。例如，听力、视力障碍的老年患者，护士在沟通过程中就要采取多种沟通渠道，采取他们有能力接受信息的方式方法进行沟通，才能达到理想的沟通效果。

d. 解码不当：每个人的价值观、教育背景、生活经历及兴趣不同，会影响个体对信息的理解，因此会出现解码错误或不能解码的现象。

③传递途径：包括途径选择错误、方法无吸引力、工具失灵、外界干扰太大等。例如，当噪声较大时，运用语言方式进行沟通，会受到干扰，影响双方的沟通效果。

④环境：沟通双方所处环境的光线、温度、安全性及私密性等不佳，未能满足参与者对物理的或情绪的舒适及安全的需求，也会对沟通的效果造成影响。

（四）促进有效沟通的技巧

1. 倾听的技巧

（1）倾听的定义 倾听(listening)是信息接收者集中注意力将信息发出者所传递的所有信息（包括语言和非语言信息）进行分类、整理、评价以及证实，以较好地了解信息发出者所说话语的真正含义，即信息接收者不仅听信息发出者说什么，还应根据他所表现的非语言行为来正确解释他所说的话。

（2）倾听的重要性 倾听对于沟通的双方来说至关重要，当一个人想把自己的观点、意见、思想和情感与他人分享时，对方能够以一个良好倾听者的角色

出现，会促使沟通的顺利进行，有助于增进彼此的了解，加深情感，进而建立良好的人际关系。因此，可以将倾听的重要性概括为以下几点：①倾听可以获取更多重要的信息。②倾听可以避免产生误会。③倾听可以激发对方的谈话欲望。④倾听可以发现说服对方的关键。⑤倾听可以获得友谊和信任。

(3) 倾听的原则 倾听有以下六大原则：①专心听对方说话——耳到（聆听）。②仔细观察对方的身体语言——眼到（观察）。③思考对方说话内容——脑到（思考）。④以同理心感受对方的立场（心到）——（感受）。⑤正确响应，以问题探寻对方的意图——口到（询问）。⑥将对方说话的内容记录下来——手到（记录）。

4. 倾听的层次 倾听有以下五个层次：①忽视地听（充耳不闻）。②假装地听（左耳进，右耳出）。③有选择地听（字词和内容）。④全神贯注地听（主动听取，积极回应，适时鼓励）。⑤用心聆听（全心全意）。

(4) 倾听的技巧 为了做到有效的倾听，可以运用下列技巧。

①参与（attending）：是集中注意力，不受其他声音以及视野内其他事物的干扰，努力听清他人所说的话和看清他人所展示的非语言行为，就是完全地注意对方。具体要求包括：a. 准备花时间与之交谈。 b. 保持适当的距离。 c. 保持放松、舒适的姿态。 d. 保持目光的接触。 e. 避免分散注意力的动作，如看表。 f. 给予及时的反馈和适当的鼓励。

②核实（perception checking）：是接收和给予反馈的方法，即核对个人的感觉。核实的内容包括：a. 仔细聆听。 b. 观察非语言行为。 c. 试着去了解其含义。 d. 直接询问以证实理解的内容与对方想要表达的含义是否一致。

核实的方法有以下四种： I. 复述：把对方的话重复说一遍，但不能加任何判断。 II. 改述：将对方的话用自己的语言重新叙述，但要保持原意、突出重点。 III. 澄清：将对方一些模糊的、不完整或不明确的叙述弄清楚。 IV. 总结：用简单、概括的方式将对方的话再叙述一遍。核实时，注意留有一定的停顿时间，以便让对方纠正并修改或确认核实者的理解。

③反映（reflecting）：是指将对方所表达的语言和非语言信息展示出来以便对方能够重新评价他所传递的信息的准确性。对方在沟通中出现停顿时，可以重述其谈话中的最后一个词或句子以使对方确信在被聆听，从而鼓励对方继续展开叙述。

2. 同理他人的技巧

(1) 同理的概念 同理 (empathy) 是指侦察和确认他人的情绪状态，并给予适当的反应。也就是设身处地、以对方的立场去体会其心境的心路历程。20 世纪 20 年代美国心理学家铁钦纳 (Titchener) 首度使用“同理心”一词，用以形容理解他人主观经验的能力。铁钦纳认为同理心源自身体上模仿他人的痛苦，从而引发相同的痛苦感受。由此，同理与同情得以区别，因为同情 (sympathy) 指能认知别人的痛苦，而引起侧隐之心，并无感同身受之意。

(2) 同理的层次 同理他人有以下四个层次：①很少从他人的角度思考问题，做事情很少考虑到他人的感受。沟通时讲客套话，无法引起对方的共鸣——不愿意倾听。②能够从他人的角度思考问题，做事情会考虑到他人的感受，与人沟通比较真诚，愿意将自己的部分想法表露出来——学会倾听。③能够站在对方的角度思考问题，想对方之所想，能够使人感到被理解被包容，不知不觉地将内心的想法、感受说出来——用心倾听。④将心比心，设身处地的去感受和体谅他人，有敏锐的洞察力与心理分析能力，能从他人的表情、语气判断其情绪，态度真诚，说到听者想听，听到说者想说。

(3) 同理他人的过程：同理他人可分为两个阶段。

①侦查和确认阶段：这是同理的第一个阶段，是指识别和确认他人的感受。同理的这一阶段强调的是知觉技巧，要求能够根据对方的语言和非语言线索来确认其情绪状态。

②适当的反应阶段：同理的第二个阶段强调适当的反应。适当的反应需要运用良好的沟通技巧让对方知道：a. 了解对方所发生的事情。b. 了解对方的心理感受。c. 愿意听对方继续讲下去。d. 愿意给予对方安慰和帮助。使用同理他人的技巧会让对方觉得，你虽然不是他（她），但是，你懂他（她）的心，了解他（她）的意思，知道他（她）的感受。当一个人具有同理心时，会让与其沟通的人有一种真正被理解的感觉。

3. 自我暴露的技巧

(1) 自我暴露的定义：自我暴露 (self-disclosure) 是指个体在自愿的情形下，将纯属个人的、重要的、真实的内心所隐藏的一切向他人吐露的历程。在人际关系中，自我暴露是必要的历程，是人与人之间感情建立、发展的重要途径

之一。通过自我暴露，向对方传递信任，展现愿意与对方更深入交往的诚意。自我暴露的时机、意愿、程度、真实性随沟通内容、场合及对象的不同而有一定的差异。自我暴露的过程通常渐进而缓慢，但是，随着自我暴露的增多，人际关系也更趋亲密、稳固。

(2) 周哈里窗：周 (Joseph Luft)、哈 (Harry Ingham) 二氏所创的周哈里窗 (the Johari window) 可以用来探讨自我暴露与人际关系间的关联。如图所示，一个人的自我可以分割成四扇窗，分别称为开放的自我、盲目的自我、隐藏的自我和未知的自我。

①开放的自我 (open self)：“开放的自我”即自己知道，他人也知道的部分。有一些外表的特征，大家一目了然，例如：性别、身高、长相，都属于开放的自我。另外，有一些个人资料，经过自我介绍，他人也会有所认识，例如：过去的经历、现在的心情、未来的计划等，也属于开放的自我的范畴。

| | | |
|-------|-------|-------|
| | 自己知道 | 自己不知道 |
| 别人知道 | 开放的自我 | 盲目的自我 |
| 别人不知道 | 隐藏的自我 | 未知的自我 |

图 周哈里窗

每个人的“开放的自我”会因人、因时、因地而改变，例如，对于好朋友，“开放的自我”会增大；对于陌生人，“开放的自我”会缩小。“开放的自我”的大小即表示自我暴露的程度。整个自我的大小不变，但是，四扇窗里的自我则互为消长。只要其中一个有所增减，就会牵动其他的自我随之变化。

有学者建议，要增进彼此的沟通，就必须增大“开放的自我”。但是也应注意自我暴露并非毫无风险，它可能招来讥笑怒骂，或成为他人攻击的把柄。因此，表露之间仍需做智慧的判断。

②盲目的自我 (blind self)：“盲目的自我”指自己不知道，而他人知道的部分。例如，每个人都有一些口头禅、小动作或心理防御机制，自己平常并不自觉，他人却看在眼里。又如，有时候人们自作聪明或自以为是，却被他人看出心机，这正是所谓的“旁观者清，当局者迷。”

③隐藏的自我(hidden-self):“隐藏的自我”指自己心知肚明,他人却被蒙在鼓里的部分。包括一些人们想表露却尚未表露的态度。也包括人们刻意抑制、隐瞒的动机、想法或已经发生的事实。

④未知的自我(unknown self):“未知的自我”指的是自己不知道、他人也不知道的部分。可以说,这是自我尚未开发的一片处女地。此部分也等同于弗洛伊德所谓的潜意识状态,潜藏着许多连自己都不知道的欲望、痛苦、罪恶感等不为意识层所接受的东西,是发展人际关系的深层障碍。

(3) 自我暴露的意义: 通过自我暴露,“开放自我”会增大,“隐藏自我”会缩小,因而增进彼此的了解;通过自我暴露,也能引发别人的反馈,因而缩小“盲目的自我”,加深对自我了解;通过自我暴露,更能拆除内心筑起的高墙,直捣心灵的深处,缩小“未知的自我”,发挥潜能,绽放人性的光辉。

4. 沉默的技巧

语言技巧固然重要,但它并不是与人沟通的唯一方法。并不是在沟通的整个过程中,都必须说话,实际上,以温暖、关切的沉默方式同样会给对方非常舒适的感觉。

(1) 使用沉默的意义: ①给对方时间考虑及回顾需要的信息。②使对方感到你在用心聆听。③有时间组织深入的问题及记录资料。④有时间观察对方的非语言行为。⑤当对方受到打击时(例如哭泣),保持沉默并陪伴左右,提供情感支持。

(2) 沉默传递的信息: ①可能表示很舒服,对目前的一切感到满意,没有交谈的需求。②可能想表明有能力应对所有的事情而不需要帮助。③可能在探究情感,此时交谈可能会干扰思路。在这种情况下,对方真正想说“我需要时间想想”。④可能担心害怕,沉默作为一种对所受到威胁的逃避。

(3) 使用沉默的要求: 应学会使用沉默的技巧,能适应沉默的气氛。甚至可以通过叙述下面的话而允许对方保持安静状态:“如果您不想说话,您可以不必说。不过,我非常愿意能待在这里陪陪您。”

(4) 打破沉默的方法: 沉默是种重要的沟通方式,然而双方不能一直保持沉默,在适当的时候,需要打破沉默。可以通过下列问话来适时打破沉默:①“您是不是还想说什么?(停一下)如果没有的话,我想我们可以讨论其他的问题了。”

②“您是否可以告诉我您现在正在想些什么？”③“您看起来很安静，您是否可以告诉我这个问题对您所造成的困扰”④当对方在话说到一半的时候，突然停下来时，可以说：“还有呢？”或“后来呢？”或重复其前面所说的最后一句话来帮助对方继续说下去。

（五）护患沟通

1. 护患沟通概述

沟通是护理实践中的重要内容，有其特殊的工作含义。护患沟通及相互作用是发展和维系护患关系的基础和必要手段，而一定的护患关系总是体现在护患的沟通及相互作用中。护士只有运用良好的沟通技巧，才能获得病人的信任，从而全面的收集与病人相关的信息，并以此为依据，为病人制定个体化的护理计划，以满足病人生理、心理、社会、精神文化等多方面的需要，促进病人早日康复。

（1）护患沟通定义及相关概念

①护患沟通的定义

护患沟通(nursP, -paIient commun/cation)是指护士与病人之间的信息交流及相互作用的过程。所交流的内容是与病人的护理及康复直接或间接相关的信息，同时也包括双方的思想、感情、愿望及要求等多方面的沟通。

②护患沟通的目的

a. 有助于建立良好的护患关系：护患之间积极、有效的沟通，有助于建立一个相互信任、相互理解、相互关怀的护患关系，为实施护理创造良好的心理氛围。

b. 有助于病人的健康：护患之间良好的沟通有助于全面了解病人的情况，帮助护士收集有关信息，为病人的护理提供充分的依据；同时，也有助于向病人提供有关的健康知识及相关信息，帮助病人预防并发症，提高病人的自我护理能力。

c. 有助于护理目标的实现：护士与病人商讨其健康问题、护理措施及护理目标，鼓励病人的参与，取得病人的合作，与病人共同努力，实现护理目标。

d. 有助于提高护理质量：护患间真诚的沟通有助于护士相关的咨询及心理支持，及时反馈病人的意见，调整和改进护理措施，促进病人的身心健康，提高护理质量。

③护患沟通的特征

a. 特定内容的沟通：护患之间的沟通是专业性、目的性、工作性的沟通，有

特定的内容要求,护患间的沟通内容主要涉及病人在患病期间遇到的生理、心理、社会、精神、文化等方面的问题。

b. 以病人为中心的沟通:护患间沟通的一切信息均以病人及病人的健康为中心,以满足病人的需要为出发点和归宿,在沟通过程中,应尊重、信赖、同情、理解及关心病人。

c. 多渠道的沟通:护患间的沟通不仅涉及护士与病人,也涉及护士与病人的家属、护士与医生及其他相关健康工作人员的沟通。

d. 复杂的沟通:在沟通时需要护士应用社会护理学、社会心理学、人文学、医学等基础知识,根据病人的年龄、性别、文化程度、社会角色等特点来组织沟通的内容,采用适当的沟通方式,与病人进行有效的沟通,以满足病人的需求。

e. 保护隐私的沟通:护患间沟通的信息有时涉及病人的隐私,具有一定的法律及道德意义,需要护士自觉的保护病人的隐私,不能在病人未授权的情况下散播有关病人隐私的信息。

2. 护患关系中常用的沟通技巧

(1) 治疗性会谈的概念

治疗性会谈(therapeutic communicacinn)是护患双方围绕与病人健康有关的内容进行的有目的性的、高度专业化的相互沟通过程。它是护理程序的基本组成部分,是收集病人健康资料的重要方法。治疗性会谈要护士对会谈的时间、地点、目的、内容及形式进行认真的计划、组织、安排及实施,最后评价会谈的效果。

(2) 治疗性会谈的过程

①准备会谈阶段:治疗性会谈是一种有目的、有目标的交谈,为了使会谈成功,护士在每次交谈前都应该做好细致周到的准备工作:a. 了解病人的有关情况,b. 明确会谈的目标.c. 选择合适的会谈时间.d. 根据设定的目标确定具体的会谈内容,并列出提纲,使会谈能紧扣主题.e. 准备好会谈环境。首先,保证安静,减少环境内可能使病人注意力分散的因素。其次,会谈环境要有良好的私密性。最后,会谈期间应避免进行治疗和护理活动,同时也要谢绝会客.f. 提前通知病人会谈时间,并使病人在良好的身心条件下会谈.g. 会谈时护士应仪表端庄,态度和蔼可亲,言谈得体,让病人产生信任感。

②开始会谈阶段：与病人会谈开始时，护士需要：a. 有礼貌地称呼病人，使病人有平等、被尊重的感觉。b. 主动介绍自己，告诉病人自己的姓名及职责范围，获得病人的信任。向病人介绍会谈的目的、会谈所需要的大概时间。营造一个无拘束的会谈气氛。c. 帮助病人采取舒适的体位。

③正式会谈阶段：在相互熟悉之后，护士根据会谈的目标及内容，应用会谈技巧，提出问题。以特定的会谈方法向病人提供帮助。观察病人的各种非语言表现。可以应用沉默，集中注意力，倾听等沟通技巧加强会谈的效果。

④结束会谈阶段：一般会谈结束前，护士需要让病人有心理准备，如对病人说“今天的会谈只有五分钟时间了”等。尽量不要再提出新问题。简要总结会谈的内容。询问病人有没有补充，这样可以弥补护士没有想到的内容。对病人表示感谢，并安排病人休息。必要时预约病人下次会谈。

(3) 治疗性会谈的注意事项

会谈时，护士要尊重、同情和关心病人，称呼得当，语言措辞得体，实事求是，善于体谅病人。会谈时注意紧扣主题。尽量避免使用专业术语。应用人际沟通技巧，注意病人的非语言表现。注意会谈内容的保密。仔细做好会谈的记录。

(4) 日常护患沟通技巧

沟通技巧在护理实践中应用非常广泛，在对病人的评估、咨询、健康教育、护理实施、护理评价等几乎所有的护理环节中都需要护士应用沟通技巧，因此护患沟通贯穿日常护理工作的每个环节。日常护理中，护士应注意以下几个方面的沟通技巧：

①设身处地为病人着想：患病及住院后，病人及家属面临巨大的压力，特别是当病人病情比较严重时，甚至是一种恐怖的经历。病人会有一系列的心理及行为表现，如情绪易激动，对周围的一切很敏感，也常从护士的言语、行为及面部表情等方面来猜测自己的病情及预后。因此，护士良好的、支持性的、明确的沟通技巧可以帮助病人度过这段痛苦的时期。如果护士能理解病人的感受，会减轻病人的恐惧及焦虑。反之，如护士对病人漠不关心，会使病人产生不信任甚至敌意。

②尊重病人的人格、维护病人的权利：在日常护理中，应该将病人看成一个具有完整生理、心理、社会需要的综合体，认同病人的需要。在与病人沟通的

过程中，注意维护其自尊及人格，平等地对待每一位病人，对病人说话时，语气要温和、态度要诚恳，尽量鼓励病人说出自己的想法，让其参与护理计划的制定，对病人提出的问题积极、耐心的解释并协助解决，避免不耐烦地打断病人或粗暴地训斥病人，尊重病人的知情权。

③对病人的需要及时作出反应：在一般情况下，护患沟通传递了当时特定环境下的需要及信息。护士一定要对病人所表现的语言或非语言信息及时作出反应。这样不仅可以及时地处理病人的问题，满足病人的需要，而且能让病人感受到关心和被重视。

④及时向病人提供有关健康的信息：护士应在护理实践中，随时利用各种机会，向病人提供健康信息及进行健康教育，如病人即将面临痛苦的检查或治疗时，可能出现焦虑、恐惧及不安的感觉，护士应仔细观察病人的表现，及时给予指导和安慰，告知检查过程中配合的方法和注意事项。一些长期住院、伤残、失去工作或生活能力的病人，容易情绪低落，甚至可能会产生轻生的念头，出现如角色强化、角色缺如等角色障碍。护士应经常与此类病人沟通，及时了解病人的感情及心理变化，并应用相应的社会心理学理论为病人提供护理，帮助他们尽快恢复健康，或使病人在有残障的情况下保持良好的心理状态，提高生活质量。

⑤对病人所提供的信息保密：有时为了治疗及护理的需要，病人需要将一些有关个人的隐私告诉护士，护士在任何条件下，都要保证对病人的隐私保密。

(4)特殊情况下的沟通技巧

在临床护理工作中，会遇到各种各样的病人，每个病人所患的疾病不同，个人的经历、文化背景、宗教信仰等也有一定的差异，病人患病后的表现千差万别，即使患有相同疾病的不同个体，患病后也有不同的表现。有些病人会出现一些特殊的反应，需要护士应用沟通技巧，灵活地与此类病人沟通。

①愤怒的病人：护士有时会面对一些愤怒的病人，他们要求苛刻，稍有不满足就会发脾气，愤怒地指责他人，有时会无端地仇视周围的人，甚至会出现一些过激行为，如拒绝治疗护理，大声喊叫，拔掉输液管或破坏治疗护理仪器，不断地指使护士立刻为他提供各种检查及护理等。面对这种病人，护士可能会失去耐心，或被病人的过激言辞或行为激怒，或者刻意回避。一般病人愤怒都有一定的原因，多数情况下不是病人无端地指责护士或其他医务人员，而是病人知道自己患了某

种严重的疾病，感受到了身心的痛苦，以愤怒来发泄自己的害怕、悲哀、焦虑或不安全感。此时护士沟通的重点是对病人的愤怒作出正面的回应，视病人的愤怒、生气为一种正常的反应，不要对病人采取任何攻击性或指责性言行，尽量为病人提供发泄的机会，让病人表达及发泄自己的焦虑和其他不良情绪。应用倾听技巧了解病人的感受和愤怒的原因，对病人遇到的困难和问题及时做出理解性的反应，减轻病人的愤怒情绪，使病人的身心恢复平衡。

②要求过高的病人：此类病人对别人要求很高，抱怨周围的一切人或事物。护士应该理解病人的行为，一般过分要求的病人可能认为自己患病后没有得到别人足够的重视及同情，从而以苛求的方法来唤起别人的重视。此时护士应多与病人沟通，允许病人抱怨，对病人的合理要求及时做出回应。有时可应用幽默或非语言的沟通技巧让病人感受到护士的关心及重视。对一些无理要求或抱怨的病人，如果没有特殊的原因，护士在对病人表示理解的同时，可对病人的不合理要求进行一定的限制。

③不合作的病人：此类病人表现为不遵守医院的各项规章制度，不愿与医务人员配合，不愿服从治疗等。由于病人不合作，护患之间可能会产生矛盾，有时会使护士感到沮丧。此时，护士应该主动与病人沟通，了解病人不合作的原因，使病人更好地面对现实，积极地配合治疗和护理。

④悲哀的病人：当病人患了绝症，意识到可能会失去自己所热爱的生活、工作、家庭、地位或宝贵的生命时，会产生巨大的失落感，出现沮丧、哀伤等悲哀反应。病人可能在行为上有哭泣或退缩，愿意自己独处或希望有一个自己信任和喜欢的人留在身边。护士可以鼓励病人及时表达自己的悲哀，允许病人独处。应用沟通中的鼓励发泄、倾听、同理心、沉默等技巧对病人表示理解、关心及支持，尽可能地陪伴病人，使病人顺利平复悲伤的心情，恢复平静。

⑤抑郁的病人：此类病人一般是因为被诊断为绝症或其他一些难以接受的情况而出现抑郁反应。病人的行为表现为漫不经心，注意力不集中，说话慢、反应慢。护士在与病人沟通时，应尽量表示体贴及关怀，以亲切、和蔼的态度，简短地向病人提问。及时对病人的需要做出回应，使病人感受到护士的关心及重视。

⑥病情严重的病人：当病人病情严重或处于危重状态时，护士与病人沟通时应尽量缩短时间，避免加重病人的病情。对意识障碍的病人，护士可以重复同一

句话，以同样的语调反复与病人交谈，以观察病人的反应。对昏迷的病人可以根据具体情况适当增加刺激，如触摸病人，与病人交谈，以观察病人是否有反应。

⑦感知觉障碍的病人：有听力或视力等感知觉障碍的病人，护士与病人的沟通可能会出现些困难或障碍。因此，护士应学会与此类病人的沟通。如对听力障碍的病人，护士可以应用非语言的沟通技巧如面部表情、手势，或应用书面语言、图片等与病人沟通。对视力障碍的病人，护士可以用触摸的方式让病人感受到护士的关心，在接近或离开病人时要及时告知，不要使用病人不能感知的非语言沟通。

(5) 社区护理中常用的沟通技巧

① 护患信任关系的建立

建立良好的护患沟通，不仅建立在护士说话的艺术上，更是建立在良好的护患关系上。如何建立良好的护患关系，需注重多方面的细节服务，具体表现在：爱心多一点，耐心多一点，责任心多一点，对病人热心点，护理精神点，动作轻一点，考虑周全点，态度认真点，表情丰富点，以及对病人尊重一些，体贴些，理解些，礼貌些，真诚些，关心些，宽容些，大度些，原则些。如何作一个值得信任的社区护士，需要在态度、知识、技术等各方面加强锻炼。

a. 一颗善良的爱心。只有心怀慈悲仁爱之心，才能真正理解和体谅病人的痛苦，才能真正的在病人有困难的时候及时伸出自己的援助之手，做到换位思考，站在病人的立场上想问题。才能不怕脏累苦。如：每次为居家的病人灌肠或拔出尿管后，都守在病人身边看着他们排出大小便后才心里踏实，从来没有感觉到那些粪便恶心，反而因为帮助病人解除了痛苦，心中欣喜不已。

b. 不断提高自己的专业水平。护士是独立思考的行医者，不是医嘱的盲从者。所以要求护士具备独立思考的能力，在工作中发现问题、思考问题、查阅资料并提出自己的建以，以确保患者安全。做到这些的前提是护士必须有足够丰富的专业知识和经验，才能发现问题，提出建议。

c. 要谨记“慎独”精神。护理工作是严谨的，是一丝不苟的，护士的一点疏忽大意都可能酿成大错，增加患者的痛苦和经济负担，甚至导致导致护患纠纷。所以，不论在哪个班次，哪个时间段，都要严格要求自己，做好每一项工作，这样才能使社区居民相信社区护士，为良好的沟通奠定基础。

②倾听的基本技巧

有效的倾听能帮助护士了解病人真正在表达什么含义，有效第倾听需要能够接纳病人，把注意力集中到病人身上以及具有敏锐的观察力。倾听是一个复杂的过程，包括接收、感知和解释所听到的话。这个过程始于接收信息，而且是通过视觉、声音、嗅觉、气味、触觉和运动觉这些感觉器官来综合接收信息。护士要把注意力集中到了病人的身上，而且要对这个病人和他所说的话题感兴趣。有效的倾听不仅包括接收信息和感知信息，而是要正确解释它的含义。当护士正确解释了病人所表达的含义时，表明是倾听有效的。

③副语言的作用和意义

副语言即非语言的声音，如音量、音调、哭、笑、停顿、咳嗽、呻吟等。副语言可以揭示沟通者的情绪、态度。在护理实践中，护士可以通过患者的副语言了解其健康状况，如患者咳嗽的频率、持续时间、音色可帮助护士判断患者病情的严重程度、疗效如何。有些情境下，副语言所表达的实质性内容，要多于语言信息，护士要注意鉴别和倾听。

如在家庭访视的过程中，我们与病人的家属聊天，问及是否在照顾痴呆病人的时候觉得有负担，是否需要子女的帮助，他们马上回答说“不需要不需要……”，然后皱眉、叹息，非常无助地补充了一句：“他们工作都那么忙，我再苦再累也不能给他们添乱。”从被访者的表情、语调中，我们可以觉察到更多的信息，这就是副语言所能传达出来的、更为丰富、更为饱满、甚至更为准确的沟通信息。在社区工作中，社区护士与病人、家属甚至所管辖社区居民的关系更为密切和轻松，所以，在交流过程中更容易捕捉到副语言信息，往往一次皱眉，一声叹息，一次流泪，比语言表达的东西更加有用。

④观察在沟通中的作用

沟通环境是指沟通场所的物理环境和社会环境，包括周围物体的颜色，是否具有隐私性，是否是双方熟悉的场所。沟通者通过周围环境可以发送许多信息，如护患沟通时，护士选择安静、光线和温度适宜的单独房间，可以向患者传递护理人员对其尊重并会保护其隐私这一信息。

在家庭访视的过程中，每一次家访敲门之后，得到允许进入家中，应该首先学会的是察言观色。例如，我们到达的时候，病人穿着午睡的睡衣，无论我们是

否按时到达，都应意识到我们打扰别人休息，在表示歉意后再缓慢进入家访的正常程序，会让病人更容易接受，也更容易引导病人的思路，从睡梦中到现实来。再比如，如果我们到达时，病人及家属都已经把水果、茶水等准备好（不建议家访接受病人的招待），甚至已经在楼下等候，那么我们就可以先表达谢意，然后开启主题。

3. 护理工作中常见的沟通错误

在护患沟通过程中，不当的沟通技巧会导致信息传递受阻，甚至产生信息被完全扭曲或沟通无效等现象，从而影响或破坏护患关系。因此，护士应尽量避免以下不良的沟通方法：

(1)突然改话题：这是在沟通中容易出现的错误。在护患沟通中，护士可能以直接改变主题的方式打断病人或通过病人谈话中的非重要信息作出反应以转移谈话的重点，这样做的结果会阻碍病人说出有意义的信息。

(2)虚假的或不恰当的保证：是指在没有明确的事实支持的情况下向病人做出保证，目的是使病人“振作起来”。在临床护理工作中，常常会遇到这样的情况，当病人表示对病情、治疗或护理害怕或焦虑时，护士为了使病人高兴，会说一些肤浅的宽心话，给病人以虚假的保证。这种保证是无效的，因为它显露出你对病人的问题不重视以及只能做出浅表层次的反应，因而没有专业的沟通效果。

(3)主观判断或说教：这种类型的反应通常有一种“说教的腔调”，并且向病人传递一种信息，认为病人不应该有这种感觉，以及病人的想法和观点是不适当的或是错误的，如“你不应该这么想”。病人可能感到护士根本就不理解自己，病人可能不会再做任何尝试去与护士讨论她所担心的问题，这样，护士也只能把自己与病人的沟通局限在比较低的层次上。

(4)快速下结论或提供解决问题的方法：一般情况下，病人很少在谈话之中就说出自己的重点，如果护士快速下结论或者提供解决问题的方法，就很容易导致护士仅仅对病人所表达问题的其中一个部分作出反应，而这部分可能不重要或者没有意义。实际上，对大多数人来说，只需要一个发泄内心痛苦的“倾听者”，并不一定需要一个提供解决方法的“建议者”。

(5)调查式或过度提问：指对病人持续提问，对其不愿讨论的话题也要寻求

答案，这会使病人感到被利用或不被尊重，而对护士产生抵触情绪。因此，护士应该及时注意病人的反应，在病人感到不适时及时停止互动，避免对病人采用调查式的提问。

(6)表示不赞成：闻名遐迩的心理学家斯金纳(B F' . SkinnPr)，经由动物实验证明，因良好行为而受到奖赏的动物，其学习速度更快，学习效果也较佳；因不正确的行为而受处罚的动物，则不论学习速度或学习效果都比较差。后来的研究展示，这个原则用在人的身上也有同样的结果。另一位心理学家汉斯·席尔(Hans Hill)曾说：“更多的证据显示，人都害怕受他人指责。”

在护理工作中，一些表示不赞成的非语言性行为，如摇头、皱眉、叹息与语言性的不赞成会阻碍护患之间的沟通。另一方面，护士也不能违心地对病人错误的行为表示赞同，而是在病人讲话时，护士应该只是倾听而不采取任何行为或有任何评论。在谈话的尾声，护士可以引出希望看到的病人行为上的改变。

(7)言行不一致：护士的语言及非语言信息表达不一致，会使病人产生误解，认为护士对自己的病情有意隐瞒，从而猜测自己的病情，而产生护患沟通障碍。

【安慰话怎么说】

人际关系说白了就是管理别人情绪的艺术，没有什么比能钻到别人心里的话更能俘获人心了。不过，关心人、安慰人不只是有爱心、耐心就万事大吉，否则居委会的大姐、大妈早就成了顾客盈门的心理医生。不幸？那你看看下面的测试。

如果朋友向你倾诉：“我真是倒霉透了，谈了两年多的女朋友居然把我给甩了。唉，我真想一死了之！”你会如何安慰他？

A.你怎么这么想，一次失恋就成这个样子，也太没出息了。

B.唉，是挺倒霉的。你再想想有没有什么跟她和解的办法。

C.我比你更倒霉呢，我都被人家甩过两次啦。

D.不用这么难过，俗话说得好，“天涯何处无芳草”，改天我帮你介绍一个更好的。

E.谈了两年的女朋友居然和你分手了。你一下子接受不了这个事实，所以觉得活着没意思了？

F.你会走出来的，不会有事儿的，时间会治疗一切的创伤。

G.其实，你还是挺幸运的。你还有家人和朋友。

H.唉，我完全了解你的感觉。

I.其实，“杯具”过后肯定会有好事情发生的。

只有极少数人会选 E。因为它看上去就像一句废话，但是 E 却是所有选项中最让人舒服的回应。不信的话。你就把自己放在受伤者的角色上，把每一句都念给自己听听，看看到底哪一句让你最感到“被关心”呢？关怀他人的内心就更像是一门艺术与技术的结合体，一句话不慎，不仅里外不讨好，还会弄巧成拙，伤及无辜。所幸只要用心，我们每个人都能学上两招。下面就是我们在安慰他人时容易走进的几大误区。

误区一：“我能理解你的感受。”

“我理解”大概是“理解万岁”那个年代留给我们的宝贵的精神财富。一读到内心感受，我们生怕对方觉得自己情商低，于是一句“我理解”就成了廉价的口头禅。如同选项 H，甚至有时它还作为一种做作的恩惠。尽管意图很好，这种表达却可能激怒对方，甚至得到回敬：“不，你不是我，你怎么知道我的痛苦！”

“我理解你的感受”，会让倾诉者觉得自己的感受不再是独一无二的，或者你不会进一步认真探求和审慎对待，对方自然觉得自己没有受到重视，更没有了说下去的兴趣和动力。而且这句话也没有真正回应倾诉者的真正感受，只是笼统地一言以蔽之，让对方觉得像是枯井投石，没有激起想要的关切，也让谈话中心从对方转移到你的身上。

建议：使用情感反射性问句，说出你从对方话语里感受到的情绪，并向对方确认。“听起来你对他很愤怒是吗？”“好像那一次经历让你感到自己很糟糕，是不是？”这样的问句不仅表达出了倾诉者提到的重点，还表示了你对对方进一步的好奇和关心，更避免了先入为主带来的误解。

误区二：“这没什么大不了的，不会有事儿的，时间会治疗一切的创伤。”

试想，如果是你遭遇不幸，别人如此劝慰你，你会不会也觉得对方站着说话不腰疼呢？类似的回应还有选项 A 和 D。我们都热衷给情绪低落中的朋友以希望，但是一句“这没什么大不了的”，不仅让对方感觉自己真正经历的苦难纯属无病呻吟。从而无法接受自己当下的感受；也会让她怀疑自己是否太过敏感和没出息，本来就己不幸再加上自我指责，只会从而引发更加让人绝望的乏力感。

时间会淡化一切，虽然是客观事实，但是用在安抚人心的时候，却显得不那么贴近人性。要知道有些爱恨情仇会跟随我们一辈子，而且在发生的当下，我们更是无法相信它们能随时间而消退。这不过又是一句正确的废话。

建议：帮助对方了解和接纳自己的感受本身，就可以有效的缓解痛苦。太多的时候，跟痛苦作对我们痛苦的真正来源。“遇到了这样倒霉的事情，你的愤怒和失望都是正常反应。”“别再压抑自己了，哭泣、怨恨、想报复都可以，你要说出来。”记住，接纳对方的感受和想法（如自伤、报仇）并不等于认同他们的观点和行为，但是疏导、疏导，一定要先疏再导。当对方发现你比他自己还能接纳自己，又有什么比这更深刻的关心呢？

误区三：“想开点儿，塞翁失马焉知非福。”

这句话有多种变化形式。比如选项 G 和 I。“想开点儿”这句中国人最常用来自来劝慰别人的开场白，却最是招人讨厌，“想开点儿，废话，我也想呢，换你是我你试试啊？”而之后关于“你还是如何如何幸运”的补充，更是属于严重找抽。因为这基本上没有把对方的苦难当回事儿，明明是企图让对方感觉自己实在是“身在福中不知福”。

帮助别人往好处想是对的，但首先不能着急，因为在深切的痛苦中或巨大的压力下，人们的注意力会变得狭窄，这时对方需要别人给予的最好关怀是耐心和陪伴，尊重对方的节奏也是彼此关心的表现。等对方情绪稍微后，再一起回顾生命中的那些留念与亮色也不迟啊！

建议：“看见你这么痛苦却还在坚持，你是怎么做到的？”“我发现周围的人都特别的想帮你，你觉得他们为什么会这样？”帮助别人想开，也得有让人想开的理由和证据，所以挖掘对方生命的留念与在意，远比动辄数小时以“想开点儿”为主题的思想政治工作要有效得多。每个人的生命中都有问题也有资源，引导他们探索远比给予答案更加重要，这个过程就会让对方感到自己的力量。

误区四：“我认为你应该……”

我们对别人的关心，经常演变为对别人人生的指手画脚，好像越是亲近，这个趋势就越是明显，无论是父母与孩子，还是朋友和爱人。因为好像不把自己的智慧贡献给对方，不把自己认为好的东西塞到对方的怀里，我们似乎就是对别人不够好。不过到过来想一想，对方岂不就已经被我们认为是准弱智或者缺乏自己

做决定的能力呢？

没有人喜欢按照别人的意志生活，所以当太多的“你应该”出现在关心中，可能会被理解为控制而遭到抗拒。比如选项 B 和 D，在不明就里之前就提出建议，你都还没有机会了解朋友是如何分手的，又如何谈得上他坚持还是放弃呢？

建议：关心要关心到点儿上，帮助对方发现生命中更多可能，观察生活中看不到的盲点才是我们的任务；即使对方失败了，我们仍然愿意陪伴他们寻找失败中的经验，才是接纳的真正含义。“关于分手这件事情，你现在是什么想法？”“你觉得除了辞职还有什么其他的选择？”提问、提问还是提问，每个人都是自己生活的专家，没有人比他们本人更了解自己的生活会，你的好奇和倾听就是帮助他做最好的梳理。

现在，你会发现只有选项 E 绕过了雷区。不过如果你还是对关心别人摸不着头脑，也不用担心，还有最后一招，也是最为直接有效的一招：“请你告诉我，我该说（做）些什么会让你感觉好些？”关心别人的唯一原则，就是从对方的角度出发，而不是用自己的想法代替别人的需要，否则就是一厢情愿的自说自话，弄不好还会以油扑火，成就一对儿“功夫熊猫”。

思考题

1. 有人认为会说话等同于会沟通，你是怎样认识这个问题的？
2. 请结合临床实际工作，试述如何才能满足病人沟通交流方面的需求？
3. 举例说明护患的沟通障碍有哪些，原因是什么？

三、护理程序在社区护理中的应用

（一）社区护理概念、社区护理程序及相关概念

美国护理学会将社区护理定义为：“社区护理时将护理学与公共卫生学理论相结合，用以促进和维护人群健康的一门综合学科。以健康为中心，以社区人群为对象，以促进和维护社区人群健康为目标。”①社区护理是以社区为基础的护理保健服务，宗旨是预防疾病、促进健康、保护健康、维持健康的社区。

②社区护理工作不仅是疾病护理，还强调整个社区的综合健康。③要求护理工作方法更加科学化、系统化。④有效的社区护理服务是以社区健康评估和社区健康需要分析为依据，发现社区人群的健康问题，形成护理计划，进行护理干预，评价干预效果。

社区护理程序：为社区护理对象提供护理照顾时应用的程序，是应用基础理论中的系统理论、人的基本需要理论、信息交流理论和解决问题理论，通过评估、诊断、计划、干预和评价五个步骤，系统、科学地解决护理问题的一种工作方法。

1. 社区护理的工作范围

- (1) 社区慢性身心疾病患者的管理。
- (2) 社区保健服务
- (3) 社区急重症病人的转诊服务
- (4) 社区康复服务
- (5) 社区临终服务
- (6) 社区健康教育

2. 国外护理模式简介

(1) 南丁格尔护理模式 南丁格尔认为健康是护理、人、环境相互作用的结果。护理的作用是直接或间接地通过对人所处环境进行管理。

(2) 社区作为服务对象模式 以纽曼的护理模式为基础，社区服务对象模式的核心是社区健康。该模式解释并说明了大众健康护理是公众健康和护理的综合体的含义。模式认为社区护理是具有独特专业特点和整体观念的专业。该模式有两个核心内容，社区反应轮与护理程序。

(3) 系统模式 强调社区组织和社区人员 特点：整体性，指一个社区的整体功能大于社区内各服务系统和部门功能总和。开放性，指社区与外界环境保持动态的交换形式。有结构，指任何系统都有其特定的功能结构。有边界：指区分系统的界限。

3. 社区护理的特点

- (1) 以社区人群健康为中心
- (2) 社区护理服务内容综合性
- (3) 社区护士具备较高的自主性
- (4) 社区护士必须和团队成员密切合作

4. 社区护理角色

健康照顾者、健康计划者、健康协调者、健康教育者、组织管理者、护理研究者、社区卫生代言人。

(二) 护理程序在社区护理中的应用

1. 社区护理评估

社区护理评估是指有计划、有步骤地收集社区存在或潜在健康问题有关资料的过程，并对所收集资料进行整理和分析，以判断服务对象的健康问题，帮助社区护士做出正确的分析和诊断。包括资料收集、整理和分析资料。

(1) 社区护理评估的内容：

①个体的评估 个体是家庭的重要组成部分，个体健康是家庭健康的根本，因此应该对家庭中的个体进行细致而全面的评估。个体的评估主要收集与个人疾病和健康相关的生理、心理、社会、文化等多方面内容。

②家庭的评估 家庭评估是为了了解家庭的结构和功能状况，分析家庭与个人健康之间的相互作用，以便了解家庭健康需求，为制定家庭护理计划提供依据。内容包括：家庭成员评估、家庭经济状况评估、家庭生活史评估、家庭的健康信念和行为评估、家庭凝聚力的评估、家庭结构的评估、家庭功能的评估、家庭生活周期与发展阶段健康问题的评估、家庭资源的评估、家庭环境评估。

家庭护理评估的方法有直接访谈、间接访谈和利用现有资料。直接访谈是指对所需护理的家庭通过家访、直接观察、电话采访等方法直接进行资料收集。间接访谈则是通过邻居、亲戚、朋友、社区负责人等获得所需要护理的家庭的资料。

③社区的评估 社区护理评估通过对整个社区的自然环境和社会环境的综合性评价，确定社区及社区人群现存或潜在的健康问题，为制定切实可行的社区护理计划提供依据。社区评估的内容主要包括社区特性、社区人群健康状况和社区资源等。评估一个社区，需要同时收集主观和客观资料，社区护士应利用自己的各种感官（视觉、听觉、嗅觉、味觉、触觉），运用各种途径和方法收集社区健康相关资料，来确认社区的健康问题和可利用资料。

2. 社区资料分析与护理诊断

(1) 社区资料的分析：是社区护士对所获得的资料进行分类、整理、研究的过程，目的是发现社区中现存的或潜在的健康问题、相关因素和危险因素，为护理诊断提供依据。

分类：社区护士将所收集的资料按照社区健康水平和地理特性、社会经济特性以及有关保健资源或服务等三部分分类。

概括：社区护士将所收集到的资料进行归纳总结，叙述对社区的大概印象、气氛、地理特征、位置、房屋及公共设施分布等，可用图表、曲线、表格等显示，叙述时注意相互间的连贯性。

确认：为了保证所收集到资料的真实性和准确性，社区护士需要对资料进行核实，确认有无遗漏或不一致的资料，确认不足或必要的资料是什么，保证资料的可靠性和准确性。

结论：根据资料所显示结果，社区护士将目前情况与过去情况相比较，初步指出社区的具体问题是什么，导致的因素有那些。

(2) 社区护理诊断：

社区护理诊断是对个人、家庭、群体及社区现存的或潜在的健康问题的反应及其相关因素的陈述，并且这些反应可以通过护理干预得以改变，从而导向健康的方向。社区护理诊断反映的是社区或社区人群的健康状况，为社区护士选择有效的护理措施提供基础。

在社区护理工作中，常采用北美护理诊断协会提出的护理诊断系统和 OMAHA 护理诊断系统。北美护理诊断协会提出的护理诊断系统即 PES 模式。P(problem) 代表社区健康问题，E(etiology)代表相关因素或危险因素，S(symptoms and signs) 代表症状和体征或主客观资料。但并不是所有的社区护理诊断的陈述都具备 PES、PE、P 三种陈述方法。OMAHA 护理诊断系统是专用于社区护理实践的分类系统。由护理诊断分类系统、社区干预分类系统和护理结果评价系统三部分构成。社区护理诊断问题常用 OMAHA 系统进行分类，它将护理诊断分为环境、心理社会、生理、健康相关行为 4 个领域，共 44 个诊断（见表 3-1-1）。

表 3-1-1 OMAHA 系统护理诊断分类表

| 领域 | 护理诊断分类 |
|------|--|
| 环境 | 收入、卫生、住宅、邻居/工作场所的安全、其他 |
| 心理社会 | 社会接触、角色改变、人际关机、精神压力、哀伤、情绪稳定性照顾、忽略儿童/成人、生长与发育、其他 |
| 生理功能 | 听觉、视觉、说话与语音、咀嚼、认知、疼痛、皮肤、神经肌肉骨骼系统与功能、呼吸、循环、消化、排便功能、生殖泌尿系统 |

健康相关行为 营养、睡眠与休息形态、身体活动、个人卫生、酗酒或滥用毒品
家庭计划、健康指导、处方用药、特殊护理技术、其他

社区护理诊断的排序通常采用 1984 年墨客(Muecke)与 1996 年斯丹诺普(Stanhope)和兰凯斯特(Lancaster)提出的优先顺序和量化 8 个准则：①社区对问题的了解；②社区对解决问题的动机；③问题的严重程度；④可利用资源；⑤预防的效果；⑥社区护理解决问题的能力；⑦健康政策与目标；⑧解决问题的快速性与持续性。每项给分可采用 0-4 分或 1-10 分标准。所得综合分数越高，越是急需解决的问题。同时护理诊断优先顺序的排列应考虑到服务对象的意见和要求。

3. 制定计划

社区护理计划是护理活动的指南，其目的是明确护理目标、确定护理要点、提供评价标准、设计实施方案。社区护理计划是一种合作性的、有顺序的、循环的程序，以达到预期目标。

预期目标是指服务对象接收护理措施后所能达到的健康状态或行为的改变。目标的制定应做到特定的、可测量的、相关的、有时间期限的，以利于护理计划的落实和评价。一般来讲，社区护理目标分为：长期目标和短期目标。而每一个护理诊断可以有很多目标，但是一个目标只针对一个护理诊断。例如：

- (1) 护理问题：婴儿喂养不当。
- (2) 相关因素：与照顾者知识缺乏有关。
- (3) 长期目标：1 个月内婴儿体重增加 1.5kg。
- (4) 短期目标：2 天内父母掌握喂养孩子的技能。

社区护士在制定护理计划时，需与服务对象商讨制定适合社区特色的护理计划，以激发其自觉性和责任感，充分发挥其健康潜能为原则，满足社区所有人群的健康需要。

社区健康目标：是预防疾病、促进人群健康，在社区居民需要的基础上提供健康促进服务。

制定社区护理计划一般可分为以下几步：①定护理问题的优先顺序，②制定护理目标，③拟定适当的护理措施，④制定社区护理计划表

4. 社区护理干预

社区护理干预是为实现预期目标采取的护理活动及具体的实施方法。干预过程应针对护理诊断提出的相关因素，结合服务对象的具体情况，运用护理知识和经验来选择。

在选择具体的护理实施时要注意以下几点：做什么；谁来做；对谁做；怎么做，包括时间、地点、标准。

通常的措施有：独立性措施，即社区护士独立提出和完成的活动，如为服务对象进行健康教育、教会服务对象使用血压计、定期上门访视等；合作性措施，即社区护士与其他人员合作完成的活动，如与居委会工作者共同完成社区人群的健康教育等；依赖性措施，即指遵照医嘱完成的活动，如静脉输液、导尿等。

社区护理干预原则

严重性：即所选择的干预因素是否对本地区人群有较大危害。

可预防性：指护理干预的对象或危险因素已有有效的控制手段。

有效性：指通过护理干预能对改善不健康状况或控制危险因素收到良好效果。

可行性：指采取的干预工作是在资源允许，能得到政府或管理机构的关注和支持的情况下进行的。

社区护士还必须考虑到其它因素对社区健康需求的影响：包括社会，经济，环境生态，政治等。

5. 社区护理的实施

社区护理实施是指社区护理计划完成后，社区护士根据计划的要求，采取具体措施开展护理实践活动。

在社区，护士通过督导计划、管理预算、安排仪器设备、保持计划的记录和确保措施的完成来管理计划，社区护士应宣传计划并提供基本的护理服务实现计划。社区健康护理干预的重点是不良行为的消除和健康行为的建立。

实施的步骤：①实施前的准备工作 ②具体的实施过程 ③实施后的记录

6. 社区护理评价

社区护理评价是社区护理程序的最后一步，是对整个护理计划实施后是否达到互利目标予以评价的过程，是总结经验、吸取教训、改进工作的系统化过程。

(1) 社区护理评价步骤

1) 收集资料, 通过收集有关资料并加以分析, 与护理目标比较, 了解符合的程序及存在的差距。

2) 修改计划, 通过护理目标是否实现, 反馈计划是否解决了服务对象的健康问题, 从而决定继续执行计划或调整计划。

(2) 评价内容

①健康目标的进展, 是否朝着预定健康目标方向发展, 以及发展的速度。对偏离目标的护理活动要及时进行原因分析, 并针对性地修改护理计划, 采取纠正措施。

②护理活动效率, 主要评价护理活动投入的人力、物力、财力、时间与活动效果的比率。总的原则是用最经济的途径获得最好效果、最大的收获。

③经济效益分析评价, 效益是指护理活动实施所投入或消耗与所获得的比较。效益评价分为宏观与微观评价、综合与单独评价。

(3) 评价的方法

①直接行为观察, 是通过对护理干预对象或服务对象的表现和行为直接进行观察而获取所需资料的过程。

②交谈, 是评估者通过与服务对象双向交流的形式获取信息的过程。

③问卷调查, 根据评价目的, 制定出有关项目的调查表, 解释填表方法, 由服务对象按要求逐项填写, 最后获得评价资料。

④标准检查, 是用现有衡量标准对照护理活动实际效果, 如国家制定的社区护理实践标准。

(4) 评价形式

评价形式分为过程评价和结果评价。过程评价对护理程序的各个阶段进行评价, 使社区护理活动不断完善。结果评价使在服务对象经过各项计划执行后, 针对护理活动的近期和远期目标进行评价。

7. 社区护理内容及其标准

社区护理内容非常多, 为方便系统的讨论, 以下社区护理内容以护理程序的框架作参考, 即评估健康照顾需求、制定护理计划、执行护理及评价护理四部分。在每一部分, 会列出对社区护理的内容及其要求标准。

(1) 评估健康照顾需求, 这部分内容要求社区护士能系统和连续性地收集及记录有关病人及其家人健康照顾的需求。

(2) 制定计划护理，社区护士分析评估资料，制定能反映病人及其家人/照顾者的健康需求的护理计划，并给出护理干预处方。

(3) 执行护理，社区护士按计划实施护理干预，动员病人、家人及其照顾者参与，去促进、维持和恢复健康。

(4) 评价护理，社区护士根据病人的健康状况及护理成效不断审视及更新护理计划。

护理程序在社区护理中的应用，是社区护士运用护理程序的评估、诊断、计划、实施和评价五个步骤，对社区中的个人、家庭及社区人群实施整体护理的过程，是进行社区护理的科学工作方法。应用中应强调综合性地考虑问题和突出以群体为对象的整体护理理念。

第二章 社区护理相关知识

第一节 社区健康教育

一、健康的概念及影响健康的因素

(一) 健康的概念

健康是人类生命存在的正常状态，是一个动态的概念，具有相对性和发展性。

随着社会经济、科学技术及其生活水平的变化，人们对健康内涵的认识不断深化，认识到健康的多维性、整体性。世界卫生组织（WHO）在《阿拉木图宣言》中提出“健康不仅是没有疾病或不虚弱，而是身体的、精神的健康和具有完满的社会适应能力”的三维健康观，是人类在总结了近代医学成就的基础上，对健康认识上的一次飞跃，把健康内涵拓展到一个新的认识境界。

健康具有连续性，从理想健康、疾病到生命终结是个逐渐变化的连续过程。健康与疾病之间并无明显界线，一个外表健康的人并不意味着真正健康，机体可能正处于既不属于健康状态也不属于患病状态的第三状态(又称亚健康或亚临床状态)，包括疾病的潜伏期、慢性病的病前期和康复期。如艾滋病患者，在平均长达7年的潜伏期内，外表看起来和健康人几无差别；又如肝癌、肺癌等，在相当长时期内并无症状，一旦出现临床表现，已是病入膏肓，由此启示人们定期体检，早发现早治疗的重要性。

心理健康是三维健康的主要组成部分，它与躯体健康的关系有如一张纸的两

面，难以分割。心理健康标准也具相对性。同时，心理健康与不健康之间并无严格的分界线，因为它犹如光谱的色彩。总之，无论是躯体健康还是心理健康，健康与不健康的因素既是共存的，也是一个渐进的变化过程。

健康首先是生物学现象，是人们能否获得健康的基本前提，同时健康也是社会现象，某一疾病的发生与发展既有生物学因素和其他自然因素的影响，同时也有社会、经济和政治的原因。考虑到人的生物属性和社会属性，必须主动协调人类机体与环境的关系，保持人的健康与社会环境和自然环境的高度统一，才能把握健康、驾驭健康。

“人人为健康，健康为人人”是 WHO 一项战略目标，健康不仅是个人的基本人权，同时也是全社会的共同事业。这就要求不仅个人要珍惜并促进自身的健康水平，同时要认识到健康对社会的价值与意义，要为他人乃至全社会的健康承担责任和义务，把促进健康提高到人类精神面貌乃至民族文化素质的高度来对待。

（二）影响健康的因素

人类健康受各种因素的影响。自 20 世纪 70 年代加拿大学者从预防保健角度提出影响健康的行为与生活方式、环境、生物学和卫生服务四大因素以来，受到国内外学者的一致认可。

1. 行为与生活方式因素

是指由于人们自身的不良行为和生活方式给个人、群体乃至社会的健康带来直接或间接的危害，它对机体具有潜袭性、累积性和泛影响性的特点。不良行为和生活方式涉及范围十分广泛，如不合理饮食、吸烟、酗酒、久坐而不锻炼、性乱、吸毒、药物依赖、驾车与乘飞机不系安全带等。

有学者报告美国前 10 位死因中，不良行为和生活方式因素占死亡因素的比例越来越高。据 WHO 估计：1992 年全球 60% 的死亡是由于不良的生活方式和行为造成的。其中发达国家占 70%~80%，发展中国家占 40%~50%。美国通过 30 年的努力，使心血管疾病的死亡率下降 50%，其中 2/3 是通过改善行为与生活方式而取得的。1992 年国际心脏保健会议提出的维多利亚心脏保健宣言指出：健康的四大基石是合理膳食、适量运动、戒烟和限制饮酒、心理平衡。说明行为与生活方式对健康的影响具有举足轻重的意义。

2. 环境因素

是指以人为主体的外部世界，或说围绕人们的客观事物的总和。包括自然环境和社会环境，自然环境是人类赖以生存的物质基础。环境污染必然对人体健康造成危害，其危害机制比较复杂，一般具有浓度低、效应慢、周期长、范围大、人数多、后果重，以及多因素协同作用等特点。

社会环境包括政治、经济、文化教育等诸多因素，也包括工作环境、家庭环境、人际关系等。疾病的发生和转化直接或间接地受社会因素的影响和制约，而且健康与社会发展的双向作用已被不少国家和地区的实践所证实。

3. 生物学因素

包括病原微生物、遗传、生长发育、衰老等。20世纪初，人们称病原微生物引起的传染病和感染性疾病为生物性致病因素。随着对疾病认识的不断加深，现已查明除了明确的遗传病外，许多疾病如高血压、糖尿病等的发生，亦包含有一定的遗传因素，或说遗传性对这些疾病来说是促发因素而不是限定因素。发育畸形、寿命长短也不排斥有遗传方面的原因，同属生物性致病因素范围。

4. 卫生服务因素

卫生服务系指卫生机构和卫生专业人员为了防治疾病、增进健康，运用卫生资源和各种手段，有计划、有目的地向个人、群体和社会提供必要服务的活动过程。健全的医疗卫生机构，完备的服务网络，一定的卫生经济投入以及合理的卫生资源配置，均对人群健康有促进作用。相反，如果卫生服务和社会医疗保障体系存在缺陷，就不可能有效地防治居民的疾病，促进其健康。

上述四类因素中，行为与生活方式因素受到人们越来越多的关注和重视，行为干预将是促进健康的最强有力的措施之一；而以个人、群体的行为改变和环境改变为着眼点的健康教育与健康促进就成为全球第二次卫生革命中的核心策略。

练习题

1. 什么是健康？
2. 影响健康的因素有哪些？

二、社区健康教育的重点对象及主要内容

社区健康教育与健康促进是社区卫生事业和社区卫生服务的重要组成部分，是健康教育与健康促进发展的重要策略之一。健康教育与健康促进工作只有真正落实到社区层次，才能针对各种目标人群，发挥促进居民身心健康的作用。因此，大力发展社区健康教育与健康促进工作具有非常重要的意义。

（一）社区的含义与功能

1. 社区的含义

社区(community)是指由一定数量，具有共同意愿、相同习俗和规范的社会群体结合而成的生活共同体。

社区作为一个社会实体，具有五个基本要素：①人群：一定数量和质量、共同生活的人群是社会生活的主体，是物质财富和精神财富的创造者，社会关系的承担者；②地域：是人群赖以从事社会活动，进行生产生活的具有一定界限的区域；③生活服务设施：提供社会存在的物质基础，是衡量社区发展程度的重要标志；④特有的文化背景、生活方式和认同意识；⑤一定的生活制度与管理机构。

社区范围可大可小。世界卫生组织(WHO)对社区的具体描述是：一个有代表性的社区，人口大约在10万~30万之间，面积5000-50000平方公里。在我国，城市社区指街道、居委会，农村社区指乡镇、村。社区卫生服务中心一般以街道办事处所辖范围设置，服务人口约3万~5万人，居民从住所步行15分钟内可以到达。

2. 社区的功能

社区是社会的一个缩影，社会中的各种现象和特征可通过社区反映出来。社区有很重要的社会功能，主要包括：

（1）社区是人们从事生产和生活的基本环境

人群的社会生活大多在社区范围内进行，社区中的机关、企业、学校、医院、商店等各种社会机构有着特定的社会功能，为社区的基本生活需求提供各种服务，保证社区的协调发展和稳定。

（2）社区具有管理和制约作用

社区内的行政管理体系、卫生管理制度、文化习俗、社区群体意识与行为规范在不同方面制约社区人群的生活和行为，发挥着教育和督促人们遵守社会规

范，维护社会秩序，提高社会公德及惩罚违反社会准则行为的功能。

(3) 社区具有凝聚功能，促进社区成员间的协作和支持

通过社区组织动员社区群众参与社区各项活动，激发社区居民的归属感和责任感，实现个人、家庭、社会团体的自助与互动。

(4) 社区是最基层的政权单位

社区是贯彻执行各级政府各项方针政策的最基层单位，与居民接触最密切，与居民生活关系最紧密，反映居民的需求和愿望，代表居民的基本利益。

(二) 社区健康教育与健康促进

社区健康教育是指在社区范围内，以家庭为单位，社区人群为教育对象，以促进社区居民健康为目标的通过在社区有计划、有组织、有系统、有评价的社会教育活动，促使人们自觉采纳有益于健康的行为和生活方式，消除或减轻影响健康的危险因素，预防疾病、促进健康和提高生活质量。

社区健康促进是指通过健康教育和政策、法律法规、经济、组织等支持，改变个体和群体健康相关行为、生活方式和社会影响，降低本社区的发病率和死亡率，提高人民的健康素质、文明素质和生活质量。

(三) 社区健康教育的重点对象与主要任务

社区健康教育的对象包括社区内居民和社区所辖企事业单位、学校、商业和其他服务行业的从业人员，其重点人群是儿童、青少年、妇女、慢性病患者及老年人、残疾人等脆弱人群。

社区健康教育的主要任务：

1. 有效地开发、动员社区政府领导和决策层。倡导政策支持，制定完好的注意促进健康的各项政策，要求政府部门和刑侦领导积极参与决策，并明确要求非卫生部门参与健康促进的决策。促进各部门的合作，以满足群众的健康需求。健康教育应首先在领导和决策层中发挥作用。

2. 促进社区居民和社会对预防疾病、保持自身健康的责任感。加强社区职能，动员与组织社区居民积极参与社区活动。进行健康教育工作时应努力促使群众与卫生专业人员共同积极、主动第参与并负责某些决策活动。《阿拉木图宣言》指出：“群众有权利也有义务参与个人或集体的卫生保健计划的制定和实施过程”。健康教育者应提供健康信息以提高受教育者个人卫生技能，更好地维护自

身健康，养成健康的行为习惯。排除和干预哪些影响健康的各种危险因素，使人们学习和掌握健康知识，帮助社区居民分析和解决自身的健康问题，自我发现日常生活中出现的健康问题，包括慢性疾病和意外伤害。健康教育应在社区活动中起积极作用。

3. 改变不利于人类健康的社区外部环境。人类的健康与自然和社会环境息息相关，因此健康教育必须与有关部门协同逐步创造一个安全、舒适、愉快和良好的生活和工作环境；促进社会主义精神文明建设，提高全民族的科学文化水平，提倡文明、健康、科学的生活方式，改变愚昧落后的社会风俗习惯。

4. 改变医疗保健服务工作职能。医疗部门的作用必须向提供健康促进服务方向发展，改变长期以来仅提供医疗服务的观念和做法；强调社区健康教育是医院管理中的一项极为重要的任务；克服因重治疗、轻预防造成医疗支出不断增加而效果较差的状况。积极推动、完善保健队伍。

（四）社区健康教育的目的和主要内容

1. 社区健康教育的目的

社区健康教育的目的是通过健康教育和健康促进活动过程，改善、维护、促进个体和社会的健康状况和文明建设。具体概括为几点：

- （1）促进社区居民的健康，使个人和群体为实现最高健康水平目标而奋斗。
- （2）提高或维护社区个人和群体健康。
- （3）预防社区个人和群体的非正常死亡、疾病和残疾的发生。
- （4）改善社区人际关系，增强人们的自我保健能力。

2. 社区健康教育的主要内容

社区健康教育与健康促进的内容，以健康观念、健康知识、健康行为的宣传教育为主，要求因地制宜，以人为本，以健康为中心，以家庭为重点，结合社区的自然环境、风土人情、文化背景、生活方式等特点，根据社区不同年龄、职业文化程度的人群对卫生保健的需求，采取多种形式进行社区健康教育与健康促进活动。

（1）慢性非传染性疾病预防健康教育

慢性非传染性疾病如高血压、冠心病、脑血管病、癌症、糖尿病等，已成为我国城乡居民重要的致死致残原因，严重威胁着人们的健康与生命。从世界各国

预防与控制慢性非传染性疾病经验来看，最有效、最实用、最经济的方法是开展以慢性病危险因素控制为主的社区健康教育与健康促进工作。在慢性非传染病防控中，健康教育的主要内容有：

1) 普及慢性病防治知识，提高自我保健能力，包括：引起疾病的主要病因、早期症状及表现，早期发现和早期治疗的意义，家庭用药及护理知识，心脑血管意外的家庭急救等。

2) 增强从医行为，提高对社区卫生服务的利用。如积极参加健康教育，定期体检，疾病普查普治，遵医嘱坚持药物和非药物治疗等，做慢性病社区三级预防的积极参与者和接受者。

3) 提倡健康的生活方式，改变不良的行为习惯，控制行为危险因素。

4) 提供初级保健技能训练。教会社区居民自测血压、测尿糖、使用盐勺(限盐摄入)、自查乳房等。

(2) 一般传染病预防教育

一般传染病在我国已经得到有效的控制，有的基本消灭，但是，由于国际交往快速增加，省际间、城乡间人流、物流和交通流加快，膳食行为的改变，抗生素的滥用等原因，一些传染病及人畜共患病在局部地区暴发或散发，影响群众的生产、生活和学习。消灭或控制传染源，切断传播途径，保护易感人群，为控制传染病在社区的发生和流行，健康教育的内容应该针对以上三个重要环节，包括：计划免疫、法定传染病疫情报告，疫情信息传递、隔离方法与政策、消毒知识、杀虫灭鼠知识、人畜共患病的防范、传染病治疗与家庭护理知识，传染病的社区防控、出入公共场所与旅行的安全事项、改变陈旧陋习、卫生公德教育。

(3) 心理健康教育

家庭的发展经过创立期、生育期、学龄期、创业期、空巢期等不同阶段，家庭成员在每一阶段都有其特定的角色和责任，会产生不同的心理问题，在失业、下岗、夫妻不和、离婚、亲人亡故、重病、洪涝灾害、车祸、“非典”病人出院后等特殊事件下，还有特别的心理问题，如果社区关注不够，家庭成员适应或处理不当，便会产生相应的健康问题。针对家庭生活周期和特殊事件，社区心理健康教育内容有：不同家庭生活周期的心理问题、各种人际关系的维护与处理、心理紧张的调适、促进家庭心理健康的方法、特殊事件的心理调适方法等。

(4) 环境卫生与环境保护教育

随着我国全面建设小康社会的推进，人们对健康环境的需求日益增强，城乡环境卫生与环境保护已成为社会普遍关注的问题，开展这方面的教育非常有必要，主要内容有创建卫生城镇、住宅建设卫生、安全卫生饮用水、粪便垃圾处理、禽畜舍的卫生、环境卫生与寄生虫、消灭四害、村落卫生、保护环境、控制环境污染等方面的健康教育。

(5) 日常生活健康教育

1) 饮食卫生与膳食营养教育：普及饮食卫生和膳食营养知识，指导居民科学的安排膳食，合理地摄取营养，建立有益于健康的膳食行为，包括合理的膳食搭配，均衡饮食，合理的食物烹调，有规律的定时、定量饮食；炊具、食具的消毒方法、食品的冷藏与储藏方法，暴饮暴食、偏食、无规律饮食的危害；常见食物中毒的预防知识，以及高血压、糖尿病、肥胖者等特殊人群的膳食知识。如对社区肥胖患者可以进行膳食教育，内容包括调整饮食结构，减少高热、高脂成分，多吃富含纤维素的水果和蔬菜，保持膳食均衡摄入。

2) 居室卫生知识教育：包括居室的合理布局，居室的环境卫生要求，居室的装修卫生要求，居室健康微小气候的维护，居室的朝向与采光要求，煤气中毒的预防，烟尘污染的防止等。

3) 婚姻与生育健康教育：婚前健康教育，使育龄妇女懂得孕前应考虑优生问题；孕产期健康教育，使孕妇了解孕期劳动、休息、营养和性生活常识以及分娩和新生儿保健的知识等；计划生育教育，使妇女掌握计划生育政策和避孕、节育措施；科学育儿健康教育，使母亲们懂得儿童营养、卫生、保健等知识。

4) 控烟健康教育：吸烟是心脑血管病、呼吸道疾病及肺癌的重要危险因素，吸烟不仅危害自己，还污染环境，对家庭成员和社会人群带来危害，还会造成火灾，是影响社会经济的重要因素。控烟教育重点包括：吸烟的个人、家庭和社会危害，吸烟对妇女和婴幼儿的影响，介绍戒烟的新方法，控烟的政策与法规等。

5) 预防意外伤害与家庭急救健康教育：意外伤害是城乡居民致残和死亡的一个重要原因，也给社会经济带来极大危害，但可以教育居民在日常生活和工作中，提高自我防护意识，加强防护措施，防止意外伤害的发生，教育的内容包括：意外事故的应急处理，自救与他救方法，意外伤害的防范等。

家庭急救包括：烧、烫伤、触电、跌伤、刀伤、溺水、有害气体、农药中毒和心脑血管病发作等意外事故的简易急救方法和处理原则，人工呼吸操作方法，家庭中常用药物、小型医疗器械的保存与使用方法等。

6) 卫生法规健康教育：提倡良好的卫生道德观念和有益于健康的生活方式，使社区居民自觉维护社区形象，与破坏社区卫生与文明的不良现象作斗争，要求社区居民学习和掌握有关城乡卫生管理的法规，提高居民的法制意识，主要包括：与疾病相关的《传染病防治法》；与公共卫生相关的《突发公共卫生事件应急条例》、《公共场所卫生管理条例》；与饮食卫生有关的《食品卫生法》；与妇女儿童保健相关的《母婴保健法》；与城乡环境卫生相关的《环境保护法》、《公共场所卫生管理条例》等。

(6) 预防艾滋病健康教育

艾滋病的严重流行已经给人民群众的健康和生命带来巨大威胁，也直接阻碍了国民经济的发展和社会的进步。目前，在没有特效药物和预防用疫苗的情况下，健康教育被认为是最有效的方法。开展社区健康教育，动员社区力量，营造社区氛围，增强居民自我保护意识，采纳有益于健康的生活方式，减少和改变艾滋病传播的高危行为，最大限度降低艾滋病对个人、家庭和社会的影响和危害，既是当前艾滋病健康教育的目标，也是中国预防艾滋病的基本策略。

艾滋病健康教育的内容包括：1) 艾滋病的严重性和危害性教育：人群普遍易感性、威胁的长期性、防治的困难性、资源的消耗性、社会的毁灭性；2) 艾滋病高危人群和重点人群认识教育：高危人群有卖淫嫖娼者、吸毒者、同性恋者、劳教人员、性病患者、艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的亲属等，重点人群有流动人口、宾馆服务人员、美容美发、娱乐场所人员、长途汽车司机等；3) 艾滋病是可以预防的行为性疾病教育：艾滋病主要是由于人们的不良性行为 and 吸毒行为而导致的，掌握预防知识，摒弃各种危险行为，性行为时使用安全套，不使用非安全注射用具；4) 主要传播途径教育：主要传播途径包括性传播、血液传播、母婴传播；5) 消除艾滋病社会歧视教育：要为艾滋病病人及其家属创造宽松的社会环境，保护其个人及家庭成员免遭社会歧视，否则不利于艾滋病的防治；6) 艾滋病预防与控制法律法规教育等。

(7) 预防“非典型肺炎”健康教育

2003年严重急性呼吸综合症(severe acute respiratory syndrome, SARS, 或称传染性非典型肺炎)肆虐全球, SARS 在中国的流行, 对人民的健康和生命安全造成极大的危害, 给人们的社会生活带来巨大影响。全国上下广泛动员, 采取有效措施, 实施群防群控, 有效控制了 SARS 在中国的蔓延, 健康教育在 SARS 防治中发挥了重要的作用。

社区 SARS 防治健康教育内容包括: 1) 动员社区居民积极参与 SARS 防控。让居民认识到 SARS 的极端严重性和危害性, 防控 SARS 是全社会的共同责任; 2) SARS 传播重点人群认识教育: 发热病人、医务工作者、医院探视者、城乡流动人员、城际交通工具乘客、经常出入公共场所者、学生等都是 SARS 传播的重点人群; 3) SARS 基本知识的教育: 认识到 SARS 是由一种新的冠状病毒所引起的、主要通过近距离空气飞沫和密切接触传播的呼吸道疾病, 还有基本的临床表现、医学观察和隔离对象、流行规律等; 4) 社区综合防治措施: “四早”(早发现、早报告、早隔离和早治疗)、个人卫生习惯和健康生活方式的养成、家庭和公共场所通风和消毒措施、“讲文明、讲卫生、改陋习、树新风”教育等; 5) 消除 SARS 病人的社会歧视教育: 要为 SARS 病人及其家属创造宽松的社会环境, 保护其个人吸家庭成员免遭社会歧视; 6) SARS 预防与控制法律法规教育: 《传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急管理条例》等。

练习题

1. 什么是社区健康教育?
2. 社区健康教育的重点人群有哪些?
3. 社区健康教育的主要内容包括哪些方面?

三、 社区健康传播的方法和技能

人们的健康意识和健康行为是建立在健康知识的基础上的。通过传播、普及卫生科学知识, 帮助人们建立健康的信念和行为模式是健康教育的基本任务。因此, 传播是健康教育不可缺少的工作手段和工作方法, 可以说, 传播活动是整个

健康教育工作的基础。由于传播在健康教育工作中的重要地位与作用，我们必须掌握和熟悉传播的基本原理，掌握和运用传播的基本技巧，使之成为健康教育的有力武器。

（一）基本概念

1. 传播的概念

传播(communication)是一种社会性传递信息的行为，是个人之间、集体之间以及集体与个人之间交换、传递新闻、事实、意见的过程。简单地说，传播就是传递、散布、交流信息(包括思想、情感)的行为和过程。

2. 传播的要素

传播学的奠基人之一美国社会、政治学家哈罗德·拉斯韦尔(H. D. Lasswell)认为：一次完整的传播活动必须具备五个要素，即传者、信息、传播途径、受者、效果。

（1）传者(communicator)

即传播信息的人或物(机构)。传者可以是人，也可以是一个机构，例如电台、报社、影剧院以及各级宣传部门和教育机构等，都属于传者范畴。

（2）信息(information)

泛指情报、信号、消息、数据等有关周围环境的知识，是指传者所传递的内容。

（3）传播途径(route of communication)

信息传递的方式和渠道统称为传播途径。在传播活动中可采取的传播途径是多种多样的，采取不同传播途径对传播效果有直接的影响。

根据健康信息传递的特点，传播途径通常可分为以下几类：

- 1) 口头传播，如劝告、演讲、座谈、授课、咨询等。
- 2) 文字传播，如报刊、宣传栏、传单、杂志、书籍等。
- 3) 形象化传播，如实物、标本、模型、挂图、照片等。
- 4) 电子媒介传播，如电视、电影、广播、录音录像、电脑、幻灯。
- 5) 综合传播，如行政立法、展览、汇演、卫生日宣传等。

（4）受者

在传播过程中“受”的一端的谈话者、听众、观众的总称。多数的受者简

称为受众。

(5) 效果

是指受者接受信息后，在情感、思想、态度和行为等方面的反应。

3. 传播的模式

1948年拉斯韦尔在提出传播过程的五因素模式，简称为“传播学的五个W”。具体是：谁（who），说了什么（say what），通过什么途径（in which channel），对谁（to whom），取得了什么效果（with what effect）

(二) 人际传播和大众传播

1. 人际传播

(1) 人际传播又称人际交流，是人们有特定目标的，人与人之间直接通过语言、表情、手势、文字、符号等来交流思想、传递信息的活动。

(2) 人际传播的形式包括：

- 1) 个人与个人之间（又称亲身传播）的传播形式，如交谈、手势、暗示等。
- 2) 个人与群体之间的传播形式，如谈话、演讲、授课、讲座等。
- 3) 群体与群体之间的传播形式，如交流会、座谈会、谈论会等。
- 4) 自我传播，又称人的内向传播、自身传播，它的形式包括自言自语、读书、看报、独立思考、写作等。

(3) 人际传播的共同特点：

1) 传播简单、方便、自然，如谈话、讲座、授课等双方均通过面对面进行信息传播、除了使用语言、文字等媒介外，均不需借助其它媒介。

2) 反馈及时，在面对面的传播过程中、信息可迅速得到交换，传播的双方可通过双方的反馈，反复进行交流、修正。

3) 运用广泛，尤其在不发达地区，由于受客观条件（报刊发行、渠道、文化程度等）的限制，人际传播较大众传播更能广泛地运用。

(4) 人际传播的障碍

- 1) 受者的心理状态，外界原因导致其对接受新信息的消极态度。
- 2) 文化差异，教育者与对象之间的社会文化差异。如汉族健康教育工作者到少数民族地区进行口头宣传时，存在的语言交流障碍。
- 3) 传统观念的误导，根深蒂固的传统意识阻碍了对象对保健知识的学习

和接受科学的指导。

(5) 人际传播的技巧 在人际传播活动中，听、说、写、问等都是构成人际交流的基本方式，每一种方式的运用都有一定的技巧，技巧运用是否适当将直接影响传播的效果。这些技巧包括语言技巧、非语言技巧、倾听技巧、提问技巧、反馈技巧。

1) 语言技巧

①讲话适中，吐字清晰，尽量说普通话，健康教育工作者在深入基层开展工作时，如不精通当地方言、土语等，应尽量讲普通话，力求与对方取得沟通。

②语言要简单明了，通俗易懂，在与群众交谈过程中，应避免使用术语或专门词汇，尽量使用群众语言。

③尊重对方，并及时取得反馈，传者应热情、诚恳，努力做到“声情并茂”，以取得对方的信任、理解和合作。并时刻关注对方的情绪变化和行为反应，随时停下来询问对方是否听清楚、听明白了，以及及时给予反馈，使受者获得必要的指导和激励。

④使用辅助材料，必要时可使用幻灯、挂图等来辅助谈话，以达到更好的沟通效果。

⑤内容明确，重点突出，一次谈话紧紧围绕一个主题，避免涉及内容过广。

⑥注意观察，及时取得反馈，交谈过程中对方常常不自觉地以表情、动作等非语言形式表达其感觉，要注意观察其情感变化及其内在含义，这将有助于谈话的深入。

⑦适当重复重要的概念，一般在一次交谈过程中，重要的内容应重复两三次，以加理解和记忆。

2) 非语言技巧 一个人用表情、语调、眼神、姿势等非语言符号来传递信息的过程称为非语言传播。在人际交流中，非语言传播会减弱和否定或加强和扩大语言所表达的信息。如受者口头上说“懂了”，但他紧皱的眉头及面部表情表明他实际上迷惑不解。因此，在健康教育工作中，应注意非语言传播“传情达意”的作用。

3) 倾听技巧

①仔细倾听，不受外界干扰

②尊重对方，不轻易打断对方的讲话

③主动参与，给予适当反应

④关注对方，捕捉真实信息，注意对方情绪变化等，以便调整自己的谈话内容。

4) 提问技巧

①注意语气的轻重，不要把提问变成质问等

②给对方以间歇，不要一个问题接着一个问题问

③根据不同情况及提问目的，采取不同类型的提问方式

5) 反馈技巧 反馈指受者接受信息后所产生的反应回到信息发出者的现象和过程。在传播过程中，传播者及时取得反馈，以了解受者的知识、态度和行为状况；同时，适当地给予反馈，可使受者获得必要的激励和指导。

2. 大众传播

(1) 大众传播 由职业性传播机构和人员通过报纸、书刊、广播、电视等“大众传播媒介”，将社会信息变化传递给不特定的大众人群的过程。

大众传播媒介主要是指电视、电影、广播、因特网、幻灯、报纸、杂志、书籍等媒介。此外，凡是在传播活动中应用的符合大众传播活动特征的媒介均属于大众传播媒介。如健康教育中经常使用广泛散发的卫生标语、传单以及置于公共场所的卫生公益广告等，也都属于大众传播媒介的范畴。

(2) 大众传播媒介的共同特点

1) 间接性 通过机械性、技术性媒介传递信息，传者与受者之间的关系是间接性的。

2) 覆盖面广 大众传播媒介的优势是拥有广大的受众，具备任何其他传播方式都不能达到的影响力。

3) 公开性 由于大众媒介面向整个社会，一条正确的卫生信息可能使千千万万的人受益，而错误的卫生信息可使千千万万的人上当受骗。

4) 信息量大 一次传播可以发布大量信息和各种内容。

5) 传播速度快 针对当前社会人群中普遍存在的卫生问题或配合中心工作，可以通过大众媒介迅速进行宣传教育，广而告之。

6) 可以成批生产和重复使用如电视、录像机、小册子、报刊、杂志、录

音节目等。

7) 不利于互动和评价 大众传播媒介对信息的反馈不及时、不直接、甚至没有反馈, 因而不利于传播的互动和传播效果的评价。

(三) 社区健康传播方法

健康教育是一种社会性、终身性的教育活动。少年、青年、中年、老年等不同年龄阶段, 工人、农民、学生、军人、公务员等职业, 文盲、小学、初中、高中、大学等不同文化程度以及不同地域、民族、性别、病种等各种层次的人群, 都是健康教育的对象。健康教育内容十分丰富, 形式复杂多样。这些都决定了健康教育工作者必须采用恰当的教育方法, 才能满足不同层次、不同社区人群的健康教育的需要, 以实现健康教育的目标。

1. 社区健康传播方法的分类

社区健康传播方法多种多样, 每一种方法都有其自身的特点。总的来说, 可归纳为下列三种类型:

(1) 信息传播类 包括社区专题专座、讲演、个人咨询或个别指导、大众媒介技术和系统学习等。

1) 讲演 通过语言传递信息, 影响人们的观念。这种方法简单易行, 便于组织, 但难于掌握, 并且听众是处于被动地位, 一般可在讲演后安排提问时间, 并允许学习者阐述自己的见解, 这会提高讲演效果。

2) 个别指导 通常指对患者的咨询, 普遍用于社区健康教育的家访中, 它是一种“一对一”的指导方法, 是所有教学方法中最有针对性的, 它可以根据个体的差异而采取灵活的。如利用电话进行咨询。

3) 大众传播媒介 包括电视、电影、广播、录像、幻灯、报纸、杂志、宣传栏、标语等。它的特点是目标人群相对比较大, 信息相对简单且较完整。

4) 系统学习 指借助一言堂设备在一段时间内对特定的内容进行系统学习, 它的内容和形式经过精心安排组织, 编制成文字材料。这种方法多用于

(2) 培训类 包括社区组织技能发展、模拟与游戏、典型示范等培训。

1) 技能发展 是一种与操作有关的社区示范教学方法, 强调发展特定健康促进技能。如指导孩子如何正确刷牙, 合理烹饪技术培训, 乳房自我检查方法等。最理想的技能发展应有社区示范和实习, 以便对操作步骤进行解释, 使学习

者能进行操作。

2) 模拟与游戏 模拟方法比较适用于能力全面的学员,并能有效地增强其学习动力。在社区范围内,可采用游戏、戏剧创作、文艺节目、角色扮演、案例研究和计算机模型等方式。

3) 典型示范 榜样的力量可随其所获得的权力、吸引力、热情和成就的增长而增加,特别适用于成长期的婴幼儿和女性。因为他们的可塑性和依从程度较高。在社区健康教育与健康促进活动中,通过树立典型示范户,可带动或帮助社区范围内其他居民开展相关的健康教育与健康促进活动。

(3) 组织方法类 包括社区发展、社会规划等。

1) 社区发展(又称地区发展) 是一项有步骤的社区组织方法。目的在于社会改善,如集资改水、改变不良的风俗习惯等。社区发展注重整个社区统一行动,提高全民的认识和技能水平。这种方法对农村的自然村庄和少数民族群体进行教育,效果较好。

2) 社会规划 是指由专家们通过合理方法协调和采取有效措施来分析解决社会问题的过程。社会规划中最基本的要素就是收集整理资料的方法,寻求合理解决问题的技巧以及在特定的机构中达到一定的目的的手段。

2. 社区健康传播方法的选择

健康传播是为完成教育任务和达到教育目的服务的。选择什么样的教育方法,关系到社区健康教育是否获得成功。因此,选择和确定教育方法是社区健康教育计划设计的重要内容和组成部份。选择教育方法首先要明确社区健康教育实施的目的,从而确定所用的方法。一般来说最好是多种方法综合运用,合理组合,以提高学习者的兴趣,帮助学习者真正掌握健康教育知识。选择教育方法,应注意以下几个原则:

(1) 适合性原则 社区健康传播方法与社区目标人群相适合,社区健康教育方法与社区目标人群的年龄、职业、文化程度、兴趣爱好、宗教信仰、风俗习惯等相适合,社区健康教育与教育内容相适合,因人施教,因时施教,因地施教,有的放矢。

(2) 实效性原则 社区健康教育方法能有效地帮助社区居民掌握健康知

识，树立健康观念，养成健康的行为习惯，实现社区健康教育与健康促进目标，因此，进行社区健康教育时必须考虑教育方法能否有效地传播教育内容，能否为社区居民容易接受，能否保证社区健康教育目标的实现。

(3) 综合运用原则 即综合运用多种健康教育方法实施社区健康教育。由于社区健康教育对象、内容、形式的复杂性、多样性，单一的健康教育方法往往达不到应有的健康教育效果，或不能达到最佳健康教育效果。故必须综合运用多种健康教育手段，视听兼顾、图文并茂、互相补充、相辅相成，以提高社区健康教育效果。

(4) 最佳效益原则 鉴于健康教育要付出成本、消耗资源，因此，在制订社区健康教育计划时，应进行成本效益分析，即在保证达到健康教育目标的前提下，选择投入最少、效益最大的健康教育方法或方案，即符合最佳效益原则。欲达此目的，应从以下几方面予以考虑：

1) 界定社区健康教育目标人群如开展某区孕期妇女健康教育，可将目标人群界定为全区所有育龄妇女。盲目扩大目标人群，势必加大成本、降低效益。

2) 选择最佳社区健康教育形式，如前例，由于孕妇占总人口比例很小，且又常年存在，如不断地在大众媒体开展孕期健康教育和孕妇定期检查时通过社区孕产妇学校进行健康教育相比，显然前者花费巨大且针对性不强，难以反馈，而后者教育对象明确，针对性强，容易产生互动效果，便于反馈，更符合最佳效益原则。

3) 社区健康教育形式优化组合从社区健康教育形式的多样性、复杂性、教育方法的适用性、实效性等方面考虑，减少社区健康教育形式的重复，选择最有效、最有针对性、最容易为社区居民接受的形式，并进行优化组合，以取得最佳社区健康教育效果。

实施社区健康教育的目的是为了改变人们的行为，增强人们的自我保健能力。因此，社区健康教育工作者必须避免形式主义，熟悉和掌握各种社区健康教育手段的性能和特点。只有这样，才能根据社区健康教育的目的和原则，做出最佳的选择。

(四) 健康信息传播的影响因素与对策

1. 影响因素

(1) 传者方面的因素

1) 传者的信誉和威望越高，传播效果就越好。不言而喻，与市电视台相比，中央电视台播发的报道更具有影响力。

2) 传者对信息内容的熟悉程度以及有元明确的目标人群，将直接影响传播效果。目标人群越准确，传播对象的针对性越强，传播效果越好。

3) 传播双方有共同的经验和语言时容易产生共鸣而增强传播效果。

(2) 内容方面的因素

1) 信息内容要有针对性、科学性和指导性，意义完事的信息应能有效地指导人们的健康行为。因此，完整的健康信息内容不仅要包括“是什么”、“为什么”，还要告诉人们“如何做”。要提高信息内容的针对性和指导性，应做到：信息内容要单一，行为目标要明确，实现目标的方法要具体、简便、易行而且可行。

2) 使用的符号要通用、准确、易于理解。

3) 信息表达形式应根据目的和受者需求而设计。

因此，传播双方共通的意义空间越大，传播效果就会越好。所谓共通的意义空间，又称共同的经验域，是指交流双方大体接近的生活经验和文化背景及对传播中所使用语言、文字等符号含义的共通的理解。努力寻找和扩大与受者之间的共同语言，并以此为切入点，传播

新知识、新观念，就会使双方的共通意义空间更大，传播效果就会更好。从认知上讲，要注意传播对象的价值观念、知识结构、文化程度和接受能力；从语言、文字等传播符号的使用上，要注意准确、通用，能够被对方理解和接受；从态度上讲，要获得传播对象的好感，争

取成为他们的“知心朋友”、“自己人”。

4) 结合目标人群需求，选择热点话题根据社区中老年人健康状况，选择防治高血压病、糖尿病、肥胖、缺钙与补钙等话题；结合疾病的季节特点，选择热点话题，如冬春季讲预防小儿肺炎，夏秋季讲预防婴儿腹泻；结合重大的卫生宣传日，如4月7日“世界卫生日”、5月20日“中国学生营养日”、5月31日“世界无烟日”、6月6日“全国爱眼日”、12月1日“世界艾滋病宣传日”等，选择热点话题。

5) 注重信息反馈，传者应建立健全信息反馈机制，不断了解受众反应，

分析传播工作状况，找出存在问题，从而提高健康信息传播的效果。

（3）媒介方面的因素

1) 媒介与传播内容的一致性，如播发追查导致严重食物中毒的白酒的紧急公告，宜在电视、广播等时效性高的媒介上发布，而分析中毒原因、原理、事件始末追踪的长篇报道宜在出版周期长的报纸、杂志上发表。

2) 媒介与传播时间的一致性，如电视的黄金时段在人们晚餐后的休息时间。而同样的媒介与发布时间，由于时差的原因，在哈尔滨和在拉萨的效果又是不一样的。

3) 媒介覆盖区域与受众所在区域，如果在西沙群岛发行报纸，守岛官兵将永远看不到真正的新闻，因运送给养和邮件的补给船几个月才开行一次。

4) 媒介对受众的选择性，一般来说，报纸、杂志等阅读性的媒介，更容易为文化程度高的人所选择，而卡通画、电影、电视等形象媒介，更易为文化程度低的人及儿童所喜爱。

（4）受者方面的因素

1) 心理因素一般来说，受者心理越健康，心理适应力越强，传播效果及反馈越好，且容易产生互动。

2) 社会文化特征在一个开放的社会和充满活力、有很强容纳力的社会文化背景下，信息的传播越快，效果越好。

3) 健康状况传播的效果与受者健康状况有关，尤其是及时的积极的反馈多来源于一个健康的受众群体。

4) 受者对信息的寻求与使用，人们不仅选择性接受信息，还会主动地寻求和使用信息。人们寻求信息的一般动机主要是为了消遣、填充时间、社会交往、咨询解疑等。具体到健康传播领域，人们的健康状况和对健康问题的关注会直接影响其对健康信息的需求，选择和迫切程度。主要表现为：处于特定生理阶段，产生特定信息需求，如青少年对青春期性知识的渴求，老年人对老年保健知识的关注；当自己或家人处于患病阶段，产生强烈健康信息需求，常常表现为寻医问药，这正是为其提供健康信息，引导从医行为的最佳时机；潜在健康需求：每个人都有接受健康信息的客观需要，但往往缺乏主观意识，这就需要运用强有力的传播手段，激发群众的健康信息需求，实现疾病预防和健康促进。

5) 受者对信息需求的共同心理特征, 除了三种选择性心理因素外, 受者. 还普遍存在着“五求”心理, 即求真(真实可信)、求新(新鲜、新奇)、求短(短小精悍, 简单明了)、求近(与传者在知识、生活经验、环境空间及需求欲望方面接近, 求精厌教(要求与传者情感交流, 讨厌过多居高临下的说教)。

(5) 环境因素

1) 噪音的干扰, 广义的噪音即一切对传播过程和传播效果产生负性影响的环境因素, 如不利于报刊传递的交通, 不利于阅读的环境, 干扰电视、收音机收视效果的电磁场等。

2) 地理环境的影响, 受众居住过于分散, 过于偏远, 都不利于大众传播。传播活动赖以发生的自然环境和社会环境是影响健康信息传播效果的重要因素。具体地讲, 创造良好的传播环境, 主要从以下三方面着手:

①合理利用自然环境和物质条件 传播活动的时间、天气、地点、场所、距离、环境布置、座位排列等, 这些环境因素的处理与排, 对营造交流氛围有着积极的影响。因地制宜, 合理利用现有的自然环境和物质条件, 可以减少许多环境因素带来的传播阻力。

②创造健康的社会环境 宏观社会环境, 如特定目标人群的社会经济状况、文化习俗、社会规范; 政府决策、政策法规、社区支持力度等都是影响健康信息传播的社会因素。运用健康促进的原则, 通过规章制度、组织领导、经济奖惩等行政管理手段, 创造一种有利于健康信息传播的社会大环境。

③充分利用群体心理环境 对受者有重要影响的周围人对其态度和行为的影响等, 是影响健康信息传播效果的微观社会环境。健康传播工作者要事先研究, 深入了解, 并在信息传播计划设计和实施时加以考虑。以提倡母乳喂养为例, 不仅要向年轻母亲宣传教育, 而且要说服她们的丈夫、母亲、婆母及亲朋好友等关键人群。

2. 传播策略

(1) 传播策略的分类 传播策略是指为实现预定的传播目标, 根据目标受众特点和现有的资源条件对传播途径、媒介、方法和技术的综合选择及运用。

传播策略可分为: 大众传播、人际传播、综合性传播三种类型。综合性传播策略又可分为: 1) 以大众传播为主, 以人际传播和其他传播方式为辅的传播策

略。2) 在人际传播过程中, 配合使用大众传播媒介与材料的策略。3) 多层次、多途径综合利用, 开展全方位的社区健康传播与教育活动的传播策略。

大众传播、人际传播各有其不同的传播方法和手段, 前者以技术性媒介手段起关键性作用, 后者则依赖于人际沟通和互动。每一种传播方式各有其独特的优势与局限性。作为健康教育专业人员, 应利用一切传播手段, 运用各种传播策略来提高传播效果。

(2) 传播策略的运用

1) 大众传播辅以人际交流的策略适合于大规模的健康教育活动, 在大众媒介广泛传播健康信息的基础上进行重点教育, 普遍宣传与重点教育结合, 点与面结合, 以取得大范围健康教育的最佳效果。

2) 人际交流辅以大众媒介的策略与以上相反, 人际交流辅以大众媒介的策略适合在目标人群明确、范围不大、人数不多的健康教育活动中使用, 在讲座、交流、讨论等人际传播基础上, 辅以幻灯、挂图、模型、录像等形式的传播, 进一步强化教育效果。这一策略还

有利于教育过程中的评价与反馈, 是健康教育最常用的策略。

3) 多层次、多途径综合策略适合于在各种健康教育活动中运用。

(3) 传播学在社区健康教育中的运用

1) 传播学在社区健康教育中的作用

①传播是社区健康教育工作中的基本手段, 没有传播, 社区健康教育就无法进行。

②适当地选择社区健康教育传播方法, 可取得事半功倍的效果。

③适当地选择社区健康教育传播技巧, 可减少社区健康教育成本投资。

④运用传播学可为社区健康教育决策提供科学依据和方法。

2) 如何运用传播学理论和技巧进行社区健康教育

①当好传者, 在受者中树立起良好的形象, 建立良好的信誉和必要的威望; 且必须具备较高的专业知识和传播技能。

②注意选择信息, 语言要入乡随俗; 内容要具有科学性、针对性、指导性; 选择适宜的媒介。

3) 传播媒介的选择原则根据预期达到的健康信息传播目标和内容, 恰当

地选择传播媒介是取得预期传播效果的一个重要保证。在选择传播媒介时，应遵循如下原则：

①针对性原则，针对社区目标人群状况，选择适当的社区健康教育传播媒介。针对性是指媒介对社区目标人群和信息表达的适用情况。需唤起公众意识，引起普遍关注的信息如艾滋病的宣传教育，宜选择大众传媒；而开展生殖健康教育，涉及个人敏感性问题，采用人际传播、群体传播的手段，效果会更好。

②速度快原则，力求以最快的速度、最通畅的渠道把健康信息传递给社区的目标人群。一般来讲，电视、广播是传递新闻信息最快的大众媒介，但在我国较偏僻封闭的农村，常见的信息传播形式是有线广播通知和召开村民大会。

③可及性原则，根据媒介在当地的覆盖情况、受众对媒介的拥有情况和使用情况选择媒介。

④经济性原则，从经济实用的角度考虑媒介的选择，如有无足够的经费和技术能力来制作、发放某种材料或使用某种媒介。在实际工作中，在通盘考虑了上述三个原则后，这一原则将具有决定性。

(五) 健康信息传播材料的制作及预试验

健康信息传播材料是指配合社区健康教育与健康促进活动使用的印刷材料与声像材料。在制订传播计划时首先应考虑从现有的传播材料中选择可利用的传播材料，以便节约时间和资源。传播材料制作是一个有序的动态过程，应加强传播材料制作人员与目标人群之间的双向信息交流，加强受众分析与传播效果研究，做好传播材料批量生产前的预试验，避免盲目性，减少资源浪费，从而不断提高传播材料的质量和使用价值。

1. 健康信息传播材料的制作过程

(1) 本着“以受众为中心”的指导思想，完整的健康信息传播材料制作过程大致包括七个步骤：

- 1) 受众需求与资源分析。
- 2) 计划设计。
- 3) 信息研究。
- 4) 信息形成与传播材料设计。
- 5) 传播材料预试验与修订。

6) 传播材料发放程序。

7) 传播材料使用与评价。

其中,受众需求调查与传播材料预试验是区别于传统工作流程的两个关键技术,也是健康信息传播注重双向信息交流,一切以受众需要为出发点的具体体现。

(2) 健康信息传播材料制作人员应该认真做好以下工作:

1) 回顾有关传播材料、卫生服务或卫生问题的可靠文献,以便进一步了解需求评估中发现的新情况、新问题,对新材料、新服务的可接受性,以及它们对改善社区居民健康的可能作用。

2) 召集一系列专题小组讨论,尽可能深化对产品、服务或卫生问题的了解。例如,人们如何感知所提倡的新事物,对该事物的可接受性和副作用的认识,对该事物的偏见和谣传,实际的采纳情况,人们对媒介的选择和利用等。

专题小组的成员应该是预期目标人群中的典型代表。在社区中,可以在下列不同人群中分别召集不同的专题小组:①已经接受或采纳信息服务的人,或者对有关卫生问题富有经验的人;②从未接触过该信息、服务或卫生问题的人;③卫生服务的提供者。

3) 由于卫生服务的提供者往往更加乐于表述他们的个人观点,可以对不同层次的卫生服务提供者作个别的深入调查,以此替代专题小组讨论的方法。

4) 在条件允许的情况下,还可适当参考其他国家、其他省或地区制作的同类材料。

5) 材料设计依据向目标人群传播的具体信息内容,草拟材料初稿,然后设计成一则运用适当媒介、适当的图解和语言来表现的生动的健康信息。

健康信息是由一组相关联的符号表达的一则具体的信息。在健康传播中,重要的健康信息不仅应体现传播计划的目标,而且应反映目标人群的特定信息需求。

在健康信息传播中,一则好的信息应该具有如下特点:①为既定的传播目标服务;②内容具体、准确、清楚易懂;③对受众有吸引力、说服力,及时,适时;④与目标人群的心理的、社会的、经济的以及体力方面的能力相适应;⑤适用于所选择的媒介;⑥实用性强,且能指导行动,亦即不仅告诉人们是什么、为什么,而且说明怎样做。

2. 健康信息传播材料的预试验

(1) 传播材料预试验的作用与意义

传播材料的预试验是指在材料最终定稿和投入生产之前的一种过程评价,是向社区目标人群的典型代表对材料初稿进行测试和对材料进行反复修改的过程。对材料初稿进行预试验和修订,是保证传播材料的适用性和有效性的一个关键环节。预试验有助于在几种健康信息传播方案中选择最佳方案,有助于分析某方案的利弊。预试验的结果将用于修订原信息设计、完善材料初稿。各种健康信息传播材料,如印刷材料——小册子、传单、宣传画、标语、折页、连环画;视听材料——录像片、电影、幻灯片、广播稿、电视节目等,均可作为预试验的对象。

(2) 传播材料预试验方法

预试验的具体方法多种多样。随机化抽取样本进行调查是最好的评价方法,但对大多数机构、大多数预试验的课题来说是不可行的,也是不必要的。绝大多数预试验都可以通过

在目标人群的典型代表中进行小范围的预调查,借此为修订、完善和确定健康信息传播材料提供意见和建议。

根据传播材料的性质不同,需采用不同的预试验方法。一般来讲,凡是适用于群体教育的材料,例如宣传画、画册、歌曲、广播节目、电视录像片、幻灯片、戏剧及其他形式的文艺节目等,都可以以专题小组讨论的形式进行预试验。

用于文化层次较高人群的文字材料,同样可以用专题小组讨论的形式进行预试验,这是由于有文化素养的人常常更加自信,不易受到小组其他成员的影响。而用于文盲、半文盲人群的印刷性传播材料,则应个别地进行预试验。

预试验为社区群众提供了参与材料制作过程的良好机会。在进行预试验时,应该时刻牢记,群众是对为他们设计制作的材料提出评论的“内行人”。应耐心地听取他们的意见,以获得有关改进材料的有用信息,从而使传播材料与社区利益息息相关。

练习题

1. 人际传播和大众传播各有哪些特点?
2. 在选择恰当的社区健康传播方法时,应注意哪些原则?
3. 如何运用传播策略?

4. 完整的健康信息传播材料制作过程大致包括哪些步骤？

参考文献：

1. 吕姿之，健康教育与健康促进，第二版，北京：北京医科大学出版社，2002年

2. 赵淑英，社区健康教育与健康促进，北京：北京医科大学出版社，2011年

四、社区健康教育与健康促进效果评价

（一）评价概述

1. 评价的概念

评价就是比较，即把客观实际情况与原定计划进行比较；把实际结果与预期目标进行比较。通过比较找出差异，分析原因，总结规律，改善管理，提高效率。评价是保证项目计划设计合理先进、实施成功、并取得应有效果的关键性措施，评价贯穿于整个健康教育与健康促进项目管理过程的始终。

2. 评价的作用

1) 了解健康教育与健康促进项目的效果如何。

2) 对项目全面检测、控制。

3) 最大限度地保障计划的先进性和实施质量。

3. 评价的目的

1) 确定健康教育与健康促进计划的合理性和先进性。

2) 确定计划的执行情况，包括干预活动的数量与质量，以确定干预活动是否适合目标人群，各项活动是否按计划执行，以及资源利用情况。

3) 确定健康教育/健康促进计划是否达到预期目标，其可持续性如何。

4) 项目的产出是否有混杂因素的影响, 影响程度如何。

5) 向公众和投资者说明项目结果, 扩大项目影响, 改善公共关系, 以取得目标人群、社区、投资者的更广泛支持与合作。

6) 总结健康教育/健康促进项目的成功经验与不足之处, 提出进一步的项目方向。

(二) 评价的种类和内容

根据评价的内容、指标和研究方法的特点, 可分为以下几种类型的评价:

1. 形成评价

(1) 形成评价的概念:

形成评价是一个为健康教育计划设计和发展提供信息的过程, 包括为指定干预计划所做的需求评估及为计划设计和执行提供所需的基础材料。其目的在于使健康教育计划符合目标人群的实际情况, 使计划更科学、更完善。

(2) 形成评价的具体内容:

1) 了解目标人群的各种基本特征。

2) 了解目标人群对干预的看法。

3) 了解教育材料发放系统, 包括生产、贮存、批发、零售以及发放渠道。

4) 对问卷进行预调查及修改。

5) 了解哪些健康教育干预策略适用于目标人群, 健康教育材料预实验, 确定其适宜性。

6) 针对计划执行的早期阶段可能出现的问题, 根据新的情况对计划做适度调整。

(3) 形成评价的方法与指标

1) 方法: 文献、档案、资料的回顾; 专家咨询; 专题小组讨论; 目标人群调查; 现场观察; 试点研究等。

2) 指标：计划的科学性；政策的支持性；技术上的适宜性；目标人群对策略和活动的接受程度等。

2. 过程评价

(1) 过程评价的作用

可以概括为两大方面：评估项目运作和修正项目计划。

1) 评估项目运作情况

- 教育干预是否适合于教育对象，并为他们所接受？
- 教育干预是否按既定的活动类型、时间、频率加以实施，干预的质量如何？
- 教育材料是否全部发放给目标人群？教育的覆盖面如何？
- 目标人群参与是否积极？不愿参与的原因何在？
- 教育服务利用情况（如展览、咨询等服务项目），利用率低的原因何在？
- 是否建立完整的信息反馈体系？各项记录的完整性、质量如何？
- 在项目实施期间有无重大的环境变化（如各种重大事件），对项目执行的影响如何？
- 工作人员的职业技能、工作态度、责任心及与教育对象、工作人员之间的配合工作情况。

2) 修正项目计划

修正计划性质与评估方法与形成评价一致。故可以将其看作是形成评价在计划实施过程中的延续。

(2) 过程评价的实施方法

1) 直接观察各项干预活动。

2) 社区及目标人群调查。可根据随机原则，在少量目标人群中进行抽样调查、中心地区调查、网络调查、专题小组讨论等。

3) 举行项目工作者会议。定期举行计划设计者、管理者及执行者的联席会议，讨论来自各方面的反馈信息，对项目进行阶段性评估。

4) 追踪了解情况。以记录档案的形式对各项活动开展的日期、内容、目的、地点、持续时间、活动组织者、目标人群及参与情况进行追踪了解。

为了有效的评价项目的运作，及时收集各方面的反馈信息，必须建立过程追踪系统。其人员组成为：健康教育计划的设计者；健康教育专业人员；项目合作者；目标人群代表；社区卫生机构、新闻机构代表等。

(3) 过程评价指标

- 经费执行率
- 项目执行率
- 干预活动类型、干预次数、持续时间
- 媒介拥有率=拥有某种媒介的人数/目标人群总人数 ×100%

如：母乳喂养健康教育材料有用率=拥有材料的孕妇人数/本社区孕妇总数 ×100%

- 干预活动覆盖率=接受某项干预活动的人数/目标人群总人数×100%

如：健康教育培训率=接受健康教育骨干培训的人数/社区健康教育专兼职人员总数 × 100%

- 干预活动暴露率=实际参与某项干预活动人数/应参加该干预活动的人数 ×100%

- 有效指数 (EI) = 干预活动暴露率/预期达到的参与百分比

(4) 过程评估中的质量控制

1) 内部质量控制：

主要是项目内部工作人员在对项目进行过程评估时，严格掌握评价标准，把好评价质量关。

2) 外部质量控制：

一般由项目以外的、有项目评价经验的人对过程进行的质量控制，常用的方法是专家小组审查。

3. 效应评价

效应评价是要评估健康教育计划导致的目标人群健康相关行为及其影响因素（倾向因素、促成因素、强化因素）的变化。效应评价也称为近期和中期效果评价。

（1）效应评价的内容

1) 倾向因素：如目标人群的卫生保健知识，健康价值观，对某一健康相关行为或疾病的态度，对自身易感性、疾病潜在威胁的信念等。

2) 促成因素：卫生服务或实行健康行为的资源的可及性。从健康促进角度，有关政策、法规制定情况，行政对健康教育的干预程度、效果也可以说是更强有力的一种促成因素。

3) 强化因素：与目标人群关系密切的人对健康相关行为或疾病的看法，目标人群采纳某健康相关行为时获得的社会支持，及其采纳该行为后自身的感受。

4) 健康相关行为：干预前后目标人群的健康相关行为是否发生变化，改变量是多少，各种变化在人群中的分布如何。

（2）常用效应评价指标

1) 卫生知识均分=受调查者知识得分之和/受调查者总人数

2) 卫生知识合格率=卫生知识达到合格标准人数/受调查者总人数 ×100%

3) 卫生知识知晓率（正确率）=知晓（能正确回答）某卫生知识人数/被调查者总人数 × 100%

4) 信念流行率=有某种信念的人数/被调查者总人数 ×100%

5) 行为流行率=有特定行为的人数/被调查者总人数 ×100%

6) 行为改变率=有一定时期内改变某特定行为的人数/观察期开始时有该行为的人数 ×100%。

4. 结局评价（远期效果评价）

结局评价着眼与评价健康项目导致的人群健康状况乃至生活质量的变化。对于不同的健康问题，从行为改变到出现健康状况的变化所需的时间长短不一，但均在行为改变之后，才可能观察到健康状况的改变，故结局评价也常被称为远期效果评价。评价内容包括：

(1) 健康状况

1) 生理和心理健康指标：如身高、体重、体质指数、血压、血色素等生理指标在干预后的变化；心理健康指标如人格、抑郁等方面的变化。

2) 疾病与死亡指标：如疾病发病率、患病率、死亡率、婴儿死亡率、5岁以下儿童死亡率、孕产妇死亡率、平均期望寿命、减寿人年数（PYLL）等。

(2) 生活质量

1) 生活质量指数，即 PQLI（physical quality of life index）指数

2) 美国社会健康协会指数，即 ASHA（American social health association）指数；

3) 日常活动量表，即 ADL（activities of daily life）量表；

4) 生活满意度指数量表，即 LSI（LSI life satisfaction index）量表。

一般情况下，社会人群获得健康教育的远期效果，需要一个相当长的时间，而且社会的政治、经济、文化状况的变化对人群健康会产生综合影响作用。因此，对健康教育项目计划进行结局评价时，不能简单地将人群的健康状况改善和生活质量的提高归结于健康教育干预的结果，而必须精心设计，排除或控制其它影响因素后，才能客观地、慎重地下结论。

5. 总结评价

是指形成评价、过程评价、效应评价、结局评价的综合以及对各方面资料做出总结性的概括。它全面反映计划的成败。通过总结评价对各项计划的完成情况、对成本—效益等做出总的判断，以总结经验教训，为今后计划的决策提出准确的科学依据。

健康教育计划评价的种类与内容

| 评价内容 | 计划设计阶段 | 计划实施阶段 | 评价阶段 | | | |
|------|--------------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------|----------------------|---------------|
| | 计划设计的合理性 | 计划实施情况 | 中间目的 | 行为改变 | 健康状况 | 生活质量 |
| | 计划的合理性 | 实施情况 | 健康相关行为的影响因素（倾向因素、促成因素、强化因素） | 健康相关行为 | 健康状况 | 生活质量 |
| 评价指标 | 科学性 适宜性 可接受性 | 干预活动次数 参加人数 干预活动暴露率 有效指标 | 知识知晓率 信念流行率 资源分配 社会支持 | 行为流行率 行为转变率 | 生理指标 疾病指标 死亡指标 | PQLI 生活满意度 |
| 评价种类 | 形成评价 | 过程评价 | 效应评价 | | 结局评价 | |
| | | | 总结评价 | | | |

（三）评价设计方案

计划评价的设计方法很多，常用于健康教育计划评价的有以下五种。

1. 不设对照组的前后测试

（1）概念：这是评价方案中最简单的一种，通过比较目标人群在项目实施前后有关指标的情况反映项目效应与结局。

（2）优点：方案设计与实际操作相对简单，能节省人力、物力资源。

（3）不足：无法控制干预措施以外其他因素的影响。

（4）用途：周期比较短或资源有限的健康教育与健康促进计划的设计

2. 简单时间系列设计

（1）概念：简单时间系列设计同样不设对照组，特点是在对目标人群进行多次观察后，再实施干预，并且在干预过程后再进行多次观察。

（2）优点：是可以确定干预的效果的变化趋势，有助于推断因果关系。

（3）不足：由于观察时间点多，增加了实施难度，实施周期长，耗费的资源也相应增加。

3. 非等同比较组设计

(1) 概念：是类实验设计的一种，设计思想是设立与接受干预的目标人群（干预组）相匹配的对照组，通过对干预组、对照组在项目事实前后变化的比较，来评价健康教育与健康促进项目的效应和结局。

(2) 优点：通过干预组与对照组的比较，能有效地消除或克服多种混杂因素对评价效果正确性的影响。

(3) 注意事项：应选择主要特征十分接近干预组的人群作为对照组，以保证可比性，避免选择因素对结果的影响。此外，要保证对照组与干预组的观察时间一致，并应用与观察干预组完全相同的方法、内容观察对照组。

4. 复合时间系列设计

(1) 概念：融合了简单时间系列设计和非等同比较组设计，既设立了对照组，又进行多点观察。

(2) 优势：在控制混杂因素对评价结果的影响及观察变化趋势方面。

(3) 不足：由于观察点多，特别是对对照组进行多点观察，增加了资源的消耗，也增加对照组失访的可能性，操作复杂，难度较大，在实际中应用不多。

5. 实验研究

(1) 概念：实验研究的根本特点是将研究对象随机分为干预组和对照组，比较项目实施前后的变化，来评价健康教育与健康促进项目的结局。

(2) 优点：由于干预组和对照组是随机得来的，有效保证了干预与对照两组间的齐同行，避免了选择的影响。同时由于设置对照组，还可以克服历史因素、回归因素、测量与观察因素等的影响。因此，在理论上是比较完美的评价设计方案。

(3) 不足：在社区干预中，尽管以个体为单位的随机抽样可以实现，但干预实施中容易出现对照组的“信息污染”，不易操作。

(四) 影响评价结果的因素

为评价计划效果确系归因于计划的干预，要特别注意防止偏倚因素的影响，必须考虑以下 5 种因素的影响。

1. 时间因素

又称历史因素，指在健康教育与健康促进计划执行或评价期间发生的重大的、可能对目标人群健康相关行为及其影响因素产生影响的因素，如新的卫生政策的颁布、食物供应的变化、自然灾害等。历史因素不在干预活动之内，但可能对目标人群有积极或消极的影响，以致加强或减弱健康教育与健康促进项目本身的效果。此外，随着社会的发展，经济、文化等因素的变化，人们的行为与健康状况也会有所改变。因此，当健康教育与健康促进项目周期较长时，这种自然的变化也作为一种时间因素影响评价结果的真实性。通常可以通过设立对照组，来克服历史因素的影响。

2. 测试或观察因素

(1) 测量者的因素：

1) 暗示效应：健康教育者先入为主的态度是目标人群的行为向其意向发展。如健康教育者认为家庭条件差的学生个人卫生习惯差，学生受到这种态度的暗示，就会真的不在意个人卫生。这并非健康教育项目的真实结果。

2) 项目工作人员的成熟性：随着项目的持续进展，项目工作人员能越来越熟练地运用有关的知识和技能，有可能使观察到的项目效果优于其实际结果。

3) 评定错误：在评价过程中有意无意地放松评价标准对待干预组，而以原标准评价对照组，最终使评价结果偏离真实情况。

(2) 测量工具因素：测量工具包括问卷、仪器、药品、试剂等，其有效性和准确性也直接影响评价结果的真实性。因此，在进行评价测量前，首先要选择适宜的测量方法和工具，然后检验工具的可靠性，才能获得真实、可信的评价结果。

(3) 测量对象因素：

1) 测量对象的成熟性：目标人群在项目初期并不十分了解项目目标，随着其对项目的参与或被重复调查某些内容，可能引发其对有关内容的关注，增加了学习兴趣，使测量结果好于项目干预的真实结果。

2) 霍桑效应：人们被选择作为干预或评价对象时，由于感受到正在被研究或评价而表现的行为异乎寻常。

3. 回归因素

回归因素指的是由于偶然因素，个别被测试对象的某些特征水平过高或过低，在以后又回复到实际水平的现象。回归因素的影响不像其他因素一样容易被识别，可采用重复测量、设立对照组等方法减少回归因素对项目效果的影响。

4. 选择因素

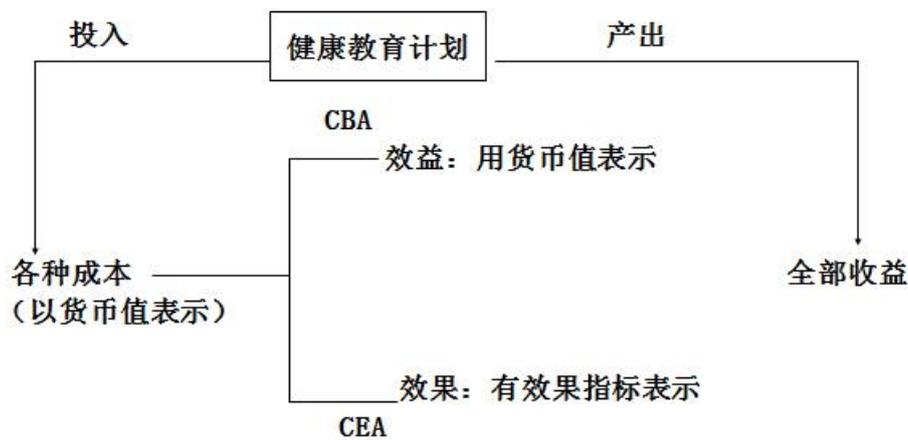
设立对照组的目的在于克服时间因素、测量因素、回归因素等项目效果的影响。但如果对照组的主要特征指标与干预组的特征不一致，则不能有效发挥对照组的作用，这种选择对照组产生的偏差称为选择偏差。

5. 失访

失访指在健康教育与健康促进计划执行或评价过程中，目标人群由于各种原因不能被干预或评价。当目标人群失访比例高（超过 10%）或是非随机失访，即只是其中有某些特征的人失访时，会影响评价效果。应努力减少失访，并鉴别是否是非随机失访，从而估计失访是否会引起偏倚及偏倚程度。

（五）成本—效益分析与成本—效果分析

成本—效益分析是通过比较项目的总成本和总收益（均以货币值表示）来确定投入一定（单位）成本的产出。然而，卫生领域中的很多效益难以转化为货币值，如心理健康的改善，疼痛的减轻等。为此，使用成本—效果分析的概念，即项目成本以货币值体现，而项目效益改用效果指标表示，如技能水平、发病率等，进而进行成本与效果的比较，以确定项目的价值。



1. 一项健康教育项目的直接成本应包括:

1) 所有全部工作人员的工资、津贴; 专家咨询费; 培训教师讲课费; 调查员劳务费等人员费用。

2) 备、材料费用, 如计算机、放像机、健康教育材料等。

3) 交通、通讯费用, 包括交通、电话、邮件、传真等。

4) 日常消耗费用, 如纸张、文具、复印资料、表格印刷、场地租用等。

2. 成本—效益(效果)分析步骤:

1) 熟悉项目计划

2) 确定成本与效益(效果)

3) 贴现

4) 计算分析

5) 敏感性分析

3. 评价的程序

1) 确定评价问题

2) 确定评价指标

3) 设计评价方案

4) 资料收集

5) 数据分析和结果报告

4. 评估计划框架

1) 评估目的

2) 评估者

3) 评估对象：参与项目活动实施的人员、机构，目标人群

4) 评估内容：多提“为什么”、“怎么样”等问题

5) 评估方法：访谈、观察、专题小组讨论、问卷等

6) 时间表

7) 经费预算

项目群/项目的运行周期

运行周期和监测与评估的类型及功能

练习题：

1、效应评价内容包括哪些()

- A. 倾向因素
- B. 促成因素
- C. 强化因素
- D. 健康相关行为

2、健康教育效果评价包括()

- A. 形成评价
- B. 过程评价
- C. 效应评价（近期和中期效果评价）
- D. 结局评价
- E. 总结评价

参考文献:

1. 吕姿之, 健康教育与健康促进, 修订版, 北京: 北京大学医学出版社, 2002年

第二节 老年人保健

一、老年人的疾病特点

(一) 老年人的疾病特征

1. 多种疾病共存

老年人患病不同于年轻人, 病情比较复杂, 且往往是两种以上疾病同时共存。例如高血压患者往往同时患有冠心病、糖尿病等。在工作中时常接触到这样的老人, 同时患高血压、糖尿病、冠心病、骨关节病、血脂异常、白内障、老年男性前列腺增生、女性泌尿系统感染等。由此常出现多药并用, 每日服用十多种药物的现象较常见, 药物毒性副反应多。

2. 症状不典型

由于老年人生理反应能力减弱, 容易造成症状不典型。由于老年人敏感性降低, 对疼痛的反应较差, 体温调节能力差, 因此对疾病的自我感觉症状比较轻微。如: 患有肺炎却不发热, 心肌梗死、肠穿孔等, 可能仅有轻微不适, 没有明确的主诉; 老年人甲状腺疾病起病隐匿, 不易早期诊断。

3. 发病快、病程短

由于老年人的脏器功能低下, 机体的代偿能力和应急能力弱, 因此一旦发病, 病情容易迅速恶化, 使原本功能低下的脏器迅速衰竭。

4. 意识障碍

由于老年人普遍存在着脑血管硬化的问题, 因此无论他们患什么疾病, 包括血压的改变、感染、毒血症及水电解质紊乱等, 都易引发意识障碍。意识障碍的出现, 给老年人的评估、诊断和治疗带来了困难。

5. 水电解质紊乱

老年人的口渴中枢敏感性降低, 饮水量少, 脏器、组织均呈萎缩状态。当发生出汗多、进食少或腹泻等情况是, 比年轻人更容易引起水电解质的平衡失调。

6. 全身衰竭

老年人活动减少，卧床较多，消耗降低、食欲减退，新陈代谢失调，身体内环境失衡，抵抗力明显下降。一旦患病，容易引发恶性循环，引起全身衰竭。

7. 易发生后遗症和并发症

老年人身体虚弱，加上病后恢复慢，多坐卧休息，缺乏活动，很容易引起肌肉萎缩或痉挛。如果局部组织长期受压，还可以引起压疮、静脉血栓、肺栓塞和坠积性肺炎。另外，很多老年病的并发症也严重威胁着老年病人，如糖尿病患者可并发肾脏疾病、眼部疾病、心脏病、高血压、脑血管意外、皮肤感染、神经系统疾病等多种并发症。

8. 对药物的反应不同

老年人因肝肾功能减退，导致药物代谢和排泄降低，使之较年轻人更易发生药物的不良反映，而且一旦发生药物不良反应，其程度较年轻人严重。

二、老年人家庭访视的原则和方法

（一）家庭访视概述

1 家庭访视的概念

是指在服务对象家中，为了维护和促进个人、家庭和社区的健康而对访视对象及其家庭成员所提供的护理服务活动。家庭访视是社区护理工作的重要工作方法。

2. 家庭访视的目的

用科学的方法了解情况，明确社区居民的健康需求，发现问题依据实际需求和现有的内在、外在资源合理地制订和实施老年人及其家庭护理计划，以减少危险因素，解决老年人及其家庭健康问题，达到促进健康的目的。

3 家庭访视的实施过程

(1) 访视前准备工作是关系到访视成功与否的重要环节。准备做包括访视对象的选择、确定访视的目的和目标、准备访视用品、联络访视家庭、安排访视路线、熟悉访视家庭情况。

(2) 访视中的主要工作是建立关系、获取基本资料、确定主要健康问题、制订护理计划，实施护理干预，简要记录访视情况。

(3) 访视后把所用的物品连行正确的处理，整理和补充访视记录，建立家庭档案分析和评价护理干预效果和护理目标达成的情况。必要时修改、完善护理计划。

4. 家庭访视的沟通技巧

(1) 说话技巧：要注意语速语调语言要生动形象，通俗易懂，简短明了。要注意双向交流，鼓励讨论和提问。

(2) 问话技巧：要注意问话的时间和间隔，要鼓励对方继续深入交谈。

(3) 听话的技巧：倾听在交流过程中非常重要。切忌轻易打断对方的叙述；在倾听的时候要恰当的引导、有恰当的反应，用点头、面部表情变化等表示关注对方的谈话内容。

(4) 反馈技巧：对访视对象正确的、积极的想法和良好的行为要有积极的反馈。对一些不便立刻判断的观点应作出模糊的反馈，了解情况之后再作评价。

5. 家庭方式的注意事项

(1) 着装：要注意穿着适合社区呼喝身份的职业服装。

(2) 态度：要合乎礼节，大方且稳重，能表达出对访视老人及家庭的关心及尊重。

(3) 尊重访视对象的文化背景、社会经历，要保守被访视家庭的秘密。

(4) 灵活机动，因地制宜：在家庭访视过程中会面临各种复杂的情况，应根据当时的情况灵活应对，保护好自身的安全。

(5) 保持一定距离：护士注意不要让自己的态度、信仰、价值观等影响访视对象做决策，要与其保持一定的距离，以免影响其家庭功能。

(6) 访视时间：一般在 1 小时以内，避开家庭的吃饭时间和会客时间。尽量在约定好时间内进行访视。

三、老年人健康体检（同基本公共卫生服务项目内容）

四、老年人饮食运动指导（同基本公共卫生服务项目内容）

五、老年人居家安全（同基本公共卫生服务项目内容）

六、老年人日常生活能力评估（同基本公共卫生服务项目内容）

七、老年人认知障碍及其它常见健康问题的预防管理（同基本公共卫生服务项目内容）

第三节 儿童保健（0~6岁）

一、儿童生长发育监测

（一）目的

通过定期体检，对儿童生长发育进行连续动态监测，参照国际国内认可最新评价标准作出科学评价，及时发现异常和疾病，早期进行干预，指导家长做好科学育儿及疾病预防，促进儿童健康体格发育、智力发展。

（二）监测对象

辖区内0~6岁（7岁以下）儿童。

（三）监测时间

新生儿于出生时、生后28天内、出生后28~30日进行，婴儿期至少4次，建议分别在3、6、8和12月龄；3岁及以下儿童每年至少2次，每次间隔6个月，时间在1岁半、2岁、2岁半和3岁；3岁以上儿童每年至少1次。可根据儿童个体情况，结合预防接种时间或本地区实际情况适当调整监测时间、增加次数。

每次体检应在预防接种前进行，就诊环境布置应顺应体检、预防接种工作流程，每次检查时间不应少于5~10分钟。

（四）内容

1. 询问 喂养方式，食物转换（辅食添加）情况，食物品种、餐次和量，饮食行为及环境，营养素补充剂的添加等情况。既往体格生长、心理行为发育情况。生活习惯：睡眠、排泄、卫生习惯等情况。过敏史：药物、食物等过敏情况。两次健康检查之间患病情况。

2. 测量

1) 体重

测量前准备：每次测量体重前需校正体重秤零点。儿童脱去外衣、鞋、袜、帽，排空大小便，婴儿去掉尿布。冬季注意保持室内温度25℃左右，让儿童仅穿单衣裤，准确称量并除去衣服重量。

测量方法：测量时儿童不能接触其它物体。使用杠杆式体重秤进行测量时，放置的砝码应接近儿童体重，并迅速调整游锤，使杠杆呈正中水平，将砝码及游

锤所示读数相加；使用电子体重秤称重时，待数据稳定后读数。记录时需除去衣服重量。体重记录以 kg 为单位，至小数点后 2 位。

2) 身长（身高）

测量前准备：2 岁及以下儿童测量卧位身长，2 岁以上儿童测量立位身高。儿童测量身长（身高）前应脱去外衣、鞋、袜、帽。

测量方法：测量身长时，儿童仰卧于量床中央，助手将头扶正，头顶接触头板，两耳在同一水平。测量者立于儿童右侧，左手握住儿童两膝使腿伸直，右手移动足板使其接触双脚跟部，注意量床两侧的读数应保持一致，然后读数。

测量身高时，应取立位，两眼直视正前方，胸部挺起，两臂自然下垂，脚跟并拢，脚尖分开约 60 度，脚跟、臀部与两肩胛间三点同时接触立柱，头部保持正中位置，使测量板与头顶点接触，读测量板垂直交于立柱上刻度的数字，视线应与立柱上刻度的数字平行。儿童身长（身高）记录以厘米（cm）为单位，至小数点后 1 位。

3) 头围

儿童取坐位或仰卧位，测量者位于儿童右侧或前方，用左手拇指将软尺零点固定于头部右侧眉弓上缘处，经枕骨粗隆及左侧眉弓上缘回至零点，使软尺紧贴头皮，女童应松开发辫。儿童头围记录以厘米（cm）为单位，至小数点后 1 位。

3. 体格检查

1) 一般情况：观察儿童精神状态、面容、表情和步态。

2) 皮肤：有无黄染、苍白、紫绀（口唇、指趾甲床）、皮疹、出血点、瘀斑、血管瘤，颈部、腋下、腹股沟部、臀部等皮肤皱褶处有无潮红或糜烂。

3) 淋巴结：全身浅表淋巴结的大小、个数、质地、活动度、有无压痛。

4) 头颈部：有无方颅、颅骨软化，前囟大小及张力，颅缝，有无特殊面容、颈部活动受限或颈部包块。

5) 眼：外观有无异常，有无结膜充血和分泌物，眼球有无震颤。婴儿是否有注视、追视情况。

6) 耳：外观有无异常，耳道有无异常分泌物。

7) 鼻：外观有无异常，有无异常分泌物。

8) 口腔：有无唇腭裂，口腔粘膜有无异常。扁桃体是否肿大，乳牙数、有

无龋齿及龋齿数。

9) 胸部：胸廓外形是否对称，有无漏斗胸、鸡胸、肋骨串珠、肋软骨沟等，心脏听诊有无心律不齐及心脏杂音，肺部呼吸音有无异常。

10) 腹部：有无腹胀、疝、包块、触痛，检查肝脾大小。

11) 外生殖器：有无畸形、阴囊水肿、包块，检查睾丸位置及大小。

12) 脊柱四肢：脊柱有无侧弯或后突，四肢是否对称、有无畸形，有条件者可进行发育性髋关节发育不良筛查。

13) 神经系统：四肢活动对称性、活动度和肌张力。

4. 心理行为发育监测

婴幼儿每次体检时，需按照儿童生长发育监测图的运动发育指标进行发育监测，定期了解儿童心理行为发育情况，及时发现发育偏离儿童。有条件地区可开展儿童心理行为发育筛查。

5. 实验室及其他辅助检查

1) 血红蛋白或血常规检查：6~8月龄、18月龄、30月龄分别检查一次，3岁后儿童每年检查1次。

2) 听力筛查：对有听力损失高危因素的儿童，采用便携式听觉评估仪及筛查型耳声发射仪，在儿童6、12、24和36月龄各进行1次听力筛查。

3) 视力筛查：儿童4岁开始每年采用国际标准视力表或标准对数视力表灯箱进行一次视力筛查。

4) 其他检查：有条件单位可根据儿童具体情况开展尿常规、膳食营养分析等检查项目。

(五) 健康评价

1. 体格生长评价

(1) 评价指标

体重/年龄、身长(身高)/年龄、头围/年龄、体重/身长(身高)和体质指数(BMI)/年龄。

(2) 评价方法

1) 数据表法

①离差法(标准差法)

适用于正态分布状况，以中位数（M）为基值加减标准差（SD）来评价体格生长，可采用五等级划分法和三等级划分法（表 3-2-1）。

表 3-2-1 等级划分法

| 等级 | <M-2SD | M-2SD~M-1SD | M±1SD | M+1SD~M+2SD | >M+2SD |
|-----|--------|-------------|-------|-------------|--------|
| 五等级 | 下 | 中下 | 中 | 中上 | 上 |
| 三等级 | 下 | 中 | | | 上 |

②百分位数法

适用于正态和非正态分布状况，将参照人群的第 50 百分位数（P50）为基准值，第 3 百分位数值相当于离差法的中位数减 2 个标准差，第 97 百分位数值相当于离差法的中位数加 2 个标准差。

2) 曲线图法

以儿童的年龄或身长（身高）为横坐标，以生长指标为纵坐标，绘制成曲线图，从而能直观、快速地了解儿童的生长情况，通过追踪观察可以清楚地看到生长趋势和变化情况，及时发现生长偏离的现象。

描绘方法：以横坐标的年龄或身长（身高）点做一与横坐标垂直的线，再以纵坐标的体重、身长（身高）、头围测量值或 BMI 值为点作与纵坐标垂直的线，两线相交点即为该年龄儿童体重、身长（身高）、头围、BMI 在曲线图的位置或水平，将连续多个体重、身长（身高）、头围、BMI 的描绘点连线即获得该儿童体重、身长（身高）、头围、BMI 生长轨迹或趋势。

(3) 评价内容

1) 生长水平：指个体儿童在同年龄同性别人群中所处的位置，为该儿童生长的现况水平（表 2）。

2) 匀称度：包括体型匀称和身材匀称，通过体重/身长（身高）可反映儿童的体型和人体各部分的比例关系（表 3-2-2）。

表 3-2-2 生长水平和匀称度的评价

| 指标 | 测量值 | | 评价 |
|-------|------|---------|-----|
| | 百分位法 | 标准差法 | |
| 体重/年龄 | < P3 | < M-2SD | 低体重 |

| | | | |
|-----------|---------|-------------|------|
| 身高（身高）/年龄 | < P3 | < M-2SD | 生长迟缓 |
| | < P3 | < M-2SD | 消瘦 |
| 体重/身高（身高） | P85~P97 | M+1SD~M+2SD | 超重 |
| | > P97 | ≥M+2SD | 肥胖 |
| 头围/年龄 | < P3 | < M-2SD | 过小 |
| | > P97 | > M+2SD | 过大 |

3) 生长速度：将个体儿童不同年龄时点的测量值在生长曲线图上描记并连接成一条曲线，与生长曲线图中的参照曲线比较，即可判断该儿童在此段时间的生长速度是正常、增长不良或过速。纵向观察儿童生长速度可掌握个体儿童自身的生长轨迹。

①正常增长：与参照曲线相比，儿童的自身生长曲线与参照曲线平行上升即为正常增长。

②增长不良：与参照曲线相比，儿童的自身生长曲线上升缓慢（增长不足：增长值为正数，但低于参照速度标准）、持平（不增：增长值为零）或下降（增长值为负数）。

③增长过速：与参照曲线相比，儿童的自身生长曲线上升迅速（增长值超过参照速度标准）。

2. 心理行为发育评价

采用儿童生长发育监测图监测婴幼儿心理行为发育。如果某项运动发育指标至箭头右侧月龄仍未通过者，需进行心理行为发育筛查或转诊。

进行生长发育监测同时应给予喂养、疾病防治、心理行为发育等指导，正确识别疾病状态并给予转诊建议。

二、免疫规划预防接种服务及工作流程

（一）服务对象

辖区内 0~6 岁儿童和其他重点人群。

（二）服务内容

1. 预防接种管理

(1) 卡证管理：

及时为辖区内所有 0~6 岁儿童建立预防接种证和预防接种卡等儿童预防接种档案。按照国家卫生计生委制定的《预防接种工作规范》规定：“儿童预防接种及卡、证管理按照受种者的居住地实行属地化管理”。全省常住、流动儿童的预防接种工作均实行居住地管理，对未居住在本责任片区的儿童，预防接种机构应尽量动员家长到其居住地建卡接种，如果已在该接种机构建卡接种的，由该机构负责完成全程接种管理。

本地儿童和流入儿童接种卡（流入居住满 3 月的建流动儿童卡，不满 3 月的建暂住儿童卡）分类存放，所有纸卡片至少保存 22 年。2007 年 1 月 1 日以后出生的无论常住、流动、暂住儿童均应由乡级录入“儿童预防接种信息系统”建立电子卡进行管理。

接种单位至少每半年对责任区内儿童的预防接种卡（簿）进行一次核查和整理，剔出迁出、死亡或失去联系 1 年以上的儿童预防接种卡片，由接种单位另行妥善保管。

(2) 预防接种机构管理

由各县（市、区）卫生计生行政部门应根据辖区人口密度、服务面积、服务半径、地理条件等因素，结合当地医疗资源，合理设置预防接种单位，并明确其责任区域。

预防接种单位应当具有医疗机构执业许可证件，有具备资质的医师、护士或者乡村医生，有符合疫苗储存、运输条件的冷链设备和相应保管制度。同时应根据当地实际情况合理制定预防接种服务的形式和周期：城镇地区预防接种门诊应尽量采取日接种服务方式，农村地区预防接种门诊可采取日、周接种方式。农村地区定点接种服务半径原则上不超过 10 公里，在保证每月一次的基础上争取每周开诊一次。实施入户接种的地区每月至少提供 1 次预防接种服务。

承担预防接种的人员应当具备执业医师、执业助理医师、护士或者乡村医生资格，并经过县级卫生行政部门组织的预防接种专业培训和考核合格后，持预防接种上岗证上岗。

(3) 疫苗管理

预防接种单位在接收疫苗时，应当审核疫苗生产企业的资质，并索取由药品检验机构依法签发的生物制品每批检验合格或者审核批准证明复印件（要有企业印章）；应当查验疫苗的冷藏条件，在规定的冷藏要求下运输的疫苗，方可接收；对疫苗的分发、供应，应建立真实、完整的记录，疫苗出入库时应完整记录（购销、分发）日期、疫苗品种、剂型、批准文号、数量、规格、批号、有效期、（购销、分发）单位、生产厂商、批签发合格证明编号或者合格证明等内容。对疫苗进出情况进行日清月结，做到帐、苗相符。

上述证明文件及记录保存至超过疫苗有效期 2 年备查。

（4）冷链管理

预防接种单位应当建立健全冷链设备档案（包括设备说明书、合格证或检验单、到货通知单及验收报告书等）。在使用冷链设备时，要做到专物专用，并配备温度测量器材，每天进行温度记录。

领发疫苗时要将疫苗放在冷藏箱中运输。疫苗运输和储存温度要求按照药典和疫苗使用说明书的规定执行。接种过程保证在冷链条件下开展，在接种前才能将疫苗从冷藏容器内取出，并尽量减少开启冷藏容器的次数，冷藏容器内的冰排溶化后，应及时更换。

（5）安全接种管理

凡过期、变色、污染、发霉、有摇不散凝块或异物，无标签或标签不清，安瓿有裂纹的疫苗一律不得使用。活疫苗启开超过半小时、灭活疫苗超过 1 小时未用完，应将疫苗废弃。要使用一次性或自毁型注射器，注射器使用后不得回套针帽，直接投入安全盒或防刺穿的容器内，或者用截针器毁型后，统一回收销毁。实行入户接种时应将所有医疗废物带回集中处理。

2. 预防接种工作实施流程

根据国家免疫规划疫苗免疫程序，对适龄儿童进行常规接种。在重点地区对高危人群实施炭疽疫苗、钩体疫苗应急接种。根据传染病控制需要，开展乙肝、麻疹、脊灰等疫苗强化免疫、群体性接种工作和应急接种工作。乡村级预防接种工作可按如下流程开展工作：

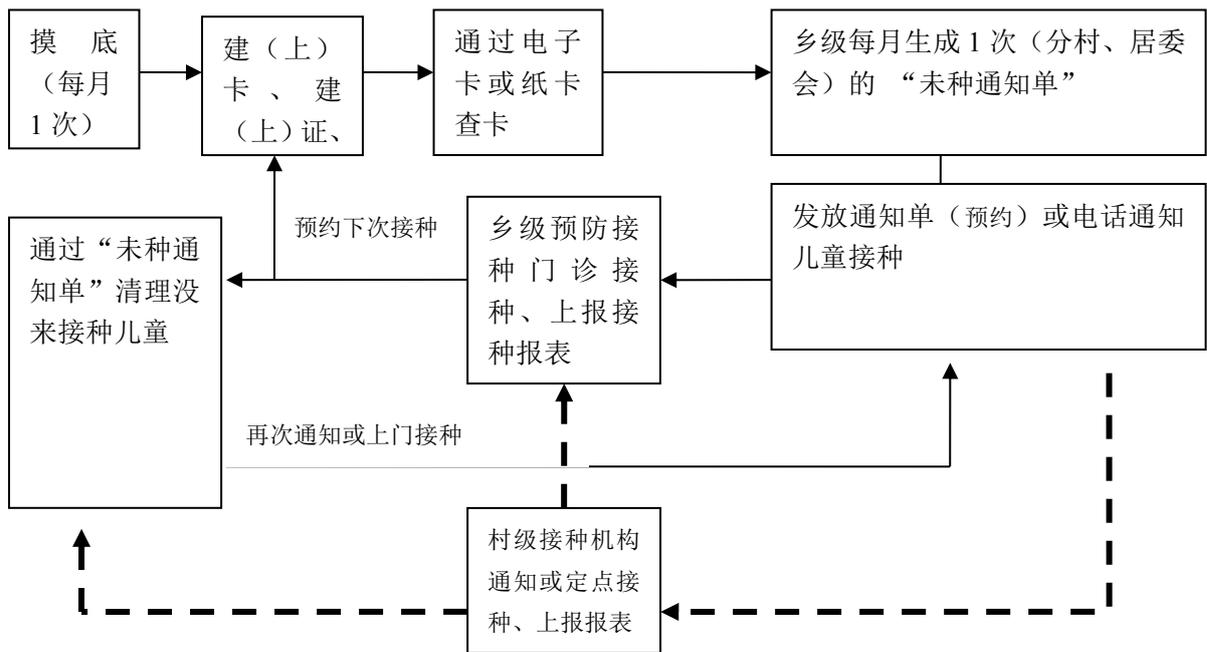


图 3-2-1 预防接种工作实施流程图

注：虚线显示的是：如乡级预防接种机构下设有下级预防接种机构（如村级预防接种机构或社区卫生服务中心下设的社区卫生服务站等），可由下级预防接种机构通知儿童到乡级预防接种机构进行接种或直接由村级开展接种。

（1）摸底：乡村级预防接种机构应每月对辖区内儿童开展 1 次摸底，将新出生儿童、新发现儿童及新流入、流出儿童基本情况分居委填写到《贵州省免疫规划目标儿童动态管理一览表》上（附表 1，以下简称《一览表》），无新增目标儿童应作“零”报告。由乡级预防接种机构用《贵州省免疫规划目标儿童动态管理月报表》（附表 2）每月上旬汇总 1 次报县疾控中心。

（2）建卡、建证：乡级预防接种机构根据《一览表》及县级（或信息系统）转来的《新生儿首针乙肝疫苗和卡介苗接种登记卡》与现有卡片进行核对，对儿童进行建卡、补卡。新增目标儿童在第一次接种时给予建证，其中新流入儿童要将其既往接种信息过录到接种卡上，无接种证的视为未接种过疫苗，按免疫程序对其补种，补证。所有流入儿童应在接种卡上标明流入时间和户籍地。流出后返乡儿童在接种卡上标明返乡时间，根据接种证把既往接种信息过录到接种卡上，无接种证的补接种证并按规定进行常规管理。

（3）通知。

①接种前，乡级预防接种机构根据接种卡信息，每月使用“儿童预防接种管理信息系统”生成分村、居委会的“未种通知单”。由包片医师或村级接种机构

在接种前2—3天通知每名应种儿童家长接种时间和地点，可采用填写通知单（附表3）或电话通知等多种形式通知，确保应种儿童按时接种疫苗。

②使用通知单的，应将家长签字后的通知单存根收回，交乡级预防接种机构，作为包片医师或村级机构履行通知职责的凭据；采用电话通知的，乡级部门负责人应至少每2月进行1次电话或入户抽查，并将抽查结果做好记录。

（4）接种。

①儿童到预防接种门诊后，接种门诊可通过“未种通知单”与儿童接种证信息进行核对，确认无误并体检合格后，填写“预防接种单”（见附表3），儿童凭单到接种室由接种医生按免疫程序和接种要求进行接种，同时填写接种证，用铅笔预约下次接种日期，儿童接种疫苗后应留观30分钟，无不良反应后才能离开。全天接种完成后，收集“预防接种单”，将疫苗接种日期填写到“未种通知单”上，同时将已接种儿童的接种信息上卡（包括纸卡及儿童预防接种信息系统的电子卡）。

②接种结束后，接种门诊医生要根据“未种通知单”清点接种情况，将未接种儿童列入下一轮接种应种对象，并再次与家长联系，了解本次没有来接种的原因。如目标儿童超过2个月未能按要求进行接种，要立即查找原因，不能联系的要进行家访，必要时上门接种。

③预防接种门诊在现场接种时如发现“未种通知单”上未登记的目标儿童，除按免疫程序对其进行补种外，应同时为其建卡、建证，并将其既往接种信息过录到接种卡上。（对于外地流入的儿童，将要纳入本地常规管理的可通过“儿童预防接种信息管理系统”进行网上查询，如已经在户籍地建卡的，可将其下载至本地，获取既往接种数据，纳入本地管理并进行接种；只是临时在本地接种的，网上查询其既往接种记录通过临时接种方式进行数据录入上传即可）。

④由村级机构进行接种的，由村级机构接种医生按乡级预防接种机构提供的“未种通知单”按要求进行通知、接种、记录相关信息，并在接种结束后将“未种通知单”返给乡级预防接种机构，由乡级预防接种机构对接种数据进行上卡（纸卡、电子卡）。对在接种过程中发现“未种通知单”上未登记的目标儿童及外出儿童，应通过《贵州省免疫规划目标儿童动态管理一览表》进行上报，并通知家长到乡级预防接种机构进行补卡、补证。

(5) 统计、上报数据。

①对7岁以下儿童全部使用“儿童预防接种管理信息系统”建立了电子卡进行管理的城区预防接种机构，可通过该系统自动生成表6-1、6-2，并通过“中国免疫规划信息管理系统”上报。

②村级机构仅承担通知任务的，由乡级预防接种机构进行报表上报；由村级机构承担接种任务的，村级机构根据乡级预防接种机构提供的“未种通知单”填写表6-1上报乡级，由乡级预防接种机构汇总成全乡的表6-1并通过“中国免疫规划信息管理系统”上报。

③每轮接种的“未种通知单”和常规免疫统计报表应存档备查。

1. 几个基本定义

(1) 常住儿童。

指户籍在本责任片区，且居住在本责任片区的目标儿童。

(2) 流动儿童。

①流入儿童：指户籍不在本责任片区，但在本责任片区居住的目标儿童。

②流出儿童：指户籍在本责任片区，但不在本责任片区居住的儿童，也包括在本责任片区接种了部分疫苗后外出的儿童。

(3) 免疫规划新增目标儿童。

指每轮运转时新增加的需在本责任片区进行预防接种的儿童，包括新生儿、新发现儿童及新流入儿童。

4. 疑似预防接种异常反应处理

各级医疗机构和预防接种单位及其执行职务的人员，应当在发现疑似预防接种异常反应后，立即向受种者所在地的县级疾控中心报告，同时对疑似预防接种异常反应病例积极进行临床治疗。对病例的调查诊断工作由各级预防接种异常反应调查诊断专家组开展。对于死亡病例，需要进行尸体解剖以明确死因，如受种方拒绝或者不配合尸检，承担无法进行调查诊断的责任

(三) 考核指标

1. 建证率=年度辖区内建立预防接种证人数/年度辖区内应建立预防接种证人数×100%。

2. 某种疫苗接种率=年度辖区内某种疫苗年度实际接种人数/某种疫苗年度

应接种人数×100%。

(四) 附表:

1. 贵州省免疫规划目标儿童动态管理一览表
2. 贵州省免疫规划目标儿童动态管理月报表
3. 贵州省预防接种规范样表

附表 1:

贵州省免疫规划目标儿童动态管理一览表

(_____年____月)

填报单位: _____县(市、区) _____乡镇(街道办) _____村(居委会)

填 报 人: _____

填报日期: _____年____月____日

| 编号 | 父亲 姓名 | 母亲 姓名 | 儿童 姓名 | 性别 | 出生日 期 | 家庭详细地址 | 联系电 话 | 分娩情况 | | | | 乙肝首 针接种 情况 | 分类 | 备注 |
|----|----------|----------|----------|----|----------|--------|----------|----------|--------|--------|--------|------------------|----|----|
| | | | | | | | | 住院 | | 在家 | | | | |
| | | | | | | | | 县及 以上 | 乡 级 | 外 省 | 本 省 | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

注: 1、“分娩情况”填写: 如为“住院”分娩, 请填写具体分娩医院名称; 如为“在家”分娩, 在相应栏目内划“√”。 2、“乙肝首针接种情况”栏目内请填写具体接种日期, 如未接种, 填写“否”。 3.“分类”填写: A、新生儿 B、新发现儿童 C、新流入儿童 D、本地流出儿童。如为 C、D, 请在备注栏填写流入、流出时间和地区(省、县、乡)。4、此表由乡级预防接种机构或村级机构每月填(报)1次, 无目标对象应进行“0”报告。

附表 2:

贵州省免疫规划目标儿童动态管理月报表

(_____ 年 _____ 月)

统计单位: _____ 县(市、区) _____ 乡镇(街道办)

统计人: _____ 统计日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

本月应报告单位数: _____; 本月实报告单位数: _____; 报告率: _____%

| 村/ 居委会 名称 | 新增目标儿童数 | | | | | | | 合计 a+b | 流出 儿童数 | 备注 |
|-----------------|------------------------|----------|-------------------|--------|--------|-----|--|-----------|-----------|----|
| | 流入和 新发现 儿童数 a | 新生儿儿童情况 | | | | | | | | |
| | | 小计 b | 乙肝首 针及时 接种数 | 分娩情况 | | | | | | |
| | | | | 住院数 | | 在家数 | | | | |
| | | 县及 以上 | 乡 级 | 外 省 | 本 省 | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 合 计 | | | | | | | | | | |

注：此表由乡级预防接种机构根据每月填(上报)的“贵州省免疫规划目标儿童动态管理一览表”

附表 3:

贵州省预防接种规范样表

| 存根 | 预防接种单 | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-------|------|-----|---------|-------|-------|---------|-------|-------|---------|-------|-------|---------|-------|-------|
| <p>编号: _____ 儿童姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____ 家长姓名 _____ 住址: _____ 送达日期: _____年____月____日 家长签字: _____</p> <p style="text-align: center;">此联存根由负责通知的医生带回交城区预防接种机构</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>编号: _____ 贵州省儿童预防接种通知单 _____居委会_____路(小区), _____栋____号 家长_____:</p> <p>请于____年____月____日携带您的小孩_____前往____ 接种①_____②_____③_____疫苗, 请带上本通知单及儿童的预防接种证前往。 通知单位: _____ 通知时间 _____ 咨询电话 _____</p> | <p>_____儿童, 性别____, 出生日期_____, 家长姓名_____, 经查体可接种, 查体人: _____ 监护人签字: _____</p> <p>接种记录:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">疫苗名称</th> <th style="width: 30%;">接种日期</th> <th style="width: 40%;">接种人</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2 _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3 _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>4 _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>单位: _____</p> | 疫苗名称 | 接种日期 | 接种人 | 1 _____ | _____ | _____ | 2 _____ | _____ | _____ | 3 _____ | _____ | _____ | 4 _____ | _____ | _____ |
| 疫苗名称 | 接种日期 | 接种人 | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>预防接种前告家长书</p> <p>根据中华人民共和国传染病防治法第二章第十一条规定: 国家实行有计划的预防接种制度。中华人民共和国境内的任何人均应按照有关规定接受预防接种。目前, 国家及我省规定的对适龄儿童进行有计划预防接种的疫苗为: 乙肝疫苗、卡介苗、脊灰疫苗、百白破疫苗、白破疫苗、麻疹疫苗(麻风疫苗、麻腮风疫苗、麻腮疫苗)、流脑疫苗(包括 A 群流脑疫苗和 A+C 群流脑疫苗)、乙脑疫苗、甲肝疫苗等疫苗的预防接种可提高机体对相应传染病的免疫力, 预防相应传染病。但疫苗与临床上使用的药物是相似的, 也有极少数人在获得免疫保护的同时, 会出现一些反应或副反应, 或偶合或加重原有疾病。所以特别告戒: 若您的孩子正在患病, 既往有药物、疫苗过敏史等, 请向接种医生详细说明! 接种后可能出现局部红肿、发热等一般反应, 极个别可能发生过敏反应。请在每次接种后注意护理和观察, 如有不适, 请及时到相关医院就诊。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |

定期对新生儿进行健康检查, 宣传科学育儿知识, 指导家长做好新生儿喂养、护理和疾病预防, 并早期发现异常和疾病, 及时处理和转诊。降低新生儿患病率和死亡率, 促进新生儿健康成长。

(二) 对象

辖区内居住的新生儿。

(三) 访视时间

1. 正常足月新生儿

1) 首次访视: 在出院后 7 日之内进行。如发现问题应酌情增加访视次数,

必要时转诊。

2) 满月访视：在出生后 28~30 日进行。新生儿满 28 天后，结合接种乙肝疫苗第二针，在乡镇卫生院、社区卫生服务中心进行随访。

2. 高危新生儿 根据具体情况酌情增加访视次数，首次访视应在得到高危新生儿出院（或家庭分娩）报告后 3 日内进行。符合下列高危因素之一的新生儿为高危新生儿。

1) 早产儿（胎龄 < 37 周）或低出生体重儿（出生体重 < 2500 克）、宫内发育迟缓。

2) 有新生儿缺氧缺血性脑病、新生儿惊厥、颅内出血、化脓性脑炎史，持续头颅 B 超、CT、MRI 异常史。

3) 持续喂养问题、持续低血糖、高胆红素血症等。

4) 新生儿肺部疾患、呼吸机辅助治疗史、败血症等严重感染。

5) 新生儿患有各种影响生活能力的出生缺陷（如唇裂、腭裂、先天性心脏病等）以及遗传代谢性疾病。

6) 母亲有异常妊娠及分娩史、高龄分娩（ ≥ 35 岁）、患有残疾（视、听、智力、肢体、精神）并影响养育能力者等。

（四）访视内容

1. 问诊

1) 孕期及出生情况：母亲妊娠期患病及药物使用情况，孕周、分娩方式，是否双（多）胎，有无窒息、产伤和畸形，出生体重、身长，是否已做新生儿听力筛查和新生儿遗传代谢性疾病筛查等。

2) 一般情况：睡眠、有无呕吐、惊厥，大小便次数、性状及预防接种情况。

3) 喂养情况：喂养方式、吃奶次数、奶量及其它存在问题。

2. 测量

1) 体重

①测量前准备：每次测量体重前需校正体重计零点。新生儿需排空大小便，脱去外衣、袜子、尿布，仅穿单衣裤，冬季注意保持室内温度 25℃ 左右。

②测量方法：称重时新生儿取卧位，新生儿不能接触其它物体。使用杠杆式体重计称重时，放置的砝码应接近新生儿体重，并迅速调整游锤，使杠杆呈正中水平，将砝码及游锤所示读数相加；使用电子体重计称重时，待数据稳定后读数。记录时

需除去衣服重量。体重记录以 kg 为单位，至小数点后 2 位。

2) 体温

①测量前准备：在测量体温之前，体温表水银柱在 35 摄氏度（℃）以下。

②测量方法：用腋表测量，保持 5 分钟后读数。

3. 体格检查

1) 一般状况：精神状态，面色，吸吮，哭声。

2) 皮肤黏膜：有无黄染、紫绀或苍白（口唇、指趾甲床）、皮疹、出血点、糜烂、脓疱、硬肿、水肿。

3) 头颈部：前囟大小及张力，颅缝，有无血肿，头颈部有无包块。

4) 眼：外观有无异常，结膜有无充血和分泌物，巩膜有无黄染，检查光刺激反应。

5) 耳：外观有无畸形，外耳道是否有异常分泌物，外耳廓是否有湿疹。

6) 鼻：外观有无畸形，呼吸是否通畅，有无鼻翼扇动。

7) 口腔：有无唇腭裂，口腔黏膜有无异常。

8) 胸部：外观有无畸形，有无呼吸困难和胸凹陷，计数 1 分钟呼吸次数和心率；心脏听诊有无杂音，肺部呼吸音是否对称、有无异常。

9) 腹部：腹部有无膨隆、包块，肝脾有无肿大。重点观察脐带是否脱落、脐部有无红肿、渗出。

10) 外生殖器及肛门：有无畸形，检查男孩睾丸位置、大小，有无阴囊水肿、包块。

11) 脊柱四肢：有无畸形，臀部、腹股沟和双下肢皮纹是否对称，双下肢是否等长等粗。

12) 神经系统：四肢活动度、对称性、肌张力和原始反射。

4. 指导

1) 居住环境：新生儿卧室应安静清洁，空气流通，阳光充足。室内温度在 22～26℃为宜，湿度适宜。

2) 母乳喂养：观察和评估母乳喂养的体位、新生儿含接姿势和吸吮情况等，鼓励纯母乳喂养。对吸吮力弱的早产儿，可将母亲的乳汁挤在杯中，用滴管喂养；喂养前母亲可洗手后将手指放入新生儿口中，刺激和促进吸吮反射的建立，以便主动吸吮乳头。

3) 护理：衣着宽松，质地柔软，保持皮肤清洁。脐带未脱落前，每天用 75% 的酒精擦拭脐部一次，保持脐部干燥清洁。若有头部血肿、口炎或鹅口疮、皮肤皱褶处潮红或糜烂，给予针对性指导。对生理性黄疸、生理性体重下降、“马牙”、“螳螂嘴”、乳房肿胀、假月经等现象无需特殊处理。早产儿应注意保暖，在换尿布时注意先将尿布加温，必要时可放入成人怀中，直接贴紧成人皮肤保暖。

4) 疾病预防：注意并保持家庭卫生，接触新生儿前要洗手，减少探视，家人患有呼吸道感染时要戴口罩，以避免交叉感染。生后数天开始补充维生素 D，足月儿每日口服 400IU，早产儿每日口服 800IU。对未接种卡介苗和第 1 剂乙肝疫苗的新生儿，提醒家长尽快补种。未接受新生儿疾病筛查的新生儿，告知家长到具备筛查条件的医疗保健机构补筛。有吸氧治疗史的早产儿，在生后 4~6 周或矫正胎龄 32 周转诊到开展早产儿视网膜病变（ROP）筛查的指定医院开始进行眼底病变筛查。

5) 伤害预防：注意喂养姿势、喂养后的体位，预防乳汁吸入和窒息。保暖时避免烫伤，预防意外伤害的发生。

6) 促进母婴交流：母亲及家人多与新生儿说话、微笑和皮肤接触，促进新生儿感知觉发展。

5. 转诊

1) 立即转诊：若新生儿出现下列情况之一，应立即转诊至上级医疗保健机构。

①体温 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ 或 $\leq 35.5^{\circ}\text{C}$ 。反应差伴面色发灰、吸吮无力。

②呼吸频率 < 20 次/分或 > 60 次/分，呼吸困难（鼻翼煽动、呼气性呻吟、胸凹陷），呼吸暂停伴紫绀。

③心率 < 100 次/分或 > 160 次/分，有明显的心律不齐。

④皮肤严重黄染（手掌或足跖），苍白，紫绀和厥冷，有出血点和瘀斑，皮肤硬肿，皮肤脓疱达到 5 个或很严重。

⑤惊厥（反复眨眼、凝视、面部肌肉抽动、四肢痉挛性抽动或强直、角弓反张、牙关紧闭等），囟门张力高。

⑥四肢无自主运动，双下肢/双上肢活动不对称；肌张力消失或无法引出握持反射等原始反射。

⑦眼窝或前囟凹陷、皮肤弹性差、尿少等脱水征象。

⑧眼睑高度肿胀，结膜重度充血，有大量脓性分泌物；耳部有脓性分泌物。

⑨腹胀明显伴呕吐。

⑩脐部脓性分泌物多，有肉芽或粘膜样物，脐轮周围皮肤发红和肿胀。

2) 建议转诊：若新生儿出现下列情况之一，建议转诊至上级医疗保健机构。

①喂养困难。

②躯干或四肢皮肤明显黄染、皮疹，指趾甲周红肿。

③单眼或双眼溢泪，黏性分泌物增多或红肿。

④颈部有包块。

⑤心脏杂音。

⑥肝脾肿大。

⑦首次发现五官、胸廓、脊柱、四肢畸形并未到医院就诊者。

在检查中，发现任何不能处理的情况，均应转诊。

练习题

1. 体格生长评价内容不包括（ ）

A. 生长水平 B. 匀称度 C. 生长速度 D. 是否患病

2. 关于评价方法以下哪种说法是正确的（ ）

A. 离差法（标准差法）适用于正态和非正态分布状况

B. 与参照曲线相比，儿童的自身生长曲线与参照曲线平行上升即为正常增长。

C. 百分位数法仅适用于非正态分布状况

D. 与参照曲线相比，儿童的自身生长曲线上上升迅速（增长值超过参照速度标准）是一种良好状态

3. 以下哪项关于生长发育监测说法是错误的（ ）

A. 儿童生长发育需要进行连续动态监测。

B. 体重记录以 kg 为单位，至小数点后 2 位。

C. 监测对象主要为辖区内 0~3 岁儿童。

D. 儿童 4 岁开始每年采用国际标准视力表或标准对数视力表灯箱进行一次视力筛查。

4. 接种单位至少每（ ）对责任区内儿童的预防接种卡（簿）进行一次核查和整理，剔出迁出、死亡或失去联系（ ）以上的儿童预防接种卡片，由接种单

位另行妥善保管。

- A、1 个月，半年
- B、3 个月，1 年
- C、3 个月，半年
- D、半年，1 年

5、新生儿访视时遇以下哪种情况需要立即转诊：（ ）

- A. 单眼或双眼溢泪，黏性分泌物增多或红肿。
- B. 颈部有包块。
- C. 喂养困难。
- D. 皮肤黄染严重，范围到手掌或足跖，苍白，紫绀和厥冷。

6、正常足月新生儿首次访视时间应是：（ ）

- A. 在出院后 7 日之内进行。
- B. 在出生后 7 日之内进行。
- C. 在出生后 14 天进行。
- D. 在出生后 28 天内均可以。

7、新生儿访视工作中以下哪种观点是正确的（ ）

- A. 早产儿生后数天开始补充维生素 D，每日口服 400IU。
- B. 对生理性黄疸、生理性体重下降、“马牙”、“螳螂嘴”、乳房肿胀、假月经等现象需立即就诊做特殊处理。
- C. 新生儿杠杆式体重秤/电子体重秤最大载重为 10kg，最小分度值为 50g。
- D. 对未接种卡介苗和第 1 剂乙肝疫苗的新生儿，不能补种。

参考书目：

1. 刘湘云. 儿童保健学. 南京：江苏科学技术出版社，2011.
2. 秦怀金, 陈博文, 国家基本公共卫生服务技术规范. 北京：人民卫生出版社，2013.

第四节 社区常见病、多发病患者的护理与管理

一、高血压的护理与管理

高血压(hypeIrtension)是一种常见的以体循环动脉压增高为主的临床症候群，是最常见的心血管疾病。可分为原发性和继发性两大类。在绝大多数患者

中，高血压的病因不明，称之为原发性高血压，占总高血压患者的95%以上；在不足5%的患者中血压升高是某些疾病的一种表现，称为继发性高血压。本节探讨的是原发性高血压患者的护理。

【护理评估】

（一）健康史

1. 了解高血压有关危险因素 如是否有家族史，与心血管有关的其他危险因素包括吸烟、高血脂、肥胖、糖尿病等。

2. 了解患者高血压的发生经过及其治疗情况 询问发病年龄、既往最高血压值及其伴随症状、服用药物的效果，以及相关知识的了解程度。

（二）身体状况

1. 症状原发性高血压通常起病缓慢，早期多无症状，偶于体检时发现血压升高，少数患者则在出现心、脑、肾等并发症后才被发现。高血压患者可有头痛、头晕、心悸、耳鸣、失眠、疲劳等症状，与血压增高程度不一致。但高血压严重时，常表现为枕骨下的搏动性头痛，清晨加重，除了降低血压外，头痛常难以缓解。

2. 体征血压随季节、昼夜、情绪等因素有较大波动。冬季血压较高，夏季较低；血压有明显昼夜波动，一般夜间血压较低，清晨起床活动后血压迅速升高，形成清晨血压高峰。体格检查时可闻及主动脉瓣区第二心音亢进，长期持续高血压可有左心室肥厚并可闻及第四心音随病程进展，血压持久升高可导致心、脑、肾、血管等靶器官受损的表现。

3. 高血压急症

(1) 恶性高血压：发病较急骤，多见于中、青年；舒张压持续 $\geq 130\text{mmHg}$ ；头痛、视力模糊、眼底出血、渗出或视神经盘水肿；肾脏损害突出，表现为持续蛋白尿、血尿、管型尿，并可伴肾功能不全。进展迅速，如不给予及时治疗，预后不佳，可死于肾衰竭、脑卒中或心力衰竭。

(2) 高血压危象：在高血压病程中，血压显著升高，以收缩压升高为主，收缩压可达 260mmHg ，舒张压 120mmHg 以上；出现头痛、烦躁、眩晕、心悸、气急、恶心、呕吐、视力模糊等症状。危象发作时交感神经活动亢进，血中儿茶酚胺升高。

(3) 高血压脑病：表现为血压极度升高的同时伴有严重头痛、呕吐、神志改变，轻者可仅有烦躁、意识模糊，重者可发生抽搐、昏迷。其发生机制可能为过高的血压突破了脑血管的自身调节机制导致脑灌注过多，引起脑水肿。

(4) 主动脉夹层：本症是血液渗入主动脉壁中层形成的夹层血肿，并沿着主动脉壁延伸剥离的严重心血管急症，也是猝死的病因之一。高血压是导致本病的重要因素。突发剧烈的胸痛常易误诊为急性心肌梗死。疼痛发作时心动过速，血压更高。可迅速出现夹层破裂或压迫主动脉大分支的各种不同表现。

4. 老年人高血压年龄超过 60 岁而达高血压诊断标准者即为老年人高血压。临床特点为：

(1) 半数以上以收缩压升高为主，即单纯收缩期高血压。

(2) 部分是由中年原发性高血压延续而来，属收缩压和舒张压均增高的混合型。

(3) 老年人高血压患者心、脑、肾靶器官并发症较为常见。

(4) 易造成血压波动及体位性低血压。

(三) 辅助检查

1. 心电图可见左心室肥大、劳损。

2. x 线检查 可见主动脉弓迂曲延长、左室增大。

3. 眼底检查有助于对高血压严重程度的了解，目前采用 Keith—Wagener 分级法，其分级标准如下：I 级：视网膜动脉变细，反光增强；II 级：视网膜动脉狭窄，动静脉交叉压迫；III 级：眼底出血或棉絮状渗出；IV 级：视神经盘水肿。

4. 动态血压监测用小型便携式血压记录仪自动定时测量血压，连续 24 小时或更长时间。可用于诊断“白大衣性高血压”，即在诊所内血压升高，而诊所外血压正常；判断高血压的严重程度，了解其血压变异性和血压昼夜节律；指导降压治疗和评价降压药物疗效；诊断发作性高血压或低血压。

5. 实验室检查血常规、尿常规、肾功能、血糖、血脂分析等可有相应变化。

(四) 高血压危险度的分层

根据血压水平级别，结合心血管疾病危险因素，靶器官损害合并的器官受损情况将患者分为低、中、高和极高危险组。

1. 心血管疾病危险因素 吸烟、高脂血症、糖尿病、年龄>60岁、男性或绝经后女性、心血管疾病家族史。

2. 靶器官损害及合并的临床疾病 心脏疾病(左心室肥大、心绞痛、心肌梗死、既往曾接受冠状动脉旁路手术、心力衰竭),脑血管疾病(脑卒中或短暂性脑缺血发作),肾脏疾病(蛋白尿或血肌酐升高),周围动脉疾病,高血压视网膜病变 \geq III级。

3. 分组

(1)低度危险组:高血压1级,不伴有上列危险因素。

(2)中度危险组:高血压1级,伴1—2个危险因素,或高血压2级不伴有或伴有不超过2个危险因素者。

(3)高度危险组:高血压1~2级伴至少3个危险因素者;或有糖尿病。

(4)极高危险组:高血压3级,或高血压1~2级伴靶器官损害及相关的临床疾病者。

(五)心理—社会状况

要重点收集患者的职业、压力、家庭、工作和经济情况。通过交谈了解患者的性格特征;患者是否有焦虑、恐惧、愤怒、抑郁;了解患者对疾病的认识,判断疾病对患者的心理产生什么影响。

【常见护理诊断/问题】

1. 潜在并发症:高血压急重症。
2. 疼痛:头痛与血压升高有关。
3. 有受伤害的危险与头晕、急性低血压反应、视力模糊或意识改变有关。
4. 知识缺乏 缺乏原发性高血压饮食、药物治疗有关知识。
5. 焦虑与血压控制不满意及发生并发症有关。
6. 营养失调高于机体需要量,与摄入过多、缺少运动有关。

【计划与实施】

原发性高血压的治疗原则是使患者改善生活行为,并用药物使血压降至正常范围;防止和减少心、脑血管及肾脏并发症,降低病死率和病残率。护理目标是及早发现并发症,减轻病痛,防止发生意外,使患者可主动寻求健康帮助,能够明确高血压的危害,明确药物治疗的重要性,了解药物的作用、副作用。

（一）控制血压，缓解疼痛

1. 合理饮食

(1) 限制钠盐摄入，一般每天摄入食盐量以不超过 6g 为宜。

(2) 减少膳食脂肪，补充适量蛋白质，多吃蔬菜及水果，摄入足量钾、镁、钙。每人每日吃新鲜蔬菜 400~500g，喝牛奶 500ml，可以补充钾 1000mg 和钙 400mg。

(3) 限制饮酒和戒烟，一般正常人群应不饮酒，如饮酒，应少于每日 30g 酒精(约相当于少于 50g 白酒)。

2. 减轻体重可通过降低每日热量的摄入、加强体育活动等方法达到减轻体重的目的。尽量将体重指数(BMI)控制在 25 以下。

3. 适当运动运动不仅有利于血压下降，且对减轻体重、增强体力、降低胰岛素抵抗有利。运动频度一般每周 3~5 一次，每次持续 20~60 分钟。

4. 注意生活规律和劳逸结合控制紧张情绪避免过于紧张的脑力劳动。指导患者使用‘放松技术，如心理训练、音乐治疗、缓慢呼吸等。

5. 头痛护理

(1) 评估患者头痛情况：如疼痛程度、呕吐等症状。

(2) 减少引起或加重头痛的因素：保持病室安静，光线柔和，尽量减少探视，保证充足的睡眠。护理人员操作宜相对集中，动作轻巧，防止过多干扰患者。嘱患者头痛时卧床休息，抬高床头，改变体位时动作要慢。避免劳累、情绪激动、精神紧张、吸烟、酗酒、环境嘈杂、不规律服药等。向患者解释头痛主要与血压升高有关，血压恢复正常且平稳后可减轻或消除。

(3) 密切观察血压、脉搏、呼吸、瞳孔及意识状态，注意有无脑疝的前驱症状。必要时遵医嘱给予镇痛剂、降压药、止吐药及脱水剂。

（二）药物治疗与护理

药物治疗有效的目标是，使血压降至正常范围，即在 140 / 90mmHg 以下，对于中、青年患者(<60 岁)，若合并糖尿病或肾脏病变，治疗应使血压降至 130 / 85mmHg 以下。凡能有效控制血压，并适宜长期治疗的药物，就是合理的选择，包括不引起明显副作用，不影响生活质量等。

1. 常用降压药物及副作用观察

(1)利尿剂：主要作用是抑制肾小管对钠和水的重吸收，使血容量减少，心排量降低，血压下降。常用的有氢氯噻嗪和氯噻酮。长期应用可引起各种代谢副作用，如低钾血症等。

(2) β 受体阻滞剂：其降压作用可能是通过抑制中枢和周围的肾素-血管紧张素，醛固酮系统(RAAS)，以及血流动力学自动调节机制。常用的有美托洛尔、阿替洛尔、比索洛尔、卡维地洛、拉贝洛尔。副作用主要有心动过缓、乏力、四肢发冷。

(3)钙通道阻滞剂：又称钙拮抗剂，其降压作用是通过阻滞钙离子内流和细胞内钙离子移动而影响心肌和平滑肌细胞收缩，使心肌收缩性降低，外周血管扩张，阻力下降，血压下降。常用的有硝苯地平、维拉帕米和硫氮唑酮。主要副作用有面部潮红、头痛、下肢水肿、心动过速。

(4)血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)：降压作用主要是通过抑制周围和组织的转换酶而使血管紧张素II生成减少。常用的有卡托普利、依那普利。不良反应主要是刺激性干咳和血管性水肿。

(5)血管紧张素II受体阻滞剂：降压作用主要通过阻滞组织的血管紧张素II受体亚型AT1，具有强的缩血管作用，使醛固酮生成和分泌增加，起到水钠潴留，使交感神经发放冲动增加。常用的有氯沙坦，与药物有关的不良反应很少。

2. 用药指导

原发性高血压诊断一旦确立，通常需要终身治疗(包括非药物治疗)。对于轻、中型高血压患者，宜从小剂量或一般剂量开始，2~3周后如血压未能满意控制，可增加剂量或换用其他类药必要时可用2种或2种以上药物联合治疗。尽可能用每日1片的长效制剂，便于长期治疗且可减少血压波动。护理人员要向患者讲解控制和治疗高血压是终生的过程。坚持定时定量服药的重要性，如果有不良反应，应及时去医院就诊，不能擅自减药、停药。否则会出现停药综合征，既表现为血压反弹迅速升高，心悸、烦躁、多汗、心动过速等；有冠心病者，心肌缺血加重而出现心绞痛、急性心肌梗死或心律失常。

(三)防止发生意外

1. 警惕急性低血压反应 服降压药后如有晕厥、恶心、乏力时，立即平卧，头低足高位，以促进静脉回流，增加脑部血流量；避免体位突然改变，服药后不

要站立太久，因长时间站立会使腿部血管扩张，血液淤积于下肢，脑部血流量减少；避免用过热的水洗澡或蒸汽浴，防止周围血管扩张导致晕厥。

2. 患者有头晕、眼花、耳鸣等症状时，应卧床休息，上厕所或外出时有人陪伴，若头晕严重，应协助在床上大小便。伴恶心、呕吐的患者，应将痰盂放在患者伸手可及处，呼叫器也应放在患者手边，防止取物时摔倒。

3. 避免潜在的危险因素 如剧烈运动、迅速改变体位、有障碍物、地面滑、厕所无扶手等，必要时病床加用床栏。

(四)防治高血压急症，减少死亡率

1. 护理与观察

(1)要密切观察病情，生命体征、瞳孔、意识变化及肢体活动情况，发现血压急剧升高、剧烈头痛、呕吐、大汗、视力模糊、面色及神志改变、肢体运动障碍等症状，立且口通知医师。

(2)保持呼吸道通畅；吸氧。安定患者情绪，必要时用镇静剂。连接好心电、血压、呼吸监护。迅速建立静脉通道，遵医嘱尽早准确给药，如硝普钠静滴过程中应避光；调整给药速度，严密监测血压；脱水剂滴速宜快等。

(3)绝对卧床休息，侧卧位，床头抬高 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$ 避免搬动患者，加床栏，防止坠床。对躁动患者进行保护性约束，避免一切不良刺激和不必要的活动并做好口腔护理和皮肤护理。

(4)避免危险因素：向患者阐明保持良好的心理状态和遵医嘱服药对于预防高血压急症的重要意义。

2. 药物治疗

(1)快速降压：首选硝普钠静滴至血压降至安全范围。开始剂量 $10\sim 25\mu\text{g}/\text{min}$ ，以后可根据血压情况逐渐加量；亦可用硝酸甘油静滴，从 $5\sim 10\mu\text{g}/\text{min}$ 开始，可逐渐增至 $20\sim 50\mu\text{g}/\text{min}$ 。

(2)有高血压脑病时，宜给予脱水剂如甘露醇；亦可用快速利尿剂如呋塞米 40mg ，静注。

(3)有烦躁、抽搐者则予地西洋、巴比妥类药物肌注或水合氯醛保留灌肠。

(五)健康指导

1. 向患者及家属解释，积极预防和控制高血压危险因素的重要性，原发

性高血压对健康的危害，以引起患者足够的重视。明确坚持长期饮食、运动、药物等综合治疗，可将血压控制在接近正常的水平，以减少对靶器官的进一步损害。

2. 指导患者坚持低盐、低脂、低胆固醇饮食，限制动物脂肪、内脏、鱼子、软体动物、甲壳类食物，补充适量蛋白质，多吃新鲜蔬菜、水果，防止便秘肥胖者控制体重，减少每日总热量摄入，养成良好的饮食习惯，细嚼慢咽，避免过饱，少吃零食等。

3. 改变不良的生活方式戒烟，限饮酒，劳逸结合；保证充分的睡眠。学会自我心理调节，保持乐观情绪。家属也应给患者以理解、宽容与支持。

4. 根据年龄及病情选择慢跑、快步走、太极拳等运动。当运动中出现头晕、心慌、气急等症状时应就地休息，避免竞技性运动和力量型运动如球类比赛、举重、俯卧撑等。适当运动有利于大脑皮质功能恢复，还能增加：患者对生活的信心。

5. 教会患者及家属测量血压，定期、定时：定部位监测血压。。

6. 告诉患者及家属有关降压药的名称、剂量、用法、作用与副作用，并提供书面资料。教育患者服药剂量必须遵医嘱执行，不可随意增减药量或突然撤换药物。定期门诊复查。若血压控制不满意或有心动过缓等不良反应随时就诊。

【护理评价】

经过治疗和护理患者能否达到：

1. 高血压急症得到有效救治和预防；
2. 主诉头痛减轻或消失；
3. 未发生外伤；
4. 能够陈述高血压的非药物治疗方法；
5. 能够解释常用降压药的剂量、用法、副作用和使用注意事项。

思考题

患者女性，65岁，丧偶，独立生活。身高156cm，体重60kg。诊为高血压3年，血压最高时170/100mmHg，间断服药，药名记不清；因近期阵发头痛，难以缓解，收入病房住院治疗。入院后主诉干咳，多梦，易惊醒，清晨感觉气短，

心跳快。测血压：白天 162 / 92mmHg，夜间 152 / 82mmHg，心率 85 次 / 分。

否认烟酒嗜好，父亲死于脑卒中，母亲死于宫颈癌。

医嘱用药情况：卡托普利 25mg 每天 3 次，阿司匹林 75mg 每天 1 次，辛伐他汀 20mg 每天 1 次。

根据此病历请回答：

1. 该患者属于高血压（ ）级
A. I 级 B. II 级 C. III 级 D. IV 级 E. V 级
2. 使用药物降压的目标血压值是多少（ ）
A. <140/100mmHg B. <140/90mmHg C. <140/80mmHg D. <130/90mmHg
E. <130/80mmHg
3. 对该患者的出院指导最重要的是（ ）
A. 及时就诊 B. 记录尿量 C. 记录体重 D. 低盐低脂饮食 E. 严格遵医嘱服药
4. 服用卡托普利最常见的不良反应是（ ）
A. 颜面潮红 B. 心率减慢 C. 心率增快 D. 干咳 E. 尿量增多

二、心力衰竭

心力衰竭（heart failure, HF）简称心衰，是由心脏结构性或功能性疾病所导致的一种临床综合征，主要表现为呼吸困难、疲乏和液体潴留。属于各种心脏病的严重阶段，发病率高，5 年存活率与恶性肿瘤相仿，正在成为 21 世纪最重要的心血管病症。心力衰竭按其发展速度可分为急性心力衰竭和慢性心力衰竭。

● 慢性心力衰竭患者的护理

慢性心力衰竭（chronic heart failure, CHF）是大多数心血管疾病的最终归宿，也是最主要的死亡原因。在西方国家，引起慢性心力衰竭的基础心脏病以高血压、冠心病为主。在我国，过去以心瓣膜病为主，如今冠心病和高血压也已成为心力衰竭的最常见病因。

【护理评估】

（一）健康史

1. 了解心衰的病因 如是否有高血压、冠心病、风湿病性心脏病、心瓣膜疾病、

心内膜炎和心包炎等原发性疾病；

2. 了解心衰发作的诱因及现病史 如有无呼吸道感染、劳累、情绪激动、用力排便等诱发因素。询问是否有夜间呼吸困难、端坐呼吸、静息状态下的呼吸困难等。

（二）身体状况

根据病变心脏和淤血部位的不同，心力衰竭分为左心衰竭，右心衰竭和全心衰竭。

1. 左心衰竭 以肺循环淤血和心排血量降低为主要表现。

（1）症状

1) 呼吸困难：劳力性呼吸困难是左心衰竭最早出现的症状，系因运动使回心血量增加，左心房压力升高，加重了肺淤血。有的患者还可出现夜间阵发性呼吸困难，此为左心衰竭的典型表现。严重心衰时，患者可出现端坐呼吸，采取的坐位越高说明左心衰竭的程度越重，故可据此估计左心衰竭的严重程度。

2) 咳嗽、咳痰和咯血：咳嗽、咳痰是肺泡和支气管黏膜淤血所致。痰常呈白色浆液泡沫状，偶可见痰中带血丝。长期慢性淤血时肺静脉压力升高，导致肺循环和支气管血液循环之间形成侧支，在支气管黏膜下形成扩张的血管，一旦破裂可引起大咯血。

3) 疲倦、乏力、头晕、心悸：其原因主要是由于心排血量降低导致心、脑、骨骼肌等脏器组织血液灌注不足及代偿性心率加快。

4) 少尿及肾功能损害症状：严重左心衰竭时血液进行再分配使肾血液量明显减少，出现少尿。随着病情加重可出现血尿素氮、肌酐升高等肾功能不全的症状。

（2）体征

1) 肺部湿啰音：由于肺毛细血管压力增高，液体可渗出到肺泡而出现湿啰音。随着病情由轻到重，肺部湿啰音可从局限于肺低部直至布满全肺。

2) 体征：一般均有心脏扩张、心尖部舒张期奔马律、肺动脉瓣区第二心音亢进。此外，可有基础心脏病的体征，如心瓣膜病的杂音等。

2. 右心衰竭 以体循环静脉淤血表现为主的综合征，常继发于左心衰竭，也可单独发生。

（1）症状

1) 消化道症状：胃肠道及肝淤血引起腹胀、食欲不振、恶心、呕吐等是心衰最常见的症状。

2) 劳力性呼吸困难: 继发于左心衰竭的右心衰竭以及单纯性右心衰竭均有明显的呼吸困难。

(2) 体征

1) 颈静脉充盈或怒张: 当患者半卧位或坐位时可见到充盈的颈外静脉, 其程度和体静脉压升高的程度呈正相关。当压迫患者肝或上腹部时, 由于静脉回流增加, 至颈外静脉充盈加剧或怒张, 称肝颈反流征阳性。

2) 肝大和压痛: 常发生于皮下水肿出现之前。急性肝淤血者, 肝质地较软, 压痛明显, 还可出现轻度黄疸和血清转氨酶升高。长期右心衰竭可致肝脏慢性持续性淤血, 肝细胞缺氧坏死, 可发展成心源性肝硬化。

3) 水肿: 主要因水钠潴留和静脉淤血致毛细血管压增高引起, 称为心源性水肿。其特点是首先出现于身体下垂部位, 经常卧位者以腰骶部为明显, 能起床活动者以脚、踝内侧较明显。常于晚间出现, 休息一夜后可消失, 颜面部一般不肿。心衰病程晚期可出现全身性水肿。水肿为对称性, 凹陷性。

4) 胸腔积液和腹水: 以双侧胸腔积液较多见, 心力衰竭好转后, 胸腔积液一般可吸收。腹水多发生在病程晚期, 多半与心源性肝硬化有关, 但如患者有三尖瓣关闭不全, 腹水可较早出现, 且较皮下水肿明显。

3. 全心衰竭 此时左、右心衰的临床表现同时存在。因有右心衰竭存在, 右心排血量减少, 因此阵发性夜间呼吸困难等肺淤血表现反而减轻。

(三) 心功能不全的程度判断

1. 美国纽约心脏病协会 (NYHA) 心功能分级 主要根据患者的自觉活动能力分级 (表 3-2-3)。

表 3-2-3 心功能分级 (NYHA, 1928 年)

| 心功能分级 | 特点 |
|-------|---|
| I 级 | 体力活动不受限。患者有心脏病, 但一般活动不引起疲乏、心悸、呼吸困难、心绞痛等症状 |
| II 级 | 体力活动轻度受限。休息时无自觉症状, 一般活动可出现上述症状, 休息后缓解 |

III 级 体力活动明显受限。休息时无症状，低于平时一般活动量即可引起上述症状，休息较长时间后症状缓解。

IV 级 体力活动严重受限。休息是亦有症状，体力活动后加重。

2. 6 分钟步行试验 要求患者平直走廊里尽可能快地行走，测定 6 分钟的步行距离。6 分钟步行距离<150m 为重度心衰；150~425m 为中度心衰；426~550m 为轻度心衰，如 6 分钟步行距离<300m，提示预后不良。

（四）液体潴留及其严重程度判断

液体潴留对决定是否应用利尿剂治疗十分重要，短时间内体重增加是液体潴留的可靠指标。患者应每日记录体重，随访时携带体重记录。医护人员应在随访中注意评估颈静脉充盈的程度、肝颈静脉回流征、肺和肝充血的程度（肺部啰音，肝脏肿大），并检查是否有下肢和骶部水肿、腹部移动性浊音，以发现腹水。

（五）辅助检查

1. X 线胸片 提供心脏增大、肺淤血、肺水肿及原有肺部疾病的信息。
2. 心电图 提供既往心肌梗死、左室肥厚、广泛心肌损害及心律失常信息。有心律失常时应作 24 小时动态心电图记录。
3. 超声心动图及多普勒超声 可用于：①诊断心包、心肌或瓣膜疾病；②定量或定性房室内径、心肌形状、室壁厚度、室壁运动，以及心包、瓣膜和血管结构；定量瓣膜狭窄、关闭不全程度，测量左室射血分数（left ventricular ejection fraction, LVEF）、左室舒张末期容量；③区别舒张功能不全和收缩功能不全；④估测肺动脉压；⑤为评价治疗效果提供客观指标。
4. 核素心室造影及核素心肌灌注显像 前者可准确测定左室容量、LVEF 及室壁运动，后者可诊断心肌缺血和心肌梗死，并对鉴别扩张型心肌病或缺血性心肌病有一定帮助。
5. 有创性血流动力学检查 主要用于严重威胁生命，并对治疗无反应的泵衰竭患者，或需对呼吸困难和低血压体休克作鉴别诊断的患者。
6. 血浆脑钠肽（brain natriuretic peptide, BNP）测定 有助于心衰诊断和预后判断。CHF 包括症状性和无症状左室功能障碍者血浆 BNP 水平均升高。

【常见护理诊断/问题】

1. 心输出量减少 与心肌结构改变和（或）功能降低有关。
2. 活动无耐力 与机体需氧和氧供失衡、电解质失衡有关。
3. 气体交换障碍 与肺循环淤血致气体弥散功能下降、通气/血流比例失调有关。
4. 体液过多 与右心衰导致体循环淤血、水钠潴留有关。
5. 潜在并发症：洋地黄中毒。
6. 有皮肤完整性受损的危险 与卧床时间长、水肿严重、营养不良有关。
7. 恐惧/焦虑 与机体功能减弱状态难以改变有关。

【计划与实施】

慢性心力衰竭的治疗原则是通过去除或消除基本病因和控制诱发因素，纠正血流动力学异常，缓解症状；提高运动耐量，改善生活质量；防止心肌损害进一步加重；降低死亡率。治疗和护理目标是：①患者心功能得到改善或维持；②患者维持理想的气体交换；③患者活动耐力增加；④护士及早发现洋地黄中毒的症状；⑤患者了解心衰的病因和诱因及其预防措施，能够掌握心力衰竭的自我护理知识和行为。

（一）药物治疗，改善心输出量

1. 肾素-血管紧张素-醛固酮系统抑制剂

（1）血管紧张素转换酶抑制剂(angiotensin converting enzyme inhibitors, ACEI)：ACEI 是抑制慢性心衰患者肾素-血管紧张素系统的首选药物。ACEI 用于治疗心衰时主要作用机制除了发挥扩血管作用，改善心衰时血流动力学，减轻淤血症状外，更重要的是降低心衰患者代偿性神经-体液变化的不利影响，限制心肌、小血管的重塑，以达到维护心肌功能，推迟心衰进展，降低远期死亡率的目的。现主

张对有心血管危险因素的 A 期患者即可开始使用 ACEI，有助于预防心力衰竭。目前 ACEI 种类很多，如卡托普利、贝那普利等。ACEI 使用时可致低血压、肾功能恶化、钾潴留，以及咳嗽和血管性水肿，故使用时应注意监测血压、电解质、尿量。

（2）血管紧张素受体拮抗剂(angiotensin receptor: blocker, ARB)：对不能耐受 ACEI 的患者，可改用 ARB 替代，常用药物有氯沙坦、缬沙坦、坎地沙坦等。

(3) 醛固酮抑制剂：螺内酯是应用最广泛的醛固酮抑制剂。小剂量螺内酯可阻断醛固酮效应，对抑制心血管重塑、改善慢性心力衰竭的远期预后有很好的作用。

2. β 受体阻滞剂 β 受体阻滞剂能改善内源性心肌功能，长期使用能改善临床症状和左室功能，降低死亡率和住院率。 β 受体阻滞剂能导致低血压、液体潴留、心衰恶化、心动过缓、房室阻滞、无力等不良反应，故使用时应注意监测：(1) 低血压，一般在开始用药或增加剂量的 24~48 小时内发生。(2) 液体潴留和心衰恶化，治疗前和治疗中应监测患者体重情况，如在 3 天内体重增加>2kg，立即加大利尿剂用量；(3) 心动过缓和房室阻滞，如心率<55 次 / 分，或伴有眩晕等症状，或出现二度、三度房室传导阻滞时，应将 β 受体阻滞剂减量。

3. 血管扩张剂 血管扩张剂通过扩张容量血管和外周阻力血管减轻心脏前、后负荷，减少心肌耗氧，改善心功能。常用的血管扩张剂有硝酸甘油、硝普钠、卡托普利、依那普利、硝苯地平等。使用此类药物时应注意副作用，如硝酸酯制剂可致头痛、面红、心动过速、血压下降等，故使用时应注意控制输注速度，监测血压。

4. 洋地黄洋地黄可增强心肌收缩力，抑制心脏传导系统，对迷走神经系统有直接兴奋作用，从而减慢心率，改善心力衰竭患者的血流动力学变化。常用的洋地黄制剂有：(1) 地高辛 0. 25mg1 次/日；(2) 毛花苷 C(西地兰)0. 2~0. 4mg，稀释后缓慢静脉注射。

使用洋地黄类药物时应注意：①洋地黄用量个体差异很大，老年人、心肌缺血缺氧如冠心病、重度心力衰竭、低钾、低镁血症、肾功能减退等情况对洋地黄较敏感，使用时应严密观察患者反应；②注意不与奎尼丁、普罗帕酮(心律平)、维拉帕米(异搏定)、钙剂、胺碘酮等药物合用，以免增加药物毒性；③必要时监测血清地高辛浓度；④严格按照医嘱给药，教会患者服用地高辛时自测脉搏，当脉搏<60 次 / 分或节律不规则时应暂停服药并报告医生；⑤密切观察洋地黄毒性反应，如心律失常(室性期前收缩最为多见)，胃肠道反应如食欲不振、恶心、呕吐，神经系统症状如头痛、倦怠、视力模糊、黄视、绿视等。

出现洋地黄中毒时处理方法：①立即停用洋地黄；②补充钾盐，可口服或静脉补充氯化钾，停用排钾利尿剂；③纠正心律失常，快速心律失常首选苯妥英钠

或利多卡因，有传导阻滞及患慢性心律失常者，可用阿托品静脉注射或安置临时起搏器。

5. 其他药物 (1) 肾上腺素能受体兴奋剂，如多巴胺及多巴酚丁胺；(2) 磷酸二酯酶抑制剂，如氨力农、米力农等。

(二) 逐渐提高活动耐力

1. 制订活动目标与计划鼓励患者坚持动静结合，循序渐进增加活动量。可根据患者心功能分级，结合 6 分钟步行试验、超声或核素检查测定左室射血分数 (LVEF) 值、患者年龄等与患者及家属一起制订个体化的运动方案 (表 3-2-4)。

表 3-2-4 根据 NYHA 心功能分级的活动建议

| 心功能分级 | 活动建议 |
|-------|---|
| I 级 | 不限制一般的体力活动。积极参加体育锻炼，但必须避免剧烈运动和重体力劳动 |
| II 级 | 适当限制体力活动。增加午睡时间，强调下午多休息，但不影响轻体力工作和家务劳动 |
| III 级 | 严格限制一般的体力活动。每天有充分的休息时间，但日常生活可以自理或在他人协助下自理 |
| IV 级 | 绝对卧床休息，取舒适体位，生活由他人照顾。可在床上做肢体被动运动，逐步过渡到坐在床边或下床活动。不鼓励延长卧床时间，病情好转尽早适量增加运动。 |

2. 活动过程中注意监测 若活动中有呼吸困难、胸痛、心悸、头晕、疲劳、大汗、面色苍白、低血压等不适时应立即停止活动，并以此作为限制最大活动量的指征。如患者经休息后症状仍不能缓解应及时通知医生。

3. 休息和适度运动心衰失代偿期需卧床休息，多做被动运动以预防深部静脉血栓形成。临床情况改善后应鼓励在不引起症状的情况下，进行体力活动，以防止肌肉的“去适应状态”，但要避免用力的等长运动。较重患者可在床边围椅小坐，其他患者可每日步行多次，每次 5~10 分钟，并酌情逐步延长步行时间。NYHA

心功能Ⅱ～Ⅲ级患者，可在专业人员指导下进行运动训练，能改善症状、提高生活质量。

4. 运动安全护士应教会患者：①如何使用周围环境以保证自身安全，如增加扶手、浴室中放置椅子、使用床边便器等。②在日常活动中缓慢行动，避免突然用力消耗过多体力。③节约体能的方法，如抬高床头使自己容易坐起、将经常使用的物品放在容易取放的位置、培养坐下来做事的习惯(刷牙、洗脸、洗衣服等)、多用“推”的动作而不是“拉”等。

(三)改善呼吸困难

1. 病情观察注意观察生命体征的变化，包括体温、心率(律)、血压、呼吸和意识状态。特别要了解呼吸困难在何种情况下出现，有无心悸、咳嗽、咳痰、胸痛、食欲减退、腹胀等。

2. 氧气治疗无肺水肿的心衰患者，给氧可导致血流动力学恶化，但对心衰伴夜间睡眠呼吸障碍者，夜间给氧可减少低氧血症的发生。氧疗的方法包括鼻导管吸氧(氧流量一般为2～4L/min)、面罩吸氧、无创正压通气吸氧等。

3. 体位根据患者呼吸困难的类型和程度帮助患者采取适当的体位，如给患者2～3个枕头、摇高床头。严重呼吸困难时，应协助患者取端坐位，使用床上小桌，让患者扶桌休息，必要时双腿下垂。半卧位、端坐位可使横膈下移，增加肺活量，双腿下垂可减少回心血量，均有利于改善呼吸困难。注意患者体位的舒适与安全，可用枕或软垫支托肩、臂、骶、膝部，避免局部受压发生压疮及身体下滑，加用床栏确保患者安全。

(四)减轻水肿

1. 体重监测 帮助患者认识每日测定体重对早期发现液体潴留非常重要。如在3天内体重突然增加2kg以上，应尽快与医生护士取得联系，此时应考虑患者已有钠水潴留(隐性水肿)，需加大利尿剂剂量。

2. 限钠 心衰患者的潴钠能力明显增强，限制钠盐摄入对于恢复钠平衡很重要。要告知患者避免腌制食物、碳酸饮料、海产品、发酵面食、罐头等，因为这些食物含钠量较高。轻度心衰患者钠盐摄入应控制在2～3g/d，中到重度心衰患者应<2g/d。盐代用品则应慎用，因常富含钾盐，如与血管紧张素转化酶抑制剂(ACEI)合用，可致高钾血症。

3. 限水严重低钠血症(血钠 $<130\text{mmol/L}$)患者, 液体摄入量应 $<2\text{L/d}$ 。
4. 营养支持 给予高蛋白、高维生素的易消化清淡饮食, 少量多餐, 避免过饱。严重心衰伴明显消瘦(心脏恶病质)者, 应给予营养支持, 包括给予血清白蛋白。
5. 利尿剂 利尿剂是心衰治疗中最常用的药物, 通过排钠排水对缓解淤血症状、减轻水肿有十分显著的效果。护士应遵医嘱正确使用利尿剂, 注意观察和预防药物副作用。

(1) 袢利尿剂和噻嗪类利尿剂: 常用的有呋塞米(速尿)、氢氯噻嗪。最严重的副作用是低钾血症, 易诱发心律失常或洋地黄中毒。故应监测血钾及有无乏力、腹胀、肠鸣音减弱等低钾血症的表现, 同时多补充含钾丰富的食物, 如鲜橙汁、西红柿汁、橘子、香蕉、红枣、菇类、豆类等, 必要时遵医嘱补充钾盐。口服补钾宜在饭后或将水剂与果汁同饮, 以减轻胃肠道不适; 静脉补钾时每 500ml 液体中 KCl 含量不宜超过 1.5g 。

(2) 保钾利尿剂: 常用的有氨苯蝶啶。副作用有胃肠道反应、嗜睡、乏力、皮疹, 长期用药可产生高钾血症, 尤其是伴肾功能减退、少尿或无尿者应慎用。肾功能不全及高钾血症者禁用。

(3) 非紧急情况下, 利尿剂的应用时间选择早晨或日间为宜, 避免夜间排尿过频而影响患者的休息。

(4) 用药后, 严格记录出入量、体重和水肿变化, 同时密切观察有无电解质紊乱和酸碱失衡的症状。有腹水的患者测量腹围。

(五) 心理和精神治疗

抑郁、焦虑和孤独在心衰恶化中发挥重要作用, 也是心衰患者死亡的主要预测因素。综合性情感干预包括心理疏导可改善心功能状态, 必要时可考虑酌情应用抗抑郁药物。

(六) 非药物治疗

指在药物治疗无效时, 使用人工机械类辅助或代替部分心腔功能, 以改善衰竭心脏循环状态的治疗方法, 其基本原理是降低心脏的前负荷和后负荷, 使心室做功减少, 能量消耗降低, 心脏容量储备增加, 从而使心脏功能逐步恢复。包括主动脉内气囊反搏术(IABP)和心室辅助装置, 如心脏再同步化治疗(cardiac resynchronization therapy, CRT)、埋藏式心律转复除颤器(implantable

cardioverter-defibrillator, ICD)。

(七)健康指导

1. 避免诱因 指导患者积极治疗原发疾病,帮助患者预防、识别与治疗能引起或加重心衰的特殊事件,特别是感染。在呼吸道疾病流行或冬春季节,可给予流行性感冒、肺炎链球菌疫苗以预防呼吸道感染。过度劳累、情绪激动、钠盐摄入过多、输液过快过多也可诱发心衰。育龄妇女应在医师指导下控制妊娠和分娩。戒烟酒。

2. 营养和饮食宜清淡、低脂饮食、易消化、富营养,每餐不宜过饱,多食蔬菜、水果,防止便秘。肥胖患者应减轻体重。

3. 活动与休息合理安排活动与休息,解释即便心功能恢复也应尽量从事轻工作,避免重体力劳动,建议患者进行散步、打太极拳、练气功等运动。适当活动有利于提高心脏储备力,提高活动耐力,改善心力状态和生活质量。

4. 治疗依从性嘱患者定期门诊随访,防止病情发展,强调严格遵医嘱服药,不随意增减或撤换药物的重要性。服洋地黄者应会识别其中毒反应并及时就诊;用血管扩张剂者改变体位时动作不宜过快,以防止发生直立性低血压。

5. 自我护理指导患者自我监测呼吸情况、体重,控制钠、水的摄入,保证对各项治疗护理行为的依从性。帮助患者做好心力衰竭的自我护理,做到:(1)感觉呼吸困难的时候不紧张;(2)控制液体摄入量(每日不超过1.5~2L);(3)白天适当休息;(4)出现以下现象时及时就医:感觉呼吸困难加剧,脚(腿)水肿比平时加重,一周内体重增加2kg,乏力感增加。

6. 心理支持 教育家属给予患者积极的支持,帮助患者树立战胜疾病的信心,保持情绪稳定。

【护理评价】

通过治疗和护理,患者心衰发生的病因、诱因得到控制或消除,达到:

- 1.呼吸正常,无发绀表现,肺部无啰音,血气指标恢复至正常水平;
- 2.能说出低盐饮食的重要性和服用利尿剂的注意事项,水肿、腹水消失;
- 3.疲乏、气急、虚弱感消失,活动时无不适感,活动耐力增加;

4.学会自测脉搏，未发生洋地黄中毒；

5.相应的心力衰竭知识增加，了解自己用药的名称、作用、用法、剂量和副作用，尤其是应能够识别地高辛、利尿剂的副作用；

6.积极寻求治疗，心理适应。

●急性心力衰竭患者的护理

急性心力衰竭(acute heart failure, AHF)是指由于心脏功能异常而出现的急性临床发作。无论既往有无心脏病史均可发生。临床上以急性左心衰竭较为常见，以急性肺水肿或心源性休克为主要表现，是临床最常见的急危重症之一，抢救是否及时合理与预后密切相关。

【护理评估】

(一) **健康史** 尽快追问患者及家属既往史、病因及诱发因素、治疗情况，及早诊断，进行抢救。

(二) **身体状况** 急性左心衰竭病情发展常极为迅速且危重。表现为突发严重呼吸困难，呼吸频率可达30~40次，端坐呼吸、频繁咳嗽、咳大量粉红色泡沫样痰，有窒息感而极度烦躁不安、恐惧，面色灰白或发绀，大汗、皮肤湿冷。肺水肿早期血压可一度升高，随后下降，如不能及时纠正，血压持续下降可致心源性休克。听诊两肺布满湿啰音和哮鸣音，心率增快，心尖部可闻及舒张期奔马律，肺动脉瓣第二心音亢进。

(三) **辅助检查** x线胸片显示以肺门为中心特有的蝴蝶形片状阴影。

(四) **心理—社会状况** 急性左心衰竭的患者，常表现出紧张和恐惧，护士要及时确定患者心理问题作好护理。

【常见护理诊断 / 问题】

1. 气体交换障碍 与肺静脉淤血有关。
2. 心输出量减少 与心肌功能降低，通气 / 血流比例失调致心排血量减少有关。
3. 潜在并发症：心源性休克。
4. 恐惧与呼吸困难产生濒死感有关。

【计划与实施】

(一)抢救准备与监测

1. 静脉通道至少开放 2 根静脉通道，并保持通畅。必要时可采用深静脉穿刺置管，以随时满足用药的需要。血管活性药物一般应用微量泵泵入，以维持稳定的速度和正确的剂量。

2. 环境准备保持室内适宜的温度、湿度，灯光柔和，环境幽静。

3. 病情监测严密观察患者呼吸频率、深度，意识，精神状态，皮肤颜色及温度，肺部啰音的变化，监测血气分析结果，对安置漂浮导管者应监测血流动力学指标的变化，以判断药物疗效和病情进展。准备、固定、维护好漂浮导管、深静脉置管、心电监护的电极和导联线、鼻导管或面罩、导尿管以及指端无创血氧仪测定电极等。

(二)改善气体交换

1. 体位静息时明显呼吸困难者应半卧位或端坐位，双腿下垂以减少回心血量，降低心脏前负荷。

2. 四肢交换加压四肢轮流绑扎止血带或血压计袖带，通常同一时间只绑扎三肢，每隔 15~20 分钟轮流放松一肢。血压计袖带的充气压力应较舒张压低 10mmHg，使动脉血流仍可顺利通过，而静脉血回流受阻。此法可降低前负荷，减轻肺淤血和肺水肿。

3. 吸氧通过氧疗将血氧饱和度维持在 95%~98%非常重要。予 6~8L/min 的高流量鼻导管吸氧，病情严重者可予面罩给氧或采用无气管插管的通气支持，包括持续气道正压通气((PAP)或无创性正压机械通气(NIPPV)，必要时可行机械通气辅助呼吸。给氧时在氧气湿化瓶内加入 50%的酒精，有助于消除肺泡内的泡沫。如患者不能耐受，可降低酒精浓度至 30%或给予间断吸入。

4. 氨茶碱对解除支气管痉挛有效，并有一定的正性肌力及扩血管、利尿作用，缓慢静注给药。

5. 保持呼吸道通畅急性肺水肿患者会咳大量粉红色泡沫痰，故护士应注意观察患者咳嗽、咳痰的情况，协助患者排痰，保持呼吸道通畅。

(三)增加心输出量

1. 洋地黄制剂尤其适用于快速心房颤动或已知有心脏增大伴左心室收缩功能不全的患者。可用毛花苷 C 0.4~0.8mg 稀释后静脉注射，推注速度宜缓慢，

同时应观察心电图变化。

2. 快速利尿剂如呋塞米 20~40mg 静注，4 小时后可重复 1 次。护士应注意观察并记录患者尿量。

3. 血管扩张剂 可选用硝普钠、硝酸甘油静脉滴注，根据血压调整剂量，使收缩压维持在 100mmHg 左右。要注意控制输液速度、监测血压变化，防止低血压的发生。硝普钠见光易分解为氰化物，故使用时应注意现用现配、避光滴注。

(四)减轻恐惧

1. 吗啡 吗啡 5~10mg 皮下注射或静注可使患者镇静，降低心率，同时扩张小血管而减轻心脏负荷，必要时间隔 15 分钟重复使用，共 2~3 次。但肺水肿伴颅内出血、神志障碍、慢性肺部疾病时禁用，年老体弱者应减量或改为肌注。使用吗啡应注意患者有无呼吸抑制、心动过缓。

2. 心理护理 肺水肿所致的呼吸困难常使患者感到紧张和恐惧，而恐惧可导致交感神经系统兴奋性增高，使呼吸困难加重。护士要向患者简要讲解本病的救治措施及使用监测设备的必要性。在抢救时医护人员必须保持镇静、操作熟练、忙而不乱，使患者产生信任、安全感。避免在患者面前讨论病情，以减少误解。必要时可留亲属陪伴患者，护士应与患者及家属保持密切联系，提供情感支持。

(五)监测出入量

肺淤血、体循环淤血及水肿明显者应严格限制饮水量和静脉输液速度，对无明显低血容量因素(大出血、严重脱水、大汗淋漓等)者的每天摄入液体量一般宜在 1500ml 以内，不要超过 2000ml。水出入量保持负平衡约 500ml / d，严重肺水肿者的水负平衡为 1000~2000ml / d，甚至可达 3000~5000ml / d，以减少水钠潴留和缓解症状。3~5 天后，如淤血、水肿明显消退，应减少水负平衡量，逐渐过渡到出入水量大体平衡。在水负平衡下应注意防止发生低血容量、低血钾和低血钠等。

(六)饮食护理

进易消化食物，避免一次大量进食，不要饱餐。在总量控制下，可少量多餐(6~8 次 / 日)。应用袢利尿剂情况下不要过分限制钠盐摄入量，以避免低钠血症，导致低血压。利尿剂应用时间较长的患者要补充多种维生素和微量元素。

【健康指导】

内容同慢性心力衰竭“健康指导”。

【护理评价】

通过治疗和护理，患者能否达到：

1. 患者的呼吸困难和缺氧得到改善，表现为动脉血气分析值正常，血氧饱和度 $>90\%$ ，呼吸平稳；
2. 未发生心源性休克，表现为生命体征平稳；
3. 患者对医疗护理的反映表现出平静和信任。

思考题

女性，71岁，因诊断为“风心病伴二尖瓣狭窄”30余年，多次住院。近1月来，患者因“心悸、呼吸困难、水肿、腹胀”，门诊以“慢性心力衰竭”收入院。查体：口唇发绀，不能平卧，稍活动即感劳累。坐位见颈静脉怒张，卧位加重。心界向两侧扩大，心音遥远，心率110次/分，杂音不明显，双肺湿啰音。肝肋下5指，剑突下8指，伴压痛，肝颈静脉回流征(+)。

1. 此患者心功能分级为（ ）
A. I级 B. II级 C. III级 D. IV级 E. 不能判断
2. 此时，对患者的活动指导正确的是（ ）
A. 绝对卧床休息 B. 严格限制一般体力活动 C. 适当下床活动 D. 可以进行一般日常自理活动 E. 不必严格限制活动
3. 该患者输液过程中突发严重气急，端坐呼吸，面色苍白、口唇发绀、大汗、满肺湿啰音、血压90/50mmHg，你考虑发生了什么情况（ ）
A. 肺栓塞 B. 急性左心衰 C. 心源性休克 D. 药物过敏 E. 以上都不对

三、冠状动脉粥样硬化性心脏病患者的护理

冠状动脉粥样硬化性心脏病 (coronary atherosclerotic heart disease)，简称冠心病，是由于冠状动脉粥样硬化，使血管腔狭窄、阻塞，和(或)因冠状动脉功能性改变(痉挛)导致心肌缺血缺氧或坏死而引起的心脏病，统称冠状动脉性心脏病，亦称缺血性心脏病。

根据冠状动脉病变的部位、范围、血管阻塞程度和心肌供血不足的发展速度、范围和程度的不同，将冠心病分为五种类型：无症状型心肌缺血；心绞痛型冠心病；心肌梗死型冠心病；缺血性心肌病型冠心病；猝死型冠心病。近年临

床趋于将本病分为急性冠脉综合征(acute coronary syndrome, ACS)和慢性冠脉病(chronic coronary artery disease, CAD)或称慢性缺血综合征(chronic ische—mic syndrome, CIS)两大类。前者包括不稳定型心绞痛(unstable angina, UA)、ST 段抬高心肌梗死、非 ST 段抬高心肌梗死,后者包括稳定型心绞痛、冠脉正常的心绞痛、无症状性心肌缺血和缺血性心力衰竭。

引起冠状动脉粥样硬化的原因是多方面的,即多种因素作用于不同环节,这些因素称为危险因素或易感因素。主要的危险因素为:血脂异常;血压增高;吸烟;糖尿病;年龄在 40 岁以上;糖尿病多伴有高脂血症;遗传因素;其他如肥胖,体力活动少,脑力活动紧张等。

本节将重点讨论“心绞痛”和“心肌梗死”两种类型。

●心绞痛患者的护理

心绞痛(angina pectoris)是冠状动脉供血不足,导致心肌急剧的、暂时的缺血与缺氧所引起的临床综合征。其特点为阵发性的前胸压榨性疼痛感觉,主要位于胸骨后部,可放射至心前区和左上肢,常发生于劳动或情绪激动时,持续数分钟,休息或用硝酸酯制剂后消失。

【护理评估】

(一)健康史

护士关注冠心病的危险因素,进行资料收集,了解发作前的诱因。患者常因体力劳动或情绪激动诱发,也可在饱餐、寒冷、阴雨天气、吸烟或休息时发作。护士需了解患者一般资料,包括年龄、职业、工作、环境、家庭情况,既往史及家族史。

(二)身体状况

1. 症状 以发作性胸痛为主要临床表现,疼痛的特点为:

(1)部位:位于胸骨体上段或中段之后方,可波及心前区,有手掌大小范围,界限不很清楚。常放射至左肩、左臂内侧达无名指和小指,或至咽、颈、背、上腹部等。

(2)性质:为压迫性不适或紧缩、发闷、堵塞、烧灼感,但无锐痛或刺痛,偶伴濒死感。休息或舌下含服硝酸甘油后 1~5 分钟内缓解。可数天、数周发作一次,亦可一日内多次发作。

2. 体征 平时一般无异常体征。心绞痛发作时常见面色苍白、表情焦虑、皮肤冷或出汗、血压升高、心率增快，有时心尖部可出现第四心音、一过性收缩期杂音。

(三) 辅助检查

1. 心电图检查 静息心电图约有半数患者为正常，亦可出现非特异性 ST 段和 T 波异常，也可能有陈旧性心肌梗死的改变。

心绞痛发作时常可出现暂时性心肌缺血性的 ST 段压低，有时出现 T 波倒置。变异型心绞痛发作时可出现 ST 段抬高。

运动负荷试验及 24 小时动态心电图检查可明显提高缺血性心电图的检出率，目前已作为常用的心电图检查。

2. 放射性核素检查 利用放射性铊心肌显像所示灌注缺损，提示心肌血流供血不足或消失区域，对心肌缺血诊断极有价值。如同时兼作运动负荷试验，则能大大提高诊断的阳性率；放射性核素铊心腔内血池显影，可测定左心室射血分数，显示室壁局部运动障碍。

3. 冠状动脉造影 选择性冠状动脉造影可使左、右冠状动脉及其主要分支得到清楚的显影。一般认为，管腔面积缩小 70%~75% 以上会严重影响血供，50%~70% 也有一定意义。本检查具有确诊价值，并对选择治疗方案及判断预后极为重要。

4. 其他 检查二维超声心动图可探测到缺血区心室壁的运动异常，冠状动脉内超声显像可显示血管壁的粥样硬化病变。

(四) 临床分型

心绞痛的临床分型有利于判断病情轻重，选择治疗措施，估计预后。参照世界卫生组织的“缺血性心脏病的命名及诊断标准”，可将心绞痛分为：

1. 劳力性心绞痛 心绞痛发作常由于体力劳动或其他增加心肌需氧量的因素而诱发，休息或含服硝酸甘油后可迅速缓解。其原因主要是冠状动脉狭窄使血流不能按需求相应地增加，出现心肌氧的供求不平衡。

(1) 稳定型心绞痛(stable angina)：与劳力性心绞痛在 1~3 个月内发作的诱因、发作次数、程度、持续时间、缓解方式等大致相同。

(2) 初发型心绞痛：过去未发作过，初次发生劳力性心绞痛的时间不足 1 个

月者；既往有稳定型心绞痛已长期未发作，而现在再次发生，时间不足 1 个月者。

(3) 恶化型心绞痛：原为稳定型心绞痛，近 3 个月内发作的频率、程度、时限、诱因经常变动，进行性恶化，含服硝酸甘油不易缓解。

2. 自发性心绞痛 心绞痛发作与心肌需氧量增加无明显关系，常与冠脉血流储备量减少有关。疼痛程度较重，时限较长，不易为硝酸甘油所缓解。

(1) 卧位型心绞痛：休息或熟睡时发作，常在半夜、偶在午睡时发生，含服硝酸甘油不易缓解。

(2) 变异型心绞痛：常在夜间或清晨发作，发作时伴有心电图相关导联 ST 段抬高，发作时间较长。为冠状动脉突然痉挛所致，患者迟早会发生心肌梗死。

(3) 急性冠状动脉功能不全：亦称中间综合征。常在休息或睡眠时发生，发作时间 30 分钟至 1 小时或以上，但无心肌梗死表现，常为心肌梗死的前奏。

(4) 梗死后心绞痛：急性心肌梗死发生后 1 个月内再发的心绞痛。

3. 混合性心绞痛具有劳力性和自发性两类心绞痛的特点，为冠状动脉狭窄使冠脉血流储备量减少，而这一血流储备量的减少又不固定，经常波动性地发生进一步减少所致。

临床上常将除稳定型劳力性心绞痛之外的以上所有类型的心绞痛及冠脉成形术后心绞痛、冠脉旁路术后心绞痛等归入“不稳定型心绞痛”。此外，恶化型心绞痛及各型自发性心绞痛又被称为“梗死前心绞痛”。

（五）心理—社会状况

心绞痛型冠心病患者大多数能生存很多年，但有发生急性心肌梗死或猝死的危险，所以很多患者会产生害怕、焦虑或认知不足情形；医学心理学研究提示，一些冠心病患者的性格特征是性情急躁、进取心和竞争性强、强制自己为成就而奋斗的 A 型性格。这些不良的心理反应与状态直接或间接地影响着病情的治疗、护理与预后。为此护士应耐心、细致地分析患者的心理状态，以及家庭、工作背景等影响因素，加强保健指导，实施有效的心理护理。

【常见护理诊断 / 问题】

1. 疼痛 与心肌缺血、缺氧有关。
2. 活动无耐力 与心肌氧的供需失调有关。
3. 潜在并发症 心肌梗死。

4. 知识缺乏 缺乏控制诱发因素及预防性药物应用知识。

【计划与实施】

心绞痛患者的治疗原则是改善冠状动脉的血供和减轻心肌的耗氧。经过治疗和护理：①患者的胸痛及早缓解；②护士及早发现并发症，并及时救治；③患者的活动耐力增加；④患者有关冠心病危险因素的知识增加，有效的控制诱发因素，降低不稳定心绞痛和心肌梗死的发生。

(一)缓解疼痛，预防并发症

1. 心绞痛发作时立即停止活动，卧床休息，安慰患者，解除紧张不安情绪。
2. 指导患者舌下含服硝酸甘油，以减少心肌耗氧量。
3. 给氧必要时给予氧气吸入。

4. 疼痛的观察 评估疼痛的部位、性质、程度、持续时间及诱发因素，严密观察血压、心率、心律变化和有无面色改变、大汗、恶心、呕吐等。告诉患者疼痛发作或加重时告诉护士，通知医生，做心电图，警惕心肌梗死的发生。

5. 药物治疗与护理 给予硝酸甘油或硝酸异山梨酯舌下含服，若服药后3~5分钟仍不缓解，可再服一片。对于心绞痛发作频繁或含服硝酸甘油效果差的患者，遵医嘱静滴硝酸甘油，监测血压及心率的变化，注意滴速的调节，并嘱患者及家属切不可擅自调节滴速，以免造成低血压。部分患者用药后可出现面部潮红、头部胀痛、头昏、心动过速、心悸等不适，应告诉患者是由于药物导致血管扩张造成的，以解除其顾虑。

(二)减轻心肌耗氧量，增加活动耐力

1. 减少或避免诱因 患者疼痛缓解后，与其一起讨论引起心绞痛发作的诱因，总结预防发作的方法。如避免过度劳累、情绪过分激动或悲伤、寒风刺激；调节饮食，特别是一次进食不应过饱；保持大便通畅；禁烟酒；保持心境平和，改变急躁易怒、争强好胜的性格等。

2. 制订活动原则 鼓励患者参加适当的体力劳动和体育锻炼，最大活动量以不发生疼痛症状为度。一般不需卧床休息，但对于初发型、恶化型、卧位型、变异型、梗死后心绞痛及急性冠状动脉功能不全，应予以卧床休息一段时间，并严密观察。按心绞痛发作的规律，在必要的体力活动前，舌下含服硝酸甘油预防发作。避免重体力劳动、竞赛性运动和屏气用力动作：推、拉、抬、举、用力排

便等；避免精神过度紧张的工作或过长的工作时间，以免诱发心绞痛。适当运动有利于侧支循环建立，从而提高患者的活动耐力。

3. 活动中不良反应的观察与处理 观察患者在活动中有无呼吸困难、胸痛、脉搏过快伴出冷汗等反应，一旦出现上述症状，应立即停止活动，并给予积极的处理，含服硝酸甘油、吸氧。

(三) 健康指导

1. 控制冠心病危险因素 告诉患者应摄入低热量、低脂、低胆固醇、低盐、高纤维素饮食，保持大便通畅，戒烟酒，肥胖者控制体重。调整日常生活与工作量，适当参加体力劳动和身体锻炼。预防和控制血压、高胆固醇血症。

2. 指导患者避免诱发心绞痛的因素及发作时应采取的方法。

3. 坚持按医嘱服药，自我监测药物副作用。如 β 受体阻滞剂与钙通道阻滞剂合用时有过度抑制心脏的危险，应密切注意脉搏，发生心动过缓时应暂停服药并到医院就诊。外出时随身携带硝酸甘油以应急；在家中，硝酸甘油应放在易取之处，用后放回原处，家人也应知道药物的位置，以便需要能及时找到。此外，硝酸甘油见光易分解，应放在棕色瓶中，6个月更换1次，以防药物受潮、变质而失效。

4. 定期进行心电图、血糖、血脂检查，积极治疗高血压、糖尿病、高脂血症。

5. 告诉患者洗澡时应让家属知道，且不宜在饱餐或饥饿时进行，水温勿过冷过热，时间不宜过长，门不要上锁，以防发生意外。

6. 嘱患者如出现疼痛较以往频繁、程度加重、服用硝酸甘油不易缓解等情况时，应即刻由家属护送到医院就诊，警惕心肌梗死的发生。

【护理评价】

经过治疗和护理，患者是否能达到：①心绞痛次数减少，程度减轻；②患者活动时，不出现缺氧的体征，表现为脉搏、血压、呼吸正常；③患者主诉了解心绞痛的疾病过程及其诱发因素，以及所用药物的名称、用法、作用和副作用。

心肌梗死患者的护理

心肌梗死(myocardial infarction)是心肌缺血性坏死，指在冠状动脉病变的基础上，发生冠状动脉供血急剧减少或中断，使相应的心肌严重而持久地缺血

导致心肌坏死。临床上表现为持久的胸骨后剧烈疼痛、发热、白细胞计数及心肌酶增高、心电图进行性改变；可发生心律失常、休克或心力衰竭，属冠心病的严重类型。

本病男性多于女性，男女之比约为(2~5):1，40岁以上占绝大多数。冬春两季发病较多，北方地区较南方地区为多。其发病的危险因素有原发性高血压、高脂血症、糖尿病、吸烟等。

【护理评估】

(一)健康史

应重点评估冠心病的危险因素及临床表现，如患者的性别、年龄、职业；工作环境、家庭情况；有无高脂血症、高血压、糖尿病、吸烟、肥胖等危险因素。此次胸痛发作的特征，并与以往心绞痛发作相比较，尤其是其剧烈程度、持续时间，有无伴随症状，是否伴有心律失常、休克，心力衰竭等。

(二)身体状况

与梗死的大小、部位、侧支循环情况密切相关：

(1)先兆 大多数患者在起病前数日至数周有乏力、胸部不适、活动时心悸、气急、烦躁等前驱症状，其中以初发型心绞痛或恶化型心绞痛最为突出。心绞痛发作较以往频繁，程度较重，时间较长，硝酸甘油疗效较差，诱发因素不明显。心电图呈现明显缺血性改变。及时处理先兆症状，可使部分患者避免发生心肌梗死。

2. 症状

(1)疼痛：为最早出现的症状。其性质和部位与心绞痛相似，但多无明显诱因，且常发生于安静时，程度更剧烈，呈难以忍受的压榨、窒息或烧灼样，伴有大汗、烦躁不安、恐惧及濒死感，持续时间可长达数小时或数天，休息和服硝酸甘油多不能缓解。部分患者疼痛可向上腹部、下颌、颈部、背部放射而被误诊。少数急性心肌梗死患者可无疼痛，一开始即表现为休克或急性心力衰竭。

(2)全身症状：有发热，体温一般在38℃左右，持续约1周。伴心动过速或过缓。

(3)胃肠道症状：疼痛剧烈时常伴有频繁的恶心、呕吐和上腹胀痛，肠胀气亦不少见。重症者可发生呃逆。

3. 体征

(1) 心脏体征：心脏浊音界可正常或轻至中度增大。心率多增快，也可减慢；心律不齐；心尖部第一心音减弱，可闻及第四心音奔马律；部分患者在心前区可闻及收缩期杂音或喀喇音，为二尖瓣乳头肌功能失调或断裂所致；亦有部分患者在起病 2~3 天出现心包摩擦音，为反应性纤维性心包炎所致。

(2) 血压：除极早期血压可增高外，几乎所有患者都有血压降低。

(3) 其他：当伴有心律失常、休克、心力衰竭时可出现相应的体征。重者出现肺水肿，随后可发生颈静脉怒张、肝大、水肿等右心衰体征。

(三) 辅助检查

1. 心电图 急性透壁性心肌梗死的心电图常有特征性改变及动态演变过程。

(1) 特征性改变：急性期可见异常的深而宽的 Q 波(反映心肌坏死)，ST 段呈弓背向上明显抬高(反映心肌损伤)及 T 波倒置(反映心肌缺血)。

(2) 动态性演变：急性心肌梗死的心电图演变过程为抬高的 ST 段可在数日至 2 周内逐渐回到基线水平；T 波倒置加深呈冠状 T，此后逐渐变浅、平坦，部分可恢复直立；Q 波大多永久存在。

此外，可根据特征性心电图改变的导联数来进行心肌梗死的定位诊断。如 V₁、V₂、V₃ 导联示前间壁心梗；V₁~V₅ 导联示广泛前壁心梗；II、III、aVF 导联示下壁心梗；I、aVL 导联示高侧壁心梗。

(3) 心律失常：各种心律失常中以室性心律失常最多，尤其是室性期前收缩。频发的、成对出现的、多源性或呈 R—on—T 现象的室性期前收缩以及短阵室性心动过速常为心室颤动的先兆；室颤是急性心肌梗死早期，特别是入院前主要的死因；下壁梗死易发生房室传导阻滞。

2. 超声心动图 可了解心室各壁的运动情况，评估左心室梗死面积，测量左心功能，诊断室壁瘤和乳头肌功能不全，为临床治疗及判断预后提供重要依据。

3. 放射性核素检查 可显示心肌梗死的部位与范围，观察左心室壁的运动和左心室的射血分数。目前多用单光子发射计算机化体层显像(SPECT)来检查；正电子发射计算机体层扫描(GPET)可观察心肌的代谢变化，更好地判断心肌的死活，为一种新的检查方法。

4. 实验室检查

(1) 白细胞总数增高，红细胞沉降率增快，可持续 1~3 周。

(2) 血心肌坏死标记物增高：心肌肌红蛋白和肌钙蛋白增高被认为是反映急性心肌梗死更具敏感性和特异性的生化指标。

(3) 血清心肌酶：血清肌酸激酶(CK)可在起病后 6 小时以内升高，24 小时达高峰；3~4 天恢复正常；天门冬氨酸氨基转移酶(AST)在起病 6~12 小时内升高，24~48 小时达高峰，3~6 天后恢复正常；乳酸脱氢酶(LDH)起病 8~10 小时后升高，2~3 天达到高峰，1~2 周后恢复正常。其中 CK 的同工酶 CK-MB 和 LDH 的同工酶对诊断的特异性最高，CK-MB 增高的程度能较准确地反映心肌梗死的范围，其高峰出现时间是否提前有助于判断溶栓治疗是否成功。

(四)心理-社会状况

患者性格与心理状态是否为 A 型性格；急性心肌梗死时胸痛程度异常剧烈，可伴有濒死感，由此产生恐惧心理；由于心肌坏死使患者自理能力和活动耐力大大下降；患者易产生焦虑。此外，患者入院后住冠心病监护病房，常需在短时间内进行一系列检查和治疗，如心电监护、吸氧、多次抽血、反复给药等，这些都是患者从未经历过的，进一步增加了患者的焦虑或恐惧，迫切希望获得良好的医疗与护理，以便转危为安。

【常见护理诊断 / 问题】

1. 潜在并发症：心律失常、心力衰竭、心源性休克。
2. 疼痛 与心肌缺血坏死有关。
3. 活动无耐力 与氧的供需失调有关。
4. 焦虑 与害怕死亡、担心预后有关。

【计划与实施】

急性心肌梗死的治疗原则是保护和维持心脏功能，以挽救濒死的心肌、防止梗死扩大或缩小心肌缺血范围，尽快恢复心肌的血液灌注，及时发现和处理各种并发症，防止猝死。经过治疗和护理，患者能够：①在急性期间并发症能被及时发现和处理；②胸痛症状迅速缓解或减轻；③可按照活动计划进行活动，活动耐力逐渐增加；④能采取正确的方法应对焦虑或恐惧；⑤能了解心肌梗死的预防知识和康复知识，以提高生活质量。

(一)恢复心肌的血液灌注，保护和维持心脏功能

1. 缓解疼痛，减轻心肌耗氧

(1)迅速建立静脉通道，保持输液通畅。遵医嘱给予吗啡或哌替啶止痛，给予硝酸甘油或硝酸异山梨酯，烦躁不安者可肌注地西洋，并及时询问患者疼痛及其伴随症状的变化情况，注意有无呼吸抑制、脉搏加快等不良反应，随时监测血压的变化。

(2)给氧：给予持续鼻导管或面罩吸氧，4~10L/min，以增加心肌氧的供应。

(3)休息：绝对卧床休息，包括精神和体力休息。保持环境安静，限制探视，减少干扰。告诉患者这样做的目的是减少心肌氧耗量，有利于缓解疼痛。

2. 严密监护，及早发现并发症 急性期持续心电监护，及时发现和评估心律失常的性质，如频发室性期前收缩，多源性的、成对的呈R-on-T现象的室性期前收缩或严重的房室传导阻滞时，应立即通知医师，遵医嘱使用利多卡因等药物，警惕室颤或心脏停搏的发生。准备好急救药物和抢救设备如除颤器、起搏器等，随时准备抢救。

3. 再灌注心肌治疗与护理 起病3~6小时最多在12小时内，使闭塞的冠状动脉再通，心肌得到再灌注，濒临坏死的心肌可能得以存活或使坏死范围缩小，对梗死后心肌重塑有利。

(1)溶栓治疗(thrombolytic therapy)的护理

1)常用的溶栓剂有尿激酶(UK)、链激酶(SK)和组织性纤维蛋白酶原激活剂(t-PA)。其护理包括：询问患者是否有脑血管病病史、活动性出血、消化性溃疡、近期大手术或外伤史等溶栓禁忌证；溶栓前先检查血常规、血小板、出凝血时间和血型，配血备用；准确、迅速地配制并输注溶栓药物；观察患者用药后有无寒战、发热、皮疹等过敏反应，是否发生皮肤、黏膜及内脏出血等副作用，一旦出血严重应立即中止治疗，紧急处理。使用溶栓药物后，应定时描记心电图、抽血查心肌酶，询问患者胸痛有无缓解。

2)溶栓后可根据下列指标间接判断溶栓是否成功：①胸痛2小时内基本消失；②心电图抬高的ST段于2小时内回降>50%；③2小时内出现再灌注性心律失常；④血清CK-MB酶峰值提前出现(14小时以内)，或根据冠状动脉造影直接判断冠脉是否再通。

(2)介入治疗(PCI)及护理, 详见循环系统概论相关章节。

4. 饮食护理 进食不宜过饱, 可少量多餐, 食物以含必需的热量和营养, 易消化、低钠、低脂的流质或半流质为宜。患者卧床期间护士协助其洗漱、进食。

5. 排便护理 首先评估患者排便状况如排便次数、性状、排便难易程度, 平时有无习惯性便秘, 是否已服通便药物, 是否适应床上排便等。指导患者采取通便措施如进食清淡易消化含纤维素丰富的食物; 每日清晨给予蜂蜜 20ml 加适量温开水同饮; 适当腹部按摩(按顺时针方向)以促进肠蠕动; 遵医嘱给予通便药物如麻仁丸、果导等。嘱患者勿用力排便, 患者卧床期间, 护士协助其大小便及个人卫生等生活护理; 病情允许时, 尽量使用床边坐便器, 必要时含服硝酸甘油, 使用开塞露。向患者解释床上排便对控制病情的重要意义。指导患者不要因怕弄脏床单而不敢在床上排便, 或因为怕床上排便而不敢进食, 从而加重便秘的危险。患者排便时应提供隐蔽条件, 如屏风遮挡。

(二)并发症的观察与护理

1. 心律失常 见于 75%~95%的患者, 多发生在起病的 1~2 天内, 尤以 24 小时内最多见, 可伴乏力、头晕、晕厥等症状。监测电解质和酸碱平衡状况, 因电解质紊乱或酸碱平衡失调时更容易并发心律失常。

2. 低血压和休克 疼痛期血压下降常见, 未必是休克。休克多在起病后数小时至 1 周内发生, 发生率约为 20%, 主要是心源性休克。患者表现为面色苍白、皮肤湿冷、收缩压低于 80mmHg, 脉搏细而快、大汗淋漓、烦躁不安、尿量减少, 严重者可出现昏迷。近年来由于早期采用冠状动脉再通的措施, 使心肌坏死的面积及时缩小, 从而使休克的发生率大幅度下降。

3. 心力衰竭 主要为急性左心衰竭, 可在起病最初几天内发生, 或在疼痛、休克好转阶段出现, 为梗死后心肌收缩力显著减弱或不协调所致。患者表现为呼吸困难、咳嗽、烦躁、发绀等, 其发生率为 32%~48%。右心室心肌梗死者可一开始即出现右心衰竭表现, 伴血压下降。密切观察患者有无呼吸困难、咳嗽、咳痰、尿少等表现, 听诊肺部有无湿性啰音; 避免情绪烦躁、饱餐、用力排便等可加重心脏负担的因素。详见心力衰竭患者的护理。

4. 乳头肌功能失调或断裂 总发生率可高达 50%。二尖瓣乳头肌因缺血、坏死等使收缩功能发生障碍, 造成二尖瓣脱垂及关闭不全。轻者可以恢复, 重者

可严重损害左心功能致使发生急性左心衰竭，最终导致死亡。一旦发生，则按急性心力衰竭进行护理。

(1) 立即让患者端坐或半卧位，两腿下垂，以减少静脉回流。

(2) 密切观察患者神志、出汗、发绀、尿量、咳痰、心率、心律、呼吸、血压及末梢循环情况，随时报告病情变化。

(3) 遵医嘱给予药物治疗，严格掌握输液速度，准确记录出入量。

5. 栓塞 发生率为1%~6%，见于起病后1~2周，如为左心室附壁血栓脱落所致，则引起脑、肾、脾或四肢等动脉栓塞。由下肢静脉血栓脱落所致，则产生肺动脉栓塞。为预防静脉血栓形成和肺动脉栓塞，可用肝素抗凝治疗。使用前要注意患者是否有出血病史、消化性溃疡或肝功能不全。使用过程中监测患者出凝血时间，注意有无黏膜出血等。

(三) 心理护理

当患者胸痛剧烈时，应有一名护士陪伴在患者身旁，避免只忙于抢救而忽略患者的感受，允许患者表达出内心的感受，接受患者的行为反应如呻吟、易激怒等。医护人员应以一种紧张但有条不紊的方式进行工作，不要表现出慌张而忙乱，以免患者产生不信任感和不安全感，更不要在患者面前讨论其病情。

(四) 活动及康复训练指导，促进心脏康复

1. 评估进行康复治疗的适应证 其适应证为：生命体征平稳，无明显心绞痛，安静时心率低于110次/分，无严重心律失常、心力衰竭和心源性休克。

2. 解释合理活动的意义 向患者解释急性期卧床休息可减轻心脏负荷，减少心肌氧耗量，缩小梗死范围，有利于心功能的恢复；病情稳定后逐渐增加活动量可促进侧支循环的形成，提高活动耐力，防止深静脉血栓形成、便秘、肺部感染等并发症。活动耐力的恢复是一个渐进的过程，既不能操之过急、过度活动，也不能因担心病情而不活动。

3. 指导患者进行康复训练 根据病情和患者活动过程中的反应，逐渐增加活动量、活动持续时间和次数。若有并发症，则应适当延长卧床时间。

开始进行训练时，必须在医务人员监测下进行，最好有心电监护。运动以不引起任何不适为度，心率增加10~20次/分为正常反应，运动时心率增加小于10次/分，可加大运动量，进入高一阶段的训练。若运动时心率增加超过

20 次 / 分，收缩压降低超过 15mmHg，出现心律失常或心电图 ST 段缺血型下降 ≥ 0.1 mV 或上升 ≥ 0.2 mV 则应退回到前一运动水平，若仍不能纠正，应停止活动。

(五) 健康指导

1. 指导患者掌握积极预防和控制冠心病的危险因素的预防保健知识，如控制高血脂、高血压，提倡低脂、低胆固醇饮食，控制体重，肥胖者限制热量摄入，减轻体重；调整生活方式，戒烟酒；克服急躁、焦虑情绪，保持乐观、平和的心情；平时避免饱餐，防止便秘；坚持服药，定期复查等。

2. 告诉家属，患者生活方式的改变需要家人的积极配合与支持，家属应给患者创造一个良好的身心休养环境。学会识别心绞痛和心肌梗死区别的简单知识。指导患者和家属备有医院急救电话，知道心肌梗死发作时的救助方法，宜立即将患者送到最近的医院或叫救护车运送。运送过程中尽可能不让患者用力。

3. 建议患者出院后继续康复门诊随访，进行康复治疗。一般分阶段循序渐进增加活动量，提倡小量、重复、多次运动，适当的间隔休息，可以提高运动总量而避免超过心脏负荷。活动内容包括个人卫生、家务劳动、娱乐活动、步行活动(是应用最广泛的方法)，避免剧烈运动、竞技性活动、举重或活动时间过长。患者在上下两层楼或步行 2 千米而无任何不适时，可以恢复性生活。经 2~4 个月的体力活动锻炼后，酌情恢复部分或轻工作，以后部分患者可恢复全天工作，但对重体力劳动、驾驶员、高空作业及其他精神紧张或工作量过大的工种应予更换。

4. 指导患者遵医嘱服用 β 受体阻滞剂、血管扩张剂、钙通道阻滞剂、降血脂药及抗血小板药物等。

【护理评价】

经过治疗和护理，患者是否能达到：①心律失常、心力衰竭、心源性休克等并发症能被及时发现和救治；②患者主诉疼痛程度减轻或消失；③焦虑程度减轻，表现为精神放松，积极配合治疗；④能按照活动计划进行活动，主诉进行活动时耐力逐步增加；⑤患者能说出心肌梗死的预防保健知识，及治疗用药的作用、副作用和注意事项。

思考题

患者，男性，56 岁。晚餐后突然感到胸骨后剧烈疼痛，伴呕吐、冷汗

和濒死感、极度恐惧。立即急诊就诊，ECG 示 II、III、aVF 导联 ST 段弓背向上抬高，并有深而宽的 Q 波，I、aVL 导联 ST 段压低，偶见室性早搏。急诊以急性心肌梗死并立即行冠状动脉介入治疗术（PCI）后入院。入院后，患者疼痛明显减轻，各项生命体征正常，情绪较紧张。遵医嘱给予低分子肝素皮下注射及其它常规治疗、护理。

根据此病例请回答

1. 在急诊就诊期间，为缓解疼痛与恐惧，下列哪种药物为首选用药（ ）
A. 硝酸甘油 B. 消心痛 C. 颅痛定 D. 吗啡 E. 安定
2. 实施再灌注心肌治疗的最佳时机是（ ）
A. 1-2h B. 2-3h C. 3-4h D. 4-6h E. 3-6h
3. 入院当天对患者的健康指导不恰当的是（ ）
A. 卧床休息 B. 床上适量活动 C. 可下床活动 D. 进食清淡、易消化食物 E. 少量多餐

四、慢性阻塞性肺疾病

慢性阻塞性肺疾病（chronic obstructive pulmonary disease, COPD）是一种具有气流受限特征的可以预防和治疗的疾病，气流受限不完全可逆，呈进行性发展。COPD 主要累及肺脏，也可引起肺外的不良效应。

1. COPD 流行病学特点

COPD 居全球死亡原因的第四位，在我国居死亡原因的第三位，居农村死因的首位。据对我国 7 个地区 20245 名成人的调查数据显示，COPD 的患病率占 40 岁以上人群的 8.2%。由于 COPD 可引起肺功能进行性减退，严重影响病人的劳动力和生活质量，从而造成巨大的社会经济负担。世界银行/世界卫生组织的研究报告指出，至 2020 年，COPD 将位居世界疾病经济负担的第五位。COPD 与慢性支气管炎及肺气肿密切相关。慢性支气管炎指除外慢性咳嗽的其他各种原因后，病人每年慢性咳嗽、咳痰达 3 个月以上，并连续 2 年，不一定伴有气流受限。肺气肿指肺部远端的气室到末端的细支气管出现异常持久的扩张，并伴有肺泡壁和细

支气管的破坏而无明显肺纤维化。当慢性支气管炎和（或）肺气肿病人肺功能检查出现气流受限并且不能完全可逆时，则诊断为 COPD。如病人只有慢性支气管炎和（或）肺气肿，而无气流受限，则不能诊断为 COPD，支气管哮喘也具有气流受限，但支气管哮喘是一种特殊的气道炎症性疾病，其气流受限具有可逆性，故不属于 COPD。

2. COPD 的危险因素

确切的病因尚不清楚，COPD 的有关危险因素包括个体易感因素及环境因素，两者相互影响。

(1) 吸烟 为重要的发病因素，吸烟者慢性支气管炎的患病率比不吸烟者高 2~8 倍，吸烟时间越长，吸烟量越大，COPD 患病率越高。烟草中的焦油、尼古丁和氢氰酸等化学物质可损伤气道上皮细胞，至纤毛运动障碍和巨噬细胞吞噬功能下降，促使支气管黏液腺和杯状细胞增生肥大，黏液分泌增多，使气道净化能力下降。还可使氧自由基产生增多，诱导中性粒细胞释放蛋白酶，破坏肺弹力纤维，诱发肺气肿形成。

(2) 职业粉尘和化学物质 接触职业粉尘及化学物质，如烟雾、变应原、工业废气及室内空气污染等，浓度过高或时间过长时，均可导致 COPD 的发生。

(3) 空气污染 大气中的二氧化硫、二氧化氮、氯气等有害气体及微小颗粒物可损伤气道粘膜上皮，使纤毛清除功能下降，黏液分泌增加，并为细菌感染创造条件。

(4) 感染因素 与慢性支气管炎类似，感染亦是 COPD 发生发展的重要因素之一。

(5) 蛋白酶-抗蛋白酶失衡 蛋白水解酶对组织有损伤和破坏作用；抗蛋白酶对弹性蛋白酶等多种蛋白酶有抑制功能，其中 α_1 -抗胰蛋白酶（ α_1 -AT）是活性最强的一种。蛋白酶增多或抗蛋白酶不足均可导致组织结构破坏，导致肺气肿。吸入有害气体、有害物质可以导致蛋白酶产生增多或活性增强，而抗蛋白酶产生减少或灭活加快；同时氧化应激、吸烟等危险因素也可以降低抗蛋白酶的活性。先天性 α_1 -抗胰蛋白酶缺乏，多见北欧血统的个体，我国尚未见正式报道。

(6) 氧化应激 有许多研究表明，COPD 病人的氧化应激增加。氧化物可直

接作用并破坏许多生化大分子，导致细胞功能障碍或细胞死亡。氧化应激还可以破坏细胞外基质、引起蛋白酶-抗蛋白酶失衡、促进炎症反应。

(7) 炎症机制 气道、肺实质及肺血管的慢性炎症是 COPD 的特征性改变，中性粒细胞、巨噬细胞、T 淋巴细胞等炎症细胞均参与了 COPD 发病过程。中性粒细胞的活化和聚集是 COPD 炎症过程的一个重要环节。

(8) 其他 如自主神经功能失调、营养不良、气温变化等都有可能参与 COPD 的发生、发展。

3. COPD 的诊断和评估

症状 起病缓慢，病程较长，反复急性发作。

主要症状：

(1)慢性咳嗽 常晨间咳嗽明显，夜间有阵咳或伴有排痰，随病程发展，咳嗽可终身不愈。

(2)咳痰 清晨排痰较多，一般为白色粘液或浆液性泡沫痰，偶可带血丝。急性发作期痰量增多，可有脓性痰。

(3)气短或呼吸困难 早期在劳累时出现，逐渐加重，以致在日常活动甚至休息时也感到气短、是 COPD 的标志性症状。

(4)喘息和胸闷 重度病人或急性加重时可出现喘息。

(5)其他 晚期病人有体重下降，食欲减退等。

体征

早期可无异常，随疾病进展出现以下体征：视诊有桶状胸，呼吸变浅、频率增快，严重者可有缩唇呼吸等。触诊语颤减弱。叩诊呈过清音，心浊音界缩小，肺下界和肝浊音界下降。听诊两肺呼吸音减弱、呼气延长，部分病人可闻及湿性啰音和（或）干性啰音。

COPD 病程分期

COPD 的病程可以根据病人的症状和体征的变化分为：①急性加重期：是指在疾病发展过程中，短期内出现咳嗽、咳痰、气短和（或）喘息加重、痰量增多，呈脓性或粘液脓性痰，可伴发热等症状。②稳定期：指病人咳嗽、咳痰、气短等症状稳定或较轻。

COPD 并发症

COPD 可并发慢性呼吸衰竭、自发性气胸、慢性肺源性心脏病等。

诊断

主要根据存在吸烟等高危因素、临床症状、体征及肺功能检查等综合分析确定。不完全可逆的气流受限是 COPD 诊断的必备条件。吸入支气管舒张药后 FEV1 / FVC < 70% 及 FEV1 < 80% 预计值可确定为不完全可逆的气流受限。有少数病人无咳嗽、咳痰症状，仅在肺功能检查时 FEV1 / FVC < 70%。除外其他疾病后，亦可诊断 COPD。

4. COPD 患者的社区管理

(1) 信息系统管理 建立社区 COPD 患者健康资料，提醒患者遵医嘱服药，定期参加社区组织的健康教育活动及复诊；

(2) 药物治疗 对需终身替代治疗者，向患者解释终身坚持服药的必要性。COPD 严重的患者应严格控制药物剂量，要对各项指标进行检验，了解其实际情况后再确定药量。患者若自我感受到头晕、心慌、胸闷、喘息等状况都需要及时就医。

(3) 生活干预 由于患者通常表现为疲劳乏力、头晕目眩、喘息、口唇发绀，平常应多加休息。同时，对于活动能力有限、心功能弱者应及时进行检查，以缓解患者身体上的疲劳。患者需要提前掌握大致的天气情况，随时增添衣被，以避免因免疫力低下而受到感冒病毒的侵袭。当进食出现问题时，可以选用高热量、高维生素、高蛋白的食物，以维持正常生命活动所需的基本营养成分。

5. COPD 患者的健康指导

(1) 疾病预防指导 戒烟是预防 COPD 的重要措施，应对吸烟者采取多种宣教措施劝导戒烟。避免或减少有害粉尘、烟雾或气体的吸入，防治呼吸道感染对预防 COPD 也十分重要。对于患有慢性支气管炎的病人应指导其进行肺通气功能的监测，及早发现慢性气流阻塞，及时采取措施。

(2) 疾病知识指导 教会病人和家属依据呼吸困难与活动之间的关系，判断呼吸困难的严重程度，以便合理安排工作和生活。使病人理解康复锻炼的意义，发挥病人的主观能动性，制定个体化锻炼计划，进行腹式呼吸或缩唇呼吸训练以及步行、慢跑、气功等体育锻炼。指导病人识别使病情恶化的因素，吸烟者戒烟能有效延缓肺功能进行性下降，在呼吸道传染病流行期间，尽量避免到人群密集

的公共场所。潮湿、大风、严寒气候时避免室外活动，根据气候变化及时增减衣物，避免受凉感冒。

(3) 饮食指导 呼吸功的增加可使热量和蛋白质消耗增多，导致营养不良。应制定高热量、高蛋白、高维生素的饮食计划，正餐进食量不足时，应安排少量多餐，避免在餐前和进餐时过多饮水。腹胀的病人应进软食。避免进食产气食物，如汽水、啤酒、豆类、马铃薯和胡萝卜等；避免易引起便秘的食物，如油煎食物、干果、坚果等。

(4) 心理指导 引导病人适应慢性病并以积极的心态对待疾病，培养生活兴趣，如听音乐、养花种草等爱好，以分散注意力，减少孤独感，缓解焦虑、紧张的精神状态。

(5) 家庭氧疗指导 护士应指导病人和家属做到：①了解氧疗的目的、必要性及注意事项；②注意安全。供氧装置周围严禁烟火，防止氧气燃烧爆炸；③氧疗装置定期更换、清洁、消毒。

思考题

1. COPD 患者社区管理包括哪些？
2. 如何对 COPD 患者进行健康指导？

参考书目

1. 尤黎明，吴瑛. 内科护理学. 第 5 版. 人民卫生出版社，2015

五、肺炎

肺炎 (pneumonia) 指终末气道、肺泡和肺间质的炎症，可由多种病因引起，如感染、理化因素、免疫损伤等。

按病因分类 病因学分类对于肺炎的治疗有决定性意义。

①细菌性肺炎：是最常见的肺炎，病原菌为：肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌、甲型溶血性链球菌等需氧革兰阳性球菌；肺炎克雷伯杆菌、流感嗜血杆菌、铜绿假单胞菌等需氧革兰氏阴性杆菌；棒状杆菌、梭形杆菌等厌氧杆菌。

②非典型病原体所致肺炎：常由支原体、军团菌和衣原体等引起。

③病毒性肺炎：由冠状病毒、腺病毒、呼吸道合胞病毒、流感病毒等引起。

④真菌性肺炎：由白念珠菌、曲菌、放线菌等引起。

⑤其他病原体所致肺炎：由立克次体、弓形虫、原虫（如卡氏肺囊虫）、寄生虫（如肺包虫、肺吸虫）等引起。

⑥理化因素所致肺炎：放射性损伤可引起放射性肺炎；胃酸吸入可引起化学性肺炎，吸入刺激性气体、液体等化学物质亦可引起化学性肺炎。

按患病环境分类 由于病原体检出在技术及实施上有时存在困难，结果报告相对滞后，且不同环境下肺炎病原体的分布和患病后的临床表现有各自不同的特点，处理和预后也有差异。因此，按患病环境分类可协助肺炎的诊治，已广泛应用临床。

①社区获得性肺炎（community acquired pneumonia, CAP）：也称医院外获得性肺炎，是指在医院外患的感染性肺实质炎症，包括有明确潜伏期的病原体感染而在入院后平均潜伏期内发病的肺炎。传播途径为吸入飞沫、空气或血源传播。肺炎链球菌仍为最主要的病原体，非典型病原体所占比例在增加，耐药菌普遍。

②医院获得性肺炎（hospital acquired pneumonia HAP）：简称医院内肺炎，指病人在入院时既不存在、也不处于潜伏期，而是在住院 48 小时后发生的感染，也包括出院后 48 小时内发生的肺炎。其中以呼吸机相关肺炎最为多见，治疗和预防较困难。误吸口咽部定植菌是 HAP 最主要的发病机制。常见病原体为铜绿假单胞菌、大肠杆菌、肺炎克雷伯杆菌、金黄色葡萄球菌、肺炎链球菌、流感嗜血杆菌等。除了医院，在老年护理院和慢性病护理院生活的人群肺炎易感性亦高，临床特征和病因学分布介于 CAP 和 HAP 之间，可按 HAP 处理。

按解剖分类

①大叶性肺炎：致病菌以肺炎链球菌最为常见。病原体先在肺泡引起炎症，经肺泡间孔（Cohn 孔）向其他肺泡扩散，致使病变累及部分肺段或整个肺段、肺叶，又称肺泡性肺炎。主要表现为肺实质炎症，通常不累及支气管。

②小叶性肺炎：致病菌有肺炎链球菌、葡萄球菌、病毒、肺炎支原体等。病变起于支气管或细支气管，继而累及终末细支气管和肺泡，又称支气管性肺炎。X 线显示病灶融合成不规则的片状或大片状阴影，密度深浅不一，且不受肺叶和肺段限制，区别于大叶性肺炎。

③间质性肺炎：可由细菌、支原体、衣原体、病毒或肺孢子菌等引起。是以

肺间质为主的炎症，病变主要累及支气管壁及其周围组织。由于病变在肺间质，呼吸道症状较轻，异常体征较少。X线通常表现为肺下部的不规则条索状阴影。

1. 肺炎流行病学特点

肺炎是呼吸系统的常见病，尽管新的强效抗生素和有效的疫苗不断投入临床应用，但其发病率和病死率仍很高，其原因可能在于人口老龄化、病原体的变迁、医院获得性肺炎发病率增高、病原学诊断困难和不合理应用抗生素引起细菌耐药性增高。

2. 肺炎的危险因素

以感染为最常见病因，如细菌、病毒、真菌、寄生虫等，还有理化因素、免疫损伤、过敏及药物等因素。

3. 肺炎的诊断和评估

(1) 确定肺炎诊断 根据症状、体征、实验室及胸部X线等检查可确定肺炎诊断。

1) 症状和体征：一般急性起病，典型表现为突然畏寒、发热，或先有短暂“上呼吸道感染史，随后咳嗽、咳痰或原有呼吸道症状加重，并出现脓性痰或血痰，伴或不伴胸痛。病变范围大者可有呼吸困难、发绀。早期肺部体征不明显，典型体征为肺实变体征、湿罗音。

2) 患病及治疗经过：询问与本病发生相关的因素，如有无着凉、淋雨、劳累等诱因；有无上呼吸道感染史；有无慢性阻塞性肺疾病、糖尿病等慢性基础疾病；是否吸烟及吸烟量；是否长期使用激素、免疫抑制剂等。

3) 目前病情与一般状况：确定病人现存的主要症状，有无寒战、高热、咳嗽、咳痰、胸痛等；患病后日常活动与休息、饮食、排便是否规律。

(2) 身体评估

1) 一般状态：有无生命体征异常，如呼吸频率加快和节律异常、血压下降、体温升高或下降等；判断病人意识是否清楚，有无烦躁、嗜睡、惊厥和表情淡漠等意识障碍；观察病人有无急性病容和鼻翼扇动等表现。

2) 皮肤、淋巴结：有无口唇发绀、皮肤黏膜出血、浅表淋巴结肿大。

3) 胸部：病人呼吸时有无三凹征；叩诊有无浊音；听诊可否闻及肺泡呼吸音减弱或消失、异常支气管呼吸音、胸膜摩擦音和干、湿啰音等。

4. 肺炎患者的社区管理

(1) 信息系统管理 建立社区肺炎患者健康资料，提醒患者遵医嘱服药，定期参加社区组织的健康教育及复诊。

(2) 营养与膳食指导 提供足够热量、蛋白质和维生素的流质或半流质食物，以补充高热引起的营养物质消耗。鼓励病人多饮水，以保证足够的入量并有利于稀释痰液。

(3) 适量运动 患者应坚持进行有氧运动，如慢跑、散步等，禁止剧烈运动或较重的体力工作或活动，养成良好的生活习惯。发热患者应卧床休息。

5. 肺炎健康教育

(1) 疾病预防指导 避免上呼吸道感染、淋雨受寒、过度疲劳、醉酒等诱因。加强体育锻炼，增加营养。长期卧床者应注意经常改变体位、翻身、拍背，随时咳出气道内痰液。易感人群如年老体弱者、慢性疾病人可接种流感疫苗、肺炎疫苗等，以预防发病。

(2) 疾病知识指导 对病人及家属进行有关肺炎知识的教育，使其了解肺炎的病因和诱因。指导病人按疗程用药，出院后定期随访。出现高热、心率增快、咳嗽、咳痰、胸痛等症状及时就诊。

思考题

1. 肺炎患者的健康教育？

参考书目

1. 尤黎明，吴瑛. 内科护理学. 第5版. 人民卫生出版社，2015
2. 贵州省乡村医生手册（疾病诊疗分册）

六、上呼吸道感染

上呼吸道感染 (acute upper respiratory tract infection) 是鼻腔、咽或喉部急性炎症的总称。常见病原体为病毒，少数由细菌引起。本病具有较强的传染性，多数预后良好，少数可引起严重并发症。

1. 上呼吸道感染流行病学特点

本病全年均可发生，冬春季多发。可通过含有病毒的飞沫或被污染的手和用

具传播，多为散发，但在气候突然变化可引起局部小规模流行。由于病毒表面抗原易发生变异，产生新的亚型，不同亚型之间无交叉免疫，因此同一个人 1 年内可多次发病。

2. 上呼吸道感染的危险因素

急性上呼吸道感染约有 70%~80% 由病毒引起。其中主要包括鼻病毒、流感病毒（甲、乙、丙）、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、腺病毒、埃可病毒、柯萨奇病毒、麻疹病毒、风疹病毒等。细菌感染约占 20%~30%，可直接或继发于病毒感染后发生，病原菌以口腔定植菌溶血性链球菌最为多见，其次为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌和葡萄球菌等，偶见革兰阴性杆菌。接触病原体后是否发病，取决于传播途径和人群易感性，当机体或呼吸道局部防御功能降低时（如受凉、淋雨、过度疲劳等），原已存在于上呼吸道或从外界侵入的病毒或细菌可迅速繁殖引起本病。

3. 上呼吸道的诊断和评估

(1) 普通感冒 为病毒感染引起。临床表现差异很大，以局部症状为主，早期有咽干，继而鼻塞、流清涕（2~3 天之后鼻涕变稠），咳嗽，病情进展可出现声嘶、咳嗽加剧。全身症状短暂。体检可见鼻黏膜充血水肿，有分泌物，咽部可轻度充血，可伴发热。一般经 5~7 天痊愈。

(2) 急性病毒性咽炎和喉炎 主要表现为咽痒及灼热感。急性喉炎表现为声嘶，可有发热、咽喉痛或咳嗽。体检可见喉部充血、水肿，有时可闻及喉部喘鸣音。

(3) 急性疱疹性咽喉炎 多由柯萨奇病毒 A 引起，儿童多见，夏季多发，表现为明显的咽痛、发热，体检可见咽部、软腭、悬雍垂和扁桃体上有灰白色疱疹及浅溃疡，周围伴有红晕。

(4) 急性咽结膜炎 主要由腺病毒、柯萨奇病毒等引起，多发生于夏季，由游泳传播。表现为发热、咽痛、流泪、畏光、咽及结膜明显充血，病程 4~6 天。

(5) 急性咽扁桃体炎 病原体多为溶血性链球菌等细菌。起病急，咽痛明显，发热、畏寒。查体可见咽明显充血，扁桃体肿大、充血，表面有脓性分泌物，颌下淋巴结肿大、压痛。

(6) 并发症 上呼吸道感染如未经及时恰当的治疗，部分病人可并发急性鼻

鼻窦炎、中耳炎、气管-支气管炎。以咽炎为表现的上呼吸道感染中，部分病人可继发溶血性链球菌感染引起的风湿热、肾小球肾炎，少数病人可并发病毒性心肌炎，应予以警惕。

实验室检查常选择血常规检查，因多为病毒感染，白细胞计数正常或偏低，淋巴细胞比例升高，细菌感染者可有白细胞增多，中性粒细胞增多。一般无须明确病原学检查。

4. 上呼吸道感染患者的社区管理

(1) 信息系统管理 建立社区上呼吸道感染患者健康资料，提醒患者遵医嘱服药，定期参加社区组织的健康教育活动及复诊。

(2) 生活干预 由于患者抵抗力弱，平常应多加休息。患者需要提前掌握大致的天气情况，随时增添衣被，以避免因免疫力低下而受到感冒病毒的侵袭。患者可以选用高热量、高维生素、高蛋白的食物，以维持正常生命所需的基本营养成分。

5. 健康指导

(1) 疾病预防指导 预防急性上呼吸道感染诱发因素。增强体质，可选择合适的体育活动，如健身操、太极拳、跑步等，可进行耐寒训练，如冷水洗脸、冬泳等。

(2) 疾病知识指导 患病期间增加休息时间，避免劳累；饮食宜清淡、富于营养；按医嘱用药，如两周后症状仍持续应及时就诊。

思考题

1. 上呼吸道感染好发的季节？
2. 急性上呼吸道感染的传播途径？

参考书目

1. 尤黎明，吴瑛. 内科护理学. 第5版. 人民卫生出版社，2015
2. 贵州省乡村医生手册（疾病诊疗分册）

七、支气管哮喘

支气管哮喘（简称哮喘）是由多种细胞（如嗜酸性粒细胞、肥大细胞、T淋巴细胞、中性粒细胞、气道上皮细胞等）和细胞组分参与的气道慢性炎症性疾病。这种慢性炎症与气道高反应性相关，通常出现广泛多变的可逆性气流受限，并引起反复发作性喘息、气急、胸闷或咳嗽等症状，多数病人可自行或治疗后缓解。支气管哮喘如诊治不及时，随病程的延长可产生气道不可逆性狭窄和气道重塑。因此，合理的防治至关重要。世界各国的哮喘防治专家共同起草并不断更新的全球哮喘防治倡议已成为防治哮喘的重要指南。

1. 支气管哮喘流行病学特点

哮喘是常见的慢性呼吸道疾病之一，全球约 1.6 亿哮喘病人，我国哮喘病人超过 1500 万。哮喘患病率随国家和地区不同而异，我国五大城市的资料显示同龄儿童的哮喘患病率为 3%~5%。一般儿童患病率高于青壮年，老年人群的患病率有增高趋势。成人男女患病率相近，发达国家高于发展中国家，城市高于农村，约 40%的病人有家族史。

2. 支气管哮喘的危险因素

（1）病因 本病的病因尚未完全明了。哮喘与多基因遗传有关，受遗传因素和环境因素双重影响。个体过敏体质及外界环境的影响是发病的危险因素。

1) 遗传因素 哮喘病人的亲属患病率高于群体患病率，且亲缘关系越近、病情越严重，其亲属患病率也越高。有研究表明，与气道高反应性、IgE 调节和特异性反应相关的基因在哮喘的发病中起着重要作用。

2) 环境因素 主要为哮喘的激发因素，包括：①吸入性变应原：如尘螨、花粉、真菌、动物毛发、二氧化硫、氨气等各种特异和非特异性吸入物；②感染：如细菌、病毒、原虫、寄生虫等；③食物：如鱼、虾、蟹、蛋类、牛奶等；④药物：如阿司匹林等；

3. 支气管哮喘的诊断和评估

（1）诊断要点

①反复发作的喘息、呼吸困难、胸闷或咳嗽，常与接触变应原、某些理化因素、上感及运动有关。②发作时双肺闻及弥漫性、以呼气相为主的哮鸣音，呼气相延长。③上述症状可经治疗或自行缓解。④除外其他疾病所致的喘息、胸闷或咳嗽。

(2) 鉴别诊断

应与左心衰竭引起的喘息样呼吸困难、喘息型慢性支气管炎、变态反应性肺浸润相鉴别。

4. 支气管哮喘患者的社区管理

尽管哮喘尚不能根治，但通过有效的哮喘管理，通常可以实现哮喘控制。成功的哮喘管理目标是：①达到并维持症状的控制；②维持正常活动，包括运动能力；③维持肺功能水平尽量接近正常；④预防哮喘急性加重；⑤避免因哮喘药物治疗导致的不良反应；⑥预防哮喘导致的死亡。

(1) 建立医患之间的合作关系 是实现有效哮喘管理的首要措施，其目的是指导病人自我管理，对治疗目标达成共识，制定个体化的书面计划，包括自我监测、对治疗方案和哮喘控制水平周期性评估、在症状和（或）PEF 提示哮喘控制水平变化的情况下，针对控制水平及时调整治疗以达到并维持哮喘控制。其中对病人进行哮喘教育是最基本的环节。

(2) 哮喘教育 必须成为医患之间所有互助关系中的组成部分。对医院、社区、专科医生、全科医师及其他医务人员进行继续教育。病人教育的目标是增加理解、增强技能、增加满意度、增强自信心、增加依从性和自我管理能力，增进健康，减少卫生保健资源使用。

(3) 哮喘控制 在哮喘长期管理治疗过程中，必须采用评估哮喘控制方法、连续监测提供可重复的客观指标，从而调整治疗，确定维持哮喘控制所需的最低治疗级别，以便维持哮喘控制，降低医疗成本。

5. 支气管哮喘健康指导

(1) 当哮喘与左心衰竭引起的喘息性呼吸困难一时难以鉴别时，可静脉注射氨茶碱缓解症状后再行进一步检查鉴别，忌用肾上腺素或吗啡，以免造成危险。

(2) 氨茶碱日静脉用量不宜超过 5g，其主要副作用为胃肠道症状、心律失常及尿多，严重者可引起抽搐乃至死亡。发热、妊娠、小儿或老年、肝肾功能障碍及甲亢患者慎用。有些药物如甲氧咪胍、喹诺酮类、大环内酯类可使氨茶碱排泄减慢，合用时应减少用量。

(3) 糖皮质激素是目前控制哮喘发作最有效的药物，主要吸入给药。地塞米松在体内半衰期长，不良反应多，宜慎用。

(4) 哮喘经药物治疗不见好转，或出现意识障碍、呼吸困难加重而哮鸣音反而减轻或消失时，应警惕发生并发症。救治条件有限时应及时转诊。

(5) 合并感染时应给予抗菌素。

(6) 饮食宜清淡易消化，避免辛辣香燥、肥甘厚腻，鼓励排痰。

(7) 调畅情志，忌七情过极，保持阴平阳密，精神乃治。

思考题

1. 哮喘的危险因素有哪些？

2. 哮喘患者的健康教育？

参考书目

1. 尤黎明，吴瑛. 内科护理学. 第5版. 人民卫生出版社，2015

2. 贵州省乡村医生手册（疾病诊疗分册）

八、便秘

【定义】

便秘是指排便困难或费力、排便不畅、粪便次数减少、粪便干结量少。调查显示，我国老年人便秘高达 15%-20%，女性多于男性，随着年龄的增长，患病率明显升高。

【主要护理问题】

1、便秘:与饮食中纤维量过少有关；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；与长期卧床有关；有精神紧张有关。

2、慢性疼痛:与粪便过于干结及排便困难有关。

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受损有关。

4、焦虑:与长期排便困难有关

5、知识缺乏:缺乏有关排便机制及促进排便的知识。

【护理措施】

1、提供排便环境：提供隐蔽的排便环境，如排便时，用屏风或拉床帘以遮挡病人，并给病人留有足够的排便时间，使病人安心；对危重病人，在病情平稳时，护士可暂时离去，以免给病人带来窘迫感等；避开查房、治疗及进餐时间，以消除紧张情绪，利于排便。

2、采取适当的姿势：在病情允许的情况下，协助病人排便时取坐位或蹲位。能下床的病人可在床边或到厕所排便，且厕所应装置扶手，以便扶撑；如需在床上排便，可酌情将床头抬高，以助排便；如为手术病人，应在术前有计划地训练床上排便。

3、腹部按摩：便秘的病人排便时，医学教育|网搜集整理腹部可按升结肠、横结肠、降结肠的顺序作环行按摩，以刺激肠蠕动，增加腹压，使降结肠的内容物向下移动，促进排便。

4、遵医嘱给缓泻剂：如番泻叶、果导片等。

5、采用简易通便剂：使用简易通便剂，以软化粪便，促进排便。常用的有：开塞露、甘油栓等。

6、灌肠：如以上方法无效，可遵医嘱灌肠。

7、心理护理：根据病人情况，给予解释、指导，以稳定病人情绪，消除其紧张心理。

8、健康教育 帮助患者及家属正确认识维持正常排便习惯的意义和获得有关排便的知识。

9、帮助患者重建正常的排便习惯 指导患者选择一个何时的排便时间，理想的排便时间是进食后（早餐后）效果最好。

10、合理安排膳食 多摄取促进排便的食物和饮料。如多食蔬菜、水果、粗粮等高纤维食物；餐前提供开水、柠檬汁等热饮，促进肠蠕动，刺激排便反射；多饮水等。

11、鼓励患者适当运动 按个人需要拟定规律的活动计划并协助患者进行运动，如散步、做操、打太极拳等。卧床患者可进行床上活动。此外还应指导患者进行增加腹肌和盆底肌肉的运动，以增加肠蠕动和肌张力，促进排便。

练习题

一、便秘的发生机制中，常见的因素有哪些？

二、单选题

1、便秘是指7天内排便次数少于：（ ）

A、1—2次 B、2—3次 C、3—4次 D、4—5次 E、6次

- 2、便秘与腹泻交替最常见于：（ ）
- A、肠结核 B、血吸虫病 C、慢性细菌性痢疾
- D、溃疡性结肠炎 E、肠易激综合征
- 3、下列哪项是功能性便秘的原因：（ ）
- A、肠粘连， B、Crohn 病 C、肠易激综合征
- D、肠梗阻 E、铅中毒
- 4、下列哪项是器质性便秘的原因：（ ）
- 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、应用吗啡治肠肌松弛引起便秘
- 5、便秘患者排便时，可进行腹部按摩，顺序为（ ）
- A、升结肠、横结肠、降结肠
- B、横结肠、升结肠、降结肠
- C、升结肠、降结肠、横结肠
- D、降结肠、升结肠、横结肠
- E、降结肠、横结肠、升结肠

三、填空题

- 1、便秘与腹泻交替者常见于_____、_____、_____。
- 2、便秘是指 7 天内排便次数少于_____次。

九、消化性溃疡护理

【定义】

消化性溃疡指胃肠道黏膜被自身消化而形成的溃疡，可发生于食管、胃、十二指肠、胃-空肠吻合口附近以及含有胃黏膜的 Meckel 憩室。胃、十二指肠球部溃疡最为常见。

【主要护理问题】

1. 疼痛：腹痛 与胃酸刺激溃疡面，引起化学性炎症反应有关。
2. 营养失调：低于机体需要量 与疼痛致摄入量减少及消化吸收障碍有关。
3. 潜在并发症：上消化道出血、穿孔、幽门梗阻、癌变。

【护理措施】

1. 避免过度劳累，注意劳逸结合。溃疡活动期且症状较重者，嘱其卧床休息几天至 1~2 周，可使疼痛等症状缓解。病情较轻者应鼓励其适当活动，以分散注意力。
2. 观察疼痛的性质、部位、持续时间以及和饮食的关系；了解有无腹痛、嗝气、反酸、恶心、呕吐等表现；注意是否有出血征象，严密观察粪便及呕吐物的颜色、量及性状；准确记录出入液量，以便及时补充液体。
3. 根据病情给予药物治疗，并观察药物疗效及不良反应。
4. 指导病人有规律的进食，在溃疡活动期应少食多餐，戒烟酒，避免食用咖啡、浓茶、辛辣等刺激性食物以及损伤胃粘膜的药物不宜过饱，防止胃窦部过度扩张而增加胃泌素的分泌。
5. 定期复查胃镜，若有上腹疼痛节律发生变化或加剧，或者出现呕血、黑便时，应立即就医。
6. 并发症的观察及护理
 - (1) 溃疡出血时，病人出现心悸、头晕、面色苍白、烦躁不安、出汗、脉速、呕血、黑便、血压下降等休克表现，必须进行紧急处理。
 - (2) 绝对卧床休息，尽量解除病人精神紧张，注意保暖。
 - (3) 观察生命体征变化，判定有无再出血。
 - (4) 在大量出血时，迅速建立静脉通道，准备配血、输血。
 - (5) 急性胃穿孔时，症状多在饭后骤然发作，首先为上腹正中剧痛，以后可全腹痛，常因体位变动而加重，常伴恶心、呕吐、烦躁不安及休克症状。应禁食，放置胃管，抽吸胃内容物，需手术者做好术前准备。
 - (6) 出现幽门梗阻时，疼痛失去规律性，上腹饱胀、恶心、嗝气、呕吐（吐物量多、味酸且带有宿食，在晚间较重，吐后缓解）上腹部有胃型蠕动波、振水音。

一、思考题

1. 消化性溃疡的定义？
2. 溃疡病并发症的观察与护理？

二、练习题

(一)、单选题

- 1、不宜用于治疗胃溃疡的药物是 ()
A. 前列腺合成药 B. 西咪替丁 C. 丙谷胺
D. 三钾铈络合铋 E. 阿托品
- 2、溃疡病病人腹痛剧烈，疑有穿孔合并症，禁止使用 ()
A. 阿托品 B. 甲氧咪胍 C. 甲氧氯普胺（灭吐灵）
D. 胃肠减压 E. 吗啡
- 3、消化性溃疡出血伴休克时的首要护理措施为 ()
A. 准备急救用品和药物 B. 建立静脉输液通道
C. 去枕平卧头偏向一侧 D. 迅速配血备用
E. 按医嘱应用止血药
- 4、呕血病人的饮食应该是 ()
A. 软食 B. 冷流质 C. 普食 D. 暂禁食 E. 半流质

(二)、填空题

1. 胃溃疡疼痛规律为_____。
2. 溃疡与十二指肠溃疡的区别是疼痛的_____、_____、_____、不同。
3. 消化性溃疡常见的并：发 _____、_____、_____、_____。其中_____是最常见的并发症。
4. 消化性溃疡的主要病因：_____。
5. _____ 是确诊消化性溃疡的首选检查方法。

十、慢性胃炎的护理

【定义】

慢性胃炎是由胃粘膜呈非糜烂的炎性改变，如黏膜色泽不均、颗粒状增殖及黏膜皱襞异常；组织学以显著炎症细胞浸润、上皮增殖异常，胃腺萎缩及瘢痕形成等为特点。病变轻者不需治疗，当有上皮增殖异常、胃腺萎缩时应积极治疗。幽门螺旋杆菌（HP）感染是最常见的病因。

【主要护理问题】

- 1、舒适度减弱:与胃粘膜炎症有关。
- 2、营养失调:低于机体需要量 与胃粘膜损伤，影响食物消化吸收有关。
- 3、活动无耐力:与自身免疫性胃炎致恶性贫血有关。
- 4、焦虑:与病情反复发作有关
- 5、知识缺乏:缺乏有关疾病病因和预防知识。

【护理措施】

（一）休息与活动

- 1、休息 胃炎发作时应减少活动，卧床休息。并通过转移注意力等方法来减轻不适。
- 2、环境 保持环境清洁，空气新鲜，温度适宜，避免环境中的不良刺激。
- 3、心理护理 护士应做好患者的心理护理，缓解其精神紧张，保证身、心两方面得以充分的松弛和休息。
- 4、活动 指导患者日常生活要有规律，注意劳逸结合，适当经行锻炼，增强机体抵抗力，注意避免过度劳累。

（二）合理饮食，维持营养摄入

- 1、向患者说明摄取足够营养的重要性，指导患者进食、应定时、有规律，不可暴饮暴食，并且养成细嚼慢咽的习惯。
- 2、鼓励患者少量多餐进食，以高热量、高蛋白、高维生素、少渣、温凉、易消

化的饮食为原则。避免摄入过咸、过甜、过辣的刺激性食物，禁忌饮用烈性酒。

3、注意饮食卫生，指导患者及家属改进烹饪技巧，增加食物的色、香、味，刺激患者食欲。

4、胃酸低者食物应完全煮熟后食用，以利于消化吸收，并可给与刺激胃酸分泌的食物，如：肉汤、鸡汤等；高胃酸者应避免进酸性、高脂肪饮食。

5、鼓励患者晨起、睡前、进食前后刷牙、漱口、保持口腔内清洁舒适。

（三）药物治疗与护理

遵医嘱指导患者应用药物治疗。对于有幽门螺旋杆菌引起的慢性胃炎可遵医嘱应用抗幽门螺旋杆菌三联治疗；对于胆汁返流的患者可应用氢氧化铝凝胶吸附胆汁并使用促进胃肠蠕动药物，如：多潘立酮、西沙必利等。用药过程中指导患者注意观察药物副作用，并及时报告医护人员。

（四）健康指导

1、向患者及家属介绍慢性胃炎的病因，根据患者的具体情况进行指导。

2、指导患者注意起居及饮食要有规律，注意饮食卫生及营养。

3、养成良好的饮食习惯，定时定量，细嚼慢咽；避免过冷、过热、辛辣等刺激食物及浓茶、咖啡等饮料；嗜酒者应戒酒。

4、指导患者避免使用对胃粘膜有刺激的药物，必须使用时应同时服用抑酸剂。禁用或慎用 NSAID 等药物。

5、给患者及家属介绍常用的药物、用药方法、剂量、疗程、作用及副作用。若发现异常应及时门诊复查。

6、教育患者加强体育锻炼，增强机体抵抗力。

7、教育患者保存良好的心态，保持充足的睡眠，避免过劳。

一、思考题

1、慢性胃炎与急性胃炎胃镜检查的区别？

2、慢性胃炎健康指导的内容包括？

二、练习题

（一）、单选题

1、诊断慢性胃炎的主要依据是（ ）

- A、组织活检 B、胃镜检查 C、胃液分析检查
D、胃肠钡餐检查 E、血清学检查

2、患者女性，38岁，上腹部不适3年，近两个月进食后饱胀感，时有暖气，反酸。血清学检查示：抗壁细胞抗体阴性，胃镜检查示：胃粘膜颗粒状，血管网显露。该患者可能是()

- A、慢性胃炎 B、慢性浅表性胃炎 C、慢性萎缩性胃炎
D、自身免疫性胃炎 E、胃癌

3、慢性胃炎的主要病因()

- A、幽门螺旋杆菌感染 B、长期饮酒 C、口服阿司匹林
D、饮食中高盐 E、严重创伤

(二)、填空题

1、慢性萎缩性胃炎可分为_____和_____两类，前者主要由_____引起，萎缩病变主要位于_____；后者主要由_____引起，萎缩病变主要位于_____。

2、胃炎的患者应禁用和慎用_____药物。

3、对于急性出血性胃炎患者行胃镜检查，一般应在出血后_____进行。

4、根除幽门螺旋杆菌通常以_____或_____为基础，加上克拉霉素、阿莫西林、甲硝唑三种抗菌素中的2种，组成三联疗法。

十一、肝硬化

【定义】

肝硬化是由一种或多种原因引起的、以肝组织弥漫性纤维化、假小叶和再生结节为组织学特征的进行性慢性肝病。早期无明显症状，后期因肝脏变形硬化、肝小叶结构和血液循环途径显著改变，临床以门静脉高压和肝功能减退为特征，常并发上消化道出血、肝性脑病、继发感染等而死亡。

【主要护理问题】

1、营养失调:低于机体需要量 与肝功能减退、门静脉高压症引起食欲减退、消化和吸收障碍有关。

2、体液过多:与肝功能减退、门静脉高压症引起的水钠潴留有关。

3、潜在并发症:上消化道出血、肝性脑病、静脉血栓形成。

- 4、活动无耐力:与肝功能减退、大量腹水有关。
- 5、有皮肤完整性受损的危险:与营养不良、水肿、皮肤干燥、瘙痒、长期卧床有关。
- 6、有感染的危险:与机体抵抗力下降、门静脉侧枝循环开放等因素有关。
- 7、焦虑 / 恐惧:与突然大量出血、当心疾病预后、经济负担、惧怕死亡有关。

【护理措施】

- 1、适当活动，避免过度劳累，保证充足睡眠。失代偿期应卧床休息，以减少肝脏负担，有利肝细胞恢复。有腹水时可协助其半卧位。下肢水肿可抬高双下肢，以利于水肿消退，男病人若有阴囊水肿，可托起阴囊，以免与双腿摩擦损伤局部皮肤。注意病人安全，防止因乏力、或腹水量多而导致摔伤、碰伤。
- 2、饮食治疗原则 高热量、高蛋白易消化的饮食，并根据病情变化调整。对于食管静脉曲张的病人宜采用高热量、高蛋白、高维生素的饮食或少渣软饭，避免粗糙坚硬、带刺带骨的食物。烹调方式以蒸、煮、炖为好。腹水病人采用低盐饮食，“低盐”指在膳食中禁用一切盐制食品，但允许在烹调或就餐时加用食盐，一般 2~3g / d 食盐或酱油 10~15ml / d，严禁烟酒。对于肝功能显著减退或有肝性脑病先兆者严格限制蛋白质食物。
- 3、肝硬化病人应严格遵医嘱用药，将药物对肝脏的影响减到最小量。有食管胃底静脉曲张者，将口服药研碎服，以防划破曲张变薄的静脉。
- 4、密切观察病人神志及一般情况，监测生命体征及血尿便常规、电解质、肝肾功能等指标的变化。
- 5、正确记录 24h 出入量。限制液体摄入量，每日不超过 2000ml，如有水肿及血钠偏低，每日应严格控制在 1000~1500ml。注意观察用利尿药后尿量变化及电解质情况，随时与医生取得联系。
- 6、出现烦躁不安、神志恍惚甚至昏迷，按肝性脑病护理常规护理。
 - (1) 避免肝性脑病的诱因，如上消化道出血、高蛋白饮食、感染、便秘、应用麻醉剂、镇静催眠药及手术等。
 - (2) 禁用肥皂水灌肠，可用生理盐水或弱酸液（生理盐水 1~2L 加食醋 100ml），使肠道 pH 值保持为酸性。
 - (3) 术前口服肠道抗生素，如新霉素，以抑制肠道细菌繁殖，减少氨的产生。

(4) 按医嘱补充富含支链氨基酸的制剂或溶液，纠正支链 / 芳香族氨基酸比例失调。

(5) 限制蛋白摄入，以减少血氨的来源。

(6) 便秘者予口服乳果糖，促使肠道内氨的排出。

(7) 密切观察患者意识及行为改变发现嗜睡、精神欣快、行为反常及血氨增高异常现象及时报告医生处理。

(8) 确定合并肝性脑病者，按医嘱使用降氨药物，如谷氨酸钾或谷氨酸钠等静脉滴注。

7、观察鼻、牙龈、胃肠等出血倾向。牙龈出血者，用毛刷或含漱液清洁口腔，切勿用牙签剔牙。出现呕血、便血时按上消化道出血护理常规护理。

8、保持床单位清洁干燥无渣屑。注意口腔、皮肤护理，预防压疮。

9、对于有黄疸及皮肤瘙痒的病人，注意个人卫生，勤洗澡，穿宽松棉质衣裤。经常用温水擦洗全身，不要搔抓及使用碱性肥皂，以免抓破感染及碱性肥皂进一步刺激皮肤。

10、乙型肝炎后肝硬化病人若同时处于肝炎活动期（乙肝表面抗原、E 抗原、核心抗体阳性者）则应实施隔离措施。

11、肝硬化病程漫长，病人常有消极悲观情绪，应给与精神上安慰和支持，保持愉快心情，安心休养，有助于病情缓解。

12、三腔二囊管压迫止血的护理措施：

(1) 置管前的护理：检查三腔管是否老化、有无漏气，三腔分别做好标记，以防意外放出胃囊气体；解释插管目的，说明配合方法，争取患者的主动配合。

(2) 置管中的护理：充分润滑三腔管，轻柔插入 50~60cm，以抽出胃液及血液为准；胃囊注气 150~200ml（囊内压 50~70mmHg），钳夹并稍向外拉，然后自管端以 0.5kg 重量通过滑车装置作牵拉，利用反牵引力压迫胃底；若仍持续出血不止，再自食管囊注气 100ml（囊内压 40mmHg）钳夹；胃管接胃肠减压，观察止血效果，也可自此注入止血药物或进行冲洗。若胃内无新鲜血吸出，且血压、脉搏渐趋稳定，说明出血已基本控制。

(3) 置管后护理：①头偏一侧，及时抽吸口腔、鼻咽腔分泌物，防止呕吐物及分泌物误吸致坠积性肺炎；②润滑鼻腔，调整牵引方向，防鼻及口腔粘膜长期、

过度受压，造成糜烂、坏死；③每 12 小时将食管囊放气 20~30 分钟，防止粘膜长期压迫发生糜烂、坏死；④床旁备剪刀一把，若发现呼吸道梗阻引起严重呼吸困难时，立即剪断管子，恢复呼吸道通畅；⑤密切观察引流物性状，注意出血进展情况；⑥按医嘱 48~72 小时（或止血 24 小时）后拔管，拔管前抽尽气囊内气体，观察 12~48 小时无出血后，吞服 30~50ml 液状石蜡油充分润滑三腔管，然后缓慢、轻柔地拔出引流管。

一、思考题

- 1、试述如何对肝硬化腹水患者进行护理？
- 2、肝性脑病的观察与处理？

二、练习题

(一)、单选题

- 1、胃镜检查前需要禁食（ ）
A、4h B、6h C、8h D、10h E、12h
- 2、对肝硬化患者强调注意休息，是因为休息可以（ ）
A、增加体重 B、减轻肝脏负担和损害
C、延缓门静脉血栓形成 D、避免食管静脉破裂
E、减少并发肺部感染机会
- 3、呕血患者的饮食指导应该是（ ）
A、软食 B、冷流质 C、普食 D、暂禁食 E、半流质
- 4、上消化道大出血伴休克的首要护理措施是（ ）
A、准备急救药品和物品 B、建立静脉输液途径
C、去枕平卧头偏一侧 D、禁食 E、按医嘱用止血药
- 5、消化道出血病人要求起卧时动作缓慢，是为了预防（ ）
A、摔伤 B、恶心 C、呕吐 D、腹胀 E、腹痛
- 6、三腔二囊管胃囊注气后牵引（ ）要放松 15~30min，以防压迫时间过久引起组织坏死。
A、4h B、6h C、8h D、10h E、24h
- 7、三腔二囊管使用过程中发生窒息的原因是（ ）

- A、喉头水肿
- B、牵引过紧
- C、胃囊破裂向上移动阻塞喉部
- D、血液反流阻塞气管
- E、食管囊注气过多

(二)、填空题

- 1、病人呕吐时应头_____，以免误吸。
- 2、在我国引起肝硬化最常见的病因是_____。
- 3、门静脉高压症的三大临床表现是_____、_____、_____。
- 4、上消化道出血病因诊断首选检查方法是_____检查。
- 5、肝硬化最常见的并发症是_____。最严重的并发症是_____。
- 6、上消化道大量出血是数小时内出血量超过_____ml 或循环血容量的_____，主要表现为_____和_____，常伴有血容量减少而引起急性_____。
- 7、引起上消化道出血有_____、_____、_____、_____。
- 8、肝硬化患者一次放腹水一般不超过_____ml, 过多的放液可诱发_____以及_____。

(三)、简答题

- 1、肝硬化腹水形成的主要因素有哪些？
- 2、观察上消化道大出血病人有无再出血指标有哪些？

参考文献：1、内科学第8版

- 2、护理学基础（本科护理学类专业用）
- 3、健康评估
- 4、成人护理学
- 5、疾病护理常规（遵医附院）

十二、阑尾炎患者的护理与管理

一、服务对象

辖区内所有人群，特别是青年男性

二、服务内容

（一）筛查

对工作中发现的现患有阑尾炎、或曾经患过阑尾炎而未行手术的人群进行有针对性的健康教育。

（二）护理评估

1、健康史：了解患者发病前是否有诱因，如饱食后剧烈活动、不洁饮食等。注意有无肠道其他炎性疾病直接蔓延至阑尾，如急性肠炎、炎症性肠病、血吸虫病等，胃、十二指肠溃疡穿孔、右侧输尿管结石、右侧宫外孕破裂、右侧卵巢滤泡或黄体破裂、胆道系统感染性疾病等须与阑尾炎鉴别的疾病。

2、身体状况：

（1）症状：

1) 腹痛：70%-80%患者呈现典型的转移性右下腹痛，即发作开始于上腹，逐渐移向脐部，6-8 小时后转移并固定于右下腹。阑尾穿孔后腹痛可暂时减轻，但随着腹膜炎的出现，腹痛会涉及中下腹或全腹。

2) 胃肠道症状：早期可有轻微的厌食、恶心、呕吐，弥漫性腹膜炎可致麻痹性肠梗阻，出现腹胀和呕吐等。盆腔位阑尾炎可刺激直肠和膀胱，引起便次增多、里急后重、尿痛等症状。

3) 全身症状：早期可有乏力。病情发展，可出现脉速，发热达 38℃左右；阑尾穿孔时有寒战，体温可明显升高；出现轻微黄疸提示发生门静脉炎。

（2）体征

1) 右下腹固定压痛：是急性阑尾炎的重要体征，压痛点位于麦氏点，即脐与右髂前上棘连线中外 1/3 交界处，炎症加重，压痛和程度加重，范围也随之扩大。

2) 腹膜刺激征：反跳痛、肌紧张、肠鸣音减弱或消失，提示阑尾出现化脓、穿孔或坏疽等改变。

3) 右下腹包块：阑尾周围脓肿时可在右下腹扪及压痛性包块，固定，边界不清。

4) 其他体征：

3、辅助检查

（1）实验室检查：急性阑尾炎患者大多数出现血白细胞计数和中性粒细胞比例

升高。

(2) 影像学检查：阑尾穿孔时腹部 X 线平片可见液气平面，B 超和 CT 扫描可发现阑尾肿大和阑尾周围脓肿。

4、心理-社会状况：由于本病发病急，需行急诊手术治疗，对家庭、工作或学习情况毫无安排可使患者感到焦虑。

(三) 护理措施：

1、非手术治疗患者的护理：适用于单纯性阑尾炎和急性阑尾炎的早期阶段，主要措施为选用有效抗生素和补液治疗。护理方法同手术前患者的护理。

2、手术治疗患者的护理：

(1) 手术前患者的护理：

1) 缓解疼痛：取半卧位，下肢屈曲使腹肌松弛，可减轻疼痛。观察期间，禁食水，必要时给予胃肠减压。遵医嘱及时使用抗生素控制炎症，诊断明确之前禁止使用吗啡、哌替啶等镇痛药物，以免掩盖病情。

2) 增加手术耐受性：禁食期间，按医嘱静脉补液，维持水、电解质平衡。提供安静、舒适的环境促进患者休息。

3) 心理护理：根据病情，患者和家属应了解有关疾病的治疗知识和手术的有关事项，如术前准备的配合、麻醉方式、手术大致经过、术后康复情况等，使之能积极主动配合治疗和护理。

4) 观察病情变化：定时测量生命体征，观察腹痛和腹膜刺激征的变化。禁服泻药和灌肠，导致阑尾穿孔。如出现右下腹肿块逐渐增大，压痛范围有所扩大，体温持续升高，应警惕是否存在脓肿穿破的可能。

(2) 手术后患者的护理：

1) 体位与活动：全麻术后清醒或硬膜外麻醉平卧 6 小时后，血压、脉搏平稳者改为半卧位，以利于引流。如无禁忌可协助患者尽早下床活动，以促进肠蠕动的恢复；病情较重的患者，可延缓下床活动，在床上翻身、活动肢体。活动中注意保护患者，避免意外，活动量应根据患者的耐受情况逐渐增加。

2) 监测生命体征：定时测量生命体征，直至平稳。

3) 饮食：术后禁食、胃肠减压、静脉补液。待肠蠕动恢复，肛门排气后，由流质饮食开始逐步恢复经口饮食。

4) 引流管的护理：妥善固定，防止打折、受压，保持通畅；经常挤压，防止血块或脓液堵管；观察并记录引流液的颜色、性状及量。

5) 药物治疗与护理：术后继续应用有效抗生素，切口疼痛可适当给予止痛剂，使用止痛剂后应鼓励、协助患者活动，促进肠蠕动恢复，对尿潴留的患者可采用诱导排尿，必要时留置导尿。

6) 并发症的观察与护理：

a、出血：观察有无腹部隆起，血压进行性下降，脉快、面色苍白，引流管引出血性液等。一旦发生出血，立即建立静脉通路，按医嘱输血、补液，积极术前准备。

b、切口感染：表现为术后 2-3 日体温升高，切口局部胀痛或跳痛、红肿、压痛等，观察切口敷料有无血性或脓性渗出。通过排出脓液，放置引流，定期换药，一般短期内可愈合。

c、粘连性肠梗阻：鼓励患者术后早期活动，完全性肠梗阻应积极配合医生做好手术准备。

d、阑尾残株炎：切除时若残端保留超过 1cm，易炎症复发，仍为阑尾炎的表现，症状较重时应再次手术切除残株。

e、粪瘘：有类似阑尾周围脓肿的表现，如果引流管或切口流出粪便样物，应及时通知医生。经非手术治疗多可自行闭合，少数需手术治疗。

（四）健康指导

1、对非手术治疗的患者，应知晓禁食的目的，学会观察腹部症状和体征的变化，如果出现腹痛加重等情况应及时通知医护人员。

2、术后饮食：鼓励患者摄入蛋白质、纤维素丰富的食物，以利于切口的愈合并促进肠蠕动恢复。恢复饮食时应循序渐进，由流质饮食开始逐渐向普食过渡；避免暴饮暴食；注意饮食卫生，避免进食不洁、变质的食品。

3、患者知晓术后早期离床活动的意义，协助患者尽早下床活动。

4、随访：告知患者若出现腹痛、腹胀等，应及时就诊。

十三、胆囊炎患者的护理与管理

三、服务对象

辖区内所有人群，特别是女性

四、服务内容

(三) 筛查

对工作中发现的现患有急慢性胆囊炎、或曾经患过胆囊炎而未行手术的人群进行有针对性的健康教育。

(四) 护理评估

3、健康史：了解患者年龄、性别、饮食习惯、营养状况、工作环境等。详细询问患者发病时间、主要症状及其特点、有无诱发因素等。如是否有胆囊结石病史，或是否为严重创伤、烧伤、长期胃肠外营养、大手术（如腹主动脉瘤或心肺旁路手术）后的病人。

4、身体状况：

(1) 症状：

1) 腹痛：为右上腹阵发性绞痛或胀痛，常在饱餐、进食油腻食物后或夜间发作，疼痛可放射至右肩、肩胛、右背部。

2) 消化道症状：腹痛发作时常伴有恶心、呕吐、厌食、便秘等消化道症状。

3) 发热：根据胆囊炎症反应程度不同，可有轻度至中度发热。如出现寒战、高热，提示病变严重，可能出现胆囊化脓、坏疽、穿孔或合并急性胆管炎。

(2) 体征：右上腹可有不同程度压痛或叩痛、炎症波及浆膜时可出现反跳痛和肌紧张。将左手压于右上肋缘下，嘱病人腹式呼吸，如出现突然吸气暂停称为Murphy征阳性，是急性胆囊炎的典型体征。

3、辅助检查：

(1) 实验室检查：血常规检查可见白细胞计数及中性粒细胞比例升高，部分病人可有血清胆红素、转氨酶或淀粉酶升高。

(2) 影像学检查：B超为首选方法，急性胆囊炎显示胆囊增大、胆囊壁增厚，并可探及胆囊内结石影像。慢性胆囊炎显示胆囊壁增厚，胆囊腔缩小或萎缩，常伴胆囊结石。

4、心理-社会状况：患者及家属对即将面临的手术、诊断性检查、严重病情等的心理承受能力及患者的情绪反应，以及患者的家族经济状况及对患者的支持程度等。

（三）护理措施：

1、术前护理（同非手术治疗）：

（1）病情观察：严密监测生命体征、观察腹部体征变化。若出现寒战、高热、腹痛加重、腹痛范围扩大等，应考虑病情加重，及时到医院就诊，积极处理。

（2）缓解疼痛：卧床休息，取舒适体位；进行有节律的深呼吸，达到放松和减轻疼痛的目的。对诊断明确且疼痛剧烈者，给予消炎利胆、解痉镇痛药物，以缓解疼痛。

（3）控制感染：遵医嘱合理应用抗生素。

（4）改善和维持营养状况：对非手术治疗的病人，根据病情决定饮食种类，病情较轻者可予清淡饮食，忌油腻食物；严重者需禁食和（或）胃肠减压。不能经口进食或进食不足者，可经肠外营养途径补充和改善营养状况。拟行急诊手术的病人应禁食，经静脉补充足够的水、电解质、热量和维生素等，维持水、电解质及酸碱平衡。

（5）并发症的预防和护理：胆囊穿孔 3%-10%的急性胆囊炎可发生胆囊穿孔，多发生在伴有胆囊结石嵌顿者。表现为腹痛进行性加重，出现压痛、反跳痛、腹肌紧张等，急性穿孔后需紧急手术治疗，并尽可能一期切除胆囊。

（6）心理护理：患者应保持乐观的情绪，正确对待疾病与预后。

2、术后护理

（1）体位与活动：全麻术后清醒后，生命体征平稳者改为半卧位或舒适体位，有节律地深呼吸，达到放松和减轻疼痛的效果。

（2）病情观察：监测生命体征，观察腹部体征及症状，以及伤口情况，及时发现患者有无出血或胆汁渗漏等并发症。

（3）饮食指导：术后禁食，待患者肛门排气、无腹痛及腹胀等不适，生命体征平衡，可由流质饮食逐步过渡到正常饮食，食物应清淡易消化、低脂，忌油腻食物及饱餐。

（4）并发症的预防和护理：观察生命体征、腹部体征及引流液情况。

1) 若病人出现腹胀、腹围增大，伴面色苍白，脉搏细速、血压下降等休克征象时，提示腹腔内出血，应立即报告医生进行相应的急救和护理。

2) 若病人出现发热、腹胀和腹痛等腹膜炎表现，或腹腔引流液呈黄绿色胆汁样，

常提示发生胆瘘，应及时报告医生进行处理。

（四）健康指导

- 1、合理作息：合理安排作息时间，劳逸结合，避免过度劳累及精神高度紧张。
- 2、合理饮食：进食低脂饮食，忌油腻饮食；宜少量多餐，避免暴饮暴食。
- 3、用药指导：对非手术治疗或行胆囊造口术的病人，遵医嘱服用消炎利胆药物；按时复查，以确定是否行胆囊切除手术。
- 4、随访：若出现腹痛、发热和黄疸等症状时，应及时就诊。

十四、胆石症患者的护理与管理

五、服务对象

辖区内所有人群，特别是女性

六、服务内容

（五）筛查

对工作中发现的现患有胆石症（胆囊结石、胆管结石）、或曾经患过胆石症而未行手术的人群进行有针对性的健康教育。

（六）护理评估

5、健康史：了解患者年龄、性别、饮食习惯、营养状况、工作环境等。详细询问患者发病时间、主要症状及其特点、有无诱发因素等。如有无胆囊结石反复发作史；有无胆道感染史；有无肝内、外胆管结石或胆管炎反复发作史；有无胆道手术史等，以及患病后的检查和治疗经过等。

6、身体状况：

（2）症状：

1) 胆囊结石

a、腹痛：胆囊结石引起的上腹痛又称“胆绞痛”，表现持续上腹部疼痛并放射至右肩胛部或右肩部，变换体位时或夜间时常有疼痛。

b、消化道症状：多数胆囊结石患者仅在饱餐或进食油腻食物后出现上腹部或右上腹部隐痛、饱胀不适、暖气、呃逆等非特异性消化道症状，常被误诊为“胃病”。

c、Mirizzi 综合征：胆囊管与肝总管平行时，胆囊内较大结石持续嵌顿和压迫胆囊壶腹部或颈部，可引起肝总管狭窄或胆囊胆管瘘，表现为反复发作的胆囊炎、

胆管炎及梗阻性黄疸。

d、其他：因结石压迫引起胆囊炎症慢性穿孔，可致胆囊十二指肠瘘。

2) 胆管结石

a、腹痛：胆管结石发生在剑突下或右上腹部，呈阵发性绞痛，或持续性疼痛阵发性加剧，并向右肩胛下及腰背部放射。

b、消化道症状：胆管结石患者腹痛发作时常伴有恶心、呕吐、厌食等消化道症状。

c、寒战、高热：胆管梗阻继发感染后出现，多发生于剧烈腹痛后，体温可达39-40℃。

d、黄疸：黄疸的程度和持续时间取决于胆管梗阻的程序、部位和是否继发感染有关。若梗阻不完全或结石有松动，则黄疸程序轻，且呈波动性；若为完全性梗阻，则黄疸呈进行性加深，可有尿色变深、粪色变浅和皮肤瘙痒等症状。

e、其他：进入胆总管的结石通过 Oddi 括约肌可引起损伤或嵌顿于壶腹部引起胆源性胰腺炎。

(3) 体征：

1) 胆囊结石：表现为胆绞痛，多数患者可不出现黄疸。

2) 胆管结石：

a、腹部压痛或腹膜刺激征：剑突下或右上腹部可有不同程度的压痛或腹膜刺激征，部分患者可有肝大，肝区压痛、叩痛。

b、黄疸：多数患者出现不同程度的黄疸，若为一侧胆管梗阻可不出现黄疸。

4、辅助检查：

(3) 实验室检查：血常规检查可见白细胞计数及中性粒细胞比例明显升高，可有血清胆红素、血清转氨酶和（或）碱性磷酸酶升高。尿常规检查中胆红素升高，尿胆原降低或消失。

(4) 影像学检查：B超为首选方法，可显示胆道梗阻的部位和病变性质，以及肝内外胆管扩张等情况。CT、MRI或MRCP能清晰显示肝内外胆管扩张的范围和程度、结石的分布、胆管梗阻的情况等。

5、心理-社会状况：患者及家属对即将面临的手术、诊断性检查、严重病情等的心理承受能力及患者的情绪反应，以及患者的家族经济状况及对患者的支持程度

等。

（四）护理措施：

2、非手术治疗：胆囊结石直径较小或病情严重、手术风险性较高以及胆固醇结石的患者，可应用鹅脱氧胆酸或熊去氧胆酸等药物排石治疗。在手术解除梗阻、去除病灶及通畅引流的基础上，亦可配合针灸及服用消炎利胆中药，对控制炎症、排出结石有一定的作用。

3、手术治疗：

（1）术前护理：

- 1) 病情观察：密切观察全身情况，若出现寒战、高热、腹痛加重、黄疸加深、腹膜炎体征、血压下降及意识障碍等异常征象，应及时到医院就诊，积极处理，并配合抢救和治疗。
- 2) 疼痛护理：协助患者取舒适体位，有节律地深呼吸，达到放松和减轻疼痛的效果。根据病情指导进清淡饮食，忌油腻食物；病情严重者予禁食、胃肠减压，以减轻腹胀和腹痛。密切观察疼痛的部位、程度、性质、发作的时间、诱因及缓解和加重的因素；与饮食、体位、睡眠的关系。并使用抗生素预防和控制感染，减轻胆囊肿胀和胆囊压力，以减轻疼痛。对诊断明确的剧烈疼痛者，可遵医嘱通过口服、注射等方式给予消炎利胆、解痉或止痛药，以缓解疼痛。
- 3) 体温过高的护理：根据体温升高的程度，采用温水擦浴等物理方法，在物理降温的基础上，可根据病情遵医嘱给予药物降温，并应用抗生素控制感染，使体温恢复正常。
- 4) 维持营养状态：对梗阻未解除的禁食患者，通过胃肠外途径补充足够的热量、氨基酸、维生素、水、电解质等。对梗阻已解除、进食量不足者，鼓励患者进食高蛋白、高碳水化合物、高维生素和低脂饮食。
- 5) 维持体液平衡：严密监护患者的生命体征和循环状况，准确记录 24 小时出入量。经静脉补充足够的水、电解质、热量和维生素等，维持水、电解质及酸碱平衡。
- 6) 并发症的预防和护理：胆囊穿孔 3%-10%的急性胆囊炎可发生胆囊穿孔，多发生在伴有胆囊结石嵌顿者。胆囊急性穿孔需紧急手术治疗，并尽可能一期切除胆囊。

7) 心理护理：患者应保持乐观的情绪，正确对待疾病与预后，满足患者基本层次的需要。

3、术后护理

(5) 体位与活动：全麻术后清醒后，生命体征平稳者改为半卧位或舒适体位，有节律地深呼吸，达到放松和减轻疼痛的效果。

(6) 病情观察：监测生命体征，观察腹部体征及症状，以及伤口情况，及时发现患者有无出血或胆汁渗漏等并发症。

(7) 饮食指导：术后禁食，待患者肛门排气、无腹痛及腹胀等不适，生命体征平衡，可由流质饮食逐步过渡到正常饮食，食物应清淡易消化、低脂，忌油腻食物及饱餐。

(8) T管引流的护理：妥善固定、维持有效引流、观察引流情况、预防感染、加强拔管护理。

(9) 维持皮肤完整性：告知患者引流皮肤瘙痒的相关知识，指导剪短指甲，防止抓破皮肤。保护皮肤清洁，用温水擦洗，忌用碱性护理品。瘙痒剧烈时遵医嘱使用药物治疗。

(10) 并发症的预防和护理：观察生命体征、腹部体征及引流液情况。

3) 胆道出血：嘱患者充分休息，以利病情恢复。遵医嘱预防性使用止血药物。严密监测生命体征，若病人出现腹胀、腹围增大，伴面色苍白，脉搏细速、血压下降等休克征象时，提示腹腔内出血，应立即报告医生进行相应的急救和护理。

4) 胆瘘：保持引流通畅，若病人出现发热、腹胀和腹痛等腹膜炎表现，或腹腔引流液呈黄绿色胆汁样，常提示发生胆瘘，应及时报告医生进行处理。长期大量胆瘘者，及时补充水和电解质、热量和维生素。能进食者鼓励进低脂、高蛋白、高维生素饮食，少量多餐。

(四) 健康指导

1、饮食指导：指导患者养成良好的饮食习惯，选择低脂，高蛋白、高维生素易消化的饮食，忌油腻饮食。

2、合理作息：合理安排作息时间，劳逸结合，避免过度劳累及精神高度紧张。

3、用药指导：对非手术治疗患者，遵医嘱坚持治疗，按时服药定期复查。

4、T管引流自我护理：

1) 让患者知晓T管的重要性；

- 2) 尽量穿宽松柔软的衣服，以防止引流管受压；
 - 3) 洗澡时采用沐浴，用塑料薄膜覆盖引流管处，以防增加感染的机会；
 - 4) 日常生活中避免提取重物或过度活动，以免牵拉 T 管而至其脱出；
 - 5) 在 T 管上标明记号，以便观察其是否脱出；
 - 6) 若敷料渗湿，应立即更换，引流管口周围皮肤涂氧化锌软膏加以保护；
 - 7) 每日记录引流液的颜色、量和性状。
- 5、随访：若出现腹痛、黄疸、发热、厌油等症状时，或引流液异常及身体不适等，应及时就诊。

十五、急性胰腺炎患者的护理与管理

七、服务对象

辖区内所有人群

八、服务内容

(七) 筛查

对工作中发现的患过急性胰腺炎人群进行有针对性的健康教育，建议其每年至少测量 1 次空腹血糖、血脂，有胆道疾病者应行 B 超检查，并接受医务人员健康指导。

(八) 护理评估

7、健康史：评估患者的饮食习惯，有无嗜油腻饮食和酗酒，发病前有无暴饮暴食，既往有无胆道疾病史，高脂血症，近期有无腹部手术、外伤、感染及用药等诱发因素等。

8、身体状况：

(2) 腹痛：是急性胰腺炎的主要表现和首发症状。常于饱餐或大量饮酒后突然发生，疼痛位于上腹正中或偏左，疼痛剧烈，为钝痛、钻痛、刀割样或绞痛，呈持续性、阵发性加重。与体位和饮食有一定关系，屈曲位时疼痛减轻，进食后疼痛加剧。轻症腹痛 3-5 天即可缓解，重症剧痛持续时间较长。

(3) 恶心、呕吐、腹胀：发病初期即有频繁、剧烈的恶心、呕吐，呕吐物为胃内容物、胆汁或咖啡样液体，吐后腹痛多无缓解。常伴有腹胀，甚至出现麻痹性

肠梗阻，是病情恶化的征兆。

(4) 发热：轻症可不发热或轻度发热，一般持续 3-5 天。重症可有持续性高热，常超过 39℃，提示继发感染。

(5) 腹膜刺激征：轻症仅中上腹轻压痛，多无明显的肌紧张；重症时腹痛压痛明显，并伴有肌紧张、反跳痛，范围较广或延及全腹。

(6) 低血压与休克：早期出现血压下降、脉搏细速、呼吸加快、神志淡漠等表现，为早期主要死亡原因之一。

(7) 多器官功能衰竭：是常见的是肺功能衰竭，其次是肾、肝、心、消化道出血。

(8) 其他：呕吐频繁者可伴有代谢性碱中毒；合并胆道系统疾病以及胰头水肿压迫胆总管可引起黄疸；血糖升高；低血钙时出现手足抽搐，提示预后不良；少数急性重症胰腺炎患者皮肤出现出血、斑点，在腰部、季肋部、腹部呈现大片青紫色。

3、辅助检查

(1) 实验室检查：血尿淀粉酶升高、血清淀粉酶同工酶和血清脂肪酶也可升高，亦可出现高血糖、低血钙、白细胞升高、肝功能异常、血气分析、DIC 指标异常等。

(2) 影像学检查：腹部 B 超、增强 CT 和 MRI、胸部 X 线片。

4、心理-社会状况：由于本病发病急，急性期需严格禁食水，导致患者产生恐惧、悲观、孤独等消极情绪。应评估患者对疾病、治疗、护理的配合知识，尤其是对长期的饮食控制的理解与配合，对防止胰腺炎复发和有关疾病康复知识的掌握情况，家属的配合情况，患者的社会支持情况以及家族经济条件能否承担治疗费用等。

(三) 护理措施：以非手术治疗为主

1、疼痛管理：

(1) 严格禁食水、胃肠减压：多数患者需禁食小 1-3 天，严重腹胀或麻痹性肠梗阻行胃肠减压。向患者解释禁食的重要性，使患者能够主动配合和护理，口渴时可含漱或湿润口唇，并做好口腔护理。

(2) 休息与体位：绝对卧床休息，协助取舒适的体位，弯腰、屈膝侧卧可以缓

解腹痛，还可指导和协助患者按摩背部，增加舒适感。

(3) 药物止痛：诊断明确的患者适时给予盐酸哌替啶、阿托品等药物镇痛解痉。禁止使用吗啡，因其可引起 Oddi 括约肌痉挛。用药后注意观察止痛效果及副作用。

(4) 用药护理：遵医嘱使用抗生素、抑制胰腺分泌和活性的药物。

2、营养支持：早期禁食水和胃肠减压，给予完全胃肠外营养。腹痛减轻或消失、腹胀减轻或消失、肠道动力逐渐恢复时可考虑开放饮食，开始以糖类为主，如少量米汤或藕粉，逐步过渡到低脂饮食。

3、预防和纠正体液不足：

(1) 病情观察：观察呕吐物和胃肠减压引流液的量、性质，注意有无胃肠道出血。观察血压、脉搏、尿量、神志的变化，皮肤黏膜弹性、色泽，判断有无脱水、低血容量性休克的表现。准备记录 24 小时出入量，及时正确留取标本。

(2) 补充液体：禁食水期间每日补液量达 3000ml 以上，应迅速建立有效的静脉通路补充液体和电解质，根据患者的年龄和病情调节输液速度，及时补充所丢失的液体和电解质，纠正酸碱平衡失调。

(3) 防治休克：恢复有效循环血容量，严密观察病情变化。

4、中药治疗的护理：常用复方清胰汤，根据患者呕吐情况，可采用口服、胃管内注入、灌肠等多种途径。经胃管注入后应夹管 30 分钟后开放引流，灌肠后患者排便次数和量增加，注意肛周皮肤的护理。用药后注意观察腹部症状、体征及排便的量、次数、性状。

5、并发症的观察：

(1) 呼吸衰竭：观察患者呼吸次数，有无呼吸困难、发绀等，监测血气分析。出现严重呼吸困难和缺氧症状时，应准备气管插管或气管切开，应用呼吸机辅助呼吸。

(2) 肾衰竭：记录每小时尿量、尿比重及 24 小时出入量。

(3) 感染：早期应用抗生素，观察体温变化，监测血常规白细胞计数和分类变化。大剂量抗生素应用时容易并发真菌感染，应加强口腔护理。更换引流管时注意无菌操作，对高热患者按常规进行护理。保持空气新鲜，每日通风 2 次，15-30 分钟/次。

(4) 消化道出血：观察患者的排泄物、呕吐物、胃肠减压引流液的色泽，定时监测血压、脉搏。出现胃肠道糜烂、穿孔、出血，应立即作好手术止血的准备。

(四) 健康指导

- 1、生活指导：指导患者及家属掌握饮食卫生知识，养成规律进食习惯，避免暴饮暴食，腹痛缓解后，应从少量低糖饮食开始逐渐过渡到低脂饮食，直到恢复正常饮食。避免高脂肪、高蛋白、刺激性、产气多的饮食。
- 2、疾病知识指导：教育患者积极治疗胆道疾病，注意防治胆道蛔虫。出院后 4-6 周，避免过度疲劳和提举重物。保持良好的精神状态，注意劳逸结合。
- 3、预防复发：帮助患者认识胰腺炎有复发的特性。告知患者注意避免诱发急性胰腺炎的因素，如胆道疾病、大量饮酒、暴饮暴食、高脂血症、某些药物等。
- 4、随访：告知患者出现突发左上腹剧烈疼痛、腹胀、恶心、呕吐等，应及时就诊。

十六、尿路感染

(一) 尿路感染

尿路感染是指致病微生物在尿路中繁殖并侵犯泌尿系的任何部位，包括肾脏、输尿管、膀胱、尿道及前列腺。可分为上尿路感染和下尿路感染。上尿路感染主要是肾盂肾炎、局灶性细菌性肾炎、肾脓肿及肾周围脓肿。下尿路感染主要是膀胱炎。

1. 尿路感染的流行病学特点

(1) 女性尿路感染发病率明显高于男性，比例约为 8:1。未婚女性发病约为 1%-3%，已婚女性发病率增高，约 5%，与性生活、月经、妊娠、应用杀精子避孕药物等因素有关。孕期菌尿患病率为 4%-10%，其中 20% 在孕晚期发展为急性肾盂肾炎。60 岁以上尿路感染发生率高达 10%-12%，多为无症状性细菌尿。

(2) 成年男性极少发生尿路感染。50 岁以后男性因前列腺肥大的发生率增高，尿路感染的发生率也相应增高，约为 7%。

2. 尿路感染的危险因素

(1) 尿路梗阻：任何妨碍尿液自由流出的因素，如：结石、前列腺增生、狭窄、肿瘤均可导致尿液积聚，细菌不易被冲洗清除，而在局部大量繁殖引起感染。

(2) 膀胱输尿管反流：输尿管壁内段及膀胱开口处的黏膜形成阻止尿液从膀胱输尿管口反流至输尿管的屏障，当其功能或结构异常时可使尿液从膀胱反流至输尿管，甚至肾盂，导致细菌在局部定植，发生感染。

(3) 机体免疫力下降，如长期使用免疫抑制剂、糖尿病、长期卧床、严重的慢性病和艾滋病等。

(4) 其它因素：尿道内或尿道口周围的炎症病变，导尿、尿路器械检查。

3. 尿路感染的诊断和评估

(1) 膀胱炎：占尿路感染的60%以上。主要表现为尿频、尿急、尿痛、排尿不适、下腹部不适等，部分患者迅速出现排尿困难。尿液常浑浊并有异味，约30%可出现血尿。一般无全身感染症状，少数患者出现腰痛、发热、但体温不超过38.0℃。如患者有突出的系统表现，体温>38.0℃，应考虑为上尿路感染。致病菌多为大肠埃希菌，约占75%以上。

(2) 急性肾盂肾炎：1) 全身感染症状：多起病急，常伴有寒战、高热，体温可达39.0~40.0℃，全身不适、疲乏无力、食欲减退、恶心、呕吐，甚至腹胀、腹痛或腹泻。2) 肾脏和尿路的局部表现：常有尿频、尿急、尿痛等尿路刺激征症状。大多伴腰痛或肾区不适，肾区有压痛或叩击痛，腹部上、中输尿管点和耻骨上膀胱区有压痛。3) 尿液的变化：尿液浑浊，可见脓尿或血尿。

(3) 慢性肾盂肾炎：慢性肾盂肾炎是细菌感染肾脏引起的慢性炎症，病变主要侵犯肾间质和肾盂、肾盏组织。由于炎症的持续进行或反复发生导致肾间质、肾盂、肾盏的损害，形成瘢痕，以致肾发生萎缩和出现功能障碍。一半以上患者可出现急性肾盂肾炎病史，后出现程度不同的低热、间歇性尿频、排尿不适、腰部酸痛及肾小管功能受损表现，如夜尿增多、低比重尿等。病情持续可发展为慢性肾衰竭。

(4) 无症状性细菌尿：又称隐匿性尿路感染，是指患者有真性细菌尿，而无尿路感染症状，其发生随年龄的增长而增加，超过60岁妇女发生率可达10%~12%。此外，孕妇中约7%有无症状性细菌尿，致病菌多为大肠埃希菌，患者可长期无症状，尿常规可明显异常，但尿培养有真性细菌尿。

(5) 尿路感染并发症： 1) 肾乳头坏死：常发生于严重的肾盂肾炎伴有糖尿病或尿路梗阻时，可出现败血症、急性肾功能衰竭等，表现为高热、剧烈腰痛、血尿，可有坏死组织从尿中排除，发生肾绞痛。 2) 肾周围脓肿：常由严重的肾盂肾炎直接扩展而来，患者多有尿路梗阻等易感因素。患者原有临床表现加重，出现明显单侧腰痛，向健侧弯腰时疼痛加剧。宜使用抗感染治疗，必要时脓肿切开引流。

4. 尿路感染的社区管理

(1) 环境与休息：保持环境清洁、安静、光线柔和，维持室内适合的温度和湿度，患者能充分休息。急性期患者应卧床休息，症状减轻后再下床活动。患者心情尽量放松，因过分紧张可加重尿频。指导患者从事感兴趣的活动，如听音乐、看小说、看电视、聊天等，分散患者对自身不适的注意力，减轻患者焦虑，缓解尿路刺激征。

(2) 饮食护理：患者宜进食清淡、易消化、营养丰富的食物，避免刺激性食物、饮酒或咖啡。消化道症状明显患者可静脉补液，在无禁忌的情况下指导患者尽量多饮水，每天 2500ml 以上，勤排尿以达到冲洗尿路，减少细菌在尿路的停留时间。

(3) 皮肤、黏膜的护理：发热患者出汗后要及时更换衣物和床单。内衣裤应选择吸汗且透气性好的棉质材料，应宽松、干净。注意保持会阴部的清洁，洗澡选用淋浴的方式。

(4) 密切观察病情：监测体温的变化，并做好记录，如高热持续不退或体温进一步升高，且出现腰痛加剧等，应考虑是否出现肾脓肿、肾乳头坏死等并发症，应及时到医院就诊。

(5) 物理降温：高热患者可采用冰敷、乙醇擦浴等物理降温措施，并注意观察和记录物理降温的效果。

(6) 疼痛护理：指导患者进行膀胱区热敷或按摩，以缓解疼痛。对高热或头痛及腰痛患者可给予退热镇痛剂。

(7) 增强体质，提高机体防御能力：加强体育锻炼，增强体质，是预防发生尿路感染的重要方面。在发热、尿检异常的急性期，应卧床休息。恢复期参加适度的体育活动，如散步、慢跑、打太极等运动。

(8) 养成良好的生活习惯：勤洗外阴，外阴清洗用温开水即可，尽量不要长期使用消毒剂冲洗外阴；排便后最好冲洗外阴，应从前向后冲洗或擦拭；已婚女性注意房事清洁，事后排尿以冲洗尿道。反复尿路感染者可遵医嘱口服抗菌药，预防复发；妇女月经期和妊娠期应注意多饮水、勤排尿，不要憋尿。

(9) 积极治疗和消除各种诱因：男性尿路感染往往是尿路梗阻所致，最常见的原因是前列腺炎、前列腺增生，应积极治疗。

(10) 心理护理：对于慢性患者、焦虑严重者，可适当应用抗焦虑药物或进行心理咨询，采取倾诉或暗示疗法，减轻患者的焦虑。鼓励患者家属和朋友给予患者关心和支持。

(11) 用药护理：使用抗菌药物的患者，应按时、按量、按疗程服药，勿随意停药，以达到彻底治疗目的。

5、尿路感染患者的健康指导

(1) 知识宣教：为患者讲解疾病知识，使其了解疾病的病因、发病机制、主要表现及治疗方案。寻找慢性复发的病因，去除发病因素。

(2) 养成良好的卫生习惯：注意个人清洁卫生，尤其注意保持会阴部及肛周皮肤清洁，女婴勤换尿布和清洗会阴部；女性特别是月经、妊娠、产褥期更要注意，忌盆浴。育龄期妇女在急性期治愈后1年内避免怀孕。

(3) 避免劳累：坚持适当的体育锻炼以提高机体抵抗力。

(4) 多饮水、勤排尿（2~3小时排尿一次）：是最实用而有效的预防方法。

(5) 及时治疗局部炎症：如女性尿道旁腺炎、阴道炎、男性前列腺炎等，如炎症反复发作，要不免不洁性交，注意性生活后即排尿和清洁外阴并口服抗菌药物或高锰酸钾坐浴，预防尿感的发生。

(6) 疗效判断：正规用药后24小时症状即可有好转，如经48小时治疗仍无效，应换药或联合用药。症状消失后再用药3-5天。2-3周内每周进行血常规和尿细菌学检查各1次；第6周再检查1次，2项均正常方可认为临床痊愈。

(7) 定期到门诊复查，不适时应及时就诊。定期到门诊复查，不适时应及时就诊。

十七、慢性肾衰

慢性肾衰是指各种原发性或继发性慢性肾脏病进行性进展引起肾小球滤过率（GFR）下降和肾功能损害，出现以代谢产物潴留以及水、电解质和酸碱平衡紊乱为主要表现的临床综合征。

1. 慢性肾衰竭的流行病学特点

慢性肾功能衰竭在全球发生率总体上呈增长趋势，并且经济发达地区的发病率高于经济相对落后的地区。在美国，发病率约为 3.36/万人，欧洲其他国家和地区约为 1.35/万人；非洲的发病率很低；中国的大城市发病率和英国相近。据美国健康基金委员会的资料显示，慢性肾功能衰竭的流行趋势在不同年龄人群中有较大差异，其中老年人群中的病死率最高；男性发病率比女性高。

2. 慢性肾衰竭的危险因素

从总体上讲，CRF 病情进展有时缓慢而平稳（渐进性），也有时短期内急剧加重（进行性）；病程进展既有“不可逆”的一面，也有“可逆”（主要在早中期）的一面。因此，临床治疗中（尤其是早中期阶段）应抓住机会积极控制危险因素，争取病情好转。

（1）慢性肾衰渐进性发展的危险因素 CRF 病程渐进性发展的危险因素，包括高血糖控制不满意、高血压、蛋白尿（包括微量白蛋白尿）、低蛋白血症、吸烟等。

（2）慢性肾衰急性加重的危险因素 在 CRF 病程的某一阶段，肾功能可能出现急性加重，有时进展至终末期，甚至威胁患者生命。急性恶化的危险因素主要有：1）累及肾脏的疾病（如原发性肾小球肾炎、高血压病、糖尿病、缺血性肾病等）复发或加重；2）血容量不足（低血压、脱水、大出血或休克等）；3）肾脏局部血供急剧减少；4）严重高血压未能控制；5）肾毒性药物；6）泌尿道梗阻；7）严重感染；8）其他：高钙血症、严重肝功不全等。在上述因素中，因血容量不足或肾脏局部血供急剧减少致残余肾单位低灌注、低滤过状态，是导致肾功能急剧恶化的主要原因之一。

3. 慢性肾衰竭的诊断和评估

（1）心血管系统症状：高血压、心肌梗死、心包炎、充血性心力衰竭和心律失常等。

(2) 消化系统症状：食欲不振、恶心、呕吐、上腹饱胀、腹胀、腹泻等，可发生消化道出血、肝功能异常。

(3) 血液系统表现：贫血、出血倾向、白细胞异常等。

(4) 呼吸系统症状：支气管炎、肺炎、胸膜炎甚至胸腔积液等。

(5) 神经、肌肉系统症状：早期患者常有疲乏、失眠、头昏、头痛、注意力不集中等症状，严重者可出现精神失常、谵妄、幻觉、昏迷。晚期患者常有周围神经病变，出现肢体麻木、感觉异常，深腱反射迟钝或消失、肌无力等。

(6) 肾性骨病：骨痛、行走不便和自发性骨折。

(7) 皮肤症状：皮肤瘙痒，面色萎黄，轻度浮肿等。

(8) 水、电解质和酸碱平衡失调：高钠或低钠血症、高钾或低钾血症、高磷血症、高镁血症和铝含量过高、代谢性酸中毒、脱水等。

(9) 血常规：红细胞数量下降，血红蛋白水平明显降低。

(10) 尿液检查：尿渗透压下降，尿比重低，尿沉渣中可发现红细胞、白细胞、颗粒管型、蜡样管型等。

(11) 肾功能检查：内生肌酐清除率降低、血肌酐升高、血尿素氮升高。

(12) 血生化检查：血清钙降低、血磷升高、血钾和血钠可高可低。多数患者可出现血清蛋白降低，严重者有代谢性酸中毒。

(13) B超或X线平片检查：肾实质损害、肾脏体积缩小。

4. 慢性肾衰竭患者的社区管理

(1) 饮食护理

1) 合理蛋白质摄入：非透析及早期血液透析的患者给予优质低蛋白饮食。腹膜透析、充分透析阶段的血液透析患者给予优质高（或适量）蛋白质饮食。优质低蛋白饮食每日每千克体重 0.6~0.8 克，若 $GFR < 25$ 毫升/（分· 1.73 米²）时，应限制在每日每千克体重 0.4 克。为防止低蛋白饮食引起的营养不良，应额外补充必须氨基酸（酮酸）。

2) 限制水、钠摄入，保持平衡。

3) 合理调节食物中的钙、磷、钾，保持电解质平衡。

4) 增强患者食欲，保证食物的充分摄入。

5) 监测营养状况的改善：定期对患者的营养状况进行评估，监测患者的体

重、血肌酐、血尿素氮、血清蛋白及血红蛋白水平。

6) 对于水肿、高血压者，应限盐 2~3 克/天，如出现少尿、高血钾者，不仅限制水和钾的摄入，还应限制含钾的食物，如紫菜、海带、干菇、菜汤、香蕉等。选择富含含铁剂的食物，如大枣、殷桃、瘦肉、虾等，避免高磷食物，如动物内脏、坚果类、菇类等。

(2) 心理护理

1) 加强疾病知识宣教，提高患者对疾病的认识，保护残余肾功能，延续疾病进展。

2) 争取家庭与社会支持，鼓励患者正确面对疾病，增强对疾病治疗和生活的信心，促进肾脏康复，提高生活质量。

(3) 预防感染

1) 定时测量生命体征及其他感染征象，发现异常，及时处理；病室定期通风并做空气消毒；注意防寒保暖，避免与呼吸道感染者接触。

2) 准确留取各种标本如痰液、尿液、血液等及时送检。

3) 保护皮肤、黏膜的完整性。

4) 注意保护腹膜透析出口处、静脉置管处以及内瘘穿刺处，疑有感染时应及时处理，必要时及时通知医生拔管。

(4) 皮肤护理

因尿素沉积对皮肤的刺激，常有瘙痒不适，每日用温水擦拭皮肤，有条件者可沐浴，然后涂润肤剂，以止痒和润肤。勤修剪指甲，勿用力搔抓皮肤，以免皮肤损伤引起感染，皮肤若有破损，可涂碘伏等。

(5) 病情观察

观察生命体征变化及做好心力衰竭、尿毒症脑病、高血压、电解质紊乱、营养不良、肾性骨病等的观察护理。

(6) 并发症观察及护理

1) 贫血：因肾生成和分泌促红细胞生成素不足所致。表现为乏力、面色苍白、心悸等；另外，肾衰竭时有凝血功能障碍，表现为鼻出血、牙龈出血、胃肠道出血、月经过多等。应注意观察临床表现，贫血严重者应卧床休息，注意饮食营养，抽血或输液完毕后，按压针眼时间在 3 分钟以上，活动时注意安全，防止

碰伤、摔伤等意外。

2) 肾性骨病：因维生素 D 缺乏，甲状旁腺功能亢进和铝沉积所致。表现为全身骨痛，莫名的瘙痒，近端肌无力等。注意观察临床表现，嘱患者多晒太阳，饮食中增加含钙食品，活动时动作轻微，防止发生骨折。

3) 尿毒症脑病：因胍类、酚类、尿素增高所致。表现为神经衰弱、嗜睡、扑翼样震颤等，给患者创造安静、舒适的环境，做好防护措施。

5. 慢性肾衰竭患者的健康指导

(1) 疾病知识宣教：介绍本病的相关知识，做好自我观察护理，减少并发症。早期发现和积极治疗各种可能导致肾损害的疾病，如高血压、糖尿病等。

(2) 饮食指导：低蛋白低磷饮食，合理补充必需氨基酸、维生素，同时保证热量供给，防止营养不良发生；在血压升高、水肿、少尿时，应严格限制水钠摄入；有高钾血症时，应限制含钾量高的食物。

(3) 活动和体育锻炼：养成良好的卫生习惯和生活方式，适当参加户外运动，以增强抵抗力。

(4) 定期就诊：频度按病情决定，一般 1-3 个月 1 次，查血、尿常规，肝肾功能、电解质等。

思考题

1. 慢性肾衰患者的健康指导？
2. 慢性肾衰患者的饮食护理？
3. 慢性肾衰患者常见的并发症及护理？

参考书目

1. 黎磊石，刘志红. 中国肾脏病学[M]. 北京：人民军医出版社，2008.
2. 王海燕. 肾脏病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2008.
3. 王兰，郑一宁. 实用肾脏科护理及技术[M]. 北京：科学出版社，2008.
4. 夏泉源，刘士生. 内科护理学. 北京：科学出版社，2010

十八、围绝经期综合征

(一) 原发性痛经

痛经为月经期出现的子宫痉挛性疼痛，可伴腰酸、下腹坠痛或其他不适，严重者可影响生活和工作。痛经分为原发性与继发性两种。原发性痛经是无盆腔

器质性病变的痛经，发生率占 36.06%，痛经始于初潮或其后不久。

1. 临床表现

(1) 下腹痛：月经来潮前数小时感下腹痛，逐步加重，迅速加剧，呈阵发性或痉挛性，可放射至腰骶部或大腿内侧；

(2) 50%可出现后背痛、恶心、呕吐，腹泻、头痛及乏力；

(3) 一般妇科检查无异常。

2. 诊断要点及鉴别诊断

(1) 诊断要点：

①病史：初潮后一段时间月经转规律后，出现经期下腹坠痛；

②体征： 妇科检查排除器质性疾病；

③检查：基础体温测定证实痛经发生在排卵周期。

(2) 鉴别诊断：

与子宫内膜异位症，子宫腺肌症，盆腔感染、粘膜下子宫肌瘤及宫腔粘连症引起的痛经相鉴别。

3. 治疗

目的是：缓解疼痛及其伴随症状。

(1) 一般治疗：心理治疗，必要时镇静、镇痛、解痉治疗。

(2) 药物治疗

①抑制排卵药物：口服避孕药疗效可达 90%以上，适用于要求避孕的患者。

②抑制子宫收缩药物：

a：前列腺素合成酶抑制剂：消炎痛栓剂 100mg 塞肛或消炎痛片剂 25mg po 3-4 次/天；布洛芬 200-400mg po 3-4 次/天；酮洛芬 50mg po 3-4 次/天。适用于不要求避孕或对口服避孕药效果不好的患者。禁用于胃肠道溃疡者。

b：钙拮抗剂：硝苯地平片 10mg po 3 次/天，痛时含服。

(3) 手术治疗

①宫颈管扩张术：用扩张棒扩张宫颈管至 6-8 号，利于经血流畅。适用于已婚宫颈狭窄的患者。

②神经切除术：顽固性痛经考虑行腹腔镜骶前神经切除术，有一定并发

症。

4. 重要提示

原发性痛经的诊断需排除器质性病变，临床应用口服避孕药有效率>90%、前列腺素抑制剂有效率约 80%。

(二) 绝经综合征

绝经是永久性无月经状态，是因为卵巢功能停止所致。绝经综合征指妇女绝经前后出现的一系列绝经相关症状。

1. 临床表现

(1) 月经改变：最早出现。分三型：①月经周期缩短，经量减少，最后绝经；②月经周期不规则，周期和经期延长，经量增多，甚至大出血或出血淋漓不尽，逐渐减少而停止；③月经突然停止。

(2) 血管舒缩症状：潮热、出汗，是最突出的特征性症状。

(3) 精神神经症状：情绪、记忆及认知功能症状。易出现激动易怒、焦虑、多疑、情绪低落、自信心降低、不能自我控制，记忆力减退及注意力不集中。

(4) 泌尿生殖道症状：泌尿生殖道萎缩症状，外阴瘙痒、阴道干燥疼痛、性交困难，子宫脱垂，性欲低下；膀胱、直肠膨出；尿频、尿急，压力性尿失禁，反复发作的尿路感染。

(5) 代谢异常和心血管疾病：血压升高或血压波动；心悸时心率不快，心律不齐，常为期前收缩；代谢改变导致体重增加、糖脂代谢异常增加，冠心病发生率及心肌梗死的死亡率增加较快。

(6) 骨质疏松：可出现腰背、四肢疼痛，关节痛。严重者可导致骨质，最长发生在椎体。

2. 诊断要点及鉴别诊断

(1) 诊断要点：

①病史：年龄，月经史，婚育史，既往是否切除子宫或卵巢，有无心血管疾病史，肿瘤及家族史。

②体征：全身检查及妇科检查。

③辅助检查：

- a：激素测定：FSH>40U/L，提示卵巢功能衰竭；
- b：B超检查：排除子宫、卵巢肿瘤，了解子宫内膜厚度；
- c：分段诊刮及子宫内膜病理检查：有条件者在宫腔镜下进行；
- d：骨密度测定：确定有无骨质疏松。

(2) 鉴别诊断：

需排除心血管疾病，泌尿生殖器官的器质性疾病相鉴别。

3. 治疗

(1) 一般处理和对症治疗：心理治疗辅助自主神经功能调节药物，谷维素20mg po 3次/天；睡眠障碍，家用2.5mg po qn；预防骨质疏松，坚持锻炼，增加日晒时间，摄入足量蛋白质。

(2) 激素治疗

①适应证

a：绝经相关症状：潮热、盗汗、睡眠障碍、疲倦、情绪不振、易激动、烦躁和轻度抑郁。

b：泌尿生殖道萎缩相关问题：阴道干涩、疼痛、排尿困难、反复性阴道炎、性交后膀胱炎、夜尿、尿频和尿急。

c：骨质疏松症危险因素及绝经后骨质疏松症。

②治疗时机：在卵巢功能开始减退并出现相关症状后即可应用。

③禁忌症

a：已知或可疑妊娠、原因不明的阴道出血；

b：已知或可疑患有乳腺癌、与性激素相关的恶性肿瘤或脑膜瘤（禁用孕激素）；

c：最近6个月内患有活动性静脉或动脉血栓栓塞性疾病、严重肝肾功能障碍、耳硬化症、系统性红斑狼疮。

④慎用者：子宫肌瘤、子宫内膜异位症、子宫内膜增生史、高催乳素血症、尚未控制的糖尿病及严重高血压、血栓形成倾向、胆囊疾病、癫痫、偏头痛、哮喘、乳腺良性疾病、乳腺癌家族史者慎用。

⑤激素治疗流程

- a: 治疗前评估：病史、妇科检查及相关辅助检查，评估适应证、禁忌症。
- b: 权衡利弊：根据年龄、卵巢功能衰退情况，进行激素治疗前评估。
- c: 个体化治疗：制定个体化治疗方案。
- d: 应用激素治疗过程中监测及注意事项：治疗过程中，判断治疗是否有效、不良反应、个体危险/受益比的变化，调整治疗方案。

⑥激素治疗方案、用药方法及用药途径

a: 激素治疗方案：

单纯雌激素：适用于已切除子宫，不需要保护子宫内膜的妇女。

单纯孕激素：周期使用，用于月经过度期，调整卵巢功能衰退过程中出现的月经问题。

雌、孕激素联合应用：适用于子宫完整的妇女。

b: 用药方法及用药途径：

I 需要保护子宫内膜患者：多采用雌、孕激素联合应用。

i 序贯用药 戊酸雌二醇（补佳乐）1-2mg/d，连续服用 21-28 天，用药第 14 天家用醋酸甲羟孕酮 4-6mg/d，宫 10-14 天，通用 2-7 天再开始新一周期。或戊酸雌二醇/雌二醇环丙孕酮片（克龄蒙）每日一片，连续 21 天。

ii 连续联合用药 结合雌激素 0.3-0.625mg/d 或戊酸雌二醇 0.5-1.5mg/d，加用醋酸甲羟孕酮 1-3mg/d，连用。或替勃龙 1.25mg/d，连用。

II 子宫缺失者：单用雌激素治疗。

i 结合雌激素（倍力美）0.3-0.625mg/d 或戊酸雌二醇（补佳乐）0.5-2mg/d，连用 21 天。

ii 经皮途径雌二醇（松奇贴）适用于尚未控制的糖尿病及严重的高血压、有血栓形成倾向、胆囊疾病、癫痫、偏头痛、哮喘、高催乳素血症者可用。

iii 以泌尿生殖道系统为主可采用经阴道雌激素（倍美力霜、

葆丽软膏)、雌三醇(欧维婷霜)。

⑦副作用及危险性

a: 子宫出血: 排除子宫内膜病变。

b: 性激素副作用: 剂量过大引起乳房胀、白带多、头痛、水肿, 色素沉着。

c: 孕激素副作用: 抑郁、易怒、乳房痛、浮肿。

d: 子宫内膜癌: 雌激素替代治疗时, 有子宫的妇女, 必须加用孕激素, 降低子宫内膜癌的发生率。

e: 乳腺癌

(3) 防治骨质疏松症的其他药物

①钙剂: 用雌激素者钙摄入 1000mg/d, 不用雌激素者 1500mg/d, 65 岁以后 1500mg/d。

②维生素 D: 400-500U, 与钙剂合用。

③降钙素: 鲑降钙素 100U im/皮下注射 每日或隔日一次, 2 周后改为 50U, 皮下注射, 每月 2-3 次。

④双磷酸盐类: 氨基双磷酸盐 预防剂量 5mg/d, 治疗剂量 10mg/d; 利塞膦酸钠 5mg/d, 空腹用白水服用, 服药后站立或禁食至少 30 分钟。

(4) 甲状旁腺素 特立帕肽 20ug 皮下注射, 1 次/天。

(5) 雷洛昔芬 60mg/天。

4. 重要提示

绝经综合征的治疗最有效的是激素替代疗法, 辅以钙剂、维生素 D 及降钙素或植物药、中药等。激素替代疗法应用最低有效剂量。HRT 的规范应用是使其利大于弊。

十九、糖尿病

糖尿病是一组以慢性血葡萄糖(简称血糖)水平增高为特征的代谢性疾病, 是由于胰岛素分泌和(或)作用缺陷所引起。属于中医“消渴”范畴。临床表现

主要表现为“三多一少”，即多尿、多饮、多食和体重减轻。并发症可出现急性严重代谢紊乱；感染性并发症；慢性并发症。

1. 糖尿病的流行病学特点

- (1) II 型糖尿病占 90%以上
- (2) 发达地区的糖尿病患病率明显高于不发达地区
- (3) 未诊断的糖尿病比例高达 60%
- (4) 男性、低教育水平是糖尿病的易患因素
- (5) 患者的平均 BMI 约 25
- (6) 20 岁以下的人群中 2 型糖尿病患病率显著增加
- (7) 糖尿病合并心脑血管疾病常见

2. 糖尿病的危险因素

(1) 不可改变因素:年龄、家族史或遗传倾向、种族、妊娠糖尿病史或巨大儿生产史、多囊卵巢综合征、宫内发育迟缓或早产

(2) 可改变因素:糖尿病前期(最重要的危险因素)、代谢综合征超重、肥胖、抑郁症饮食热量摄入过高、体力活动减少可增加糖尿病发生风险的药物致肥胖或糖尿病的社会环境。

3. 糖尿病的诊断和分型、评估

- (1) 诊断

| 诊断标准 | 静脉血浆葡萄糖水平 (mmol/L) |
|---|--------------------|
| 1) 糖尿病症状 (高血糖所导致的多饮、多食、多尿、体重下降) 加 随机血糖 | ≥ 11.1 |
| 或 | |
| 2) 空腹血糖 (FPG) | ≥ 7.0 |
| 或 | |
| 3) 葡萄糖负荷后 2 小时 (2h) 血糖 | ≥ 11.1 |

空腹状态：至少 8 h 未进食

随机血糖：不考虑上次用餐时间，一天中任意时间的血糖

(2) 分型 糖尿病病因学分类 (WHO, 1999)

| |
|--------------|
| 1. 1 型糖尿病 |
| A. 免疫介导性 |
| B. 特发性 |
| 2. 2 型糖尿病 |
| 3. 其他特殊类型糖尿病 |
| 4. 妊娠糖尿病 |

(3) 评估

1) 收集病史时详细询问病人患病的有关病因，如有无糖尿病家族史、病毒感染及诱发因素等，患病的起始时间、主要症状及其特点，有无并发症的表现。

2) 评估病人的心理状态

3) 一般状态评估 观察病人生命体征、精神和神志。注意呼吸节律、频率的改变，呼吸有无呈烂苹果味（丙酮味）。

4) 营养状况 有无消瘦或肥胖

5) 皮肤和粘膜 有无皮下出血和瘀斑等。

4. 糖尿病患者的社区管理

糖尿病医院-社区一体化管理模式是以三级医院为轴线，建立适合不同医疗服务层次的诊治流程，对社区内糖尿病患者按病情分级管理、双向转诊。主要包括：①组成一体化管理的工作团队（包括医师、护师、管理者和社会工作者等）；②构建标准化的防治流程（高危人群筛查、糖尿病转诊、并发症检查）；③建立培养糖尿病专科系列人才的培训基地，包括举办学习班、专家下社区坐诊及宣传教育、在线音视频交互教学、在线课件点播、在线知识库共享、短期专项适宜技术量化培训等多种方式；④建立糖尿病管理档案，开发医院-社区共享的信息平台，医院与社区分别建立糖尿病监控管理系统，信息资料双方共享；⑤制定规范的双向转诊流程。

5. 糖尿病患者的健康指导

(1) 注意保持皮肤的完整性，鞋子不宜过硬、过紧。

(2) 注意控制饮食，特别是碳水化合物（淀粉、糖类）和脂肪，饮食不宜辛辣刺激。

(3) 定期监测血糖，并建议患者应用便携式血糖计进行自我监测。每 3~6 个月定期复查糖化血红蛋白，了解血糖总体控制情况，及时调整治疗方案。每年 1~2 次全面复查，了解血脂以及心、肾、神经和眼底情况，尽早发现有关并发症，给予相应治疗。

(4) 低血糖发作的处理

轻者口服糖水、含糖饮料，或进食糖果、饼干、面包、馒头等即可缓解。重者和疑似低血糖昏迷的患者，应及时测定毛细血管血糖，甚至无需血糖结果，及时给予 5% 葡萄糖液 60~100ml 静脉注射，继以 5%~10% 葡萄糖液静脉滴注，必要时可加用氢化可的松 100mg 和(或)胰高糖素 0.5~1mg 肌肉或静脉注射。神志不清者，切忌喂食以避免窒息。

思考题

1. 简述糖尿病的临床表现？
2. 糖尿病患者发生低血糖，如何处理？

参考书目

1. 张祥华, 王行环, 王刚等. 良性前列腺增生临床诊治指南. 中华外科杂志. 2007 12(24)1704-1707.
2. 陈孝平. 外科学. 第 2 版. 人民卫生出版社, 2010

二十、血脂异常

血脂是血浆中的胆固醇、甘油三酯(triglyceide, TG)和类脂如磷脂等的总称。与临床密切相关的血脂主要是胆固醇和 TG。血脂异常通常是血浆中胆固醇和(或)TG 升高，俗称高脂血症。

1. 血脂异常的流行病学特点

目前,我国人群血脂平均水平低于发达国家,但近年来由于生活水平的提高、生活方式改变等因素的影响,其升高幅度却很惊人。据报道,我国成人血脂异常患病率为 18.6%,估计患病人数为 1.6 亿。我国血脂异常的流行病学存在以下特

点:

(1) 地区差异: 因不同地区人群膳食习惯、生活方式、遗传及经济发展水平等因素的不同, 我国人群血脂流行病学分布的特点总体上呈现出北方高于南方, 东部高于西部的区域差异。

(2) 城乡差异: 我国农村及城市的平均血脂水平都呈上升趋势, 城市仍高于农村, 但近年来农村血脂异常的患病率涨幅逐渐高于城市。

(3) 性别差异: 男性高于女性, 更年期女性血脂水平升高明显, 考虑与雌激素的分泌减少有关。但女性 TG、TC、HDL-C 异常人数明显低于男性, 且男性患者的 TG 水平明显高于女性, LDL-C、HDL-C 水平明显低于女性, 可能与男性的社会活动、生理特点、不良饮食以及生活习惯等有关。

(4) 年龄差异: 随着年龄增长血脂水平增加, 但青少年血脂异常患病率升高。我国面临着血脂异常高患病率、低知晓率、低治疗率及低控制率的“三低一高”的严峻现状。

2. 血脂异常的危险因素

(1) 冠心病, 包括: 急性冠脉综合征(包括不稳定性心绞痛和急性心肌梗死)、稳定性心绞痛、陈旧性心肌梗死、有客观证据得心肌缺血、冠状动脉介入治疗(PCI)及冠状动脉旁路移植术(CABG)后患者。此类患者在未来10年内均具有极高的发生缺血性心血管病事件得综合危险, 需要积极降脂治疗。

(2) 高血压(血压 $\geq 140/90$ mmHg 或接受降压药物治疗)。

(3) 吸烟。

(4) 肥胖[体重指数(BMI) ≥ 28 kg/m²]。

(5) 低 HDL-C 血症[(1.04mmol/L(40mg/dl))]

(6) 早发缺血性心血管病家族史(一级男性亲属发病时 < 55 岁, 一级女性亲属发病时 < 65 岁)。

(7) 年龄(男性 ≥ 45 岁, 女性 ≥ 55 岁)。

3. 血脂异常的诊断和评估

血脂异常及心血管病的其他危险因素主要是通过临床日常工作来检出, 这不限于因心血管病前来就诊的患者, 而应该包括前来医院就诊的所有血脂异常和心血管病易患人群。一般人群的常规健康体检也是血脂异常检出的重要途径。为了

及时发现和检出血脂异常，建议 20 岁以上的成年人至少每 5 年测量 1 次空腹血脂，包括 TC、LDL-C、HDL-C 和 TG 测定。对于缺血性心血管病及其高危人群，则应每 3~6 个月测定 1 次血脂。对于因缺血性心血管病住院治疗的患者应在入院时或 24h 内检测血脂。

(1) TC: TC 是指血液申各脂蛋白所含胆固醇之总和。TC 从 3.63mmol/L(140mg/dl)开始，随 TC 水平的增加，缺血性心血管病发病危险增高。对我国人群 TC 分层的合适切点建议下: TC<5.18mmol/L(200mg/dl)为合适范围; TC5.18~6.1gmmol/L(200~239mg/dl)为边缘升高; TC \geq 6.22mmol/L(240mg/dl)为升高

(2) LDL-C: LDL-C<3.37mmol/L(130mg/dl)为合适范围; LDL-C3.37~4.12mmol/L(130~159mg/dl)为边缘升高; LDL-C \geq 4.14mmol/L(160mg/dl)为升高。

(3) HDL-C: 随着 HDL-C 水平的降低，缺血性心血管病发病危险增加，对我国 HDL-C 的诊断切点建议为: HDL-C<1.04mmol/L(40mg/dl)为减低; HDL-C \geq 1.55mmol/L(60mg/dl)为升高。

(4) TG: 我国现有队列研究表明，随 TG 水平上升缺血性心血管病发病危险有所升高，TG: 1.70mmol/L(150mg/dl)以下为合适范围，1.70~2.25mmol/L(150~199mg/dl)以上为边缘升高， \geq 2.26mmol/L(200mg/dl)为升高。

4 血脂异常患者的社区管理

(1) 发现血脂异常患者: 血脂检查的重点对象: 1) 已有冠心病、脑血管病或周围动脉粥样硬化病者。2) 有高血压、糖尿病、肥胖、吸烟者。3) 有冠心病或动脉粥样硬化病家族史者，尤其是直系亲属中有早发冠心病或其他动脉粥样硬化性疾病者。4) 有皮肤黄色瘤者。5) 有家族性高脂血症者。 建议 40 岁以上男性和绝经期后女性应每年均进行血脂检查。

(2) 对血脂异常者的危险评估

(3) 选择治疗手段: 血脂异常治疗最主要目的是为了防治冠心病，所以应根据是否已有冠心病或冠心病等危症以及有无心血管危险因素，结合血脂水平进行全面评价，以决定治疗措施及血脂的目标水平。在决定采用药物进行调脂治疗时，需要全面了解患者患冠心病及伴随的危险因素情况。在进行调脂治疗时，应

将降低 LDL-C 作为首要目标。

①血脂异常的药物治​​疗：临床上供选用的调脂药物可分为 5 类：(1)他汀类。(2)贝特类。(3)烟酸类。(4)树脂类。(5)胆固醇吸收抑制剂。(6)其他。

②治疗性生活方式改变(therapeutic life-style change, TLC)：包括减少饱和脂肪酸和胆固醇的摄入；选择能够降低 LDL-C 的食物(如植物甾醇、可溶性纤维)；减轻体重；增加有规律的体力活动；采取针对其他心血管病危险因素的措施如戒烟、限盐以降低血压等。

5. 血脂异常患者的健康指导

(1) 饮食：减少饱和脂肪酸和胆固醇的摄入对降低 LDL-C 作用最直接，效果最明显，建议饱和脂肪酸摄入量<总热量的 7%，胆固醇<200mg/日。在有条件的人群，选用能够降 LDL-C 的膳食成分(如植物固醇、可溶性纤维)，建议植物固醇摄入量 2 克/日，所有植物性食物中都含有植物固醇，但含量较高的时植物油类、豆类、坚果类等。可溶性纤维素来自水果和蔬菜的果皮，全麦类和种子类，推荐摄入量 10-25 克/日。

(2) 血脂异常患者也应限制碳水化合物，特别是糖和精致碳水化合物的摄入，膳食中的蔗糖或果糖比葡萄糖或淀粉更易引起高甘油三脂血症。

(3) 限制饮酒，男性<30 克，女性<15 克酒精的摄入。

(4) 控制体重

(5) 增加运动：每周可采取有氧运动、伸展运动、增强肌肉的运动，每周 3-5 次，每次 30 分钟，运动后以微汗、不疲劳、没有不适反应为宜。

(6) 药物观察：指导病人正确服用调节血脂药物，观察和处理药物不良反应。

①他汀类药物：少数病例服用大剂量时可引起转氨酶升高、肌肉疼痛，严重者可引起横纹肌溶解、急性肾衰竭等。用药期间定期测肝功能。

②贝特类药物：不良反应一般较轻微，主要有恶心、腹胀、腹泻等胃肠道反应，有时有一过性血清转氨酶升高，应在饭后服用。

③烟酸类药物：不良反应有面部潮红、瘙痒、胃肠道症状，严重不良反应使消化性溃疡恶化，偶见肝功能损害，可指导病人饭后服用。

④树脂类物：主要不良反应为恶心、呕吐、腹胀、腹痛、便秘。

⑤联合治疗[9]：美国临床内分泌协会（AACE）推荐有下列情况的采用2种及以上药物联合治疗：当胆固醇水平显著升高且单药治疗不能达到治疗目标时（A级）、当存在混合型血脂异常时（C级）、对于高TG血症伴有低HDL-C的很多患者，烟酸类或贝特类与他汀类联合用药可能是适宜的选择（B级）、为降低剂量相关不良反应的风险（D级）。

思考题

1. 血脂异常的危险因素包括哪些？

2. 血脂异常患者的健康教育？

参考书目

1. 尤黎明，吴瑛. 内科护理学. 第5版. 人民卫生出版社，2012

2. 张云鹤，何青. 中国血脂异常流行病学特点[J]. 中华保健医学杂志，2015，3:254-256.

3. 张增明. 检验血糖 血脂的异常现状及相关危险因素研究[J]. 医药，2015，3:239.

4. 中国成人血脂异常防治指南制定联合委员会. 中国成人血脂异常防治指南. 中华心血管病杂志，2007，35:390-418.

二十一、痛风

痛风是指慢性嘌呤代谢障碍所致的一组异质性代谢性疾病。临床特点为高尿酸血症、反复发作的痛风性关节炎、痛风石、间质性肾炎，严重者呈关节畸形及功能障碍，常伴有尿酸性尿路结石。根据病因可分为原发性和继发性两类，其中以原发性痛风占绝大多数。

1. 痛风的流行病学特点

痛风多见于中老年男性、绝经期后妇女，发病高峰在40-50岁，近年来青年人发病率有上升趋势。5%-25%的病人有痛风家族史。

2. 痛风的危险因素

（1）遗传：原发性痛风属遗传性疾病，由先天性腺嘌呤代谢异常所致，大多数有阳性家族史，属多基因遗传缺陷。

（2）高尿酸血症：痛风的生化标志是高尿酸血症，但临床上仅有10%-20%高

尿酸血症者发生痛风。

(3) 血尿酸：当血尿酸浓度过高或在酸性环境下，尿酸可析出结晶，沉积在骨关节、肾脏和皮下组织等，造成组织病理学改变，导致痛风性关节炎、痛风肾和痛风石等。

3. 痛风的诊断和评估

(1) 尿酸测定：正常男性血尿酸为 150–380 $\mu\text{mol/L}$ (2.5–6.4 mg/dl)，正常女性为 100–300 $\mu\text{mol/L}$ (1.6–5.0 mg/dl)，更年期后接近男性。男性或绝经后妇女血尿酸 > 420 $\mu\text{mol/L}$ (7.0 mg/dl)，绝经前妇女 > 350 $\mu\text{mol/L}$ (5.8 mg/dl) 则可确定为高尿酸血症。血尿酸存在较大的波动，应反复监测。而限制嘌呤饮食 5 天后，如每天小便中尿酸排出量 > 3.57 mmol/L (600 mg)，则提示尿酸生成增多。

(2) 滑囊液或痛风石检查：急性关节炎期行关节腔穿刺，抽取滑囊液，在旋光显微镜下，可见白细胞内有双折光现象的针形尿酸盐结晶，是确诊痛风的依据。

(3) 中老年男性，有家族史及代谢综合征表现，在有诱因的基础上，夜间突然出现典型关节炎发作，或尿酸性结石肾绞痛发作，要考虑痛风。以下检查可确诊：①血尿酸增高；②关节腔穿刺抽取滑囊液或痛风石活检证实为尿酸盐结晶；③受累关节 X 线检查、关节腔镜检查；④诊断有困难者可用秋水仙碱诊断性治疗，如迅速显效则具有特征性诊断价值。

4. 痛风的社区管理

(1) 休息：急性关节炎期，除关节红肿热痛和功能障碍外，病人常有发热，应绝对卧床休息，抬高患肢，避免受累关节负重。也可在病床上安放支架支托盖被，减少患部受压。待关节痛缓解 72 小时后，方可恢复活动。

(2) 局部护理：手、腕或肘关节受累时，为减轻疼痛，可用夹板固定制动，也可在受累关节给予冰敷或 25% 硫酸镁湿敷，消除关节的胀痛和疼痛。痛风石严重时，可能导致局部皮肤溃疡发生，故要注意维持患部清洁，避免发生感染。

(3) 饮食护理：1) 热量不宜过高，应限制 5020–6276 kJ/d (1200–1500 kcal/d)。蛋白质控制在 1 $\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 。2) 避免进食高嘌呤食物，如动物内脏、鱼虾类、蛤蟹、肉类、菠菜、蘑菇、黄豆、扁豆、豌豆、浓茶等；饮食宜清淡、易消化、忌辛辣和刺激食物。3) 严禁饮酒，并指导病人进食碱性食物，如牛奶、鸡蛋、马铃薯、各类蔬菜、柑橘类水果，使尿液的 pH 在 7.0 或以上，减少尿酸盐结晶

的沉积。

(4) 心理护理：向病人讲解痛风的有关知识、饮食与疾病的关系，并给予精神上的安慰和鼓励。

(5) 用药护理：1) 秋水仙碱一般口服，但常有胃肠道反应。若病人一开始口服即出现恶心、呕吐、水样腹泻等严重胃肠道反应，可采取静脉用药。但静脉用药可产生严重的不良反应，如肝损害、骨髓抑制、DIC、脱发、肾衰竭、癫痫样发作甚至死亡，应用时需慎重，必须严密观察。2) 使用丙磺舒、磺吡酮、苯溴马隆者，可有皮疹、发热、胃肠道反应等不良反应。使用期间，嘱病人多饮水、口服碳酸氢钠等碱性药。3) 应用 NSAID 时，注意观察有无活动性消化性溃疡或消化道出血发生。4) 使用别嘌醇者除有皮疹、发热、胃肠道反应外，还有肝损害、骨髓抑制等不良反应；肾功能不全者，宜减半应用。5) 使用糖皮质激素时，应观察其疗效，密切注意有无症状的“反跳”现象；若同时口服秋水仙碱，可防止症状“反跳”。

5. 痛风的健康指导

(1) 疾病知识指导：给病人和家属讲解疾病的有关知识，说明本病是一种终身性疾病，但经积极治疗，病人可以正常生活和工作。嘱其保持心情愉快，避免情绪紧张；生活要有规律；肥胖者应减轻体重；防止受凉、劳累、感染、外伤等。指导病人严格控制饮食，避免进食高蛋白和高嘌呤的食物，忌饮酒，每天至少饮水 2000ml，特别是在用尿酸药时更应多饮水，有助于尿酸随尿液排出。

(2) 保护关节指导：1) 尽量使用大肌群，如能用肩部负重者不用手提，能用手臂者不要用手指；2) 避免长时间持续进行重体力劳动；3) 经常改变姿势，保持受累关节舒适；4) 若有关节局部温热和肿胀，尽可能避免其活动。如运动后疼痛超过 1-2 小时，应暂时停止此项运动。

(3) 病情监测指导：平时用手触摸耳轮及手足关节处，检查是否产生痛风石。定期复查血尿酸，门诊随访。

思考题

1. 赵某，女，61 岁，因“反复关节痛 4 年，加重 10 天”收入院，身体评估：急性痛苦病容。体温 38.7℃，脉搏 102 次/分，呼吸 24 次/分，血压 168/96mmHg，双足多处趾关节红肿、皮温升高、活动障碍，病人诉疼痛难忍。实验室及其他检

查：白细胞 $12 \times 10^9/L$ ，血尿酸升高，足部 X 线检查未见骨质受损，诊断为痛风。

问题：

- (1) 该病人饮食要注意哪些方面？
- (2) 目前该病人需要哪些护理措施？

参考书目

1. 王吉耀，内科学. 第 2 版. 北京：人民卫生出版社，2010
2. 陆再英，钟南山. 内科学. 第 7 版. 北京：人民卫生出版社，2008
3. 石凤英. 康复护理学. 第 2 版. 北京：人民卫生出版社，2006
4. 夏泉源，刘士生. 内科护理学. 北京：科学出版社，2010
5. 尤黎明，吴瑛. 内科护理学. 第 4 版. 北京：人民卫生出版社，2006

二十二、甲状腺功能亢进

甲状腺功能亢进症是指血循环中甲状腺激素过多，引起以神经、循环、消化等系统兴奋性增高和代谢亢进为主要表现的一组临床综合征。属于中医“瘰病”范畴。以颈前喉结两旁结块肿大为主症。该病多因情致内伤或素体阴虚等所致。

1. 甲状腺功能亢进的流行病学特点

Graves 病约占全部甲亢的 80%–85%，西方国家报告的患病率为 1.1%–1.6%，我国报告的患病率为 1.2%，女性高发（男：女=1：4–6），高发年龄为 20–50 岁。一项前瞻性研究对轻度碘缺乏地区（1103 例）、碘充足地区（1584 例）和碘过量地区（1074 例）的 14 周岁及以上人群进行了筛查和随访，结果显示 3 个地区 Graves 甲亢的患病率分别为 1.4%、1.3% 和 1.1%，5 年累积发病率分别为 0.8%、0.6% 和 0.6%。患病率和发病率与碘摄入量无关。

2. 甲状腺功能亢进的临床表现

(1) 甲状腺毒症表现

- ①高代谢综合征：疲乏无力、怕热多汗、皮肤潮湿、体重显著下降等。
- ②精神神经系统：多言好动、紧张焦虑、焦躁易怒、手和眼睑震颤。
- ③心血管系统：心悸气短、心动过速。
- ④消化系统：稀便、排便次数增加。
- ⑤肌肉骨骼系统：周期性瘫痪、重症肌无力等。

⑥造血系统：白细胞总数减低，可以伴发血小板减少性紫癜。

⑦生殖系统：女性月经减少或闭经。男性阳痿，偶有乳腺增生（男性乳腺发育）。

(2) 甲状腺肿大

甲状腺肿为弥漫性、对称性，质地不等，无压痛。甲状腺上下极可触及震颤，闻及血管杂音。

(3) 单纯性突眼

(4) 浸润性突眼

3. 甲状腺功能亢进特殊临床表现和类型

(1) 甲状腺危象

也称甲亢危象，多发生于较重甲亢未予治疗或治疗不充分的患者。常见诱因有感染、手术、创伤、精神刺激等。临床表现有：高热、大汗、心动过速（140次/分以上）、烦躁、焦虑不安，严重患者可有心衰、休克及昏迷等。

(2) 甲状腺毒症性心脏病

(3) 淡漠型甲亢

多见于老年患者。起病隐袭，高代谢综合征、眼征和甲状腺肿均不明显。

(4) T₃型甲状腺毒症

实验室检查 TT₄、FT₄ 正常，TT₃、FT₃ 升高，TSH 减低，¹³¹I 摄取率增加。

(5) 亚临床甲亢

血清 TSH 水平低于正常值下限，而 T₃、T₄ 在正常范围，不伴有或伴有轻微的甲亢症状。

(6) 妊娠期甲状腺功能亢进症

(7) 胫前黏液性水肿

(8) Graves 眼病

4. 甲状腺功能亢进的诊断和评估

(1) 实验室和其他检查

①血清总甲状腺素（TT₄）增高。

②血清总三碘甲腺原氨酸（TT₃）增高。

③血清游离甲状腺素（FT₄）、游离三碘甲腺原氨酸（FT₃）增高。

④促甲状腺激素（TSH）降低。

⑤¹³¹I 摄取率表现为总摄取量增加，摄取高峰前移。

（2）诊断要点

①高代谢症状和体征。

②甲状腺肿大。

③血清 TT4、FT4 增高，TSH 减低。

具备以上 3 项诊断即可成立。应注意的是，淡漠型甲亢的高代谢症状不明显，仅表现为明显消瘦或心房颤动，尤其在老年患者；少数患者无甲状腺肿大；T3 型甲亢仅有血清 T3 增高。

5. 甲状腺功能亢进的治疗方法

（1）抗甲状腺药物治疗：硫脲类和咪唑类。

（2）其他药物治疗①复方碘口服溶液②受体阻滞剂

（3）¹³¹I 治疗

（4）手术治疗

6. 甲状腺功能亢进患者的社区管理

（1）信息系统管理：建立社区甲亢患者健康资料，提醒患者遵医嘱服药，定期参加社区组织的健康教育及复诊。

（2）营养与膳食指导

甲状腺功能亢进症的营养与膳食：由于甲亢患者基础代谢率增高，应给予高热量、高蛋白、高维生素及矿物质丰富的饮食。疾病初期需要增加总能量的摄入，特别是碳水化合物的摄入要充足，以防止体重进一步减轻。食物中增加蛋白质摄入量，宜 1.5~2.0g/(kg·体重)，以纠正负氮平衡。脂肪摄入量视病情决定，若有腹泻症状则不宜进食过多油腻食物。适当补充维生素、水和电解质，特别要注意维生素的补充。多饮水，补偿因腹泻、大量出汗及呼吸加快引起的水分丢失，有心脏疾病者除外，以防水肿和心衰。甲亢患者宜食：枸杞子、菊花脑、旱芹、金针菜；同时适当食用一些动物内脏或补钙等，并以绿叶蔬菜和瓜果等为宜。忌食辛辣食物、碘、海带、虾等；禁止烟酒、咖啡等。

（3）适量运动

患者应坚持进行有氧运动，如慢跑、散步等，禁止剧烈运动或较重的体力工

作或活动，养成良好的生活习惯。

(4) 心理干预

初诊病情确诊后，患者会因病情、担心工作或家庭经济负担等，出现焦虑、紧张、恐惧等不良情绪，家人应耐心、真诚地与患者进行沟通，建立良好的护患关系，充分了解其忧虑的原因或担心的问题，采取相应的方法进行心理疏导和安慰；同时患者需要了解甲状腺功能亢进相关知识以及治疗方法等增强信心，时刻保持乐观的心态。

(5) 重要提示

①抗甲状腺药物治疗前和治疗后必须定期检查白细胞，发现有白细胞减少时，应当根据医嘱使用促进白细胞增生的药物。

②甲亢本身也有转氨酶增高，所以在用药前需要检查基础的肝功能，以区别是否是药物的副作用。

③抗甲状腺药物维持治疗 18~24 个月才能停药，用药期间不能随意减量、停药。

7. 甲状腺功能亢进患者的健康指导

(1) 健康教育前的评估

主要涉及包括姓名、性别、年龄、病程、家庭地址、有关甲亢的一些常见问题，对甲亢有关知识的需求分析。

(2) 健康教育的内容

1) 对疾病的认识：详细解释甲亢的定义、常见症状、常见并发症，门诊治疗的阶段周期、使用药物情况等。

2) 合理饮食：忌食碘盐和含碘药物、食物；高蛋白、高热量、高维生素饮食；忌用浓茶、咖啡等刺激性饮料；伴有腹泻者，减少食物中的纤维素含量，避免吃生、冷的食物。

3) 保护突眼的措施：外出戴深色眼镜，减少光线、灰尘和异物的侵害。经常以眼药水湿润眼睛，避免过度干燥；睡觉或休息时抬高头部，使眶内液回流减少，减轻球后水肿。

4) 服药期间的注意事项：指导病人坚持遵医嘱按剂量、按疗程服药，不可随意减量或停药。出现皮疹需要由医生根据病情决定是否停药、更改药物或加服

抗过敏药物；服用抗甲状腺药物的3个月，每周抽血查血象1次，每隔1~2个月做甲状腺功能测定。白细胞减少时根据医嘱复查血常规，由医生决定是否停药或加服升白细胞药物；药物性甲状腺功能减退症时根据医嘱定期复查甲功全套；偶尔可见中毒性肝炎、药物性黄疸、关节疼痛等根据医嘱定期复查肝功能，一般停药后经适当处理均可恢复正常。

二十三、甲状腺功能减退

甲状腺功能减退症是由各种原因导致的低甲状腺激素血症或甲状腺激素抵抗而引起的全身性低代谢综合征，其病理特征是黏多糖在组织和皮肤堆积，表现为黏液性水肿。

1. 甲状腺功能减退的流行病学特点

国外报告临床甲减患病率为0.8%-1.0%，发病率为3.5/1000；我国学者报告临床甲减患病率为1.0%，发病率为2.9/1000。

2. 甲状腺功能减退的临床表现

(1) 一般表现

易疲劳、怕冷、体重增加、记忆力减退、反应迟钝、嗜睡、精神抑郁、便秘、月经不调、肌肉痉挛等。体检可见表情淡漠，面色苍白，皮肤干燥发凉、粗糙脱屑，颜面、眼睑和手皮肤水肿，声音嘶哑，毛发稀疏。

(2) 肌肉与关节：肌肉乏力，暂时性肌强直、痉挛、疼痛。

(3) 心血管系统：心肌黏液性水肿导致心肌收缩力损伤、心动过缓、心排血量下降。

(4) 血液系统：可发生贫血。

(5) 消化系统：厌食、腹胀、便秘，严重者出现麻痹性肠梗阻或黏液水肿性巨结肠。

(6) 内分泌系统：女性常有月经过多或闭经。长期严重的病例可导致垂体增生、蝶鞍增大。

(7) 黏液性水肿昏迷：见于病情严重的患者，多在冬季寒冷时发病。诱因为严重的全身性疾病、甲状腺激素替代治疗中断、寒冷、手术、麻醉和使用镇静药等。

临床表现为嗜睡、低体温($<35^{\circ}\text{C}$)、呼吸徐缓、心动过缓、血压下降、四肢肌肉松弛、反射减弱或消失,甚至昏迷、休克、肾功能不全,危及生命。

3. 甲状腺功能减退的诊断和评估

(1) 诊断

- 1) 甲减的症状和体征。
- 2) 实验室检查:血清 TSH 增高, FT4 减低,原发性甲减即可以成立。
- 3) 实验室检查血清 TSH 减低或者正常, TT4、FT4 减低,考虑中枢性甲减。

4. 甲状腺功能减退患者的治疗

- (1) 替代治疗: TH 替代,首选左甲状腺素。
- (2) 对症治疗:有贫血者补充铁剂、叶酸、VitB₁₂等。
- (3) 亚临床甲减的处理

5. 甲状腺功能减退患者的社区管理

(1) 信息系统管理

建立社区甲减患者健康资料,提醒患者遵医嘱服药,定期参加社区组织的健康教育活动及复诊,对有备孕准备的育龄期妇女提供疾病相关指导,调整甲功水平及时复诊。

(2) 药物治疗

对需终身替代治疗者,向患者解释终身坚持服药的必要性。甲状腺功能减退严重的患者应严格控制药物剂量,要对各项指标进行检验,了解其实际情况后再确定药量。患者若自我感受到头晕、心慌、胸闷等都状况需要及时就医。

(3) 生活干预

由于患有甲状腺功能减退疾病的患者通常表现为疲劳乏力、头晕目眩,平常应多加休息。同时,对于活动能力有限、心功能弱者应及时进行检查,以缓解患者身体上的疲劳。患者需要提前掌握大致的天气情况,随时增添被子,以避免因免疫力低下而受到感冒病毒的侵袭。当进食出现问题时,可以选用高热量的食物,以维持进行正常生命所需的基本营养成分。

(4) 心理干预

对于甲状腺功能减退患者来说,正处于心理相对脆弱的阶段,紧张焦虑、恐惧,不愿与人交流,自卑、自闭现象严重,加强对患者的心理干预至关重要。首

先，家人与患者加强沟通，倾听患者的苦楚，能有助于帮助患者将内心的痛苦和烦恼倾诉出来，进而抓住患者的心理变化情况，深度了解患者的基本概况。其二，患者本身加强甲状腺功能减退方面的知识，要给予自己以信心，增强患者战胜病魔的信心。

6. 甲状腺功能减退患者的健康指导

提升患者对甲状腺功能减退病症的重视和了解，让患者认真听从医生的叮嘱和规律用药，让他们进行及时的复查，能有效控制患者的病情。

(1) 休息：有明显头晕、乏力及胃肠道症状者应卧床休息。心身活动低下、心功能不全者应予支持治疗并在日常生活上给予扶助，合理安排检查避免病人过劳。症状轻者，向其宣教可以进行适当的工作和学习。

(2) 预防感染：避免各种刺激，观察患者病情变化，预防继发感染。对粘液性水肿患者加强皮肤护理，保持床单的清洁干燥，保持病房的通风，减少人员探视。

(3) 保暖：对于畏寒，体温过低者应注意保暖，及时加盖被子或者其它的保暖措施。

(4) 饮食：若病人食欲减退，应给予高热量、高蛋白与高维生素易消化饮食，设法调节饮食种类、次数，并使其有进食的良好环境与气氛，尽力补充营养。

(5) 用药护理：应用甲状腺激素替代治疗者一般都是病程较长、心脏损害较重，严格遵循从小剂量开始、逐步增加剂量的给药原则，最好根据甲状腺功能检查结果调整药量；给药前询问患者有无心慌、胸闷、恶心、头痛、胸痛、震颤和易动等。按时测血压、心率，如有异常表现应暂停服药并告知医生及时处理。

(6) 了解药物不良反应，遵医嘱坚持用药，定期复查，不可自行停药。告诉病人如果遇手术、创伤、感染时，应及时告诉医生调整替代剂量。平时不要随便应用安眠、镇静药物以免发生意外。

(7) 避免精神紧张。

思考题

1. 甲状腺功能减退患者的健康指导。
2. 甲状腺功能减退患者的临床表现。

参考书目

1. 中华医学会内分泌学分会《中国甲状腺疾病诊治指南》编写组. 中国甲状腺疾病诊治指南—甲状腺功能亢进症. 中华内科杂志. 2007,

2. 尤黎明, 吴瑛. 内科护理学. 第5版. 人民卫生出版社, 2015

二十四、传染病预防、报告、家庭访视及家庭护理指导

1、熟悉传染病的预防和传染病的报告；2、掌握传染病的家庭访视和传染病的家庭护理。

（一）传染病的预防

1. 传染病的传播

传染病流行过程有三个基本环节，即传染源、传播途径和易感人群。①传染源是指病原体已在体内生长繁殖，并能将其排出体外的人或动物。②传播途径有呼吸道传播、消化道传播、接触传播、虫媒传播、血液、血制品、体液传播。③易感人群是对某种传染病缺乏特异性免疫力的人群。传染病流行过程受自然因素和社会因素的影响，如气候、地理和生态直接影响病原体在外环境的生存能力。社会制度、经济、生活条件、文化水平等社会因素会影响到人们能否采取有效的措施控制传染病的流行。以上三个环节的发生都是在人们生活和工作的社区，因此做好传染病预防工作，有效控制传染病在社区的流行是医务工作者的一项重要任务。

2. 传染病的三级预防

管理重点是预防：贯彻三级预防的原则，针对流行过程的三个基本环节和各个传染病的特点采取综合性措施，减少传染病的发病率、并发症和致残率。

（1）一级预防：即病因的预防

1) 健康促进

① 健康教育：宣传、普及传染病的基本知识，远离传染源。

②自我保健：锻炼身体，提高抵抗力。

③环境保护：开展爱国卫生运动，切断传播途径，做好消毒和隔离工作。

2) 健康保护：免疫接种，保护易感人群；

①基础免疫：一岁以内完成。

②加强免疫：巩固基础免疫效果。

③应急免疫：为控制传染病疫情进行的某年龄范围的紧急集中免疫。由当地政府决定是否启动应急免疫。

(2) 二级预防：早发现、早诊断、早报告、早治疗、早隔离。

1) 早发现传染源是防止传染病蔓延的重要措施。

2) 传染病报告是早期发现传染病的重要措施。

3) 早隔离病人是管理传染源的重要环节。

(3) 三级预防对传染病病人积极治疗，并开展康复治疗护理，减少并发症和功能障碍。

3. 传染病的预防原则

(1) 管理传染源：早发现、早诊断、早报告、早隔离、早治疗。

1) 对接触者，采取检疫措施，密切观察，适当作药物预防或预防接种。

2) 检出病原携带者，进行治疗、教育、调整工作岗位和随访观察。

3) 对动物传染源，有经济价值的家禽、家畜，加以治疗，必要时宰杀后消毒处理；无经济价值者设法消灭。

(2) 切断传播途径：卫生、消毒、杀虫是预防传染病综合措施的关键。以消毒、隔离为主导手段。

1) 加强水源、粪便管理，搞好饮食卫生；

2) 做好消毒、隔离工作：如疫源地消毒（随时、终末消毒）、预防性消毒；隔离有（严密隔离、呼吸道隔离、消化道隔离、血液-体液隔离、接触隔离、昆虫隔离、保护性隔离）

3) 开展爱国卫生运动和除“四害”（老鼠、臭虫、苍蝇、蚊子）。

(3) 保护易感人群：采取两方面措施，提高人群免疫力来保护人群易感性。

1) 提高人群非特异性免疫力措施：良好卫生习惯、生活规律、改善营养，加强身体锻炼。

2) 提高人群特异性免疫力的措施：有计划有目的的预防接种，包括接种菌苗、疫苗、类毒素等而产生的特异性主动免疫，是非流行期保护易感者的关键免疫措施。接种抗毒素、丙种球蛋白或高效价免疫球蛋白后机体可产生特异性被动

免疫，是流行期保护易感者的措施。

(二) 传染病报告

1. 法定传染病分类

《中华人民共和国传染病防治法》(2004年8月28日修订通过)2004年12月1日正式实施。根据新的《传染病防治法》分为甲类2种、乙类26种和丙类11种。

(1) 甲类传染病是指：鼠疫、霍乱，为强制管理的烈性传染病。

(2) 乙类传染病是指：传染性非典型肺炎、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人禽流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾、甲型H1N1流感。

(3) 丙类传染病是指：流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性斑疹伤寒、黑热病、包虫病、丝虫病，除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病、手足口病。

2. 疫情报告人

各类医疗保健人员、卫生防疫人员在执行职务时都是责任疫情报告人，都有义务和责任做好疫情报告工作，任何漏报、迟报均属于违法行为。

3. 各类传染病报告时限

(1) 发现甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎、脊髓灰质炎、人禽流感病人和疑似病人时，城镇要求发现后应于2小时内向当地县级疾控中心报告，并寄出传染病报告卡，做好疫情登记。农村不得超过6小时。

(2) 对乙类或丙类传染病病人、疑似病人和规定报告的传染病病原携带者，应于24小时内向当地县级疾控中心报告，并寄出传染病报告卡，做好疫情登记。

4. 传染病疫情报告程序

社区(农村)→当地卫生防疫站→区卫生防疫站→市卫生疾控中心→省卫生疾控中心→卫计委。(有条件的网络直报)。

(三) 传染病家庭访视

传染病家庭访视是指在患有传染病服务对象的家里，为了维持和促进个

人、家庭和社会的健康而对访视对象及其家庭成员所提供的护理服务活动。

1. 访视的基本内容

(1) 初访内容

1) 核实诊断：医护人员发现传染病后，及时填写“中华人民共和国传染病报告卡”，并填写传染病的“诊断依据卡”，作为回访参考。

2) 调查：传染病的来源、判断疫情性质及蔓延情况；发生在何时、何地、途径等。

3) 采取防疫措施：按照传染病传播流行三个环节（传染源、传播途径、易感人群）及传播特点，采取有效的、适合现场具体情况的措施，指导疫源地处理及开展人群防治。

4) 做好疫情调查处理记录：认真、及时填写“传染病调查表”或“流行病学访视表”，作为医学统计、分析、总结之用。

(2) 复访内容：了解病人病情发展或预后情况，进一步确诊或对原诊断做出修正；了解病人家属及接触者的发病情况，开展卫生宣教；及时填写“流行病学复访表”；如病人痊愈或死亡，本案管理结束。

2. 传染病家庭访视指导内容

重点指导传染病的消毒和隔离工作。

(1) 传染病的消毒

1) 消毒的种类

①疫源地消毒：是指对目前存在或曾经存在传染源的地点进行消毒，消灭外环境中的病原体。

②预防性消毒：是指对可能受到病原体污染的物品、场所和人体进行消毒。

2) 消毒的方法：凡病人曾经接触过的物品、用具等，根据材料采用浸泡法、喷雾法或擦拭法消毒等。

①物理消毒法：刷洗、清扫、拍打、通风、煮沸、焚烧、高压、日晒法、紫外线、红外线、微波、高能电子束等消毒。

②化学消毒法：消毒剂：含氯、碘类、醛类、醇类、氧化类等。

(2) 传染病的隔离

1) 隔离的定义：是指将患者或病原携带者妥善地安排在指定的地方，暂时与

人群隔离，进行集中治疗和护理，以防止传染和扩散。

2) 隔离的种类:

①严密隔离: 适用于甲类传染病, 如霍乱、鼠疫、传染性非典型肺炎、甲型 H1N1 流感和某些传染性强的传染病。

②呼吸道隔离: 适用于呼吸道传染病, 如肺 TB—空洞大量排菌者, 麻疹、流脑、猩红热、白喉、百日咳、流行性腮腺炎、脊髓灰质炎等。

③消化道隔离: 适用于消化道传染病, 目的是阻断粪—口传播途径, 如伤寒、菌痢、甲肝、戊肝、霍乱、阿米巴痢疾等。

④ 血液/体液隔离: 对于直接或间接接触感染的血液、体液和血制品而发生的传染病。如肝炎 (HBV、HCV)、AIDS、梅毒等。

⑤接触隔离: 是适用于病原体直接或间接的接触皮肤或粘膜而引起的传染病, 如狂犬病、破伤风、炭疽、梅毒、淋病和皮肤的真菌感染等。

⑥昆虫隔离 (虫媒隔离): 适用于以昆虫做媒介的传染病, 防止通过蚊子、蚤、虱、螨等昆虫叮咬而传播, 如乙脑、疟疾、斑疹伤寒、回归热、丝虫病。常灭蚊, 防蚊房门应设有纱门、纱窗, 灭虱、灭蚤的卫生处理。

⑦保护性隔离: 是为了防止抵抗力特别低的易感者受周围环境中的微生物感染而设计的隔离; 如长期大量应用免疫抑制剂者、严重烧伤、早产儿、白血病病人、器官移植病人等。

(四) 传染家庭护理指导

1. 传染病的一般护理要点

(1) 专科护理: 需要严格执行消毒、隔离制度。

1) 传染病隔离及消毒, 防止疾病扩散及交叉感染;

2) 做好各种传染病的标本采集, 并及时送检, 以保证结果的准确性;

3) 及时、准确地报告疫情;

4) 做好病情的观察, 及时了解病人病情变化, 治疗及护理效果, 有无并发症等;

5) 做好自身防护。

(2) 心理护理: 传染病病人一般需要隔离, 病人易产生被隔离、被歧视、被抛弃的感觉, 因此, 医疗卫生保健人员要向病人讲解传染病的传播途径和防治原

则，使病人能够自觉遵守隔离制度，安心养病，以利早日恢复健康。同时在对传染病病人护理中，需要应用心理学知识及原理，采取多层次护理方式，提供全面身心护理，以达到维护传染病人身心健康的目的。

(3) 加强基础护理，注意休息、房间环境、营养和水分的摄入、口腔和皮肤的护理、高热护理。

(4) 进行卫生宣教，护理的特殊要求是防止传染病扩散。

2. 传染病常见症状

主要症状：发热、腹泻、皮疹、惊厥、意识障碍、常见心理活动护理。

3. 常见传染病的家庭护理指导

(1) 结核

1) 病原体:结核杆菌。

2) 传染源:痰涂片抗酸杆菌阳性的结核病人。

3) 传播途径:

①空气、飞沫是主要传播途径。病人在咳嗽或打喷嚏时带菌的飞沫漂浮于空气中，或痰干燥后结核菌随尘埃漂浮于空气中，被健康人吸入是常见的传播途径。

②其次通过被结核杆菌污染的食物或餐具而引起肠道感染。

4) 肺结核病人的家庭访视要求:

①一般情况下，初次药物治疗期间，每月访视1次。

②再次治疗的病人，每3个月访视1次。

③慢性开放性病人，每6个月访视1次。家庭成员均应定期接受检查。

5) 肺结核病人的家庭护理:

①家庭消毒隔离：病人单独居住，物品、食具单独使用，定期消毒。

②饮食护理：饮食宜清淡，易消化，注意适当补充蛋白质和维生素类。

③定期坚持复查。

(2) 甲型和乙型病毒性肝炎

1) 病原体：甲型肝炎病毒和乙型肝炎病毒。

2) 传染源:

①甲型肝炎为急性期病人和亚临床感染者。

②乙型肝炎为急慢性乙肝病人及病毒携带者。

3) 传播途径:

①甲肝经粪-口途径传播。

②乙肝经输血、血液制品、被病毒污染的针头、体液等。

4) 病毒性肝炎的家庭访视: 发现传染病后, 基层卫生保健人员应于 24 小时进行初访。初访后 7 天后第一次复访, 自病人发病后 42 天, 作第 2 次复访。

5) 病毒性肝炎病人的家庭护理: 主要以如指导做好消毒隔离; 急性期卧床休息, 病情平稳后循序渐进地增加活动; 给予高热量、高蛋白、高维生素、低脂肪、易消化的饮食, 少量多餐。

甲型肝炎的家庭隔离和消毒的指导:

①病人自发病之日起隔离 3 周, 按肠道传染病进行消毒和隔离。

②食物实行分餐制。

③病人饭前、便后应用流动水洗手, 并注意保护自来水龙头及厕所水箱柄, 病人使用自来水龙头及厕所水箱柄时要使用避污垫纸, 或采取其他措施, 以保持自来水龙头及厕所水箱柄不受污染。

④若用废瓶子口套住水龙头手柄或做一个特制的木把开关水龙头, 则病人使用的瓶子和木把视为污染物, 放于固定的地方, 别人不要动, 病人病愈后丢弃。

⑤病人的毛巾、衣服等应单独使用, 先清洗后再用 500mg/L 的含氯消毒剂浸泡 30 分钟, 然后用清水冲净药液后凉干。其他被污染的用具可用上述药液擦拭消毒。

⑥被污染的手可在流动水下用肥皂洗刷 1-2 分钟或 0.2% 优氯净浸泡 2 分钟后洗净。

⑦病人的排泄物、呕吐物应用漂白粉或其他含氯消毒剂 1000-2000mg/L 混合后静置 2 小时再倾倒。注意消毒剂的用量应为排泄物、呕吐物的 1 倍。

⑧病人痊愈后, 应做一次全面消毒。病人接触过的一切用品都要消毒, 另外还要用含氯消毒剂 500mg/L 喷雾擦拭室内地板、墙壁后开窗通风, 做 1 次终末消毒。

乙、丙型肝炎的家庭隔离和消毒的指导:

①由于乙、丙型肝炎病程持续 3 个月左右, 时间较长。有的还可能转为慢

性肝炎或病毒携带者，因此其隔离期应根据病人情况而定。

②这些疾病主要是经血液传染的，因此病人的剃须刀、牙刷、指甲刀、修脚刀等物品应为专用，或病人使用后消毒，病毒性肝炎病人的预防性护理措施：管理传染源；切断传播途径；保护易感人群。

③HBsAg 携带者，无症状、体征，且各项肝功能检查正常者，除不能献血外，可正常工作和学习。但 HBsAg 和 HBcAg 同时阳性者，不宜做直接接触入口食品及婴幼儿的工作。

(3) 流行性感冒：

流行性感冒简称流感，是由流感病毒引起的急性呼吸道传染病，好发于冬春季，其潜伏期短、传染性强、传播速度快。

1) 病原体：流感病毒（甲型）。

2) 传染源：病人（病初 2-3 天传染性最强）、隐性感染者。

3) 传播途径：主要通过飞沫经呼吸道传播。也可通过接触被污染的手、日常用具等间接传播。

4) 流感病人家庭访视及护理：主要以隔离、消毒、病情观察、健康指导为重点。

①按传染病一般护理要点护理。如卧床休息、饮食饮水、高热护理、病情观察（婴幼儿和老年人）、房间定时开窗通风换气等。

②按呼吸道传染病隔离，病后 1 周或热退后 2 天解除隔离。

③患者用过的食具、衣物、手帕、玩具等应煮沸或阳光下曝晒 2 小时左右；患者住过的房间用过氧乙酸喷雾进行空气消毒。患者的分泌物应随时消毒。

④心理护理：耐心解释此病的特点和发生、发展趋势，消除紧张、恐惧心理，积极配合治疗及护理。

(4) 细菌性痢疾

1) 病原体：志贺菌也称痢疾杆菌。

2) 传播途径：由粪-口途径传播。

3) 主要表现：腹痛、腹泻、排粘液脓血便以及里急后重。

4) 细菌性痢疾的家庭访视要求

①发现细菌性痢疾病人后，社区护士应于 24 小时内进行初访；

②对每例病人均要复访，复访时间选在初访后 3 天。若病人发病已超过 7 天，则对病人做初访，不做复访。

③病程 2 个月以上的慢性病人，除一般护理指导外，还应动员病人到医院积极治疗。

5) 细菌性痢疾的家庭护理：以卧床休息、饮食指导、肛周皮肤护理、服药指导、餐具、便器消毒指导为重点。

指导做好以下家庭隔离和消毒：

①隔离措施：

a: 按肠道传染病隔离，隔离期为临床症状消失，大便培养连续 2-3 次阴性或粪便正常后 1 周。

b: 病人要有专用的便盆，病人的用具、食具等应单独使用，并且应注意防止水龙头的污染。

②消毒措施：

a: 用具、食具等物品的消毒同甲型肝炎。

b: 病人和护理病人的家属应注意手的消毒，必须做到饭前用流动水肥皂洗手，处理完大便后，必须用消毒水泡手 2 分钟，然后用流动水将药液冲洗干净。

c: 菌痢病人还应做好粪便消毒，病人的大便要排在便盆里，粪便可用 20% 的漂白粉或 1000mg/L 的含氯消毒剂消毒，消毒液要比粪便多 1 倍，搅拌均匀后放置 2 小时再倒掉，便盆及搅拌棒应用同样的消毒液浸泡、洗刷。

d: 被病人粪便污染的卫生纸要烧掉，被污染的布、内裤应用 500mg/L 的含氯消毒剂浸泡 30 分钟后再洗净凉干。

指导病人疗养：

①高热、严重腹泻及软弱无力者应卧床休息。

②病人在急性期应以少渣、易消化的流质或半流质为宜，忌油腻，不宜饮牛奶以免加重腹胀，补充足量维生素，鼓励病人多饮水，病情好转后给予普食。

③每次便后，要用软卫生纸轻擦，并用温水清洗，肛门周围涂抹凡士林油膏或抗生素油膏。

④按医嘱坚持服药 7-10 天。

(5) 艾滋病与性病的护理

- 1) 病原体：HIV、梅毒螺旋体、淋球菌等。
- 2) 艾滋病的家庭隔离消毒及健康教育指导内容。

隔离指导：采取血液体液隔离措施。

- ①采取一定的措施（如戴手套等）避免直接接触病人的血液、体液。
- ②病人的生活用具应单独使用。
- ③处理污染物及利器时应防止皮肤刺伤，处理污染物后一定要洗手。
- ④每次性交均应使用避孕套，正确使用质量合格的避孕套，以减少感染艾滋病的危险。
- ⑤女性病人行经期间应防止经血溅污室内设施，预防疾病传播，病人用过的纸巾等或被血液污染的废物料应收放在塑料袋内，尽快焚烧。

消毒指导：被病人体液、血液、排泄物污染的一切物品均应随时严格消毒，常用的消毒液是 1000-2000mg/L” 84” 消毒溶液。

(6)手足口病：

手足口病是由多种肠道病毒引起的急性传染病，以婴幼儿发病为主。

- 1) 病原体：多种肠道病毒。
- 2) 传染源：患者和隐性感染者（无症状带毒者）为主。
- 3) 传播途径：
 - ① 主要经粪-口途径传播；
 - ②其次是经呼吸道飞沫传播；
 - ③接触传播。
- 4) 家庭访视指导：

①手足口病是病毒感染所致，病毒是自限性疾病，大约 7 天左右可以自愈。但是如果孩子自身抵抗力不好，就需要用药物治疗。医生都会给孩子吃一点抗病毒药和抗生素。在治疗过程中，发现孩子异常，应该及时复诊。注意隔离，以免传染给他人。

②发现患儿，及时隔离，家庭室内要空气流通、清洁、温度适宜，限制患儿及家属出入。

③对患儿的各种用具，如餐具、玩具等定期用含氯消毒剂（500mg/L）浸泡消毒 30 分钟后倒掉。

④护理不同患儿前，用液体皂流动水洗手，严格执行消毒隔离制度。

⑤健康教育：宣传防病知识，指导家长做好婴幼儿卫生保健，做到饭前便后洗手。流行期间儿童避免出入公共场所，以减少感染机会。

5) 家庭护理方式

①多喂白开水，合理饮食，注意避免高热卡，高蛋白食物（对退烧不利），清淡饮食（比如稀饭，面条易消化的食物）。

②清洁口腔一天两次，如果出现口腔溃疡，用口腔炎喷雾剂或者养阴生肌散涂抹患处。

③食物不要太烫，太咸避免会溃疡面的刺激。

④尽量让孩子卧床休息，防止合并症。

⑤皮疹护理。

⑥密切观察病情变化，预防并发症发生。如体温观察，一般 37.5-38.5℃ 之间，给予散热、多喝温水、洗温水浴等物理降温。

⑦心理护理：根据患儿特点，态度温和，体贴患儿，多鼓励和夸奖，多讲故事，多鼓励进食，以名增加抵抗力。

练习题：

1. 传染病流行过程的基本条件及影响因素（ ）
A. 传染源 B. 传播途径 C. 人群易感性 D. 自然和社会因素
E. 以上都对
2. 下列哪项不是传染病的传播途径？（ ）
A. 呼吸道传播 B. 消化道传播 C. 接触和虫媒传播
D. 淋巴转移 E. 血液、血制品、体液
3. 对传染病三级预防的描述不正确的是（ ）
A. 一级预防即病因预防
B. 病因预防主要以健康教育、免疫接种、保护易感人群、健康促进等措施
C. 二级预防是早发现、早诊断、早报告、早治疗、早隔离
D. 早发现传染源是传染病蔓延扩散的重要措施

E. 三级预防是对传染病病人积极治疗，并开展康复治疗护理，减少并发症和功能障碍

4. 通常起主导作用来预防传染病的有效措施是（ ）

- A. 管理传染源 B. 切断传播途径 C. 注意环境卫生
D. 保护易感人群 E. 接触者加强观察

5. 为严格管理传染病，乙类和丙类传染病病人、疑似病人和规定报告的传染病病原携带者，应于（ ）小时内向当地县级疾控中心报告，并寄出传染病报告卡，做好疫情登记。

- A. 6 小时 B. 8 小时 C. 12 小时 D. 16 小时 E. 24 小时

6. 为强制管理传染病，发现甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎、脊髓灰质炎、人禽流感病人和疑似病人时，城镇要求发现后应于（ ）内向当地县级疾控中心报告，并寄出传染病报告卡，做好疫情登记。农村不得超过（ ）

- A. 城镇要求 2 小时，农村不得超过 6 小时
B. 城镇要求 4 小时，农村不得超过 6 小时
C. 城镇要求 6 小时，农村不得超过 12 小时
D. 城镇要求 12 小时，农村不超过 24 小时
E. 城镇要求 24 小时，农村不超过 36 小时

7. 传染病家庭访视管理的初访内容是（ ）

- A. 核实诊断 B. 调查 C. 采取防疫措施
D. 做好疫情调查处理记录 E. 以上都是

8. 传染病家庭访视管理的复访内容是（ ）

- A. 了解病人病情发展或预后情况，进一步确诊或对原诊断做出修正
B. 了解病人家属及接触者的发病情况，开展卫生宣教
C. 及时填写“流行病复访表”
D. 如病人痊愈或死亡，本案管理结束
E. 以上都是

9. 隔离的种类有（ ）

- A. 严密隔离和呼吸道隔离 B. 消化道隔离

- C. 血液、体液及接触隔离 D 虫媒隔离 E. 以上都对
10. 传染病的一般护理要点，除外（ ）
- A. 重视综合预防和治疗 B. 密切观察病情变化
C. 严格隔离，及时报告疫情 D. 进行卫生宣传知识教育
E. 加强基础护理和心理护理
11. 肺结核病人的家庭护理措施不正确的是（ ）
- A. 家庭消毒隔离
B. 病人宜单独居住，物品、食具单独使用，定期消毒
C. 饮食护理：宜清淡、易消化、适当补充蛋白质和维生素
D. 可以正常参加工作和学习。
E. 定期坚持复查
12. 病毒性肝炎急性期病人最恰当的饮食是（ ）
- A. 高蛋白、高碳水化合物饮食 B. 高热量、低脂饮食
C. 高蛋白、低脂饮食 D. 高碳水化合物饮食、高维生素饮食
E. 适合病人口味的清淡饮食
13. 病毒性肝炎病人家庭护理的要点是（ ）
- A. 隔离、消毒 B. 休息 C. 饮食以适合病人口味的清淡饮食
D. 用药、复诊 E. 以上都是
14. 甲肝的家庭隔离消毒指导错误的是（ ）
- A. 按肠道传染病进行消毒和隔离，自发病之日起隔离 3 周
B. 食物实行分餐制，饭前、便后应用流动水洗手
C. 病人的毛巾、衣服等应单独使用
D. 病人的排泄物、呕吐物应用消毒剂混合后静置 1 小时再倾倒
E. 病人痊愈后，应做一次全面消毒
15. 乙、丙型肝炎的家庭隔离和消毒指导错误的是（ ）
- A. 乙、丙型肝炎病程持续 3 个月左右，时间较长，隔离期应根据病人情况而定
B. 病人的剃须刀、牙刷、指甲刀、修脚刀等物品可供共同使用
C. 病毒性肝炎的预防性护理措施是管理传染源；切断传播途径；保护易感

人群。

D. HBsAg 携带者，无症状、体征，且各项肝功能检查正常者，除不能献血外，可正常工作和学习

E. HBsAg 和 HBcAg 同时阳性者，不宜做直接接触入口食品及婴幼儿的工作

16. 流行性感患者住过的房间采用哪种消毒液进行喷雾空气消毒 ()

A. 过氧乙酸 B. 乙醇 C. 戊二醛 D. 甲醛 E. 草酸

17. 细菌性痢疾的家庭访视要求是 ()

A. 发现菌痢病人后，应于 24 小时内进行初访；

B. 对每例病人均要复访，复访时间选在初访后 3 天

C. 若病人发病已超过 7 天，则对病人做初访，不做复访

D. 病程 2 个月以上的慢性病人，应动员病人到医院积极治疗

E. 以上都是

18. 细菌性痢疾的家庭护理重点是 ()

A. 卧床休息 B. 饮食指导及餐具消毒 C. 服药指导

D. 肛周皮肤护理和便器消毒 E. 以上都是

19. 艾滋病与性病正确的消毒隔离指导内容是 ()

A. 被病人体液、血液、排泄物污染的一切物品均应随时严格消毒，常用 0.2% 的次氯酸钠溶液

B. 采取一定的措施避免直接接触病人的血液、体液

C. 处理污染物及利器时防止皮肤刺伤，完毕一定要洗手

D. 每次性交均应使用避孕套，女性病人行经期间应防止经血溅污室内设施

E. 以上都是

20. 手足口病家庭护理方式错误的有 ()

A. 多喂白开水，合理饮食，注意避免高热卡，高蛋白食物、清淡饮食

B. 清洁口腔一天两次，如果出现口腔溃疡，用口腔炎喷雾剂或者养阴生肌散涂抹患处。

C. 食物不要太冷，太咸避免会溃疡面的刺激。

D. 尽量让孩子卧床休息，防止合并症

E. 密切观察病情变化，预防并发症发生

参考书目:

1. 李兰娟, 任红. 传染病学. 第 8 版. 人民卫生出版社, 2013
2. 石宏, 郝大林, 江智霞, 叶松. 传染病护理学. 第三版, 第二军医出版社, 2013
3. 姜丽萍, 社区护理学. 第三版. 2014
4. 手足口病诊疗指南 2013

二十五、骨质疏松

骨质疏松是以骨量减少、骨的微观结构退化为特征(松质骨小梁变细, 断裂, 数量减少皮质骨多孔, 变薄), 致使骨的脆性增加及骨折危险性增加的一种全身性骨病。

1. 骨质疏松的流行病学特点

女性多于男性, 白种人较多发。

2. 骨质疏松的危险因素

围绝经期妇女的骨质疏松与雌激素水平下降有关, 雌激素可促进甲状腺分泌降钙素, 降钙素作为骨质吸收抑制剂, 对骨骼有保护作用, 因而雌激素分泌不足使骨质吸收增加, 骨质吸收速度快于骨质生成, 促使骨质丢失变为疏松。

3. 骨质疏松的诊断和评估

诊断

(1) 骨量测定: X 线摄片, 光子吸收仪, Q-CT 测量法, 骨形态计量学测量法、MICRO-CT (微 CT 断层三维图像重建)

(2) 骨的合成代谢指标: PICP (I 型胶原羟基端延长肽); PNIP (I 型原胶原氨基端延长肽); bALP (骨碱性磷酸酶); BGP (血清骨钙素)

(3) 骨的分解代谢指标: HOP (尿羟脯氨酸); DPYD (I 型原吡啶交联物); TRAP (抗酒石酸酸性磷酸酶); 空腹尿钙/肌酐比值。

评估

评估疼痛的程度、性质、部位, 身高, 呼吸, 有无发生骨折。

4. 骨质疏松患者的社区管理

(1)家庭支持，家庭应尽量创造环境以利于病人的修养，房间内物品整洁、舒适、安全；室内空气清新、阳光充足；关心和体贴病人。

(2)饮食护理，少食多餐，多食新鲜蔬菜和水果，足够的能量、蛋白质和高维生素饮食。

(3)其他 适当锻炼减轻疼痛，实施病人的个案管理。

5. 骨质疏松患者的健康指导

(1)合理营养：饮食中注意钙、维生素 D 和蛋白质的摄取与平衡，少喝咖啡和浓茶等；

(2)规律运动：选择适宜的运动项目，如慢跑和快步走等；

(3)注意居家安全，并预防跌倒；

(4)及早接受专业治疗。

思考题

1. 骨质疏松的危险因素有哪些？
2. 骨质疏松的定义。

参考书目

1. 吴在德. 外科学. 第 6 版. 人民卫生出版社, 2004
2. 李乐之. 外科护理学. 第 5 版. 人民卫生出版社, 2014
3. 李春玉. 社区护理学. 北京大学医学出版社. 2010

二十六、颈椎病

颈椎病是指颈椎间盘退变及其继发性改变，刺激或压迫相邻脊髓、神经、血管和食管等组织，并引起相应的症状和体征。

1. 颈椎病的流行病学特点

颈椎病为 50 岁以上人群的常见病，男性多见，好发部位为颈 5~6，颈 6~7。

2. 颈椎病的危险因素

(1) 颈椎间盘退行性变 是颈椎病发生和发展最基本的原因。颈椎活动度大，随年龄的增长，椎间盘逐渐发生退行性变，使椎间隙狭窄，关节囊、韧带松

弛，脊柱活动时稳定性下降，进一步发展引起椎体。椎间关节及其周围韧带发生变性、增生、钙化，最后致相邻脊髓、神经、血管受到刺激或压迫。(2) 损伤 急性损伤使已退变的颈椎和椎间盘损害加重而诱发颈椎病；慢性损伤可加速其退行性变的发展过程。

(3) 先天性颈椎管狭窄 颈椎管的矢状内径对颈椎病的发展有密切关系。先天性颈椎管矢状径小于正常(14~16mm)时，即使仅有轻微退行性变，也可出现临床症状和体征。

3. 颈椎病的诊断和评估

结合临床表现，可做以下检查明确诊断：

(1) X线表现：可出现不同程度的颈椎退变征象。

(2) CT检查：能清晰地显示椎间盘突出方向、大小及颈神经根、颈髓之间的关系。

(3) MRI检查：可直接显示颈椎和颈髓受压区有异常信号，可判断颈髓有无病理性损害。

术前评估

(1) 健康史 ①一般资料：性别、年龄、职业等；②既往史：有无颈肩部急、慢性损伤和肩部长期固定史，以往的治疗方法和效果；③家族史：家族中有无类似病史。

(2) 身体状况

1) 局部：疼痛的部位、性质，诱发及加重疼痛的因素及缓解的措施及效果；有无四肢的感觉、活动、肌力、反射异常及躯干部的紧束感。

2) 全身：意识状态和生命体征，生活自理能力、有无大小便失控或失控现象。

3) 辅助检查：了解病人的X线、脊髓造影、CT、MRI等检查结果，以判断病情。

4) 心理-社会状况 有无焦虑、恐惧等不良情绪；家庭及社会对病人的支持程度。

术后评估

(1) 手术情况 麻醉方式、手术方式等。

- (2) 生命体征 动态评估生命体征，尤其是呼吸情况。
- (3) 伤口及引流情况 手术切口有无出血肿胀，引流液的颜色量、性状。
- (4) 疼痛及康复情况 术后疼痛缓解、肢体功能恢复情况。
- (5) 认知情况 病人及家属对手术及术后康复过程、可能出现的后遗症等的认知程度。

4. 颈椎病患者的社区管理

目的在于提高颈椎病患者生活质量

- (1) 家庭支持 家庭应尽量创造环境以利于病人康复，关心和体贴病人。
- (2) 康复护理 包括心理和生理两个方面，采取药物、心理和体能训练等综合措施。
- (3) 指导适合与个体的运动锻炼方法、减轻患者不适感。

5. 颈椎病人的健康指导

(1) 纠正不良姿势 在日常生活、工作、休息时注意纠正不良姿势，保持颈部平直，以保护头、颈、肩部。

(2) 保持良好的睡眠体位 理想的睡眠体位应该是使头颈部保持自然仰伸位、胸部及腰部保持自然曲度、双髋及双膝略呈屈曲，使全身肌肉、韧带及关节获得最大限度的放松与休息。仰卧位是不科学的，因其既不利于保持颈部的平衡及生理曲度，也不利于呼吸道通畅。

(3) 选择合适的枕头 以中间低两端高、透气性好、长度超过肩宽 10~16cm、宽度以头颈部压下后一拳头高为宜。

(4) 避免外伤 行走或劳动时注意避免损伤颈肩部。一旦发生损伤，尽早诊治。

(5) 加强功能锻炼 长期伏案工作者，宜定期远视，以缓解颈部肌肉的，慢性劳损。

思考题

1. 颈椎病的影像学检查能够相互代替吗？
2. 颈椎病人的健康指导包括哪些？

参考书目

1. 吴在德. 外科学. 第 6 版. 人民卫生出版社, 2004

2. 李乐之. 外科护理学. 第5版. 人民卫生出版社, 2014
3. 李春玉. 社区护理学. 北京大学医学出版社. 2010

二十七、腰椎间盘突出

腰椎间盘突出是指由于椎间盘变性、纤维环破裂、髓核组织刺激和压迫马尾神经或神经根所引起的一种综合征, 是腰腿痛最常见的原因之一。

1. 腰椎间盘突出症的流行病学特点

腰椎间盘突出症可发生于任何年龄, 最多见于中年人, 20~50岁为多发年龄, 男性多见于女性。

2. 腰椎间盘突出症的危险因素

导致腰椎间盘突出的原因主要是腰椎退行性变和外伤、劳损、受寒受湿等。

3. 腰椎间盘突出的诊断和评估

有典型临床表现者, 可做以下检查明确诊断。

(1) X线表现: X线可显示腰椎间盘突出间接征象, 如椎间隙变狭窄、椎体边缘骨质增生和脊柱腰段侧弯等。

(2) CT检查能显示椎间盘突出方向、大小及与神经根、硬膜囊之间的关系。

(3) 脊髓造影: 如果椎间隙水平硬脊膜囊影前方出现局限性压迹且深度超过4mm, 则诊断成立。

(4) MRI检查可直接显示腰椎及硬脊膜囊的矢状剖面, 观察腰椎间盘突出节段及硬脊膜囊受压程度。

评估

(1) 术前评估

- ①健康史
- ②身体状况
- ③心理-社会状况

(2) 术后评估

- ①手术情况 麻醉方式、手术名称, 引流管的数量及位置, 有无导尿管。
- ②身体状况 动态评估生命体征、伤口情况以及引流液颜色、性状、量;

评估病人有无排尿困难和尿潴留，下肢感觉运动功能，是否能按计划功能锻炼、有无并发症发生的征象等。

4. 腰椎间盘突出症患者的社区管理

目的在于提高病人的治愈率和生活质量

(1) 家庭支持 家庭应尽量创造环境以利于病人的康复，关心和体贴病人。

(2) 康复护理 包括心理和生理两个方面，手术后的患者注意预防感染。采取药物、心理和体能训练等综合措施。

(3) 指导患者避免重体力劳动及适合个体的运动锻炼方法、减轻患者不适感。

5. 腰椎间盘突出症患者的健康指导

(1) 指导病人采取正确卧、坐、立、行和劳动姿势，减少急、慢性损伤发生的机会。

①保持正确坐、立、行姿势：坐位时选择高度合适、有扶手的靠背椅，保持身体与桌子距离适当，膝与髋保持同一水平，身体靠向椅背，并在腰部垫一软枕；站立时尽量使腰部平坦伸直、收腰、提臀；行走时抬头、挺胸、收腹，利用腹肌收缩支持腰部。

②变换体位：避免长时间保持同一姿势，适当进行原地活动或腰背部活动，以解除腰背肌疲劳。长时间伏案工作者，积极参加课间操活动，以避免肌肉劳损。勿长时间穿高跟鞋站立或行走。

③合理应用人体力学原理：如站位举起重物时，高于肘部，避免膝、髋关节过伸；蹲位举重物时，背部伸直勿弯；搬运重物时，宁推勿拉；搬抬重物时，弯曲下蹲髋膝。伸直腰背，用力拾起重物后再行走。

④采取保护措施：腰部劳动强度过大的工人、长时间开车的司机，佩戴腰围保护腰部。

(2) 加强营养 加强营养可缓解机体组织及器官退行性变。

(3) 佩戴腰围 脊髓受压的病人，可佩戴腰围，直至神经压迫症状解除。

(4) 积极参加体育锻炼 适当的体育锻炼可以锻炼腰背肌，增加脊柱稳定性。参加剧烈运动时，运动前应有预备活动，运动后恢复活动，切记活动突起突止，应循序渐进。

思考题

1. 腰椎间盘突出症的影像学检查能够相互代替吗？
2. 腰椎间盘突出症患者的健康指导包括哪些？

参考书目

1. 吴在德. 外科学. 第6版. 人民卫生出版社, 2004
2. 李乐之. 外科护理学. 第5版. 人民卫生出版社, 2014
3. 李春玉. 社区护理学. 北京大学医学出版社. 2010

二十八、骨折

骨折是指骨的完整性和连续性中断。

1. 骨折的成因

骨折可由创伤和骨骼疾病所致，后者如骨髓炎、骨肿瘤所致骨质破坏，受轻微外力即发生的骨折，称为病理性骨折。

2. 骨折的诊断

(1) 病史：有明确外伤史。

(2) 体征：

- a. 畸形：骨折段移位可使患肢外形发生改变，主要表现为短缩、成角或旋转。
- b. 异常活动：正常情况下肢体不能活动的部位，骨折后出现不正常的活动。
- c. 骨擦音 或骨擦感：骨折后，骨折端相互摩擦时，可产生骨擦音或骨擦感。

(3) X线检查：可见骨皮质不连续。

3. 骨折的急救

(1) 判断有无危及生命的体征

1) 神经系统：患者有无意识改变，对所有头颅有损伤的患者，在没有得到影像学排除前，均应假定为颈椎有损伤而加以处理。意识改变者，应注意保持呼吸道通畅，并观察神志、瞳孔、呼吸、脉搏、血压、体温等的变化，以判断是否有颅内进行性病变。

2) 循环系统：注意心率、心律；注意有无心包填塞和张力性气胸，注意血

压（心搏出量的表现），一般而言桡动脉可触及其血压常在 80mmHg 以上，仅股动脉可触及血压常在 60mmHg 以上。脉搏在 120 次/分以上时要注意有无休克的可能。对休克者应积极抗休克。对心跳、呼吸停止者，要立即进行人工呼吸和心脏按摩，根据需要采用心内注射药物。

3) 呼吸系统：呼吸道是否畅通；有无连枷胸、张力性气胸、开放性气胸、血胸及血气胸。要注意维持呼吸道的通畅，包括稳定颈椎。

4) 创伤出血：有无明显的伤口出血。大出血时应使用直接压迫止血。勿用止血钳止血，因其既浪费时间又有可能损伤大血管。勿用止血带止血，因其使用不当可增加静脉出血，可造成肢体远端缺血坏死或神经损害。

5) 患部要充分显露，以便于直接检查、观察和包扎、止血等。但气温低时只将局部显露，以免受寒和冻伤。

（2）创伤救护的四大技术

止血、包扎、固定和搬运这四项基本技术操作，对伤员生命安危和后送进一步治疗，具有极其重要的意义。

1) 止血：失血是创伤死亡最多见的原因。抢救出血的伤员，主要是及早控制出血，同时迅速补充血容量。创伤止血法有多种，可根据具体情况选用。

①指压法：通常是将中等或较大的动脉压在骨的浅面以止血。例如，将颈总动脉压向第五颈椎横突、将肱动脉压在肱骨干上等。此法仅能用于短时间控制动脉血流。应随即继用其他止血法。

②压迫包扎法：常用于一般的伤口出血。注意应将包裹伤口敷料的无菌面贴向伤口，包扎松紧要适度。能止住出血即可，勿阻断肢体远端的血流，造成远侧肢体缺血。

③加垫屈肢法：在肘、膝等关节的屈侧加垫，屈曲肢体，再用三角巾等缚紧固定，可控制关节远侧血流。适用于四肢出血，但已有或疑有骨关节损伤者禁用。

④填塞法：用于肌肉渗血、骨端渗血等。先用 1~2 层大的无菌纱布铺垫伤口，再用纱布条、棉花或绷带等物充填其中，外面加压包扎。此法的缺点是止血不够彻底，且增加感染机会。

⑤止血带法：能有效地制止四肢出血。但用后可能引起或加重肢端坏死、急性肾功能不全等并发症，因此主要用于暂时不能用其他方法控制的出血。抢救时

用止血带，必须做出显著标志（如红色布条），注明并计算时间。连续阻断血流时间一般不得超过1小时，如必须继续阻断血流，应每间隔1小时放松1~2分钟。要避免止血带勒伤皮肤，勿用绳索、电线、铁丝等捆扎。用橡胶管（带）时应先在捆扎处垫上1~2层布；也可用帆布带或其他结实的布带加以绞棒绞紧作为止血。上臂止血带不能缚在中1/3处，以免压伤桡神经。

⑥直接止血法：即结扎血管、修复血管或吻合血管等，此法最为理想。但在急救现场常难以做到。

⑦其他止血粉、止血散、止血纤维、明胶海绵或止血的中成药等。

2) 包扎：包扎的目的是保护伤口，减少污染，固定敷料和帮助止血。常用的材料是绷带卷和三角巾；抢救中也可将衣服、巾单等撕开做包扎用。但无论何种包扎法，均要求包好后固定不移和松紧适度。包扎的方法有如下几种。

①绷带包扎法：有环形包扎、螺旋反折包扎、“8”字形包扎和帽式包扎等。包扎时要掌握“三点一走行”，即绷带的起点、止点、着力点（多在伤处）和走行方向顺序。

②三角巾包扎法：急救时用三角巾包扎优点较多，制作较为方便，操作简捷，且能适应各个部位的包扎，但不能加压，也不很牢固。

3) 固定

骨与关节损伤现场急救必须给予适当的固定，其目的是为了 avoid 由于肢体异常活动所造成的进一步的不必要的血管、神经和软组织损伤，减轻疼痛，并能帮助防治休克，便于搬动和转运。如现场无固定材料，可行自体固定法。如将受伤的上肢与胸壁捆绑在一起，将受伤的下肢与健侧下肢捆绑在一起，以达到固定的目的。

4) 搬运

搬运时医护人员要根据伤员的受伤部位、伤情轻重而采取不同的搬运方法。搬运时必须注意：对骨折伤员特别是脊柱损伤的伤员，搬运时要保持伤处稳定，切勿弯曲或扭动。对昏迷伤员，搬运时要保持呼吸道通畅。

4. 骨折患者的护理措施要点：

(1) 注意观察

骨折固定后，应随时观察患肢远端（指、趾端）的颜色、温度、感觉及运动

等情况，并与健肢进行比较。一旦发现患肢持续性疼痛、肿胀、麻木、发凉、青紫、活动受限等情况时，考虑是否有发生并发症的可能，及时找骨科医生处理。

(2) 抬高患肢

在平卧或坐位时，适当抬高固定的患肢，如上肢骨折可将前臂处垫上枕头，下肢骨折可在小腿部垫一个枕头或褥子等物，让肢体远端的位置略高于心脏水平，这样有利于静脉血液回流，促进水肿消退。

(3) 定期复查

患者在改变体位或肿胀消退后，应注意肢体位置，以防固定变松而引起错位。固定2周后应拍片检查，了解固定情况，以便及时处理。

(4) 功能锻炼

骨折后1~2周内，由于患肢肿胀、疼痛，易发生骨折再移位，功能锻炼应以肌肉的舒缩活动为主，辅以手指足趾主动活动，原则上骨折部位上下关节暂不活动。骨折两周后，根据骨折的稳定程度，缓慢增加活动强度和范围，遵照医生的指导，在健肢的帮助下进行手足及骨折部位的上下关节活动，以防肌肉萎缩和关节僵硬。在后期阶段，骨折已达到临床愈合标准，外固定物已经拆除，通过锻炼，促进关节活动范围和肌力的恢复。

(5) 预防并发症

对于需要卧床的病人，应定时翻身，多做深呼吸、拍胸、拍背。局部保暖，以预防肺部感染。要注意保持固定部位的清洁卫生，并经常进行患部按摩，或于骨突部位（如脚跟、骶部）加棉垫或气圈以减少压迫，每2小时翻身，防止褥疮。同时还应多饮茶水以预防尿路感染。

思考题

1. 骨折的治疗原则？
2. 骨折的护理措施要点？

参考书目

1. 陈孝平. 外科学. 第8版. 人民卫生出版社, 2013
2. 贵州省乡村医师实用手册汇总

二十九、类风湿关节炎

类风湿关节炎（RA）是一种以慢性对称性周围性多关节炎为主要临床表现的异质性、系统性、自身免疫性疾病。异质性指病人遗传背景不同，病因可能也非单一，因而发病机制不尽相同。临床主要表现为受累关节疼痛、肿胀以及功能下降。当炎症破坏软骨和骨质时，出现关节畸形和功能障碍。

1. 类风湿性关节炎的流行病学特点

类风湿性关节炎在我国的患病率为 0.32%-0.36%，较世界平均水平（0.5%-1%）略低。

（1）年龄：类风湿性关节炎可见于任何年龄，其中 80%发病于 35-50 岁。根据国外文献指出，类风湿性关节炎的发病年龄最小为六周岁，最大为七十岁，而我国统计数据则显示，发病年龄最小者为十个月，最大七十七岁。三岁以下的关节炎多半不是类风湿性，临床上应多考虑感染过敏性关节炎、化脓性关节炎和结合性关节炎等。七十岁以上的关节炎则应该多考虑骨性关节炎和痛风性关节炎等。

（2）性别：女性较男性容易罹患此疾病，平均高出三倍左右，特别是四十岁以上的中年妇女，更是类风湿性关节炎的高危险群。

（3）家族遗传：类风湿性关节炎病人家族中类风湿的发病率比健康人群家族中高二至十倍，这其中还包含近亲、单卵双胞胎或双卵双胞胎的双胞胎，都有这种倾向。

2. 类风湿性关节炎的危险因素

（1）感染：虽然目前尚未证实导致本病的直接感染因子，但临床及实验研究资料均表明，某些细菌、支原体、病毒、原虫等感染均与 RA 关系密切。其可能的机制有：1）感染物侵入并持续存在于靶组织，尤其滑膜组织，致使组织对感染物产生免疫反应而致病。2）免疫系统的效应细胞因免疫调节反应紊乱而丧失识别能力，使 RA 病人对某些微生物产生高免疫反应。一般认为微生物感染是 RA 的诱发或启动因素，可致使易感者或有遗传背景者发病。

（2）遗传因素：目前的研究证实，本病的发病有家族聚集趋势，家系调查发现 RA 病人一级亲属发生 RA 的概率为 11%。对孪生子的调查结果显示，单卵双生子同患 RA 的概率为 12%-30%，而双卵双生子同患 RA 的概率仅为 4%。已有研究发现 HLA-D R_4 单倍型与 RA 发病相关。

3. 类风湿性关节炎的诊断和评估

目前 RA 的诊断仍沿用美国风湿学会 1987 年修订的分类标准：1) 关节内或周围晨僵每天持续至少 1 小时；2) 至少同时有 3 个关节区软组织肿或积液；3) 腕、掌指、近端指间关节中，至少 1 个关节区肿胀；4) 对称性关节炎；5) 有类风湿结节；6) 血清 RF 阳性；7) X 线片改变（至少有骨质疏松和关节间隙狭窄）。符合 7 项中 4 项可诊断为 RA（第 1）~4）项病程至少持续 6 周）。该标准容易遗漏早期或不典型的病例，故应根据本病的特点，结合辅助检查进行综合诊断，并与以下疾病进行鉴别：

（1）骨关节炎：为退行性骨关节病，多见于 50 岁以上者，主要累及膝、脊柱等负重关节。活动时关节痛加重，可有关节肿、积液。手指骨关节炎常被误诊为 RA，尤其在远端指间关节出现赫伯登结节和近端指关节出现布夏尔结节时易被视为滑膜炎。X 线示关节间隙狭窄、关节边缘呈唇样增生或骨疣形成。

（2）强直性脊柱炎：主要侵犯脊柱，当周围关节受累，特别是以膝、踝、髋关节为首发症状者，需与 RA 相鉴别。多见于青壮年男性，外围关节以受累以非对称的下肢大关节炎为主，极少累及手关节，骶髋关节炎具典型的 X 线改变。可有家族史，90%以上患者 HLA-B27 阳性。血清 RF 阴性。

（3）银屑病关节炎：多发生于皮肤银屑病后若干年，其中 30%~50%的患者表现为对称性多关节炎，与 RA 极为相似。其不同点为本病累及远端指间关节处更明显，且表现为该关节的附着端炎和手指炎。同时可有骶髋关节炎和脊柱炎，血清 RF 多阴性。

（4）系统性红斑狼疮：部分患者手指关节肿痛为首发症状，且部分患者 RF 阳性，而被误诊为 RA。然而本病的关节病变较 RA 为轻，一般为非侵蚀性，且关节外的系统性症状如蝶形红斑、脱发、蛋白尿等较为突出。血清 ANA、抗双链 DNA 抗体等多种自身抗体阳性。

（5）其它疾病的关节炎：风湿热的关节炎，肠道感染后或结核感染后反应性关节炎，均有其原发病特点。

4. 类风湿性关节炎的社区管理

（1）休息与体位：应卧床休息，以减少体力消耗，保护关节功能，避免脏器受损，但不宜绝对卧床。限制受累关节活动，保持关节功能位，如肩关节不要

处于外旋位，肩两侧可顶枕头等物品，双臂间置枕头维持肩关节外展位；双手掌可握一小卷轴，保持指关节伸展；髋关节两侧放置靠垫，预防髋关节外旋；平卧者膝下放一平枕，使膝关节保持伸直位；足下放置足板，定时给予按摩和被动运动，防止足下垂。每天至少俯卧 2-3 次，每次半小时以预防髋关节屈曲挛缩，足部伸出床外，全身肌肉放松，利用自身肌肉有助于伸直膝关节和髋关节。

(2) 晨僵护理：鼓励病人早晨起床后进行温水浴，或用热水浸泡僵硬的关节，而后活动关节。夜间睡眠戴弹力手套保暖，可减轻晨僵程度。

(3) 心理护理：

1) 认识和疏导负面情绪：重视病人的每一个反应，如否认、孤独、抑郁、愤怒、恐惧等。提供合适的环境使病人表达悲哀，尽量减少外界刺激，帮助病人认识负性情绪不利于疾病的康复，长期的情绪低落会造成体内环境失衡，引起属于不振、失眠等症状，反过来又加重病情。

2) 鼓励病人自我护理：与病人一起制定康复的重点目标，激发病人对家庭、社会的责任感，鼓励自强，正确认识、对待疾病，积极与医护人员配合，争取得到好的治疗效果。对已经发生关节功能障碍的病人，要鼓励发挥健康肢体的作用，尽量做到生活自理或参加力所能及的工作，体现生存价值。

3) 参与集体活动：组织病人集体学习疾病的知识或座谈，以达到相互启发、相互学习、相互鼓励，也可让病人参加集体娱乐活动，充实生活。

4) 建立社会支持体系：嘱家属亲友给病人以支持和鼓励。亲人的关心会使病人情绪稳定，从而增强战胜疾病的信心。

5. 类风湿性关节炎的健康宣教

(1) 疾病知识指导：帮助病人及家属了解疾病的性质、病程和治疗方案。避免感染、寒冷、潮湿、过劳等各种诱因，注意保暖。强调休息和治疗性锻炼的重要性，养成良好的生活方式和习惯，在疾病缓解期每天有计划地进行锻炼，增强机体的抗病能力，保护关节功能，延缓功能损害的进程。

(2) 用药指导与病情监测：知道病人用药方法和注意事项，遵医嘱用药，不要自行停药、换药、增减药量，坚持规则治疗，减少复发。严密观察疗效及不良反应，定期检测血、尿常规及肝、肾功能等，一旦发现严重的不良反应，应立即停药并及时就医。病情复发时及早就医，以免重要脏器受损。

思考题

1. 类风湿性关节炎的危险因素?
2. 类风湿性关节炎患者的健康教育?

参考书目

1. 陈灏珠, 林果为. 实用内科学. 第 13 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009
2. 陆再英, 钟南山. 内科学. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008
3. 石凤英. 康复护理学. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2006
4. 夏泉源, 刘士生. 内科护理学. 北京: 科学出版社, 2010

三十、关节炎

(一) 类风湿关节炎护理

【定义】

类风湿关节炎 (rheumatoid arthritis, RA) 是一种以累及周围关节为主的多系统性、炎症性的自身免疫性疾病。临床上以慢性、对称性、周围性多关节炎性病变为主要特征, 可表现受累关节疼痛、肿胀以及功能下降。当炎症破坏软骨和骨质时, 出现关节畸形。本病可发生于成年人任何年龄段, 80% 的发病年龄为 35-50 岁, 女性高于男性约 2-3 倍。

【主要护理问题】

- 1、有废用综合征的危险 与晨僵、关节疼痛、肿胀、畸形引起功能障碍有关
- 2、预感性悲哀 与疾病久治不愈、关节致残、影响生活质量有关

【护理措施】

(一) 药物治疗

- 1、非甾体抗炎药 此药可减轻关节疼痛, 是改善关节炎的常用药, 但不能控制病情, 需与抗风湿药同服。使用阿司匹林的患者, 使用前询问有无溃疡史, 有溃疡史禁用, 使用后严密观察有无胃肠道反应、精神神经症状及出血倾向。身体状况护理评估: ①患者当前有无严重的胃肠道反应。②患者的心理和精神神经症状及出血倾向。
- 2、抗风湿药 本类药能改善关节症状外, 还能阻止关节的破坏, 因此需早期使用来控制 RA 活动性。使用这类药物时, 应注意观察常见的药物反应, 如肝肝肾损害、胃肠道反应、脱发、骨髓抑制、出血性膀胱炎、性腺的毒素。指导患者在使用药物期间注意观察药物的疗效及不良反应, 定期监测肝肾功、血常规等。身体状况护理评估: ①患者当前的身体状况及辅助检查。②患者的心理和社会支持情况。
- 3、糖皮质激素 抗炎作用强, 能快速缓解关节症状, 但不能根部控制疾病, 停药后症状易复发。

(二) 外科手术治疗

外科手术包括关节置换和滑膜切除术, 主要适用于较晚期有畸形并失去关节功能的关节。

（三）疼痛的护理

- 1、了解关节疼痛的部位、程度、关节肿胀、及关节活动度的情况。注意有无胸闷、心前区疼痛、腹痛、头痛、发热、呼吸困难等关节外症状，提示病情加重，应尽早对症处理。
- 2、按医嘱给予抗炎止痛药物。
- 3、急性期患者卧床休息，患者取舒适体位，限制受累关节活动，避免患肢受压，局部可使用理疗、热敷、红外线、超短波治疗，减轻患者疼痛。
- 4、晨僵患者早晨起床后鼓励行温水浴，或用热水浸泡僵硬的关节，然后活动关节，夜间睡眠时戴手套保暖。

（四）关节功能障碍的护理

- 1、急性期指导患肢保持功能体位，为防止关节畸形，膝下放一小枕，足底放足板防止足下垂。
- 2、缓解期指导患者行肌肉收缩运动及躯体屈伸运动，防止关节废用。早期下地运动，使用辅助用具，避免跌倒。

（五）心理护理

加强患者心理疏导、解释、安慰、鼓励的心理护理，加强与患者家属沟通及支持，提高患者生活自理能力及战胜疾病的信心。

【康复训练】

- 1、患者了解疾病的相关知识 患者知晓药物的作用及不良反应，遵医嘱按时、按量服药。定期复诊。
- 2、避免感染，注意保暖，避免寒冷、潮湿及过度疲劳。
- 3、加强锻炼，每天坚持锻炼，增强抵抗力，保护关节，防止肌肉萎缩及关节废用。

【出院指导】

- 1、药物指导及定期复诊。
- 2、指导患者劳逸结合，活动及休息适度。
- 3、加强功能锻炼，防止关节畸形。

参考书：《成人护理学》第二版 主编：郭爱敏 人民卫生出版社 2012年8月第2版

（二）骨关节炎护理

【定义】

骨性关节炎（osteoarthritis, OA）又称退行性关节病。是老年人最常见的一种关节炎，以慢性、非特异性、非炎症性关节软骨受损或关节部位骨质增生为特征的而引起的一种慢性关节疾患。骨关节炎常累及髋关节、膝关节及手部。本病常发生于中老年人，也可发生于青年人；可单侧发病或双侧发病。

【主要护理问题】

- 3、疼痛 与疾病有关
- 4、躯体移动障碍 与疾病及活动受限有关

【护理措施】

（一）术前护理

1、术前准备及护理评估

积极术前准备，完善各项检查，术中预防使用抗生素。坚强股四头肌的收缩及踝关节的主动运动，要求股四头肌每次保持收缩 10 秒，每 10 次为 1 组，每日完成 5~10 组。要求患者坐于床上，进行患肢的直腿抬高运动及踝关节抗阻力屈曲运动，循序渐进。身体状况护理评估：①患者当前的身体状况、体征及辅助检查。②患者的心理和社会支持情况。

4、健康宣教

术前针对患者的病情、性别、职业、文化层次讲解手术的方法，介绍成功的案例，鼓励患者树立战胜疾病的信心，消除患者心中的疑虑。加强心理护理，使患者克服恐惧心理，使手术获取成功。

(二) 术后护理

1、一般护理

术后密切监测生命体征，给予麻醉术后护理；引流管护理，观察其是否通畅，引流液的颜色、性质、量，每日记录引流液的量，一般情况 48-72 小时拔管。

2、患肢观察

观察患肢有无神经、血管的损伤。损伤症状：踝关节不能背伸，足趾感觉迟钝或消失，足背动脉搏动消失，足趾苍白，皮温降低等。患肢给予抬高 20° -30°，促使下肢血液回流，使用弹力绷带包扎者，观察足背动脉、皮肤温度及颜色。

3、预防并发症

术后主要并发症：肺部感染、下肢深静脉血栓、压疮。鼓励患者多饮水，深呼吸，有效咳嗽，预防感染发生。术后 6 小时指导患者功能锻炼，使用抗凝药物，预防血栓形成。保持床单位的清洁、平整、干燥，协助及指导患者每 2 小时翻身一次，使用压疮贴保护骨突部位。

4、术后疼痛护理

术后根据情况使用镇痛泵或镇痛药物。

【康复训练】

术后 6 小时后指导患者进行股四头肌、腘绳肌等收缩训练、踝泵训练、直腿抬高等肌肉收缩运动。拔出引流管后行下床活动，活动度循序渐进，逐渐恢复正常活动度。

【出院指导】

- 4、避免患肢负重，循序渐进功能锻炼。
- 5、指导患者在日常生活中避免剧烈运动或过度运动，避免二次损伤。
- 6、指导患者有效补充维生素，参加户外活动及晒太阳。
- 7、出院后进行攻击活动度训练，逐步恢复日常生活。

参考书 1、《成人护理学》第二版 主编：郭爱敏 人民卫生出版社 2012 年 8 月第 2 版

2、《最新骨科全程护理专业考核与护理风险细节及科室成功管理必读实用全书》主编：杨语灵 人民卫生出版社 2014 年第一版

三十一、 缺铁性贫血

(一) 缺铁性贫血的概念

缺铁性贫血是体内用来制造血红蛋白的贮存铁缺乏，血红蛋白合成减少、红

细胞生成障碍引起的小细胞、低色素性贫血，是临床上最常见的一种贫血。

1. 缺铁性贫血的流行病学特点

WHO 报道全球约有 40%的人（超过 20 亿人）患有不同程度的铁缺乏，特殊人群中孕妇、婴幼儿和 1-2 岁幼儿缺铁性贫血患病率为 50%，学龄前儿童为 25%，青少年为 30%-55%。2002 年，WHO 定义缺铁性贫血为世界上第七个重大风险性可预防疾病，是全世界尤其是发展中国家面临的最主要的营养问题之一，在印度次大陆和撒哈拉以南之非洲地区，将近 90%妇女在怀孕期间贫血。

2. 缺铁性贫血的危险因素

缺铁性贫血是临床上最常见的贫血类型，婴幼儿主要为含铁食物摄入不足，生育期的妇女是因月经失血或因妊娠需要量增多导致的贫血，男性及绝经妇女则因慢性消化道出血性疾病而导致缺铁性贫血，因肠道吸收导致的缺铁很罕见。在我国，经济落后地区和农村的发病明显高于经济发达地区及城市，这可能与卫生状况差、医学保健知识缺乏以及食物结构不均衡等因素有关。缺铁及缺铁性贫血的诊断依赖临床表现尤其是实验室检查来确定。治疗缺铁性贫血一般采用口服铁剂，少部分患者需肠外补铁，一般两个月治愈。

3. 缺铁性贫血的诊断和评估

(1) 缺铁性贫血临床症状及体征：有贫血及缺铁的临床表现，如头晕，乏力，活动后气短，口角炎，舌炎，皮肤苍白，毛发干枯断落，口唇角化，指甲扁平或反甲，无光泽，易破裂等，可伴有异食症，儿童生长发育迟缓或行为异常；或伴有原发病表现，如消化性溃疡、肠道钩虫感染、痔疮出血等。

(2) 铁缺乏：符合以下任何一条

1) 血清铁蛋白 (SF) <12ug/L;

2) 骨髓小粒可染铁消失。

(3) 缺铁性红细胞生成：铁缺乏+下列一条

1) 运铁蛋白饱和度 <15%;

2) FEP >0.9umol/L, 或血液锌原卟啉 (ZPP) >0.96umol/L;

3) 骨髓小粒可染铁消失，铁粒幼红细胞 <15%;

4) sTfR >26.5nmol/L。

4. 缺铁性贫血患者的社区管理

(1) 信息系统的管理

建立社区缺铁性贫血患者的健康资料，提醒患者遵医嘱服药，定期参加社区组织的健康教育活动及复诊。

(2) 药物指导

口服铁剂是最常见的方法，服用铁剂后，网织红细胞于第 3-4 天上升，第 7 天达到高峰，2 周后血红蛋白明显升高，1-2 月达到正常水平。铁剂治疗在血红蛋白恢复正常后至少持续 4-6 个月（补充贮存铁），或铁蛋白正常后停药。

(3) 生活指导

轻度缺铁性贫血的患者做适当的活动，但是不宜进行剧烈运动和重体力劳动。患者感到疲乏、无力、心悸、气短时应卧床休息以减少耗氧量，必要时给予吸氧。皮肤干皱，指（趾）甲脆薄者要注意保护，应用维生素 A 软膏或润肤霜涂擦，滋润皮肤防止干裂出血、疼痛；不留长指（趾）甲，定时修剪，防止折断损伤；口角炎、舌炎疼痛时给予漱口水漱口，餐后定时进行特殊口腔护理，有溃疡时可贴敷溃疡药膜。

5. 缺铁性贫血患者的健康指导

(1) 介绍缺铁性贫血的相关知识，如果病人存在原发疾病，还应介绍相关的疾病知识，令其了解缺铁性贫血是继发引起，应积极配合诊治原发疾病。一般的缺铁性贫血通过合理的治疗是可以缓解和治愈的。

(2) 心理指导：缺铁性贫血病程长，病人多由焦虑情绪，应鼓励病人安心疗养。对于可能继发某种疾病引起的缺铁性贫血患者，在原发性疾病未查清之前病人疑虑重的，给予安慰和必要的解释，使之减少顾虑，指导其积极配合检查以明确诊断，有利于更合理的治疗。

(3) 检查治疗指导：常用检查项目有血液化验和骨髓穿刺检查，以确定是否为缺铁引起的贫血。检查操作前向病人做解释，如检查目的、方法、采血或采骨髓的部位、体位及所需要的时间等。在接受治疗的过程中，有些检查要重复做，以观察疗效或确诊，这一点需向患者做详细说明，减少患者顾虑。

(4) 饮食指导：1) 选用高蛋白含铁丰富的食物：如小米、鸡蛋、鱼、芹菜、黄豆、黑木耳等；2) 多食含维生素 C 的食物有利于铁的吸收：如新鲜蔬菜和水果等；3) 克服偏食：从多种食物中获取全面的营养，制定食谱，有计划的将饮

食多样化。4) 用铁锅烹调。

(5) 休息、活动指导:病情危重者绝对卧床休息,避免活动时突然变换体位而致体位性低血压头晕为摔倒损伤。生活规律、睡眠充足、修养环境舒适。

思考题

1. 缺铁性贫血的定义。
2. 缺铁性贫血的健康指导。

参考书目

1. 王季石, 曾小菁, 陈琦等。新编实用血液病学。2011
2. 赵凤军, 胡晓铃, 田瑞芳等。血液科临床护理。2013 年

三十二、脑出血

1. 概述为了解; 2. 临床表现为掌握; 3. 治疗原则为掌握。

概况: 非创伤性脑内出血是脑的血管破裂所致。原发性和继发性(抗凝血药引起)脑内出血的基本病理变化相似。脑出血常常累及基底节、丘脑、脑干、小脑和脑叶,多为高血压相关的退行性变性或脑淀粉样血管病所累及到的血管破裂所致。

1. 临床表现

多发生在 50 岁以上患者,常既往有高血压病史。多在活动或情绪激动中突然发病。突发头痛、呕吐、意识障碍、运动及感觉障碍、失语、二便失禁、癫痫等神经功能缺损症状。常有显著的血压升高。

2. 辅助检查

(1) 头部 CT 是诊断脑出血的首选检查方法,CT 表现为高密度病灶,CT 值为 60-80 Hu。

(2) 头部 MRI 不作为首选,在 CT 片上血肿呈等密度影而无法辨认时,优于 CT。

(3) 疑有脑血管畸形或动脉瘤时可做 CTA, MRA, DSA 明确病因。

3. 鉴别诊断

脑梗死，肿瘤卒中，糖尿病，肝性昏迷，药物中毒，低血糖，CO中毒等。

4. 治疗

(1) **一般治疗**：卧床休息，保持安静，保持呼吸道通畅，可吸氧，严重者应机械通气，肺部感染者应注意吸痰。密切观察患者血压、呼吸、瞳孔、意识等情况。

(2) **血压控制**：据《2015 AHA/ASA 自发性脑出血诊疗指南更新要点》提示：
(a)、对于收缩压为 150~220 mmHg 的住院高血压脑出血患者，在没有急性降压禁忌证情况下快速降压至 140 mmHg 可能是安全的，并可改善患者功能预后。(b)、对于收缩压 >220 mmHg 的 ICH 患者，在持续性静脉滴注和密切监测血压情况下进行积极降压治疗是合理的。

(3) **降低颅内压**：有高颅压表现，予甘露醇，监测心、肾功能，心、肾功能不全者可用速尿，复方甘油，白蛋白。

(4) **止血药的应用**：很多资料表明，止血药对原发性高血压脑出血的死亡率及病程并无影响，故高血压性脑出血常规不用止血药。与使用肝素有关的脑出血，使用鱼精蛋白和 6-氨基乙酸。与使用法华令有关的脑出血，使用冻干健康人血浆和维生素 K。

(5) **抗菌素的应用**：对无呼吸道或泌尿道感染患者，不主张预防性使用抗生素。

(6) **鼻饲**：有意识障碍或饮水呛咳者给予下鼻饲，每次注入食物量不宜过大，以 200 ml 左右为宜，保持鼻饲管清洁。

(7) **手术治疗**：综合考虑以下几点，可有助于决定手术与否。

(a) **出血部位**：浅部出血要优先考虑手术，如皮层下、壳核及小脑出血。急性脑干出血手术效果多不理想。

(b) **出血量**：大脑半球血肿 >30 ml，小脑出血血肿 >10 ml，即有手术指征。

(c) **意识障碍**：出血后病情进展迅猛，短时间内即陷入深昏迷，多不考虑手术；发病后意识障碍轻微，其后缓慢加深，以及来院时意识中度障碍者，应积极进行手术。

(d) **年龄**应作为考虑手术的因素。发病后血压 <200/120 mmHg，余生命体征基本平稳，心肾功能无明显障碍者可手术治疗。

5. 工作规范

(1) 门诊：询问病史，常规查体，根据病情做急诊 CT 检查，如发现出血急诊入院。

(2) 病房：询问病史，常规查体，向病人及家属交代病情，保持生命体征平稳。病情严重者，及时向上级医师汇报。进行血，尿，便，生化及电解质化验，ECG，TCD，颈动脉超声检测，血流变学化验，MIR 检查。治疗合并症，降低颅压，有意识障碍或饮水呛咳者给予下鼻饲，改善出血周围水肿带，合理输液，如生命体征平稳，尽早进行康复，心理治疗。

练习题

- 1、高血压性脑出血最常见的诱发因素是（ ）
 - A. 外伤
 - B. 感染
 - C. 电解质紊乱
 - D. 情绪激动或过度用力
 - E. 高脂血症
- 2、高血压性脑出血的主要机制是（ ）
 - A. 脑动脉外膜不发达，管壁较薄，易致破裂出血
 - B. 动脉硬化内膜粗糙，形成内膜溃疡，在高血压作用下血管破裂
 - C. 在高血压基础上合并脑动静脉畸形，故易出血
 - D. 高血压可使小动脉硬化，玻璃样变，形成微动脉瘤导致破裂出血
 - E. 实质上是脑内静脉循环障碍和静脉破裂
- 3、高血压脑出血最好发的部位是（ ）
 - A. 大脑皮质
 - B. 内囊及基底节附近
 - C. 丘脑
 - D. 大脑中动脉
 - E. 大脑后动脉
- 4、男性，61 岁，突然意识不清 1 小时。头颅 CT 显示右侧大脑半球 3cm×3cm×

6cm 高密度影，最可能的诊断是（ ）

- A. 昏厥
- B. 脑出血
- C. 脑栓塞
- D. 脑血栓形成
- E. 高血压脑病

5、男性，36岁，突起昏迷，四肢瘫痪，双侧瞳孔“针尖样”缩小。其最可能的疾病是（ ）

- A. 额叶出血
- B. 脑桥出血
- C. 小脑出血
- D. 基底节出血
- E. 蛛网膜下腔出血

6、脑出血最常见的原因是（ ）

- A. 脑动脉炎
- B. 高血压和脑动脉硬化
- C. 血液病
- D. 脑动脉瘤
- E. 脑血管畸形

7、脑出血的预后与哪种因素有关（ ）

- A. 出血量
- B. 并发症严重程度
- C. 出血部位
- D. 出血量和部位
- E. 出血量、部位及并发症严重程度

8、关于脑出血，最确切的诊断依据是（ ）

- A. 60岁以上发病
- B. 均有偏瘫
- C. 脑脊液血性

- D. 突然偏瘫、头部 CT 见底节附近高密度影
- E. 均有脑膜刺激征

三十三、脑梗死（脑血栓形成）

1. 概述为了解；2. 临床表现为掌握；3. 治疗原则为掌握。

概述：系由各种原因所致的局部脑组织区域血液供应障碍，导致脑组织缺血缺氧性病变坏死，进而产生临床上对应的神经功能缺失表现。脑梗死依据发病机制的不同分为脑血栓形成、脑栓塞和腔隙性脑梗死等主要类型。其中脑血栓形成是脑梗死最常见的类型，通常所说的‘脑梗死’多指的是脑血栓形成。

1. 临床表现

发病年龄较大，常伴高血压或心脏病或糖尿病史；发病前可有 TIA 发作；起病突然；多于安静休息时或由静态到动态时发病；症状可有一定时间的进展过程；主要表现为偏瘫、偏身感觉障碍、偏盲，还常有失语

2. 辅助检查

发病后做 CT 或 MRI、脑血管超声以了解颅内病变及血流情况。检测血流变学、心电图、颈动脉超声，凝血及纤溶功能。

3. 鉴别诊断：

脑出血，非动脉硬化性脑梗死。

4. 治疗

(1) 改善缺血区的血流供应，促进微循环，阻断和终止脑梗塞的进展

(a) 3-6 小时内适合溶栓治疗的，可行静脉溶栓

a 溶栓前建立静脉通道，可静滴甘露醇

b 已排除脑出血者，亦可给予低分子右旋糖酐静滴，以提高灌注压

c 静滴尿激酶总量 50 万-250 万 u，从开始给药到停止用药，总时间不超过 2 小时，一般 1 小时内完成

d 尿激酶 150 万 u 溶于生理盐水 50 ml 于 30 分钟内泵入。若 30 分钟内临

床即出现明显恢复或肌力恢复 1 级以上，则不再追加。

e 30 分钟内给予 150 万 u 之后，再观察 15 分钟，若患者临床恢复仍不明显，或肌力恢复小于 1 级，无明显出血征象，可追加 50-100 万 u 入盐水 50 ml 于 30 分钟泵入。

f 若 30 分钟内给予 200 万 u 之后，再观察 15 分钟，若患者临床恢复仍不明显，此时需有脑动脉仍然闭塞的影像学依据，方可考虑再追加 25-50 万 u

g 溶栓后可给予甘露醇 250 ml 静点，当日视病情予 2-3 次，一般使用 3-7 日

h 溶栓 24 小时后，给 AP 或抵克立得抗血小板聚集药

i 溶栓当日静点低右 500 ml, 以后每日 500 ml, 共 10 天

(b) 发病后 1~48 小时，不用溶栓治疗者，可选用

a 抗凝治疗，常用低分子肝素，或口服华法令

b 抗血小板治疗，常用 AP 40-80 mg qd 或抵克立得 250 mg qd

c 中药活血化瘀治疗，常用川穹嗪 80-160 mg 入生理盐水 500 ml 静点

(2) 治疗脑水肿，脱水降颅压，常用 20%甘露醇。心肾功能不全时，可给予甘油果糖，或用白蛋白，速尿脱水治疗。

(3) 对症支持治疗：

保持呼吸道通畅，必要时吸氧，防治院内获得性感染，如褥疮及呼吸道感染，消化道感染，泌尿系感染，维持水，电解质酸碱代谢平衡，给予适当的肠道营养，防治心，肺，肾，消化道等重要器官的并发症，合理应用降压药，发病早期一般不用抗高血压药物。

5. 静脉溶栓治疗适应症、禁忌症并发症

适应症：(1) 年龄 18-80 岁；(2) 临床明确诊断缺血性卒中，并且造成明确的神经功能障碍 (NIHSS>4 分)；(3) 症状开始出现至静脉干预时间<3 小时；

(4) 卒中症状持续至少 30 分钟，且治疗前无明显改善；(5) 患者或其家属对静脉溶栓的收益/风险知情同意。

禁忌症：(1) CT 证实颅内出血；(2) 神经功能障碍非常轻微或迅速改善；(3) 发病超过 3 小时或无法确定；(4) 伴有明确癫痫发作；(5) 既往有颅内出血、动静脉畸形或颅内动脉瘤病史；(6) 最近 3 个月内有颅内手术、头外伤或卒中史；

最近 21 天内有消化道、泌尿系等内脏器官活动性出血史；最近 14 天内有外科手术史；最近 7 天内有腰穿或动脉穿刺史；（7）有明显出血倾向：血小板计数 $<100 \times 10^9/L$ ；48 小时内接受肝素治疗并且 APTT 高于正常值上限；近期接受抗凝治疗（如华法林）并且 INR >1.5 ；（8）血糖 $<2.7 \text{ mmol/l}$ ，收缩压 $>180 \text{ mmHg}$ 或舒张压 $>100 \text{ mmHg}$ 或需要积极的降压来达到要求范围；（9）CT 显示低密度 $>1/3$ 大脑中动脉供血区（大脑中动脉区脑梗死患者）。

常用溶栓药物包括：（1）尿激酶：常用 100 万~150 万 IU 加入 0.9%生理盐水 100-200 ml，持续静滴 30 分钟；（2）重组组织型纤溶酶激活物：一次用量 0.9 mg/Kg，最大剂量 $<90 \text{ mg}$ ，先予 10%的剂量静脉推注，其余剂量在约 60 分钟内持续静脉滴注。

溶栓并发症：（1）梗死灶继发性出血或身体其他部位出血；（2）致命性再灌注损伤和脑水肿；（3）溶栓后再闭塞。

6. 血管内治疗：据《2015 急性缺血性卒中血管内治疗中国指南》对动脉溶栓及机械取栓做了以下几点意见：

（a）动脉溶栓：

a、动脉溶栓开始时间越早临床预后越好。

b、动脉溶栓需要在有多学科协作的急诊绿色通道及神经介入条件的医院实施。

c、可以在足量静脉溶栓基础上对部分适宜患者进行动脉溶栓（II a 类推荐，B 级证据）。发病 6 h 内的 MCA 供血区的急性缺血性脑卒中，当不适合静脉溶栓或静脉溶栓无效且无法实施机械取栓时，可严格筛选患者后实施动脉溶栓。

d、急性后循环动脉闭塞患者，动脉溶栓时间窗可延长至 24 h。

（b）机械取栓：

a、推荐使用机械取栓治疗发病 6 h 内的急性前循环大血管闭塞性卒中，发病 4.5 h 内可在足量静脉溶栓基础上实施。

b、如有静脉溶栓禁忌，建议将机械取栓作为大血管闭塞的可选择的治疗方案。

c、有机械取栓指征时应尽快实施。有静脉溶栓指征时，机械取栓不应妨碍静脉溶栓，静脉溶栓也不能延误机械取栓。

d、机械取栓时，建议就诊到股动脉穿刺的时间在 60~90 min，就诊到血管再通的时间在 90~120 min。

e、机械取栓后，再通血管存在显著的狭窄，建议密切观察，如 TICI 分级<2b 级，建议行血管内成形术（球囊扩张和（或）支架置入术）。

f、急性基底动脉闭塞患者应行多模态影像（CT 或 MRI）检查，评估后可实施机械取栓，可在静脉溶栓基础上进行（II a 类推荐，B 级证据）。

g、机械取栓应由多学科团队共同达成决定，至少包括一名血管神经病学医师和一名神经介入医师，在经验丰富的中心实施机械取栓。

h、机械取栓的麻醉方案要个体化，尽全力避免取栓延迟。

练习题

1、何时做头部 CT 检查，诊断脑梗死阳性率较高（ ）

- A. 发病 6 小时以后
- B. 发病 12 小时以后
- C. 发病 48 小时以后
- D. 发病 18 小时以后
- E. 发病 1 周以后

2、脑血栓形成的最常见病因是（ ）

- A. 高血压
- B. 脑动脉粥样硬化
- C. 各种脑动脉炎
- D. 血压偏低
- E. 红细胞增多症

3、脑梗死临床表现中，不应有的症状或体征（ ）

- A. 意识不清
- B. 肢体瘫痪
- C. 头痛
- D. 抽搐
- E. 脑膜刺激征

- 4、患者有偏瘫、偏身感觉障碍和偏盲，最可能有下列哪条血管闭塞（ ）
- A. 大脑前动脉
 - B. 大脑中动脉
 - C. 大脑后动脉
 - D. 内听动脉
 - E. 脊髓前动脉
- 5、58岁男性，突然右眼失明，左上肢无力，2天后右眼视力好转，但左侧肢瘫加重，查体：血压15/12kPa，意识清，左侧中枢性面舌瘫，左侧上下肢瘫，左偏身感觉障碍，其阻塞血管（ ）
- A. 右侧大脑中动脉皮层支
 - B. 右侧大脑中动脉深穿支
 - C. 右侧大脑中动脉主干
 - D. 右侧大脑前动脉深穿支
 - E. 右侧颈内动脉
- 6、对急性脑梗死患者，下列哪种情况不适于溶栓治疗（ ）
- A. 发病6小时以内
 - B. CT证实无出血灶
 - C. 病人无出血素质
 - D. 出凝血时间正常
 - A. 头部CT出现低密度灶
- 7、38岁女性，洗衣时突发右侧肢体活动不灵，查体：意识清，失语，二尖瓣区可闻双期杂音，心律不齐，右侧偏瘫，上肢重于下肢，偏身痛觉减退，首先考虑的诊断（ ）
- A. 脑血栓形成
 - B. 脑栓塞
 - C. 脑出血
 - D. 蛛网膜下腔出血
 - E. 短暂脑缺血发作

三十四、短暂性脑缺血发作（TIA）

1. 概述为了解；2. 临床表现为掌握；3. 治疗原则为掌握。

概述：TIA 是一种历时短、反复发作的神经功能缺损。系指颈动脉系统或椎-基底动脉系统由于各种原因发生暂时性的供血不足，导致受累的脑组织出现一过性的功能缺损，出现相应的临床症状和体征。

1. 临床表现

突发起病，持续时间短，通常 5-20 分钟，24 小时内完全恢复。常反复发作，每次发作的局灶症状可较刻板。常见的 TIA 有以下 3 种类型。

（1）颈内动脉系统 TIA：可有三偏表现，即偏瘫、偏身感觉障碍及偏盲，主侧半球损害常出现失语，有时出现偏瘫对侧一过性视觉障碍等。

（2）椎基底动脉系 TIA：表现为眩晕、眼震、平衡障碍、共济失调、复视、吞咽困难、构音困难、交叉性感觉运动障碍，可有猝倒发作及短暂性全面遗忘症。

（3）短暂性全脑遗忘症：突发短暂性记忆全丧失，但神志清楚，一般认为是大脑后动脉的颞支或椎-基底动脉缺血累及边缘系统所致。

2. 辅助检查

发病后做 CT 或 MRI、脑血管超声以了解颅内病变及血流情况。

检测血流变学、心电图、颈动脉超声等以寻找 TIA 病因。

3. 诊断

临床表现符合颈内动脉系统 TIA、椎基底动脉系 TIA、短暂性全脑遗忘症。

发病后行影像学检查了解颅内病变及血流情况，并寻找病因。

4. 鉴别诊断

应与局灶性癫痫、美尼尔氏症、晕厥等相鉴别。

5. 治疗

（1）药物治疗

（a）抗血小板治疗：阿司匹林，噻氯吡啶等。

（b）抗凝治疗：普通肝素、低分子量肝素及口服抗凝药物为常用的抗凝剂，使凝血酶原时间维持在正常值的 2-2.5 倍。

- (d) 血管扩张药和扩容药物：低分子右旋糖酐。
- (e) 防止再灌注损伤：钙离子拮抗剂，尼莫地平，氟桂利嗪（西比灵）等。
- (f) 中药活血化瘀治疗：川芎、丹参、红花等药物。

(2) 介入治疗

如确定 TIA 是由颈部大动脉动脉硬化斑块引起狭窄约 75%以上者，可考虑颈动脉内支架术。

(3) 病因治疗

主要针对危险因素，采用相应的措施。禁止吸烟和过度饮酒，积极治疗高血压、高血脂症及高血糖症，合理治疗冠心病、心律失常、心衰和瓣膜病。

6. 工作规范

(1) 门诊：询问病史，常规查体，根据病情做急诊 CT 检查，如有条件联系收入院。不能住院者给予脑血管扩容剂，抗凝，抗血小板凝集，钙拮抗剂治疗，根据病情用静点或口服。同时进行常规生化检查，TCD，颈动脉超声检测。

(2) 病房：询问病史，常规查体，给予脑血管扩容剂静点，根据化验结果可静点抗凝药，口服抗血小板凝集，钙拮抗剂。注意观察治疗效果及化验结果，调整用药。同时血，尿，便，生化及电解质化验，ECG，TCD，颈动脉超声检测，血流变学化验，尽量寻找病因，采用相应的措施。

练习题

1、女性，55 岁，半年内出现 3 次突然不能言语，每次持续 30 分钟左右，第 3 次伴右侧肢体麻木，既往有房颤病史，神经系统检查正常，最可能诊断是（ ）

- A. 癫痫小发作
- B. 偏头痛
- C. 颈椎病
- D. 短暂性脑缺血发作（TIA）
- E. 顶叶肿瘤

2、60 岁男性，突发不能说话，右上下肢无力，约 20 分钟恢复，反复发作，发作后检查，神经系统正常。首先要考虑的诊断是（ ）

- B. 局限性癫痫

- C. 脑栓塞
 - D. 癔病发作
 - E. 颈内动脉系统 TIA
 - E. 椎基底动脉系统 TIA
- 3、颈内动脉系统短暂脑缺血发作最常见的症状是（ ）
- A. 对侧上肢或下肢的发作性瘫痪
 - B. 对侧偏身感觉障碍
 - C. 失语
 - D. 同侧单眼失明
 - E. 对侧上肢或下肢共济失调
- 4、抗凝治疗的禁忌者是（ ）
- A. 有出血倾向
 - B. 严重高血压
 - C. 肝肾疾病
 - D. 消化性溃疡
 - E. 以上均是
- 5、短暂性脑缺血发作的临床特征中不应出现（ ）
- A. 发作突然
 - B. 恢复较快，一般仅遗留较轻的神经功能缺损
 - C. 持续时间短暂，症状和体征在 24 小时内应完全消失
 - D. 常反复发作
 - E. 用小剂量阿斯匹林治疗有效

三十五、理化因素损伤（淹溺、烧烫伤、刀割伤、电击伤）

（一）淹溺

淹溺是指人淹没于水中，水充满呼吸道和肺泡引起窒息。吸收到循环的水引起血液渗透压改变、电解质紊乱和组织损伤，最后造成呼吸、心跳停止而死亡。淹溺后最重要的损害是缺氧。多发生于儿童，常为意外事故或自杀。另外，溺粪池或污水时，尚有腐生物和化学物刺激与中毒作用。

1. 发病机制

(1) 根据淹溺后气道的情况分为干性淹溺和湿性淹溺

1) 干性淹溺 少部分人入水后因惊慌、恐惧等引起喉痉挛，导致窒息，呼吸道和肺很少或无水吸入，约占10%。

2) 湿性淹溺 大多数人淹溺后，由于缺氧、喉部肌肉松弛而吸入大量水分，充塞呼吸道和肺泡发生窒息。水大量进入呼吸道数秒后神志丧失，发生呼吸停止和心室颤动，约占90%。

(2) 根据吸入水分的性质分为淡水淹溺和海水淹溺

1) 淡水淹溺 淡水是低渗液，少量吸入可引起肺毛细血管收缩，导致肺动脉高压；淡水吸入最重要的临床意义是肺损伤，此外可引起血管内溶血、高钾、急性肾衰、低钠低氯血症。

2) 海水淹溺 海水为高渗液，低氧血症较淡水淹溺严重且持久。

2. 病理生理

淹溺者病理生理改变主要为缺氧、电解质紊乱、溶血。

3. 临床表现

溺水者的临床表现很不一致，这取决于吸入水的类型、量及是否得到迅速有效的治疗。患者被救上岸后，轻者仅表现为咳嗽和呼吸急促，重者往往昏迷、皮肤粘膜苍白、四肢厥冷、口鼻充满泡沫液和杂草，呼吸、心跳微弱或停止、胃部明显扩张。在复苏过程中，患者可以出现心律失常、心室颤动及肺水肿等。如存活12小时以上，则多合并肺部感染，24~48小时后出现脑水肿、急性呼吸窘迫综合征、急性肾衰竭等。

4. 诊断

根据发病前被水淹没的病史和临床表现，诊断不难，应注意对生命体征的评估。

5. 急救护理

救护原则：迅速将病人救离出水；立即恢复有效通气；施行心肺复苏；根据病情对症处理。

(1) 现场救护 淹溺可在几分钟甚至几十分钟内导致死亡。因此，抢救工作必须争分夺秒，给予及时恰当的处理，以保证抢救成功。

1) 迅速使淹溺者出水, 以改善淹溺的呼吸功能及尽量减少缺氧时间。

2) 保持呼吸道通畅 立即为淹溺者清除口、鼻中的污泥、杂草; 有义齿者取下义齿, 以防坠入气道。并将舌头拉出, 牙关紧闭者应设法撬开, 松解领口和紧裹的内衣、胸罩、腰带, 确保呼吸道通畅。

3) 倒水处理 可选用下列方法迅速倒出淹溺者呼吸道、胃内积水。

①方法 膝顶法: 急救者半蹲位, 一腿跪地, 另一腿屈膝将淹溺者腹部横置于救护者屈膝的大腿上, 使头部下垂, 并用手按压其背部, 使呼吸道和消化道内的水倒出; 肩顶法: 急救者抱住淹溺者的双腿, 将其腹部放在急救者的肩部, 使淹溺者头胸下垂, 急救者快步奔跑, 使积水倒出。抱腹法: 急救者从淹溺者背后双手抱住其腰腹部, 使淹溺者背部在上, 头胸部下垂, 摇晃淹溺者, 以利倒水。

②注意事项 尽量避免因倒水时间过长而延误心肺复苏等措施的进行; 倒水时注意使淹溺者的头胸部保持下垂位置, 以利积水流出。

4) 心肺复苏 是淹溺抢救工作中最重要的措施, 清理呼吸道后应尽快实施。

(2) 院内抢救

1) 维持呼吸功能 保持呼吸道通畅是维持呼吸功能的前提, 尽可能维持合适氧供及尽可能低的气道压。

2) 维持循环功能 补充血容量, 维持水、电解质和酸碱平衡, 淡水淹溺时, 应限制入水量, 补充高渗盐水、血浆和白蛋白; 海水淹溺时, 血容量偏低, 需及时补充液体, 严格控制氯化钠溶液; 同时注意纠正高钾血症及酸中毒。

3) 对症支持治疗 纠正血容量; 肺水肿的处理; 防止脑水肿; 防止肺部感染; 及时处理其他并发症如骨折等。

(3) 护理要点

1) 密切观察病情变化 严密观察患者的神志、呼吸频率、节律、深度, 判断呼吸困难的程度; 监测尿的颜色、性质、量, 准确记录尿量。

2) 保持呼吸道通畅 及时清除口鼻内泥沙、杂草, 清除呕吐物, 必要时尽快行气管插管或气管切开, 机械辅助通气。病人不能进行咳嗽时必须通过机械吸引来清除呼吸道内分泌物, 维持气道通畅。还可配合翻身、拍背、雾化吸入等协助痰液排出。

3) 心理护理, 淹溺病人因刚渡过淹溺危险会产生焦虑和恐惧, 护理人员应

给予较多的时间陪护，向患者解释治疗措施和目的，告知患者医务人员正积极的实行告知措施，出现的症状会逐渐得到缓解。对于自杀淹溺的病人应尊重病人的隐私权，注意正确的引导，同时做好家属的思想工作，以协助护理人员使病人消除自杀念头。

4) 输液护理严格执行医嘱，正确控制输液滴速。对淡水淹溺者应严格调节输液滴速，从小剂量、低速度开始，避免短时间内输入大量液体，而加重血液稀释程度。应用利尿剂和脱水剂时注意密切观察血压、脉搏、呼吸、意识等病情变化。对海水淹溺者出现血液浓缩症状的应及时保证5%葡萄糖和血浆液体等的输入，切忌输入生理盐水。

思考题：

1. 救治淹溺患者时维持呼吸功能的前提是什么？
2. 淹溺患者急救时倒水的方法有几种？分别是什么？

（二）烧烫伤

烧烫伤泛指由热力、电流、化学物质、激光、放射性等所造成的组织损伤。热力烧烫伤是指由热力、热液、蒸汽、热固体等引起的组织损伤。通常所称烧烫伤或狭义的烧烫伤，一般指热力所造成的烧烫伤。本节主要介绍热力烧伤的相关内容。

1. 临床分期

根据烧伤病理生理特点，病程大致分为3期，各期之间往往互相重叠和互相影响，分期的目的是为了突出各个阶段临床处理的特点。

(1) 急性体液渗出期：组织烧伤后的立即反应是体液渗出，伤后2-3小时最为急剧，8小时达高峰，随后逐渐缓解，至48小时逐渐稳定并开始回吸收。此期由于体液的大量渗出和血管活性物质的释放，容易发生低血容量休克，临床又称为休克期。

(2) 感染期：从烧伤渗出液回吸收开始，感染的危险即已存在并持续至创面完全愈合。烧伤早期因为皮肤生理屏障被破坏，致病菌在创面中的坏死组织和渗出液中大量繁殖生长；严重烧伤后的应激反应及休克的打击，全身免疫功能下降，对病原菌的易感性增加，极易发生感染。

(3) 恢复期：组织烧伤后炎症反应与组织修复同时开始。浅度烧伤多自行修

复，深Ⅱ度主要靠残存的上皮岛融合修复，Ⅲ度烧伤主要依靠皮肤移植修复。

2. 伤情判断和临床表现

根据烧伤的面积、深度和部位而定，观察创面变化和全身情况。

(1) 烧伤面积和深度估计

1) 烧伤面积 以相对于体表面积的百分率来表示。估计方法有多种，目前国内多采用中国新九分法和手掌法。

①中国新九分法：将体表面积划分为11个9%的等份，另加1%，其中头颈部为9%（1个9%）、双上肢为18%（2个9%）、躯干（包括会阴）为27%（3个9%）、双下肢（包括臀部）为46%（5个9%+1%）（见表1）。

表1 中国新九分法

| 部位 | | 占成人体表面积 (%) | | 占儿童体表面积 (%) |
|-----|-----|-------------|-------|-------------|
| 头颈 | 头部 | 3 | 9×1 | 9+ (12-年龄) |
| | 面部 | 3 | | |
| | 颈部 | 3 | | |
| 双上肢 | 双手 | 5 | 9×2 | 9×2 |
| | 双前臂 | 6 | | |
| | 双上臂 | 7 | | |
| 躯干 | 躯干前 | 13 | 9×3 | 9×3 |
| | 躯干后 | 13 | | |
| | 会阴 | 1 | | |
| 双下肢 | 双臀 | 5* | 9×5+1 | 46- (12-年龄) |
| | 双大腿 | 21 | | |
| | 双小腿 | 13 | | |
| | 双足 | 7* | | |

*成年女性的双臀和双足各占6%

② 手掌法：用病人自己的手掌测量其烧伤的面积。不论年龄或性别，若将五指并拢、单掌的掌面面积占体表面积的1%。此法适合于小面积烧伤的估计，也可辅助九分法评估烧伤面积。

2) 烧伤深度 目前普遍才用三度四分法，即Ⅰ度、浅Ⅱ度、深Ⅱ度、Ⅲ度。

其中，I度及浅II度烧伤属浅度烧伤；深II度和III度烧伤属深度烧伤。烧伤判断程度见表2。

表2 烧伤局部临床特点

| 烧伤深度 | 组织损失 | 局部表现 | 预后 |
|-------------|-----------------------|---|------------------------|
| I度 红斑性 | 表皮浅层 | 皮肤红斑，干燥、灼痛，无水疱 | 3-7日脱屑痊愈 |
| II度 水疱性 | 浅II度 表皮全层， 真皮浅层 | 红肿明显，疼痛剧烈；有大小不一的水疱，疱壁薄，创面基底潮红 | 1-2周内愈合，多有色素沉着，无瘢痕 |
| | 深II度 真皮深层 | 水肿明显，痛觉迟钝，拔毛痛；水疱较小，疱壁较厚，创面基底发白或红白相间 | 3-4周愈合，常有瘢痕形成和色素沉着 |
| III度 焦痂性 | 皮肤全层， 皮下、肌肉 或骨骼 | 痛觉消失，创面无水疱，干燥如皮革样坚硬，呈蜡白或焦黄色甚至炭化，形成焦痂，痂下可见树枝状栓塞的血管 | 3-4周后焦痂自然脱落，愈合后留有瘢痕或畸形 |

(2) 烧伤严重程度判断

按烧伤的总面积和烧伤的深度将烧伤程度分为4类（通畅情况下，烧伤总面积的计算不包括I度烧伤）：

- 1) 轻度烧伤：II度烧伤总面积9%以下。
- 2) 中度烧伤：II度烧伤面积10%~29%，或III度烧伤面积不足10%。
- 3) 重度烧伤：烧伤总面积30%~49%；或III度烧伤面积11%~20%；或II度、III度烧伤面积虽不到上述百分比，但已发生休克等并发症、呼吸道烧伤或有较重的复合伤。
- 4) 特重烧伤：烧伤总面积50%以上，或III度烧伤20%以上，或存在有严重并发症。

(3) 吸入性损伤的断判

- 1) 燃烧现场相对密闭。
- 2) 呼吸道刺激，咳出炭末痰，呼吸困难，肺部可能有哮鸣音。
- 3) 面、颈、口周常有深度烧伤，鼻毛烧焦，声音嘶哑。

3. 处理原则

(1) 现场急救

- 1) 迅速脱离致热源
- 2) 保护创面
- 3) 保持呼吸道通畅
- 4) 其他救治措施 如建立静脉通道补液治疗，镇静止痛药物应用等。

(2) 防治休克

严重烧伤特别是大面积烧伤的病人，防治休克至关重要。液体疗法是防治休克的主要措施。

1) 补液量的计算 根据烧伤早期体液渗出的规律估计补液总量。国内通畅按病人的烧伤面积和体重计算补液量。

① 伤后第一个24小时：每1%烧伤面积（II度、III度）每公斤体重应补充胶体液和电解质液共1.5ml（儿童为1.8, ml，婴儿为2.0ml），另加每日生理需要量2000ml（儿童60-80ml/kg，婴儿100ml/kg）。即：第一个24小时补液量=体重（kg）×烧伤面积×1.5ml（儿童为1.8, ml，婴儿为2.0ml）+2000ml（儿童60-80ml/kg，婴儿100ml/kg）。补液应遵循先快后慢、先晶后胶交替输入的原则，补液总量的一半应在伤后8小时内输入。

② 伤后第二个24小时：电解质和胶体液为第一个24小时的一半，再加每日生理需要量2000ml。

③ 第三个24小时开始视情况而定，一般烧伤面积小于50%，可不必再输入损失量。

2) 补液的种类 胶体液和电解质液的比例为2:1，大面积深度烧伤和小儿烧伤其比例可改为1:1。胶体液首选血浆，紧急抢救时可用低分子量的血浆代用品，但总量不宜超过1000ml，III度烧伤病人可适量输全血。电解质液首选平衡盐液，并适当补充碳酸氢钠溶液。生理需要量一般用5%-10%葡萄糖液。

(3) 创面处理

主要目的是清洁、保护创面，防治感染，促进创面愈合；减少瘢痕产生，最大限度恢复功能。

4. 护理措施

(1) 维持有效呼吸 保持呼吸道通畅，吸氧（4-5L/分）。

(2) 维持有效的血循环量 轻者可予口服淡盐水或烧伤饮料（100ml液体中含食盐0.3g、碳酸氢钠0.15g、糖适量）；重者迅速建立2-3条静脉通路快速补液，并根据动脉血压、中心静脉压、尿量、心率、末梢循环等判断液体复苏的效果。

(3) 加强创面护理，促进愈合

1) 包扎疗法护理：抬高肢体并保持各关节功能位，保持敷料清洁、干燥，敷料潮湿及时更换；密切观察创面，及时发现感染征象，如发热、伤口异味等，如有需加强换药和抗感染治疗；注意肢体末梢循环情况，如肢端动脉搏动、颜色及温度。

2) 暴露疗法的护理：安排隔离病房，保持病室清洁；注意隔离，防止交叉感染；保持创面干燥，渗出期及时用消毒敷料吸去创面过多的分泌物；定时翻身或使用翻身床。

3) 特殊烧伤部位的护理

① 眼部烧伤：及时用无菌棉签清除眼部分泌物，局部涂烧伤膏或用烧伤膏纱布覆盖加以保护，以保持局部湿润。

② 耳部烧伤：及时清理流出的分泌物，外耳入口处放置无菌干棉球并经常更换；耳周部烧伤应用无菌纱布铺垫，尽量避免侧卧，以免耳廓受压，防止发生中耳炎或耳软骨炎。

③ 鼻烧伤：及时清理鼻腔内分泌物或痂皮，鼻粘膜表面涂烧伤膏以保持局部湿润、预防出血；合并感染者用抗生素药液滴鼻。

④ 会阴部烧伤：多采用暴露疗法。及时清理创面分泌物，保持创面干燥、清洁；在严格无菌操作下留置导尿管，每日做好会阴冲洗，预防尿路及会阴感染。

4) 防治感染 遵医嘱及早应用抗菌药物；正确处理创面，采取必要的消毒隔离措施，防止交叉感染；营养支持，增强抗感染能力。

5) 心理护理 耐心倾听病人对烧伤的不良感受，给予安慰，取得病人的信任，耐心解释病情，说明各项治疗的必要性和安全性，使其了解病情、创面愈合和治疗的过程，消除顾虑，积极配合。

(4) 健康教育

1) 宣传防火、灭火和自救等安全教育知识；2) 创面愈合过程中，可能出现

皮肤干燥、痛痒等，告知病人避免使用刺激性肥皂清洗，水温不宜过高，勿搔抓。烧伤部位在1年内避免太阳暴晒；3) 指导康复训练，最大程度恢复机体的生理功能；4) 指导生活自理能力训练，鼓励参与一定的家庭和社会活动，重新适应生活和环境，树立重返工作岗位的信心。

思考题：

1. 烧烫伤临床分为哪几个期？
2. 烧伤深度判断目前采用的是什麼方法？
3. 患者男性，被开水烫伤右下肢及躯干前部，创面红肿，见大小不一的水疱，疱壁薄，基底潮红，请判断该患者烫伤程度，烫伤总面积以及计算该患者第一个24小时的补液量？

(三) 刀割伤

刀割伤是指各种锐器作用于人体所造成的组织结构完整性破坏或功能障碍，是临床常见的一种创伤。

1. 病理生理

在致伤因素作用下，机体迅速产生各种局部和全身性防御反应，以维持机体内环境的稳定。

(1) 局部反应 主要表现为局部创伤性炎症反应，其病理过程与一般炎症基本相同。割伤后组织破坏释放各种炎性介质，引起毛细血管通透性增加、血浆成分外渗；白细胞等趋化因子迅速聚集于伤口吞噬和清除病原微生物或异物，并出现疼痛、发热等炎性表现。

(2) 全身反应即全身性应激反应，是致伤因素作用于机体后引起的一系列神经内分泌活动增强并引起各种功能和代谢改变的过程，是一种非特异性应激反应。

(3) 组织修复和割伤愈合

1) 组织修复方式 组织修复的基本方式是由伤后增生的细胞和细胞间质充填、连接或代替缺损组织。

2) 创伤的修复过程 一般分为3个既相互区分又相互联系的阶段，即：炎症反应阶段、组织增生和肉芽形成阶段、组织塑性阶段。

3) 割伤愈合的过程

① 一期愈合：又称原发愈合。组织修复以原来的细胞为主，仅含少量纤维组织，局部无感染、水肿和坏死组织，伤口边缘整齐、严密、呈线状，组织结构和功能修复良好。多见于创伤程度轻、范围小、无感染的伤口或创面。

② 二期愈合：又称瘢痕愈合。以纤维组织愈合为主，修复较慢，瘢痕明显，愈合后对局部组织和功能有不同程度的影响。多见于创伤程度重、范围大、坏死组织多及伴有感染的伤口。

4) 影响割伤愈合的因素

①局部因素：伤口感染是最常见的因素。局部异物存留、血液循环障碍、关节处等不利于伤口的恢复。

②全身因素：主要影响因素有老年、营养不良、大量使用细胞增生抑制剂（如地塞米松等），合并糖尿病等慢性疾病等均延迟伤口愈合。

2. 临床表现

(1)局部表现 疼痛、肿胀、功能障碍、伤口和出血。

(2)全身表现 严重创伤可有体温升高、全身炎症反应综合征等情况。

3. 现场急救

伤口的止血、包扎、固定。优先解决危及生命的紧急问题。

4. 护理措施

(1)急救护理 ①抢救生命：在现场进行简单的评估，找出危及生命的紧迫的问题，立即就地救护。必须有效抢救的急症包括心跳和（或）呼吸骤停、窒息、大出血、张力性气胸和休克等。主要护理措施包括：保持气道通畅，心肺复苏，止血及封闭伤口，恢复循环血量，监测生命体征。②包扎：目的是保护伤口、减少污染、压迫止血、减轻疼痛等。

(2)维持有效循环血量 密切观察生命体征，记录尿量；有效止血后，迅速建立静脉通道补液。

(3)妥善护理伤口 患肢抬高，注意观察有无出血、感染征象、引流是否通畅，肢端循环情况；定时更换伤口敷料。遵医嘱应用破伤风抗毒素及抗菌药物。

5. 健康教育

普及安全知识，加强安全防范意识，避免受伤。一旦受伤，无论伤口大小，都不能掉以轻心，及时到医院就诊，接受正确的处理。伤后恢复期加强功能锻炼，

促进机体功能恢复，防止肌肉萎缩和关节僵硬等并发症的发生。

思考题

1. 创伤愈合的过程一般分为哪三个阶段？
2. 简述影响伤口愈合的因素？

（四）电击伤

电击伤俗称触电，是物理因素引起的一种损伤性疾病。一定量的电流通过人体后引起组织损伤和功能障碍，严重者可致呼吸和心跳骤停而死亡。

1. 发病机制：电流对人体的损伤分为直接的局部作用和全身作用，一是由电能转化产生高温，引起组织损伤、充血、水肿、炭化；二是电流通过人体组织影响细胞去极化的结局。

2. 临床表现

（1）全身表现

人体接触电流后，轻者立刻出现惊恐、面色苍白、心悸、头昏、肌肉收缩甚至有短暂的抽搐等；较重者出现持续抽搐及休克症状或昏迷；严重者呼吸、心跳停止。由低电压电流引起的心室纤维颤动时，皮肤苍白，听不到心音，脉搏不能触及，开始时呼吸存在，后因缺氧呼吸停止，进入“假死”状态。由高电压电流引起呼吸中枢麻痹时，病人呼吸停止，但心跳仍存在，如不立即实行人工呼吸，可于数分钟内死亡。

（2）局部表现

电流通过产热可引起组织电热灼伤，主要累及进出口和通电路线上的组织。进口灼伤比出口严重，有时有多个进出口。突出特点为触电部位皮肤创面小，皮下深部组织损伤重。也可产生间断性创面。

闪电损伤时皮肤上出现微红的树枝样或细条状条纹。血管病变表现为多发栓塞、坏死；胸部电击伤可致气胸；腹壁损伤可导致内脏坏死或穿孔；肌群强制性收缩可致骨折或关节脱位，也可发生筋膜间隙综合征。

（3）并发症和后遗症

半数以上可出现单侧或双鼓膜破裂、视力障碍或白内障；可出现急性肾衰、高钾血症、骨折或关节脱位、脊柱压缩性骨折；神经系统后遗症有失明、耳聋、周围神经病变、脊髓病变、侧索硬化症、偏瘫。

3. 诊断

触电病史和现场情况即可诊断，注意颈髓损伤、骨折和内脏损伤情况。

4. 急救护理

现场急救的基本原则是脱离电源和心肺复苏。

(1) 现场急救

1) 脱离电源 首先确保急救者自身安全。第一时间切断触电现场的电源或用绝缘物使触电者与电源分离，采取保护措施将患者搬离危险区。

2) 生命体征评估 评估电击原因、部位、电压情况、局部烧伤程度，评估意识、心律失常及其恢复情况；心跳呼吸骤停立即心肺复苏。

(2) 医院内救护

1) 保持呼吸道通畅，维持有效呼吸 为使呼吸与心跳恢复，应尽早气管插管行呼吸机辅助呼吸，清除气道分泌物，以维持有效的呼吸。同时，建立心电监护，进行有效的心肺复苏。

2) 维持有效循环

3) 防治脏器功能衰竭。

4) 对症支持治疗。

(3) 护理要点

1) 严密观察生命体征 定时测量呼吸、脉搏、血压及体温。复苏后应仔细检查心率、心律。出现异常立即报告医生，并随时做好心肺复苏的抢救配合。

2) 注意病人神志变化 对于清醒的病人给予心理安慰，消除恐惧心理，同时注意患者出现电击后精神兴奋症状，应强迫患者休息。严密监测其行动，避免意外发生。对神志不清者，应防止跌倒坠床。

3) 保持呼吸道通畅 给予高浓度氧气吸入。

4) 电击伤后全身并发症多，如神经系统、急性肾功能衰竭等，还可能合并骨折、关节脱位、摔伤（因触电从高空摔下）等，应行全面体检，以防漏诊。同时注意内部烧伤及可能的远期并发症，如高钾血症、肢体坏死、感染等。并配合医生做好抢救工作。

5) 加强基础护理防止并发症 病情严重者注意口腔护理、皮肤护理，保持病人局部伤口敷料清洁、干燥，防止脱落。

思考题:

1. 电击伤现场救护的基本原则?

参考书目

1. 《贵州省乡村医生手册》、
2. 《贵州省基层卫生人员急诊急救知识培训指导手册》
3. 杜雪平, 王永利. 实用社区护理. 北京: 人民卫生出版社, 2012;
4. 卫生部总后卫生部. 临床护理实践指南(2011版). 北京: 人民卫生出版社, 2011;
5. 李乐之, 路潜. 外科护理学(第5版). 北京: 人民卫生出版社, 2012;

三十六、中毒(有机磷、一氧化碳)

急性有机磷农药中毒

有机磷农药对人和动物都有毒害, 在生活中误服或自服、在生产及使用中防护不周, 均可造成中毒事件。急性有机磷农药中毒是我国最常见的急性农药中毒, 可通过胃肠道、呼吸道、皮肤和粘膜吸收。

一. 临床表现:

1. 急性有机磷农药中毒后出现急性胆碱能危象, 表现为:

(1) 毒蕈碱(M)样症状

出现最早, 由于副交感神经末梢过度兴奋, 产生类似毒蕈碱样作用。表现有①腺体分泌增加: 大汗、流泪、流涎; ②平滑肌痉挛: 瞳孔缩小, 胸闷、气短、呼吸困难, 恶心、呕吐、腹痛、腹泻; ③括约肌松弛: 大小便失禁; ④气道分泌物增多: 咳嗽、气促、双肺干性或湿性啰音, 严重者发生肺水肿。

(2) 烟碱(N)样症状

乙酰胆碱在横纹肌神经肌肉接头处蓄积过多, 出现肌纤维颤动, 甚至强直性痉挛, 也可出现肌力减退或瘫痪, 严重时呼吸肌麻痹引起呼吸衰竭或停止。

乙酰胆碱还可刺激交感神经节, 促使其节后交感神经纤维末梢释放儿茶酚胺, 表现血压增高、心跳加快和心律失常。

(3) 中枢神经系统症状

轻者出现头痛、头晕、情绪不稳；重者烦躁不安、谵妄、抽搐、昏迷。甚至呼吸和循环中枢麻痹，导致呼吸、循环衰竭死亡。

2. 反跳：部分患者经积极救治临床症状好转后 2~15 天再度出现急性胆碱能危象，甚至昏迷、肺水肿或猝死。

3. 迟发性多发神经病：部分患者在中毒症状消失后 2~3 周，出现迟发性神经损害，表现感觉、运动型多发性神经病变，主要累及肢体末端。表现为腓肠肌痉挛性疼痛，肢端手套、袜套样感觉障碍，步态障碍，共济失调，下肢瘫痪、四肢肌肉萎缩等。实验室检查血 ChE 正常，肌电图检查提示神经源性损害。

4. 中间型综合征：是急性有机磷农药中毒所引起的一组以肌无力为突出表现的综合征，发生时间介于胆碱能危象与迟发性神经病之间。常发生在中毒后 24~96 小时及复能药用量不足患者，突然出现屈颈肌和四肢近端肌无力及第 III~VII、IX、X 对颅神经支配的肌肉无力，出现睑下垂、眼外展障碍、面瘫和呼吸肌麻痹，引起通气障碍性呼吸困难或衰竭，可导致死亡。

二. 诊断和鉴别诊断

1. 诊断

- (1) 接触史 有机磷毒物的接触史是诊断有机磷中毒的重要依据。
- (2) 口腔、呼出气体、呕吐物有蒜臭味。
- (3) 典型的症状和体征 如：大汗、流涎、瞳孔缩小、肌颤、昏迷等。
- (4) 实验室检查 血胆碱酯酶活力是诊断急性有机磷中毒的特异性指标。

2. 鉴别诊断

(1) 氨基甲酸酯类杀虫剂中毒 氨基甲酸酯类杀虫剂也可抑制胆碱酯酶活力，血胆碱酯酶活力下降，引起同有机磷杀虫剂中毒类似的临床表现；但此类中毒胆碱酯酶活力恢复快，临床症状相对较轻，详细询问接触史有助于鉴别。

(2) 其他疾患如中暑、急性胃肠炎、脑炎、拟除虫菊酯类中毒等，可据胆碱酯酶活力鉴别。

三. 病情分度

1. 轻度 表现为轻度 M 样症状和中枢症状，如头昏、头痛、流涎、出汗、恶心、呕吐、腹痛、无力等。全血胆碱酯酶 (ChE) 活力下降至正常值的 50%~70%。

2. 中度 M 样症状加重，出现 N 样症状，ChE 活力降至正常值的 30%~50%。
3. 重度 M 样、N 样症状进一步加重，出现严重中枢症状如抽搐、昏迷，脑水肿、肺水肿、呼吸衰竭等，ChE 活力降至正常值的 30%以下。

四. 急诊治疗

(一) 迅速清除毒物

1. 立即脱离中毒现场，脱去污染的衣服。用肥皂水清洗污染的皮肤、毛发和指甲。

2. 洗胃 彻底清除胃内毒物是治疗很重要的一个环节，一般以清水、2% 碳酸氢钠溶液（敌百虫忌用）、1:5000 高锰酸钾溶液（对硫磷忌用）为洗胃液，也可选择生理盐水或低渗盐水。

3. 早期吸附与导泻 活性炭在服毒后 30 分钟~1 小时服用；吸附剂与泻剂最好联合应用。导泻能有效清除胃肠道内的毒物，补充洗胃和使用活性炭的不足；常用导泻剂有甘露醇、硫酸镁等。

4. 灌肠 由于重度中毒患者常伴有肠麻痹，导泻无效时应考虑灌肠；可用 1%温肥皂水或开塞露。

5. 血液净化 血液灌流或血液灌流加血液透析等方式可有效消除血液中的有机磷杀虫药。

(二) 解毒剂（表 有机磷杀虫剂中毒解毒剂的剂量与用法）

1. 用药原则 根据病情，早期、足量、联合、重复用药。选用合理给药途径。

2. 胆碱酯酶复能剂 肟类化合物可使被抑制的胆碱酯酶恢复活性，亦称胆碱酯酶复能剂；临床常用有氯磷定与解磷定两种，氯磷定效果更佳。复能剂一般用药至中毒症状及肌颤完全消失，病情稳定 48 小时后，全血胆碱酯酶活性达到 50%~60%停药观察。胆碱酯酶复能剂的主要作用是：(1) 使胆碱酯酶重新活化；(2) 对抗毒物所致神经肌肉接头阻断(抗 N 样作用)，对解除肌颤和肌无力有效。其半衰期为 1~1.5h，宜静注或肌注。

3. 胆碱受体拮抗剂

- (1) 阿托品 早期快速阿托品化、持续用药,是合理应用阿托品的基本原则，掌握好首次剂量及重复给药的剂量、时间，则是合理用药的关键。阿托品化标准为：①瞳孔扩大,不再缩小；②颜面潮红、皮肤干燥、口干，肺部罗

音减少或消失(肺炎者例外)；③心率加快；④意识障碍减轻或神志清楚，或有轻度烦躁不安等。如出现瞳孔明显散大，甚至超过5mm；躁动，甚至狂躁、抽搐及谵语；体温明显升高大于39℃，要考虑阿托品中毒；应及时减量甚至停用阿托品。

(2) 盐酸戊乙奎醚(长托宁) 具有较强的周围抗胆碱作用和中枢抗胆碱作用。对心脏M₂受体无明显作用，故不影响心率，阿托品化时不要求心率达到90~100次/分。肌注后约0.56小时血药浓度达到峰值，半衰期为10.35小时，24小时排出率为给药总量的94.17%。由于半衰期长，重复用药间隔较长。

表 有机磷杀虫剂中毒解毒剂的剂量与用法

| 药名 | 用药阶段 | 轻度中毒 | 中度中毒 | 重度中毒 |
|----------------|------|-----------------------------|---------------------------------------|--|
| 胆碱酯酶复能剂 | | | | |
| 氯解磷定 | 首剂 | 0.5~0.75g， 稀释后缓慢 静注 | 0.75~1.5g，稀释 后缓慢静注 | 1.5~2.0g，稀释后 缓慢静注，30~60 分钟后视情况重复 首次剂量的1/2 |
| | 以后 | 必要时2小时 后重复一次 | 0.5g，稀释后缓慢 静注，每2小时一 次，共3次 | 1.0g/h，静滴，6小 时后若病情显著改 善，可停药观察 |
| 碘解磷定 | 首剂 | 0.4g，稀释后 缓慢静注 | 0.8~1.2g，稀释后 缓慢静注 | 1.0~1.6g，稀释后 缓慢静注，30分钟后 视情况重复0.6~ 0.8g |
| | 以后 | 必要时2小时 后重复一次 | 0.4~0.8g，稀释后 缓慢静注，每2小 时一次，共3次 | 0.4g/h，静滴，6小 时后若病情显著改 善，可停药观察 |
| 胆碱受体拮抗剂 | | | | |
| 阿托品 | 开始 | 2~4mg，皮下 注射，每1~2 小时一次 | 首剂5~10mg，静 注；随后1~2mg， 静注，每30分钟一 | 首剂10~20mg，静 注；随后2~5mg，静 注，每10~30分钟 |

| | | 次 | 一次 |
|--------|-------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 阿托品化后 | 0.5mg, 皮下注射, 每 4~6 小时一次 | 0.5~1mg, 皮下注射, 每 4~6 小时一次 | 0.5~1mg, 皮下注射, 每 2~6 小时一次 |
| 盐酸戊乙奎醚 | 首剂 1~2mg, 肌注 | 2~4mg, 肌注 | 4~6mg, 肌注 |
| | 45 分钟后视情况重复 1~2mg | 视情况重复首剂半量 1~2 次 | 视情况重复首剂半量 1~2 次 |
| 阿托品化后 | 1~2mg, 肌注, 每 8~12 小时一次 | 1~2mg, 肌注, 每 8~12 小时一次 | 1~2mg, 肌注, 每 8~12 小时一次 |

(三) 紧急复苏及对症治疗

有机磷杀虫剂中毒的主要死因为休克、肺水肿、呼吸衰竭、脑水肿、心脏骤停等，而及时的脏器功能支持治疗，能为病人的救治赢得时间，使部分病人转危为安。复苏及对症处理的措施包括：①保持呼吸道通畅，必要时气管插管或气管切开。②肺水肿、呼吸衰竭时，药物治疗效果差需及时应用机械通气。③脑水肿给予甘露醇和糖皮质激素脱水。④休克给予血管活性药物。⑤及时处理心律失常。⑥病情危重可行血液净化治疗。

五. 重要提示

在基层，无法确定是否为有机磷农药中毒时，可用阿托品试验来判断，方法是用阿托品 1~2mg 静脉注射，10 分钟后如果出现口干、皮肤干燥瞳孔散大、心率增快、面色潮红等阿托品托或过量的表现，说明不是有机磷中毒，如果未出现上述症状，或 M 样症状减轻，分泌物减少，提示有机磷中毒。

一般情况下，经救治处理后中毒症状基本消失，可根据胆碱酯酶活力判断停药及出院。全血 ChE 活力恢复至正常值的 50%~60% 以上时，可停药观察；如停药 12~24 小时以上，ChE 活力仍保持在 60% 以上时可出院。

习题：

1. 对危重急性中毒者，治疗上应立即采取的措施是
 - A. 吸氧
 - B. 导泻
 - C. 维持生命体征并终止毒物接触
 - D. 洗胃
 - E. 使用特效解毒药
2. 阿托品对下列有机磷酸酯类中毒症状无效的是
 - A. 瞳孔缩小
 - B. 骨骼肌震颤
 - C. 腹痛腹泻
 - D. 小便失禁
 - E. 流涎流汗
3. 急性有机磷中毒患者应用阿托品过量引起中毒时，解毒剂是
 - A 依地强钠钙
 - B 亚甲蓝
 - C 青霉胺
 - D 毛果芸香碱
 - E 二巯基丙醇

参考书目

1. 沈洪，刘中民. 急诊与灾难医学. 第二版. 人民卫生出版社，2013.
2. 陈琦，朱广旗. 贵州省乡村医生手册（疾病诊疗分册）. 贵州人民出版社. 2014.

一氧化碳中毒

当一氧化碳经呼吸道进入人体后与血红蛋白结合，形成碳氧血红蛋白，失去携氧能力，造成机体组织器官缺氧，引起一系列临床症状和体征。多由于煤火炉取暖时，烟筒漏气引起，此外在工业生产或其它一氧化碳产生而防护不力的情况

下，亦可发生。

1. 临床表现

按中毒程度可分为三级。

(1) 轻度中毒 血液中碳氧血红蛋白约在 10%~20%，病人有头痛、眩晕、心悸、恶心、呕吐、四肢无力，可有短暂的晕厥，当吸入新鲜空气后症状迅速消失。

(2) 中度中毒 血液中碳氧血红蛋白约在 30%~40%，除上述症状外，病人可有昏迷或虚脱，皮肤和粘膜呈樱桃红色。及时抢救，吸入新鲜空气或氧气后，可较快清醒，数日恢复，一般无后遗症。

(3) 严重中毒 血液中碳氧血红蛋白约在 50%以上，患者呈深昏迷，各种反射消失，瞳孔散大，血压下降，呼吸不规则，严重者昏迷可持续数小时，甚至几天，常常可并发脑水肿、心肌损害，出现心律失常及传导阻滞、中毒性肝炎、肌红蛋白尿、急性肾功能衰竭等。病人的皮肤粘膜往往表现为苍白及青紫，若深度昏迷清醒后，部分病人可出现各种神经精神症状。

(4) 急性一氧化碳中毒迟发脑病(神经精神后发症) 急性一氧化碳中毒患者意识障碍恢复后，经约 2—60 天的“假愈期”，又出现下列临床表现：①精神异常或意识障碍：呈现痴呆、木僵、谵妄或去大脑皮层状态；②锥体外系神经障碍，出现震颤麻痹综合征的表现；③锥体系神经损害：偏瘫，病理反射阳性或小便失禁等；④大脑皮层局灶性功能障碍：失语，失明，继发性癫痫。

2. 诊断：

(1) 有吸入一氧化碳史。

(2) 典型临床表现。

(3) 实验室检查

①HbCO 定性试验阳性或定量试验 Hb CO>10%。

②心肌酶谱：LDH、ALT、AST、CPK-MB 多在中毒后 4~8 小时升高，24~36 小时达高峰。

(4) 其他检查

①心电图：ST-T 改变，传导阻滞和各种异位搏动等心律失常。

②头颅 CT：双侧苍白球和大脑皮质可见低密度区。

③脑电图：脑弥漫性损害。

3. 急诊治疗：

(1) 迅速将病人脱离中毒环境，移至空气流通处，松开衣领，呼吸新鲜空气，密切观察意识状态。

(2) 尽快给氧，促使 HbCO 解离。吸氧是抢救一氧化碳中毒病人的重要环节之一，中毒程度不太严重的病人可用鼻导管给氧 4~6L/min，中毒严重的病人可用面罩或高浓度吸氧 8~10L/min，有条件病人应及早进行高压氧治疗。

(3) 防治脑水肿，促进脑细胞功能的恢复

(4) 对症支持治疗

4. 重要提示

高压氧治疗是最有效的治疗手段，能缩短昏迷时间和病程，预防迟发性脑病的发生，有条件的病人应尽早行高压氧治疗。

习题：

1. 急性 CO 中毒，下列哪项治疗是错误的

A 脱离现场、转移到空气新鲜的地方

B 鼻管吸氧、严重者高压氧舱疗法

C 防治肺水肿

D 控制高热

E 首先注射苏醒剂

2. 下列哪种毒物中毒可使口唇黏膜呈樱桃红色？

A. 蛇毒

B. 农药

C. 二氧化碳

D. 一氧化碳

E. 来苏水

3. 女性，32 岁，被人发现人事不省，屋内有火炉，且发现有敌敌畏空瓶。查体：体温 36℃，BP:12/8kPa，四肢厥冷、腱反射消失、心电图 I ° 房室传导阻滞、尿糖 (+)、尿蛋白 (+)、血液的 COHb 为 60%。对该患者，您考虑最可能的疾病

诊断是什么

- A 急性巴比妥类中毒
- B 急性有机磷农药中毒
- C 急性 CO 中毒
- D 糖尿病酸中毒
- E 急性亚硝酸盐中毒

参考书目

- 2. 沈洪, 刘中民. 急诊与灾难医学. 第二版. 人民卫生出版社, 2013.
- 2. 陈琦, 朱广旗. 贵州省乡村医生手册(疾病诊疗分册). 贵州人民出版社. 2014.

三十七、犬咬伤

一、犬咬伤的相关概念

(一) 犬咬伤的概念

简单来说是被狗咬伤,如果是被感染狂犬病毒的狗咬伤,局部出现咬伤瘀点,周围红肿疼痛,甚至烦躁、怕风、恐水、畏光、痉挛抽搐,终至瘫痪危及生命为主要表现的急性传染病,又称“恐水病,疯狗病”。

1. 狂犬病的流行病学特点

(1) 传染源:带狂犬病毒的犬是本病的主要传染源,可被貌似“健康”犬类携带。

(2) 传播途径:人主要经过犬类传播,也可有带病毒唾液经各种伤口和抓伤、舔伤的黏膜和皮肤入侵,或者由呼吸道传播,先天性感染等。

(3) 人类易感群:人对狂犬病毒普遍易感,患者男多于女,农民>学生>儿童>工人,被狂犬咬后的发病率为 15%到 30%,若及时处理伤口和接种疫苗后,发病率可降为 0.15%左右。

2. 狂犬病的危险因素

(1) 被咬者免疫状况:免疫低下者容易发病,

- (2) 部位：面部，手指被咬伤者易发病。
- (3) 被咬伤程度：伤口深大者易发病。
- (4) 着衣情况：穿厚衣者不易发病。
- (5) 伤口处理情况：消毒不彻底易发病。不包扎者发病率高，包扎者发病低。
- (6) 接种疫苗：咬伤后及时全程接种疫苗后，不易患狂犬病。

3. 狂犬病的诊断及评估

流行病学：有被狂犬咬伤或抓伤史。

临床症状：出现典型症状如恐惧不安、恐水、怕风等发作性咽喉痉挛，先兴奋、后麻痹的典型表现，或怕光、怕声、多汗、流涎和咬伤处出现麻木、感觉异常即等可作出临床诊断。

确诊：有赖于病毒抗原、病毒核酸或尸检示组织内格里小体。出现典型症状前，即病程早期、儿童、咬伤史不明确者易误诊。

护理评估：

- (1) 护理病史：健康史、流行病理学数据、心理社会评估。
- (2) 身体评估。
- (3) 实验室检查。

4. 狂犬病患者的社区管理

(1) 重点在于预防，贯彻三级预防原则：控制传染源，切断传播途径，保护易感人群。

一级预防：宣传，普及狂犬病的基本知识，远离传染源，锻炼身体，提高免疫力，免疫接种，保护易感人群。

二级预防：早发现，早诊断，早报告，早治疗，早隔离

三级预防：对病人进行积极治疗和康复，减少并发症和功能障碍发生。

管理传染源：禁止或控制养犬，应做好预防接种（大面积给家犬注射狂犬疫苗），发现野犬应消灭，病死动物应予焚毁或深埋处理，切勿剥皮，对进口动物检疫。

切断传播途径：咬伤后及时（2小时之内）严格处理伤口，对降低发病率有重要意义，尽力挤出血或者用火罐拔毒，忌用嘴吸吮。用20%的肥皂水或者是0.1%新洁尔灭反复冲洗至少半小时，季胺类和肥皂水不可合用，用75%的酒精搽洗及

2%的碘酒反复涂拭，小伤口不需缝合，伤口较大者缝合宜松，覆盖透气性好的无菌敷料，以便排血引流，防止病毒传入神经纤维。严重咬伤后，除用疫苗外，还需要抗狂犬病免疫血清在伤口周围局部浸润注。伤口如能及时彻底清洗消毒，可明显降低发病率，还需注意预防破伤风及细菌感染。

暴露后预防：凡是被犬类咬伤后，或者是皮肤破损处被狂犬病人唾液玷污时均需做暴露后预防。

暴露前预防：用于高危人群，即兽医，山洞探险者，从事狂犬病毒研究的实验人员和动物管理人员。

5. 狂犬病患者的健康指导

(1) 预防疾病指导：严格犬的管理，捕杀野犬，狂犬，及其它猛兽，并立即焚烧或深埋，对家犬应登记与预防接种。

(2) 预防接种：高危人群如接触狂犬病的工作人员，兽医，山洞探险者，动物管理人员，应作暴露前的疫苗接种，每次 2 毫升肌注，共 3 次，于第 0，7，21 天进行，2 至 3 年加强注射 1 次，若被犬类咬伤或抓伤，应进行全程预防监控，接种期间应戒酒，多休息。

思考题：

1. 狂犬病的流行病学特点？
2. 如果被带有狂犬病的犬咬伤后该怎么样处理？
3. 怎样预防狂犬病？

参考书目：

- | | | | | |
|--------|-------|-------|---------|--------|
| 1. 尤黎明 | 内科护理学 | 第 5 版 | 人民卫生出版社 | 2015 年 |
| 2. 葛均波 | 内科学 | 第 8 版 | 人民卫生出版社 | 2013 年 |
| 3. 李兰娟 | 传染病学 | 第 8 版 | 人民卫生出版社 | 2013 年 |

三十八、气道异物

- 1、概述为了解；
2. 临床表现为掌握；
3. 治疗原则及转运原则为掌握。

急性气道梗阻概述：

气道异物阻塞是指呼吸道由于食物或其他异物，突然堵塞，严重时使人即刻发生呼吸停止。气管、支气管异物梗阻是最常见危重急诊之一，治疗不及时可发生窒息及心肺并发症而危及病人生命。常发生于儿童，80%~91.8%在5岁以下；老年人咽反射迟钝，也易产生误吸；异物存留于支气管内，因阻塞程度不同，可导致阻塞性肺气肿、气胸与纵膈气肿，肺不张、支气管肺炎或肺脓疡等病理改变。

病因与预防

1. 诱因 吞咽大块食物、酗酒、义齿或吞咽困难、儿童口含颗粒状食品或物品。

2. 预防措施 细嚼慢咽充分切碎食物、咀嚼和吞咽食物时，避免大笑或交谈、避免酗酒、阻止儿童口含食物行走或奔跑、不宜食用质韧而滑的食物、不宜将易于误吸物品放置于婴幼儿可触及之处。

临床表现：

1. 气道部分阻塞 患者用力咳嗽后出现喘息声，鼓励患者用力咳嗽自行排出，如不能排除立即求救。患者通气不良的表现：乏力、无效咳嗽、吸气时高调噪音、呼吸困难加重、发绀。此类患者按气道完全阻塞处理。

2. 气道完全阻塞 患者不能讲话，呼吸或咳嗽时双手抓住颈部，无法通气，呈“V”字形。急救人员遇此情景，应立即询问患者：“是否被噎住？”，患者点头确认，再问：“能否说话？”患者摇头，立即实施救助，帮助解除梗阻。如患者意识已丧失、猝然倒地，立即实施心肺复苏。

治疗原则：

1. 腹部冲击法又称海姆立克急救法 适用于清醒患者，嘱患者低头并张口，急救者站在身后，双臂环绕其腹部，握拳置脐上两指，另一手握紧此拳快速向内、向上冲击连续5次，每次冲击要干脆。此法并发症：胃内容物返流、腹部及胸腔脏器破裂。

2. 卧位腹部冲击法 将患者置仰卧位，骑跨在大腿外侧，掌根部顶在脐上二横指处，另一手压在手背上，向内、向上冲击，连续5次。

3. 胸部冲击法 适用于妊娠末期或过度肥胖者。施救者两臂环绕病人胸部，一手握拳置上胸部，另一只手握紧此拳向后连续冲击5次，无法环抱时，将患者

置仰卧位，骑跨在大腿外侧，掌根部胸骨中下部，垂直向下冲击，直至将异物排出。

4. 自救法

(1) 腹部手拳冲击法 患者一手拳置于自己上腹部，相当于脐上两横指，另一手紧握该拳，用力向内、向上作5次快速连续冲击。

(2) 上腹部倾压椅背 患者将上腹部迅速倾压于椅背等硬物上，然后做迅猛向前倾压的动作，以造成人工咳嗽，驱出呼吸道异物。

5. 意识丧失患者解除方法

(1) 救助者立即开始CPR，经反复通气无反应，继续CPR，严格按30:2的按压/通气比例操作。

(2) 如果可看见口腔内异物，可试用手指清除口咽部异物。

(3) 通气时无胸部起伏，注意开放气道，再次尝试通气。

(4) 异物清除困难，通气时无胸部起伏，可考虑环甲膜穿刺或切开术。

(5) 异物清除、开放气道后仍无呼吸，继续人工通气，无脉搏，继续CPR。每2分钟检查脉搏、呼吸、反应。

6. 婴幼儿气道异物梗阻解除方法 婴儿推荐使用背部拍击法或胸部冲击法，1岁以上儿童使用海姆立克急救法或卧位腹部冲击法。

(1) 背部拍击法 将患儿骑跨并俯卧于急救者的胳膊上，头低于躯干手握其下颌固定头部，并将其胳膊放在急救者的大腿上，然后用另一手的掌根部用力拍击患儿两肩胛骨之间的背部4~6次。

(2) 胸部冲击法 患儿取仰卧位，抱持于急救者手臂弯中，头略低于躯干。急救者用两手指按压两乳头连线与胸骨中线交界点下一横指处4~6次。

必要时可与以上方法交替使用，直至异物排出。如患儿失去知觉应立即实施CPR。

转运原则：

当患者出现气道部分阻塞时救助者不宜妨碍患者自行排除异物，应鼓励患者用力咳嗽，并自主呼吸。但救助者应守护在患者身旁，并监视患者的情况，如不能解除，即求救EMSS，当患者出现意识丧失，在CPR过程中启动EMSS。

三十九、临终关怀护理概念、原则和过程

(一) 临终关怀概念、意义以及目标原则

1. 临终关怀的概念

临终关怀一词源于中世纪，又称善终服务、安宁照顾、终末护理、安息护理等。临终关怀(hospice care)是指由社会各层次(护士、医生、社会工作者、志愿者以及政府和慈善团体人士等人员)组成的团队向临终患者及其家属提供的包括生理、心理、和社会等方面在内的一种全面性支持和照料。

2. 临终关怀意义

19世纪以来出现的临终关怀是实现人生临终健康的一种重要方式，也是医学生人道主义精神的具体体现，是贯穿生命末端全程的立体卫生服务项目，享受临床关怀是人的一项基本权利。

(1) 对临终患者的意义 通过对临终患者实施全面照料，使他们生命得到尊重，疾病正在得以控制，生命质量得到提高，使其在临终时能够无痛苦、安宁、舒适地走完人生的最后旅程

(2) 对家属的意义 能够减轻死者家属的精神痛苦，并可以帮助他们接受亲人死亡的现实，顺利渡过居丧期，尽快适应群居式的生活，缩短悲伤过程还可以使家属的权利和尊严得到保护，获得情感支持，保持身心健康。

(3) 对医学的意义 临终关怀是以医学人道主义为出发点，以提高人的生命质量和服务宗旨的医学人道主义精神和，生物、心理、社会医学模式的具体体现，做一个新的医疗服务项目，是对现行医疗服务体系的补充。

(4) 对社会的意义 临终关怀能反映人类文化的时代水平，它是非物质文化中的信仰、价值观、伦理道德、审美意识、宗教、风格、习惯、社会风气等的集中表现，从优生到优死的发展是人类文明的重要标志。

3. 临终关怀护理目标及原则

(1) 临终关怀目标

临终关怀的目标是缓解疼痛和其他痛苦症状；肯定生命并把死亡视为生命的一部分，既不加速也不延缓死亡，提供生理、心理、社会的全面照顾，这是患者积极安详地度过生命的最后一刻，帮助家属渡过悲伤期。

(2) 临终关怀的原则

1) 以家庭为单位的照护 在护理过程中以患者和家属为单位, 并强调患者和家属的参与。

2) 全方位整体照护 强调对患者的全方位的整体照顾, 终末期患者经常存在生理、心理、精神等方面多方面的问题, 因此多学科协作共同解决问题是临终关怀工作中特别强调的。

3) 适度的治疗 有效的控制症状是临终关怀的首要工作。

4) 满足患者及家属需求 临终关怀小组成员应连续评估患者和家属的需求, 并提供帮助。

(二) 临终关怀患者的护理

1. 临终患者的心理反应

临终患者的心理反应包括否认期、愤怒期、协议期、抑郁期及接受期。患者对待诊断和死亡的心理反应个体差异较大, 常常受到年龄、性格、教育程度、信仰以及个人经历的影响, 这 5 个阶段也不一定按照顺序发展, 有时交错, 有时重叠。护理中应注意评估患者的心理反应, 多与之交流, 及时给予心理疏导和支持。

2. 临终患者的健康需求

(1) 有效控制疼痛 疼痛本身及其伴随而来的恐惧感, 使患者身心备受煎熬, 严重影响其生活质量, 几乎所有临终患者宁愿接受旨在让他们感觉舒服的护理而不愿再接受治疗, 护理人员应该把缓解临终患者的疼痛作为临终关怀的护理目标, 注意收集资料, 保证患者服药方法正确以及疼痛缓解情况。

(2) 保证安全舒适 安全是患者的根本需要, 让患者安心, 家属放心就要求医护人员有良好的职业道德、高度责任感、同情心和良好的医疗卫生技术, 多关心、体贴患者, 生活上多照顾, 加强护患交流, 加强基础护理。

(3) 满足求知心理 希望知晓真实病情是患者的权利。对身患绝症患者需采取因人而异, 因人施护的原则。对能承受者在告知病情时, 注意谈话技巧, 用语委婉, 使其面对现实, 对无法承受者协同家属做好保护性措施。

(4) 加强精神支持 晚期患者, 怀有强烈的求生欲望, 希望得到有效救治, 护理人员应及时给予鼓励, 增强患者战胜疾病的信心和毅力, 解决心理痛苦。

(5) 死亡准备教育 个体对死亡的态度受年龄、家庭环境、所接受教育程度、人生经历、宗教信仰和社会背景等的影响, 害怕死亡, 不愿接受疾病的事实,

必然给患者造成极大的精神压力，这就要求护理人员首先能正确对待死亡，加强对生死观的认识，培养自控能力，才能帮助患者从死亡恐惧中解脱出来，当死亡不能避免时坦然处之，有足够的时间精力，处理未尽心愿。

3. 临终患者的常见症状

社区护士是患者的直接照顾者，掌握临终患者常见的症状与护理策略，对保持临终患者的尊严和舒适至关重要。终末期患者常见的症状有头痛、恶心、呕吐、躁动和气促，其他症状还有厌食、疲乏、呼吸困难、便秘、腹泻、尿失禁/潴留、发热、压疮、谵妄、失眠、抑郁等。

4. 临终关怀患者护理

(1) 评估与观察要点。

- 1) 观察临终患者的情绪表现。
- 2) 评估临终患者的心理需要和生活质量。

(2) 操作要点。

- 1) 营造温馨生活氛围
- 2) 有意识、有计划地组织一些娱乐活动。
- 3) 帮助临终患者与周围的亲朋保持联系，鼓励患者与亲友通过电话、信件、E-mail 联系。
- 4) 认真做好生活护理，满足患者的基本生理需要。
- 5) 了解患者的心理需求，对临终患者表达理解和关爱。
- 6) 营造安详和谐的环境让患者和家人倾诉衷肠，有助于家属对患者的心理安慰。
- 7) 倾听临终患者的诉求。
- 8) 满足临终患者文化与信仰方面的需求。

(3) 注意事项

- 1) 尊重患者的隐私。
- 2) 充分认识患者的个性化需求。
- 3) 以不同文化与信仰的患者为中心。
- 4) 将地方文化的信仰、仪式、习惯同医院的医疗救治相结合。
- 5) 从哲学、医学、法律、伦理和宗教的角度认识临终关怀，包括各年龄段对临终与死亡的态度、临终患者的心理状态、对不同年龄临终患者及家属的辅导

技巧以及丧葬礼仪及习俗等。

（三）临终关怀家属的护理

1. 临终关怀家属护理需求

（1）临终关怀家属的一般护理

1) 评估与观察要点。

①观察临终患者家属的情绪表现。

②评估临终患者家属的心理需要、文化背景和信仰。

2) 操作要点。

①告知患者目前状况

②有意识、有计划地告知家属患者情况。

③协助家属帮助临终患者完成遗愿，帮助患者家属接受患者所处状态。

④了解家属的心理需求，认真倾听家属诉求，对临终患者家属表达理解和关爱。

⑤给予家属与患者单独相处的时间，给予家属充足的思想准备时间以及料理患者后事的时间，不留有遗憾。

⑥营造安详和谐的环境让患者和家人倾诉衷肠，有助于家属对患者的心理安慰。

⑦对于急性悲伤期家属，丧亲之后，家属会出现一系列悲伤反应，有的家属悲伤过度，健康状况受到威胁，护理人员要提前预防性的评估家属健康状况，给予安静的环境进行安抚，避免出现家属因悲伤过度导致的身体问题。

⑧满足临终患者家属文化与信仰方面的需求。

3) 注意事项。

①尊重家属的隐私以及信仰。

②充分认识每位家属的个性化需求。

③对于居丧期家属注意心理护理及评估。

④根据不同年龄阶段家属对临终以及死亡的理解不同给予不同护理。

⑤根据不同民族、宗教、风俗、丧葬礼仪等对家属进行辅导。

临终关怀家属护理分为三个阶段，即患者进入临终阶段的家属护理、在患者濒死期阶段的家属护理以及对居丧期家属的护理。

（2）临终关怀家属的特殊护理

1) 患者临终阶段家属的护理

①此阶段护理人员要建立良好的护患关系，为进行有效的沟通奠定基础，及时了解倾听家属对死亡的态度及情绪变化情况，与家属进行有效沟通，此期家属情绪处于不稳定阶段，对其家属提出的问题耐心解答，避免应付了事的态度，减少医疗纠纷的发生。

②在此阶段重视家属预感性悲伤。预感性悲伤是指个人感知到有可能失去对自己有意义有价值的人或事物时，在改变自我概念过程中所出现的理智和情感的反应和行为，实际上这种悲伤从患者诊断了不能治愈的疾病就已经开始了，只是到了患者临终阶段表现尤为严重，这一阶段重点评估家属的悲伤程度，鼓励家属倾诉，适时提供关于疾病的治疗、好转以及持续的病情变化信息，并及时提供心理情绪知识、对于预防和减轻丧亲后的悲伤，顺利度过悲伤期非常重要，向家属表示医护人员将尽力让患者舒适的离开。

2) 患者濒死期家属的护理

①告知家属实际情况 护士应通知家属死亡已经临近，让家属在心理上做好准备，让家属有心理缓冲时间，这样能够减轻患者突然离世时家属悲伤过度而造成身心损害。

②做好告知以及宣教工作 此期应提醒家属通知希望患者临终时在现场的家属以及朋友，尽量不给患者以及生者留有遗憾，指导家属做好必要准备，告知家属医院对患者临终的处理流程以及让家属为患者准备临终物品，尊重患者以及家属的宗教信仰以和习俗。

3) 居丧期家属的护理

① 急性悲伤期家属的护理

丧亲之后，家属会出现系列急性悲伤反应。有的家属由于急性悲伤可能会突然发生晕厥、心脑血管意外等急症，因此，提前评估家属的健康状况是必要的。这时，护士应将处于急性悲伤期的家属安排到安静的房间，陪伴和抚慰是对他们最好支持。并告诉他/她们“我们已经尽力了，您也已经尽力了”，以减轻家属愧疚和自责的感觉。在尸体料理过程中，允许逝者的亲属或朋友参与，尽量遵照他们的习俗和意愿料理。

②帮助家属顺利度过悲伤期 失去亲人后的几天，家属经历着悲伤的痛苦，

痛苦的程度和表达方式各不相同。如反复讲述逝者生前的事情，通过这种方式来表达他/她的悲伤。护士应认真倾听，与他们一同回忆与逝者生前共同经历的事情，并表示理解。有的家属可能会出现一些寻找行为，希望回到熟悉的场所重新体会与逝者共同度过的时光。这时，护士应尽量满足家属的要求，以减轻其悲伤。以后的时间家属会经常感受到分离的痛苦，感到绝望，生活一片空白，没有意义。有的家属试图回避，拼命工作，或借酒消愁、吃药排遣时间，减轻悲伤。事实上这种不良的适应方式带来更严重的后果。有调查资料显示，居丧第一年的家属自杀率明显升高、意外事故、心血管疾病、感染的发生率也增加。另外有 10%-20% 的家属存在临床抑郁，因此对居丧期家属的随访非常重要，组建由临床护理专家、社会工作者，护理服务指导者等为成员护理服务小组，帮助家属处理好居丧事宜，还可以通过参加逝者的葬礼、电话随访，信件，抚慰卡片，方式发放悲伤抚慰的通讯等形式与居丧期家属保持联系，给予恰当的支持和辅导，帮助他们顺利度过正常悲伤期。另外，可以利用各种支持系统，如社工、心理咨询服务组织、悲伤互助小组，这些社会服务网络、QQ、微信平台等可以帮助家属提高应对能力。

（四）死亡教育

死亡教育是引导人们科学、人道地认识死亡，对待死亡，以及利用医学死亡知识服务于医疗实践和社会的教育。大多数患者和家属没有科学的死亡观，对死亡持否认态度，或忌讳谈论死亡，或极度恐惧死亡，导致患者在临终阶段无法接受死亡将至的事实。有的患者对医护人员产生怨恨情绪，有的患者在绝望和恐惧中选择了自杀，有的患者在希望和恐惧的精神痛苦中离开人世，给自己和家属留下遗憾。对临终患者进行死亡教育，让患者对死亡持乐观顺应的态度，帮助他们安详、舒适地离开，是临终关怀的重要内容和任务。

1. 尊重患者的权利

患者有知情权、参与权和选择权。医护人员应了解并尊重患者的权利，特别是患者临终阶段，医护人员应在全面评估的前提下告知病情信息，并尊重患者对临终或濒死阶段的治疗和抢救措施的意见，引导患者正确坦然对待死亡，而不应采取回避或敷衍的态度。

2. 针对不同心理阶段实施死亡教育

临终患者心理变化的五个阶段不一定按照顺序发展，有时交错，有时重叠。护士应准确评估患者对死亡的心理反应，针对不同心理阶段进行死亡教育，适时

给予辅导和支持。

3. 理解患者的死亡观念和言行

死亡的态度受到个人隐私和社会文化因素的影响，医护人员应尊重患者的文化和信仰，理解患者对死亡的态度和观念，使用患者的语言谈“死”，而不应取笑或刻意去纠正患者的说法。

4. 全面评估患者的意愿

很多患者会问这样的问题“我是不是要死了？”有些患者实际上并没有在心理上做好准备接受坏消息，而是希望医护人员的回答是否定的。那么，回答时可以向患者提问题来确认他们是否已经准备好，如“你为什么会这么想？”“你为什么觉得自己要死了？”有的患者能够说出一些理由，而有的患者可能转移话题，这部分患者实际上没有准备好接受坏消息。这时，医护人员不应勉强患者谈论死亡。

5. 根据患者情况告知信息

告知患者的信息内容取决于患者希望知道的信息、患者的实际想法和愿望以及以往应对危机的能力，对于在心理上准备好接受“死亡临近”者一消息的患者，医护人员应运用恰当的沟通技巧，引导他们提出问题，鼓励他们说出死亡的顾虑和担忧，并结合患者的具体情况给予充分的解释。

6. 死亡教育对象应包括家属在内

有些家属自身对死亡有恐惧心理而在患者必思齐疏远患者，有家属认为亲人的死亡应归咎于自己关心不够，有家属执意要求医师抢救而不征求患者的意见，有家属不停地对患者说“你会好起来的”而阻止患者提及死亡。家属这些心理和死亡的想法，指导他们正确面对死亡并克服自身的恐惧，才能够有效支持患者，帮助他们平静安详地离开。如果患者愿意讨论自己死亡相关的问题，家属不要回避，生前预嘱对于患者和家属都有着很重要的意义。在患者濒死期，告诉家属可以坐下来陪伴、触摸、倾诉，表达他们对亲人的爱。允许亲人离开，向患者保证他们离开你后会好好活着，让患者毫无牵挂地离开。

思考题：

1. 临终关怀家属护理分为哪三个阶段？
2. 临终患者有哪些症状？

参考书目

1. 李小寒, 尚少梅. 基础护理学. 第四版. 人民卫生出版社, 2006: 336-350.
2. 李春玉. 社区护理学. 第3版. 人民卫生出版社, 2013: 157-167.

第五节 社区常见慢性非传染性疾病患者的护理和管理

一、高血压

1. 三级预防

(1) 一级预防

高血压的一级预防, 即病因预防, 目标是防止高血压的发生。其任务包括研究各种高血压病因和危险因素, 针对各种病因和危险因素, 采取预防措施, 并针对健康机体, 采取加强环境保护、适宜饮食、适宜体育锻炼, 以增加身心健康。

(2) 二级预防

高血压的二级预防就是对高血压病人的早发现、早诊断、早治疗, 即“三早”预防、临床前预防。其目标是防止初发疾病的发展。任务包括针对高血压症状出现前的那些潜在或隐匿因素, 采用“三早”措施。尤其对高血压高危人群阻止或延缓疾病的发展, 尽早逆转, 恢复健康, 打断其向高血压发展的趋势。

主要方法有三种: 定期的健康体检; “35岁以上人群首诊测血压”制度的建立; 全人群筛查。

(3) 三级预防

高血压的三级预防又称为临床期预防或康复性预防。其目标是防止病情恶化, 防止残疾。任务是定期开展规范的高血压患者随访, 采取多学科综合诊断和治疗, 正确选择合理诊疗方案, 尽力恢复功能, 促进康复, 延年益寿, 提高生活质量。

2. 社区管理

血压水平与心血管病发病率呈连续性相关, 许多与高血压有关的疾病不仅取决于血压水平, 还取决于同时存在的危险因素的数量和程度, 所以在社区管理中应对患者采取如下措施:

1) 减轻食盐摄入量 食盐摄入量中位数如果降低到 70mmol/d, 血压水平期望下降值为 2.2mmHg, 且在年龄较大或老年人及基线血压较高的人降压得尤多。

2) 控制体重 多项研究均显示随平均体重的下降, 相应的收缩压、舒张压分别降低, 建议体质指数控制在 24 以下。减重对健康的利益是巨大的, 如在人群中平均体重下降 5kg, 高血压患者体重减少 10%, 则可使胰岛素抵抗、糖尿病、血脂紊乱和左心室肥厚改善。减重的方法一方面是减少总热量的摄入, 强调少脂肪病限制过多碳水化合物的摄入, 另一方面需增加体育锻炼, 如跑步、太极拳、健美操等。

3) 增强体力活动 根据有关体力活动和高血压关系的研究表明, 经过体力活动高血压患者的收缩压和舒张压分别下降 10mmHg 和 8mmHg。持续低强度的运动比高强度的运动度使血压下降更为明显。空闲时间的体力活动与降低血压明显相关, 家务活动和体力工作不能代替锻炼。

4) 减少酒精摄入 尽管有证据表明非常少量的饮酒可能减少冠心病的发病危险, 但是饮酒和血压水平以及高血压患病率之间却呈线性关系, 因此不提倡用少量饮酒预防冠心病, 提倡高血压患者应戒酒, 因饮酒可增加服用抗血压药物的抗性。建议男性如饮酒, 每日饮酒的酒精量应少于 20~30g, 女性则应少于 10~15g。

5) 补钾和钙 MRFIT (多种危险因子干预实验) 资料表明钾与血压呈明显负相关, 这一相关在 INTERSALT 研究中被证实, 中国膳食低钾和钙, 应增加含钾和多含钙高的食物, 如绿叶菜、鲜奶、豆制品等。

6) 多吃蔬菜和水果 研究证明增加蔬菜或水果的摄入, 减少脂肪摄入可是收缩压和舒张压有所下降。素食者比肉食者有较低的血压, 可能基于水果、蔬菜、食物纤维和低脂肪的综合作用。

7) 膳食脂肪, 补充适量蛋白质 有流行病学资料显示, 即使不减少膳食中的钠和不减重, 如能将膳食脂肪控制在总热量的 25% 以下, 连续 40 天可是男性收缩压和舒张压下降 12%, 女性下降 5%。

8) 减轻精神压力, 保持心理平衡 长期精神压力和心情抑郁是引起高血压和其他一下慢性病的重要原因之一, 对于高血压患者, 这种精神状态常使他们较少采用健康的生活方式, 如酗酒、吸烟等, 并降低高血压治疗的顺应性。

9) 戒烟 对高血压患者来说戒烟是非常重要的, 虽然尼古丁只使血压一过

性增高，但它能降低服药的顺应性并增加降压药物的剂量。

二、糖尿病

1. 三级预防

(1) 一级预防

通过改变已知糖尿病危险因素的生活方式与环境因素，对将来可能发展成为糖尿病的特殊高位个体采取针对性的措施，减少糖尿病发病。主要方法有：

1) 健康教育 对公众开展健康教育和健康促进，提高全社会对糖尿病危害的认识，以改变人群不良的生活方式。

2) 控制肥胖和超重 肥胖和超重是糖尿病肯定的危险因素。肥胖者，尤其是高血压肥胖者，减轻体重就能较少糖尿病的发生。肥胖者应严格限制摄入高糖和高脂肪的食物，多摄入富含纤维素和维生素的蔬菜和水果，防止能量的过分摄取。

3) 适当的体育锻炼和体力活动 经常性的参加适当的体育活动那个可以减轻体重，增强心血管功能，从而预防糖尿病及其并发症。

4) 合理膳食 提倡合理膳食首先要调节饮食，避免能量的过多摄入。可用复杂的碳水化合物代替容易吸收的碳水化合物。膳食纤维有益于控制血糖，改善脂蛋白构成，因此富含纤维素的天然食物，如谷类、水果、蔬菜应该是首选。减少饱和脂肪酸的摄入。提倡低脂肪高碳水化合物的膳食结构，碳水化合物可占总热量身軀的 50~60%，限制脂肪摄入到总热量的 30%以下，其中饱和脂肪酸，多不饱和脂肪酸和不饱和脂肪酸的比例为 1:1:1。

5) 避免或谨慎使用有值糖尿病作用的药物

6) 戒烟、限酒

7) 预防病毒感染

(2) 二级预防

识别无症状个体，及早进行干预治疗。主要措施是在建立“35 岁以上人群首诊测血糖”制度；在高危人群中筛查糖尿病和糖耐量减低者。

(3) 三级预防

对已发生并发症的患者采取对症治疗、预防病情恶化、防止伤残和加强康复等措施，以降低糖尿病的死亡率、病死率，提高患者的生活质量。

2. 社区管理

在社区管理中，应对糖尿病患者的量化治疗的方式开展管理工作，量化治疗包括：

- (1) 量化教育和心理治疗；
- (2) 量化饮食治疗；
- (3) 量化运动质量；
- (4) 合理用药；
- (5) 量化监测。

三、冠心病

1. 三级预防

(1) 一级预防

就是在人群中开展病因预防，通过采取综合措施，如一般的健康促进，适量运动，合理膳食等，使人群中的已存在的危险因素水平不超过正常上限，或疾病处于亚临床阶段而未发生明显症状时，减缓病变进展过程，推迟或防止临床症状的发生。

(2) 二级预防

针对冠心病个体的“三早”预防，即早发现、早诊断、早治疗。及时采取药物和非药物的治疗，防止疾病加重并争取其逆转。

(3) 三级预防

是指对已发生并发症的患者，及时治疗，防止其恶化，延长病人的寿命。主要针对患有急性心肌梗死或严重心率失常的病人进行抢救和治疗。

2. 社区管理

在社区对冠心病病人进行管理时，应完成以下工作：

(1) 降低血压

降压的目标是以最小的副作用降低心血管病的发病率和死亡率。高血压最

优治疗研究（HOT）结果显示，收缩压为 139mmHg，舒张压 83mmHg 是最佳血压水平，因此将血压控制在 140/80mmHg 以下能够最大限度地降心血管病的危险。控制血压的主要措施有：1) 减重；2) 合理膳食，减少钠盐、脂肪的摄入；3) 限制饮酒；4) 增加体力活动；5) 减轻精神压力；6) 戒烟。

(2)降低血脂

今年来进行的降血脂实验均证实，通过药物和饮食调节防范降低低密度脂蛋白胆固醇，能够降低心肌梗死的发生，总的死亡率也会降低，这在冠心病患者中尤为明显，而且治疗前低密度脂蛋白胆固醇水平越高，疗效越好。

(3)控制血糖

(4)改善生活方式

指导对象把体育锻炼和日常饮食调节结合起来，强调一些生活方式的改进需要终身保持。关键是降低能量摄入，严格限制酒精、油脂类和糖类摄入。

(5)戒烟

四、脑卒中

1. 三级预防

(1)一级预防

脑卒中中的一级预防是防止并减少各种危险因素的发生，增加自身抵抗力、降低感受性，以健康教育和健康促进为主要手段，最终以降低发病率为目的，主要的方法是改变不良的生活方式。

(2)二级预防

及时发现存在的危险因素，采取有效的措施加以控制，将疾病的发展控制在最小范围内。

主要方法有：对高危人群进行筛查（高危人群包括有高血压、高血脂、糖尿病、心脏病、肥胖症的病人）；定期进行健康体检；采取有效的治疗措施，如降低血压、降低胆固醇、抗血小板治疗、抗凝治疗等；TIA 的及时发现和就诊。

(3)三级预防

脑卒中是人类最常见的三大致死疾病之一，且幸存者中多有不同程度的残

疾。同时，第一次脑卒中后一年内，再发卒中的危险是普通人群的 16 倍，且首次发作后，20%~40%的病例会在 5 年内复发。

针对脑卒中病程长、致残率高且易复发的特点，必须加强对病人的规范化治疗和康复指导，尽可能地防止复发及并发症的发生。

2. 社区管理

在脑卒中患者的社区管理中，应做到以下几点：

(1) 积极预防高血压的发生；

(2) 合理膳食 合理的膳食结构，保持血胆固醇在正常范围内是预防脑卒中，防止病从口入的重要措施。

(3) 戒烟、限酒

(4) 坚持适量的有氧运动 长期坚持适度的有氧运动可以提高血中有益健康的高密度脂蛋白胆固醇水平，它可以清除血管壁沉积的胆固醇，防止血管的狭窄、堵塞，并能增强心肺功能，减少疾病的发生。

(5) 平衡心理，规律生活

五、慢性阻塞性肺部疾病（COPD）

1. 三级预防

(1) 一级预防

主要针对 COPD 发病的病因及危险因素采取措施，如针对吸烟是 COPD 的重要危险因素开展禁烟和戒烟活动，针对大气污染情况进行环境综合治理等。

(2) 二级预防

COPD 的二级预防就是“三早”预防，即早发现、早诊断、早治疗，主要任务是防治和延缓 COPD 的进展，如 COPD 患者在出现症状之前相当长一段时间内处于无症状期，病人如能在此期间早期检出和处理，则有可能使其病情逆转

(3) 三级预防

三级预防即为临床预防，主要任务是对症治疗，预防并发症发生与伤残，开展康复工作等，即对确诊为有症状的 COPD，应及时采取有效治疗及护理措施，可以延缓患者病情进展及并发症的发生，减轻症状，提高其生活质量。

2. 社区管理

在 COPD 的社区管理中，应做好以下工作：

1) 做好健康促进和健康教育工作

针对 COPD 患者及家属进行系统的健康教育，使其了解 COPD 病程的长期性、危害性，以及进行长期防治的必要性、可行性，争取患者及其家庭对工作的理解、配合及支持。

2) 规范化管理和治疗

对确诊的 COPD 患者要进行长期系统的管理，包括登记确诊病人、为病人建立完整的病例及随访记录，长期监测病人肺功能进展情况等。

3) 戒烟

戒烟减少吸烟者气道痰液分泌量，并使 FEV₁ 获得改善，有利于改善病人的症状及缓解并发症。应当反复向患者进行健康教育并鼓励采用多种措施戒烟，增强其戒烟和康复的信心。

4) 康复锻炼

制定康复计划，组织缓解期 COPD 患者进行康复锻炼，尤其是早期阶段进行锻炼的效果会更好。内容包括：全身运动（慢速步行、太极拳、气功、呼吸操等）、呼吸肌训练、缩唇呼吸等。进行腹式呼吸训练，缩唇深呼吸，科加强病人呼吸肌的功能，增加膈肌的活动能力。

5) 家庭氧疗

对于严重低氧者可进行长期家庭氧疗，每天保证 12~15 小时的给氧能延长病人寿命，若能达到每天 24 小时的持续氧疗，效果更好。

6) 避免呼吸道感染

嘱咐病人注意个人卫生，注意保暖、避免受凉、预防感冒；避免接受烟雾剂环境污染物的刺激，减少气道痰液分泌量；为预防感染，可每年秋季接种一次肺炎疫苗及流感疫苗等。

参考文献

1. 顾秀英, 胡一河. 慢性非传染性疾病预防与控制. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2003. 4

2. 中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心. 全国慢病社区综合防治示范点高血压防治方案.

3. 中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心. 全国慢病社区综合防治示范点糖尿病防治方案.

第三章 社区护理相关技能

第一节 患者评估技术

一、测量体温、脉搏、呼吸、血压

(一) 体温

1. 正常体温及生理变化

机体温度分为体核温度和体表温度。体温 (body temperature)，也称体核温度 (core temperature)，指身体内部胸腔、腹腔和中枢神经的温度，具有相对稳定且较皮肤温度高的特点。皮肤温度也称体表温度 (shell temperature)，指皮肤表面的温度，可受环境温度和衣着情况的影响且低于体核温度。医学上所说的体温是指机体深部的平均温度，体温的相对恒定是机体新陈代谢和生命活动正常进行的必要条件。

2. 体温的形成

体温是由三大营养物质糖、脂肪、蛋白质氧化分解而产生。三大营养物质在体内氧化时释放能量，其总能量的 50%以上迅速转化为热能，以维持体温，并不断地散发到体外；其余不足 50%的能量贮存于三磷酸腺苷 (ATP) 内，供机体利用，最终仍转化为热能散发到体外。

3. 产热与散热

(1) 产热过程 机体的产热过程是细胞新陈代谢的过程。人体以化学方式产热。人体主要的产热部位是肝脏和骨骼肌。产热方式为战栗产热和非战栗产热 (也称代谢产热)，成年人以战栗产热为主，而非战栗产热对新生儿尤为重要。体液因素和神经因素参与产热调节过程。

(2) 散热过程 人体以物理方式散热。人体最主要的散热部位是皮肤，呼吸、排尿、排粪也能散发部分热量。人体的散热方式有辐射、传导、对流和蒸发四种。

1) 辐射 (radiation): 指热由一个物体表面通过电磁波的形式传至另一个与它不接触物体表面的一种方式。它是人体安静状态下处于气温较低环境中主要的散热形式。辐射散热量同皮肤与外界环境的温差及机体有效辐射面积等有关。

2) 传导 (conduction): 指机体的热量直接传给同它接触的温度较低的物体的一种散热方式。传导散热量与物体接触面积、温差大小及导热性有关。由于水的导热性能好，临床上常采用的冰袋、冰帽、冰(凉)水湿敷为高热患者物理降温，就是利用传导散热的原理。

3) 对流 (convection): 对流是传导散热的一种特殊形式，是指通过气体或液体的流动来交换热量的一种散热方式。对流散热受气体或液体流动速度、温差大小的影响，它们之间成正比关系。

4) 蒸发 (evaporation): 水分由液态转变为气态，同时带走大量热量(1克水蒸发可带走 2.43kJ 的热量)的一种散热方式。蒸发散热的量受环境温度和湿度的影响。蒸发散热可有不感蒸发(不显汗)、发汗两种形式。临床上对高热患者采用乙醇拭浴方法，通过乙醇的蒸发，起到降温作用。

当外界温度低于人体皮肤温度时，机体大部分热量可通过辐射、传导、对流等方式散热，当外界温度等于或高于人体皮肤温度时，蒸发就成为人体唯一的散热形式。

4. 体温的调节

人体的体温是相对恒定的，维持体温相对恒定依赖于自主性(生理性)体温调节和行为性体温调节两种方式。前者是在下丘脑体温调节中枢控制下，机体受内、外环境温度刺激，通过一系列生理反应，调节机体的产热和散热，使体温保持相对恒定的体温调节方式。后者是人类有意识的行为活动，通过机体在不同环境中的姿势和行为改变而达到调节体温的目的。因此，行为性体温调节是以自主性体温调节为基础，是对自主性体温调节的补充。

通常意义上的体温调节是指自主性体温调节，其方式是：

(1) 温度感受器

1) 外周温度感受器: 为游离神经末梢, 分布于皮肤、黏膜、内脏中, 包括冷感受器和热感受器, 它们分别可将冷或热的信息传向中枢。

2) 中枢温度感受器: 指存在于中枢神经系统内的对温度变化敏感的神经元。分布于下丘脑、脑干网状结构、脊髓等部位, 包括热敏神经元和冷敏神经元, 可将热或冷的刺激传入中枢。

(2) 体温调节中枢 体温调节的基本中枢位于下丘脑。视前区-下丘脑前部 (PO/AH) 是体温调节中枢整合的关键部位。来自各方面的温度变化信息在下丘脑得到整合后, 分别通过交感神经系统控制皮肤血管舒缩反应或汗腺的分泌, 影响散热过程; 通过躯体运动神经改变骨骼肌的活动 (如战栗、肌紧张) 及通过甲状腺和肾上腺髓质分泌活动的改变影响产热过程, 从而维持体温的相对恒定。

5. 体温的生理变化

(1) 正常体温 由于体核温度不易测试, 临床上常以口腔、直肠、腋窝等处的温度来代表体温。在三种测量方法中, 直肠温度最接近于人体深部温度, 而日常工作中, 采用口腔、腋下温度测量更为常见、方便。正常体温的范围见表 3-1。

表 3-1 成人体温平均值及正常范围

| 部位 | 平均温度 | 正常范围 |
|----|-----------------|---------------------------|
| 口温 | 37.0°C (98.6°F) | 36.3~37.2°C (97.3~99.0°F) |
| 肛温 | 37.5°C (99.5°F) | 36.5~37.7°C (97.7~99.9°F) |
| 腋温 | 36.5°C (97.7°F) | 36.0~37.0°C (96.8~98.6°F) |

温度可用摄氏温度 (°C) 和华氏温度 (°F) 来表示。摄氏温度与华氏温度的换算公式为:

$$^{\circ}\text{F} = ^{\circ}\text{C} \times 9/5 + 32$$

$$^{\circ}\text{C} = (^{\circ}\text{F} - 32) \times 5/9$$

(2) 生理变化 体温可随昼夜、年龄、性别、活动、药物等出现生理性变化, 但其变化的范围很小, 一般不超过 0.5~1.0°C。

1) 昼夜: 正常人体温在 24 小时内呈周期性波动, 清晨 2~6 时最低, 午后 1~6 时最高。体温的这种昼夜周期性波动称为昼夜节律, 与下丘脑的生物钟功能有关, 是由内在的生物节律决定的。

2) 年龄: 由于基础代谢水平的不同, 各年龄段的体温也不同。儿童、青少年的体温高于成年人, 而老年人的体温低于青、壮年。新生儿尤其是早产儿, 由于体温调节功能尚未发育完善, 调节功能差, 因而其体温易受环境温度的影响而变化, 因此对新生儿应加强护理, 做好防寒保暖措施。

3) 性别: 成年女性的体温平均比男性高 0.3°C , 可能与女性皮下脂肪层较厚, 散热减少有关。女性的基础体温随月经周期呈规律性的变化, 在排卵前体温较低, 排卵日最低, 排卵后体温升高, 这与体内孕激素水平周期性变化有关, 孕激素具有升高体温的作用, 因此在临床上可通过连续测量基础体温了解月经周期中是否有排卵和确定排卵日期。

4) 肌肉活动: 剧烈肌肉活动(劳动或运动)可使骨骼肌紧张并强烈收缩, 产热增加, 导致体温升高。临床上测量体温应在患者安静状态下测量, 小儿测温时应防止哭闹。

5) 药物: 麻醉药物可抑制体温调节中枢或影响传入路径的活动并能扩张血管, 增加散热, 降低机体对寒冷环境的适应能力。因此对手术患者术中、术后应注意保暖。

此外, 情绪激动、紧张、进食、环境温度的变化等都会对体温产生影响, 在测量体温时, 应加以考虑。

6. 异常体温

(1) 体温过高

1) 定义 体温过高(hyperthermia)指机体体温升高超过正常范围。

病理性体温过高包括发热和过热。发热(fever)指机体在致热原作用下, 使体温调节中枢的调定点上移而引起的调节性体温升高。发热可分为感染性发热和非感染性发热两大类。感染性发热较多见, 主要由病原体引起; 非感染性发热由病原体以外的各种物质引起, 目前越来越引起人们的重视。过热指调定点并未发生移动, 而是由于体温调节障碍、散热障碍、产热器官功能异常等, 体温调节机构不能将体温控制在与调定点相适应的水平上, 是被动性体温升高。

一般而言, 当腋下温度超过 37°C 或口腔温度超过 37.3°C , 一昼夜体温波动在 1°C 以上可称为发热。

2) 临床分级 以口腔温度为例, 发热程度可划分为:

低热 37.3~38.0℃ (99.1~100.4°F)

中等热 38.1~39.0℃ (100.6~102.2°F)

高热 39.1~41.0℃ (102.4~105.8°F)

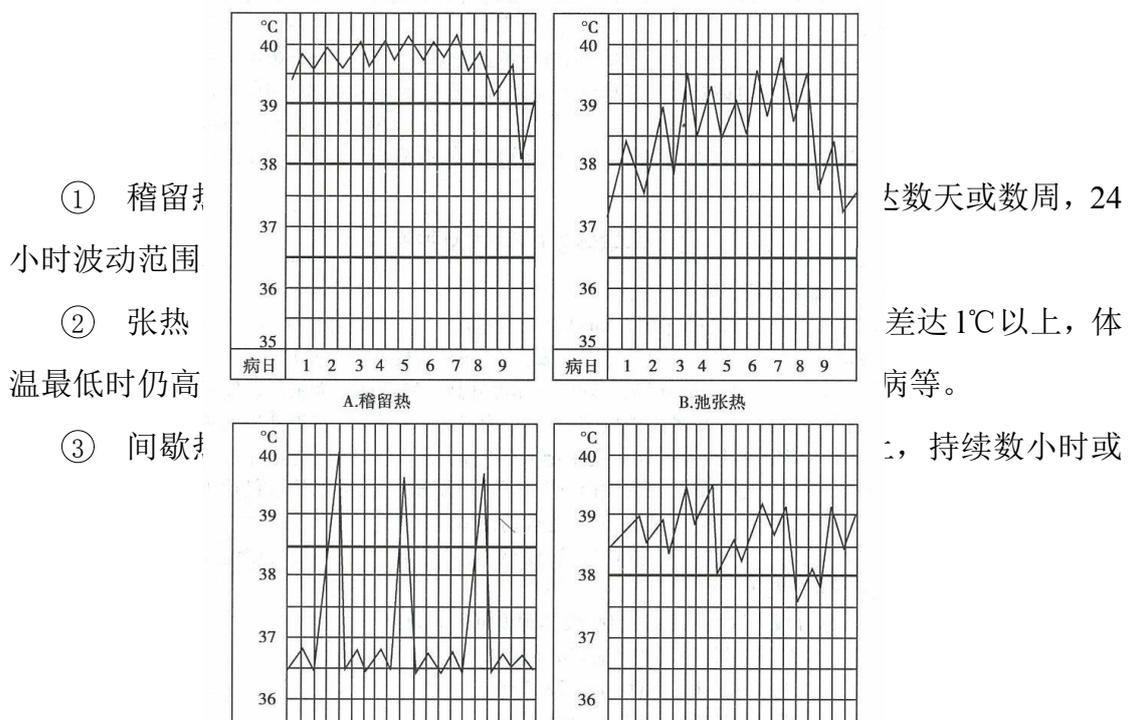
超高热 41℃以上 (105.8°F以上)

3) 发热过程及表现 一般发热过程包括三个时期：①体温上升期：此期特点是产热大于散热。主要表现为疲乏无力、皮肤苍白、干燥无汗、畏寒，甚至寒战。体温上升可有骤升和渐升两种方式，骤升是指体温突然升高，在数小时内升至高峰，常见于肺炎球菌肺炎、疟疾等。渐升是指体温逐渐上升，数日内达高峰，常见于伤寒等；②高热持续期：此期特点是产热和散热在较高水平趋于平衡。主要表现为面色潮红、皮肤灼热、口唇干燥、呼吸脉搏加快、头痛头晕、食欲下降、全身不适、软弱无力；③退热期：此期特点是散热大于产热，体温恢复至正常水平。主要表现为大量出汗、皮肤潮湿。体温下降可有骤退和渐退两种方式，骤退常见于肺炎球菌肺炎、疟疾，渐退常见于伤寒等。体温骤退者由于大量出汗，体液大量丧失，易出现血压下降、脉搏细速、四肢厥冷等虚脱或休克现象，护理中应加强观察。

4) 常见热型 各种体温曲线的形态称为热型 (fever type)。某些发热性疾病具有独特的热型，加强观察有助于对疾病的诊断。但须注意，由于目前抗生素的广泛使用 (甚至滥用) 或由于应用 (包括不适当使用) 解热药、肾上腺皮质激素等，使热型变得不典型。常见热型有以下四种 (图 3-1)。

图 3-1 常见热型

A. 稽留热 B. 弛张热 C. 间歇热 D. 不规则热



更长，然后下降至正常或正常以下，经过一个间歇，体温又升高，并反复发作，即高热期和无热期交替出现。常见于疟疾等。

④ 不规则热 (irregular fever): 发热无一定规律，且持续时间不定。常见于流行性感冒、癌性发热等。

(2) 体温过低

1) 定义 体温过低 (hypothermia) 指体温低于正常范围。

2) 原因: ①散热过多 长时间暴露在低温环境中，使机体散热过多、过快；在寒冷环境中大量饮酒，使血管过度扩张热量散失；②产热减少: 重度营养不良、极度衰竭，使机体产热减少；③体温调节中枢受损: 中枢神经系统功能不良，如颅脑外伤、脊髓受损；药物中毒，如麻醉剂、镇静剂；重症疾病，如败血症、大出血等。

3) 临床分级

轻度: 32.1~35.0℃ (89.8~95.0°F)

中度: 30.0~32.0℃ (86.0~89.6°F)

重度: <30.0℃ (86.0°F)瞳孔散大，对光反射消失。

致死温度: 23.0~25.0℃ (73.4~77.0°F)

4) 临床表现 发抖，血压降低，心跳、呼吸减慢，皮肤苍白冰冷，躁动不安，嗜睡，意识障碍，甚至出现昏迷。

7. 体温的测量

(1) 体温计的消毒与检查

1) 体温计的消毒 对测量体温后的体温计应消毒，防止引起交叉感染。

方法: ①水银体温计消毒法: 将使用后的体温计放入盛有消毒液的容器中浸泡，5分钟后取出，清水冲洗，用离心机将体温计的水银柱甩至35℃以下，再放入另一消毒容器中浸泡30分钟，取出后用冷开水冲洗，擦干后放入清洁容器中备用。注意口表、肛表、腋表应分别消毒和存放；②电子体温计消毒法: 仅消毒电子感温探头部分，消毒方法应根据制作材料的性质选用不同的消毒方法，如浸泡、熏蒸等。

2) 体温计的检查 在使用新体温计前或定期消毒体温计后，应对体温计进行检查，保证其准确性。

方法：将全部体温计的水银柱甩至 35℃ 以下；于同一时间放入已测好的 40℃ 以下的水中，3 分钟后取出检查；若误差在 0.2℃ 以上、玻璃管有裂痕、水银柱自行下降，则不能使用；合格体温计用纱布擦干，放入清洁容器内备用。

（2）体温测量的方法

【目的】

- 1) 测量、记录病人体温有无异常。
- 2) 监测体温变化，分析热型及伴随症状。
- 3) 协助诊断，为预防、治疗、康复和护理提供依据。

【操作前准备】

1) 评估患者并解释：①评估患者的年龄、病情、意识、治疗情况、心理状态，向患者解释测量体温的目的，取得患者的配合；②评估患者适宜的测温方法，询问患者半小时前是否进食、冷热敷等影响生命体征的情况，检查腋窝、手腕部皮肤，活动上肢选择测量部位，是否需如厕；③向患者及家属解释体温测量的目的、方法、注意事项及配合要点。

2) 护士准备：仪表端庄，着装整洁，佩戴胸牌，修剪指甲，洗手，戴口罩。

3) 用物准备：①治疗车、治疗盘（内备容器 2 个，一个放消毒体温计，另一个放测量后的体温计）、垃圾桶、利器盒、含消毒液纱布、带秒针表、记录本、笔；②若测肛温，另备润滑油、棉签、卫生纸。

4) 环境准备：室温适宜、光线充足、环境安静。

【操作步骤】

操作步骤 详见表（3-3-1）

表 3-3-1 测量体温操作步骤

| 步 骤 | 要点与说明 |
|---|------------------------------------|
| 1. 核对 携用物至患者床旁，核对患者床号、姓名 | • 清点、检查体温计（无破损、水银柱在 35℃ 以下） |
| 2. 测量 选择测量体温的方法 | |
| ▲ 口温 | • 测量方法方便 |
| （1）部位：口表水银端斜放于舌下热窝（heat pocket，图 3-3-1） | • 舌下热窝是口腔中温度最高的部位，在舌系带两侧，左右各一，由舌动脉 |

供血

(2) 方法：闭口勿咬，用鼻呼吸

• 避免体温计被咬碎，造成损伤

(3) 时间：3 分钟

• 获得正确的测量结果

▲腋温

• 测量方法安全，用于婴儿或其他无法测量口温者

(1) 部位：体温计水银端放于腋窝正中

(2) 方法：擦干汗液，体温计紧贴皮肤，屈臂过胸，夹紧（图 3-3-2）

• 形成人工体腔，保证测量准确性；腋下出汗，导致散热增加，影响所测体温的准确性

(3) 时间：10 分钟

• 不能合作者，应协助完成

• 需较长时间，才能使腋下人工体腔内的温度接近机体内部的温度

▲肛温

• 测量方法准确但不方便，用于婴儿、幼儿、昏迷、精神异常者

(1) 体位：侧卧、俯卧、屈膝仰卧位，暴露测温部位

• 便于测量

(2) 方法：润滑肛表水银端，插入肛门 3~4cm；婴幼儿可取仰卧位，护士一手握住患儿双踝，提起双腿；另一手将已润滑的肛表插入肛门（婴儿 1.25cm，幼儿 2.5cm，图 3-3-3）并握住肛表用手掌根部和手指将双臀轻轻捏拢，固定

• 便于插入，避免擦伤或损伤肛门及直肠黏膜

(3) 时间：3 分钟

3. 取表 取出体温计，用消毒纱布擦拭

• 若测肛温，用卫生纸擦净患者肛门处

4. 读数

• 评估体温是否正常，若与病情不符应重新测量，有异常及时处理

- | | | |
|-------|----------------|---------------|
| 5. 记录 | | • 将体温值记录在记录本上 |
| 6. 协助 | 协助患者穿衣、裤，取舒适体位 | • 工作的完整性 |
| 7. 消毒 | 体温计消毒 | • 备用 |
| 8. 绘制 | 洗手后绘制体温单 | |

图 3-3-1 舌下热窝

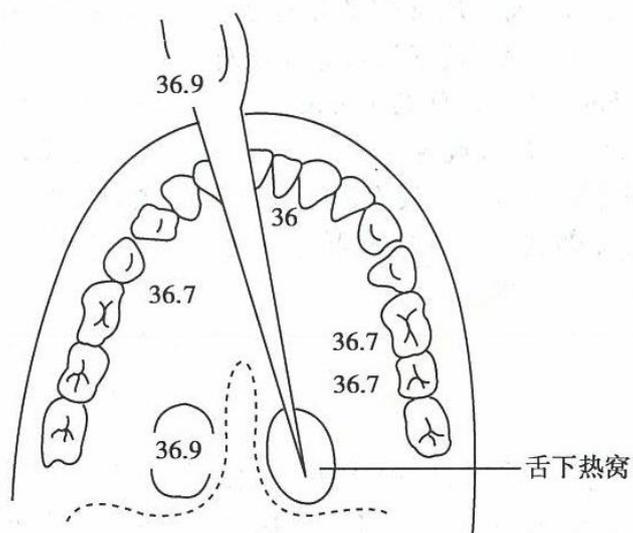
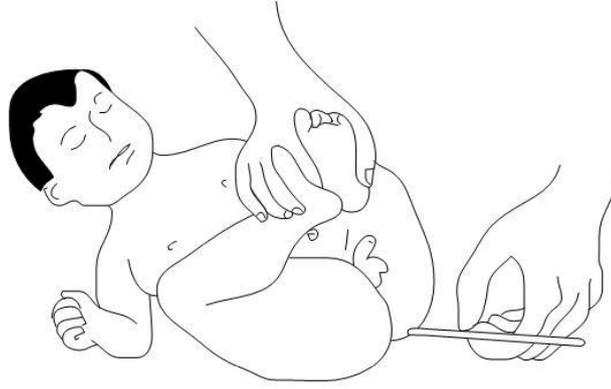


图 3-3-2 腋温测量法





【注意事项】

1) 婴幼儿、精神异常、昏迷、口腔疾患、口鼻手术、张口呼吸者禁忌口温测量。腋下有创伤、手术、炎症，腋下出汗较多者，肩关节受伤或消瘦夹不紧体温计者禁忌腋温测量。直肠或肛门手术、腹泻、禁忌肛温测量；心肌梗死患者不宜测肛温，以免刺激肛门引起迷走神经反射，导致心动过缓。

2) 婴幼儿、危重患者、躁动患者，应设专人守护，防止意外。

3) 测口温时，若患者不慎咬破体温计时，首先应及时清除玻璃碎屑，以免损伤唇、舌、口腔、食管、胃肠道黏膜，再口服蛋清或牛奶，以延缓汞的吸收。若病情允许，可食用粗纤维食物，加速汞的排出。

4) 避免影响体温测量的各种因素。如运动、进食、冷热饮、冷热敷、洗澡、坐浴、灌肠等。

【健康教育】

1) 向患者及家属解释体温监测的重要性，学会正确测量体温的方法，以保证测量结果的准确性。

2) 介绍体温的正常值及测量过程中的注意事项。

3) 教会对体温的动态观察，提供体温过高、体温过低的护理指导，增强自我护理能力。

(二) 脉搏

1. 脉搏的定义及产生

在每个心动周期中，由于心脏的收缩和舒张，动脉内的压力和容积也发生周期性的变化，导致动脉管壁产生有节律的搏动，称为动脉脉搏（arterial pulse），简称脉搏（pulse）。

心脏窦房结的自律细胞发出兴奋冲动，传至心脏各部，致使心脏收缩。当心脏收缩时，左心室将血射入主动脉，由于弹性贮器血管及外周阻力的作用，动脉管壁随之扩张。当心脏舒张时，动脉管壁弹性回缩。这种动脉管壁随着心脏的舒缩而出现周期性的起伏搏动形成动脉脉搏。

2. 脉搏的生理变化

(1) 脉率 (pulse rate) 指每分钟脉搏搏动的次数 (频率)。正常成人在安静状态下脉率为 60~100 次/分。脉率受诸多因素影响而引起变化。

1) 年龄：脉率随年龄的增长而逐渐减低，到老年时轻度增加，见表 3-3-2。

表 3-3-2 脉率的正常范围与平均脉率

| 年龄 | 正常范围 (次/分) | | 平均脉率 (次/分) | |
|---------|------------|--------|------------|----|
| | 男 | 女 | 男 | 女 |
| 出生~1 个月 | 70~170 | | 120 | |
| 1~12 个月 | 80~160 | | 120 | |
| 1~3 岁 | 80~120 | | 100 | |
| 3~6 岁 | 75~115 | | 100 | |
| 6~12 岁 | 70~110 | | 90 | |
| 12~14 岁 | 65~105 | 70~110 | 85 | 90 |
| 14~16 岁 | 60~100 | 65~105 | 80 | 85 |
| 16~18 岁 | 55~95 | 60~100 | 75 | 80 |
| 18~65 岁 | 60~100 | | 72 | |
| 65 岁以上 | 70~100 | | 75 | |

2) 性别：女性脉率比男性稍快，通常相差 5 次/分。

3) 体型：身材细高者常比矮壮者的脉率慢。因体表面积越大，脉搏越慢。

4) 活动、情绪：运动、兴奋、恐惧、愤怒、焦虑使脉率增快；休息、睡眠则使脉率减慢。

5) 饮食、药物：进食、使用兴奋剂、浓茶或咖啡能使脉率增快；禁食、使用镇静剂、洋地黄类药物能使脉率减慢。

正常情况下，脉率和心率是一致的，脉率是心率的指示，当脉率微弱得难以

测定时，应测心率。

(2) 脉律 (pulse rhythm) 指脉搏的节律性。它反映了左心室的收缩情况，正常脉律跳动均匀规则，间隔时间相等。但正常小儿、青年和一部分成年人中，可出现吸气时增快，呼气时减慢，称为窦性心律不齐，一般无临床意义。

(3) 脉搏的强弱 它是触诊时血液流经血管的一种感觉。正常情况下每搏强弱相同。脉搏的强弱取决于动脉充盈度和周围血管的阻力，既与心搏量和脉压大小有关，也与动脉壁的弹性有关。

(4) 动脉壁的情况 触诊时可感觉到的动脉壁性质。正常动脉管壁光滑、柔软、富有弹性。

3. 异常脉搏

(1) 脉率异常

1) 心动过速 (tachycardia): 成人脉率超过 100 次/分，称为心动过速 (速脉)。常见于发热、甲状腺功能亢进、心力衰竭、血容量不足等，它是机体的一种代偿机制，以增加心排量、满足机体新陈代谢的需要。一般体温每升高 1℃，成人脉率约增加 10 次/分，儿童则增加 15 次/分。

2) 心动过缓 (bradycardia): 成人脉率少于 60 次/分，称为心动过缓 (缓脉)。常见于颅内压增高、房室传导阻滞、甲状腺功能减退、阻塞性黄疸等。

(2) 节律异常

1) 间歇脉 (intermittent pulse): 在一系列正常规则的脉搏中，出现一次提前而较弱的脉搏，其后有一较正常延长的间歇 (代偿间歇)，称间歇脉。如每隔一个或两个正常搏动后出现一次期前收缩，则前者称二联律 (bigeminy)，后者称三联律 (trigeminy)。常见于各种器质性心脏病，正常人在过度疲劳、精神兴奋、体位改变时偶尔也会出现间歇脉。发生机制是心脏异位起搏点过早地发生冲动而引起的心脏搏动提早出现。

2) 脉搏短绌 (pulse deficit): 在同一单位时间内脉率少于心率，称为脉搏短绌，简称绌脉。其特点是心律完全不规则，心率快慢不一，心音强弱不等。发生机制是由于心肌收缩力强弱不等，有些心排出量少的搏动可发生心音，但不能引起周围血管的搏动，造成脉率低于心率。常见于心房纤颤的患者。绌脉越多，心律失常越严重，病情好转，绌脉可以消失。

(3) 强弱异常

1) 洪脉 (bounding pulse): 当心排出量增加, 周围动脉阻力较小, 动脉充盈度和脉压较大时, 则脉搏强而大, 称为洪脉。常见于高热、甲状腺功能亢进、主动脉瓣关闭不全等。

2) 细脉 (small pulse) 或丝脉 (thready pulse): 当心排出量减少, 周围动脉阻力较大, 动脉充盈度降低时, 则脉搏弱而小, 扪之如细丝, 称细脉。常见于心功能不全、大出血、休克、主动脉瓣狭窄等。

3) 交替脉 (alternating pulses): 指节律正常, 而强弱交替出现的脉搏。主要由于心室收缩强弱交替出现而引起。为心肌损害的一种表现, 常见于高血压心脏病、冠状动脉粥样硬化性心脏病等。

4) 水冲脉 (water hammer pulse): 脉搏骤起骤降, 急促而有力。主要由于收缩压偏高, 舒张压偏低使脉压增大所致。常见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进等。触诊时, 如将患者手臂抬高过头并紧握其手腕掌面, 就可感到急促有力的冲击。

5) 重搏脉 (dicrotic pulse): 正常脉搏波在其下降支中有一重复上升的脉搏波 (降中波), 但比脉搏波的上升支低, 不能触及。在某些病理情况下, 此波增高可触及, 称重搏脉。发生机制可能与血管紧张度降低有关, 当心室舒张早期, 主动脉瓣关闭, 主动脉内的一部分血液向后冲击已关闭的主动脉瓣, 由此产生的冲动使重复上升的脉波增高而被触及。常见于伤寒、一些长期热性病和肥厚性梗阻性心肌病。

6) 奇脉 (paradoxical pulse): 吸气时脉搏明显减弱或消失称为奇脉。常见于心包积液和缩窄性心包炎。是心包填塞的重要体征之一。奇脉的产生主要与左心室搏出量减少有关。正常人吸气时肺循环血容量增加, 使循环血液向右心的灌注量亦相应地增加, 因此肺循环向左心回流的血液量无明显改变。在病理情况下, 由于心脏受束缚, 体循环向右心回流的血量不能随肺循环血量的增加而相应地增加, 结果使肺静脉血液流入左心室的量较正常时减少, 左心室搏出量减少, 所以脉搏变弱甚至不能触及。

(4) 动脉壁异常早期动脉硬化, 表现为动脉壁变硬, 失去弹性, 呈条索状; 严重时则动脉迂曲甚至有结节。其原因为动脉壁的弹力纤维减少, 胶原纤维增多,

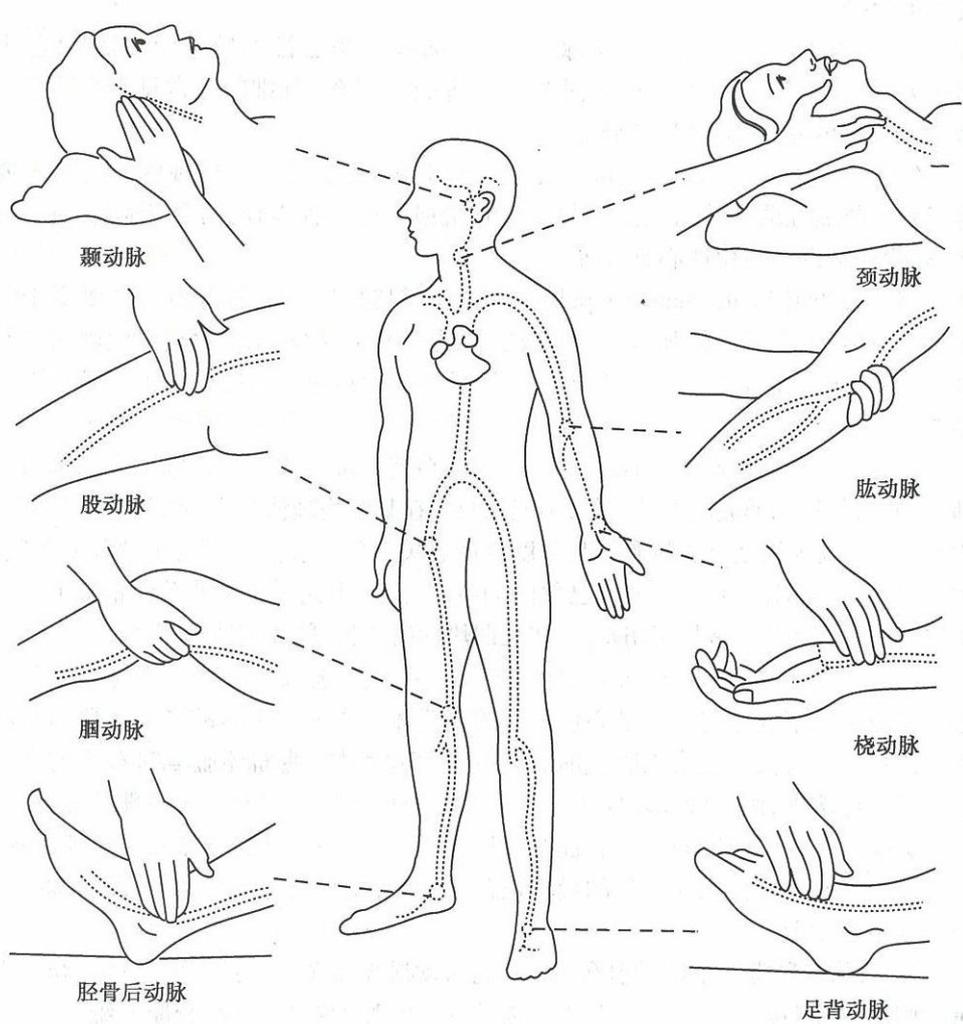
使动脉管壁变硬，呈条索、迂曲状。

4. 脉搏的测量

(1) 脉搏测量的部位

浅表、靠近骨骼的大动脉均可作为测量脉搏的部位。常用部位（图 3-3-4）。临床上最常选择的诊脉部位是桡动脉。

图 3-3-4 常用诊脉部位



(2) 脉搏测量的方法（以桡动脉为例）

【目的】

- 1) 判断脉搏有无异常。
- 2) 动态监测脉搏变化，间接了解心脏状况。
- 3) 协助诊断，为预防、治疗、康复、护理提供依据。

【操作前准备】

1) 评估患者并解释：①评估患者的年龄、病情、治疗情况，心理状态及合作程度；②向患者及家属解释脉搏测量的目的、方法、注意事项及配合要点。

2) 护士准备 仪表端庄，着装整洁，佩戴胸牌，修剪指甲，洗手，戴口罩。

3) 用物准备：①治疗盘内备表（有秒针）、记录本、笔；②必要时备听诊器。

4) 环境准备室温适宜、光线充足、环境安静。

【操作步骤】

操作步骤详见表 3-3-3

表 3-3-3 脉搏测量操作步骤

| 步 骤 | 要点与说明 |
|---|--|
| 1. 核对 携用物至患者床旁，核对患者床号、姓名 | • 确认患者 |
| 2. 体位 卧位或坐位；手腕伸展，手臂放舒适位置 | • 患者舒适，护士便于测量 |
| 3. 测量 护士以示指、中指、无名指的指端按压在桡动脉处，按压力量适中，以能清楚测得脉搏搏动为宜（图 3-6） | • 压力太大阻断脉搏搏动，压力太小感觉不到脉搏搏动 |
| 4. 计数 正常脉搏测 30 秒，乘以 2。若发现患者脉搏短绌，应由 2 名护士同时测量，一人听心率，另一个测脉率，由听心率者发出“起”或“停”口令，计时 1 分钟（图 3-7） | • 测量时须注意脉律、脉搏强弱等情况 • 得到正确的心率及脉率 • 心脏听诊部位可选择左锁骨中线内侧第 5 肋间处 |
| 5. 记录 | • 将脉率数记录在记录本上 • 脉搏短绌 以分数式记录，记录方式为心率/脉率。如心率 200 次/分，脉率为 60 次/分，则应写成 200/60 次/分 |

图 3-3-5 桡动脉测量法

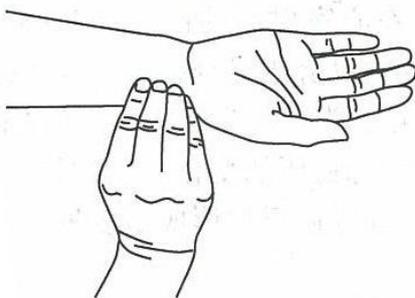


图 3-3-6 脉搏短绌测量法



【注意事项】

- 1) 体位舒适，情绪稳定。
- 2) 测温前若有剧烈运动、紧张、恐惧、哭闹等，应休息 20~30 分钟后再测量。
- 3) 异常脉搏应测量 1 分钟；脉搏细弱难以触诊时，应测心尖搏动 1 分钟。

4) 勿用拇指诊脉，因拇指小动脉的搏动较强，易与患者的脉搏相混淆。

【健康教育】

1) 向患者及家属解释脉搏监测的重要性及正确的测量方法，并指导其对脉搏进行动态观察。

2) 教会自我护理的技巧，提高患者对异常脉搏的判断能力。

(三) 血压

1. 正常血压及生理变化

血压 (blood pressure, BP) 是血管内流动着的血液对单位面积血管壁的侧压力 (压强)。在不同血管内，血压被分别称为动脉血压、毛细血管压和静脉血压，而一般所说的血压是指动脉血压。

在一个心动周期中，动脉血压随着心室的收缩和舒张而发生规律性的波动。在心室收缩时，动脉血压上升达到的最高值称为收缩压 (systolic pressure)。在心室舒张末期，动脉血压下降达到的最低值称为舒张压 (diastolic pressure)。收缩压与舒张压的差值称为脉搏压，简称脉压 (pulse pressure)。在一个心动周期中，动脉血压的平均值称为平均动脉压 (mean arterial pressure)，约等于舒张压加 1/3 脉压。

(1) 血压的形成

心血管系统是一个封闭的管道系统，在这个系统中足够量的血液充盈是形成血压的前提，心脏射血与外周阻力是形成血压的基本因素，同时大动脉的弹性贮器作用对血压的形成也有重要的作用。

产生动脉血压的前提条件是心血管内有足够量的血液充盈，血液的充盈度可用循环系统平均充盈压 (mean circulatory filling pressure) 表示，在成人约为 0.93kPa (7mmHg)。心脏射血是形成动脉血压的能量来源。心室肌收缩所释放的能量可分为两部分：一部分是动能，用于推动血液在血管中流动；另一部分是势能，形成对血管壁的侧压，并使血管壁扩张，暂贮血液。心室舒张时，被扩张的大血管弹性回缩，将部分势能又转化为推动血流的动能，使血液继续向前流动。如果只有心室肌收缩而无外周阻力，心室收缩释放的能量将全部表现为动能，迅速向外周流失，动脉血压不能形成，只有在存在外周阻力的情况下，左心室射出

的血量(60~80ml/次)仅 1/3 流向外周,其余 2/3 暂时贮存于主动脉和大动脉内,形成较高的收缩压。心室舒张,主动脉和大动脉管壁弹性回缩,将贮存的势能转化为动能,推动血液继续流动,维持一定的舒张压高度。大动脉的弹性对动脉血压的变化有缓冲作用。同时使心室的间断射血变为动脉内持续的血流。因此动脉血压的形成是多种因素相互作用的结果。

(2) 影响血压的因素

凡与动脉血压形成有关的因素发生改变,都可影响动脉血压。以下就单一影响加以分析。

1) 每搏输出量 每搏输出量增大,心缩期射入主动脉的血量增多,收缩压明显升高。由于动脉血压升高,血流速度加快,如果外周阻力和心率变化不大,则大动脉内增多的血量仍可在心舒期内流向外周,到舒张末期滞留在动脉内的血量增加并不多,舒张压虽有所升高,但程度不大,因而脉压增大。因此,收缩压的高低主要反映每搏输出量的多少。

2) 心率 心率增快,而每搏输出量和外周阻力相对不变时,由于心舒期缩短,心舒期内流向外周的血量减少,则心舒末期主动脉内存留的血量增多,舒张压明显升高。由于动脉血压升高可使血流速度加快,因此心缩期内仍有较多的血液从主动脉流向外周,但收缩压升高不如舒张压明显,因而脉压减小。因此,心率主要影响舒张压。

3) 外周阻力 在心排出量不变而外周阻力增大时,心舒期中血液向外周流动的速度减慢,心舒末期存留在主动脉中血量增多,舒张压明显升高。在心缩期,由于动脉血压升高使血流速度加快,收缩压的升高不如舒张压明显,脉压减小。因此,舒张压的高低主要反映外周阻力的大小。

外周阻力的大小受阻力血管(小动脉和微动脉)口径和血液黏稠度的影响,阻力血管口径变小,血液黏稠度增高,外周阻力则增大。

4) 主动脉和大动脉管壁的弹性 大动脉管壁的弹性对血压起缓冲作用。随着年龄的增长,血管中的胶原纤维增生,逐渐取代平滑肌与弹性纤维,以致血管的顺应性降低。收缩压升高,舒张压降低,脉压增大。

5) 循环血量与血管容量 循环血量和血管容量相适应,才能使血管系统充分地充盈,产生循环系统平均充盈压。正常情况下,循环血量与血管容量是相适

应的。如果循环血量减少或血管容量扩大，血压便会下降。

动脉血压保持相对稳定具有重要的生理意义。动脉血压是推动血液流动的驱动力，它必须达到一定的高度，并且保持相对稳定，才能保证全身各器官有足够的血液供应，各器官的代谢和功能活动才能正常进行。若动脉血压过低，则不能满足机体组织代谢的需要，导致组织缺血、缺氧，造成严重后果。若动脉血压过高，则心室射血所遇阻力过大，心肌后负荷加重，长期持续的高血压可致组织器官一系列病理生理改变，是脑卒中、冠心病的主要危险因素之一，是人类健康与生命的无形“杀手”。

(3) 血压的生理变化

1) 正常血压 测量血压，一般以肱动脉为标准。正常成人安静状态下的血压范围比较稳定，其正常范围为收缩压 90—139mmHg，舒张压 60~89mmHg，脉压 30~40mmHg。

按照国际标准计量单位规定，压强的单位是帕 (Pa)，即牛顿/米² (N/m²)，但帕的单位较小，故血压的单位通常用千帕 (kPa)，由于人们长期以来使用水银血压计测量血压，因此习惯上用水银柱的高度即毫米汞柱 (mmHg) 来表示血压数值。其换算公式为 1mmHg=0.133kPa，1kPa=7.5mmHg。

2) 生理变化

①年龄：随年龄的增长，收缩压和舒张压均有逐渐增高的趋势，但收缩压的升高比舒张压的升高更为显著，见表 3-3-4。

表 3-3-4 各年龄组的血压平均值

| 年龄 | 血压 mmHg | 年龄 | 血压 mmHg |
|---------|---------|---------|---------------|
| 1 个月 | 84/54 | 14~17 岁 | 120/70 |
| 1 岁 | 95/65 | 成年人 | 120/80 |
| 6 岁 | 105/65 | 老年人 | 140~160/80~90 |
| 10-13 岁 | 110/65 | | |

②性别：女性在更年期前，血压低于男性；更年期后，血压升高，差别较小。

③昼夜和睡眠：血压呈明显的昼夜波动。表现为夜间血压最低，清晨起床活动后血压迅速升高。大多数人的血压凌晨 2~3 时最低，在上午 6~10 时及下午 4~8 时各有一个高峰，晚上 8 时后血压呈缓慢下降趋势，表现为“双峰双谷”，

这一现象称动脉血压的日节律。在老年人动脉血压的日高夜低现象更为显著，有明显的低谷与高峰。睡眠不佳血压也可略有升高。

④环境：寒冷环境，由于末梢血管收缩，血压可略有升高；高温环境，由于皮肤血管扩张，血压可略下降。

⑤体型：高大、肥胖者血压较高。

⑥体位：立位血压高于坐位血压，坐位血压高于卧位血压，这与重力引起的代偿机制有关。对于长期卧床或使用某些降压药物的患者，若由卧位改为立位时，可出现头晕、心慌、站立不稳甚至晕厥等体位性低血压的表现。

⑦身体不同部位：一般右上肢高于左上肢，其原因是右侧肱动脉来自主动脉弓的第一大分支无名动脉，而左侧肱动脉来自主动脉的第三大分支左锁骨下动脉，由于能量消耗，右侧血压比左侧高10~20mmHg。下肢血压高于上肢20~40mmHg，其原因与股动脉的管径较肱动脉粗，血流量大有关。

⑧运动：运动时血压的变化与肌肉运动的方式有关，以等长收缩为主的运动，如持续握拳时，血压升高；以等张收缩为主的运动，如步行、骑自行车，在运动开始时血压有所升高，继而由于血流量重新分配和有效循环血量的改变，血压可逐渐恢复正常。

此外情绪激动、紧张、恐惧、兴奋、吸烟可使血压升高。饮酒、摄盐过多、药物对血压也有影响。

正常人的血压波动范围较小，保持相对恒定状态。当血压超过正常范围即为异常血压。

2. 异常血压

(1) 高血压 (hypertension) 指在未使用降压药物的情况下，18岁以上成年人收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 。根据引起高血压的原因不同，将高血压分为原发性高血压与继发性高血压两大类。95%患者的高血压的病因不明称为原发性高血压，约5%患者血压升高是其某种疾病的一种临床表现，称为继发性高血压。由于高血压患病率高，且常引起心、脑、肾等重要脏器的损害，是医学界重点防治的疾病之一。中国高血压分类标准(2010版)，见表3-3-5。

(2) 低血压 (hypotension) 指血压低于90/60mmHg。常见于大量失血、休克、急性心力衰竭等。

表 3-3-5 中国高血压分类标准（2010 版）

| 分级 | 收缩压（mmHg） | | 舒张压（mmHg） |
|------------|-----------|------|-----------|
| 正常血压 | <120 | 和 | <80 |
| 正常高值 | 120~139 | 和（或） | 80~89 |
| 高血压： | ≥140 | 和（或） | ≥90 |
| 1 级高血压（轻度） | 140~159 | 和（或） | 90~99 |
| 2 级高血压（中度） | 160~179 | 和（或） | 100~109 |
| 3 级高血压（重度） | ≥180 | 和（或） | ≥110 |
| 单纯收缩期高血压 | ≥140 | 和 | <90 |

若收缩压、舒张压分属不同等级，则以较高的分级为准

（3）脉压异常

1) 脉压增大：常见于动脉硬化、主动脉瓣关闭不全、动静脉瘘、甲状腺功能亢进。

2) 脉压减小：常见于心包积液、缩窄性心包炎、末梢循环衰竭。

3. 血压的测量

血压测量可分为直接测量和间接测量两种方法。直接测量法是将溶有抗凝剂的长导管经皮插入动脉内，导管与压力传感器连接，显示实时的血压数据，可连续监测动脉血压的动态变化。数值精确、可靠，但它属于一种创伤性检查，临床仅限于急危重患者、特大手术及严重休克患者的血压监测。间接测量法是应用血压计间接测量血压，它是根据血液通过狭窄的血管形成涡流时发出响声而设计，其原理是用加压气球向缠缚于测量部位的袖带加压，使动脉完全闭塞，然后缓缓放气，当袖带内的压力与心脏收缩压相等时，血液将通过袖带，此时便能听到血液流过的声响，称之为收缩压；继续放气，当袖带内压力低于心收缩压，但高于心舒张压这一段时间内，心脏每收缩一次，均可听到一次声音；当袖带压力降低到等于或稍低于舒张压时，血流恢复通畅，伴随心跳所发出的声音便突然变弱或消失，此时血压计所指的刻度即为舒张压。间接测量法是目前临床上广泛应用的方法。

（1）血压计的种类与构造

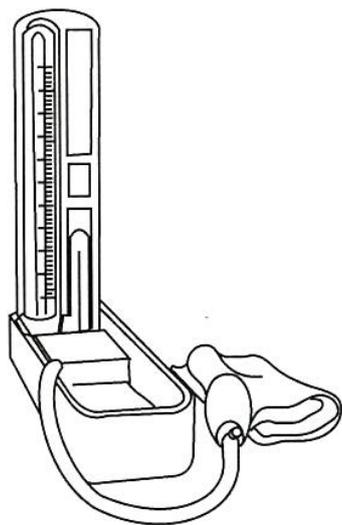
1) 血压计的种类 主要有水银血压计（立式和台式两种，立式血压计可随

意调节高度，图 3-8)、无液血压计（图 3-9）、电子血压计（图 3-10）3 种。

2) 血压计的构造 由 3 部分组成。

图 3-8 水银血压计

A.台式水银血压计 B.立式水银血压计



A.台式水银血压计



B.立式水银血压计

图 3-9 无液血压计

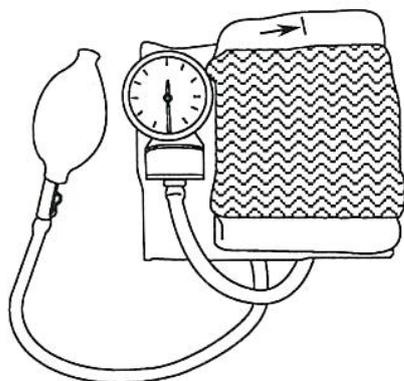
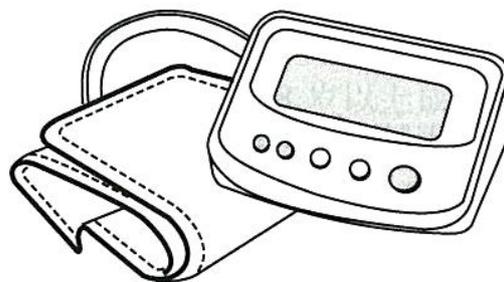


图 3-10 无液血压计



①加压气球和压力活门：加压气球可向袖带气囊充气；压力活门可调节压力大小。

②袖带：由内层长方形扁平的橡胶气囊和外层布套组成。选用合适的气囊袖带，气囊至少应包裹 80% 上臂。大多数成年人的臂围 25~35cm，可使用气囊长 22~26cm、宽 12cm 的标准规格袖带（目前国内商品水银柱血压计的气囊的规格：长 22cm，宽 12cm）。肥胖者或臂围大者应使用大规格气囊袖带；儿童应使用小规格气囊袖带。因袖袋太窄，须加大力量才能阻断动脉血流，测得数值偏高；袖袋太宽，大段血管受阻，测得数值偏低。袖带上有两根橡胶管，一根与加压气球相连，另一根与压力表相通。

③血压计

水银血压计（mercury manometer）：又称汞柱血压计。由玻璃管、标尺、水银槽三部分组成。在血压计盒盖内面固定一根玻璃管，管面上标有双刻度（标尺）0~300mmHg（0~40kPa），最小分度值分别为 2mmHg 或 0.5kPa，玻璃管上端盖以金属帽与大气相通，玻璃管下端和水银槽（贮有水银 60g）相连。水银血压计的优点是测得数值准确可靠，但较笨重且玻璃管部分易破裂。

无液血压计（aneroid manometer）：又称弹簧式血压计、压力表式血压计。外形呈圆盘状，正面盘上标有刻度，盘中央有一指针提示血压数值。其优点是携带方便，但可信度差。

电子血压计（electronic manometer）：袖袋内有一换能器，有自动采样电脑控制数字运算及自动放气程序。数秒内可得到收缩压、舒张压、脉搏数值。其优点是操作方便，不用听诊器，省略放气系统，排除听觉不灵敏，噪音干扰等造成的误差，但准确性较差。

（2）血压测量的方法

【目的】

- 1) 判断血压有无异常。
- 2) 动态监测血压变化，间接了解循环系统的功能状况。
- 3) 协助诊断，为预防、治疗、康复、护理提供依据。

【操作前准备】

1) 评估患者并解释：①评估患者的年龄、病情、治疗情况，心理状态及合作程度。②向患者及家属解释血压测量的目的、方法、注意事项及配合要点。

- 2) 护士准备：仪表端庄，着装整洁，配戴胸牌，修剪指甲，洗手，戴口罩。
- 3) 用物准备：治疗盘内备：血压计、听诊器（stethoscope）、记录本（体温单）、笔。
- 4) 环境准备：室温适宜、光线充足、环境安静。

【操作步骤】

操作步骤详见（表 3-7）

表 3-7 测量血压操作步骤

| 步 骤 | 要点与说明 |
|---|---|
| 1. 核对 携用物至患者床旁，核对患者床号、姓名 | <ul style="list-style-type: none"> • 确认患者 • 测血压前，患者应至少坐位安静休息 5 分钟，30 分钟内禁止吸烟或饮咖啡，排空膀胱 |
| 2. 测量血压 | |
| ▲肱动脉 | |
| (1) 体位：手臂位置（肱动脉）与心脏呈同一水平。坐位：平第四肋；仰卧位：平腋中线 | <ul style="list-style-type: none"> • 若肱动脉高于心脏水平，测得血压值偏低；肱动脉低于心脏水平，测得血压值偏高 |
| (2) 手臂：卷袖，露臂，手掌向上，肘部伸直 | <ul style="list-style-type: none"> • 必要时脱袖，以免衣袖过紧影响血流，影响血压测量值的准确性 |
| (3) 血压计：打开，垂直放妥，开启水银槽开关 | <ul style="list-style-type: none"> • 避免倾倒 |
| (4) 缠袖带：驱尽袖带内空气，平整置于上臂中部，下缘距肘窝 2-3cm，松紧以能插入一指为宜 | <ul style="list-style-type: none"> • 袖带缠得太松，充气后呈气球状，有效面积变窄，使血压测量值偏高；袖带缠得太紧，未充气已受压，使血压测量值偏低 |
| (5) 充气：触摸肱动脉搏动，将听诊器胸件置肱动脉搏动最明显处（图 3-11），一手固定，另一手握加压气球，关气门，充气至肱动 | <ul style="list-style-type: none"> • 避免听诊器胸件塞在袖带下，以免局部受压较大和听诊时出现干扰声 • 肱动脉搏动消失表示袖带内压力大于心脏收缩压，血流被阻断 |

脉搏动消失再升高 20~30mmHg

(6) 放气：缓慢放气，速度以水银柱下降 4 mmHg/秒为宜，注意水银柱刻度和肱动脉声音的变化

(7) 判断：听诊器出现的第一声搏动音，此时水银柱所指的刻度，即为收缩压；当搏动音突然变弱或消失，水银柱所指的刻度即为舒张压

▲ 腘动脉

(1) 体位：仰卧、俯卧、侧卧

(2) 患者：卷裤，卧位舒适

(3) 缠袖带：袖带缠于大腿下部，其下缘距腘窝 3~5cm，听诊器置腘动脉搏动最明显处（图 3-8B）

(4) 其余操作同肱动脉

3. 整理血压计 排尽袖带内余气，拧紧压力活门，整理后放入盒内；血压计盒盖右倾 45°，使水银全部流回槽内，关闭水银槽开关，盖上盒盖，平稳放置

- 充气不可过猛、过快，以免水银溢出和患者不适

- 充气不足或充气过度都会影响测量结果

- 放气太慢，使静脉充血，舒张压值偏高；放气太快，未注意到听诊间隔，猜测血压值

- 眼睛视线保持与水银柱弯月面同一水平。视线低于水银柱弯月面读数偏高，反之，读数偏低

- 第一声搏动音出现表示袖带内压力降至与心脏收缩压相等，血流能通过受阻的肱动脉

- WHO 规定成人应以动脉搏动音的消失作为判断舒张压的标准

- 一般不采用屈膝仰卧位

- 必要时脱一侧裤子，暴露大腿，以免过紧影响血流，影响血压测量值的准确性

- 袖带松紧适宜

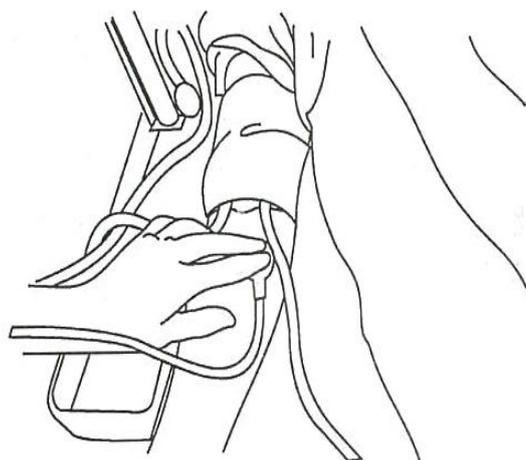
- 避免玻璃管破裂，水银溢出

- | | |
|--|--|
| <p>4. 恢复体位</p> <p>5. 记录 将所测血压值按收缩压/舒张压 mmHg (kPa) 记录在记录本上。如：120/84mmHg</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 必要时协助穿衣、穿裤 • 当变音与消失音之间有差异时，两读数都应记录，方式是收缩压/变音/消失音 mmHg，如：120/84/60mmHg |
|--|--|

【注意事项】

- 1) 测量前有吸烟、运动、情绪变化等，应休息 15~30 分钟后再测量。
- 2) 定期检测、校对血压计。测量前，检查血压计：玻璃管无裂损，刻度清晰，加压气球和橡胶管无老化、不漏气，袖带宽窄合适，水银充足、无断裂；检查听诊器：橡胶管无老化、衔接紧密，听诊器传导正常。
- 3) 对需密切观察血压者，应做到“四定”，即定时间、定部位、定体位、定血压计，有助于测定的准确性和对照的可比性。
- 4) 发现血压听不清或异常，应重测。重测时，待水银柱降至“0”点，稍等片刻后再测量。必要时，作双侧对照。
- 5) 注意测压装置（血压计、听诊器）、测量者、受检者、测量环境等因素引起血压测量的误差，以保证测量血压的准确性。
- 6) 中国高血压防治指南（2010 版）对血压测量的要求：应相隔 1~2 分钟重复测量，取 2 次读数的平均值记录。如果收缩压或舒张压的 2 次读数相差 5mmHg 以上，应再次测量，取 3 次读数的平均值记录。首诊时要测量两上臂血压，以后通常测量较高读数一侧的上臂血压。

图 3-11 听诊器放置部位



【健康教育】

- 1) 向患者及家

意事项。

2) 教导患者正确使用血压计和测量血压，帮助患者创造在家中自测血压的条件，以便患者能够及时掌握自己血压的动态变化。

3) 教会患者正确判断降压效果，及时调整用药。

4) 指导患者采用合理的生活方式，提高自我保健能力。

(四) 呼吸

1. 正常呼吸

机体在新陈代谢过程中，需要不断地从外界环境中摄取氧气，并把自身产生的二氧化碳排出体外，机体与环境之间所进行的气体交换过程，称为呼吸(respiration)。呼吸是维持机体新陈代谢和生命活动所必需的基本生理过程之一，一旦呼吸停止，生命也将终结。

呼吸系统由呼吸道(鼻腔、咽、喉、气管、支气管)和肺两部分组成。

(1) 呼吸过程

呼吸的全过程由三个互相关联的环节组成(图 3-12)。

1) 外呼吸(external respiration) 即肺呼吸，是指外界环境与血液之间在肺部进行的气体交换，包括肺通气和肺换气两个过程。

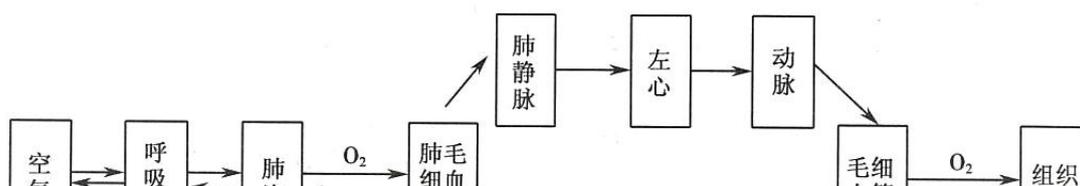
肺通气指通过呼吸运动使肺与外界环境之间进行的气体交换。实现肺通气的相关结构包括呼吸道、肺泡和胸廓等。呼吸道是气体进出的通道，肺泡是气体交换的场所，胸廓的节律性运动则是实现肺通气的原动力。

肺换气指肺泡与肺毛细血管之间的气体交换。其交换方式通过分压差扩散进行，即气体从高分压处向低分压处扩散。如肺泡内氧分压高于静脉血氧分压，而二氧化碳分压则低于静脉血的二氧化碳分压。交换的结果使静脉血变成动脉血，肺循环毛细血管的血液不断地从肺泡中获得氧，释放出二氧化碳。

2) 气体运输(gas transport) 通过血液循环将氧由肺运送到组织细胞，同时将二氧化碳由组织细胞运送至肺。

3) 内呼吸(internal respiration) 即组织换气。指血液与组织、细胞之间的气体交换。交换方式同肺换气，交换的结果使动脉血变成静脉血，体循环毛细血管的血液不断地从组织中获得二氧化碳，释放出氧气。

图 3-12 呼吸过程三环节



(2) 呼吸运动的调节

1) 呼吸中枢呼吸中枢是指中枢神经系统内产生呼吸节律和调节呼吸运动的神经细胞群，它们分布于脊髓、延髓、脑桥、间脑、大脑皮质等部位。在呼吸运动调节过程中，各级中枢发挥各自不同的作用，并相互协调和制约。延髓和脑桥是产生基本呼吸节律性的部位，大脑皮质可随意控制呼吸运动。

2) 呼吸的反射性调节：①肺牵张反射②呼吸肌本体感受性反射③防御性呼吸反射：包括咳嗽反射（cough reflex）和喷嚏反射（sneeze reflex）。

3) 呼吸的化学性调节 动脉血氧分压（ P_{aO_2} ）、二氧化碳分压（ P_{aCO_2} ）和氢离子浓度（ $[H^+]$ ）的改变对呼吸运动的影响，称化学性调节。 P_{aCO_2} 是调节呼吸中最重要的生理性化学因素。 P_{aCO_2} 下降，出现呼吸运动减弱或暂停； P_{aCO_2} 升高，使呼吸加深加快，肺通气增加；若 P_{aCO_2} 超过一定水平，则抑制中枢神经系统活动，包括呼吸中枢，出现呼吸困难、头痛头晕、甚至昏迷，即二氧化碳麻醉。 P_{aCO_2} 对呼吸的调节是通过中枢及外周化学感受器两条途径实现的。 $[H^+]$ 升高，导致呼吸加深加快，肺通气增加； $[H^+]$ 降低，呼吸受到抑制。 $[H^+]$ 对呼吸的调节同 P_{aCO_2} 。 P_{aO_2} 降低时，引起呼吸加深加快，肺通气增加， P_{aO_2} 是通过外周化学感受器对呼吸运动进行调节。

(3) 呼吸的生理变化

1) 正常呼吸正常成人安静状态下呼吸频率为 16~20 次/分，节律规则，呼吸运动均匀无声且不费力。呼吸与脉搏的比例为 1: 4。男性及儿童以腹式呼吸为主，

女性以胸式呼吸为主。

2) 生理变化: ①年龄越小, 呼吸频率越快。如新生儿呼吸约为 44 次/分。②同年龄的女性呼吸比男性稍快。③剧烈运动可使呼吸加深加快; 休息和睡眠时呼吸减慢。④强烈的情绪变化, 如紧张、恐惧、愤怒、悲伤、害怕等可刺激呼吸中枢, 引起呼吸加快或屏气。⑤血压大幅度变动时, 可以反射性地影响呼吸, 血压升高, 呼吸减慢减弱; 血压降低, 呼吸加快加强。⑥其他: 如环境温度升高, 可使呼吸加深加快。

2. 异常呼吸

(1) 频率异常

1) 呼吸过速 (tachypnea): 也称气促 (polypnea), 指呼吸频率超过 24 次/分。见于发热、疼痛、甲状腺功能亢进等。一般体温每升高 1℃, 呼吸频率约增加 3~4 次/分。

2) 呼吸过缓 (bradypnea): 指呼吸频率低于 12 次/分。见于颅内压增高、巴比妥类药物中毒等。

(2) 深度异常

1) 深度呼吸: 又称库斯莫呼吸 (kussmaul's respiration), 指一种深而规则的大呼吸。见于糖尿病酮症酸中毒和尿毒症酸中毒等, 以便机体排出较多的二氧化碳, 调节血中的酸碱平衡。

2) 浅快呼吸: 是一种浅表而不规则的呼吸, 有时呈叹息样。可见于呼吸肌麻痹、某些肺与胸膜疾病, 也可见于濒死的患者。

(3) 节律异常

1) 潮式呼吸: 又称陈-施氏呼吸 (Cheyne. Stokes respiration)。是一种呼吸由浅慢逐渐变为深快, 然后再由深快转为浅慢, 再经一段呼吸暂停 (5~20 秒) 后, 又开始重复以上过程的周期性变化, 其形态犹如潮水起伏。潮式呼吸的周期可长达 30 秒至 2 分钟。多见于中枢神经系统疾病, 如脑炎、脑膜炎、颅内压增高及巴比妥类药物中毒。产生机制是由于呼吸中枢的兴奋性降低, 只有当缺氧严重, 二氧化碳积聚到一定程度, 才能刺激呼吸中枢, 使呼吸恢复或加强, 当积聚的二氧化碳呼出后, 呼吸中枢又失去有效的兴奋, 呼吸又再次减弱继而暂停, 从而形成了周期性变化。

2) 间断呼吸 (cogwheel breathing): 又称毕奥呼吸 (Blot's respiration)。表现为有规律的呼吸几次后, 突然停止呼吸, 间隔一个短时间后又开始呼吸, 如此反复交替。即呼吸和呼吸暂停现象交替出现。其产生机制同潮式呼吸, 但比潮式呼吸更为严重, 预后更为不良, 常在临终前发生。

(4) 声音异常

1) 蝉鸣样 (strident) 呼吸: 表现为吸气时产生一种极高的似蝉鸣样音响, 产生机制是由于声带附近阻塞, 使空气吸入发生困难。常见于喉头水肿、喉头异物等。

2) 鼾声 (stertorus) 呼吸: 表现为呼吸时发出一种粗大的鼾声, 由于气管或支气管内有较多的分泌物积蓄所致。多见于昏迷患者。

(5) 形态异常

1) 胸式呼吸减弱, 腹式呼吸增强: 正常女性以胸式呼吸为主。由于肺、胸膜或胸壁的疾病, 如肺炎、胸膜炎、肋骨骨折、肋骨神经痛等产生剧烈的疼痛, 均可使胸式呼吸减弱, 腹式呼吸增强。

2) 腹式呼吸减弱, 胸式呼吸增强: 正常男性及儿童以腹式呼吸为主。如由于腹膜炎、大量腹水、肝脾极度肿大, 腹腔内巨大肿瘤等, 使膈肌下降受限, 造成腹式呼吸减弱, 胸式呼吸增强。

(6) 呼吸困难 (dyspnea) 是一个常见的症状及体征, 患者主观上感到空气不足, 客观上表现为呼吸费力, 可出现发绀、鼻翼扇动、端坐呼吸, 辅助呼吸肌参与呼吸活动, 造成呼吸频率、深度、节律的异常。临床上可分为:

1) 吸气性呼吸困难: 其特点是吸气显著困难, 吸气时间延长, 有明显的三凹征 (吸气时胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙出现凹陷)。由于上呼吸道部分梗阻, 气流不能顺利进入肺, 吸气时呼吸肌收缩, 肺内负压极度增高所致。常见于气管阻塞、气管异物、喉头水肿等。

2) 呼气性呼吸困难: 其特点是呼气费力, 呼气时间延长。由于下呼吸道部分梗阻, 气流呼出不畅所致。常见于支气管哮喘、阻塞性肺气肿。

3) 混合性呼吸困难: 其特点是吸气、呼气均感费力, 呼吸频率增加。由于广泛性肺部病变使呼吸面积减少, 影响换气功能所致。常见于重症肺炎、广泛性肺纤维化、大面积肺不张、大量胸腔积液等。

3. 呼吸的测量

【目的】

- 1) 判断呼吸有无异常。
- 2) 动态监测呼吸变化，了解患者呼吸功能情况。
- 3) 协助诊断，为预防、治疗、康复、护理提供依据。

【操作前准备】

- 1) 评估患者并解释：①患者的年龄、病情、治疗情况，心理状态及合作程度。②向患者及家属解释呼吸测量的目的、方法、注意事项。
- 2) 护士准备：仪表端庄，着装整齐，配戴胸牌，修剪指甲，洗手，戴口罩。
- 3) 用物准备：①治疗盘内备：表（有秒针）、记录本、笔。②必要时备棉花。
- 4) 环境准备：室温适宜、光线充足、环境安静。

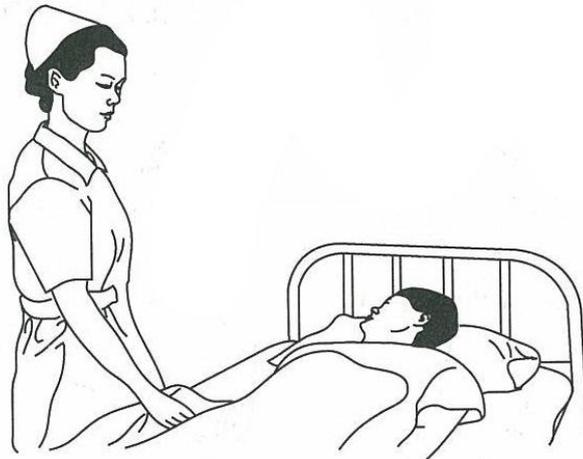
【操作步骤】

操作步骤详见（表 3-8）

表 3-8 测量呼吸操作步骤

| 步 骤 | 要点与说明 |
|--|--------------------------|
| 1. 核对 携用物至患者床旁，核对患者床号、姓名 | • 确认患者 |
| 2. 体位 舒适 | • 精神放松 • 避免引起患者的紧张 |
| 3. 方法 护士将手放在患者的诊脉部位似诊脉状，眼睛观察患者胸部或腹部的起伏（图 3-13） | • 女性以胸式呼吸为主；男性和儿童以腹式呼吸为主 |
| 4. 观察 呼吸频率（一起一伏为一次呼吸）、深度、节律、音响、形态及有无呼吸困难 | • 协助诊断，为预防、治疗、康复、护理提供依据 |
| 5. 计数 正常脉搏测 30 秒，乘以 2 | • 异常呼吸患者或婴儿应测 1 分钟 |
| 6. 记录 | • 将所测呼吸值记录在记录本上 |

图 3-13 测量呼吸



【注意事项】

- 1) 测量前如有剧烈运动、情绪激动等，应休息 20~30 分钟后再测量。
- 2) 呼吸受意识控制，因此测量呼吸前不必解释，在测量过程中不使患者察觉，以免紧张，影响测量的准确性。
- 3) 危重患者呼吸微弱，可用少许棉花置于患者鼻孔前，观察棉花被吹动的次数，计时应 1 分钟（图 3-14）。

图 3-14 危重患者呼吸测量



【健康教育】

- 1) 向患者及家属解释呼吸监测的重要性，学会正确测量呼吸的方法。
- 2) 指导患者精神放松，并使患者具有识别异常呼吸的判断能力。
- 3) 教会患者对异常呼吸进行自我护理。

二、快速血糖测量

（一）血糖的基本知识

血糖是指存在于血液中的游离葡萄糖。体内各组织细胞活动所需的能量大部分来自葡萄糖，所以血糖必须保持一定的水平才能维持体内各器官和组织的需要。正常人空腹血糖浓度为 3.9~6.1 mmol/L (70~110 mg/dl)。正常人尿中可有微量的葡萄糖。当血糖浓度超过肾糖阈（一般为 8.88 mmol/L 或 160 mg/dl）时或血糖虽未升高但肾糖阈降低，将导致尿中出现大量葡萄糖，尿糖定性试验阳性，称为糖尿。葡萄糖是我们身体必不可少的营养物质之一。

1. 血糖有三个来源：

- (1) 由肠道吸收食物经消化产生的葡萄糖。
- (2) 肝脏、肌肉中原有的糖原分解后释放入血。
- (3) 机体内脂肪酸、氨基酸可以转化成为葡萄糖，即糖的异生。

2. 血糖的出路有三个方面：

- (1) 葡萄糖氧化分解供能，在较大量的运动或劳动时，血糖的消耗较多；
- (2) 血糖可以在肝脏、肌肉中合成糖原贮存起来，以备需要能量时释放；
- (3) 在代谢循环中葡萄糖可以转化成脂肪酸及氨基酸，进而合成脂肪和蛋白质。

正常情况下，血糖浓度在一天之中是轻度波动的，一般来说餐前血糖略低，餐后血糖略高，但这种波动是保持在一定范围内的。人体内的血糖浓度之所以能维持动态平衡，是因为人体内有一套调节血糖浓度的机制，这套机制以激素调节为主，神经调节为辅来共同完成。激素调节，主要是胰岛素对血糖含量的调节。当血液中血糖浓度升高时，会刺激胰岛素释放；当血糖浓度降低时，则会引起使血糖升高的另一类激素（胰高血糖素、肾上腺素等）的释放。由于它们之间的关系，使得人体血糖水平能维持在正常范围内。空腹时正常人体内的血糖维持在一个相对窄的范围内，波动较小；进食后血糖水平逐渐升高。但由于胰岛素的影响，使血糖无论在空腹还是进食后，都保持在一定范围内。餐后 2 h 不会超过 7.8mmol/L(140mg/dl)，并且在 2~3 h 后恢复到餐前水平，空腹在 3.9~6.1 mmol/L (70~110 mg/dl) 之间波动。

同样，神经在调节血糖方面也起着重要的作用。血糖在一定幅度内升降，可以调节食欲。当血糖降低时就会有饥饿的感觉，身体提出要求“请提供能量”。进食后，胃肠道将摄入的食物消化水解成葡萄糖后吸收入血液，使血糖升高；当

血糖上升到一定程度时，大脑发出指令，使食欲减退。随着葡萄糖的利用和储存，血糖又一次下降……如此反复，从而维持了血糖的动态平衡。

（二）低血糖

1. 发生原因

- （1）降糖药物如胰岛素、口服降糖药等剂量过大；
- （2）服药时间过早，和（或）吃饭时间太迟；
- （3）忘记吃饭，或进食量不足；
- （4）活动量大而没及时加餐（以注射胰岛素患者多见）；
- （5）空腹饮酒过量。

2. 低血糖的先兆

低血糖发生时有多种先兆，你的先兆可能与别人的感觉不同，你要知道自己的特征，并且告诉能够帮助你的人，以防万一。

症状举例：出虚汗（轻：手心、额头湿；重：全身大汗淋漓）、乏力、饥饿感、头晕、心慌、心跳加快、双手颤抖、手足和嘴唇麻木或刺痛、视力模糊、神经不稳定、面色苍白、昏睡、肢冷、神志不清甚至昏迷。

低血糖是指多种原因所致血糖低于 2.8mmol/L (50mg/ dl)，而引起交感神经过度兴奋和脑功能障碍的状态。早期及时补充葡萄糖可以使之迅速缓解，但处理不及时将出现不可逆的脑损伤，故应特别引起警惕，特别是反复发生低血糖。有时低血糖症状不易被察觉，以至在无低血糖先兆的情况下突然意识丧失，称为未察觉性低血糖，或无感一生低血糖，这是一种非常危险的情况，一般病史较长伴有糖尿病神经病变的，同时服用 β —受体拮抗剂和老年患者为多。

（三）快速血糖测定

【目的】

- 1) 调整饮食、运动、治疗方案，以及判断疗效的基础和前提。
- 2) 及时监测血糖变化，为临床提供治疗依据。
- 3) 实时血糖监测可以降低糖尿病并发症的风险。

【操作前准备】

- （1）评估患者并解释：
 - 1) 评估：患者的年龄、病情、意识、治疗情况、心理状态。

2) 解释：向患者及家属解释血糖测量的目的、方法、注意事项及配合要点。

(2) 护士准备：仪表端庄，着装整洁，佩戴胸牌，修剪指甲，洗手，戴口罩。

(3) 用物准备：治疗车（生活垃圾桶、医用垃圾桶、利器盒）、血糖仪、血糖试纸、一次性采血针、75%医用酒精、医用棉签、记录本、笔、速干消毒液。

(4) 环境准备：环境宽敞、明亮、安全、整洁。

【操作前准备】

操作步骤详见（表 3-9）

表 3-9 快速血糖测定

| 步 骤 | 要点与说明 |
|---|---|
| 1. 核对：医嘱、血糖监测记录单、携用物至患者床旁，核对患者床号、姓名 | ● 检查试纸是否受潮、污染，血糖仪显示号码是否与所用试纸号码一致；检查血糖仪是否为备用状态；确认患者是否符合空腹或餐后 2 小时血糖测定的要求 |
| 2. 体位： 舒适 | ● 精神放松，避免引起患者的紧张 |
| 3. 方法：从试纸筒取出试纸，盖严试纸筒盖；试纸插入血糖仪；消毒采血部位，待酒精完全挥发；当【滴血符号】出现时使用采血针从患者指尖采集血样；将血滴接出试纸末端的白色区域，血滴将被吸入试纸；吸入足量血样后，血糖仪开始测试；在倒计时结束时，屏幕显示测量结果。 | ● 血糖仪启动并进行屏幕自检；显示器出现顺时针移动的短线或者听到蜂鸣音表明加样完成；测试完，结果会显示在屏幕上 |
| 4. 记录：记录血糖结果 | ● 取出试纸，关闭血糖仪，将结果记录在记录本上 |
| 5. 用物处理 | ● 按医院规定回收和处理废弃物 |

【注意事项】

- (1) 测血糖时应轮换采血部位。
- (2) 血糖仪应按生产商使用要求定期进行标准液校正。
- (3) 避免试纸受潮、污染。
- (4) 采血针一次性使用，每次采血时请更换新的采血针。

【健康教育】

- (1) 向患者及家属解释检测血糖的重要性，学会正确检测血糖的方法，以保证检测结果的正确性。
- (2) 介绍血糖的正常值及检测过程中的注意事项。

第二节 给药技术

一、肌肉注射

(一) 注射原则

注射原则（principles of injection）是注射给药的总则，执行护士必须严格遵守。

1. 严格遵守无菌操作原则

- (1) 注射前护士必须洗手、戴口罩，保持衣帽整洁；注射后护士应洗手。
- (2) 按要求进行注射部位的皮肤消毒，并保持无菌。
- (3) 皮肤常规消毒方法：用棉签蘸取 2% 碘酊，以注射点为中心向外螺旋式旋转涂擦，直径在 5cm 以上；待干后，用 75% 乙醇以同法脱碘，待乙醇挥发后即可注射。或用 0.5% 碘伏或安尔碘以同法涂擦消毒两遍，无须脱碘。
- (4) 注射器空筒的内壁、活塞、乳头和针头的针梗、针尖、针栓内壁必须保持无菌。

2. 严格执行查对制度

做好“三查七对”，仔细检查药物质量，如发现药液变质、变色、混浊、沉淀、过期或安瓿有裂痕等现象，不可使用；如同时注射多种药物，应检查药物有无配伍禁忌。

3. 严格执行消毒隔离制度

注射时做到一人一套物品，包括注射器、针头、止血带、小棉枕。所用物品须按消毒隔离制度处理；对一次性物品应按规定处理，不可随意丢弃。

4. 选择合适的注射器和针头

根据药物剂量、黏稠度和刺激性的强弱选择注射器和针头。注射器应完整无损，不漏气；针头锐利、无钩、不弯曲，型号合适；注射器和针头衔接紧密。一次性注射器须在有效时间内使用，且包装须密封。

5. 选择合适的注射部位

注射部位应避开神经、血管处（动、静脉注射除外），不可在炎症、瘢痕、硬结、皮肤受损处进针，对需长期注射的患者，应经常更换注射部位。

6. 现配现用注射药液

药液在规定注射时间临时抽取，即刻注射，以防药物效价降低或被污染。

7. 注射前排尽空气

注射前必须排尽注射器内空气，特别是动、静脉注射，以防气体进入血管形成栓塞。排气时防止药液浪费。

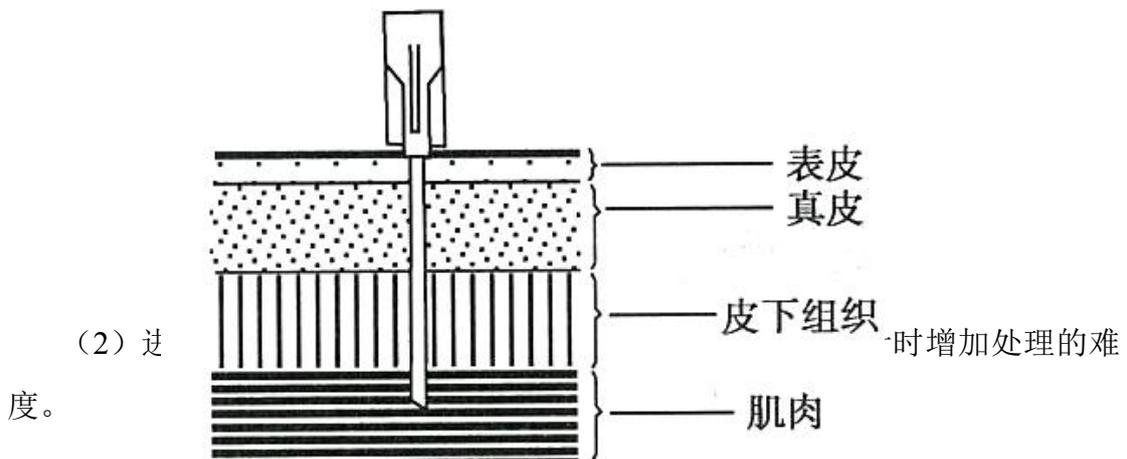
8. 注药前检查回血

进针后、注射药液前，抽动注射器活塞，检查有无回血。动、静脉注射必须见有回血后方可注入药物。皮下、肌内注射如有回血，须拔出针头重新进针，不可将药液注入血管内。

9. 掌握合适的进针角度和深度

(1) 肌肉注射法的进针角度和深度要求（图 3-15）。

图 3-15 肌肉注射法



10. 应用减轻患者疼痛的注射技术

(1) 解除患者思想顾虑，分散其注意力，取合适体位，便于进针。

(2) 注射时做到“二快一慢加匀速”，即进针、拔针快，推药速度缓慢并均匀。

(3) 注射刺激性较强的药物时，应选用细长针头，进针要深。如需同时注射多种药物，一般应先注射刺激性较弱的药物，再注射刺激性强的药物。

(二) 肌肉注射法

肌肉注射法 (intramuscular injection, IM) 将一定量药液注入肌肉组织的方法。注射部位一般选择肌肉丰厚且距大血管及神经较远处。其中最常用的部位为臀大肌，其次为臀中肌、臀小肌、股外侧肌及上臂三角肌。

1. 臀大肌注射定位法 臀大肌起自髂后上棘与尾骨尖之间，肌纤维平行向外下方止于股骨上部。坐骨神经起自骶丛神经，自梨状肌下孔出骨盆至臀部，在臀大肌深部，约在坐骨结节与大转子之间中点处下降至股部，其体表投影为自大转子尖至坐骨结节中点向下至腘窝。注射时注意避免损伤坐骨神经。臀大肌注射的定位方法有两种：

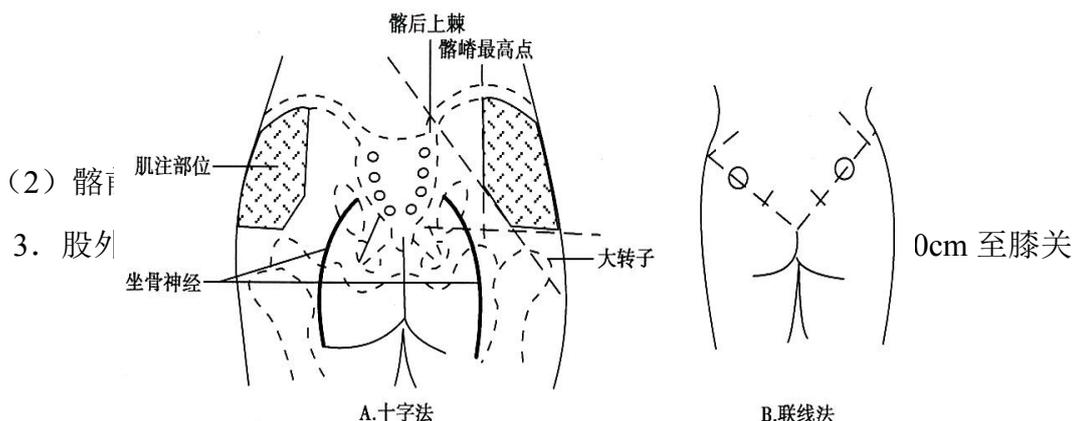
(1) 十字法：从臀裂顶点向左侧或向右侧划一水平线，然后从髂嵴最高点作一垂线，将一侧臀部分为四个象限，其外上象限并避开内角(髂后上棘至股骨大转子连线)，即为注射区 (图 3-16A)。

(2) 连线法：从髂前上棘至尾骨作一连线，其外 1/3 处为注射部位 (图 3-16B)。

2. 臀中肌、臀小肌注射定位法

(1) 以示指尖和中指尖分别置于髂前上棘和髂嵴下缘处，在髂嵴、示指、中指之间构成一个三角形区域，其示指与中指构成的内角为注射区 (图 3-17)。

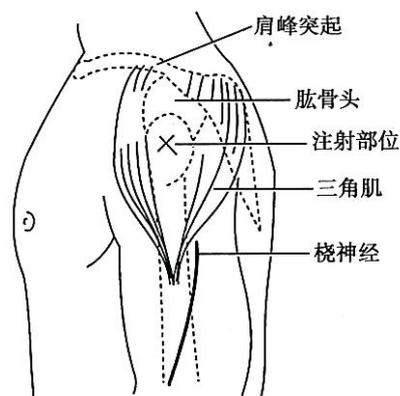
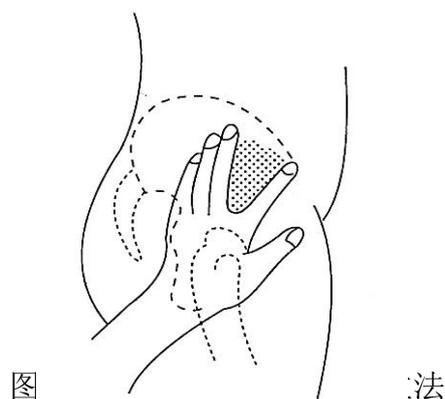
图 3-16 臀大肌注射定位法



节的范围。此处大血管、神经干很少通过，且注射范围较广，可供多次注射，尤适用于2岁以下幼儿。

4. 上臂三角肌注射定位法上臂外侧，肩峰下2~3横指处（图3-18）。此处肌肉较薄，只可作小剂量注射。

图 3-17 臀中肌、臀小肌注射定位法



【目的】

注入药物，用于不宜或不能口服或静脉注射，且要求比皮下注射更快发生疗效时。

【操作前准备】

(1) 评估患者并解释：

1) 评估：①患者的病情及治疗情况；②意识状态、肢体活动能力；③对给药计划的了解、认识程度及合作程度；④注射部位的皮肤及肌肉组织状况。

2) 解释：向患者及家属解释肌肉注射的目的、方法、注意事项及配合要点、药物作用及其副作用。

(2) 护士准备：仪表端庄，着装整齐，配戴胸牌，修剪指甲，洗手，戴口罩。

(3) 用物准备：

1) 注射盘。

2) 2~5ml 注射器、6~7 号针头、注射卡。

3) 药液：按医嘱准备。

(4) 环境准备：清洁、安静、光线充足或有足够的照明，必要时屏风或拉帘遮挡。

【操作步骤】

操作步骤详见（表 3-10）

表 3-10 肌肉注射法操作步骤

| 步 骤 | 要点与说明 |
|--|---|
| 1. 按医嘱吸取药液 | • 严格执行查对制度和无菌操作原则 |
| 2. 核对 携用物至患者床边，核对患者床号、姓名 | • 确认患者 |
| 3. 协助患者取合适体位，选择注射部位 | • 按注射原则选择注射部位 |
| 4. 常规消毒皮肤，待干 | |
| 5. 二次核对，排尽空气 | • 操作中查对 |
| 6. 穿刺 一手拇、示指绷紧局部皮肤，一手持注射器，中指固定针栓，将针头迅速垂直刺入（图 3-19） | • 切勿将针头全部刺入，以防针梗从根部衔接处折断，难以取出 • 消瘦者及患儿进针深度酌减 |
| 7. 推药 松开绷紧皮肤的手，抽动活塞。如无回血，缓慢注入药液 | • 确保未刺入血管内 • 避免患者疼痛 • 注入药液过程中，注意观察患者的反应 |
| 8. 拔针、按压 注射毕，用干棉签轻压进针处，快速拔针，按压片刻 | |
| 9. 再次核对 | • 操作后查对 |

10. 操作后处理

(1) 协助患者取舒适卧位，整理床单位

(2) 清理用物

• 严格按消毒隔离原则处理用物

(3) 洗手

(4) 记录

• 记录注射的时间，药物名称、浓度、剂量，患者反应等

【注意事项】

(1) 严格执行查对制度和无菌操作原则。

(2) 两种药物同时注射时，注意配伍禁忌。

(3) 对2岁以下婴幼儿不宜选用臀大肌注射，因其臀大肌尚未发育好，注射时有损伤坐骨神经的危险，最好选择臀中肌和臀小肌注射。

(4) 若针头折断，应先稳定患者情绪，并嘱患者保持原位不动，固定局部组织，以防断针移位，同时尽快用无菌血管钳夹住断端取出；如断端全部埋入肌肉，应速请外科医生处理。

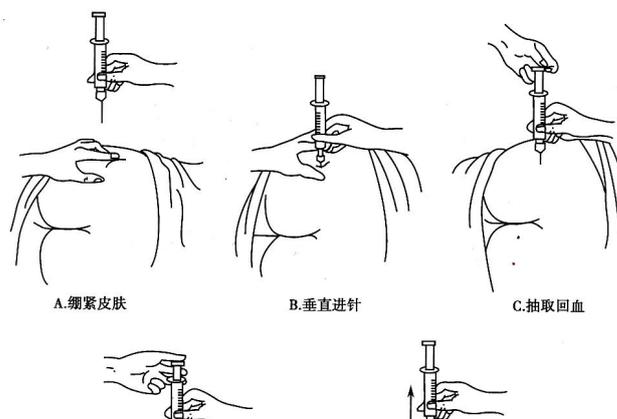
(5) 对需长期注射者，应交替更换注射部位，并选用细长针头，以避免或减少硬结的发生。如因长期多次注射出现局部硬结时，可采用热敷、理疗等方法予以处理。

【健康教育】

(1) 臀部肌肉注射时，为使臀部肌肉放松，减轻疼痛与不适，可嘱患者取侧卧位、俯卧位、仰卧位或坐位。为使局部肌肉放松，嘱患者侧卧位时上腿伸直，下腿稍弯曲；俯卧位时足尖相对，足跟分开，头偏向一侧。

(2) 对因长期多次注射出现局部硬结的患者，教给其局部热敷的方法。

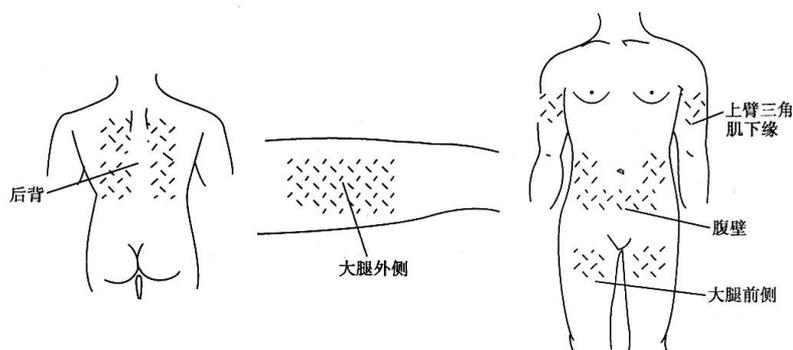
图 3-19 肌肉注射



二、皮下注射

皮下注射法 (hypodermic injection, HD) 是将少量药液或生物制剂注入皮下组织的方法 (图 3-20)

图 3-20 皮下注射部位



【目的】

- (1) 注入小剂量药物，用于不宜口服给药而需在一定时间内发生药效时。
- (2) 预防接种。
- (3) 局部麻醉用药。

【操作前准备】

- (1) 评估患者并解释：

1) 评估：①患者的病情、治疗情况、用药史及药物过敏史；②意识状态、

肢体活动能力、对用药计划的了解及合作程度；③注射部位的皮肤及皮下组织状况。

2) 解释：向患者及家属解释皮下注射的目的、方法、注意事项、药物的作用及配合要点。

(2) 护士准备：仪表端庄，着装整齐，佩戴胸牌，修剪指甲，洗手，戴口罩。

(3) 用物准备：

1) 注射盘。

2) 1~2ml 注射器、 $5\frac{1}{2}$ ~6 号针头、注射卡。

3) 药液：按医嘱准备。

(4) 环境准备：清洁、安静、光线适宜，必要时用屏风遮挡患者。

【操作步骤】

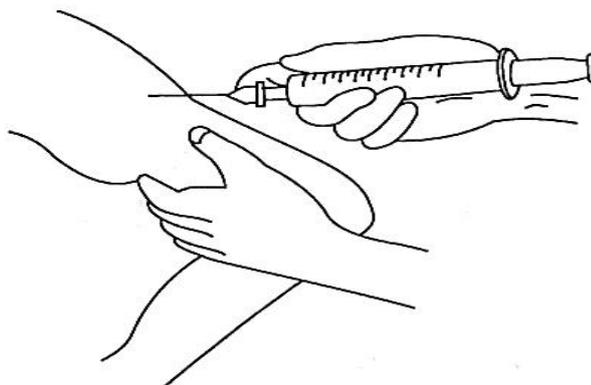
操作步骤详见（表 3-11）

表 3-11 皮下注射法操作步骤

| 步 骤 | 要点与说明 |
|---|--|
| 1. 按医嘱吸取药液 | • 严格执行查对制度和无菌操作原则 |
| 2. 核对 携用物至患者床旁，核对患者床号、姓名 | • 确认患者 |
| 3. 选择注射部位 | • 根据注射目的选择部位；常选用上臂三角肌下缘，也可选用两侧腹壁、后背、大腿前侧和外侧（图 3-20） |
| 4. 常规消毒皮肤、待干 | |
| 5. 二次核对，排尽空气 | • 操作中查对 • 操作中加强与患者的沟通，以发现不适及时处理 |
| 6. 穿刺 一手绷紧局部皮肤，一手持注射器，以示指固定针栓，针头斜面向上，与皮肤呈 30° ~ 40° ，快速刺入皮下（图 3-21） | • 进针不宜过深以免刺入肌层 • 一般将针梗的 $1/2$ ~ $2/3$ 刺入皮下，勿全部刺入以免不慎断针增加处理的难度 |

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 7. 推药 松开绷紧皮肤的手，抽动活塞，如无回血，缓慢推注药液 | • 确保针头未刺入血管内 • 推药速度宜缓慢、均匀以减轻疼痛 |
| 8. 拔针、按压 注射毕，用无菌干棉签轻压针刺处，快速拔针后按压片刻 | • 压迫至不出血为止 |
| 9. 操作后处理 | • 操作后查对 |
| (1) 协助取舒适卧位，整理床单位 | |
| (2) 清理用物 | • 严格按消毒隔离原则处理用物 |
| (3) 洗手 | |
| (4) 记录 | • 记录注射时间，药物名称、浓度、剂量，患者的反应 |
-

图 3-21 皮下注射



【注意事项】

- (1) 严格执行查对制度和无菌操作原则。
- (2) 对皮肤有刺激的药物一般不作皮下注射。
- (3) 护士在注射前详细询问患者的用药史。
- (4) 对过于消瘦者，护士可捏起局部组织，适当减小穿刺角度，进针角度不宜超过 45° ，以免刺入肌层。

【健康教育】

对长期注射者，应让患者了解，建立轮流交替注射部位的计划，经常更换注

射部位，以促进药物的充分吸收。

三、头皮针静脉输液

静脉输液（intravenous infusion）是将大量无菌溶液或药物直接输入静脉的治疗方法。对于静脉输液，护士的主要职责是遵医嘱建立静脉通道、监测输液过程以及输液完毕的处理。同时，还要了解治疗目的、输入药物的种类和作用、预期效果、可能发生的不良反应及处理方法。

（一）静脉输液的原理及目的

1. 静脉输液的原理

静脉输液是利用大气压和液体静压形成的输液系统内压高于人体静脉压的原理将液体输入静脉内。

2. 静脉输液的目的

（1）补充水分及电解质，预防和纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱。常用于各种原因引起的脱水、酸碱平衡失调患者，如腹泻、剧烈呕吐、大手术后的患者。

（2）增加循环血量，改善微循环，维持血压及微循环灌注量。常用于严重烧伤、大出血、休克等患者。

（3）供给营养物质，促进组织修复，增加体重，维持正氮平衡。常用于慢性消耗性疾病、胃肠道吸收障碍及不能经口进食（如昏迷、口腔疾病）的患者。

（4）输入药物，治疗疾病。如输入抗生素控制感染；输入解毒药物达到解毒作用；输入脱水剂降低颅内压等。

（二）静脉输液的常用溶液及作用

1. 晶体溶液

晶体溶液（crystalloid solution）分子量小，在血管内存留时间短，对维持细胞内外水分的相对平衡具有重要作用，可有效纠正体液及电解质平衡失调。常用的晶体溶液包括：

（1）葡萄糖溶液 用于补充水分及热量，减少蛋白质消耗，防止酮体产生，促进钠（钾）离子进入细胞内。每克葡萄糖在体内氧化可产生 16.480J（4cal）的热量。葡萄糖进入人体后，迅速分解，一般不产生高渗作用，也不引起利尿作用。

临床常用的葡萄糖溶液有 5% 葡萄糖溶液和 10% 葡萄糖溶液。

(2) 等渗电解质溶液 用于补充水分和电解质，维持体液和渗透压平衡。体液丢失时往往伴有电解质的紊乱，血浆容量与血液中钠离子水平密切相关，缺钠时，血容量往往也下降。因此，补充液体时应兼顾水与电解质的平衡。常用的等渗电解质溶液包括 0.9% 氯化钠溶液、复方氯化钠溶液（林格氏等渗溶液）和 5% 葡萄糖氯化钠溶液。

(3) 碱性溶液 用于纠正酸中毒，调节酸碱平衡失调。

1) 碳酸氢钠 (NaHCO_3) 溶液: NaHCO_3 进入人体后，解离成钠离子和碳酸氢根离子，碳酸氢根离子可以和体液中剩余的氢离子结合生成碳酸，最终以二氧化碳和水的形式排出体外。此外， NaHCO_3 还可以直接提升血中二氧化碳结合力。其优点是补碱迅速，且不易加重乳酸血症。但需注意的是， NaHCO_3 在中和酸以后生成的碳酸 (H_2CO_3) 必须以二氧化碳 (CO_2) 的形式经肺呼出，因此对呼吸功能不全的患者，此溶液的使用受到限制。临床常用的碳酸氢钠溶液的浓度有 4% 和 1.4% 两种。

2) 乳酸钠溶液: 乳酸钠进入人体后，可解离为钠离子和乳酸根离子，钠离子在血中与碳酸氢根离子结合形成碳酸氢钠。乳酸根离子可与氢离子生成乳酸。但值得注意的是，某些情况下，如休克、肝功能不全、缺氧、右心衰竭患者或新生儿，对乳酸的利用能力相对较差，易加重乳酸血症，故不宜使用。临床上常用的乳酸钠溶液的浓度有 11.2% 和 1.84% 两种。

(4) 高渗溶液 用于利尿脱水，可以在短时间内提高血浆渗透压，回收组织水分进入血管，消除水肿，同时可以降低颅内压，改善中枢神经系统的功能。临床上常用的高渗溶液有 20% 甘露醇、25% 山梨醇和 25%~50% 葡萄糖溶液。

2. 胶体溶液

胶体溶液 (colloidal solution) 分子量大，其溶液在血管内存留时间长，能有效维持血浆胶体渗透压，增加血容量，改善微循环，提高血压。临床上常用的胶体溶液包括：

(1) 右旋糖酐溶液 为水溶性多糖类高分子聚合物。常用溶液有中分子右旋糖酐和低分子右旋糖酐两种。中分子右旋糖酐 (平均相对分子量为 7.5 万左右) 有提高血浆胶体渗透压和扩充血容量的作用；低分子右旋糖酐 (平均相对分子量为

为4万左右)的主要作用是降低血液黏稠度,减少红细胞聚集,改善血液循环和组织灌注量,防止血栓形成。

(2) 代血浆 作用与低分子右旋糖酐相似,其扩容效果良好,输入后可使循环血量和心排出量显著增加,在体内停留时间较右旋糖酐长,且过敏反应少,急性大出血时可与全血共用。常用的代血浆有羟乙基淀粉(706代血浆)、氧化聚明胶、聚乙烯吡咯酮等。

(3) 血液制品 输入后能提高胶体渗透压,扩大和增加循环血容量,补充蛋白质和抗体,有助于组织修复和提高机体免疫力。常用的血液制品有5%清蛋白和血浆蛋白等。

3. 静脉高营养液

高营养液能提供热量,补充蛋白质,维持正氮平衡,并补充各种维生素和矿物质。主要成分包括氨基酸、脂肪酸、维生素、矿物质、高浓度葡萄糖或右旋糖酐以及水分。凡是营养摄入不足或不能经消化道供给营养的患者均可使用静脉插管输注高营养溶液的方法来维持营养的供给。常用的高营养液包括复方氨基酸、脂肪乳等。

输入溶液的种类和量应根据患者体内水、电解质及酸碱平衡紊乱的程度来确定,通常遵循“先晶后胶”、“先盐后糖”、“宁酸勿碱”的原则。在给患者补钾过程中,应遵循“四不宜”原则,即:不宜过浓(浓度不超过40mmol/L);不宜过快(不超过20~40mmol/h);不宜过多(限制补钾总量:依据血清钾水平,补钾量为60~80mmol/d,以每克氯化钾相当于13.4mmol钾计算,约需补充氯化钾3~6g/d);不宜过早(见尿后补钾:一般尿量超过40ml/h或500ml/d方可补钾)。输液过程中应严格掌握输液速度,随时观察患者的反应,并根据患者的病情变化及时做出相应的调整。

(三) 常用输液部位

输液时应根据患者的年龄、神志、体位、病情状况、病程长短、溶液种类、输液时间、静脉情况或即将进行的手术部位等情况来选择穿刺的部位。常用的输液部位包括:

1. 周围浅静脉 周围浅静脉是指分布于皮下的肢体末端的静脉。上肢常用的浅静脉有肘正中静脉、头静脉、贵要静脉、手背静脉网。手背静脉网是成人患

者输液时的首选部位；肘正中静脉、贵要静脉和头静脉可以用来采集血标本、静脉推注药液或作为经外周中心静脉置管（peripherally inserted central catheter, PICC）的穿刺部位。

下肢常用的浅静脉有大隐静脉、小隐静脉和足背静脉网，但下肢的浅静脉不作为静脉输液时的首选部位，因为下肢静脉有静脉瓣，容易形成血栓。小儿常用足背静脉，但成人不主张用足背静脉，因其容易引起血栓性静脉炎。

2. 头皮静脉 由于头皮静脉分布较多，互相沟通，交错成网，且表浅易见，不宜滑动，便于固定，因此，常用于小儿的静脉输液。较大的头皮静脉有颞浅静脉、额静脉、枕静脉和耳后静脉。

3. 锁骨下静脉和颈外静脉 常用于进行中心静脉插管。需要长期持续输液或需要静脉高营养的患者多选择此部位。将导管从锁骨下静脉或颈外静脉插入，远端留置在右心室上方的上腔静脉。

护士在为患者进行静脉输液前要认真选择合适的穿刺部位。在选择穿刺部位时要注意以下几个问题：第一，因为老年人和儿童的血管脆性较大，应尽量避免易活动或凸起的静脉，如手背静脉。第二，穿刺部位应避开皮肤表面有感染、渗出的部位，以免将皮肤表面的细菌带入血管。第三，禁止使用血管透析的端口或瘘管的端口进行输液。第四，如果患者需要长期输液，应注意有计划地更换输液部位，以保护静脉。通常静脉输液部位的选择应从远心端静脉开始，逐渐向近心端使用。

（四）头皮针静脉输液

【目的】

同“静脉输液的目的”。

【操作前准备】

（1）评估患者并解释：

1) 评估：患者的年龄、病情、意识状态及营养状况等；心理状态及配合程度；穿刺部位的皮肤、血管状况及肢体活动度。

2) 解释：向患者及家属解释输液的目的、方法、注意事项及配合要点。

（2）护士准备：仪表端庄，着装整齐，配戴胸牌，修剪指甲，洗手，戴口罩。

(3) 用物准备:

1) 治疗车上层: 注射盘用物一套、弯盘、液体及药物(按医嘱准备)、加药用注射器及针头、止血带、胶布(或输液敷贴)、静脉小垫枕、治疗巾、瓶套、砂轮、开瓶器、输液器一套、输液卡、输液记录单、手消毒液。

2) 治疗车下层: 锐器收集盒、生活垃圾桶、医用垃圾桶。

3) 其他: 输液架, 必要时备小夹板、棉垫及绷带。

(4) 环境准备整洁、安静、舒适、安全。

【操作步骤】

操作步骤详见(3-12)

表 3-12 头皮针静脉输液法

| 步 骤 | 要点与说明 |
|---|---|
| 1. 核对并检查药物 | |
| (1) 核对药液瓶签(药名、浓度、剂量)及给药时间和给药方法 | • 操作前查对: 根据医嘱严格执行查对制度, 避免差错事故发生 |
| (2) 检查药液的质量 | • 检查药液是否过期, 瓶盖有无松动, 瓶身有无裂痕。将输液瓶上下摇动, 对光检查药液有无浑浊、沉淀及絮状物等 |
| 2. 加药 | |
| (1) 套上瓶套 | |
| (2) 用开瓶器启开输液瓶铝盖的中心部分, 常规消毒瓶塞 | • 消毒范围至铝盖下端瓶颈部 |
| (3) 按医嘱加入药物 | • 加入的药物应合理分配, 并注意药物之间的配伍禁忌 |
| (4) 根据病情需要有计划地安排输液顺序 | |
| 3. 填写、粘贴输液贴 根据医嘱(输液卡上的内容)填写输液贴, 并将填好的输液贴倒贴于输液瓶上 | • 注意输液贴勿覆盖原有的标签 |

4. 插输液器 检查输液器质量，无问题后取出输液器，将输液器的插头插入瓶塞直至插头根部，关闭调节器
 - 检查输液器是否过期，包装有无破损
 - 插入时注意保持无菌
5. 核对患者 携用物至患者床旁，核对患者床号、姓名。再次洗手
 - 操作前查对：保证将正确的药物给予正确的患者，避免差错事故的发生
6. 排气
 - (1) 将输液瓶挂于输液架上
 - 高度适中，保证液体压力超过静脉压，以促进液体进入静脉
 - (2) 倒置茂菲滴管，并挤压滴管使输液瓶内的液体流出。当茂菲管内的液面达到滴管的 1/2~2/3 满时，迅速转正滴管，打开调节器，使液平面缓慢下降，直至排尽导管和针头内的空气（图 3-22）
 - 输液前排尽输液管及针头内的气体，防止发生空气栓塞
 - 如茂菲滴管下端的输液管内有大小气泡不易排除时，可以轻弹输液管，将气泡弹至茂非滴管内
 - (3) 将输液管末端放入输液器包装袋内，置于治疗盘中
 - 保证输液装置无菌
7. 选择穿刺部位 将小垫枕置于穿刺肢体下，铺治疗巾，在穿刺点上方 6~8cm 处扎止血带
 - 根据选择静脉的原则选择穿刺部位
 - 注意使止血带的尾端向上
 - 止血带的松紧度以能阻断静脉血流不阻断动脉血流为宜
 - 如果静脉充盈不良，可以采取下列方法：按摩血管；嘱患者反复进行握、松拳几次；用手指轻拍血管等
8. 消毒皮肤 按常规消毒穿刺部位的皮肤，消毒范围大于 5cm，待干，备胶布
 - 保证穿刺点及周围皮肤的无菌状态，防止感染
9. 二次核对 核对患者床号、姓名，所用药液的药名、浓度、剂量及给
 - 操作中查对：避免差错事故的发生

药时间和给药方法

10. 静脉穿刺

- (1) 嘱患者握拳
 - 使静脉充盈
- (2) 再次排气
 - 确保穿刺前滴管下端输液管内无气泡
 - 注意排液于弯盘内
- (3) 穿刺：取下护针帽，按静脉注射法穿刺。见回血后，将针头与皮肤平行再进入少许
 - 沿静脉走行进针，防止刺破血管
 - 见回血后再进针少许可以使针头斜面全部进入血管内

- ### 11. 固定
- 固定好针柄，松开止血带，嘱患者松拳，打开调节器。待液体滴入通畅、患者无不舒适后，用输液敷贴（或胶布）固定针柄，固定针眼部位，最后将针头附近的输液管环绕后固定（图 3-23）。必要时
- 固定可防止由于患者活动导致针头刺破血管或滑出血管外
 - 覆盖穿刺部位以防污染
 - 将输液管环绕后固定可以防止牵拉输液针头

用

夹板固定关节

- ### 12. 调节滴速
- 根据患者年龄、病情及药液的性质调节输液滴速
- 通常情况下，成人 40~60 滴/分，儿童 20~40 滴/分
 - 目前临床常用的输液器的点滴系数是 20，因此，成人输液滴数应为 55~80 滴/分

- ### 13. 再次核对
- 核对患者的床号、姓名，药物名称、浓度、剂量，给药时间和给药方法
- 操作后查对：避免差错事故的发生

14. 操作后处理

- (1) 安置卧位：撤去治疗巾，取出止血带和小垫枕，整理床单位，协助患者取舒适卧位
- (2) 将呼叫器放手患者易取处

- (3) 整理用物，洗手
- (4) 记录
- 在输液记录单上记录输液开始的时间、滴入药液的种类、滴速、患者的全身及局部状况，并签全名
15. 输液完毕后的处理
- (1) 确认全部液体输入完毕后，关闭输液器，轻揭输液敷贴(或胶布)，用无菌干棉签或无菌棉球轻压穿刺点上方，快速拔针，局部按压1-2分钟(至无出血为止)
- 输液完毕后及时拔针，以防空气进入导致空气栓塞
 - 拔针时勿用力按压局部，以免引起疼痛；按压部位应稍靠皮肤穿刺点以压迫静脉进针点，防止皮下出血
- (2) 协助患者适当活动穿刺肢体，并协助取适舍卧位
- (3) 整理床单位，清理用物
- (4) 洗手，做好记录
- 记录输液结束的时间，液体和药物滴入的总量，患者有无全身和局部反应

【注意事项】

- (1) 严格执行无菌操作及查对制度，预防感染及差错事故发生。
- (2) 根据病情需要合理安排输液顺序，并根据治疗原则，按缓及及药物半衰期的等情况合理分配药物。
- (3) 对需要长期输液的患者，要保护和合理使用静脉，一般从远小静脉开始。
- (4) 输液前要排完输液管及针头内的空气，药液滴完要及时更换输液瓶或拔针，严防造成空气栓塞。
- (5) 注意药物的配伍禁忌，对于刺激或特殊药物，应在针头已刺入静脉内时再输入。
- (6) 严格掌握输液的速度，对有心肺肾疾病的患者 老年患者 婴幼儿及输注高渗 含钾或升压药的患者，要减慢输液速度，对严重脱水 心肺功能良好者可适当加快速度。
- (7) 输液过程中加强巡视注意下情况

1) 滴入是否通畅, 针头或输液管有无漏液, 针头有无脱出、阻塞或移位, 输液管有无扭曲及受压。

2) 有无液体外溢, 注意局部有无肿胀或疼痛。有些药物如甘露醇、去甲肾上腺素等药物外溢会引起局部组织坏死, 如发生上述情况, 应立即停输液并通知医生。

3) 密切观察有无输液反应, 如患者心悸、畏寒、持续性咳嗽等情况应立即减慢或停止输液, 并通知医生及时处理。每次观察巡视后, 应立即作好记录。

【健康宣教】

(1) 向患者说明年龄、病情及药物性质是决定输液速度的主要因素, 嘱患者不要自行调节输液速度以免发生意外。

(2) 向患者介绍常见输液反应的症状及防治方法, 告知患者一旦发生输液反应的表现, 及时使用呼叫器。

(3) 对长期输液的患者, 护士因应做好心理护理, 消除焦虑及厌烦情趣。

图 3-22 静脉输液排气法

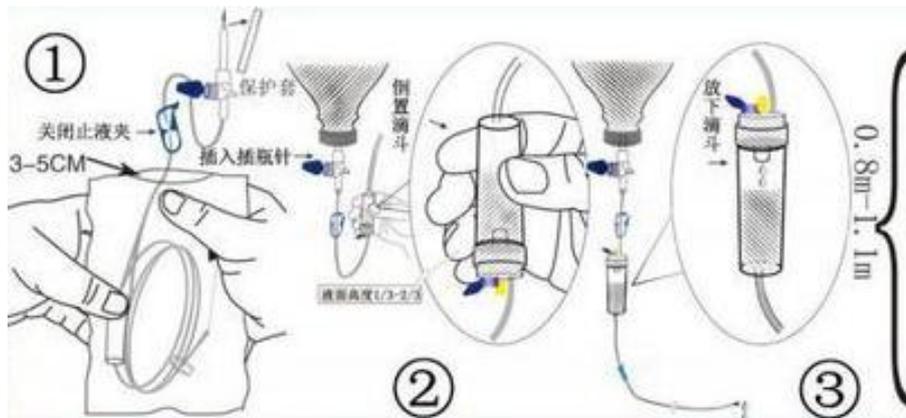
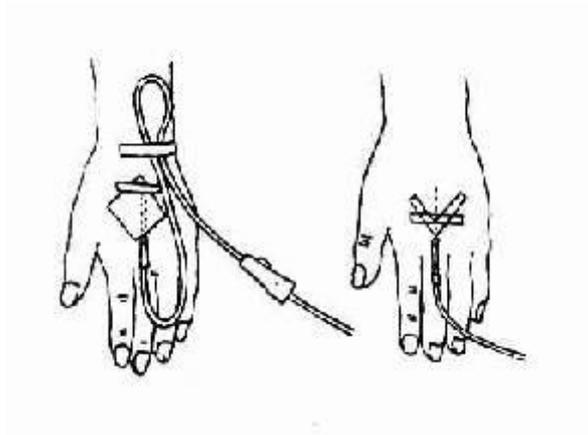


图 3-23 胶布固定法



第三节 协助患者清理呼吸道

一、雾化吸入

雾化吸入法 (inhalation) 是应用雾化装置将药液分散成细小的雾滴以气雾状喷出, 使其悬浮在气体中经鼻或口由呼吸道吸入的治疗方法。吸入药物除了对呼吸道局部产生作用外, 还可通过肺组织吸收而产生全身性疗效。雾化吸入用药具有奏效较快、药物用量较小、不良反应较轻的优点, 临床应用广泛。常用的雾化吸入法有超声波雾化吸入法、氧气雾化吸入法、压缩雾化吸入法和手压式雾化器雾化吸入法四种。

(一) 超声波雾化吸入法

超声波雾化吸入法是应用超声波声能将药液变成细微的气雾, 再由呼吸道吸入的方法。其雾量大小可以调节, 雾滴小而均匀, 药液可随深而慢的吸气到达终末支气管和肺泡。

【目的】

1. 湿化气道 常用于呼吸道湿化不足、痰液黏稠、气道不畅者, 也可作为气管切开术后常规治疗手段。
2. 控制呼吸道感染 消除炎症, 减轻呼吸道黏膜水肿, 稀释痰液, 帮助祛痰。常用于咽喉炎、支气管扩张、肺炎、肺脓肿、肺结核等患者。

3. 改善通气功能 解除支气管痉挛，保持呼吸道通畅。常用于支气管哮喘等患者。

4. 预防呼吸道感染 常用于胸部手术前后的患者。

【操作前准备】

1. 评估患者并解释

(1) 评估：

1) 患者的病情、治疗情况、用药史、所用药物的药理作用。

2) 意识状态、心理状态及合作程度。

3) 对治疗计划的了解程度。

4) 呼吸道是否感染、通畅，有无支气管痉挛、呼吸道黏膜水肿、痰液等。

5) 面部及口腔黏膜有无感染、溃疡等。

(2) 解释：向患者及家属解释超声波雾化吸入法的目的、方法、注意事项及配合要点。

2. 护士准备：仪表端庄，着装整洁，配戴胸牌，修剪指甲，洗手，戴口罩。

3. 用物准备

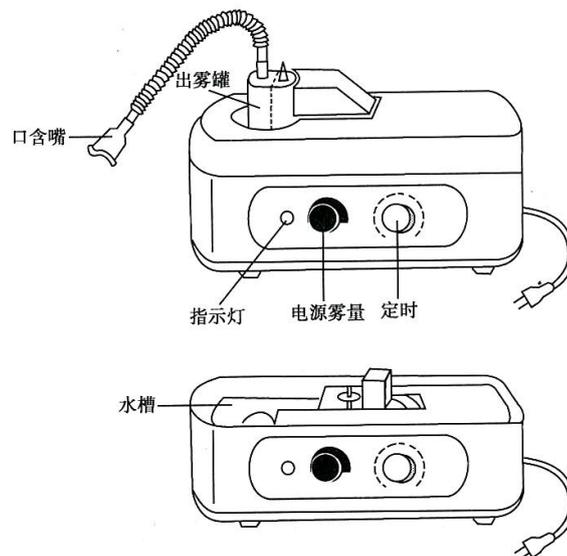
(1) 超声波雾化吸入器（图 3-24）一套

(2) 水温计、弯盘、冷蒸馏水、生理盐水。

(3) 药液：根据病人病情及医嘱准备药液。

4. 环境准备 环境清洁、安静，光线、温湿度适宜。

图 3-24 超声雾化器



【操作步骤】

操作步骤详见（3-13）

表 3-13 超声波雾化吸入

| 步 骤 | 要点与说明 |
|--|---|
| 1. 检查雾化器 | • 使用前检查雾化器各部件是否完好，有无松动、脱落等异常情况 |
| 2. 连接雾化器主件与附件 | |
| 3. 加冷蒸馏水于水槽内 | • 水量视不同类型的雾化器而定，要求浸没雾化罐底部的透声膜 • 水槽和雾化罐内切忌加温水或热水，水槽内无水时，不可开机，以免损坏仪器 |
| 4. 加药 将药液用生理盐水稀释至 30~50ml 倒入雾化罐内，检查无漏水后，将雾化罐放入水槽，盖紧水槽盖 | • 水槽底部的晶体换能器和雾化罐底部的透声膜薄而质脆，易破碎，操作中注意不要损坏 |
| 5. 核对 携用物至患者处，核对患者床号、姓名 | • 确认患者 |
| 6. 开始雾化 | |
| (1) 协助患者取舒适卧位 | |
| (2) 接通电源，打开电源开关（指示灯亮），预热 3~5 分钟 | |
| (3) 调整定时开关至所需时间 | • 一般每次定 15~20 分钟 |
| (4) 打开雾化开关，调节雾量 | • 水槽内须保持有足够的冷水，如发现水温超过 50℃或水量不足，应关机，更换或加入冷蒸馏水 |
| (5) 将口含嘴放入患者口中（也可用面罩），指导患者做深呼吸 | |
| 7. 结束雾化 | • 连续使用雾化器时，中间需间隔 30 |

分钟

- (1) 治疗中，取下口含嘴
- (2) 关雾化开关，再关电源开关

8. 操作后处理

- (1) 擦干患者面部，协助其取舒适卧位，整理床单位
 - (2) 清理用物，放掉水槽内的水，擦干水槽。将口含嘴、雾化罐、螺旋管浸泡于消毒液内 1 小时，再洗净晾干备用
 - (3) 洗手，记录
- 记录雾化开始时间及持续时间，患者的反应及效果等

【注意事项】

1. 护士熟悉雾化器性能，水槽内应保持足够的水量（虽有缺水保护装置，但不可在缺水状态下长时间开机），水温不宜超过 50℃。
2. 注意保护药杯及水槽底部晶体换能器，因药杯及晶体换能器质脆易破碎，在操作及清洗过程中，动作要轻，防止损坏。
3. 观察患者痰液排出是否困难，若因黏稠的分泌物经湿化后膨胀致痰液不易咳出时，应予以拍背以协助痰排出，必要时吸痰。

【健康教育】

1. 向患者介绍超声波雾化吸入器的作用原理并教会其正确的使用方法。
2. 教给患者深呼吸的方法及用深呼吸配合雾化的方法。

（二）氧气雾化吸入法

氧气雾化吸入法是借助高速氧气气流，使药液形成雾状，随吸气进入呼吸道的方法。

1. 氧气雾化器

（1）结构（图 3-25）

（2）原理氧气雾化吸入法的基本原理是借助高速气流通过毛细管并在管口产生负压，将药液由相邻的小管吸出；所吸出的药液又被毛细管口高速的气流撞

击成细小的雾滴，呈气雾喷出。

2. 使用方法

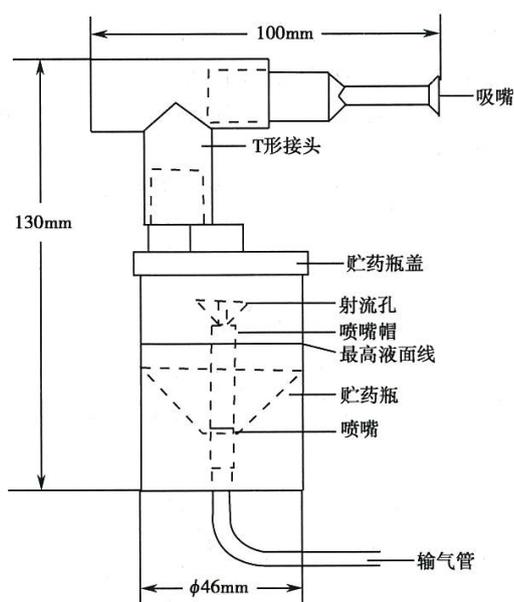
【目的】

同超声雾化吸入法。

【操作前准备】

1. 评估患者并解释：同超声波雾化吸入法。
2. 护士准备：仪表端庄，着装整洁，配戴胸牌，修剪指甲，洗手，戴口罩。
3. 用物准备：氧气雾化吸入器、氧气装置一套、弯盘、药液。
4. 环境准备：清洁、安静、光线适宜，必要时用屏风遮挡患者。

图 3-25 射流氧气雾化器



【操作步骤】

操作步骤详见（3-14）

表 3-14 氧气雾化吸入

| 步 骤 | 要点与说明 |
|---|--|
| 1. 检查氧气雾化吸入器，遵医嘱将药液稀释至 5ml，注入雾化器的药杯内 | • 使用前检查雾化吸入器连接是否完好，有无漏气 |
| 2. 核对 携用物至患者床旁，核对患者床号、姓名 | • 确认患者 |
| 3. 连接 连接雾化器的接气口与氧气装置的橡皮管口 | • 氧气湿化瓶内勿放水，以免液体进入雾化吸入器内使药液稀释 |
| 4. 调节氧气流量 | • 氧气流量一般为 6~8L/min |
| 5. 开始雾化 指导患者手持雾化器，将吸嘴放入口中紧闭嘴唇深吸气，用鼻呼气，如此反复，直至药液吸完为止 | • 深长吸气，使药液充分到达细支气管和肺内，屏气 1~2 秒，再轻松呼气，可提高治疗效果 |
| 6. 结束雾化 取出雾化器，关闭氧气开关 | • 操作中，严禁接触烟火和易燃品 |
| 7. 操作后处理 | |
| (1) 协助清洁口腔，取舒适卧位，整理床单位 | |
| (2) 清理用物 | • 一次性雾化吸入器用后按规定消毒处理备用 |
| (3) 洗手，记录 | • 记录内容同超声波雾化吸入法 |

【注意事项】

1. 正确使用供氧装置注意用氧安全，室内应避免火源；氧气湿化瓶内勿盛水，以免液体进入雾化器内使药液稀释影响疗效。

2. 观察及协助排痰注意观察患者痰液排出情况，如痰液仍未咳出，可予以拍背、吸痰等方法协助排痰。

3. 使用雾化器时，应取下湿化瓶。防止湿化瓶老化，注意使用安全。

【健康教育】

同超声波雾化吸入法。

二、指导有效咳嗽、咳痰及叩背

（一）有效咳嗽

咳嗽是一种防御性呼吸反射，可排出呼吸道内的异物、分泌物，具有清洁、保护和维持呼吸道通畅的作用。适用于神志清醒尚能咳嗽的患者。护士应对患者进行指导，帮助患者学会有效咳嗽的方法。促进有效咳嗽的主要措施：①改变患者姿势，使分泌物流入大气道内便于咳出。②鼓励患者做缩唇呼吸，即鼻吸气，口缩唇呼气，以引发咳嗽反射。③在病情许可情况下，增加患者活动量，有利于痰液的松动。④双手稳定地按压胸壁下侧，提供一个坚实的力量，有助于咳嗽。有效咳嗽的步骤为：患者取坐位或半卧位，屈膝，上身前倾，双手抱膝或在胸部和膝盖上置一枕头并用两肋夹紧，深吸气后屏气3秒（有伤口者，护士应将双手压在切口的两侧），然后患者腹肌用力，两手抓紧支持物（脚和枕），用力做爆破性咳嗽，将痰液咳出（图3-26）。

（二）引起咳嗽和咳痰的致病因素

1. 感染因素：如上呼吸道感染、支气管炎、支气管扩张症、肺炎、肺结核等。
2. 理化因素：肺癌生长压迫支气管；误吸；各种刺激性气体、粉尘的刺激。
3. 过敏因素：过敏体质者吸入致敏物、如过敏性鼻炎、支气管哮喘等。
4. 其他：后鼻部分泌物滴流、胃食管反流、服用 β 受体阻滞剂或血管紧张素转换酶抑制剂等均可致咳嗽、咳痰。

（三）叩击（percussion）

胸部叩击：是一种借助叩击所产生的振动和重力作用，使滞留在气道内的分泌物松动，并移行到中心气道，最后通过咳嗽排出体外的胸部物理治疗方法。该方法适用于久病体弱、长期卧床、排痰无力者。禁用于未经引流的气胸、肋骨骨折、有病理性骨折史、咯血、低血压及肺水肿等病人。

1. 方法：病人侧卧位或在他人协助下取坐位，叩击者两手手指弯曲并拢，使掌侧呈杯状，以手腕力量，从肺底自下而上、由外向内（图3-27），迅速而有节律地叩击胸壁。每一肺叶叩击1~3分钟，每分钟叩击20~180次，叩击时发

出一种空而深的拍击音则表明叩击手法正确。

2. 胸部叩击的注意事项:

(1) 评估: 叩击前听诊肺部有无呼吸音异常及干、湿啰音, 明确痰液潴留部位。

(2) 叩击前准备: 用单层薄布覆盖叩击部位, 以防止直接叩击引起皮肤发红, 但覆盖物不宜过厚, 以免降低叩击效果。

(3) 叩击要点: 叩击时避开乳房、心脏、骨突部位(脊椎、肩胛骨、胸骨)及衣服拉链、纽扣等; 叩击力量应适中, 以病人不能感到疼痛为宜; 每次叩击时间以 5~15 分钟为宜, 应安排在餐后 2 小时至餐前 30 分钟完成, 以避免治疗中引发呕吐; 叩击时应密切注意病人的反应。

(4) 操作后: 嘱病人休息并协助做好口腔护理, 去除痰液气味; 询问病人的感受, 观察痰液情况, 复查生命体征、肺部呼吸音及啰音变化。

(四) 体位引流 (postural drainage)

置患者于特殊体位, 将肺与支气管所存积的分泌物, 借助重力作用使其流入大气管并咳出体外, 称体位引流。适用于痰量较多、呼吸功能尚好的支气管扩张、肺脓肿等患者, 可起到重要的治疗作用。对严重高血压、心力衰竭、高龄、极度衰弱、意识不清等患者应禁忌。其实施要点为:

1. 患者体位要求是患肺处于高位, 其引流的支气管开 1: 3 向下, 便于分泌物顺体位引流而咳出。临床上应根据病变部位不同采取相应的体位进行引流。

2. 嘱患者间歇深呼吸并尽力咳痰, 护士轻叩相应部位, 提高引流效果。

3. 痰液黏稠不易引流时, 可给予蒸气吸入、超声雾化吸入、祛痰药, 有利排出痰液。

4. 宜选择空腹时体位引流, 每日 2~4 次, 每次 15~30 分钟。

5. 体位引流时应监测:

(1) 患者的反应, 如出现头晕、面色苍白、出冷汗、血压下降等, 应停止引流;

(2) 引流液的色、质、量, 并予以记录。如引流液大量涌出, 应注意防止窒息。如引流液每日小于 30ml, 可停止引流。

叩击与体位引流后, 遂即进行深呼吸和咳嗽, 有利于分泌物的排出。

图 3-26 有效咳嗽



图 3-27 叩击



(五) 咳嗽咳痰及叩背操作步骤

【目的】

1. 清除呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅。
2. 促进呼吸功能，改善肺通气。
3. 预防并发症发生。

【操作前准备】

1. 评估患者并解释：

(1) 患者年龄、病情、意识、治疗情况，有无将呼吸道分泌物排出的能力，心理状态及合作程度。

(2) 呼吸道分泌物量、粘稠度、部位，听诊肺部啰音情况。

2. 护士准备：仪表端庄，着装整洁，配戴胸牌，修剪指甲，洗手，戴口罩。

3. 用物准备：治疗车（含生活垃圾桶、医疗垃圾桶）、听诊器、枕头、水杯、吸水管、卫生纸。

4. 环境准备：清洁、安静、安全、光线适宜。

【操作步骤】

操作步骤详见（表 3-15）

表 3-15 咳嗽咳痰及叩背操作步骤

| 步 骤 | 要点与说明 |
|---|--------------------------|
| 1. 核对 携用物至患者床旁，核对患者床号、姓名 | ● 确认患者 |
| 2. 协助患者咳嗽排痰的方法有三种 | |
| (1) 深呼吸和有效咳嗽 | |
| 1) 指导病人取坐位，双脚着地，身体稍前倾，双手环抱一个枕头，有助于膈肌上升。 | |
| 2) 进行数次深而缓慢的腹式呼吸，于深吸气末摒气，然后缩唇慢慢的通过口腔尽可能的呼气。 | ● 咳嗽时收缩腹肌，用自己的手按压上腹部帮助咳嗽 |
| 3) 在深吸气后摒气 3-5S，身体前 | |

倾从胸腔进行 2-3 次短促有力的咳嗽，
张口咳出痰液。

(2) 胸部叩击法

1) 病人侧卧位

2) 叩击者双手五指并拢稍弯曲呈
弧形

3) 从肺底自上而下、由外向内叩击
胸壁

4) 时间：每次 2-15 分钟

(3) 体位引流法

1) 根据病变部位采取适当的体位

2) 痰液较粘稠时，引流前应先做雾
化吸入，间歇做深呼吸后用力将痰液咳
出，同时轻拍患者的背部，有利于痰液
引出。

3. 指导患者多饮水，经常更换体
位。

4. 操作后处理

(1) 清理用物

(2) 洗手，记录

● 叩击时避开乳房、心脏和骨突处部
位

● 以手腕力量

● 迅速而有节律

● 餐后两小时至餐前 30 分钟完成

● 原则上是使病变部位处于高位，引
流支气管开口向下，借重力使痰液
顺体位引流至气管而排出

【注意事项】

(1) 为患者叩击排痰不可在裸露皮肤、肋骨上下、脊柱、乳房等部位叩打。

(2) 体位引流主要用于支气管扩张、肺脓肿等大量脓肿者，可起到有效的治疗作用。对严重高血压、心力衰竭、高龄、极度衰弱、意识不清等患者应禁忌。

(3) 如患者出现头晕、面色苍白、出冷汗、血压下降等，应停止体位引流。

(4) 如引流液大量涌出，应注意防止窒息。

- (5) 叩击与体位引流后，随即间歇深呼吸和咳嗽，有利于分泌物的排出。
- (6) 患儿、老年体弱者慎用强镇咳药。
- (7) 患儿、老年体弱者取侧卧位，防止痰堵窒息。
- (8) 保持口腔清洁，必要时行口腔护理。
- (9) 有窒息危险的患者，备好吸痰物品，做好抢救准备。
- (10) 对于过敏性咳嗽患者，避免接触过敏原。

【健康教育】

- (1) 指导患者识别并避免诱因。
- (2) 告知患者养成正确的饮食、饮水习惯。
- (3) 指导患者掌握正确的咳嗽方法。
- (4) 教会患者有效的咳痰方法。
- (5) 指导患者正确配合雾化吸入或蒸汽吸入。

第四节 抢救技术

一、单人心肺复苏

(一) 概述

抢救技术是在患者危急状态下所采取的一种紧急救护措施。护士作为专业的医务人员，必须熟练掌握常见危急症的评估方法、处理流程及急救措施，以挽救患者生命、提高抢救成功率、减少伤残率、促进康复、提高生命质量。

1. 评估和观察要点

(1) 确认现场环境安全。

(2) 确认患者无意识、无运动、无呼吸（终末叹气应看做无呼吸）。通过动作或声音刺激判断患者有无意识，双手拍患者双肩并呼叫：“喂，你怎么了？”（轻拍重唤），如无反应应立即采取平卧位，立即实施心肺复苏。

2. 操作要点

(1) 立即呼救，同时检查脉搏（判断患者颈动脉搏动：操作者食指和中指指尖触及患者气管正中喉结的部位，向同侧下方滑动 2—3 厘米，至胸锁乳突肌前缘凹陷处），如图 1，时间 < 10s，如无颈动脉搏动，应立即进行胸外按压，寻求帮助，记录时间。

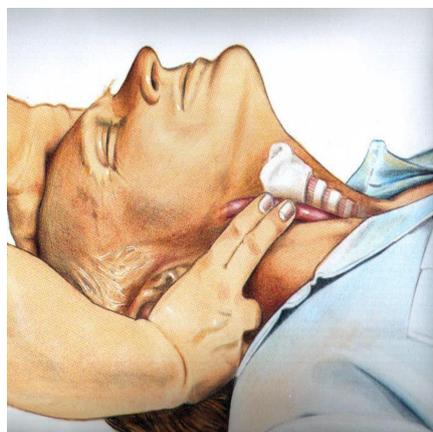


图 1 触摸颈动脉图

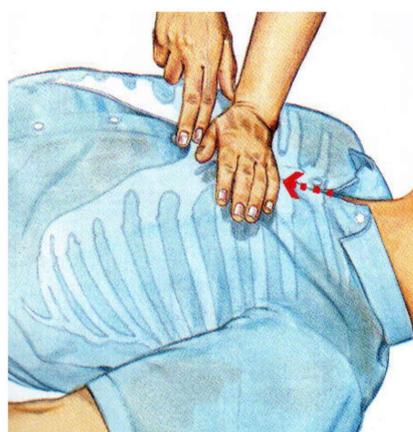


图 2 胸外按压部位

(2) 患者仰卧在坚实表面（地面或垫板）。

(3) 暴露胸腹部，松开腰带。

(4) 开始胸外按压，术者将一手掌根部紧贴在患者双乳头联线的胸骨中心，如图 2，另一手掌根部重叠放于其手背上，两手手指翘起（扣在一起），两肩、臂、肘垂直向下按压，使胸骨下陷 5cm—6cm，每次按压后使胸廓完全回弹，放松时手掌不能离开胸壁，保持已选好的按压位置不变，按压频率 100—120/min，如图 3。



图 3 胸外按压要领

(5) 开放气道：1) 解开衣领口、领带、围巾及腰带；2) 清除口腔、气道内分泌物或异物，有义齿应取下；3) 开放气道，采用仰头抬颏法（颈椎受损时采用抬举下颌法），如图 4、图 5；

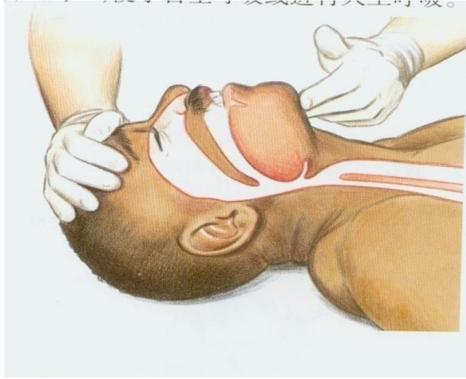


图 4 仰头抬颏法

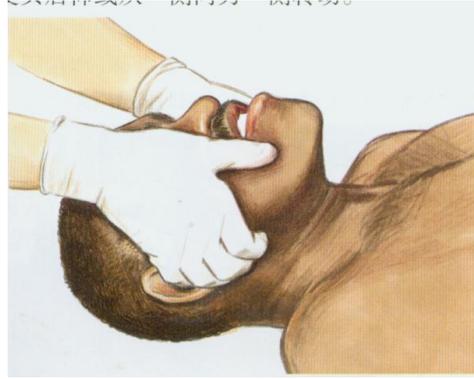


图 5 托颌法

(6) 人工呼吸：1) 口对口人工呼吸：送气时捏住患者鼻子，呼气时松开，送气时间为 1 秒，见胸廓抬起即可；2) 应用简易呼吸器：将简易呼吸器连接氧气，氧流量 8-10 升/分，一手以“EC”手法固定面罩，另一手挤压简易呼吸器，每次送气 500-600 毫升，频率 10-12 次/分（已插管的患者，每 6—8 秒吹气一次，每分钟通气 8—10 次）；3) 胸外按压：人工呼吸=30:2；4) 操作 5 个循环后再次判断颈动脉搏动及呼吸，如已恢复，进行进一步高级生命支持；如颈动脉搏动及呼吸未恢复，继续上述操作 5 个循环后再次判断，直至被高级生命支持的实施者接管；5) 采取仰头举颏法（医务人员对于创伤患者使用推举下颌法）开放气道，简易呼吸器连接氧气，调节氧流量至少 10~12L/min（有氧情况下）。使面罩与患者面部紧密衔接，挤压气囊 1s，使胸廓抬举，连续 2 次。通气频率 8~10/min；6) 按压和通气比 30:2；7) 反复 5 个循环后，进行复苏效果评估，如未成功则继续进行 CPR，评估时间不超过 10s。

3. 注意事项

- (1) 人工呼吸时送气量不宜过大，以免引起患者胃部胀气。
- (2) 胸外按压时要确保足够的频率及深度，尽可能不中断胸外按压，每次胸外按压后要让胸廓充分的回弹，以保证心脏得到充分的血液回流。
- (3) 按压部位要准确，如部位太低，可能损伤腹部脏器或引起胃内容物反流；部位过高可伤及大血管；若部位不在中线，则可引起肋骨骨折。
- (4) 按压姿势要正确，按压时肩、肘、腕在一条直线上，并与患者身体长轴垂直，按压时，手掌掌根不能离开胸壁。
- (5) 2015 年新指南明确指出：如果旁观者没有经过心肺复苏培训，可提供只有胸外按压，直至受害者被专业抢救者接管。训练有素的救援人员应该至少为被

救者提供胸外按压，另外，如果能够执行人工呼吸，按压和呼吸比例为 30:2 进行，咋到达抢救室前，被抢救者应持续胸外按压。

思考题

1. 心肺复苏有效的指针是什么？

参考书目

1. 李小寒 尚少梅 基础护理学. 第 5 版. 人民卫生出版社, 2012
2. 卫生部总后卫生部. 临床护理实践指南 (2011 版)

二、心电图操作及简单判读

(一) 心电图操作

1. 目的要求

- (1) 熟悉心电图机的原理及分类
- (2) 掌握心电图机的使用方法与注意事项。

2. 实验步骤

(1) 操作者着装规范核对病人：请问您是__床×××吗？我是×护士，根据您的病情需要给您录个心电图，检查你的心脏状况。请您不要紧张，请您配合护士工作过程中请不要活动，也不要说话，做深呼吸放松。

(2) 准备病人：用语：“请您平卧，放松，我要给您安置电极。我来帮您解开衣扣并清洁皮肤，可能会感觉有点凉，请谅解。”

(3) 病人取水平仰卧位。

(4) 解开衣扣，暴露胸部，露出手腕以及脚腕部。

(5) 酒精棉球清洁皮肤。

(6) 接通电源，安放导联电极。

肢导联—右上肢 (RA/R)：红；左上肢 (LA/L)：黄；右下肢 (RL/RF)：黑；左下肢 (LL/L)：绿；胸导联—(红) C1/V1：胸骨右缘第 4 肋间 (黄) C2/V2：胸骨左缘第 4 肋间 (绿) C3/V3：V2、V4 连线中点。(棕) C4/V4：左锁骨中线与第 5 肋间交点。(黑) C5/V5：左腋前线同 V4 水平处。(紫) C6/V6：左腋中线同 V4 水平处。V7：左腋后线与 V4 同一水平 V8：左肩胛下角与 V4 同一水平 V9：左

脊椎旁线与 V4 同一水平 V3R ~V5R : V3~V5 的右侧对应部位 VE: 相当于剑突下

(7) 录图:

1) 开机。

2) 按定标, 走纸速度 25mm/s、滤波等键。

3) 检查描笔的位置, 调针至心电图纸正中。

4) 按开始键开始描记心电图。

5) 按 I、II、III、aVR、aVL、aVF、V1、V2、V3、V4、V5、V6、

V3R、V4R、V5R、V7、V8 导联的顺序描记心电图。

6) 完成录图。

7) 关机。

8) 取下心电图纸。

(6) 整理床单元:

1) 摆体位, 盖被。

2) 放好呼叫器。

3) 交代注意事项: __床×××, 您配合得很好, 谢谢您的合作, 呼叫器放你枕边了, 有事请呼叫我。

(7) 标记: 在心电图纸上标记__床×××、性别、年龄、录图时间、导联。

(8) 整理用物, 放回原处备用。

(9) 心电图交医生。

3. 注意事项

(1) 检查心电图前, 不应剧烈运动、饱餐、饮茶、喝酒、吃冷饮或吸烟。

(2) 必要时加作 V3R、V4R、V5R 或 V7、V8、V9 导联, 怀疑急性心肌梗死时应当常规记录上述 18 个导联。每个导联记录 4~6 个心动周期, 如遇心率失常等情况可酌情延长记录 II 导联或 V1 导联的时间, 以便分析。

(3) 一般在记录开始时, 作定标准电压记录。如需要变更标准电压时, 必须在该导联前重作定标。

(4) 如遇干扰或基线不稳, 应将导联线选择器拨回基点, 检查原因。常见原因有地线及电源线是否接妥, 图抹导电膏是否满意, 附近有无交流电器干扰,

受检者有无精神紧张、寒冷、肌颤、肢体抖动或呼吸影响。

(5)心律失常患者的P波不清晰时,可加做SV₅导联,可使P波显示清楚。6、分析心电图时,一定要结合病人的症状、体征、曾经用过的药物、实验室检查结果及临床诊断,以便作出正确的心电图诊断。

(二) 心电图简单判读

1. 正常心电图的正常值

(1) 正常P波时间 $<0.12s$, P波振幅在肢体导联 $<0.25mV$, 胸导联 $<0.2mV$ 。

(2) 心率在正常范围(60次/分~100次/分)时, PR间期为 $0.12\sim0.20s$ 。

(3) 正常QRS波群时间 $<0.12s$ 。正常V₁导联的R/S <1 , V₅导联的R/S >1 , 在V₃导联,R波和S波的振幅大体相等。正常V₅、V₆导联QRS波群的R波 $<2.5mV$, aVR导联的R波 $<0.5mV$, I导联的R波 $<1.5mV$, aVL导联的R波 $<1.2mV$, aVF导联的R波 $<2.0mV$ 。除aVR导联外, 正常Q波时间 $<0.04s$, Q波振幅小于同导联中R波的1/4。

(4) 正常ST段多为一等电位线。

(5) 正常T波方向大多与QRS波群的主波方向一致, T波振幅大于同导联中R波的1/10。

(6) QT间期的正常范围为 $0.32\sim0.44s$ 。

2. 窦性心律

(1) P波规律出现, P波在I、II、aVF导联直立, aVR导联倒置。简称“窦性P波”。

(2) 心率为60~100次/分。

3. 室性心动过速

(1) QRS波群宽大畸形 $>0.12s$ 。

(2) 阵发性室性心动过速心室率频率为140~200次/分; 如心室率低于110次/分, 则称为加速性室性心律或非阵发性心动过速。

(3) 可出现房室分离, 心室夺获或室性融合波。

4. 心房扑动

(1) 正常P波消失, 代之以大小、形态、间距规则的锯齿状扑动波(F波)。

(2) RR间期一般规则。

(3) QRS波群形态一般正常。

5. 心房颤动

(1) 正常 P 波消失，代之以大小、形态、间距不规则的颤动波（f 波）。

(2) RR 间期绝对不齐。

(3) QRS 波群形态一般正常。

6. 心室扑动

(1) 无正常 QRS-T 波群，代之以正弦型的大扑动波。

(2) 频率为 150~250 次/分。

7. 心室颤动

(1) QRS-T 波群消失，代之以快速而不均匀、大小不等的颤动波。

(2) 频率为 250~500 次/分。

思考题

1. 患者发生室颤，其心电图特征有哪些？

三、氧气吸入法（鼻塞）

1. 鼻塞给氧法概念

鼻塞给氧法是指将鼻氧管的前端插入鼻孔内约 1cm、将导管环固定稳妥即可，如图 1，此方法较简单，患者感觉比较舒适，容易接受，因而是目前临床上常用的给氧方法之一。目的是提高动脉血氧分压(PaO_2)和动脉血氧饱和度(SaO_2)，增加动脉血氧含量 (CaO_2)，纠正各种原因造成的缺氧状态，促进组织的新陈代谢，维持机体生命活动的一种治疗方法。



图 1 双侧鼻导管示意

2. 缺氧分类

(1) 低张性缺氧：主要特点为动脉血氧分压降低，使动脉血氧含量减少，组织供氧不足。由于吸入气氧分压过低，外呼吸功能障碍，静脉血分流入动脉血所

致。常见于高山病、慢性阻塞性肺疾病、先天性心脏病等。由于患者 PaO₂ 和 SaO₂ 明显低于正常，吸氧能提高 PaO₂、SaO₂、CaO₂，使组织供氧增加，疗效最好。

(2) 血液性缺氧：由于血红蛋白数量减少或性质改变、造成血氧含量降低或血红蛋白结合的氧不易释放所致。常见于贫血、一氧化碳中毒、高血红蛋白血症等。

(3) 循环性缺氧：由于组织血流量减少使组织供氧量减少所致。其原因为全身性循环性缺氧和局部性循环性缺氧。常见于休克、心力衰竭、栓塞等。

(4) 组织性缺氧：由于组织细胞利用氧异常所致。其原因为组织中毒、细胞损伤、呼吸酶合成障碍。常见于氰化物中毒、大量放射线照射等。

以上四类缺氧中，氧疗均有一定疗效。

3. 缺氧程度 根据临床表现及动脉血氧分压和动脉血氧饱和度来确定。

(1) 轻度低氧血症：PaO₂>6.67kPa (50mmHg), SaO₂>80%，无发绀，一般不需要氧疗。如有呼吸困难可给予低流量低浓度（氧流量 1-2 升/分）氧气。

(2) 中度低氧血症：PaO₂4-6.67kPa (30-50mmHg), SaO₂60%-80%，有发绀、呼吸困难，需氧疗。

(3) 重度低氧血症：PaO₂<4kPa (30mmHg), SaO₂<60%，显著发绀、呼吸极度困难、出现三凹征，是氧疗的绝对适应症。

血气分析检查是检测用氧疗效果的客观指标，当患者 PaO₂ 低于 50mmHg (6.6kPa) 时，应给予吸氧。

4. 评估和观察要点

(1) 评估患者并解释：1) 评估：患者的年龄、病情、意识、治疗情况，心理状态及合作程度。2) 解释：向患者及家属解释吸氧法的目的、方法、注意事项及配合要点。

(2) 确保患者了解吸氧法的目的、方法，注意事项及配合要点。患者去舒适体位，情绪稳定愿意配合。

(3) 评估操作环境室温适宜、光线充足、环境安静、远离火源。

5. 操作要点

(1) 护士准备：衣帽整洁，修剪指甲，洗手，戴口罩。

(2) 用物准备：1) 治疗盘：小药杯（内盛冷开水）、纱布、弯盘、鼻氧管、

棉签、扳手。2) 治疗盘外备：管道氧气装置或氧气筒及氧气压力表装置、用氧记录单、笔、标志。

(3) 携用物至患者床旁，核对患者床号、姓名，确认患者身份。

(4) 检查患者鼻腔粘膜是否完整、有无分泌物堵塞，并用湿棉签清洁双侧鼻腔。

(5) 将鼻导管与湿化瓶的出口相连接，根据医嘱及患者病情调节氧流量。

(6) 将鼻导管前端放入小药杯冷开水中湿润，并检查鼻氧管是否通畅。

(7) 将鼻导管插入患者鼻孔 1cm，动作轻柔，以免引起黏膜损伤。将鼻导管环绕患者耳部向下放置，调节松紧度适宜，防止过紧引起皮肤受损。

(8) 记录给氧时间、氧流量、患者反应，便于对照患者病情变化。并随时观察患者缺氧症状、实验室指标、氧气装置无漏气并通畅、有无氧疗不良反应，有异常及时通知医生并协助处理。

(9) 及时评价吸氧效果，遵医嘱予停氧。先取下鼻导管，防止操作不当引起组织损伤。按程序关闭和处理氧气装置，安置患者舒适体位，整理床单位。

6. 注意事项

(1) 用氧前，检查氧气装置有无漏气，是否通畅。

(2) 严格遵守操作规程，注意用氧安全，切实做好“四防”，即防震、防火、防热、防油。氧气瓶搬运时避免倾倒撞击。氧气筒应放阴凉处，周围严禁烟火及易燃品，距明火至少 5m，距暖气至少 1m，以防引起燃烧。氧气表及螺旋口勿上油，也不用带油的手装卸。

(3) 使用氧气时，应先调节流量后应用。停用氧气时，应先拔出导管，再关闭氧气开关。中途改变患者氧流量，应先分离鼻氧管与湿化瓶连接处，调节好流量再接上，以免大量氧气进入呼吸道而损伤肺部组织。

(4) 常用湿化液为灭菌蒸馏水，急性肺水肿用 20%-30%乙醇，具有降低肺泡内泡沫表面张力，使肺泡内泡沫破裂、消散，改善肺部气体交换，减轻缺氧症状的作用。

(5) 氧气筒内氧勿用尽，压力表至少要保留 0.5mPa (5kg/cm²)，以免灰尘进入筒内，在充气时引起爆炸。

(6) 对未用完或已用完的氧气筒，应分别悬挂“满”或“空”的标志，以免

于急用时搬错，提高抢救速度。

(7) 用氧过程中，应加强监测。

思考题

1. 缺氧分类有哪些？
2. 氧气管理过程中应注意哪些内容？

参考书目

1. 李小寒 尚少梅 基础护理学. 第5版. 人民卫生出版社, 2012
2. 卫生部总后卫生部. 临床护理实践指南(2011版)

第五节 置管技术

1. 了解留置导尿与鼻饲的评估与告知；2. 熟悉留置导尿与鼻饲的目的与注意事项；3. 掌握留置导尿与鼻饲的计划与实施。

一、留置导尿

导尿术是指在严格无菌操作下，用导尿管经尿道插入膀胱引流尿液的方法。留置导尿管术是在导尿后，将导尿管保留在膀胱内引流尿液的方法。

(一) 目的

1. 抢救危重、休克患者时正确记录每小时尿量、测量尿比重，密切观察患者病情变化。
2. 为尿失禁或会阴部有伤口的患者引流尿液，为尿失禁患者行膀胱功能训练。
3. 为盆腔手术患者排空膀胱，使膀胱持续保持空虚状态，避免术中误伤。
4. 某些泌尿系统疾病手术患者留置尿管，便于引流和冲洗，并减轻手术切口的张力，促进切口的愈合。

(二) 评估与告知

1. 亲切称呼并核对患者(床号, 姓名), 主动自我介绍。
2. 了解患者的年龄、病情、临床诊断、导尿的目的、患者的意识、生命体征、合作程度、心理状况、生活自理能力、膀胱充盈度、会阴部皮肤粘膜情况及清洁

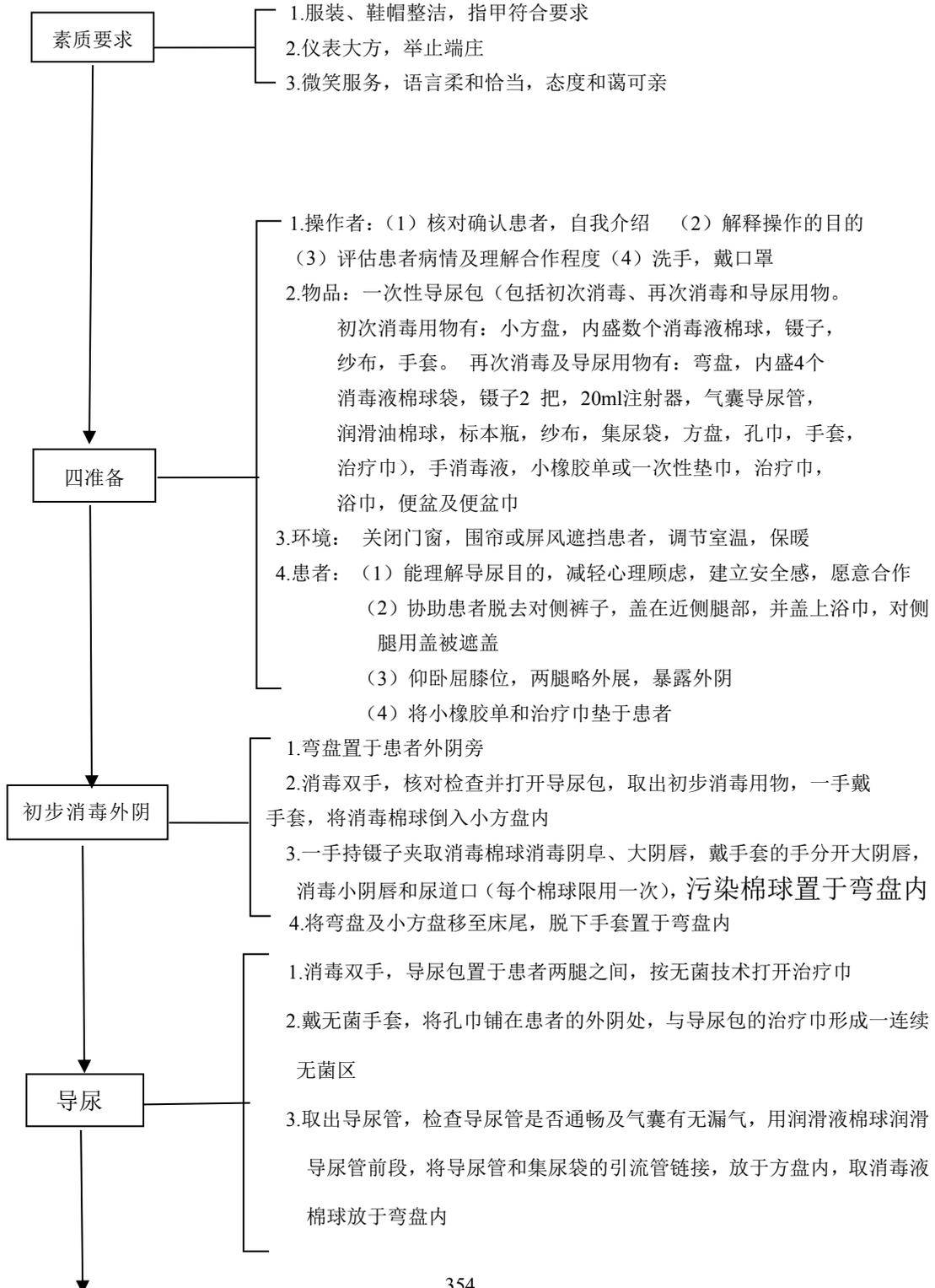
度。

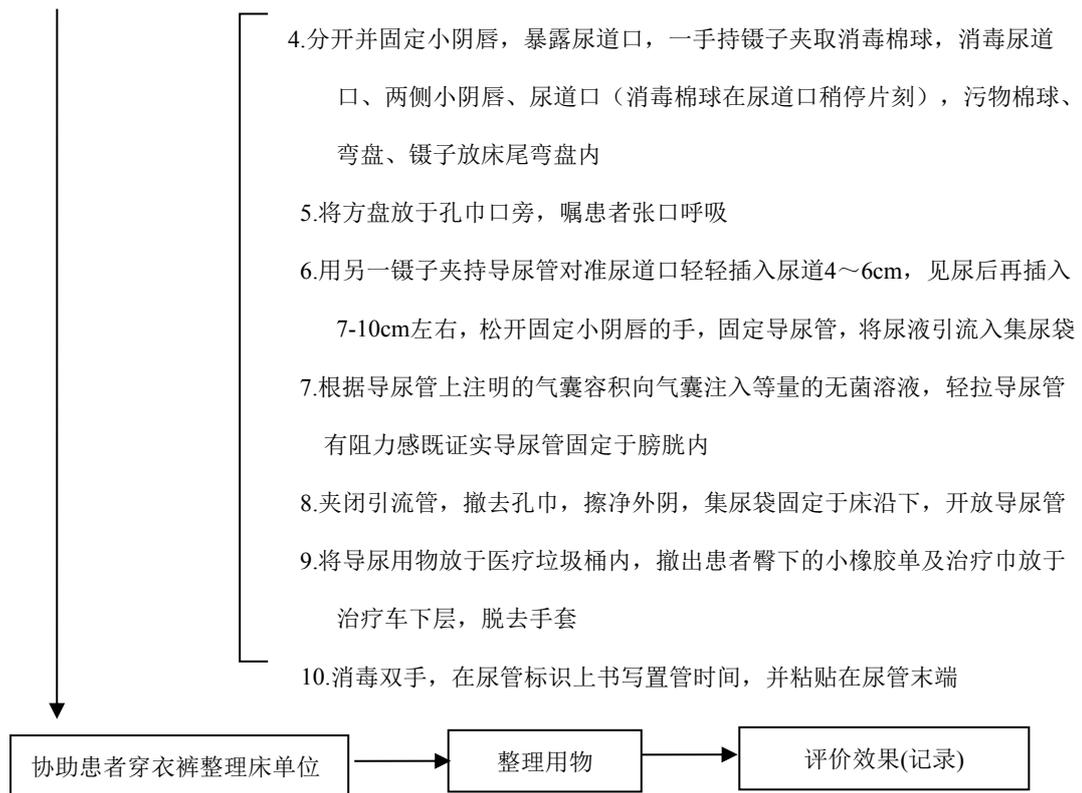
3. 告知患者及家属导尿的目的、方法及注意事项和配合要点，患者了解目的、方法、注意事项，取得配合。

4. 根据患者自理能力，嘱其清洁外阴。

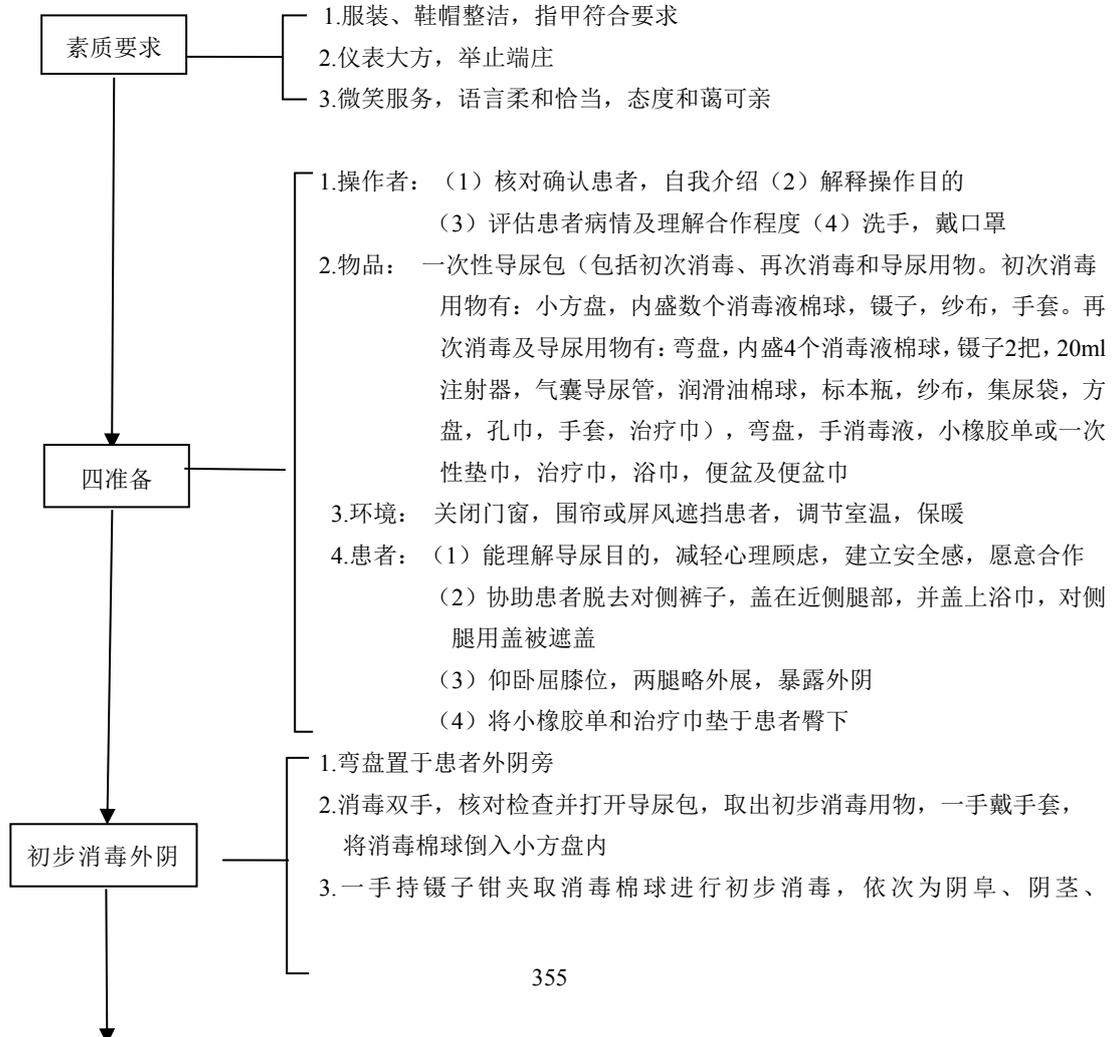
(三) 计划与实施

1. 女性患者留置导尿术

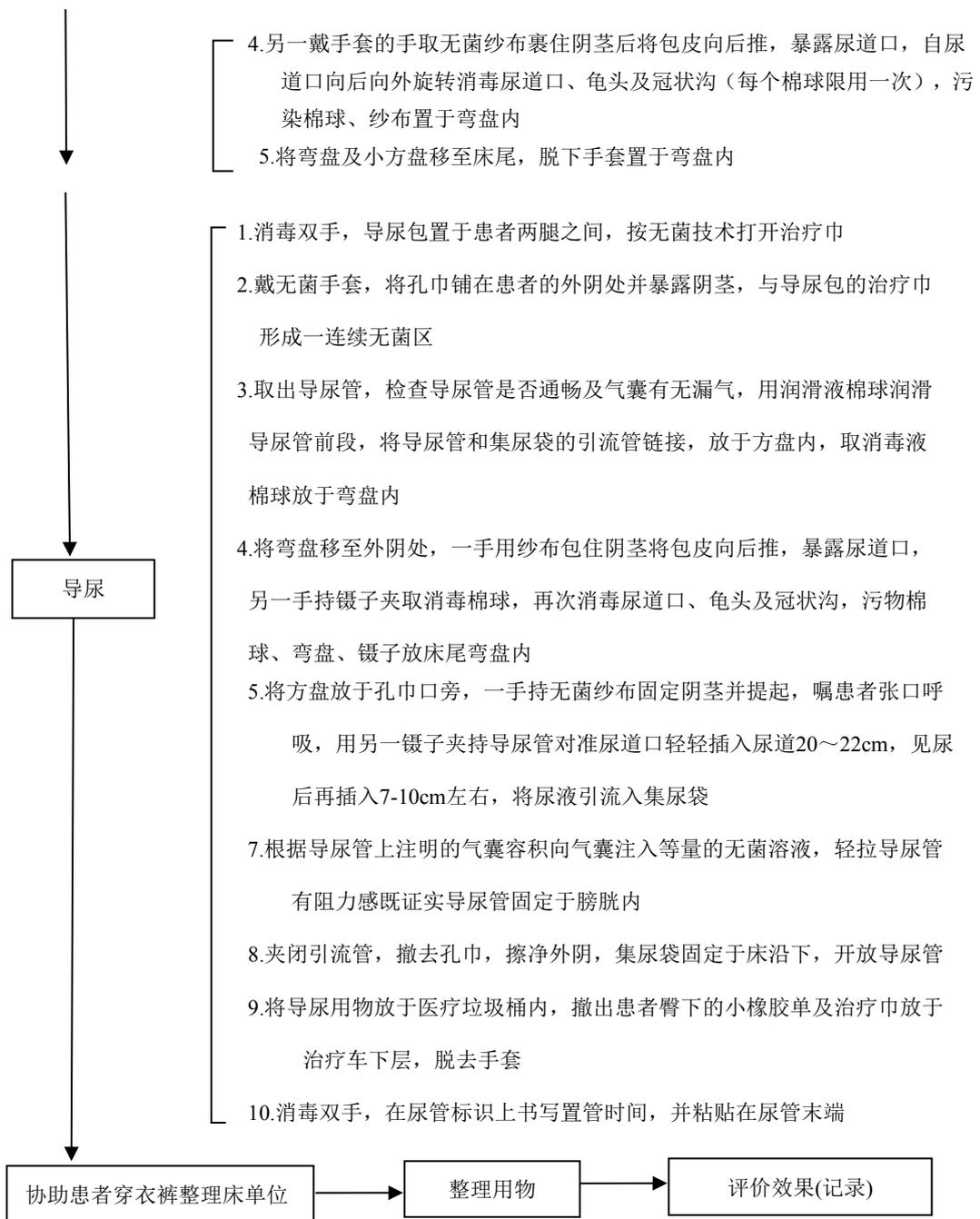




2. 男性患者导尿术操作流程



阴囊



（四）注意事项

1. 为避免损伤和导致泌尿系统的感染，必须掌握男性和女性尿道的解剖特点。
2. 严格执行查对制度和无菌操作技术原则，每个消毒棉球限用一次，避免已消毒部位污染。
3. 操作过程中注意保护患者的隐私，采取适当的保暖措施防止患者着凉。

4. 老年女性尿道口回缩，插管时应仔细观察、辨认，避免误入阴道。

5. 为女性患者导尿时，如果尿管误入阴道，应更换无菌导尿管，然后重新插管。

6. 对膀胱高度膨胀且极度虚弱的患者，第一次放尿不得超过 1000ml。大量放尿可使腹腔内压急剧下降，血液大量滞留在腹腔内，导致血压下降而虚脱；另外膀胱内压力突然降低，还可导致膀胱黏膜急剧充血，发生血尿。

7. 气囊导尿管固定时注意不能过度牵拉尿管，以防膨胀的气囊卡在尿道内口，压迫膀胱壁或尿道，导致黏膜组织的损伤。

练习题

1. 单选题

(1) 少尿是指 24 小时尿量小于 ()

- A. 200ml B. 250ml C. 300ml D. 350ml E. 400ml

(2) 多尿是指 24 小时尿量超过 ()

- A. 2000ml B. 2500ml C. 3000ml D. 3500ml E. 4000ml

2. 多选题

(1) 下列哪些是影响排尿的因素 ()

- A. 个人习惯 B. 气候变化 C. 环境问题 D. 心理因素
E. 治疗及检查

(2) 尿失禁可以分为 ()

- A. 假性尿失禁 B. 真性尿失禁 C. 压力性尿失禁 D. 精神性尿失禁
E. 物理性尿失禁

3. 填空题

(1) 留置导尿，女性患者尿管插入尿道_____cm，男性患者尿管插入尿道_____cm，见尿液后再插入_____Cm。

(2) 膀胱高度充盈的患者第一次放尿不得超过_____ml。

(3) 训练膀胱反射功能，可采用间歇性夹管方式。夹闭导尿管，每_____小时开放一次，使膀胱定时充盈和排空，促进膀胱功能的恢复。

4. 简答题

(1) 留置导尿的目的是什么？

(2) 留置导尿的注意事项有哪些？

二、鼻饲

鼻饲法是将胃管经鼻腔插入胃内，从胃管内灌注流质食物、水分和药物的方法。

(一) 目的

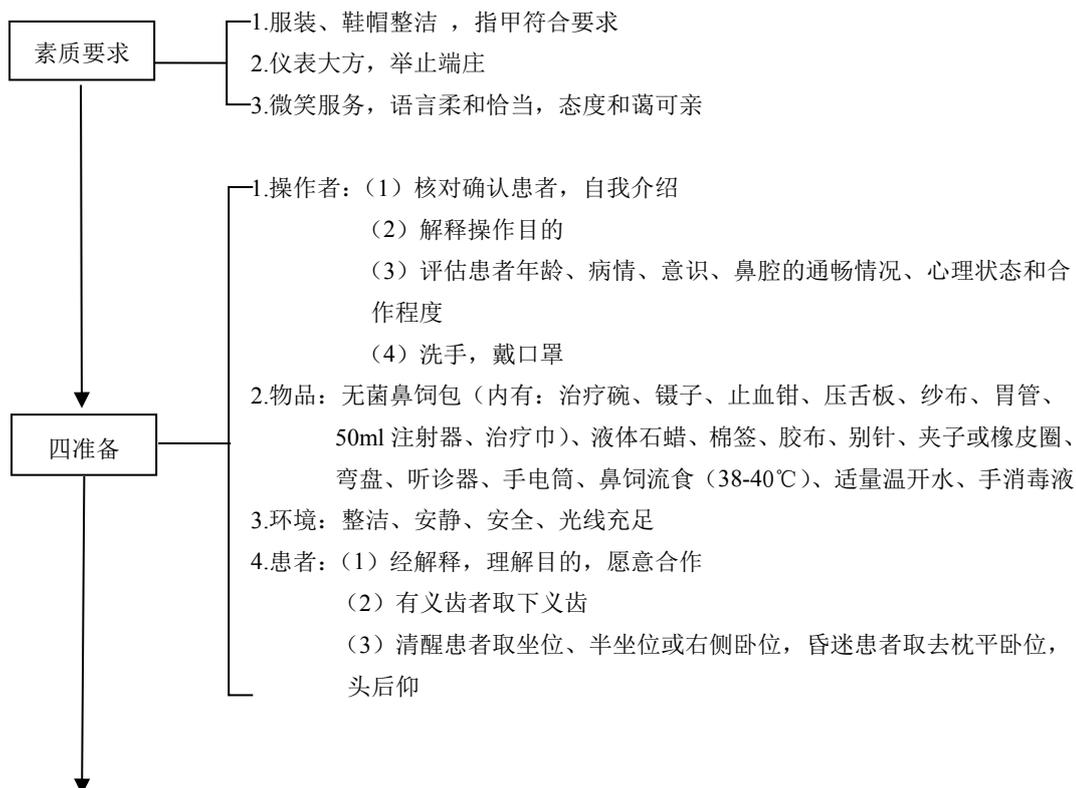
对以下不能自行经口进食的患者通过胃管供给食物和药物，以维持患者营养和治疗的需要。

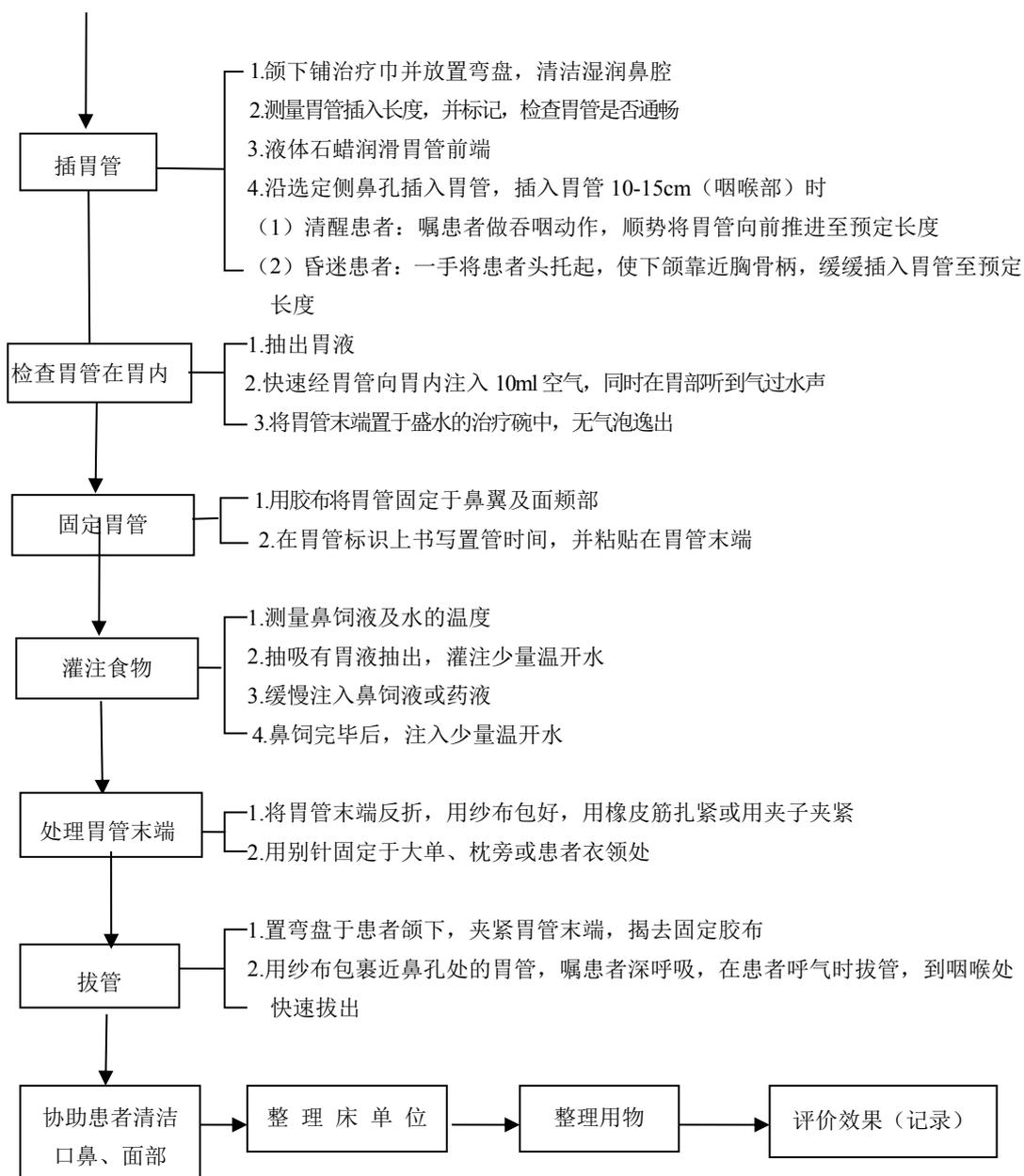
1. 昏迷患者。
2. 不能开口的患者，如破伤风患者。
3. 口腔疾患或口腔手术后的患者，上消化道肿瘤引起吞咽困难者。
4. 其他患者，如病情危重患者、早产儿、拒绝进食者。

(二) 评估与告知

1. 亲切称呼并核对患者（姓名、床号），主动自我介绍。
2. 评估患者年龄、病情、意识、鼻腔的通畅情况、心理状态和合作程度。
3. 告知目的、方法、配合要点及注意事项，患者了解目的，愿意配合。

(三) 计划与实施





(四) 注意事项

1. 插管时动作应轻柔，避免损伤食管黏膜，尤其是胃管通过食管 3 个狭窄部位（环状软骨水平处，平气管分叉处，食管通过膈肌处）时。

2. 插管过程中，如果患者出现呛咳、呼吸困难、发绀等，表示胃管误入气管，应立即拔出气管。

3. 胃管插入 10-15cm（咽喉部）时，清醒患者，嘱其做吞咽动作；昏迷患者，则用手将其头部托起，使下颌靠近胸骨柄，以利插管。

4. 每次鼻饲前，应证实胃管在胃内且通畅，并用少量温水冲管后再灌注食物

或药物，鼻饲完毕后，再次注入少量温开水，防止鼻饲液凝结。

5. 鼻饲液温度应保持在 38-40℃，避免过冷或过热；新鲜果汁与牛奶应分别注入，防止产生凝块；药片应研碎溶解后注入。

6. 食管静脉曲张、食管梗阻的患者禁忌使用鼻饲法。

7. 长期鼻饲者应每天进行 2 次口腔护理。定期更换胃管，普通胃管每周更换一次，硅胶胃管每月更换一次。

思考题

1. 单选题

(1) 鼻饲的温度是 ()

- A. 28-30℃ B. 32-34℃ C. 35-37℃ D. 38-40℃
E. 41-43℃

(2) 每次鼻饲的间隔时间应大于 () 小时

- A. 0.5 B. 1 C. 1.5 D. 2 E. 2.5

2. 多选题

(1) 检查胃管在胃内的方法 ()

- A. 在胃管末端连接注射器，抽出大量的空气
B. 向胃管内注水
C. 将胃管末端置于盛水的治疗碗中，无气泡逸出
D. 在胃管末端连接注射器，抽出胃液
E. 置听诊器于患者胃部快速经胃管内注入 10ml 空气，能听到气过水声

(2) 测量胃管插入长度的方法有 ()

- A. 前额发际至胸骨剑突处的距离 B. 由鼻尖经耳垂至胸骨剑突处的距离
C. 由前额发际经耳垂至胸骨剑突处的距离 D. 由前额发际经耳垂至胸骨上窝处的距离
E. 由鼻尖经耳垂至胸骨上窝处的距离

3. 填空题

(1) 鼻饲时，成人胃管插入胃内的长度_____cm,

(2) 清醒患者胃管插至_____cm 时嘱患者做吞咽动作。

4. 简答题

- (1) 鼻饲目的?
- (2) 鼻饲的注意事项?

参考书目

1. 叶波, 陈冰雪. 国家执业医师资格考试. 第 1 版. 人民卫生出版社, 2015
2. 李小寒, 尚少梅. 基础护理学. 第 5 版. 人民卫生出版社, 2014

第六节 中医适宜技术

一、 婴幼儿抚触

(一) 婴幼儿抚触的概念

婴儿抚触是经过科学指导的、有技巧的抚摸, 通过抚触者的双手对婴儿的皮肤进行有次序的、有手法技巧的科学抚摸, 让大量温和的、良好刺激通过皮肤传到中枢神经系统, 以产生积极的生理效应。婴儿抚触不是一种简单的机械操作, 而是大人和婴儿之间充满爱的情感交流, 抚触不仅使婴儿的生长发育加快, 更重要的是婴儿皮肤饥渴得到满足、心理上得到安慰、促进神经系统的发育以及免疫功能的增强。

1. 婴儿抚触的目的

研究表明婴儿抚触有利于婴儿的生长发育, 增进食物的消化吸收; 减弱应激反应、增加免疫力, 提高婴儿的抗病能力、促进疾病儿童的康复; 促进婴儿正常睡眠节律的建立, 减少婴儿哭闹, 增加睡眠深度; 促进婴儿健康成长, 同时能增进父母与宝宝之间的感情交流, 促进宝宝心理健康地成长。

2. 婴儿抚触的操作前准备

- (1) 保持适宜的房间温度 (摄氏 25 度左右)。
- (2) 采用舒适的体位, 选择安静、清洁的房间, 放一些柔和的音乐。
- (3) 观察婴儿的状态, 选择适当的时候进行抚触。婴儿不宜太饱或太饿, 抚触最好在婴儿沐浴后进行。
- (4) 在抚触前准备好毛巾、尿布、替换的衣物、婴儿润肤油或乳液。
- (5) 操作前先倒一些婴儿润肤油于掌心, 并相互揉搓使双手温暖

3. 婴儿抚触的步骤

(1) 轻柔地按摩婴儿头部，并用拇指在孩子上唇和下唇分别画出一个笑容。

(2) 双手放在婴儿两侧肋缘，右手向上滑向婴儿右肩，避开婴儿的乳头，再逐渐回到原处；左手以同样方式进行。

(3) 按照顺时针方向按摩婴儿脐部，但应该注意在脐痂未脱落前不要按摩该区域。

(4) 双手平放在婴儿背部，从颈部向下开始按摩。

(5) 将婴儿双手下垂，用一只手捏住其胳膊，从上臂手腕部轻轻挤捏，然后用手指按摩手指；并用相同手法按摩另外一只手。

(6) 按摩婴儿的大腿、膝部、小腿，从大腿至脚踝部轻轻挤捏，然后按摩脚踝及足部；在确保脚踝不受伤的前提下，用拇指从脚后跟按摩至脚趾。

4. 婴儿抚触的注意事项

(1) 注意房间温度适宜和通风换气，避免室内空气污染。

(2) 注意室内照明，避免刺激光源。

(3) 防止躁音，避免影响婴儿的注意力。

(4) 每次时间先从5分钟开始，再逐渐延长到15-20分钟，每日1-2次。

(5) 手法从轻开始，慢慢增加力度，以宝宝舒服合作为宜。抚触可以适当用力，因为过于轻柔的安抚会把婴儿弄痒痒，反而容易引起婴儿的反感。

(6) 选择适当的时间，避开宝宝感觉疲劳、饥渴或烦躁时；最好是在婴儿洗澡后或穿衣过程中进行。

二、捏脊法

(一) 评估和观察要点

1. 评估患儿病情、年龄、体重、意识状态以及合作程度。
2. 明确患儿的诊断，症状和体征。
3. 评估患儿背部的皮肤和肌肉组织状况。

(二) 操作要点

1. 用拇指桡侧缘顶住皮肤，食、中指前按，三指同时用力提拿皮肤，双手交替捻动向前。

2. 或食指屈曲用食指中节桡侧顶住皮肤拇指前按，两指同时用力捏拿皮肤，双手交替捻动向前。

3. 操作时捏起皮肤多少及捏拿用力大小要适当，而且不可拧转。

4. 捻动向前时，需做直线前进，不可歪斜。

5. 操作时，可捏三下提拿一下，称之为“捏三提一法”。

（三）指导要点

1. 对于年龄较小或配合差的患儿，需告知患儿家属协助摆放好患儿的体位和稳定好患儿的姿势。

2. 告知患儿家属操作过程中患儿可能会哭闹。

（四）注意事项

1. 操作前与患儿家属沟通，告知捏脊的功用和捏脊时患儿可能的反应。

2. 操作者应勤剪指甲，避免指甲划伤患儿的皮肤。

3. 用力要适当，避免捏伤患儿肌肉皮肤。

4. 操作时应备用好介质，以增加润滑和辅助作用。

5. 出现局部硬结，可采用热敷、理疗等方法。

6. 根据病情的需要，操作中，可一一捏拿膀胱经的有关腧穴，以增加疗效。

思考题

1. 婴幼儿抚触的环境要求有哪些？

2. 为增加捏脊法疗效，可捏拿哪些穴位？

第七节 其他

一、换药

一·换药术概念

传统概念：即更换敷料，去除原有敷料，处理伤口后覆盖清洁敷料的外科操作过程。

广义概念：一切对伤口或创面处理的措施均属换药术的范畴。包括：检查伤口，清洁伤口，去除渗血、渗液、脓性分泌物，坏死组织、异物等；拔除引流片，橡皮管，更换引流物；拆除术区缝线；局部用药(减轻组织水肿药物，抗感染药物，促进肉芽生长药物，促进上皮生长药物，帮助溶痂药物等)。

鉴于外科手术及创伤的复杂性及多样性，为描述方便，将所有需处理的创口/创面均统称伤口，如手术缝合伤口；脓肿切开后引流创口；各种造口（气切口，肠造瘘口，膀胱造瘘口等）；创伤所致缝合伤口或创面，后期感染创口或创面，各种原因所致烧伤新鲜创面及后期感染创面。

二 换药目的

1. 检查伤口并作相应处理，创造利于伤口愈合的条件
2. 不能自行愈合的创口，作创基准备，利于下一步治疗
3. 局部清洁，防止造口处感染

三 换药适应症

1. 清洁伤口，术后 3 天常规换药检查局部情况
2. 伤口内放置引流物需拔除或更换者
3. 敷料松脱，伤口外露者
4. 敷料污染（外在污染或自身渗液、渗血浸透敷料）者
5. 伤口感染重，需做清洁并局部用药，控制感染者
6. 促使伤口肉芽生长或上皮生长，需局部用药者
7. 伤口疼痛难忍，需拆除敷料观察伤口局部情况（如有无感染加重、出血、伤口组织张力高、敷料局部卡压）
8. 包扎绷带固定敷料后出现肢体远端血运及感觉异常者
9. 需及时了解伤口情况，拟定治疗方案（保守换药及手术治疗）

四 换药次数

1. 术后无菌伤口，无特殊情况，术后 3 天常规换药，以后 2-3 天换药一次，直到拆线
2. 一般感染伤口，分泌物多时，每日 1 次，分泌物不多时，隔日 1 次
3. 严重感染伤口或置引流的伤口及有造瘘、肠瘘的，根据引流量多少决定换药次数，分泌物多，湿敷创面每日 2 次
4. 烟卷引流伤口，每日换药 1-2 次，并在术后 12-24 小时转动烟卷，并适时拔除；橡皮片术后 24-48 小时拔除；橡皮管引流伤口，根据引流量术后 3-7 天拔除
5. 较大较深创口，包扎时纱垫厚度约 3CM，渗透纱布需及时更换
6. 浅 II° 烧伤创面，如创面清洁，初次换药后，3-5 天后更换，根据是否感染隔日或 2-3 天换药一次
7. 深 II° 烧伤创面，3 天后换药，以后每隔 1 日需清洗换药 1 次

五 换药步骤

1. 准备工作

- ① 环境准备 置病人于舒适体位，注意遮掩，人文关怀，减轻紧张情绪
- ② 与病人交流，了解伤口情况，取得配合，有时也需去除外层敷料，观察局部情况，决定所需器械和物品，洗双手，戴帽子、口罩
- ③ 换药器械和物品的准备 换药包需注意有效期限，创面用药事先备好，准备无菌弯盘 2 个，镊子 2 把，剪刀 1 把，盐水棉球，碘伏棉球，纱布或纱垫若干（根据伤口大小），引流凡纱，绷带，胶布

2. 具体操作步骤

- ① 用手去除敷料暴露伤口，如敷料污染重，戴薄膜手套去除外层敷料，内层敷料与伤口粘连，予渗湿后镊子去除，尽量切线位去除，污染敷料置于其中一个弯盘。（创口大时，戴无菌手套操作清洁创面，敷料及污物多时置于医疗垃圾袋内或污物桶内。
- ② 消毒，清洁伤口，2把镊子，1把接触伤口，一把传递消毒棉球及纱布。清洗消毒伤口及周围皮肤两遍。如有分泌物的创面单独予棉球擦洗。必要时直接消毒液、盐水冲洗。
- ③ 创面用药之前予生理盐水棉球擦拭伤口处碘伏。
- ④ 覆盖敷料，内层纱布（凡纱或不粘创面特殊医用敷料）+纱布+棉垫，胶布固定或绷带包扎。
- ⑤ 换药结束，询问病人有无不适，告知注意事项及下次换药时间。将所有物品及污物放回换药处，洗净双手。

六 换药操作方式

1. 暴露疗法 包括湿润暴露（外涂湿润烧伤膏，常用于颜面及会阴部等不易包扎的创面），干燥暴露（涂红汞用于取皮创面，龙胆紫用于擦挫伤创面，5%聚维酮碘用于 III° 创伤）
2. 半暴露疗法 创面贴附一层药纱，并及时予棉签清洗创面，并方便外部用药，常用语有皮岛的肉芽创面
3. 包扎疗法 用于清洁创口、创面，保护伤口及创面，减少污染，减轻疼痛，便于护理，更利于生长
4. 浸浴疗法 污秽创面，病程超 3 周以上，局部纤维形成，不易引起全身感染，1: 5000 高锰酸钾溶液浸浴，分局部浸浴，用于四肢创面。全身浸浴（大面积烧伤创面）

七 不同伤口具体操作技巧与应对措施

1. 清洁伤口换药:术后 3 天常规换药，如有红肿缝线反应，即予 75%酒精湿敷，或多粘菌素 B 软膏，百多邦外涂。伤口缝线过紧影响血供，拆除缝针，
2. 污染伤口换药:术后 1 天即换药，连续 3-5 天。如见有分泌物溢出，拆除部分缝线引流，可取分泌物培养药敏，
3. 感染伤口换药:尽量根据药敏结果抗菌素纱布湿敷，注意引流需充分，较深伤口予注射器冲洗，
4. 清洁创面换药:内层敷料需渗透后去除，减少损伤及出血，创面无红肿，减少换药次数，3-5 天换药，
5. 感染创面换药:尽量予湿敷包扎，去除创面坏死组织及分泌物，尽快控制感染
6. 局部有发黑坏死皮肤伤口，如未达伤口愈合时间，不予去除，周缘涂多粘菌素 B 软膏或百多邦，待其余部位愈合拆线后，再考虑去除，面积少于 2cm 可换药、愈合，否则尽快告知需手术，
7. 肉芽创面:如发现分泌物多时，可浸浴后包扎或直接湿敷，感染控制后通知植皮手术，小面积者可换药愈合，肉芽水肿予 10%等渗盐水湿敷，也可予剪刀修剪，
8. 爆炸伤擦挫伤创口:换药清洗后，外涂红汞干燥，不易感染，如创口处黑色异物附着不易去除者，予湿润烧伤膏外涂湿润疗法，易于异物及时排除，减轻后期纹身样瘢痕，

9. 窦道及褥疮换药：创面表面血运差，可适当搔刮，潜腔内纱条需填满但不能过紧。

10. 烧伤创面换药

- ① 浅Ⅱ°-深Ⅱ°四肢创面 予包扎疗法，凡士林油纱覆盖，纱布棉垫包扎。
- ② 面部及会阴部不易包扎创面 予湿润暴露疗法。
- ③ Ⅲ°烧伤创面 予5%聚维酮碘暴露干燥保痂。
- ④ 后期感染创面 脓性附着者予淡碘伏湿敷包扎连续3天后可去除脓痂，创面清洁后即可加用表皮细胞生长因子促上皮生长。
- ⑤ 双手烧伤除Ⅲ°创面 由于手皮肤的解剖特性，尽量予湿润暴露疗法，可保证尽量及时去除坏死组织，且手指持续功能锻炼可防止关节僵硬。

11. 某些特殊慢性创面，不易手术，需长期换药者，如老年患者截瘫，糖尿病足，血管病变肢体远端足趾坏死，可予湿润烧伤膏外用，污秽物及坏死组织多时，可盐水协助清洗。

八 各部位伤口拆线时间

1、头部、颈部术后 4-5 日拆线，

2、下腹部、会阴部术后 6-7 日拆线，

3、上腹部、背部、臀部术后 7-9 日拆线，

4、四肢手术 10-12 日拆线，

5、手足部、关节处、减张缝合伤口术后 14 日拆线。

6、青少年病人可适当缩短拆线的时间，年老、营养不良病人可延迟拆线时间，也可根据病人的实际情况采用间隔拆线。

湿性医疗技术(MEBT/MEBO)简介

- 湿性医疗技术(MEBT)创面暴露涂抹湿润烧伤膏(美宝 MEBO)，每 4~6 小时涂擦换药一次，湿润烧伤膏药纱包扎，每日换药一次，保持创面湿润，利于创面愈合，减少瘢痕增生。
- 湿性医疗技术(MEBT/MEBO)是徐荣祥教授发明及开创的治疗烧伤的技术。
- 应用于面部，会阴部烧伤治疗有其绝对优势，湿性原位再生医疗技术现发展应用于慢性难愈性创面如糖尿病足，褥疮的治疗。
- 烧伤湿润暴露疗法已于 2002 年被世界卫生组织列为烧伤急救技术。
- 湿润烧伤膏(美宝)已在 2015 年人民卫生出版社出版《医院患儿管理：儿童常见病管理指南》书中特别收录为小儿烧伤急救药品
- 湿性原位再生医疗技术以其效果卓越、操作便捷、成本较低为世界提供了一种具有很高推广价值的治疗方法。是一种易掌握并适合于基层医院推广的技术。
- 烧伤湿润暴露疗法作为解决全球烧伤问题最适宜的技术 2015 年得到了“克林顿全球倡议”的关注和邀请。

换药技术试题

[A 型题]

1. 换药用过的器械处理应:
- A. 先清洗后浸泡消毒再灭菌
 - B. 先清洗后灭菌
 - C. 先浸泡消毒后清洗再灭菌
 - D. 先浸泡消毒后清洗
 - E. 先灭菌再清洗

[答案]C

2. 为防止交叉感染应安排下列哪一位病人首先换药:
- A. 褥疮创面
 - B. 下肢慢性溃疡
 - C. 脓肿切开引流
 - D. 清创缝合后拆线
 - E. 下肢开放性损伤

[答案]D

3. I 期缝合的伤口术后换药时间为:
- A. 2~3 天换药 1 次
 - B. 3~4 天换药 1 次
 - C. 4~5 天换药 1 次
 - D. 每日换药 1 次
 - E. 每周换药 1 次

[答案]A

4. 男性, 42 岁, 前臂外伤手术缝合后 5 天, 局部伤口红肿、疼痛, 触之有波动感, T. 39℃, 伤口换药时哪项不妥:
- A. 及时拆除缝线, 充分引流
 - B. 伤口应每天换药一次
 - C. 正确应用抗菌药及引流物
 - D. 清洁伤口、清除坏死组织
 - E. 伤口应每 2~3d 换药 1 次

[答案]E

5. 女性, 56 岁, 阑尾炎手术 3 天后需伤口换药, 换药时以下操作哪项不对:
- A. 外层无污染敷料用镊子揭除
 - B. 内层敷料用镊子揭除
 - C. 双镊操作, 一把接触伤口揭除
 - D. 无污染的伤口表面敷料可用手揭除
 - E. 敷料与伤口粘连, 宜浸湿后再揭除

[答案]A

6. 一胃大部分切除术病人, 术后切口红肿, 有硬结和压痛, 但未化脓, 经换药后愈合。此切口应作下列何种换药处置:
- A. 用 3% 氯化钠溶液湿敷
 - B. 用 70% 酒精湿敷
 - C. 切开引流
 - D. 用 10% 硝酸银烧灼
 - E. 用过氧化氢溶液湿敷

[答案]B

7. 一胃大部分切除术病人，术后切口红肿，有硬结和压痛，但未化脓，经换药后愈合，如何安排换药时间：

- A. 2~3 天换药 1 次
- B. 每日换药 1 次
- C. 每周换药 1 次
- D. 每日换药数次
- E. 隔日换药 1 次

[答案]B

8. 患者，女，74 岁，患脑血栓致偏瘫。入院后发现其骶尾部有一 4cm×5cm 大小的水泡，未破溃。对局部皮肤应如何处理：

- A. 0.5% 碘伏消毒皮肤后，用无菌注射器抽出泡内液体后再消毒、包扎
- B. 剪去水泡表皮，再进行消毒、包扎
- C. 湿敷康复新液
- D. 用雷佛奴尔湿敷
- E. 剪去水泡表皮，贴上新鲜鸡蛋内膜

[答案]A

换药技术试题

[X 型题]

1. 换药前如何评估患者的哪些情况：

- A. 观察敷料情况
- B. 了解身体状况
- C. 观察伤口局部情况
- D. 了解患者家族史
- E. 饮食情况

[答案]ABC

2. 伤口换药的基本原则：

- A. 遵守无菌操作规程
- B. 换药时应先换污染的伤口，再换干净的伤口
- C. 包扎伤口时，从身体近端到身体远端，以促进静脉回流
- D. 用两把镊子操作，一把用于接触伤口，另一把用于夹取无菌敷料
- E. 保持引流通畅，去除坏死组织和异物

[答案]ADE

3. 患者，女，25 岁。左大腿车祸伤 2 个月，大腿内侧有一 5cm×10cm 大小的感染伤口，整个创面呈肉芽水肿状态，肉芽组织高低不平。正确的换药处理是：

- A. 常规消毒
- B. 剪掉高出皮肤不健康的肉芽
- C. 压迫止血后，以生理盐水纱布覆盖，纱布包扎
- D. 每天换药 2 次可促进伤口的愈合
- E. 隔 2~3 日用 3%~5% 氯化钠加庆大霉素水溶液纱布块湿敷伤口，局部加压包扎

[答案]ABCE

4. 特殊感染伤口(绿脓杆菌感染、破伤风杆菌感染、气性坏疽), 换药时应注意:
- A. 不用取分泌物作细菌培养和药敏试验
 - B. 应安排在其它伤口换药之后
 - C. 换药时, 垫用不透水的胶布, 防止污染床单
 - D. 用过的器具单独处理, 敷料焚烧
 - E. 密切观察病人全身情况, 警惕败血症
- [答案]BCDE

5. 揭去伤口敷料的技巧有:
- A. 胶布粘住毛发时, 先用一手指按住毛发根部, 另一手牵起胶布. 顺着毛发方向揭
 - B. 对长而密集的毛发, 可征得病人同意, 从毛发根部剪断粘住胶布的毛发
 - C. 敷料粘住伤口时, 用生理盐水湿透粘住伤口的敷料, 待敷料松脱后再揭
 - D. 为了减轻疼痛, 可快速揭去伤口敷料
 - E. 皮肤有胶布痕迹时, 先用松节油擦拭, 再用 75%酒精去除松节油的气味
- [答案]ABCE

6. 为有石膏固定的伤口换药时应注意:
- A. 用纱布填塞在石膏窗与伤口的四周
 - B. 敷料不可过湿
 - C. 换药时, 对早期骨折的肢体, 其石膏托可拆除,
 - D. 为石膏固定部位邻近的伤口换药时, 用隔巾遮挡, 防止分泌物污染石膏
 - E. 换药后, 固定患侧肢体的位置
- [答案]ABDE

参考书目

1. 陈琦, 朱广旗. 贵州省乡村医生手册(疾病诊疗分册). 贵州人民出版社. 2014.
2. 徐荣祥. 烧伤治疗大全. 中国科学技术出版社. 2008.
3. 唐乾利. 烧伤皮肤再生医疗技术临床应用规范. 中国中医药出版社. 2013

练习题答案

第三篇 社区护理

第一章 社区护理相关理论与工作方法

五、现代医学模式的主要内容和对社区卫生服务的影响

练习题

一、选择题

- 1、C 2、ABCDE

二、名词解释

1. 初级卫生保健（primary health care, PHC）是指由基层卫生人员为社区居民提供最基本、必需的卫生保健。

三、简答题

1. 社区服务的主要功能

1) 开展社区卫生状况调查，进行社区诊断，向社区管理部门提出改进社区公共卫生的建议。

2) 提供个人及家庭健康指导。

3) 开展常见病、多发病的诊疗并提供社区保健服务。

4) 开展社区健康教育。

5) 开展计划免疫与预防接种。

6) 进行定期健康检查。

7) 实施社区慢性病、地方病与寄生虫病的健康指导、行为干预和筛查，以及高危人群监测和规范管理工作。

8) 提供社区急重症患者的转诊服务。

9) 提供社区临终服务。

10) 参与社区卫生监督。

2. 三级预防的基本内容

1) 第一级预防也称病因预防，是在疾病或伤害尚未发生时针对病因（或危险因素）采取的措施，也就是“防病于未然”，包括健康促进和健康保护两方面。

2) 第二级预防也称临床前期预防，是在疾病前期做好早期发现、早期诊断、早期治疗的“三早”预防，以控制疾病的发展和恶化，防止疾病复发或转为慢性。

3) 第三级预防也称临床预防，是对已患病者采取及时有效的治疗措施，防止病情恶化以预防并发症和伤残；对已丧失劳动力或残疾者促进功能康复，心理康复，进行家庭指导，使患者尽量恢复生活和劳动能力，并能参加参加社会活动

及延长寿命。

4) 零级预防的责任主体就是各级政府，通过政策的干预、政府的行为让影响健康的危险因素不发生或少发生。

第二节 社区护理相关工作方法

二、人际沟通

思考题

1. 有人认为会说话等同于会沟通，你是怎样认识这个问题的？（无答案）
2. 请结合临床实际工作，试述如何才能满足病人沟通交流方面的需求？（无答案）
3. 举例说明护患的沟通障碍有哪些，原因是什么？（无答案）

第三章 社区护理相关知识

第二节 社区健康教育

一、健康的概念及影响健康的因素

练习题

1. 什么是健康？（无答案）
2. 影响健康的因素有哪些？（无答案）

二、社区健康教育的重点对象及主要内容

练习题

- 1、什么是社区健康教育？（无答案）
- 2、社区健康教育的重点人群有哪些？（无答案）
- 3、社区健康教育的主要内容包括哪些方面？（无答案）

三、社区健康传播的方法和技能

练习题

1. 人际传播和大众传播各有哪些特点？（无答案）
2. 在选择恰当的社区健康传播方法时，应注意哪些原则？（无答案）
3. 如何运用传播策略？（无答案）
4. 完整的健康信息传播材料制作过程大致包括哪些步骤？（无答案）

四、社区健康教育与健康促进效果评价

练习题：

（无答案）

第三节 儿童保健（0~6岁）

三、新生儿访视

练习题

- 1、D 2、B 3、C 4、D 5、D 6、A 7、C

第四节 社区常见病、多发病患者的护理与管理

一、高血压的护理与管理

思考题

- 1、B 2、B 3、E 4、D

二、心力衰竭

思考题

- 1、C 2、B 3、B

三、冠状动脉粥样硬化性心脏病患者的护理

思考题

- 1、D
- 2、E
- 3、C

四、慢性阻塞性肺疾病

思考题

1. COPD 患者社区管理包括哪些？（无答案）
2. 如何对 COPD 患者进行健康指导？（无答案）

五、肺炎

思考题

1. 肺炎患者的健康教育？（无答案）

六、上呼吸道感染

思考题

- 1、上呼吸道感染好发的季节？（无答案）
- 2、急性上呼吸道感染的传播途径？（无答案）

七、支气管哮喘

思考题

1. 哮喘的危险因素有哪些？（无答案）
2. 哮喘患者的健康教育？（无答案）

八、便秘

练习题

一、便秘的发生机制中，常见的因素有哪些？

答：（1）摄入食物过少或纤维素及水分不足；致肠内的食糜和粪团的量不足以刺激肠道的正常蠕动。（2）肠道内肌肉张力减低和蠕动减弱。（3）肠蠕动受阻碍致内容物潴留而不能下排。（4）排便过程的神经及肌肉活动障碍。

二、单选题 1、B 2、A 3、C 4、D 5、A

三、填空题

1、便秘与腹泻交替者常见于 肠结核、溃疡性结肠炎、肠易激综合征。

2、便秘是指 7 天内排便次数少于 2-3 次。

九、消化性溃疡护理

思考题

1. 消化性溃疡的定义？

答：消化性溃疡指胃肠道黏膜被自身消化而形成的溃疡，可发生于食管、胃、十二指肠、胃-空肠吻合口附近以及含有胃黏膜的 Meckel 憩室。胃、十二指肠球部溃疡最为常见

溃疡病并发症的观察与护理？

答：（1）溃疡出血时，病人出现心悸、头晕、面色苍白、烦躁不安、出汗、脉速、呕血、黑便、血压下降等休克表现，必须进行紧急处理。

（2）绝对卧床休息，尽量解除病人精神紧张，注意保暖。

（3）观察生命体征变化，判定有无再出血。

（4）在大量出血时，迅速建立静脉通道，准备配血、输血。

(5) 急性胃穿孔时，症状多在饭后骤然发作，首先为上腹正中剧痛，以后可全腹痛，常因体位变动而加重，常伴恶心、呕吐、烦躁不安及休克症状。应禁食，放置胃管，抽吸胃内容物，需手术者做好术前准备。

(6) 出现幽门梗阻时，疼痛失去规律性，上腹饱胀、恶心、嗝气、呕吐（吐物量多、味酸且带有宿食，在晚间较重，吐后缓解）上腹部有胃型蠕动波、振水音。

二、练习题

(一)、单选题（无答案）

(二)、填空题

1. 进食-疼痛-缓解
2. 节律、部位、周期性
3. 上消化道出血、幽门梗阻、穿孔、癌变、上消化道出血
4. 幽门螺旋杆菌感染
5. 胃镜和胃黏膜活组织检查

十、慢性胃炎的护理

1、慢性胃炎与急性胃炎胃镜检查的区别？

答：内镜下急性胃炎可见弥散分布的多发性糜烂、出血和浅表溃疡，表面附有黏液和炎性渗出物；慢性浅表性胃炎可见红斑（点、片状或条索）、黏膜粗糙不平、出血点或斑；慢性萎缩性胃炎可见黏膜呈颗粒状，黏膜血管显露、色泽灰暗，皱襞细小。慢性胃炎可伴有胆汁反流。

2、慢性胃炎健康指导的内容包括？

答：(1) 向患者及家属介绍慢性胃炎的病因，根据患者的具体情况进行指导。

(2) 指导患者注意起居及饮食要有规律，注意饮食卫生及营养。

(3) 养成良好的饮食习惯，定时定量，细嚼慢咽；避免过冷、过热、辛辣等刺激食物及浓茶、咖啡等饮料；嗜酒者应戒酒。

(4) 指导患者避免使用对胃粘膜有刺激的药物，必须使用时应同时服用抑酸剂。禁用或慎用 NSAID 等药物。

(5)给患者及家属介绍常用的药物、用药方法、剂量、疗程、作用及副作用。若发现异常应及时门诊复查。

(6)教育患者加强体育锻炼，增强机体抵抗力。

(7)教育患者保存良好的心态，保持充足的睡眠，避免过劳。

练习题

(一)、单选题

1、 B 2、 C 3、 A

(二)、填空题

1、多灶萎缩性胃炎、自身免疫性胃炎、HP感染、胃窦、自身免疫、胃体

2、非甾体类抗炎

3、24-48

4、质子泵抑制剂、胶体铋剂

十一、肝硬化

1、试述如何对肝硬化腹水患者进行护理？

答：(1)限制水、钠的摄入 钠摄入量在 60-90mmol/d (相当于食盐 1.5~2g/d)。

(2)增加水、钠的排出：遵医嘱使用利尿剂、导泻、腹腔穿刺放液，注意观察有无水、电解质紊乱。

(3)提高血浆胶体渗透压 遵医嘱输注血浆、白蛋白等。

(4)自身腹水浓缩回输。

(5)取舒适体位，加强基础护理，预防压疮发生。

2、肝性脑病的观察与处理？

答：(1)避免肝性脑病的诱因，如上消化道出血、高蛋白饮食、感染、便秘、应用麻醉剂、镇静催眠药及手术等。

(2)禁用肥皂水灌肠，可用生理盐水或弱酸液（生理盐水 1~2L 加食醋 100ml），使肠道 pH 值保持为酸性。

(3)按医嘱补充富含支链氨基酸的制剂或溶液，纠正支链 / 芳香族氨基酸比例

失调。

(4) 限制蛋白摄入，以减少血氨的来源。

(5) 便秘者予口服乳果糖，促使肠道内氨的排出。

(6) 密切观察患者意识及行为改变发现嗜睡、精神欣快、行为反常及血氨增高等异常现象及时报告医生处理。

(7) 确定合并肝性脑病者，按医嘱使用降氨药物，如谷氨酸钾或谷氨酸钠等静脉滴注。

二、练习题

(一)、单选题

1、 C 2、 B 3、 D 4、 B 5、 A 6、 E 7、 C

(二)、填空题

1、 偏向一侧

2、 病毒性肝炎

3、 腹水 、 门-腔侧支循环开发 、 脾功能亢进及脾大

4、 胃镜

5、 上消化道出血 、 肝性脑病

6、 800 、 20% 、 呕血 、 血便 、 周围循环衰竭表现

9、 消化性溃疡、 食管胃底静脉曲张破裂 、 急性糜烂出血性胃炎 、 胃癌

10、 3000 、 肝性脑病、 休克

(三)、简答题

1、 肝硬化腹水形成的主要因素有哪些？

答：(1) 门静脉高压，腹腔内脏血管床静水压增高，组织液回吸收减少而渗入腹腔。

(2) 有效循环血容量不足，肾血流减少，肾素-血管紧张素系统激活，肾小球滤过率降低，排钠和排尿减少。

(3) 低蛋白血症，白蛋白低于 30g/l 时，毛细血管内液体漏入腹腔。

(4) 肝脏对醛固酮和抗利尿激素灭能作用减弱。

(5) 肝淋巴液量超过了淋巴循环引流的能力。

2、 观察上消化道大出血病人有无再出血指标有哪些？

- 答 (1) 补液、输血治疗后，血压、脉搏异常且未改善，或好转后又恶化。
- (2) 反复呕血，甚至呕吐物由咖啡色转为鲜红色。
- (3) 黑便次数增多，且粪质稀薄，色泽转为暗红色，伴肠鸣音亢进。
- (4) 红细胞计数、血细胞比容、血红蛋白不断下降，网织红细胞计数持续升高。
- (5) 血尿素氮持续或再次增高。
- (6) 门静脉高压的患者原有脾大，在出血后暂时缩小，如脾未恢复肿大，提示出血未止。

十七、慢性肾衰

思考题

1. 慢性肾衰患者的健康指导？（无答案）
2. 慢性肾衰患者的饮食护理？（无答案）
3. 慢性肾衰患者常见的并发症及护理？（无答案）

十九、糖尿病

思考题

1. 简述糖尿病的临床表现？（无答案）
2. 糖尿病患者发生低血糖，如何处理？（无答案）

二十、血脂异常

思考题

1. 血脂异常的危险因素包括哪些？（无答案）
2. 血脂异常患者的健康教育？（无答案）

二十一、痛风

思考题

- (1) 该病人饮食要注意哪些方面？（无答案）
- (2) 目前该病人需要哪些护理措施？（无答案）

二十三、甲状腺功能减退

思考题

1. 甲状腺功能减退患者的健康指导。（无答案）
2. 甲状腺功能减退患者的临床表现。（无答案）

二十四、传染病预防、报告、家庭访视及家庭护理指导

练习题：

- 1、E 2、D 3、D 4、B 5、E 6、A 7、E 8、E 9、E 10、A 11、D 12、
E 13、E 14、D 15、B 16、A 17、E 18、E 19、E 20、C

二十五、骨质疏松

思考题

1. 骨质疏松的危险因素有哪些？（无答案）
2. 骨质疏松的定义。（无答案）

二十六、颈椎病

思考题

1. 颈椎病的影像学检查能够相互代替吗？（无答案）

2. 颈椎病患者的健康指导包括哪些？（无答案）

二十七、腰椎间盘突出

思考题

1. 腰椎间盘突出症的影像学检查能够相互代替吗？（无答案）
2. 腰椎间盘突出症患者的健康指导包括哪些？（无答案）

二十八、骨折

思考题

1. 骨折的治疗原则？（无答案）
2. 骨折的护理措施要点？（无答案）

二十九、类风湿关节炎

思考题

1. 类风湿性关节炎的危险因素？（无答案）
2. 类风湿性关节炎患者的健康教育？（无答案）

三十一、缺铁性贫血

思考题

1. 缺铁性贫血的定义。（无答案）
2. 缺铁性贫血的健康指导。（无答案）

三十二、脑出血

练习题

1、D 2、D 3、B 4、B 5、B 6、B 7、E 8、D

三十三、脑梗死（脑血栓形成）

练习题

1、C 2、B 3、E 4、B 5、E 6、E 7、B

三十四、短暂性脑缺血发作（TIA）

练习题

1、D 2、D 3、A 4、E 5、B

三十五、理化因素损伤（淹溺、烧烫伤、刀割伤、电击伤）

（一）淹溺

思考题：

1. 救治淹溺患者时维持呼吸功能的前提是什么？（无答案）
2. 淹溺患者急救时倒水的方法有几种？分别是什么？（无答案）

（二）烧烫伤

思考题：

1. 烧烫伤临床分为哪几个期？（无答案）
2. 烧伤深度判断目前采用的是什么方法？（无答案）
3. 患者男性，被开水烫伤右下肢及躯干前部，创面红肿，见大小不一的水疱，疱壁薄，基底潮红，请判断该患者烫伤程度，烫伤总面积以及计算该患者第一个24小时的补液量？（无答案）

（三）刀割伤

思考题

1. 创伤愈合的过程一般分为哪三个阶段？（无答案）
2. 简述影响伤口愈合的因素？（无答案）

（四）电击伤

思考题：

1. 电击伤现场救护的基本原则？（无答案）

三十六、中毒（有机磷、一氧化碳）

急性有机磷农药中毒

习题：

- 1、选择题（无答案）

一氧化碳中毒

习题：

- 1、选择题（无答案）

三十七、犬咬伤

思考题：

1. 狂犬病的流行病学特点？（无答案）
2. 如果被带有狂犬病的犬咬伤后该怎么样处理？（无答案）
3. 怎样预防狂犬病？（无答案）

三十九、临终关怀护理概念、原则和过程

思考题：

1. 临终关怀家属护理分为哪三个阶段？（无答案）
2. 临终患者有哪些症状？（无答案）

第三章 社区护理相关技能

第四节 抢救技术

一、单人心肺复苏

思考题

1. 心肺复苏有效的指针是什么？（无答案）

二、心电图操作及简单判读

思考题

1. 患者发生室颤，其心电图特征有哪些？（无答案）

三、氧气吸入法（鼻塞）

思考题

1. 缺氧分类有哪些？（无答案）
2. 氧气管管理过程中应注意哪些内容？（无答案）

第五节 置管技术

一、留置导尿

练习题

1. 单选题

- (1) E (2) B

2. 多选题

- (1) ABCDE (2) ABC

3. 填空题

- (1) 4-6 20-22 7-10 (2) 1000 (3) 3-4

4. 简答题

(1) 留置导尿的目的是什么？

答：

1) 抢救危重、休克患者时正确记录每小时尿量、测量尿比重，密切观察患者病情变化。

2) 为尿失禁或会阴部有伤口的患者引流尿液，为尿失禁患者行膀胱功能训练。

3) 为盆腔手术患者排空膀胱，使膀胱持续保持空虚状态，避免术中误伤。

4) 某些泌尿系统疾病手术患者留置尿管，便于引流和冲洗，并减轻手术切口的张力，促进切口的愈合。

(2) 留置导尿的注意事项有哪些？

答：

1) 为避免损伤和导致泌尿系统的感染，必须掌握男性和女性尿道的解剖特点。

2) 严格执行查对制度和无菌操作技术原则，每个消毒棉球限用一次，避免已消毒部位污染。

3) 操作过程中注意保护患者的隐私，采取适当的保暖措施防止患者着凉。

4) 老年女性尿道口回缩，插管时应仔细观察、辨认，避免误入阴道。

5) 为女性患者导尿时，如果尿管误入阴道，应更换无菌导尿管，然后重新插管。

6) 对膀胱高度膨胀且极度虚弱的患者，第一次放尿不得超过 1000ml。大量放尿可使腹腔内压急剧下降，血液大量滞留在腹腔内，导致血压下降而虚脱；另外膀胱内压力突然降低，还可导致膀胱黏膜急剧充血，发生血尿。

7) 气囊导尿管固定时注意不能过度牵拉尿管，以防膨胀的气囊卡在尿道内口，压迫膀胱壁或尿道，导致黏膜组织的损伤。

二、鼻饲

思考题

1. 单选题

(1) D (2) D

2. 多选题

(1) CDE (2) AB

3. 填空题

(1) 45-55 (2) 15

4. 简答题

(1) 鼻饲目的?

答:

对不能自行经口进食的患者通过胃管供给食物和药物,以维持患者营养和治疗的需要。如: 1) 昏迷患者。2) 不能开口的患者,如破伤风患者。3) 口腔疾患或口腔手术后的患者,上消化道肿瘤引起吞咽困难者。4) 其他患者,如病情危重患者、早产儿、拒绝进食者。

(2) 鼻饲的注意事项?

答:

1) 插管时动作应轻柔,避免损伤食管黏膜,尤其是胃管通过食管3个狭窄部位(环状软骨水平处,平气管分叉处,食管通过膈肌处)时。

2) 插管过程中,如果患者出现呛咳、呼吸困难、发绀等,表示胃管误入气管,应立即拔出气管。

3) 胃管插入10-15cm(咽喉部)时,清醒患者,嘱其做吞咽动作;昏迷患者,则用手将其头部托起,使下颌靠近胸骨柄,以利插管。

4) 每次鼻饲前,应证实胃管在胃内且通畅,并用少量温水冲管后再灌注食物或药物,鼻饲完毕后,再次注入少量温开水,防止鼻饲液凝结。

5) 鼻饲液温度应保持在38-40℃,避免过冷或过热;新鲜果汁与牛奶应分别注入,防止产生凝块;药片应研碎溶解后注入。

6) 食管静脉曲张、食管梗阻的患者禁忌使用鼻饲法。

7) 长期鼻饲者应每天进行2次口腔护理。定期更换胃管,普通胃管每周更换一次,硅胶胃管每月更换一次。

第六节 中医适宜技术

二、捏脊法

1. 婴幼儿抚触的环境要求有哪些？（无答案）
2. 为增加捏脊法疗效，可捏拿哪些穴位？（无答案）

第四篇 基本公共卫生知识和技能

第一章 国家基本公共卫生服务规范

第一节 居民健康档案的建立与管理

1. 居民健康档案的目的和意义为了解；2. 居民健康档案的建立流程为掌握；3. 居民健康档案的管理为掌握

一、居民健康档案的目的和意义

(一) 提高自我保健能力

城乡居民健康档案是自我保健不可缺少的医学资料，居民可以通过身份安全认证、授权查阅自己的健康档案，系统完整地了解自己不同生命阶段的健康状况和利用卫生服务资源的情况。居民通过一段时间内相关医学检查及接受卫生服务效果的数据比较，可发现自身健康状况的变化及疾病发展趋向等，提高自我预防保健意识和识别健康危险因素的能力，主动接受医疗卫生机构的健康咨询和指导，提高自我保健能力。

(二) 开展循证个体医疗服务

城乡居民健康档案详细、连续地记录了个人的健康问题、所患疾病及相关的危险因素，是全科医师开展连续性服务的基础，是实现双向转诊的必备条件，也是评价居民个体健康水平并针对个体进行医疗、预防、保健和康复的重要依据。从个体层面上讲，通过长期管理和照顾病人，医生有更多的机会及时发现、辨识病人现存的健康危险因素，评估其健康状况的动态变化，有助于恰当第诊断疾病，开展个体化的药物和非药物治疗，针对性地提供预防、保健、医疗服务，控制疾病的发生、发展。通过对居民健康档案静态、动态信息的综合评估，真正时限循证医疗。

(三) 实现循证群体健康管理

城乡居民健康档案汇集了丰富的居民健康相关信息，通过定期汇总分析，可以动态监测社区居民患病情况，及时发现异动和监测动态趋势，掌握社区居民中

健康问题的发生、发展规律和变化情况，辨识高危人群，了解病人来源、疾病构成、年龄、职业、时间、地区的分布，以及疾病的严重程度等；可以动态监测相关危险因素（如生活行为方式）的变化，及时制定或调整群体预防保健项目，对个体或群体进行有针对性的健康教育；可以动态监测重点人群健康管理情况，及时采取措施，提高管理效果。持续积累、动态更新的健康档案有助于卫生服务提供者系统地掌握服务对象的健康状况，及时发现重要疾病或健康问题、筛选高危人群并实施有针对性的防治措施，从而达到预防为主和健康促进目的。基于知情选择的健康档案共享将使居民跨机构、跨地域的就医行为以及医疗保险转移逐步成为现实。

（四）提供科研教学资源

城乡居民健康档案为医学科员教学提供了重要的资料来源，对科研教学具有重要的利用价值。居民健康档案收集一个人从出生到死亡的整个过程中其健康状况的发展变化情况以及所接受的各项卫生服务记录，资料的全面性和连续性不但满足了基层服务机构连续性医疗服务的需要，还可以为各种不同类型的课题研究提供良好素材。同时，居民健康档案以问题为中心的健康记录，反映居民胜利、心理、社会方面的问题，具有连续性、逻辑性，是很好的教材，有利于培养医生的临床思维和全科医疗思维能力。

（五）满足健康决策需要

完整的健康档案能及时、有效地提供基于个案的各类卫生统计信息。卫生行政管理部门可以利用健康档案客观评价居民健康水平、医疗费用负担以及卫生服务工作的质量和效果，为区域卫生规划、卫生政策制定一级突发公共卫生时间的应急智慧提供科学觉得依据。基层卫生机构通过健康档案信息的汇总分析，可以对本机构的卫生服务工作（特别是基本公共卫生服务项目）进展情况做出总体评价，及时了解各相关科室工作效率，为绩效考核提供依据。

二、居民健康档案的建立流程

（一）居民健康档案的建立

1. 辖区居民到乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）接受服务时，由医务人员负责为其建立居民健康档案，并根据其主要健康问题和提供情况填写相应记录。同时为服务对象填写并发放居民健康档案信息卡。

三、居民健康档案的管理

(一) 纸质健康档案管理及使用

纸质健康档案管理包括居民健康档案的建立、使用和维护。健康档案的建立要遵循资源与引导相结合的原则，在维护和使用过程中要注意保护服务对象的个人隐私。(图 4-1-2)

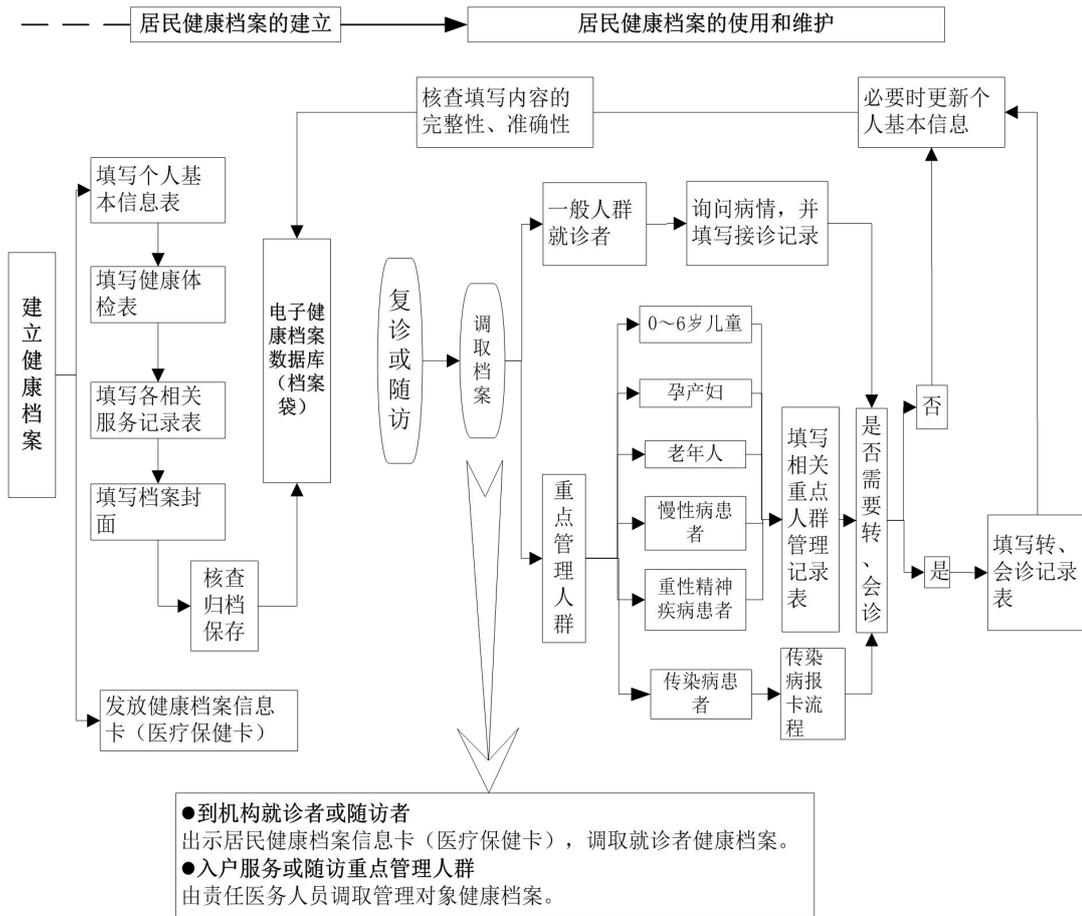


图 4-1-2 居民健康档案管理流程图

1. 纸质健康档案管理流程

(1)居民健康档案的建立:居民健康档案建立应综合考虑各种信息不同来源,包括居民到乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心(站)等基层卫生服务机构接受服务,入户服务(调查)、疾病筛查、健康体检及医疗卫生服务过程中填写的健康档案相关记录表单。居民健康档案可以在服务中单独为1位居民建立,也可以在服务工作中批量建立。应通过与各项业务工作的充分结合,使居

民健康档案信息获取变得简便、高效、信息能够及时更新。

居民健康档案建立过程包括填写个人基本信息表、健康体检表、各相关服务记录表、居民健康档案封面和发放居民健康档案信息卡。建立健康档案要遵循自愿与引导相结合的原则，在使用过程中要注意保护服务对象的个人隐私。各表单填写要严格按照《城乡居民健康档案管理规范（2011）年版》的有关规定和填报说明进行填写。各类重点人群健康管理记录应参见各专项服务规范相关标点填写要求进行规范、准确填写。

①个人基本信息：包括居民个人基础信息和基本健康信息。通过询问填写各人基础信息，包括姓名、性别、出生日期、是否双/多胞胎、出生地、出生时父母的职业等（反映家庭出身）、名族、身份证号、家庭住址、联系电话、工作单位、联系人姓名与电话以及是否为常住人口、血型、文化程度、从事职业、婚姻状况、医疗费用支付方式等。通过询问个人健康史，填写居民健康信息，八块过敏史及过敏物质、有害因素暴露史、慢性病既往史、手术史、外伤史、家族史、遗传病史、有碍残缺等。农村地区在建立居民健康档案时还需根据市级情况选择填写生活环境等信息。

②健康体检记录：包括一般健康检查、健康状况及其疾病用药情况、健康评价等信息。健康体检表应在居民首次建立健康档案时，或在老年人、高血压、2型糖尿病和重性精神疾病患者等在接受年度健康检查时填写。中医体质辨识项由有条件的地区医疗卫生机构中医医务人员或经过培训的其他医务人员填写。

③相关服务记录：包括重点人群健康管理记录和其他医疗卫生服务记录。重点人群健康管理记录包括国家基本公共卫生服务项目要求的0~6岁儿童、孕产妇、老年人、慢性病和重性精神疾病患者等各类重点人群的健康管理记录。其他医疗卫生服务记录包括上述记录之外的其他接诊、转诊、会诊等记录。相关服务记录表按照填表规范，以能够如实反映居民几首服务的全过程为目的、根据居民接受服务的具体情况填写。

④居民健康档案封面：居民健康档案封面的居民个人信息内容应与居民个人信息表内容一直，封面上应填写17位居民健康档案编码。

⑤居民健康档案信息卡：应当根据居民信息如实填写内容一致。

(2) 居民健康档案的更新和补充 接诊医生有权利合理使用，更有义务根据服务情况更新、补充居民健康档案内容，以保证居民健康档案的连续和及时性。居民健康档案在使用过程中要注意保护服务对象的个人隐私。

已建档居民到乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）复诊是，应持居民健康档案信息卡，调取其健康档案内容。有接诊医生根据复诊情况，及时更新、补充相应记录内容。入户开展医疗卫生服务时，服务人员应事先查阅服务对象的健康档案并携带相应表单，在服务过程中记录、补充相应内容。

对于需要转诊、会诊的服务对象，由接诊医生填写转诊、会诊记录。

按照国家有关专项服务规范要求记录相关内容，记录内容应齐全完整、真实准确、书写规范、基础内容无缺失。服务对象在健康体检、就诊、会诊时所做的各种化验及检查的报告单据，都应该粘贴留存归档。可以有序地粘贴在相应体检表、接诊记录表、会诊记录表的后面。双向转诊（转出）单存根与双向转诊（回单）可另页粘贴，附在相应位置上与本人健康档案一并归档。

居民健康档案应完整、规范地记录居民健康问题及其处理过程，逐步体现从出生到死亡的整个生命过程、主要疾病和健康问题以及针对主要疾病和健康问题的卫生服务活动等，保证健康信息动态更新且连续，使医疗卫生服务有证可循。居民健康档案应如实地记载居民的病情变化、治疗过程、康复状况等信息。如改动，必须经特定的审批流程，并留下修改记录，以备核查。

(3) 健康档案的管理和使用

①健康档案的管理分工：乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）负责首次建立居民健康档案、更新信息、保存档案。其他医疗卫生机构负责讲相关医疗卫生服务信息及时汇总、更新至健康档案。各级卫生行政部门负责健康档案的监督管理。

②健康档案的保管和存放：在基层卫生服务机构，居民健康档案的存放和保管可根据其规模和人员编制情况而定，可以设立档案室/处，管理人员可以根据机构实际情况确定专职档案管理人员，也可由责任医务人员进行兼职管理，保证健康档案完整、安全。

档案保管设施设备要符合放到、防晒、放高温、防火、防潮、防尘、防鼠、防虫等要求。档案应按编号顺序排放，每次使用完毕，要准确地放回远处，并定

时进行整理，保持档案摆放的整齐有序。

居民健康档案所包含的资料较多，需要装在档案袋内，档案袋的设计要便于查找和提取。通常档案是横向摆放在档案室（柜）的搁架上，因此，档案袋正面右上角的顶边和右侧边可分别标上档案编号或印上不同的颜色标志，以便查找。中间部分应写上姓名、住址等。

个人健康档案的排列顺序一般为封面、个人基本信息、健康体检、重点人群健康管理记录、其他医疗卫生服务记录等。这些资料最好装成可随时增加页数的合订本，合订本的最后应留有空白页，供辅助检查资料的粘贴。

健康档案原则上应长期保存，对有些使用频率很高的档案，要及时更换或添加有关资料，并按分类进行装订，防治资料丢失。

③建档档案的调用

在为居民建立档案同时，应为其填写和发放居民健康档案信息卡，嘱其在复诊或随访时使用。

当已建档居民复诊或随访时，应持居民健康档案信息卡，由基层医疗卫生机构医护人员（导诊人员）到健康档案室调取居民健康档案并转交给接诊医生或责任医生。

入户服务或随访重点人群时，在确定了入户服务或随访对象后，由基层医疗卫生机构医护人员到健康档案室掉却相应服务对象的居民健康档案，并于当日工作结束时交回健康档案室。

练习题：

1. 居民健康档案的建档对象是（ ）。
 - A. 辖区内居民
 - B. 辖区内居住一年以上居民
 - C. 辖区内居住半年以上居民
 - D. 辖区内居住半年以上户籍居民
2. 健康档案以（ ）人群为重点。
 - A. 高血压、糖尿病患者
 - B. 0~6岁儿童及孕产妇

- C. 慢病患者及重性精神疾病患者
- D. 0~6 岁儿童、孕产妇、老年人、慢性病患者及重性精神疾病患者等。

3. 填写个人基本信息表、健康体检表、各类服务记录表居民健康档案建立过程包括、居民健康档案封面和发放（ ）。

A. 居民健康档案信息卡 B. 患者管理登记本 C. 体检结果回执单 D. 下回体检预约时间

4. 健康体检记录包括（ ）

- A. 一般健康检查、健康状况
- B. 疾病用药情况
- C. 健康评价等信息
- D. 以上都是

5. 居民健康档案应存放在（ ）

- A. 村卫生室
- B. 基层医疗卫生机构
- C. 乡镇卫生院
- D. 医疗卫生机构

第二节 组织、开展健康教育服务

健康教育是通过有计划、有组织、有系统的社会教育活动，使人们自觉地采纳有益于健康的行为和生活方式，消除或减轻影响健康的危险因素，预防疾病，促进健康，提高生活质量，并对教育效果做出评价。教育的核心是教育人们树立健康意识、促使人们改变不健康的行为生活方式，养成良好的行为生活方式，以降低或消除影响健康的危险因素。通过健康教育，能帮助人们了解哪些行为是影响健康的，并能自觉地选择有益于健康的行为生活方式。

健康教育决不仅限于传播卫生知识，而是积极地教育人们提高自我保健意识和能力，并促使人们合理有效地利用这些服务。健康教育应该贯穿于人们生老病死和生产生活的全过程，且带给人们终身的好处。因此，健康教育的作用是长远

的。健康教育帮助人们获得有益于健康的信息，形成和发展有益于健康的观念，提高自我监督和自我评价技能，不断提高生活质量。

健康教育学是研究健康教育和健康促进的理论、方法及实践的一门学科。健康教育学的研究对象是个体、群体及社区。研究内容为信息获得、整合和传播。健康教育学研究的方法涉及医学、行为学、教育学、心理学、人类学、社会学、传播学、管理学、政策学等相关学科。

基本公共卫生健康教育服务是国家基本公共卫生服务项目之一，既是一项独立的服务内容，又是开展其他基本公共卫生服务项目的重要内容和方法，引导并贯穿于落实基本公共卫生服务的全过程。基层医疗卫生机构开展健康教育服务对于提高辖区居民健康素养、预防和控制疾病、提高居民健康知识和自我保健能力具有重要意义。

基层医疗卫生机构面向辖区内全体居民开展健康教育服务，包括辖区内居民及辖区内机关、学校、企事业单位、服务行业的从业人员等，重点人群是青少年、妇女、老年人、残疾人、0—6岁儿童家长、农民工等。根据不同的对象，评估不同的健康需求，选择合适的健康知识内容，因地制宜地开展健康教育服务工作。

根据健康教育服务项目的要求，开展各种形式的健康教育活动，向辖区内全体居民普及健康知识，提倡健康生活方式，提高辖区居民的健康素养。

名词解释：

健康：1978年，国际初级卫生保健大会发表的《阿拉木图宣言》重申世界卫生组织的健康定义：健康不仅是没有疾病或不虚弱，而是身心健康和社会幸福的完美状态。基本要求是一个人的体魄、精神和智能都应与其年龄、性别、和所处的社会环境以及地域情况相称，这些功能在正常范围内，并且彼此之间处于动态平衡。躯体上的疾病容易引起人们的重视，而心理（精神）上的健康往往容易被忽视，特别是在早期。

生理健康是指人的身体能够抵抗一般性感冒和传染病，体重适中，体形匀称，眼睛明亮，头发有光泽，肌肉皮肤有弹性，睡眠良好等。生理健康是人们正常生活和工作的基本保障，达不到这一点，就谈不上健康，更谈不上长寿。

心理健康是指人的精神、情绪和意识方面的良好状态，包括智力发育正常，情绪稳定乐观，意志坚强，行为规范协调，精力充沛，应变能力较强，能适应环

境，能从容不迫地应付日常生活和工作压力，经常保持充沛的精力，乐于承担责任，人际关系协调，心理年龄与生理年龄相一致。心理健康同生理健康同样重要。据医学家测定，良好的心态，能促进人体分泌出更多有益的激素，能增强机体的抗病能力，促进人体健康长寿。

健康素质：是一个国家或地区人群健康状况的综合反映。人群健康状况或者说健康素质的测量，在国际上通常采用四大类指标：人口动力学指标，疾病和伤残指标，营养、生长发育和心理学指标及影响健康的因素。对个人而言，健康是一个人智力、体力和心理发育能力的基础，是劳动生产力的基础。对社会而言，良好的国民健康是促进经济发展和社会进步的重要保障。新中国成立以来，我们党和政府十分关心和重视广大人民群众的健康问题，我国的卫生事业取得了举世瞩目的成就。死亡率不断下降，平均期望寿命不断上升，2010年人均期望寿命达到了73.5岁。霍乱、鼠疫、天花、回归热、斑疹伤寒、黑热病等严重危害人民健康的烈性传染病已陆续消灭或基本消灭。通过计划免疫，我国消灭或基本控制了脊髓灰质炎、白喉、百日咳和麻疹等传染病，基本实现了消除碘缺乏病的目标。城乡居民饮食结构和营养状况有了质的变化，蛋白质、脂肪的摄入量增加，尤其是儿童营养条件和状况明显改善。医疗卫生保健条件不断改善，我国实施新医改以来，健全了各级各类医疗卫生机构数，村及街道均设有医疗卫生网点，95%以上的村民参加了新型农村合作医疗，极大地方便了就医。全民族健康素质的不断提高，是我国社会主义现代化建设的重要目标，是人民生活质量改善的重要标志，是社会主义精神文明建设的重要内容，是经济和社会可持续发展的重要保障。

健康素养：是指个人获取和理解健康信息，并运用这些信息维护和促进自身健康的能力。居民健康素养评价指标已纳入到国家卫生事业发展规划之中，作为综合反映国家卫生事业发展的评价指标。公民健康素养包括了三方面内容：基本知识和理念、健康生活方式与行为和基本技能。

健康促进：指个人、家庭、社区和国家一起采取行动，鼓励人们采纳健康行为，增强人们改进和处理自身健康问题的能力。

健康相关行为：是指个体或团体与健康 and 疾病有关的行为。按照行为者对自身和他人健康状况的影响，健康相关行为可一般分为促进健康的行为和危害健康

的行为。促进健康行为是个人或群体表现出的客观上有利于自身和他人健康的一组行为。如基本健康行为（合理营养、平衡膳食、适量睡眠、积极锻炼）、保健行为（定期体检、预防接种）、主动避开环境危害的行为以及预防事故的发生和事故发生后能正确处理的预警行为等。危害健康的行为是偏离个人、他人和社会健康期望，不利于健康的行为。危害健康的行为的基本方面是不良生活方式与习惯，如吸烟、酗酒、缺乏体育锻炼；高脂、高糖、低纤维饮食；偏食、挑食、和过多吃零食；嗜好含致癌物的食品以及不良进食习惯等。还有致病性行为模式，如冠心病易发行为，其行为特征是时间紧张感、敌意和过度竞争；肿瘤易发行为，其行为特征是情绪好压抑、性格好自我克制，表面上处处依顺、谦和、善于忍让、内心却是强压怒火、爱生闷气等。

行为干预：是指运用传播、教育、指导、说服、鼓励、限制等方法 and 手段，帮助个体或群体改变不健康行为和生活方式，自觉采纳健康行为，养成有利于健康的行为生活方式。

前面我们讲了个人或团体的行为与健康是息息相关的，健康的行为有利于健康。危害健康的行为不利于健康。那么怎样改变危害健康的行为呢？行为改变的步骤一般要经历如下几个阶段：

第一阶段为准备与沟通阶段。健康教育工作者与教育对象进行接触和沟通，了解所要改变的行为的特征与背景、教育对象解决自己问题的动机和打算，并且就时间安排和实施过程与步骤等与教育对象达成共识。

第二阶段为问题解析阶段。对问题行为做出诊断。其主要的工作包括：所存在的问题的界定、如何形成和巩固等。

第三阶段为制定计划阶段。主要包括：方法选择、时间和过程的安排、过程记录和效果的评价等。

第四阶段为实施阶段。在计划实施过程中要善于及时发现问题并给予合理的解决。

第五阶段为效果评估和巩固阶段。对实施的结果进行评估，安排进一步巩固效果的措施。

改变行为的方法和技术多种多样，主要有行为主义方法、认知行为方法、行为改变综合方法等。这里只介绍健康行为个体理论-----“知信行”模式。这一

理论提出了知识、信念、态度和行为实施之间的递进关系模式，即知识—信念—态度—行为实施。认为知识是行为改变的基础，信念和态度是行为改变的动力。

健康传播：是指以“人人健康”为出发点，运用各种传播媒介渠道和方法，为维护和促进人类健康的目的而获取、制作、传递、交流、分享健康信息的过程。健康信息的传播是人类在生存和发展的过程中与医疗保健活动而伴随的行为。健康传播可分为人际传播、群体传播、组织传播、大众传播等。健康传播有其独自的鲜明的特点：

1. 健康传播对传播者有特殊的素质要求。从传播的一般意义讲，人人都具有传播的本能，人人都可以作传播者。但健康传播者是专门的技术人才，有其特定的素质要求。负有健康传播职能的机构和人员是健康传播的主体。

2. 健康传播传递的是健康信息。健康信息是一种宝贵的卫生信息，泛指一切有关人健康的知识、观念、技术、技能和行为模式。例如医生告诉患者吸烟有害健康，是在传递卫生知识；给准备戒烟的人进行戒烟方法指导，这是传递技术；医生以自己不吸烟或拒绝他人敬烟的行为，为人们树立了榜样，这是以行为模式所传递的健康信息。

3. 健康传播有明确的目的性。以健康为中心健康传播力图达到改变个人和群体的知识、态度、行为，使之向有利于健康方向转化的目的。由低到高将健康传播的效果分为四个层次：知晓健康信息、健康信息认同、形成健康态度、采纳健康行为。以预防青少年吸烟为例。采纳健康信息的心理—行为的过程大致是：通过各种教学活动，小学生获得“吸烟有害健康”的知识（知晓信息）；相信吸烟是有害健康的行为（信念形成）；不喜欢家长吸烟（改变态度）；学会拒绝吸第一支烟（技能形成）；最终，养成不吸烟的良好生活习惯。

4. 健康传播过程具有复合型。在健康教育传播活动中，从信息来源到最终目标人群，健康信息的传播往往经历了数次甚至数十次的中间环节。复合型传播的特点是：多级传播、多种信息传播、多次反馈。

5. 健康传播强调互动性。它不仅要把信息传递出去，还要考虑如何改变人们不利健康的态度与习惯。

健康传播的常用技巧有：基本沟通技巧、劝服技巧、健康咨询等，但在实际工作中需要多种技巧综合应用。

一、 健康教育服务的内容

(一) 宣传普及《中国公民健康素养—基本知识及技能(2015版)》，配合有关部门开展公民健康素养促进行动。

2008年1月，卫生部发布了《中国公民健康素养—基本知识及技能(试行)》(简称健康素养66条)，是我国健康教育领域发布的第一个政府公告，也是世界上第一份界定公民健康素养的政府文件。它提出了中国公民必须掌握的66条健康素养基本知识及技能，包括25条基本知识和理念、34条健康生活方式和行为、7项基本技能。2015年修订后发布了《中国公民健康素养—基本知识及技能(2015版)》。

(二) 对青少年、妇女、老年人、残疾人、0—6岁儿童家长、农民工等人群进行健康教育。

开展重点人群健康教育服务要有针对性，必须紧紧抓住目标人群的健康教育需求和特点。

青少年健康教育课参照教育部发布的《中小学健康教育指导纲要》，开展健康行为与生活方式、疾病预防、心理健康、生长发育与青春期保健、安全应急与避险等内容的健康教育服务。

孕产妇、0—6岁儿童家长的健康教育可参照卫生部发布的《母婴健康素养——基本知识和技能(试行)》和中国疾病预防控制中心发布的《妇幼保健健康教育基本信息》，开展婚前保健、孕期保健、更年期保健、婴幼儿喂养及生长发育、疫苗接种等内容的健康教育服务。

老年人、残疾人健康教育主要包括疾病预防、自我保健、康复训练、心理健康等内容。

农民工健康教育主要包括传染病防治、伤害预防、职业病防护、心理健康等内容。

(三) 开展合理膳食、控制体重、适量运动、心理平衡、改善睡眠、限盐、戒烟限酒、控制药物依赖、戒毒等健康生活方式和可干预危险因素的健康教育。

生活方式与某些疾病，特别是慢性非传染性疾病的发生关系密切。可参照卫生部疾病预防控制局发布的《健康生活方式核心信息》、中国营养学会发布的《中国居民膳食指南》，向辖区居民讲授健康生活方式的知识和技能，促进辖区居民

形成健康行为生活方式，改变不健康的行为生活方式。

（四）开展高血压、糖尿病、冠心病、哮喘、乳腺癌和宫颈癌、结核病、肝炎、艾滋病、流感、手足口病、地氟病等重点疾病健康教育。

结合我国国情和辖区的实际情况，有重点地开展健康教育。根据卫生部疾病预防控制局发布的《中国高血压防治指南》、《中国糖尿病防治指南》等，开展高血压、糖尿病的危害、危险因素、防治措施等内容的健康教育服务；根据卫生部疾病预防控制局发布的艾滋病、结核病、肝炎等重大疾病的健康教育核心信息，开展重大疾病的传染源、传播途径、易感人群、危害、防控措施等内容的健康教育；对35岁以上妇女开展乳腺癌和宫颈癌防治知识的健康教育；结合辖区常见病、地方病发病情况，有针对性地开展健康教育。

（五）开展食品安全、职业卫生、放射卫生、环境卫生、饮水卫生、学校卫生、计划生育等公共卫生问题的健康教育。

根据辖区居民的健康教育需求，选择与之密切相关的内容，有针对性地开展公共卫生问题的健康教育。

（六）开展应对突发公共卫生事件应急处置、防灾减灾、家庭急救等健康教育。

针对家庭常见的安全隐患、伤害类型、伤害原因、伤害处置、伤害预防及常见病紧急救治等，开展家庭急救健康教育，如火灾时的自救措施、皮肤烧烫伤紧急处理；结合突发公共卫生事件，讲授相关知识、应急处理、逃生自救技能等。

（七）宣传普及医疗卫生法律法规及相关政策

面向公众宣传普及医疗卫生法律、法规及相关政策，重点宣传基本医疗保健制度、国家基本公共卫生服务项目、基层医疗卫生机构职能等。

二、健康教育人员要求

乡镇卫生院和社区卫生服务中心应配备专（兼）职人员开展健康教育工作，每年接受健康教育专业知识和技能培训不少于8学时。树立全员提供健康教育服务的观念，要正确认识健康教育在疾病防治中的作用，将健康教育与日常提供的医疗卫生服务结合起来。

（一）健康教育专业知识和技能培训内容包括：

1. 健康教育与健康促进基本理论

2. 健康教育与健康促进计划设计
3. 健康教育需求评估
4. 健康教育项目管理
5. 健康教育传播活动的策划与实施
6. 常用人际传播方法
7. 健康信息管理
8. 健康传播材料的制作与评价
9. 健康教育评价
10. 健康教育培训方法
11. 中国公民健康素养—基本知识及技能（试行）》
12. 结核病、高血压、糖尿病、冠心病、哮喘、乳腺癌、宫颈癌、肝炎、艾滋病、流感、手足口病、狂犬病、布氏杆菌病等重点疾病防治措施。
13. 合理膳食、控制体重、适当运动、心理平衡、改善睡眠、限盐、控烟、限酒、控制药物依赖、戒毒等健康生活方式和可干预危险因素的相关知识。
14. 食品安全、职业卫生、放射卫生、环境卫生、饮水卫生、计划生育、学校卫生、等公共卫生知识。
15. 突发公共卫生事件应急处置、防灾减灾、家庭急救等基本知识。
16. 相关医疗卫生法律法规及相关政策
17. 健康主题日所涉及的有关疾病防治措施。
18. 健康问题的中医药防治知识。

（二）健康教育专（兼）人员能力要求：

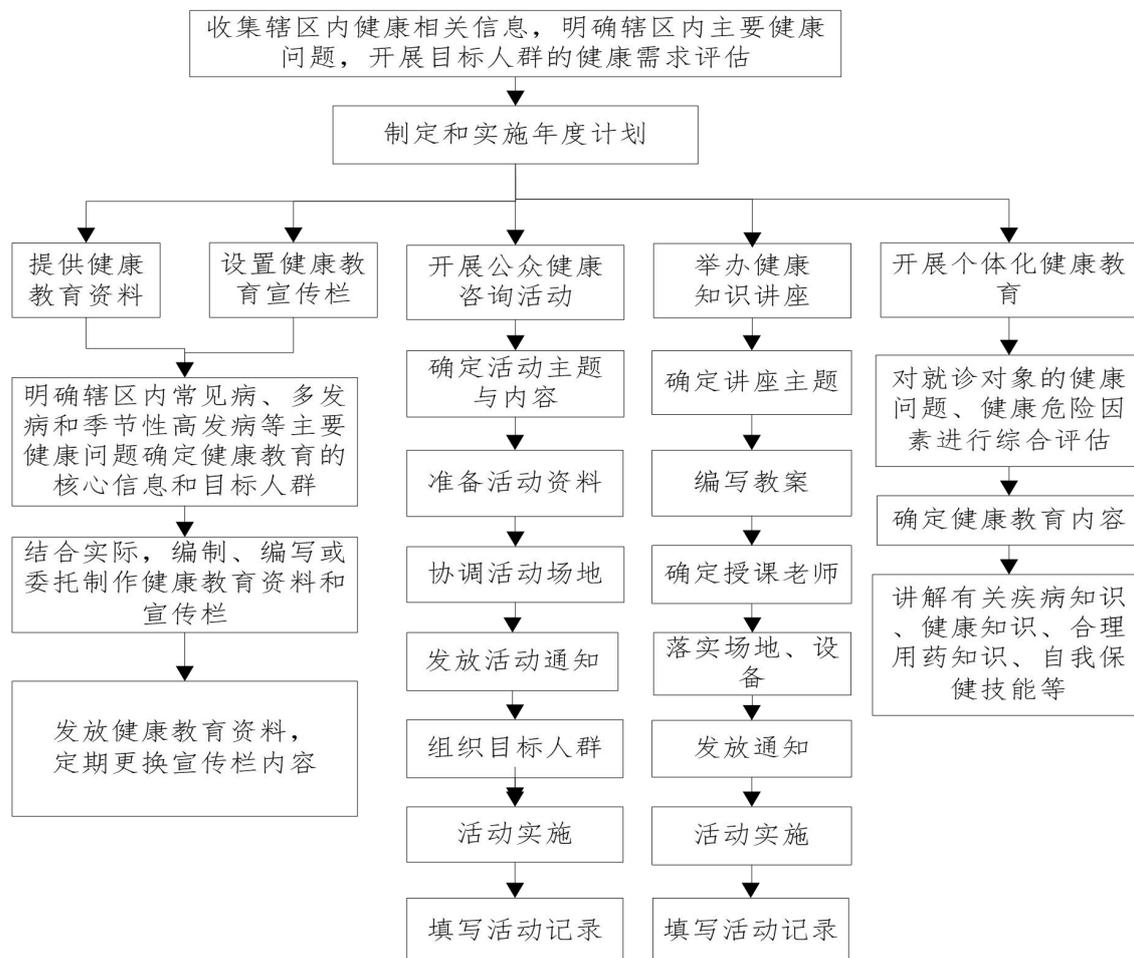
1. 能陈述《中国公民健康素养—基本知识及技能（2015版）》的内容。
2. 能讲出结核病、高血压、糖尿病、冠心病、哮喘、乳腺癌、宫颈癌、肝炎、艾滋病、流感、手足口病、狂犬病、布氏杆菌病等重点疾病防治措施。
3. 知道合理膳食、控制体重、适当运动、心理平衡、改善睡眠、限盐、控烟、限酒、控制药物依赖、戒毒等健康生活方式和可干预危险因素的相关知识。
4. 能陈述食品安全、职业卫生、放射卫生、环境卫生、饮水卫生、计划生育、学校卫生、等公共卫生知识。
5. 能简述突发公共卫生事件应急处置、防灾减灾、家庭急救等基本知识。
6. 能叙述相关医疗卫生法律法规及相关政策。

7. 能讲出全年健康主题日，知道健康主题日所涉及的有关疾病防治措施。
8. 能陈述辖区常见健康问题的基本知识，就医、遵医行为相关知识。
9. 能讲出辖区常见健康问题的中医药防治。
10. 能叙述公众健康咨询活动及健康知识讲座的程序、方法和注意事项。
11. 能陈述美学基本知识。
12. 能通过互联网获取健康教育资料。
13. 能进行影音设备的播放操作。

三、 开展中医药健康教育服务

运用中医理论知识，在饮食起居、情志调摄、食疗药膳、运动锻炼等方面，对城乡居民开展养生保健知识宣教等中医健康教育，在健康教育印刷资料、音像资料的种类、数量、宣传栏更新次数以及讲座、咨询活动次数等方面，应有一定比例的中医药内容。

四、 健康教育服务流程



五、健康教育服务

（一）健康教育需求评估

按照健康教育服务流程的要求,开展健康教育服务之前,必须做好需求评估。

健康教育需求评估又称健康教育诊断,是指面对人群健康问题时,通过系统收集各种与健康有关的资料,并对这些资料进行整理、分析,明确或推测与某种健康问题有关的行为和影响因素,以及健康教育资源及可及性的过程。

健康教育需求评估分三步完成:

第一步是收集辖区居民健康相关信息;

第二步是对收集的信息进行整理、归纳、分析、评估;

第三步是评估结果;要求明确辖区居民的主要健康问题、健康相关行为、生活方式及影响因素、辖区内健康教育资源等。为制订和调整健康教育工作计划提供科学依据。

1、目的

(1) 明确辖区居民的主要健康问题、健康相关行为、生活方式及影响因素、辖区内健康教育资源等,为制订有针对性、合理的健康教育工作计划提供科学依据。

(2) 为健康教育效果评价提供基线资料。

2、内容

(1) 评估明确辖区内居民的主要健康问题

①收集辖区内居民疾病谱(门诊登记、住院登记等)、死因构成。明确辖区居民的常见病、多发病;

②明确辖区内居民季节性高发病,如冬春季流感、老年性慢性阻塞性肺病、儿童手足口病、夏季食物中毒、痢疾等。

明确辖区主要健康问题,是为了明确优先解决的健康问题。也可以根据当地卫生行政部门的统一部署,将特定的健康问题作为健康教育重点关注的问题。

(2) 评估辖区居民相关行为生活方式及影响因素

①了解辖区居民相关行为生活方式现状,尤其是对健康有危害的行为生活方式,如吸烟、酗酒、身体活动不足、膳食结构不合理等。

②了解辖区居民不健康行为生活方式的影响因素,如辖区居民的健康知识知

晓率、对健康的重视程度、健康技能、自我管理能力等。

明确辖区居民健康问题相关行为生活方式及影响因素，是开展针对性健康知识传播和行为干预的基础，是活动良好健康教育效果的保证。

(3) 评估辖区内健康教育资源

明确辖区内基本情况，如政策、经济水平、风俗民情、社区文化、公共卫生设施、机关（企业、学校）等单位的发布情况；居民特点，如年龄、职业、文化构成等；开展健康教育的资源和条件；为确定适宜本辖区的健康教育形式和内容提供依据。

3、方法

(1) 收集资料：通过收集门诊记录、以往开展的社区诊断资料、地方卫生年鉴、地方卫生行政部门等发布的卫生统计数据等获得辖区居民患病率、发病率和死因构成等资料数据，明确影响辖区居民健康的主要疾病（如患病前 10 位的疾病）和主要死因（如死因构成前 10 位的疾病）。

收集资料的方法可以节约时间，但存在信息不够全面、针对性不足的缺点。

(2) 专项调查

① 问卷调查

问卷调查是辖区健康需求评估与健康教育活动效果评价中常用的技术，是指运用调查问卷的手段收集辖区人群相关资料的方法。问卷调查的组织者首先要明确调查目的，即提供调查要了解的健康问题，根据调查目的和目标人群的特征设计、选择适宜的调查问卷，然后采用抽样或者普查的方式确定调查对象，并通过询问、自填等方式让调查对象完成调查问卷的填写，最后收集、整理问卷的内容，并对调查结果进行分析。

工作原则：

- a. 必须保护调查对象的隐私；
- b. 目标人群要明确；
- c. 应严格按照调查方案的设计，规范开展调查。
- d. 应保证调查数据真实、可靠；
- e. 尽量减少给调查对象造成的负担和麻烦。

工作流程和注意事项

- a. 调查前协调工作：调查前应首先根据调查方案要求，做好调查前协调、

准备工作。与调查点的乡政府、社区、村委会联系沟通，请他们协助安排调查地点、组织联络调查对象。做好现场调查的准备。

b. 现场调查人员分工：根据宣传实际情况对调查人员进行分工，如现场调查组、问卷审核组、现场协调组等，并明确各组的任务。

c. 调查资料准备各组：核对方案中涉及调查资料（如调查问卷、笔、小礼品等）的种类和数量，并认真清点各项资料是否齐全。

d. 实施现场调查：调查员在实施现场调查时应首先进行自我介绍，介绍调查的目的、意义、问卷的填写方式。调查时应尽可能让调查对象本人填写，本人不能填写由调查员询问、代为填写。避免调查对象互相交流、互相商量。采取询问调查时应注意提问不能够带有引导性。收回问卷时，调查员要检查问卷是否有错项、漏项、逻辑问题等，及时补充和订正。

e. 调查资料的整理：现场调查结束后，及时核查调查表的数据和质量，最终的调查问卷数量不能达到方案设计的要求时，要及时补充调查。

② 小组讨论

小组讨论时一种常见的健康教育实用技术，可以用在健康教育需求评估和健康教育效果评价中。小组讨论通常是针对需要解决的问题，召集目标人群6—8人分为一组，就某一专题进行讨论，在讨论过程中，参与人员充分交流表达自己的想法和建议。

针对健康教育需求评估，小组讨论往往围绕某个健康问题。通过辖区居民深入探讨，进一步发现和明确辖区居民的健康教育需求。针对健康教育活动效果评价，小组讨论往往围绕辖区居民对某种健康问题的理解、认知情况，以及相关健康生活方式和行为的持有情况等，评估健康教育干预措施的效果。

工作流程及注意事项

a. 确定讨论主题：要根据目标人群的特点和需要，选择适宜的讨论题目。如讨论组织孕妇小组时，可以在孕妇怀孕的不同月份。组织不同内容的讨论学习，在孕早期，可以讨论孕期营养，在孕晚期可以讨论母乳喂养。

b. 确定讨论时间、地点：选择适当的讨论时间和地点，可以提高目标人群的参与积极性。确定时间时应充分考虑目标人群生活作息特点，尽量不影响目标人群的日常工作和生活。地点应方便目标人群参加，同时谈话不容易受到影

响，如可以在基层医疗卫生机构内的会议室、健康教育室等。

c. 准备讨论提纲：讨论提纲通常由一组开放式问题组成，问题的设计要紧密围绕讨论主题，在问题编排方面，要么按照由浅入深的逻辑顺序排列，由容易的话题开始，引发人们思考和讨论，再讨论有一定深度的问题。

d. 安排场地和座位：小组讨论的座位要排放成“U”或“C”形，使参加者都能看到彼此，容易形成讨论的氛围，方便讨论进行。

e. 小组讨论的组织实施：组织者首先介绍讨论题目，并且说明讨论目的，具体要求。组织者负责引导大家进行讨论，调动每个参与者的积极性，及时解答参与者提问；记录者负责做讨论记录，快播时间、地点、参与人员、发言内容、现场环境、讨论气氛等；讨论时间可以根据讨论题目的大小、内容的多少确定，一般在 30 分钟左右。

f. 小结：小组讨论结束后，访谈组织者对讨论主要结果进行归纳、总结、反馈、感谢参与者的配合，对参与者错误的观点和模糊的认识进行更正、澄清。

访谈是对问卷调查的有益补充，可以在日常工作中随时征询患者和辖区居民的意见和建议。

（二）制订健康教育服务年度工作计划

根据《国家基本公共卫生服务规范》的服务内容和要求，在健康教育需求评估的基础上，制订出本辖区健康教育服务年度工作计划书。年度工作计划书应具有操作性和实用性，明确年度工作目标、工作任务、时间安排等。

1. 撰写年度计划书

年度计划书应包括制订依据、计划开展的工作及重点工作、预期目标、时间安排、经费预算等。

（1）制订依据：阐明计划制订的背景和意义，主要内容包括辖区基本情况（如人口数、人口构成、经济水平、社区文化等）、辖区居民主要健康问题及影响因素（如患病前 10 位的疾病、死因构成前 10 位的疾病、不健康行为生活方式等）。

（2）计划开展的工作及重点工作：针对规定的 5 项健康教育服务，即提供健康教育资料、设置健康教育宣传栏、开展公众健康咨询活动、举办健康知识讲座和开展个体化健康教育服务，分别制订年度计划。具体包括年度内开展此项健

康教育服务的总次数、每次服务的主题、主要内容、目标人群、预计开展的时间、负责人等。

(3) 预期目标：制订预期目标，即到本年度结束时，辖区居民参加课堂总人数、覆盖率、知识知晓率、正确态度持有率、健康行为形成率等预期达到的水平，其中最重要的效果评价指标是健康素养水平。由于行为生活方式、健康素养、健康状况的改变需要较长的时间，因此可以制订远期目标，如3年目标、5年目标等。

(4) 时间安排：将5项健康教育服务的年度工作计划进行汇总，以时间表的形式，将全年的各项活动安排按照时间顺序排列出来。

(5) 经费预算：列出开展每次健康教育服务的各项开支，将各项开支汇总即为开支此次健康教育服务的预算，再把每次服务的预算汇总，即为年度总预算。

2. 注意事项

(1) 健康教育的内容应尽量覆盖《健康教育服务规范》要求的7项内容，且应策划针对本辖区内不同人群的重点内容，使健康教育服务更有针对性。

(2) 健康教育的形式及数量应达到《健康教育服务规范》的要求，且应掌握“形式为内容服务”的原则，根据每次健康教育服务的具体内容、目标人群文化水平和接受能力、健康教育资源等具体情况，确定适宜的一种或几种形式。

(3) 做计划时，应注意以下几点：一是时间安排不宜过满，应为临时性任务安排机动时间；二是不需要确定各项活动的具体日期，明确出时间段即可；三是要考虑节假日、农忙、气候等因素，合理安排时间。

(4) 可以根据本地特点，开展有地方特色、民族特色、群众喜闻乐见、通俗易懂的健康教育活动。

(三) 提供健康教育资料

根据需求评估的结果，明确辖区内常见病、多发病和季节性高发病等主要健康问题，结合上级下达的健康教育任务及当前的工作任务、季节、疾病流行情况等因素，确定健康教育的核心信息和目标人群，结合实际，编制、编写或委托制作健康教育资料。向辖区居民提供健康教育资料，便于居民学习和掌握健康知识，提高自我保健能力及健康素养。健康教育资料包括印刷资料和音像资料两类，常用的健康教育印刷资料有折页、健康手册、健康教育处方、招贴画/海报、传单等；

1. 发放健康教育印刷资料

(1) 编制健康教育印刷资料

① 选定核心信息：围绕健康教育内容，结合辖区内主要健康问题、辖区居民健康教育需求、突发公共卫生事件、文化水平和接受能力等选定核心信息；核心信息要科学、准确、杜绝错误信息；通俗易懂、尽量避免专业术语，晦涩难懂的专业术语要有解释性说明或举例说明，帮助目标人群理解；行为指导具体、实用、可行；注意目标人群的文化和风俗习惯。

② 设计初稿：专业人员（基层医疗卫生机构专业人员、健康教育专业人员）与设计人员密切配合，根据核心信息所表达的内容，设计恰当表现形式。要求主题鲜明、突出、核心信息准确；插图是为了更直观、形象反映文字内容，必须与内容密切相关，直观易懂，有助于辖区居民更好理解宣传内容；宣传主题和核心信息要醒目、简洁；禁止使用歧视性语言、恐吓性语言或图片；文字不宜过多，字号大小合适，关键信息醒目、突出；色彩搭配合理、图文比例适当；大小适宜，便于携带、张贴、阅读和使用。保证设计初稿在信息准确性、传播效果、艺术表现等三个方面具有较高质量，同时兼顾实用性。

③ 预实验：将初稿在目标人群中进行预实验，通过个人访谈或小组讨论，了解目标人群是否理解健康教育资料所传播的信息，是否喜欢健康教育资料的表现形式，收集评论意见和修改建议。

④ 修改和定稿：根据预实验结果，对初稿进行修改。如果目标人群对初稿意见或建议较多、修改内容较多时，修改样稿还需再次进行预实验，直至绝大多数目标人群能正确理解才能通过，最终形成定稿。

⑤ 制作与生产：少量健康教育资料可自行制作完成；大量健康教育资料需要交付制作单位，进行批量生产。批量生产的单价较低。

(2) 委托设计制作

在本单位人力、技术不能保质保量完成编制健康教育资料任务时，可委托健康教育专业机构设计制作，保证健康教育资料符合工作需要。

(3) 健康教育印刷资料制作的关键技术

① 主题确定的原则

健康教育传播材料主要围绕卫生工作重点、辖区主要健康问题、居民的健康

需求、季节性多发病、突发公共卫生事件等来选择主题。

② 传播信息的选择

主题确定后，应该确定与主题相关的传播信息。传播信息要科学、准确、通俗易懂；信息量一般以 3 条为宜；表达形式要与当地的社会、文化风俗项适应，与当地宗教不冲突。

相同的主题，对于不同的目标人群，传播信息可有很大不同。应该在目标人群需求评估的基础上，选择合适的健康教育信息。

③ 有明确的行为建议

健康教育传播资料只有健康知识的宣传是不够的，要有明确的行为建议，并且行为建议要具体可行。既要告诉“为什么要做”，还要告诉人们“应该怎样做”。

④ 语言

语言要通俗易懂，表达准确、规范，避免口语化。专业术语要有解释，不使用外文或外文缩写（特殊情况除外）。阅读难度以初中毕业水平为依据。

⑤ 组织结构

将健康教育内容分为 3-5 个板块，按照一定的逻辑有序排放。各部分信息量要相对均衡。每一部分要有一个明确的标题，重点放在段首。

⑥ 制图

平面传播材料中常用的插图有漫画、演示图、分解图、表格、统计图等。漫画、演示图、分解图等插图的目的是使文字内容形象化、具体化，是对重点内容的图解或示范，帮助读者更好地理解内容，掌握要点，形成深刻印象，便于读者理解和记忆。表格和统计图等插图的目的是提供数据支撑，强化循证。

插图必须有自明性，与内容密切相关；插图不能影响文字阅读；美化页面的插图最好不要，避免读者分散注意力。插图为照片时，照片大小在 2M 以上为宜。

⑦ 布局排版

布局排版是传播材料吸引力的重要决定因素。精美的布局和排版能够吸引读者的注意力，激发阅读兴趣，有助于对内容的理解和对关键点的把握。

布局要有明确的板块划分，方便读者阅读。可以借助底纹、边框、箭头灯将读者的注意力引向特定的知识点或关键内容，帮助读者记忆。

字体以宋体或黑体为主，题目避免使用变形字、艺术字或繁体字。以 A4 纸

为例，正文字号在 4-5 号字为宜，不宜过大或过小。行间距要适当，避免拥挤或稀疏，一般为 1.25-1.5 倍行距。文字和背景之间要有较高的对比度，便于清晰阅读。

（4）常用健康教育印刷资料的特点

① 折页

常用的折页有二折页和三折页，二折页一般尺寸为 210mm×190mm，三折页尺寸一般为 210mm×285mm，便于携带和保存，通常为彩色印刷，图文并茂，简单明了，字号一般要求不小于 9 号字。折页可以宣传卫生知识、倡导尽快生活理念，也可以具体指导某项技能。

折页可以放置在乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）的候诊区、诊室、咨询台、供居民自取；也可以在门诊咨询或入户访视时发给居民，并进行讲解或演示；还可以组织居民围绕折页的内容进行小组讨论、有奖问答。

② 健康手册（小册子）：健康手册（小册子）信息量大，内容系统完整，可读性强，适合居民系统地学习某一方面的知识、技能，如《高血压预防手册》、《居民健康素养读本》等。健康手册（小册子）的使用范围与折页相同。

③ 健康教育处方：主要配合各种疾病患者的药物处方使用，针对性的提供健康教育指导，如饮食指导、运动指导、用药指导、戒烟限酒指导、康复指导等。应该在医生的讲解和指导下使用，以提高医嘱的依从性和疾病控制效果。健康教育处方的内容要突出疾病特点，指导患者配合治疗、积极康复的行为。

④ 招贴画/海报：适合使用招贴画/海报场所比较广泛，如可以张贴在社区宣传栏、居民楼道、村民院墙、电梯以及基层医疗卫生机构室内，与风俗习惯无冲突的张贴画/海报还可以发放到居民家中，张贴在室内。

招贴画/海报尺寸通常为 570mm×840mm，板式设计根据宣传主题，内容可灵活安排，通常要求醒目、突出、具有一定视觉冲击力，站在距离 1m 处，能看清招贴画/海报上的文字。

（5）健康教育印刷资料的发放

① 发放途径

a. 印刷资料可放置在乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）的候诊区、诊室、咨询台等处，供前来就诊的患者及有需求的辖区居民自行选取。

b. 向辖区内家庭、单位、学校、村（居）委会发放健康教育资料。

c. 结合公众健康咨询活动，健康知识讲座以及个体化健康教育，发放、播放健康教育材料。

②要求：对于乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站），每个机构每年提供不少于12种内容的印刷资料，并及时更新补充，保障使用。每次每种健康教育资料的发放要有记录。

③效果评价

通过个人访谈或小组讨论，了解目标人群从健康教育资料获得信息的情况，包括信息获取、理解、记忆情况、信息对行为改变的影响情况、意见、建议等。

2. 播放健康教育音像资料

健康教育音像资料就是利用视频技术，通过讲解、展示、演示、动画等表现形式，将健康知识和技能可视化而形成的一类传播材料。音像资料的载体包括录像带、光盘、磁盘、移动存储器等。常见的表现形式有专题讲座、专家访谈、情景剧和动画等。音像资料的优点是直观、生动、形象，对目标人群的文化水平要求较低，传播效果较好，深受喜爱。

（1）音像资料的设计制作

一个好的音像材料应该具备主题明确、信息准确、画面简洁、图像清晰、音质干净、音效和谐等特点。

① 主题

音像资料的主题选择要有针对性，即必须针对辖区居民主要健康问题和健康需求。

② 内容

要有一个明确的主题，围绕主题，可有3-5个板块的内容，板块之间有逻辑性。每个板块包含3-5条信息。要求信息准确、简单通俗、易于理解和接受，有具体、可行的行为指导，禁止使用歧视、恐吓、暴力、色情的语言及画面。

③ 视听效果

a. **声音：**一份好的音像制品对声音质量有较高的要求。要求普通话解说，吐字发音要清晰，中音为标准，客观陈述语气为主。语速适中，以250-300字/分钟为宜。声音干净清晰，无杂音或噪音。少数民族地区可开发本民族语言的音像资料，或将其他语言的音像资料进行本民族语言的配音。

b. **图像**：一份好的音像制品，要做到图像清晰、画面稳定，色彩清新、自然，无杂乱信号（如闪烁、花屏、波纹、与声音不同步等）。

c. **音效**：背景音乐要与主题相适宜，以优美、轻松的乐调为主。音量要适中，与解说音量保持合适的对比度，不能影响观众收听解说。

（2）常用音像资料的特点

① DVD 光碟：属于音像资料，其特点是直观、生动，以声音和影像的形式传播健康知识、技能，指导人们的行为。

DVD 光碟可以在乡镇卫生院、社区卫生服务中心门诊候诊区、观察室、健康教育室等场所或宣传活动现场；可以发放至企事业单位、学校、社区等场所组织播放；针对不方便外出目标人群的健康问题，如母乳喂养、辅食添加、伤残康复等，还可以发放至目标人群家庭使用。

② 录音带：主要是通过声音传播健康信息，可以在宣传现场播放；可以发放至企事业单位、学校等场所组织播放。

（3）音像资料播放

① 音像资料的播放屏幕应安装在人多的地方，面向患者及家属。高度应以观众平视或略微仰视为佳（屏幕的下缘距地面 1.5-1.7 米），无遮挡，易于观看。

正常应诊的时间内，在乡镇卫生院、社区卫生服务中心门诊候诊区、观察室、输液室、健康教育室等场所或宣传活动现场滚动播放，注意内容的更换。

② 对于乡镇卫生院、社区卫生服务中心，每个机构每年播放音像资料不少于 6 种。每次播放要有记录。保证播放设备的完好并能正常使用，定期做好播放设备的维护、维修并有记录。

（四）设置健康教育宣传栏

健康教育宣传栏是设立在基层医疗卫生机构户外、健康教育室、候诊室、输液室或收费大厅的明显、相对固定处。每期健康教育宣传栏必须有制作单位名称、期号、制作时间等基本要素。内容应与《健康教育服务规范》要求的 7 项内容一致，应有一定比例的中医药内容，且针对辖区居民的健康教育需求。

1. 制作健康教育宣传栏硬件设施

（1）因地制宜选择健康教育宣传栏的种类：根据经济条件和环境布局，选择健康教育宣传栏的种类。

（2）健康教育宣传栏的数量和规格：

乡镇卫生院和社区卫生服务中心宣传栏不少于2个，村卫生室和社区卫生服务站宣传栏不少于1个，每个宣传栏的面积不少于2m²，一般长2m，宽1m；宣传栏中心位置距地面1.5~1.6米高，方便居民阅览。

(3) 健康教育宣传栏的位置：应设立在居民经常走动或聚集的地方，如小区道路两侧、社区文体活动中心、基层医疗卫生机构健康教育室、候诊室、输液室或收费大厅的明显位置处，室内宣传栏要注意照明问题。

2. 健康教育宣传栏的设计制作原则

(1) 知识内容做到科学准确、切合实际、易于传播。文字信息表达要准确无误，叙述简单明了，词句通俗易懂，忌用术语和生涩的词句，要能使文化程度较低的老百姓看懂。字号大小适中，适合中老年人一定距离观看。

(2) 表现形式力求版面漂亮、制作精美、引人注目。配图须与宣传主题及文字含义一致。图片和文字的组合及色彩配搭合理，版面协调美观，富有表现力，能吸引观众。

(3) 所用图片要剪裁合理、主题突出、色彩明亮、画面清晰、大小适中，忌用像素低的网上图片。宣传栏须高质量喷绘印刷、张贴工整以保证最终观看效果。

3. 健康教育宣传栏的管理

(1) 专人负责：健康教育宣传栏应有专人负责管理，负责内容更换、资料存档、日常维护等工作。

(2) 定期更换内容：每个机构每块健康教育宣传栏，每2个月最少更换1次宣传栏的内容。

(3) 每期健康教育宣传栏必须照相并有宣传栏小样存档。

4. 效果评价

通过个人访谈或小组讨论，了解辖区居民对健康教育宣传栏内容的理解和掌握情况，听取辖区居民健康教育宣传栏的意见和建议。

(五) 开展公众健康咨询活动

公众健康咨询活动是针对辖区内主要健康问题和居民健康教育需求，结合各种健康主题日，面向公众或目标人群开展义诊、健康咨询等健康教育活动形式。

1. 确定活动主题与内容

(1) 确定活动主题：根据辖区内主要健康问题、健康主题日的宣传主题、居民健康教育需求，确定活动主题。

(2) 确定活动内容:

①确定活动口号。活动口号(有确定活动口号除外)要响亮、朗朗上口,具有较好的倡导和动员效果,能够吸引居(村)民参与。

②确定活动形式。义诊、咨询等。

③确定活动时间、地点。

④确定目标人群:根据不同的主题确定目标人群。

⑤确定专家及人数:根据不同的主题选择不同专业的专家义诊或咨询,根据活动规模的大小和预计参与的居民的人数确定专家人数。

⑥ 确定发放健康教育资料种类和数量。

2. 准备活动资料

(1) 准备活动的宣传横幅。

(2) 准备活动的展板、海报、宣传单等健康教育资料。

(3) 准备签到表、效果评价问卷、资料发放登记表等文档资料。

(4) 准备健康教育传播实物,如限盐勺、小礼品等物品。

(5) 如有义诊和体检,需要准备相关的体检设备、仪器、试剂。

(6) 如果现场播放音像资料,相同准备投影仪、播放机、音响、电源等设备。

(7) 其他所需的设备、器材,如照相机、演示器材、模型等。

3. 协调活动场地

与管理活动场地的单位联系,借用或租用场地;或通过村委会、社区、乡政府协调场地。

4. 发布活动通知

(1) 及时发布活动通知:确定活动的时间、地点、主题、内容后,及时将活动信息发布给目标人群;至少在活动前一周将通知发布出去,使目标人群有充足的时间调整工作和安排生活,最好在活动前一天再次进行提示。

(2) 采取多种途径发布:可发布到村委会、社区、学校、辖区内企事业单位等;在辖区人群集中的场所张贴活动通知;电话通知目标人群;通过有线广播通知;在门诊就诊者和咨询者中预约符合条件的目标人群,发放活动通知。

5. 组织目标人群

根据目标人群的分布情况,通过特定的工作渠道召集目标人群。如通过村委

会、社区的计划生育专干或妇联干部、召集孕产妇、0-6岁儿童家长、妇女；通过村医、社区医生召集糖尿病、高血压患者；通过建筑工地、集贸市场管理人员、娱乐场所老板召集相关从业人员；通过学校管理人员召集学生等。

6. 组织实施健康咨询活动

(1) 准备工作

① 提前做好活动场地的布置，如悬挂横幅、摆放桌椅、摆放展板、放置和调试音像设备等。

② 联系义诊和咨询专家，组织目标人群签到。

(2) 活动现场

① 按照计划开展咨询、义诊活动，并对咨询人数及主要内容进行简要记录。

② 发放健康教育资料，对发放数量进行登记。

③ 讲解与展示健康教育资料与实物。

7. 效果评价

通过个人访谈或小组讨论，了解辖区居民对健康咨询活动满意度，对健康教育印刷资料的的理解和接受程度，对活动的意见和建议。

8. 建立健康咨询活动档案

(1) 根据活动开展的实际情况，逐项填写《健康教育活动记录表》；

(2) 活动资料收集、整理：收集整理《健康教育活动记录表》、签到表、发放健康教育资料登记表、活动照片等；

(3) 资料归档。

(六) 举办健康知识讲座

健康知识讲座是指授课老师运用语言和辅助教学用具，系统向辖区居民传授健康知识和技能的过程。

1. 确定讲座主题

(1) 依据：根据辖区主要健康问题、健康危险因素、居民健康教育需求、确定健康知识讲座的主题。

(2) 主题应具有针对性：针对所有居民，可以宣传普及《中国公民健康素养—基本知识及技能（2015版）》，倡导健康生活方式；针对青少年人群可开展合理膳食、个人卫生、口腔卫生、近视眼防治等主题的讲座；针对老年人可开展高血压、糖尿病、冠心病等重点疾病防治主题讲座；针对农民工可开展职业防护、

艾滋病防治等主题讲座；针对0—6岁儿童家长可开展儿童保健、预防接种等主题讲座。

2. 编写教案

(1) 查阅、收集资料：查阅有关文献资料，如到各级卫生行政机构、健康教育专业机构、疾病预防控制中心、妇幼保健机构等专业机构网站，收集、整理健康相关知识，学习借鉴健康传播技能和经验，做好技术储备。

(2) 编写教案 机构讲座主题，结合目标人群的主要健康问题和健康需求，对收集的资料进行筛选和组织，编写教案。也可购买专业的健康知识讲座光碟，由授课老师学习、掌握内容后播放，并答疑解惑。教案可用文字稿、PPT等。

(3) 对教案的要求 传播内容要科学、准确、实用；力求科普化、通俗化、易于目标人群接受。

3. 确定授课老师

(1) 组建授课老师组。包括当地疾病预防与控制、健康教育、妇幼保健、临床医疗、社区卫生等方面的专业人员。

(2) 调动社区资源 积极发掘、调动社区资源，发现可以承担健康教育讲座的退休专业人员担任授课老师。

(3) 确定授课老师。根据不同的讲座主题，选择合适的授课老师。

(4) 建立良好的沟通机制。讲座前，与授课老师沟通讲座主题、目标人群、内容、时间、地点等内容；授课后，与授课老师沟通目标人群接受情况、讲座效果、优点与不足等，不断改进讲座的质量和效果。

4. 落实场地、设备

(1) 选择场地要考虑的因素

① 容纳人数：一般规模的健康知识讲座人数30—50人，大型讲座可达300人以上，根据参加讲座人数选择合适的场地。

② 交通便利：选择交通便利、为大家熟悉的场地可以通过目标人群参与的积极性。

③ 设备条件：如果讲座中需播放音像资料。则要考虑所选场地是否有音响播放设备及相应设施。

(2) 健康教育资料和实物 根据实际需要，准备签到表、效果评价表、背景板、海报、宣传单、展板、宣传册等健康教育资料，用于现场的布置和向目标人

群发放。有条件的情况下，可准备一下健康教育传播实物，如限盐勺、控油壶等。

5. 发放通知

(1) 及时发放通知 确定讲座的时间、地点、内容、授课老师后，应及时将讲座信息发布给目标人群；至少在讲座前一周把通知发布出去，使目标人群有充足时间调整工作和生活安排；最好在授课前一天进行提示。

(2) 采取多种途径发布

(3) 通知内容 应包括讲座时间、地点、主题、主要内容、授课老师、主要目标人群，如果准备了健康教育资料（如手册）或实物（限盐勺）也应在通知上写明。

6. 活动实施

(1) 准备工作

① 提前做好场地布置，安排背景板、桌椅、健康教育资料等物品，准备黑板（白板）、投影仪、幕布、音响等设备。

② 联系授课老师，安排听课者签到、领取资料、入座等。

(2) 讲座现场 为了使讲座更具吸引力，易于目标人群接受，应注意以下几点：

① 授课老师应掌握一定的演讲技巧，语言生动、能通过比喻、举例、图片展示等多种方式讲解健康知识。

② 建议有条件的老师采用多媒体教学，在讲座中恰当运用图片、漫画、视频、动画等元素。

③ 尽可能采用参与式教学方式，安排提问和互动环节，充分调动听课者的积极性。

④ 结合讲座主题，发放健康教育资料（如健康手册）或实物（如限盐勺）。

⑤ 注意控制讲座时间和节奏，一般而言，时间控制在1—2小时为宜，较长时间的讲座应安排休息时间。

7. 效果评价

(1) 问卷调查：课堂前后发问卷，了解听课者知识掌握情况；

(2) 个人访谈和小组讨论：随机选择6—8名听课者，以个人访谈或小组讨论的形式，了解听课者对讲座的理解和知识掌握情况，对讲座的满意度、意见和建议等。

8. 填写活动记录

(1) 根据活动开展的实际情况，逐项填写《健康教育活动记录表》。

(2) 收集、整理与归档。

①收集、整理课件、《健康教育活动记录表》、签到表、发放健康教育资料登记表、活动照片等。

② 资料归档备查。

(七) 开展个体化健康教育

1. 个体化健康教育概述

个体化健康教育是对不同个体的健康问题和具体情况，进行有针对性的个体化的健康指导和行为干预，包括门诊健康教育和上门健康教育两种形式。是与服务对象的一对一的交流与沟通，包括疾病信息、行为生活方式交流、思想情感交流。

(1) 个体化健康教育的优势

① 有利于增加医患信任，建立和谐医患关系。

② 有利于干预方案的制定。

③ 有利于健康知识的高效传播和及时反馈。

④ 有利于健康技能的培养和行为的形成

(2) 服务对象

①重点管理疾病的患者（如高血压、糖尿病、结核病等）、门诊患者或健康咨询者。

②上门访视对象：不方便就诊的患者、重点人群等，如老年人、重症护理病人、高危孕产妇、新生儿等。

③患者家属

2. 个体化健康教育方法

(1) 解释 指从医学和心理学角度，对患者及咨询者提供疾病防治相关知识和技能。通过解释，让患者或咨询者对所患疾病或关心的健康问题，有比较清楚和详细的了解，增强患者或咨询者战胜疾病的信心和能力。首先要以病人能够听懂的方式解释问题；其次要考虑患者的受教育程度、心理承受能力和人格特点。

(2) 指导与建议：指为了使患者尽快康复，医务人员根据患者的个体情况，提出的合理用药、自我保健、改善不健康生活方式等方面的忠告。医务人员通常

在提出建议的同时，也要向患者传授知识和技能，这样更有利于患者接受并且执行医务人员的建议。

(3) 健康教育处方：指医务人员向患者提供的、医嘱形式的健康教育文字资料。健康教育处方既包含患者所患疾病的防治知识和技能，也包含医务人员提出的建议。在基础医疗卫生服务机构使用健康教育处方便于患者保存阅读，是指导患者进行自我保健和家庭护理的一种有效的非药物治疗手段。

健康教育处方常常涉及的内容有合理用药、合理膳食、戒烟限酒及适量运动等。合理用药主要是指导用药剂量、时间、服用方法、不良反应处理等；合理膳食包括每日建议摄入的食物种类、数量、餐次、搭配等；适量运动内容包括运动量、运动频次、运动强度、运动时间、运动注意事项等。

3. 个体化健康教育模式

(1) SOAP模式

SOAP患者干预模式是由美国Lawrence Weed博士在1971年提出的，是以问题为导向的诊疗记录，具体描述了针对门诊患者（咨询者）开展个体化健康教育指导干预的方法和流程。就是用—个流程记录医务人员在服务过程中的病人的主诉、健康体检、主要问题、健康教育指导方案及复诊过程的记录，以此为依据对病人进行健康教育干预指导。这一方法可使个体化健康教育落到实处，循序渐进。主要用于社区医生/护士在门诊开展个体化健康教育中使用。

之后对SOAP患者干预模式进行了扩展，纳入了干预、评估及修订等技术，称为SOAPIER。

S (Subjective) :主观资料——患者主诉

O (Objective) 客观资料——通过体格检查和诊断性检查，获得的观察结果；

A (Assessment) 评估：——评估患者的健康问题及对健康问题的反应（与患者交流，让患者理解病情及需要配合解决的有害健康的行为居生活方式问题）；

P (Plan) :计划：——干预计划，包括诊断性、治疗性和患者干预措施。

I (Intervention) 干预措施：——了解干预措施实施情况；

E (Evaluation) 评估：——评估计划实现的情况；

R (Revise) 修订：——根据评估情况调整和制定新的干预计划；

② 5A模式

5A模式作为一种在初级卫生保健干预中应用的工具，近年来已经在国际上使

用并得到认可。这个工具可以用于帮助初级保健者提供系统、有效地进行危险因素管理。更多地运用于社区医生/护士随访个体化健康教育或社区特定目标人群的健康教育干预。

A (Ask) 询问：---通过与患者沟通，了解和鉴别患者的危险因素；

A (Assessment) 评估：----评估风险因素水平及其与健康的关系；评估病人改变的意愿或动机；

A(Advice)建议：----提供书面信息（健康教育处方）；给予简明扼要的建议；

A(Assistant)帮助：----描述治疗及干预方法，对自我管理给予支持。

A(Arrangement)安排：----转诊、安排随访、咨询。

4. 个体化健康教育人际交流技巧

个体化健康教育需要运用人际交流技巧。人际交流也称为人际传播，是指人与人之间进行直接信息沟通的一种交流活动。这种交流主要通过语音来完成，但也可以通过非语音的方式来进行，如动作、手势、表情、信号（包括文字和符号）等。

种类和技巧：

(1) 说话技巧：用听者熟悉、能懂的语音；口气和蔼亲切；讲话速度适中，避免过快或过慢；声音应该有高低起伏，不要平铺直叙；发音吐字要清晰，要让对方能够听清楚；讲话的语气要生动；适当重复重要的或不容易被理解的话；在与对方交谈时，说话要有停顿，避免长时间自己一个人说话；尽量避免使用专业词汇，用通俗语言代替专业术语；恰当地运用举例引证、示范与演示的技巧。

(2) 倾听技巧：尽可能的多听、努力发现对方对某一问题的了解程度和看法；不轻易打断对方的讲话，耐心等待对方讲完；始终保持友好和礼貌，利用各种语言和非语言的方式表示在认真听，使对方感到轻松和受到尊重。如用目光注视对方的眼睛，用视线进行交流。或点头或做简单应答。鼓励对方说话；不急于表达自己的观点，不轻易地对对方的话做出评论；不应在听对方讲话时被其他事情干扰，接电话、看文件、看表等；对敏感的问题，更要善于听出话外音，以捕捉真实的信息。

(3) 提问技巧：封闭型问题：把应回答的问题限制在有限的答案中，要求对方做出简短而准确的答复，如“你的孩子是否打过流感疫苗？”这类问题多是

发问者为收集某些准确信息而提出的，要求回答者简单明确地回答“是”或“不是”、“有”或“没有”等。

开放型问题：与封闭型问题相反，所提的问题是没有限制的，回答也没有限制，提问者可以获得较多的信息，如“你对健康的重要性是怎么看的？”“你认为怀孕期间应注意哪些问题？”

试探型问题：这类问题是提问者对对方进行试探，以证实某种估测，如“你家离这里不远吧？”“你是不是已经去咨询过？”在人际交流中有时常用此类问题打破僵局开始双方的交流。

索究型问题：为了解对方存在某种认识、观点、现象、行为的原因而进一步的提问，也就是问一个“为什么”，如“你为什么没有坚持你的运动计划呢？”

倾向型问题：也称诱导型问题，提问者在问题中表达了自己的倾向，给对方以暗示和诱导，如“你知道吃得咸对高血压不利吗？”要避免使用这种提问方式。

复合型问题：指一句话中包括了两个或两个以上的问题，如“你每天都抽烟喝酒吗？”“你为什么不给孩子吃母乳和打预防针呢？”此类问题容易使回答者感到困惑而无从回答，结果哪个问题都回答不清楚，提问者所收集的信息可能会被遗漏或不准确。

(4) 观察技巧：观察时要非常仔细，眼光要敏锐，善于捕捉到细微的变化，能够透过表面现象，发现深层的内心活动和被掩盖的事物，从而获得真实的信息。但细心的观察要建立在坦诚、信任的基础上，而不能在对方讲话时不注意听，把视线转移到其他地方，更不能把细心的观察变成窥视。

(5) 反馈技巧：在听对方陈述时，要集中注意力，并随时用表情、身体语言（体语）来表示自己对方谈话的兴趣，如微笑、点头等，以支持对方把交流进行下去；恰当运用体语，如与同性别服务对象交流时，可以适当将座位靠近，以表示亲近，拍拍对方的肩膀表示鼓励等；支持对方的正确观点和行为要态度鲜明（积极性反馈）；纠正对方错误观点和行为要和缓、婉转、耐心（消极性反馈）；对有些敏感问题和难于回答的问题可以暂时回避，不做正面解答（模糊性反馈）；对于知识性问题和决策性问题，不要给对方似是而非、含糊不清的回答；搞清楚对方问题的核心，不要答非所问；了解对方的意图，针对问题的实质，给予解答；对于不同的人，提出同样的问题，回答可以因人而异。根据当事人的背景、性别、

年龄、文化程度、宗教信仰、性格等情况，给予恰当的回答；反馈时要根据场景和问题的特点，选择适当的反馈方式，有时可以用语言反馈，有时可以用体语做反馈。

(6) 非语言传播技巧

动态体语：以点头表示肯定，以摇头表示否定；微笑、握手表示友好；用亲切的目光注视对方表示尊重。

静态体语：服饰整洁、仪表端庄。

类语言：改变声调节奏、合理运用笑声，可以起到调节气氛的效果。

时间语：准时或提前到场，可以给人以信赖感。

空间语：如安静整洁的环境，给人以安全和轻松感。语谈话者之间不要有大的障碍物，使双方置身于有利于交流的空间位置和距离。有利于增进距离。

5. 个体化健康教育步骤

个体化健康教育步骤与其他健康教育活动一样，是从对目标对象的需求评估开始，根据需求评估信息制定个性化的、有针对性的健康教育指导方案（干预计划），为目标对象提供支持和帮助，促进干预计划的实施，最后评价实施效果。在评价基础上开始新一轮指导，重复上述干预步骤，直至预期行为的形成。个体化健康教育的实施是一个循环的互动过程。

(1) 个体化评估

① 门诊健康教育的个体化评估

a. 评估患者疾病严重程度、就医行为、不健康行为生活方式等情况，如相关高危行为，如吸烟、酗酒、不规律饮食等。

b. 评估患者的健康教育需求，找出患者健康知识和技能的不足之处。

c. 评估影响个体化健康教育相关的因素，如患者的文化程度、接受信息的能力等。

② 上门访视健康教育的个体化评估：

针对老年人、重症护理病人、高危孕产妇、新生儿等重点人群的特点。如对高危孕产妇的个体化评估，要了解其产前检查情况、妊娠期疾病、饮食和身体活动情况，以及孕期保健、分娩、新生儿护理等效果知识的掌握情况等。

(2) 确定健康教育内容

在个体化评估的基础上，综合考虑服务对象的年龄、性别、职业、文化程度、

性格等生理、心理和社会特征，确定适宜的健康教育工作内容。

个性化健康教育内容主要包括：

① 针对疾病和健康的指导，包括疾病的预防和治疗知识、合理用药知识、自我保健技能、康复技能等。

② 针对行为生活方式的指导，如饮食指导、戒烟限酒指导、运动指导等。

③ 针对心理问题的指导，如常见心理问题及调适方法指导等。

④ 家庭照料相关内容。（针对家属）

(3) 制定健康教育干预方案

根据个性化评估的结果，按照确定的健康教育内容，制定具体的、可操作性的、有针对性的干预方案，并明确个性化健康教育目标。

(4) 健康教育干预方案实施

运用个性化健康教育方法，按照已经制定的干预方案，实施个性化健康教育。

6. 注意事项

(1) 综合分析访视对象的健康问题、健康情况和依从性，确定回访时间和频次；

(2) 注意建立良好的医患关系；

(3) 注意形成耐心、细致的工作作风；

(4) 分步骤开展服务，尽量做到细化、量化；

(5) 重视对服务对象的激励和反馈。

7. 个性化健康教育效果评估

个性化健康教育效果评价分为近期效果评价和远期效果评价。

(1) 近期效果评估：

健康教育主要目标是否实现。如血压及血糖控制目标、运动目标等实现的情况。

对服务提供者的满意度评估。包括干预方案的针对性、个性化指导的操作性、行为建议是否具体等。

(2) 远期效果评估

评价疾病的进展情况、生活自理度、生活满意度等。

8. 个性化健康教育评价

(1) 评价内容和方法

① 内容

过程评价针对个体化健康教育的整个流程,评价内容包括个体化健康教育开展情况、服务人数、记录是否规范、干预方案是否合理。

效果评价包括健康教育指导干预目标是否实现,不健康行为是否改变、疾病管理目标是否达到、生活质量是否改善。

② 方法

过程评价方法主要是查看个体化健康教育记录档案、工作人员访谈。

效果评价方法主要是与患者(咨询者)及家属访谈。

(2) 评价指标

- ① 年度个体化健康教育服务病案数;
- ② 年度个体化健康教育服务档案记录合格率;
- ③ 个体化指导针对性评价;
- ④ 个体化指导可操作性评价;
- ⑤ 行为建议是否具体;
- ⑥ 个体化健康教育服务近期效果评价;
- ⑦ 个体化健康教育服务远期效果评价;

六、 健康教育怎样计划、实施、监测、评估

健康教育的计划是基于收集和分析大量信息所作出的一系列决定。这些决定包括目的、目标、策略、方法及具体操作方案。是行动的纲领和工作的准则;是管理和协调工作的依据;是评价工作的标尺。任何工作、项目的实施,都离不开科学的计划(方案),科学的计划能更有效地控制各项相关活动,而不被活动所主宰。制定健康教育计划的原则是目标明确、重点突出、从实际出发(调查周密细致)、留有余地(灵活性)。

成功的健康教育活动=计划+实施+监测+评估(分析总结)

组织开展健康教育活动的第一阶段是计划:这一阶段的包括调查研究、构思、拟定计划等一系列的重要工作。第二阶段是实施:实施工作分为两部分,一是全面开展的筹备工作;二是活动正式实施。第三阶段是督导检查,也就是监测:是保证计划得以成功实施的重要措施,是一项必不可少的工作贯穿于整

个实施过程，应随时校正计划与实际操作的差异，检查各项筹备工作，以保证整个工作过程的高质量。第四阶段是评估（分析总结）：一个健康教育活动结束后，还不能说大功告成了，而应核对计划、实施过程认真回顾，总结成功的经验，分析达到的效果，找出差距，以便在今后的工作中不断完善、提高，为下次健康教育提高新的思路。

（一）健康教育计划的制定

1. 找出重要的健康问题（需求评估）

在城市社区或农村存在着各种各样的与健康有关的卫生问题，如：环境污染、慢性非传染性疾病发病率增加、传染病流行、性传播疾病发病率上升等等。如果要全面出击，由于各方面条件的限制，一般不容易实现，也不可能有很好的健康教育效果。因此，要在一个社区开展健康教育并制定健康教育计划前，作为健康教育人员首先要进行问题分析，即找出当地群众最关心、对老百姓影响较大，而且急需解决的健康问题，可以通过平时就诊情况、与当地群众交谈、观察、开小型座谈会等方法；也可以设计出一份调查表，收集资料和分析出什么是影响老百姓健康最关键的问题。设计调查表要因地制宜，结合所在地区的具体情况。

2. 针对问题制定计划

确定了最需要解决的健康问题，就要制定解决问题的计划，首先健康问题需要取得政府的支持，如出台有利于问题解决的政策，给予一定的资源支持，创造一个好的环境等；但更重要的是要动员广大群众自己积极参与到解决问题的活动中来，让群众把自己的健康问题作为自己的份内事，因此健康教育工作者在制定健康教育计划时必须要在当地领导和群众的参与下共同来制定。

健康教育计划里要包括健康教育活动的目的和目标，目标要具体可行，在实施计划里要清楚的指出活动的背景及分析、针对的是什么人（目标人群）、由谁去做、选择什么手段和方式（渠道或媒介）、在什么地点、哪些人员参加、传播什么内容、在什么时间完成，需要动员那些资源、效果评价、经费预算及来源，这些都要在制定计划时考虑到。有了一个科学明确的计划，在整个健康教育活动中就可按计划分步骤的开展工作，在活动实施中就能做到心中有数，同时也给效果评价提供依据。

（二）健康教育计划的实施

健康教育计划的实施是将科学的计划落实为具体操作的过程，是健康教育耗费时间最长、动用经费和人力最多的环节，是一个多部门合作、协调行动的复杂过程，也是健康教育实现其目标的关键，是按照计划的内容采取行动，实现计划中的目标、获得效果的过程。包括时间表、质量控制、组织、工作人员和设备条件。

时间表:就是实施的进度表，是整个工作的“纲领”，实施工作应该在时间表的指引下，有条不紊地进行。时间表是一个实施过程的对照表，用来对照检查各项工作计划的完成情况、进展情况和完成数量。同时时间表也是过程评估的主要依据。时间表应以时间为线索列出各项实施工作的内容，如活动内容、活动指标、活动时间、具体负责人、工作地点、活动资源、特殊需求等。活动内容即每一项项目活动的具体内容，明确工作范围，如“社会动员”、“举办社区健康大课堂”等。活动指标在工作指标中主要体现项目活动应该达到的要求和标准，如“举办社区健康大课堂”的要求包括有哪些目标人群，讲课老师是谁，课程时间，课程内容等。活动时间指项目活动在什么时间进行，可以是具体的时间点，也可以是一个时间段。负责人员指项目活动由哪个部门或具体的哪个人负责，以及活动中的工作人员包括哪些。活动资源明确开展上述活动需要的经费、设施设备，确保活动如期顺利实施。

质量控制:实施工作开始后，对工作进行质量控制既能使工作按计划进行，又能保证实施工作的质量。在实施工作中特别需要对工作的进度、活动的内容、活动的开展情况及经费开支等方面进行质量控制。质量控制的目的是确保项目各项活动的质量都达到要求，符合质量标准。不同的健康教育活动有不同的质量要求和标准，即使是同样的活动，可能因为种种原因而有不同的要求和标准。因此，在做项目计划中，确定健康教育策略与活动时，就应该包括了每一项活动应该如何做，具体要求是什么等质量标准。

组织要素与实施人员:建立或确定领导实施工作的领导机构和具体承担实施任务的执行机构，并确定协作单位。质量和数量上适合的实施人员是健康教育获得成功的必要条件。实施人员的数量根据活动规模大小、活动内容和目标实现的难易、目标人群的数量等因素确定，各项工作有人执行为准。

设备条件与辅助材料:实施工作需要一定的物质条件支持，这些物质条件

是成功实施的关键因素。设备条件包括交通工具、音像设备、印刷设备、办公设备等。辅助材料是指在活动中发给目标人群使用的文字、图画等媒体材料。

（三）健康教育实施的监测

1. 质量监测内容

质量监测的主要内容有进度监测、内容监测、数量与范围监测、费用监测、目标人群监测等。

进度监测：主要关注项目活动进度是否与项目计划一致，是否在特定的时期完成了特定的工作或活动。如果项目活动有所延误，延误了多久、延误的原因是什么、如何进行弥补等。内容监测：关注的是项目活动内容是否属于项目计划，有无额外添加的活动或更改的活动，添加或更改的理由是什么。从原则上讲，项目计划一经确定，活动内容随即也得到了认定，各项目执行机构和个人应遵照执行。但在现实中可能发现实际情况与预期要求不完全一致，需要根据实际情况对项目工作和活动内容进行必要调整。数量与范围监测：活动数量与范围是项目工作的质量监测的重点内容，也是项目工作质量的基础。费用监测：活动经费是经过严格预算和审核的，因此，每一项工作或活动都有其特定的预算，只有每一项活动严格执行预算，才能确保整个项目的经费得到合理使用，既杜绝浪费，又能确保活动质量。目标人群监测：随时了解目标人群参与的情况、对活动的满意程度及建议，目标人群认知、行为的变化，可以帮助更好地对活动做出更加符合目标人群需要的调整，有益于项目成功和扩大影响。

2. 质量控制的方法

质量控制的方法有记录与报告方法、现场考察和参与方法、审计方法、调查方法等。

记录与报告方法这对于项目负责人掌握实施的过程和控制实施质量以及最后的总结都有着重要意义。现场考察和参与方法通过考察和参与所掌握第一手资料，是指导实施工作的可靠依据。实施负责人应该尽量多到实施现场，参与实施活动。审计方法主要用于财务方面的监测。审计的目的是监测经费的管理和使用情况，审计的结果可以用来指导经费的管理和分配，调整预算，保证经费的使用质量。调查方法通过调查来获取资料，监测实施过程和控制实施质量也是一种常用的方法。

（四）健康教育评价内容及方法

健康教育与卫生宣教的不同还在于其更注重对活动的监测评价，因此，做每项健康教育工作都要进行监测和评价，以便了解计划设计的目标、方法、信息是否符合客观实际，从而为及时、准确地修订计划提供依据。健康教育评价可分为三个主要类型：形成评价、过程评价、总结评价（效果评价）。这三类评价对应的是活动的三个阶段：计划、实施、分析总结。

1. 评价内容

形成评价：主要关注计划阶段，以确保所制定的计划是基于确定的健康问题、目标人群、传播方式等，并适合所在社区及村寨情况。其内容主要包括需求评估、可行性评估、受众分析。

过程评价：是对健康教育实施过程进行评价，主要包括以下几方面。

健康教育信息是否能到达教育对象，覆盖率是多少？具体原因（到达与否）是什么？教育对象对健康教育信息是否能够接受，具体原因（深浅与否、适用与否等）是什么？教育内容是否适合于教育对象的需求，教育对象的需求动态如何？健康教育主体工作情况怎样？目标人群参与状况。计划运用的力量发挥情况如何？还有哪些力量可以利用？健康教育投入的效果如何？如何调整。干预的方法是否有效？哪种方法最好？怎样调整干预方法？健康教育资源获得情况如何。怎样进一步获得资源。

效果评价：一般以知晓率（普及率）、行为形成率作为近期效果评价的指标。

常用的效应评价指标包括：卫生知识平均分、卫生知识合格率、卫生知识知晓率（正确率）、信念持有率、行为流行率、行为改变率，以及环境、服务、条件、公众舆论等方面的改变（如安全饮用水普及率）等。

卫生知识平均分=受调查者知识得分之和 / 被调查者总人数

卫生知识合格率=卫生知识达到合格标准人数 / 被调查者总人数×100%

卫生知识知晓率（正确率）=知晓（正确回答）某卫生知识的人数 / 被调查者总人数×100%

信念持有率=持有某种信念的人数 / 被调查者总人数×100%

行为流行率=有特定行为的人数 / 被调查者总人数×100%

行为改变率=在一定时期内改变某特定行为的人数 / 观察期开始有该行为的

人数×100%

是否有新的政策、法规出台，是否有环境、服务、条件方面的改变，如安全饮用水普及率。安全饮用水普及率=某地使用安全饮用水户数 / 当地总户数×100%

2. 评价方法

评价方法分定量和定性及半定量的方法，在过程评价中主要用查档案，与目标人群交谈，与骨干人群访谈，观察目标人群的目标行为及这个社区或农村的群体行为，组织相关人群座谈会等。效果评价常用的方法有专题小组讨论(即就某几个问题组织相关人群进行的座谈会)，问卷调查等。每种方法要根据当地具体情况及评价的内容来定。

七、展示、演示、示范

(一) 目的

在开展健康知识讲座和个体化健康教育工作中，经常要向居民或患者展示、演示、示范尽快给予资料、物品、图片等，帮助他们掌握规范的操作步骤，学习尽快行为技能。

(二) 工作流程和注意事项

1. 准备

(1) 资料准备：为了能成功地进行规范操作的演示，需要首先列出演示过程清单，然后按照清单准备所需实物或模型，并根据演示程序将实物(模型)摆放整齐，将相关仪器调试完毕。例如为小学生举办的口腔健康讲座，可以穿插示范正确刷牙方法，需要准备牙齿模型、牙刷模型。有时，演示还需要一定的环境支持，例如教小学生整齐洗手方法时，最好选择有洗手池的地方，并准备好肥皂(洗手液)、毛巾(纸巾)等。

(2) 场所准备：演示的目的是帮助培训对象掌握规范的操作步骤，因此，演示场所应该有足够的空间，方便目标人群围绕在组织者周围进行近距离观察。有条件时，可以把操作过程拍摄下来制作成DVD，在更大范围内直接播放，这样可以节约实物的消耗，也避免了对演示场所的特殊要求。此外，有一些操作技能不方便现场演示，如垃圾处理、粪便处理，播放录像成为学习这些操作技能的有效方法。

2. 演示

要按照操作规程，将每一步操作进行分解示范，同时讲解操作要领。在操作过程中，演示者应面对目标人群，便于他们观察操作步骤和细节，同时操作节奏应放慢，关键环节可以适当进行强调和重复，同时用语言强调相关步骤，便于学员学习和领会。操作演示结束后，应向目标人群提问，了解他们是否有不清楚的地方，并对提问做出回答。最后还应对关键知识点和操作要点进行小结。

3. 练习

准备足够的资料，让目标人群自己进行练习，这样更有利于他们掌握操作技术。如在孕妇妊娠后期，知道孕妇如何配合医生进行顺利分娩，采取何种体位、如何呼吸等，在专业人员示范后，再让孕妇练习，专业人员观察她们的行为是否正确，及时纠正，确保她们都能掌握相关技能，从而达到更好的效果。

八、 健康教育材料的使用

健康教育资料包括印刷资料和音像资料两类，常用的健康教育印刷资料有折页、健康手册、健康教育处方、招贴画/海报、传单等；常用的音像资料有DVD光碟、录音带等。

1. 面向个体的资料：发放给个人或家庭中使用的健康教育处方、折页、健康手册、DVD光碟等健康教育资料，应把资料的使用方法及注意事项告诉教育对象，包括：强调学习和使用资料的重要性，引起对方的重视；提示资料中的重点内容，引导教育对象加强学习和记忆；讲解具体的使用或操作方法，使教育对象能够遵照有关步骤自行操作。

2. 面向群体或公众的资料：在遵照健康教育专题讲座、小组讨论时，有时会用到挂图、幻灯、投影、模型等辅助资料，其主要使用技巧有：距离适中，使目标人群能够清楚看到文字和画面；解说时面向大家，身体站在一侧。避免挡住目标人群的视线；讲解时可以增加提问，加深目标人群的印象。

在使用电视机或LED机播放DVD光碟等音像资料时，主要技巧有：应放在病人较多的区域，如候诊区、观察室、健康教育室；电视机放置的位置必须是在候诊的病人或居民在正常情况下能看到的，即在座位的前面，高度合适、距离合适；将电视机吊在天花板、座椅侧面或背面，影响人们观看，均不符合要求。

贵州省健康教育服务资料

附表 1 _____ 辖区概况

填表人：

填表时间：

| | | | | |
|-----------------|----------|--------------|-----|-----|
| 辖区名称： | 详细地址： | 邮编： | | |
| 辖区负责人： | 联系电话： | 辖区健康教育工作人员数： | | |
| 健康教育负责人： | 年龄： | 专业： | 学历： | |
| 职务： | 部门： | 电话： | 手机： | |
| 辖区人口数： | 辖区居民户数： | | | |
| 辖区居民疾病谱： 1、 | 2、 | 3、 | 4、 | 5、 |
| 6、 | 7、 | 8、 | 9、 | 10、 |
| 辖区居民死亡病因 1、 | 2、 | 3、 | 4、 | 5、 |
| 6、 | 7、 | 8、 | 9、 | 10、 |
| 65 岁以上人口： | 高血压人口： | | | |
| 2 型糖尿病人口： | 重性精神病人口： | | | |
| 0-6 岁人口： | 孕产妇数量： | | | |
| 辖区内共有幼儿园数： | | | | |
| 辖区卫生服务站（村卫生室）数： | | 其他： | | |

贵州省健康教育服务资料

附表2

健康教育设施设备一览表

单位名称：

填表日期：

| 序号 | 宣传器材名称 | 型号 | 数量 | 价值 | 负责人 | 目前设备状况 |
|----|--------|----|----|----|-----|--------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

说明：1、宣传器材指照相机、摄像机、投影仪、播放器、宣传栏、资料展示架等。

2、设备状况指设备目前的状况，如正常使用、维修中、待报废等。

贵州省健康教育服务资料

附表 9

健康教育宣传栏记录表

单位名称：

填表时间：

| 期数 | 内 容 | 刊出日期 | 负责人 |
|--|-----|------|-----|
| | | | |
| <p>照 片 及 小 样 粘 贴</p> | | | |
| <p>说明：</p> | | | |

贵州省健康教育服务资料

附表 10

健康教育记录表

| | |
|--|-----------|
| 活动时间： | 活动地点： |
| 活动形式： | |
| 活动主题： | |
| 组织者： | |
| 接受健康教育人员类别： | 接受健康教育人数： |
| 健康教育资料发放种类及数量： | |
| 活动内容： | |
| 活动总结评价： | |
| 存档材料请附后 <input type="checkbox"/> 书面材料 <input type="checkbox"/> 图片材料 <input type="checkbox"/> 印刷材料 <input type="checkbox"/> 影音材料 <input type="checkbox"/> 签到表 <input type="checkbox"/> 其他材料 | |

填表人（签字）：

负责人（签字）：

填表时间： 年 月 日

注：活动包括知识讲座、培训班等，活动发放宣传资料样张附后。

贵州省健康教育服务资料
门诊个体化健康教育记录表
初诊/复诊

附表 13
单位名称:

| | |
|---------|-------|
| 姓名: | 档案编号: |
| S 病人主诉: | |
| O 客观体检: | |
| A 评估: | |
| P 干预: | |

责任医生/护士 (签名):

日期:

贵州省健康教育服务资料
门诊个体化健康教育记录表
初诊/复诊

附表 14
单位名称:

| | |
|-------|-------|
| 姓名: | 档案编号: |
| A 询问: | |
| A 评估: | |
| A 建议: | |
| A 帮助: | |
| A 安排: | |

责任医生/护士 (签名):

日期:

贵州省健康教育服务资料

附表 15 居民健康需求调查汇总表

| | |
|---|------------|
| 调查时间： 年 月 日 | 总调查人数（份数）： |
| 调查地点： 街道（镇 / 社区） | 居委会（村） |
| 一、调查对象基本信息 | |
| 1、性别：男性___人、女性___人。 | |
| 2、年龄：≤20 岁___人、21-49 岁___人、40-59 岁___人、≥60 岁___人。 | |
| 3、文化程度：文盲___人、小学___人、初中___人、高中或中专（职高）___人、大专及本科___人、硕士研究生及以上___人。 | |
| 4、职业：农村居民___人、城镇居民___人。 | |
| 二、需求分析 | |
| 1、健康素养 | |
| ①健康知识：_____、需求人数：___人、占总调查人数比例：___%； | |
| ②健康技能：_____、需求人数：___人、占总调查人数比例：___%； | |
| 2、慢性病 | |
| ①疾病名称：_____、需求人数：___人、占总调查人数比例：___%； | |
| ②疾病名称：_____、需求人数：___人、占总调查人数比例：___%； | |
| ③疾病名称：_____、需求人数：___人、占总调查人数比例：___%。 | |
| 3、传染病 | |
| ①疾病名称：_____、需求人数：___人、占总调查人数比例：___%； | |
| ②疾病名称：_____、需求人数：___人、占总调查人数比例：___%； | |
| ③疾病名称：_____、需求人数：___人、占总调查人数比例：___%。 | |
| 4、意外伤害 | |
| ①疾病名称：_____、需求人数：___人、占总调查人数比例：___%； | |
| ②疾病名称：_____、需求人数：___人、占总调查人数比例：___%； | |
| ③疾病名称：_____、需求人数：___人、占总调查人数比例：___%。 | |

练习题:

- 1、需求评估的方法有_____和_____。
- 2、《中国公民健康素养—基本知识与技能》有____条。

参考书目

1. 田本淳. 健康教育与健康促进. 北京大学医学出版社. 2005.
2. 马晓等. 健康教育学. 人民卫生出版社, 2011.
3. 贵州省卫生厅. 贵州省基层基本公共卫生服务手册. 贵州人民出版社. 2013.

第三节 老年人健康管理技术规范

1. 范围

本标准规定了 65 岁及以上老年人健康管理的流程及适宜技术要求。

本标准适用于基层医疗卫生机构提供国家基本公共卫生服务项目时对老年人健康管理的基本要求。中年人的健康管理可参照使用。

2. 流程图及说明

(1) 流程图

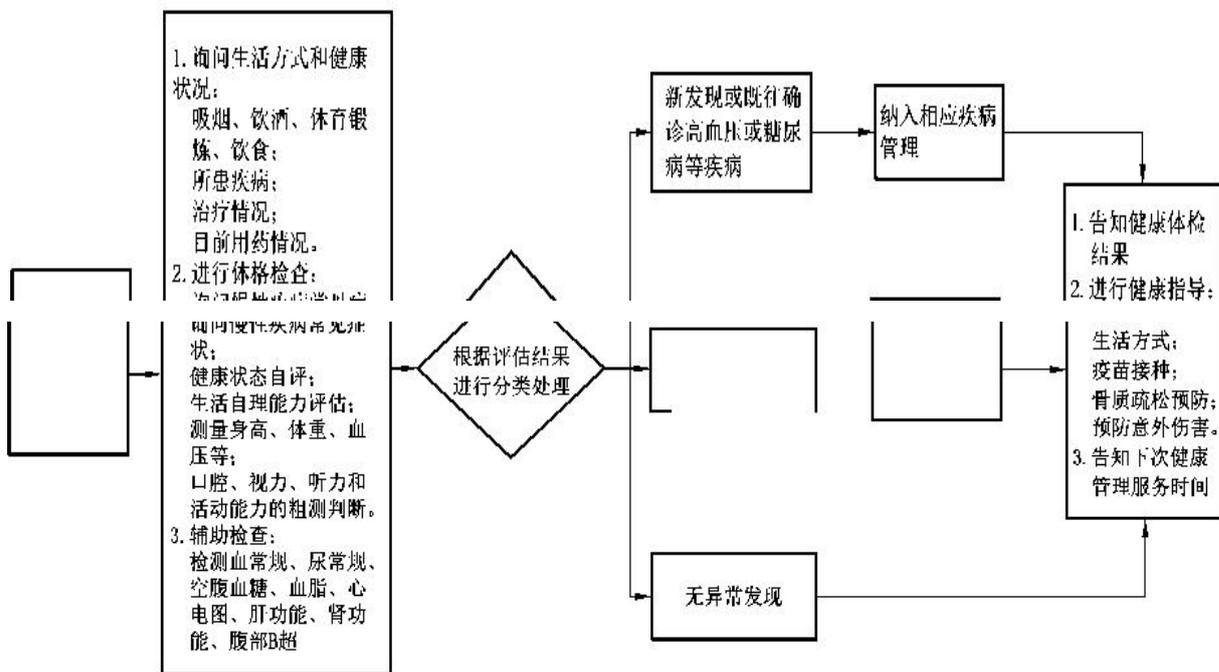


图1 老年人健康管理流程图

(2) 流程图说明

①健康信息采集

a. 基本信息采集

了解一般信息，填写附录 A “个人基本信息表”。

b. 健康体检

I. 了解生活方式（吸烟、饮酒、体育锻炼、饮食等），填写附录 B “健康体检表”相应部分。

II. 了解目前确诊的慢性疾病及目前用药情况，填写附录 B “健康体检表”相应部分。

III. 询问一个月内症状，重点询问老年人常见疾病的典型症状，填写附录 B “健康体检表”相应部分：

—— “你最近经常感到头痛、头晕吗？” 注意警惕高血压病；

—— “你最近常有心慌、胸口发闷发紧、心前区疼痛吗？” 注意警惕冠心

病；

——“你经常咳嗽、咳痰、行走或上楼感到憋气吗？”注意警惕慢性阻塞性肺疾病（COPD）；

——“你最近瘦了吗？经常感到口渴、想喝水、尿量增多吗？”注意警惕糖尿病；

——“你感到疲乏无力吗？”注意警惕贫血；

——“你感到关节疼痛或浑身疼痛吗？”注意警惕骨关节炎和骨质疏松。

IV. 检查老年人一般状况，测体温、脉搏、呼吸、血压，量身高、体重、腰围，计算体质指数。

V. 粗筛认知功能。

VI. 粗筛情感状态。

VII. 老年人生活自理能力自我评估见表 C. 3。

VIII. 检查重要脏器功能：

——用标准视力表测视力（戴眼镜者测矫正视力）；

——粗测听力，测听力前告知被检者“下面我们简单检查一下您的听力情况”

- 在被检查老年人耳旁轻声耳语：“你叫什么名字？”不应让老年人看到你说话的口型）；
- 记录老年人能否听见并做出准确应答。

——简单运动功能检查，告知被检者“请您根据我的指令完成以下动作”

- “两手触后脑部”、“捡起这支笔”、“从椅子上站起，行走几步，转身，坐下”；
- 记录完成动作情况。

IX. 基本体格检查，见附录 B “健康体检表”。

X. 老年妇女除完成 3. 2. 1. 2. 1~3. 2. 1. 2. 9 健康查体内容外，还需完成附录 B 中规定的乳腺及相关妇科检查内容。

c. 辅助检查

I. 进行血常规、尿常规、肝功能（血清谷草转氨酶、血清谷丙转氨酶和总胆红素）、肾功能（血清肌酐和血尿素氮）、空腹血糖、血脂（总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇）、心电图检查和腹部 B 超（肝胆胰脾）。若本机构无相应检查条件，建议老年人到上级医院检查。记录最近一次检

查结果填写至附录 B 辅助检查部分。

II. 根据基层医疗卫生机构自身条件建议老年人进行以下辅助检查：大便潜血、乙肝表面抗原、眼底检查、X 射线胸片。

d. 判断是否需急（转）诊

对出现下列情况之一者，需及时处理后转上级医院：

- 心率过快或过慢（ <40 次/min）；
- 收缩压 >180 mmHg 和（或）舒张压 >110 mmHg；
- 空腹血糖 >16.7 mmol/L 或 <3.9 mmol/L；
- 症状及（或）心电图怀疑急性冠脉综合征；
- 其他无法处理的急症。

② 健康状态评估

a. 存在慢性疾病或损伤的危险因素：

- 吸烟；
- 过量饮酒；
- 超重或肥胖；
- 不良饮食习惯（如嗜盐和高热量食物、奶制品摄入量少等）；
- 不良生活习惯（如运动少、生活不规律等）；
- 视力、平衡能力差、步态不稳。

b. 新发现慢性疾病患者：本次被医生发现血压或血糖高于正常，或者通过评估有异常发现，需要进一步确诊的老年人。

c. 确诊的慢性疾病患者：既往已经被医生确诊为患有慢性疾病的老年人（如高血压、糖尿病等）。

d. 评估无异常发现者：无基础疾病及危险因素，健康查体无异常发现，生活习惯良好的老年人。

③ 健康指导

a. 对存在慢性疾病或损伤危险因素的老年人：

- 针对具体情况进行健康教育及疾病危险因素干预：
 - 吸烟者协助戒烟；

- 过量饮酒者进行健康饮酒教育；
- 肥胖者协助控制体重；
- 心血管疾病危险因素干预；
- 骨质疏松危险因素干预；
- 预防跌倒损伤的干预。

——6 3 个月随访(可电话随访)。

b. 对需要确诊的老年人:及时转诊,明确诊断。

c. 对确诊慢性疾病的患者:按照慢性疾病诊疗常规进行管理。

d. 对所有参加管理的老年人强调健康管理的意义:

——告诉老年人参加健康管理的好处:能定期全面查体,了解健康知识,预防慢性疾病的发生,早期发现慢性疾病及并发症等;

——告知老年人每年检查一次,预约下次年检时间;

——如有异常随时就诊;

——根据患者的生活方式进行健康教育,提出改进意见和改进目标,在随访或下次年度体检时评估;

——对于有下列高危因素之一的老年人,推荐并建议其每年进行流感疫苗接种;接种 23 价肺炎链球菌疫苗,5 年及以上可加强接种:

- 慢性阻塞性肺疾病;
- 慢性心功能衰竭;
- 慢性肾功能不全;
- 糖尿病;
- 脾切除术后患者;
- 居住在敬老院者;
- 肿瘤或长期服用激素及免疫抑制剂者(需咨询肿瘤专科医生或免疫专科医生是否进行疫苗接种)。

——对老年人进行防跌倒措施、意外伤害和自救等健康指导:

- 家中日常用物放于可及处,避免登高、坠床;
- 安全的家庭环境,如日常活动区域保持地面无水渍,有防滑措施,减少障碍物,保持灯光充足等;

- 穿长短适宜的衣裤及防滑鞋；
 - 合理使用助行器，必要时请他人协助保护；
 - 心脑血管疾病患者身边需常备急救药品，并了解急救药品使用方法；
 - 遇有意外伤害及时求助（呼救，拨打 120 或附近亲朋电话）。
- e. 鼓励老年人保持良好的心理状态，促进心理健康。
- f. 对生活自理能力明显下降（如出现从自理到依赖的转变，或是依赖程度出现转变）的老年人要 帮助寻找原因，提出改善与辅助的建议与措施。

3. 老年人健康管理适宜技术

(1) 体格检查规范

① 一般状况

a. 体温测量

I. 腋测法：

- 检查前将体温计汞柱甩至 35° C 以下，擦干被检查者腋窝；
- 将体温计汞柱端放在一侧腋窝中央顶部，用上臂将体温计夹紧；
- 放置 5min~10min 后取出并读数；
- 正常值为 36C~37C；
- 如被检者因消瘦、上肢活动障碍等不能将体温计夹紧，用口测法测量。

II. 口测法：

- 检查前将体温计汞柱甩至 35C 以下，被检者测量前 10mn 内禁饮热水和冰水；
- 将消毒过的体温计汞柱端置于舌下，紧闭口唇，用鼻呼吸；
- 放置 5min 后取出并读数；
- 正常值为 36. 3C~37. 2C。

b. 脉搏测量

检查者将一只手中间三指并拢、指腹平放于桡动脉近手腕处，以适当压力触摸桡动脉搏动；数 30 s 搏动次数，然后计算出每分钟搏动次数；若脉搏不规则，需至少计数 1mn。

c. 血压测量

I. 受检者体位：受检者取坐位，双足平放在地面上，手臂放在桌面上，支撑应舒适，手掌向上，不能坐位者可平卧，全身放松。

II. 血压计及袖带：血压计放在受检者上臂侧，大约心脏水平部位。袖带紧贴皮肤，松紧以能放进一个手指为宜，袖带下缘在肘关节前自然皱褶上方的 2 cm~3 cm 处，使袖带气囊中心正好位于肱动脉的部位。袖带大小不合适或隔着衣服绑袖带都会影响血压测量的准确性。

III. 确定最高充气压：快速充气至肱动脉脉搏消失后，这时血压计上读数即为“脉搏消失压”继续充气、直至压力水平比脉搏消失压高 30mmHg 时即为“最高充气压”。

IV. 测量：听诊器膜件听头放在肱动脉部位，轻按使听诊器和皮肤全面接触，但不应与袖袋或皮管接触。听诊器不应压得太重，否则影响声音。眼睛应保持在血压计玻璃刻度中段水平，关紧气阀快速、稳定的充气达到“最高充气压”水平，放松气阀，使汞柱液面以每秒 2mmHg 左右的速度下降。以柯氏音第 I 期和第 V 期分别为收缩压、舒张压读数。但患有主动脉瓣关闭不全及高心排血量和周围血管扩张者(贫血、甲亢及运动后)，有时柯氏音到压力为零时仍能听到。此时舒张压应记录第 F 期音(变调音，并加以注明)。声音消失后，还应继续听 20mmHg 左右，以确定声音是否完全消失。然后放松气囊，记录收缩压和舒张压。

V. 读数：血压读数应以水银柱液面的顶端最接近的上方刻度为准。如水银面在两个刻度之间，读数应取上值，且尾数只能为偶数。

VI. 应相隔 2 mm 后同一臂重复测量，取 2 次读数的平均值记录。如果 2 次测量的收缩压或舒张压读数相差 >5mmHg，则相隔 2 mm 后再次测量，然后取 3 次读数的平均值。

VII. 测血压注意事项：

——居民在基层卫生服务机构接受健康体检时，应测量双侧上肢血压；

-----高血压患者在血压超过 180mmHg 时，应测量双侧上肢血压；

——室内应保持安静，理想室温 21° C 左右，不宜过冷或过热；

-----在测压前，被测者应安静休息 10min~30 min, 精神放松，排空膀胱，不饮酒、茶、咖啡等饮料。

测血压前 15 mm 不应吸烟，询问是否服用影响血压的药物；

——测血压前，核准血压计水银柱是否在零点，排气阀是否灵活，袖袋是否合适，有无漏气现象。

VIII. 汞柱式血压计的维护：

——汞柱式血压计应定期进行核准，水银应充足，刻度管内的水银凸面应正好在刻度“0”处；

——怎样判定阀门漏气：把水银柱打到 200 mmHg, 然后维持 10 s。通常水银柱在 10 s 之内下降不超过 2 cm, 若超过此数阀门很可能漏气；

——放松阀门，控制水银柱在 1s 内下降 1mmHg, 然后完全松开阀门，1s 内水银柱可下降至 0 刻度。如果下降速度过慢则表示空气过滤器阻塞，应清除干净或更换阀门和加压充气橡皮球。

d. 身高测量

被检者需免冠、脱鞋测量，以立正姿势站于身高计平板上，双足跟并拢，枕部、臀部、足跟三点紧靠标尺，双眼平视前方，身高计水平尺紧贴头顶。测量足底至头顶的最大距离，以厘米 (cm) 为单位记录。

e. 体重测量

检查前将体重计校正到零点。被检者宜穿单衣测量，自然平稳站立于体重计踏板中央，读数，以千克(kg)为单位记录。

f. 腰围测量

被检者站立位，双脚分开与肩同宽，暴露腹部，放松腰带，均匀平静呼吸。检查者取被检者腋中线肋缘下至髂嵴连线中点平面测量。注意测量尺的松紧程度，以测量尺与被检者皮肤之间能插入一指为宜。于吐气结束时量取腰围，以厘米 (cm) 为单位记录。

g. 体质指数(BMI)

$BMI = \text{体重 (kg)} / [\text{身高 (m)}]^2$ 。

h. 老年人认知功能粗筛

- I. 开始筛查时告知被检查老年人：我现在想检查一下您的记忆力，请您注意听。”
- II. 告知被检查老年人“我将要说三件物品的名称（如铅笔、卡车、书），请您立刻重复。” 1mm 后再次重复。
- III. 如被检查老年人无法立即重复或 1mm 后无法完整回忆三件物品名称为粗筛阳性。
- IV. 对于老年人认知功能粗筛阳性的老年人，在知情同意后，可由经过培训的医务人员对其进行 简易智力状态检查（见表 C. 1）。

i. 老年人情感状态

I. 粗筛方法：

——问被检查者两个问题：你经常感到伤心或抑郁吗？”、“你的情绪怎么样？”；

——如回答“是”或“我想不是十分好”，提示老年人情感状态粗筛阳性。

II. 粗筛阳性的老年人可由经过培训的医务人员进一步行老年人抑郁量表检查（见表 C. 2）。

j. 老年人生活自理能力评估

老年人生活自理能力评估量表见表 C. 3。

②体格检查

a. 皮肤、巩膜

在自然光下观察皮肤、巩膜是否黄染或苍白。

b. 淋巴结

I. 锁骨上淋巴结：被检者平卧位，暴露颈部和锁骨区。检查者左手检查右侧，右手检查左侧，将 中间三指并拢，指腹平放于患者锁骨与胸锁乳突肌所形成的夹角区域滑动触诊。

II. 腋窝淋巴结：被检者平卧位。检查者右手握患者右手，左手检查右侧腋窝，对侧反之。触诊 时按尖群、中央群、胸肌群、肩胛下群和外侧群的顺序进行。

c. 乳腺

被检者平卧位，将手臂置于枕后，充分暴露双侧乳房。检查者将中间三指并拢，用指腹轻轻按压进行触诊。触诊由外上象限开始，左侧按顺时针方向，右侧按逆时针方向，注意有无肿块和压痛，触诊需包括乳腺的每一个象限及副乳。然后触诊乳头、乳晕，每侧乳头以轻柔的力量挤压，注意有无分泌物。

d. 肺部

被检者取卧位或坐位，暴露胸部，视诊有无桶状胸。被检者均匀平静呼吸，听诊顺序由肺尖开始，自上而下，由前胸到胸廓两侧、再到背部，两侧对称部位进行比较，注意有无异常呼吸音和啰音。

e. 心脏

被检者平卧位，暴露前胸部，均匀平静呼吸，环境安静。听诊顺序按逆时针方向进行：从心尖部（二尖瓣区）开始，依次为肺动脉瓣区、主动脉瓣区、主动脉瓣第二听诊区、三尖瓣区。听诊内容包括心率、心律和心脏杂音，记录要求如下：

——心率：在心尖部听取第一心音，计数 1min；

-----心律：如心律不齐，需记录；

——杂音：如听到杂音，需记录杂音部位、是否传导、杂音强度分级（见表 C.4）。

f. 腹部

被检者平卧位，暴露整个腹部，头垫低枕，两手自然置于躯干两侧，两腿屈起并稍分开，平静呼吸。检查者站立于被检者右侧，面对被检者。检查时手要温暖，先以整个手掌平放于腹壁，使被检者适应片刻。先浅触诊，后深触诊，一般自左下腹开始逆时针方向依次检查全腹，注意有无压痛和包块。然后触诊肝脾。脾脏触诊时被检者可取右侧卧位，双下肢屈曲。

g. 肛门指诊

被检者左侧卧位，右腿向腹部屈曲，左腿伸直，臀部靠近检查台右侧。检查者位于被检者背后进行检查。检查者右手示指戴指套，涂以适量润滑剂，如液

状石蜡、凡士林等。先将探查的示指指腹置于肛门外口轻轻按摩，嘱被检者放松，深呼吸。等被检者适应、肛门括约肌放松后，检查者将探查示指徐徐插入肛门，顺时针或逆时针方向触摸整个肛门和直肠内壁，注意有无包块。男性触诊前列腺，注意中间沟有无消失。指诊后观察指套表面是否带血或脓液。

h. 下肢水肿

观察足、踝和下肢是否有水肿。用手指按压被检查者胫骨下1/3前内侧皮肤3s~5s，若加压部位组织发生凹陷为凹陷性水肿，注意比较双侧是否对称。若观察到胫前皮肤水肿但指压后无组织凹陷，需考虑黏液性水肿。长期卧床的被检者尚需用手指按压检查腰骶部及大腿有无凹陷性水肿。

i. 足背动脉搏动

检查者用左手轻握被检者的足趾以免被检者足部摆动。右手手指沿第一、二趾骨之间的沟向上移向踝关节，指腹偏向第一跖骨，一般可在这条线的近端扪长伸肌肌腱外侧(腓侧)扪到足背动脉搏动。动脉搏动可分为：正常、减弱、可疑和消失。注意比较双侧是否对称。

j. 眼底检查

I. 检查宜在暗室中进行，被检者多取坐位，检查者坐位或立位均可。检查右眼时，检查者位于被检者的右侧，用右手持镜，右眼观察；检查左眼时，则位于被检者左侧，左手持镜，用左眼观察。

II. 检查眼底前应先做对光反射检查眼的屈光间质是否混浊。检查眼底时嘱被检者向正前方直视，将镜盘拨回至“0”，同时将检眼镜移近到受检眼前约2cm处观察眼底。

III. 观察视神经乳头的形状、大小、色泽，边缘是否清晰。观察视网膜动、静脉，注意血管的粗细、行径、管壁反光、分支角度以及动、静脉交叉处有无压迫或拱桥现象。观察黄斑部，注意其大小、中心凹反射是否存在，有无水肿、出血、渗出及色素紊乱等。观察视网膜，注意有无水肿、渗出、出血、剥离及新生血管等。

(2) 常规检查异常发现的处理

①一般状况

- a. 体温：体温 $>37^{\circ}\text{C}$ ，按发热常规诊疗思路处理。
- b. 血压：血压高于正常或双侧血压相差超过 20mmHg, 转上级医院明确高血压诊断。
- c. 腰围与体质指数:如超过正常上限，进行体重管理。
- d. 认知功能：
 - 粗筛阳性且简易智力状态检查（MMSE，见表 C. 1）总分达痴呆标准的老年人为可疑痴呆患者，转上级医院神经科诊治；
 - 粗筛阳性且 MMSE 总分未达痴呆标准的老年人，继续观察，预约老年人 3 个月后重复认知功能检查。
- 4.2.1.5 情感状态：
 - 粗筛阳性且老年人抑郁评分（见表 C. 2） >15 分的老年人，提示可能为老年抑郁患者，转上级医院精神心理科诊治；
 - 粗筛阳性且老年人抑郁评分 <15 分的老年人，继续观察，预约老年人 3 个月后重复情感状态检查。

②体格检查

a. 皮肤巩膜

I. 发现皮肤巩膜黄染，有条件的机构可进行胆红素及肝功能检查鉴别诊断，或转上级医院进一步检查：

- 第一步，首先根据总胆红素（TBIL）结果判断是否为黄疸：
 - 胆红素正常（ $<34\ \mu\text{mol/L}$ ），询问是否有食物及药物影响，继续观察；
 - 胆红素异常（ $>34\ \mu\text{mol/L}$ ），进行第二步，初步鉴别黄疸性质。
- 第二步，计算直接胆红素（DBIL）占总胆红素的比值（DBIL/TBIL）：
 - 直接胆红素/总胆红素（DBIL/TBIL） $<20\%$ ，考虑溶血性黄疸，转上级医院血液科诊治。如果基层医疗卫生服务机构有条件检查网织红细胞，将有助于溶血诊断的考虑；
 - DBIL/TBIL $>20\%$ ，考虑肝细胞性或梗阻性黄疸，进行进一步鉴别。
- 第三步，看谷丙转氨酶（ALT）是否正常：
 - ALT 明显升高（ $>$ 正常上限 5 倍以上），立即转上级医院传染科诊治排除急性肝炎；

- ALT 正常或轻度升高，转上级医院消化科，进一步行 B 超等检查。

II. 发现皮肤巩膜苍白，根据血常规中血红蛋白结果判断是否为贫血，如为社区无法处理的贫血 需转上级医院血液科诊治。

b. 淋巴结

发现锁骨上或腋窝淋巴结肿大，立即转上级医院内科或血液科就诊。

c. 乳腺

发现以下情况，立即转上级医院外科/乳腺外科明确是否为乳腺癌：

- a) 乳房包块；
- b) 乳头分泌物呈血性；
- c) 乳房皮肤局部橘皮样改变或下陷；
- d) 近期发现的乳头内陷。

d. 肺

I. 有以下情况之一者建议转上级医院呼吸科就诊（慢性阻塞性肺疾病除外）：

- a) 长期吸烟或粉尘接触史；
- b) 每年秋冬季有咳嗽、咳痰病史；
- c) 活动后呼吸困难者；
- d) 反复呼吸道感染者。

II. 听诊发现有异常呼吸音或干湿啰音者：

- a) 如被检者同时有发热、咳嗽、咳痰、呼吸困难等呼吸道症状者，建议立即转上级医院呼吸科 就诊；
有心功能不全表现(如活动后心悸、胸闷，不能平卧，夜间呼吸困难等)，心功能分级 n 级以上者，建议转上级医院心内科就诊；
- b) 如被检者同时有发热、轻咳、无痰，予对症处理，3d~5d 复诊，如无效或病情加重者转上级医 院呼吸科就诊；
- c) 如被检者无任何症状且 X 射线胸片正常，可继续观察。

e. 心脏

- I. 心率过快或过慢 (<40 次/mm) 立即转上级医院急诊处理。
 - II. 首次听诊发现心律不齐, 建议转上级医院心内科就诊。
 - III. 听诊发现有杂音:
 - a) 二级以下收缩期杂音, 可继续观察;
 - b) 三级以上收缩期杂音或舒张期杂音, 建议转上级医院心内科就诊。
- f. 腹部
- I. 腹部触及包块, 建议转上级医院 (内科、消化科、普通外科) 就诊。
 - II. 肋下触及肝脏, 肝上界正常, 提示肝大, 建议转上级医院消化科就诊。
 - III. 肋下触及脾脏 (合并发热、淋巴结肿大者), 建议转上级医院消化科或血液科就诊。
 - IV. 移动性浊音阳性或蛙状腹, 建议转上级医院消化科就诊。
- g. 肛门指诊
- I. 指诊触及肿物, 建议转上级医院普通外科就诊。
 - II. 指诊后指套表面有黏液、脓液或血液, 建议转上级医院消化科就诊。
 - III. 男性被检者指诊前列腺中间沟变浅或消失, 同时有尿频、排尿困难等症状, 建议转上级医院 泌尿外科就诊。
- h. 运动功能
- I. 因关节疼痛无法完成简单运动功能检查, 建议转上级医院骨科或风湿免疫科就诊。
 - II. 因肌肉无力无法完成简单运动功能检查, 建议转上级医院神经科或风湿免疫科就诊。
- i. 下肢水肿
- I. 详细询问症状, 包括既往如高血压、心脏病、糖尿病、肾脏病、肝脏疾病等。
 - II. 检查尿常规。
 - III. 如有心脏病史、高血压史等, 特别是合并有胸闷、心悸、尿少, 建议转上级

医院心内科就诊。

IV. 如果既往有高血压、肾脏疾病、糖尿病，或近期有尿量减少或尿常规有尿蛋白阳性，建议转上级医院肾内科就诊。

V. 如果有肝脏疾病，有条件的机构可检查血白蛋白（ALB）。如果 ALB 下降，尿蛋白阴性，建议转上级医院消化科就诊。

VI. 如未发现心脏、肾脏、肝脏等明显异常，下肢水肿随体位改变，平卧时减轻，可随诊观察。

VII. 如果有单侧肢体肿胀，应及时转上级医院血管外科就诊。

j. 足背动脉搏动

I. 糖尿病患者应特别重视足背动脉的检查，若有足背动脉搏动减弱或消失，建议转上级医院血管外科，同时积极调整糖尿病的治疗。

II. 非糖尿病患者如果双侧足背动脉搏动消失，建议转上级医院血管外科或风湿免疫科就诊。

III. 非糖尿病患者如果单侧足背动脉搏动消失或减弱，特别是行走中有间断的下肢疼痛，或有足趾剧痛、颜色变化、足趾麻木等建议转上级医院血管外科就诊。

k. 眼底检查

I. 眼底检查是国家规定的全科医生临床技能，需要在眼科医生指导下接受特别培训并达到要求。

II. 眼底检查对于高血压、糖尿病的整体管理特别是早期发现微血管损伤尤为重要。同时，还有利于早期发现老年人眼底疾病，及时进行眼科的诊治。

(3) 肿瘤筛查

① 乳腺癌

a. 普及有关乳腺癌的可能危险因素：

——乳腺癌家族史；

——不生育；

——不哺乳；

——工作或生活压力大；

——肥胖；

——长期服用雌激素等。

b. 指导所有参加管理的妇女乳房自检方法，建议妇女每月月经后 7d~10d 进行乳房自检，已经绝经的妇女可固定选择每月的某一天进行检查。

c. 乳房自检方法：

——目测：站在镜子前，双手叉腰。观察乳房的形状、大小有无变化；两侧是否对称；乳房皮肤有无异常变化；两侧乳头是否有抬高、回缩、异常分泌物；乳晕颜色有无变化。然后双臂上举，做同样的观察。出现问题应及时就诊。

——双手叉腰，两肘努力向后，用力使胸肌收缩，同时弯下腰，如果感觉乳房发紧应及时就诊。

——平卧位进行触摸检查：在肩膀下垫一个枕头或毛巾，右手手臂上举，使乳房组织充分伸展。用左手示指、中指和无名指的指腹掌面沿顺时针或逆时针方向轻柔地触摸整个右乳房；用拇指和示指轻轻挤压乳头，看有无分泌物；然后检查腋窝和锁骨区附近。同样方法检查左侧。如果发现有硬块或者厚度有变化应及时就诊，必要时做进一步检查。

d. 女性每 1 年~2 年由医生行乳腺查体，必要时行乳腺 X 射线检查。

e. 有乳腺癌家族史者每年行乳腺体检及乳腺 X 射线检查。

f. 发现乳腺肿块转上级医院进一步检查。经期发现乳房多发结节、压痛等，可继续观察，经期后复查。

②结直肠癌（大肠癌）

a. 每年进行大便潜血检查，建议进行肛门指诊检查。发现大便潜血阳性的老年人参照图 2 处理。 4. 3. 2. 2 对于存在以下危险因素的老年人，建议更早开始筛查：

——父母在 60 岁前患结直肠癌或兄弟姐妹及子女中有人患结直肠癌；

——大肠腺瘤性息肉病史；

——家族性结肠息肉综合征；

——溃疡性结肠炎病史。

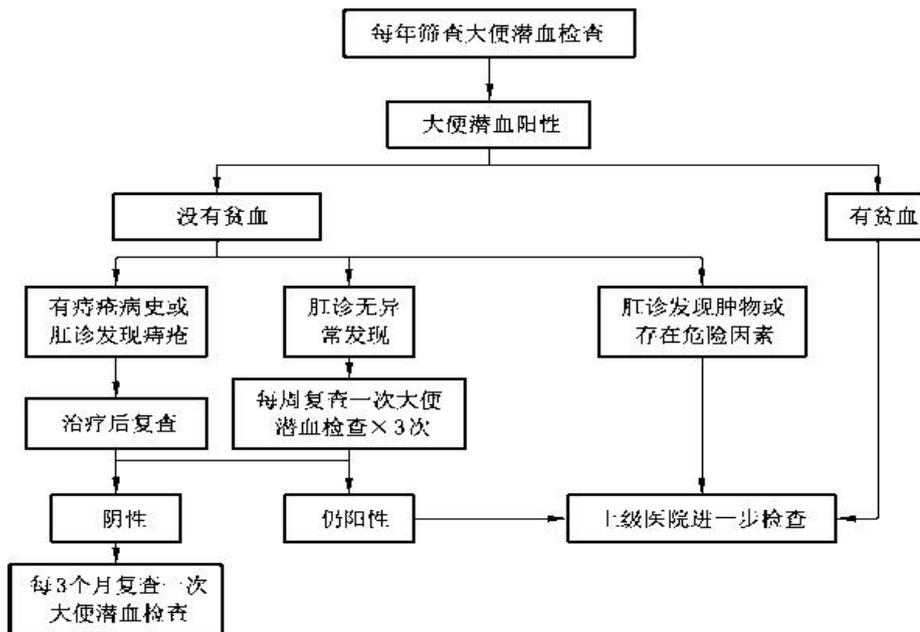


图 2 结直肠癌筛查流程图

(4) 健康教育

①定期随访

- a. 65 岁及以上老年人应每年进行一次健康评估。
- b. 每年更新健康档案资料，纵向比较健康状况变化。
- c. 对有高血压病、糖尿病等慢性病史的患者按照慢性疾病诊疗常规进行管理。
- d. 每 3 个月电话随访存在危险因素的老年人和未被上级医院诊断的可疑慢性疾病老年人，了解其目前情况、症状变化、危险因素干预情况等。
- e. 与被检者建立良好的信任关系，鼓励其多交流，了解被检者目前的不适、目前服用的药物及保健品、目前对健康状况的困惑等，以便第一时间了解其健康变化。

②健康饮食指导

- a. 普及中国营养学会推荐的膳食指导原则：
 - 食物多样，谷类为主，粗细搭配；
 - 多吃蔬菜、水果和薯类；
 - 每天吃奶类、大豆或其制品；

- 经常吃适量鱼、禽、蛋和瘦肉，少吃肥肉和荤油；
- 食不过量，天天运动，保持健康体重；
- 减少烹调油用量，吃清淡少盐的膳食；
- 三餐分配要合理，零食要适当；
- 每天足量饮水，合理选择饮料；
- 饮酒应限量；
- 吃新鲜卫生的食物。

b. 老年人饮食指导：老年人需从膳食中获得足够的各种营养素，尤其是微量营养素。应选择易消化的食物，以利于吸收利用。食物不宜过精，应强调粗细搭配。食物加工不宜过精，主食中应有粗粮细粮搭配。多食用膳食纤维丰富的食物。

③ 饮酒

a. 对所有参加管理的老年人进行健康教育，了解过量饮酒的危害：

- 过量饮酒，会使食欲下降，食物摄入减少，以致发生多种营养素缺乏；
- 长期过量饮酒患酒精性肝硬化的风险高；
- 过量饮酒会增加患高血压、脑卒中等疾病的危险；
- 过量饮酒可导致事故及暴力的增加，危害个人健康和社会安定；
- 建议不饮酒或少量饮酒，每天不超过啤酒 1 杯（200 mL）或红酒 1 小杯（50mL），尽量不饮烈性酒。

b. 对有慢性肝病或肝功能异常的患者建议禁酒。

c. 对有过量饮酒习惯的老年人，可根据机构自身条件按照图 3 的要求进行戒酒咨询，具体流程如下：

I. 询问老年人：您愿意现在就开始戒酒吗？

A. 如老年人回答“不愿意”注意不应强制其戒酒，这样不利于建立良好的医患关系。可以告知作为医生对其健康的关心。再次委婉建议其戒酒。询问不愿意戒酒的原因。向其表示如果任何时间有戒酒的意愿，医生愿意随时提供帮助；

B. 如老年人回答“愿意”开始具体提供帮助。

II. 制定戒酒时间表，明确在某一时间段内应达到的目标，目标应现实可行（如 1 个月内将饮酒量减少一半）。

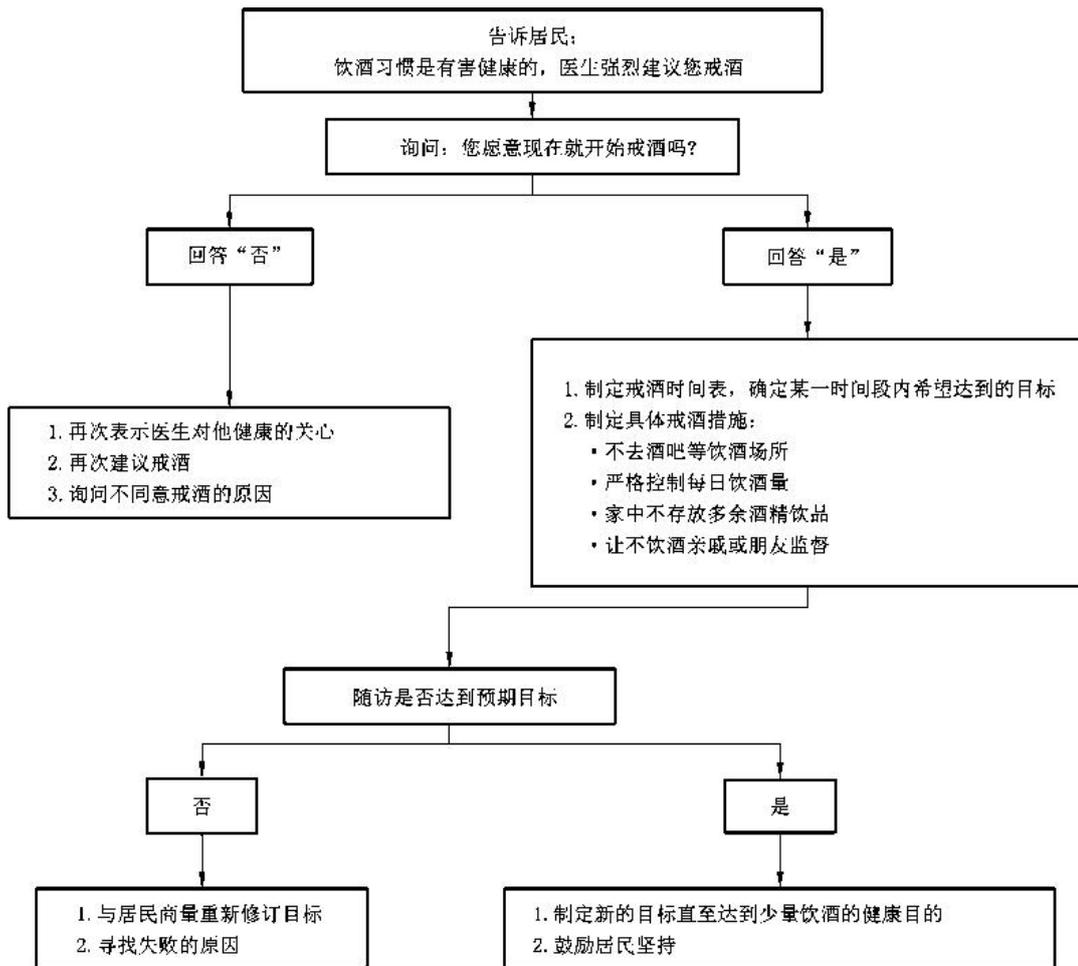


图 3 戒酒流程图

III. 制定具体戒酒措施，如：

- A. 不去酒吧等饮酒场所；
- B. 严格控制每日饮酒量，家中不存放多余酒精饮品；
- C. 请不饮酒的亲戚或朋友监督；
- D. 替代饮用不含酒精的饮料等。

IV. 随访老年人戒酒效果：

- A. 每 3 个月电话询问，老年人每次就诊时都要询问；
- B. 如老年人在规定时间内未达到预期目标，应和其商量重新修订目标，寻找失败的原因，鼓励其再次开始；
- C. 如老年人在规定时间内达到预期目标，制定新的目标直至达到健康饮酒的要求，应肯定老年人的成绩，鼓励其坚持。

④戒烟

a. 戒烟流程图

对所有参加管理的老年人都应进行吸烟有害健康的教育，可根据机构自身条件进行戒烟咨询，具体戒烟流程见图4。

b. 戒烟流程说明

I. 如果老年人吸烟，每次随访或体检时均应建议戒烟并询问是否愿意：“您愿意戒烟吗？”。4.4.4.22 如果老年人愿意戒烟，向其提供建议、帮助或协助安排戒烟计划。

A. 提供的建议要清楚、坚定、人性化：

- 1) 表达清楚：“戒烟是很重要的，我能帮助您”；
- 2) 语气坚定：“作为医生，考虑到您目前和将来的健康，立刻戒烟是保护您健康最重要的事”；
- 3) 人性化：“吸烟对您的健康不利；吸烟会对您的孩子和家人造成伤害；吸烟会增加您的经济负担”。

B. 协助安排戒烟计划。

II. 确定戒烟开始时间：

A. 一般在两周之内；

B. 将戒烟计划告诉家人、朋友、同事，得到他们的支持和帮助；

C. 让老年人了解在戒烟初期可能出现的“戒断症状”（见表C.5），使其有信心面对困难；

D. 让所有与吸烟有关的东西（烟、打火机、烟灰缸等）从生活环境中消失。在别人吸烟的地方尽量少停留；

a) 在戒烟过程中，随时为患者提供帮助；

b) 如患者烟瘾程度较重（评分>5分，见表C.6），建议采用“尼古丁替代疗法”（尼古丁口香糖或贴片）；

c) 如果不是第一次戒烟，帮助分析既往戒烟失败的原因，修改戒烟计划；

d) 最好能动员同一生活或工作环境的人一起戒烟。

III. 如果患者不愿意戒烟，尽量鼓动患者戒烟：

A. 询问分析不愿意戒烟的原因。如：

- 1) 不能耐受戒断症状；
- 2) 有戒烟失败的经历；
- 3) 害怕失败；
- 4) 体重增加等。

强调吸烟的危害。如：

- 1) 短期危害：咳嗽、气短、加重哮喘等；
- 2) 长期危害：与多种疾病相关，如心脏病、脑血管病、肺癌等多种肿瘤、慢性阻塞性肺病等；
- 3) 对他人的危害：增加配偶患肺癌和心脏病的风险，孩子患哮喘、呼吸道感染等疾病的几率 增加等。

c) 宣传戒烟的益处。如：

- 1) 有益健康；
- 2) 精神状态改善；
- 3) 家庭环境变得更好；
- 4) 为孩子树立榜样；
- 5) 省钱等。

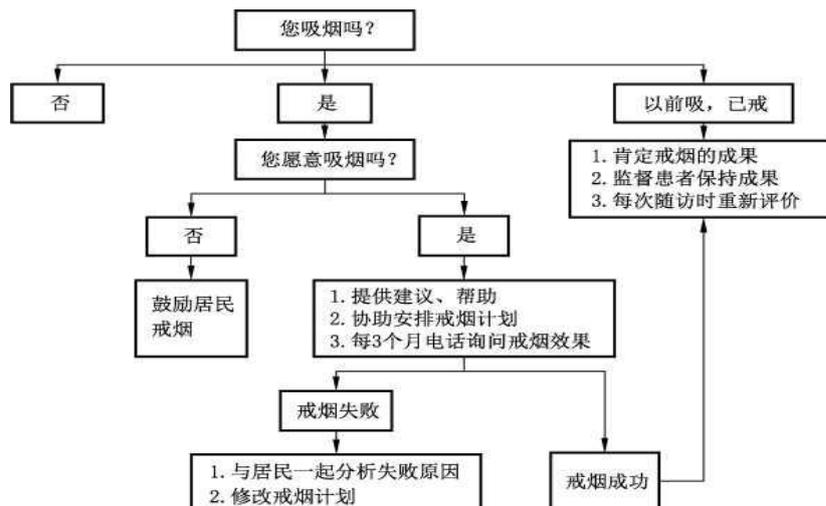


图 4 戒烟流程图

⑤ 肥胖

a. 对所有参加管理的老年人评估体重情况，并指导老年人合理控制体重。

b. 可根据机构自身条件按图 5 的流程进行肥胖管理:

第一步:评价被检者是否肥胖:

I. 询问既往体重变化情况;

II. 计算体质指数(BMI) $BMI = \text{体重 (kg)} / [\text{身高 (m)}]^2$;

III. 测量腰围、臀围;

IV. 判断是否肥胖或超重[根据中国肥胖问题工作组(WGOC)推荐标准]:

- 中国肥胖问题工作组标准: BMI>24 为超重; BMI>28 为肥胖;
- 中国肥胖问题工作组中心性肥胖标准: 男性腰围>85cm; 女性腰围>80cm。

V. 目标: BMI<28, 男性腰围<85cm; 女性腰围<80cm。

第二步:对于肥胖或超重患者进行非药物治疗:

I. 教育: 肥胖与多种疾病(糖尿病、高血压病、冠心病、骨关节炎、痛风等)相关, 为了健康需要控制体重;

II. 改变生活方式和饮食结构(热量控制, 选择高质量的食物, 每日运动)

• 热量控制: 可在原有热量摄入基础上减少每日热量总量。肥胖者多数能耐受减少 2 100kJ/d~2 520 kJ/d(500 kcal/d~600 kcal/d)的饮食。

对 BMI>30 者, 可酌情给予 4 200 kJ/d(1 000 kcal/d)的低热量饮食(见表 C.7 推荐的每日能量供给量);

• 食物: 少食或不食 0 脂肪、0 糖、0 嘌呤食物如油炸食品、肥肉、巧克力、红肉等; 鼓励 进食新鲜水果、蔬菜和全麦食品(杂粮)应戒酒; 限制食盐, 每日盐摄入量约 6g 为宜;

• 每日运动: 提倡根据个体身体情况每日进行轻至中等强度体力活动 30min~60min, 如骑自行车、散步、跳舞等。也可进行高强度的活动, 时间宜在 10min 内, 如慢跑、游泳等。

III. 协助制定减肥计划:

• 确定一段时间内达到的合理的减肥目标。安全的减重速度为体重下降每周不超过 0.5 kg。不提倡饥饿减肥。

• 制定控制热量措施: 让患者了解常吃的食物所含热量, 进食前先计算热量; 少食多餐, 餐前可少量进食; 每餐留 10%~20%食物不吃, 餐后不吃甜点。进餐中提倡细嚼慢咽。用白开水或茶水替代含糖饮料。

尽量不与朋友去餐馆聚餐。建议和家人或朋友一起参加运动。

IV. 3个月打电话随访患者，了解减肥效果。

第三步:对于3个月后体重仍上升或减肥效果不明显者,建议请营养师和(或)专科医生协助诊治:

I. 营养师调整减肥食谱, 监督患者实行;

II. 可在专科医生(内分泌医生)的指导下辅助药物或手术减肥。

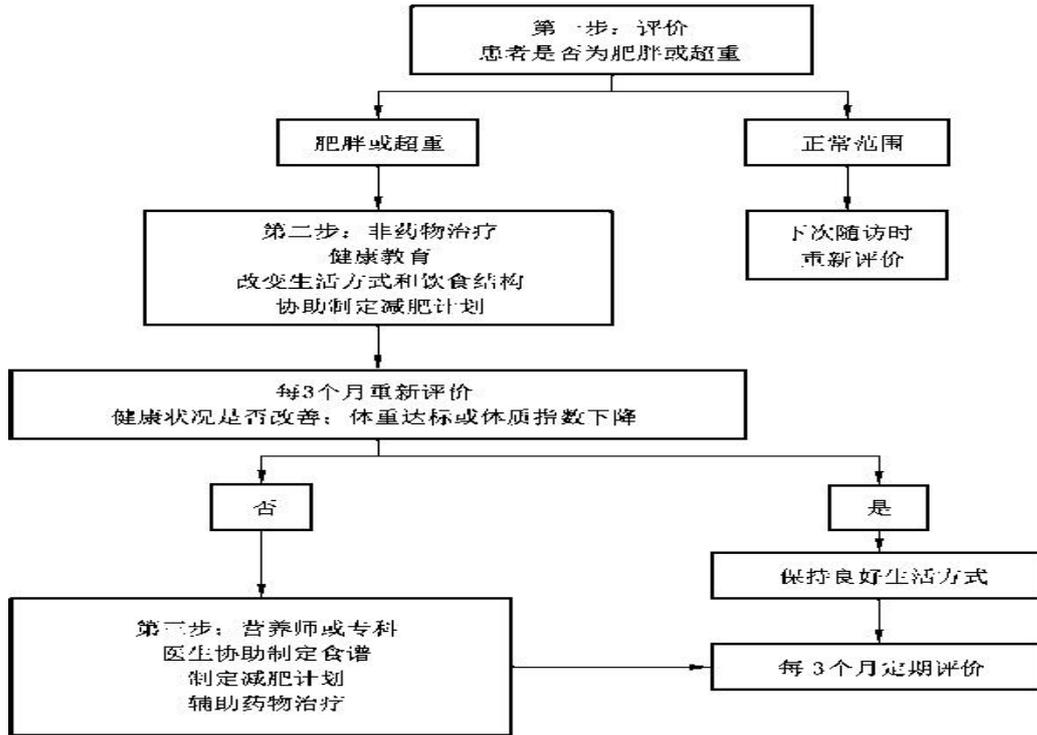


图 5 肥胖处理流程图

⑥心理健康指导

a. 向所有参加管理的老年人普及心理健康的重要性, 告知长期精神压力和心情抑郁是引起高血压、糖尿病、冠心病、肿瘤等疾病的重要原因之一。

b. 普及维护心理健康的方法:

- I. 家庭和社会的关心;
- II. 活到老, 学到老;
- III. 保持乐观情绪, 寻找生活乐趣;
- IV. 加强人际交流, 参与社交活动;
- V. 学会通过各种途径把坏情绪释放出来;
- VI. 保持好的心情。

c. 对于有抑郁倾向的老年人应尽量了解在心理问题背后可能的家庭和个人因素。与家属和社会配合，有针对性地对其进行心理调节。中老年人退休、无文化、丧偶、独居、患慢性疾病等都是引发心理健康障碍的危险因素，应注意识别。

⑥老年人家庭与社区支持

家庭、亲属以及社区支持是老年人健康维护与促进的关键因素。建议在老年人知情同意的情况下将老年人健康管理涉及的具体问题与老年人亲属、陪护人员乃至社区管理部门进行沟通；鼓励亲属、陪护人员参加老年人健康教育活动；努力改善老年人居住环境，提高预防保护与及时救助的认识与能力。

(5) 疾病预防

①疫苗接种

- a. 建议所有参加管理的 65 岁及以上的老年人每年接种流感疫苗。
- b. 建议所有参加管理的 65 岁及以上的老年人接种一次 23 价肺炎链球菌疫苗。
- c. 有以下情况之一的肺炎高危人群应进行疫苗接种：

I. 慢性阻塞性肺疾病；

II. 慢性心功能衰竭；

III. 慢性肾功能不全；

IV. 糖尿病；

V. 脾切除术后患者；

VI. 居住在敬老院者；

VII. 肿瘤或长期服用激素及免疫抑制剂者（需咨询肿瘤专科医师或风湿免疫专科医师是否进行疫苗接种）。

②心血管疾病（冠心病）一级预防

- a. 普及冠心病的预防知识。
- b. 筛查冠心病的危险因素：

I. 家族史；

II. 吸烟；

- III. 缺乏运动;
- IV. 超重或肥胖;
- V. 高血压;
- VI. 血脂异常;
- VII. 糖尿病或糖耐量异常。

- c. 所列危险因素中除“家族史”是无法改变的，其余都是可干预的。
- d. 根据表 C. 8 和表 C. 9 计算每位老年人的患病概率。
- e. 根据危险因素进行干预指导（见附录 D）。

③骨质疏松

- a. 应根据基层医疗卫生服务机构自身条件，对参加管理的老年人进行骨质疏松相关教育及危险因素筛查：

- I. 告知所有参加管理的老年人骨质疏松的危害性；

- II. 筛查骨质疏松导致骨折的危险因素：

- 1) 成年骨折史；
 - 2) 父母骨折史；
 - 3) 痴呆；
 - 4) 吸烟；
 - 5) 低体重（BMI<19）；
 - 6) 早绝经（<45 岁，包括手术绝经）或>1 年的闭经；
 - 7) 摄入钙不足（不吃奶制品）
 - 8) 饮酒；
 - 9) 经常摔倒；
 - 10) 缺乏体育锻炼；
 - 11) 生活不能自理；
 - 12) 有与骨质疏松相关的疾病或服用可引起骨质疏松的药物（见表 E. 1）；
 - 13) 对于有危险因素的老年人，建议转诊上级医院行骨密度检查。

- b. 对参加管理的老年人进行预防骨质疏松教育（见表 E. 2）。

(6) 双向转诊

① 转诊原则

- a. 确保患者的安全和有效治疗。
- b. 尽量减轻患者的经济负担。
- c. 最大限度地发挥基层医生和专科医生各自的优势和协同作用。

② 转出原则

- a. 转出指从基层医疗服务机构转向上级医院。
- b. 老年人健康评估中发现的问题超出基层医疗卫生服务机构的技术能力, 或涉及慢性疾病的诊断、专科处理等情况, 基层医生应给患者提出转诊建议。
- c. 对于在上级医院明确诊断的慢性病患者纳入相应慢性病患者健康管理。

③ 转入原则

- a. 转入指从上级医院转向基层医疗卫生服务机构。
- b. 上级医院宜将同时符合下列情况的患者转回基层医疗卫生服务机构, 由基层医生对患者进行长期监测、随访和管理, 以便减轻患者就医的各种花费和负担:
 - I. 诊断明确;
 - II. 治疗方案确定;
 - III. 临床情况已控制稳定;
 - IV. 患者转回基层医院的同时, 上级医院医生宜向基层医院提供详细的检查结果、诊断及管理要点。

(7) 老年人健康管理工作流程

① 准备工作

- a. 了解本辖区 65 岁及以上老年人愿意加入健康管理的人数, 准备健康档案记录表。包括个人基本信息表、健康体检表。
- b. 为每位签约老年人准备一个文件夹或文件袋, 用以保存患者的完整档案, 或建立电子档案。
- c. 健康查体每年一次, 实行预约制, 根据预约人数决定参加查体医生与护士数量,

建议每单元（一 上午或一下午）中护士、医生、老年人比例为 1:1:10。

d. 提前告知老年人参加健康查体注意事项：

I. 查体前 7d 低脂饮食，尽量素食（肉食有可能影响大便潜血结果）；

II. 查体当天在家留晨尿和大便标本，装在干净的容器（基层医疗卫生服务机构负责提供）内带到 基层医疗卫生服务机构；

III. 查体当天空腹来基层医疗卫生服务机构，取血后方可进食。

③健康评估流程

a. 基本流程

完成整个健康评估内容，老年人需到基层医疗卫生机构两次。第一次为完成健康查体及留取相应 辅助检查标本，约需 1h。第二次为了解健康评估结果，接受相应处理，约需 15 min~30 min。

b. 第一次评估

I. 应向第一次来基层医疗卫生服务机构参加健康评估的老年人发放家庭医生服务卡。

II. 医护人员为每位老年人准备文件夹/袋，文件夹表面填写老年人编号、姓名、性别、联系电话 等，用以存放其的评估表格。

III. 医护人员为老年人抽血留取血标本，或检测快速血糖，填写在健康体检表的相应部分。指导 老年人留取尿和大便标本。

IV. 医护人员指导帮助填写个人基本信息表及健康体检表中生活方式部分、指导老年人做生活 自理能力自我评估。

V. 医护人员测量体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重和腰围，并填写在健康检查表的相应部分。VI. 医护人员行心电图检查。

VII. 医护人员将老年人及资料转至基层医生手中，医生浏览医护人员填写内容，复测血压，注意 生命体征、血糖及心电图，判断是否需转诊。

VIII. 不需要转诊的老年人，医生行全面查体（包括眼底和妇女宫颈刮片），填写健康检查表，再次 判断是否需转诊。

IX. 做 X 射线胸片检查。完成查体。

X. 医护人员检查老年人评估表格是否完整，预约下次就诊时间（一般不超过 1 周），并在健康评价表上标明时间。

c. 第二次评估

I. 老年人按照预约时间第二次到基层医疗卫生服务机构，应将第一次查体文件夹及化验检查结果转给基层医生。

II. 医生填写完成健康体检表。

III. 医生根据老年人年检资料全面评价老年人健康状况。告诉老年人检查的结果、是否需转诊、转诊注意事项等。

IV. 医生对老年人进行个体化健康教育，开具健康教育处方，对于需干预的危险因素提出下次年检目标。

V. 与老年人预约第二年健康评估时间。

d. 随访流程

对于评估中发现问题需转诊的老年人，基层医生需在两周内随访（可预约老年人到基层医疗卫生服务机构随访或电话随访）并将随访结果及时填写到表 B.1 中。评估中发现有任何异常（包括症状、检查异常、存在危险因素等）的老年人，医生需每 3 个月随访一次（可预约老年人来基层医疗卫生服务机构随访或电话随访），了解老年人的症状变化、危险因素干预情况、健康教育处方执行情况等，并填写随访表格。

附录 A

（规范性附录）

个人基本信息表

A.1 个人基本信息表

个人基本信息表见表 A.1。

表 A.1 个人基本信息表

姓名：

编号：□□□□□□□□

| | | | | |
|----------|---|---|--------------------------|---|
| 性别 | 0 未知的性别 1 男 2 女 9 未说明的性别 | <input type="checkbox"/> | 出生日期 | <input type="checkbox"/> |
| 身份证号 | | | 工作单位 | |
| 本人电话 | | 联系人姓名 | | 联系人电话 |
| 常住类型 | 1 户籍 2 非户籍 | <input type="checkbox"/> | 民族 | 1 汉族 2 少数民族 |
| 血型 | 1 A型 2 B型 3 O型 4 AB型 5 不详/RH阴性：①否 ②是 ③不详 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 文化程度 | 1 文盲及半文盲 2 小学 3 初中 4 高中/技校/中专 5 大学专科及以上 6 不详 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 职业 | 1 国家机关、党群组织、企业、事业单位负责人 2 专业技术人员 3 办事人员和有关人员 4 商业、服务业人员 5 农、林、牧、渔、水利业生产人员 6 生产、运输设备操作人员及有关人员 7 军人 8 不便分类的其他从业人员 <input type="checkbox"/> | | | |
| 婚姻状况 | 1 未婚 2 已婚 3 丧偶 4 离婚 5 未说明的婚姻状况 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 医疗费用支付方式 | 1 城镇职工基本医疗保险 2 城镇居民基本医疗保险 3 新型农村合作医疗 4 贫困救助 5 商业医疗保险 6 全公费 7 全自费 8 其他 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 药物过敏史 | 1 无 2 青霉素 3 磺胺 4 链霉素 5 其他 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 暴露史 | 1 无 2 化学品 3 毒物 4 射线 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 既往史 | 疾病 | 1 无 2 高血压 3 糖尿病 4 冠心病 5 慢性阻塞性肺疾病 6 恶性肿瘤 7 脑卒中 8 重性精神疾病 9 结核病 10 肝炎 11 其他法定传染病 12 职业病 13 其他 <input type="checkbox"/> 确诊时间 年月 / <input type="checkbox"/> 确诊时间 年月 / <input type="checkbox"/> 确诊时间 年月 <input type="checkbox"/> 确诊时间 年月 / <input type="checkbox"/> 确诊时间 年月 / <input type="checkbox"/> 确诊时间 年月 | | |
| | 手术 | 1 无 2 有：名称 时间/名称 时间 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 外伤 | 1 无 2 有：名称 时间/名称 时间 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 输血 | 1 无 2 有：原因 时间/原因 时间 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 家族史 | 父亲 | <input type="checkbox"/> | 母亲 | <input type="checkbox"/> |
| | 兄弟姐妹 | <input type="checkbox"/> | 子女 | <input type="checkbox"/> |
| | 1 无 2 高血压 3 糖尿病 4 冠心病 5 慢性阻塞性肺疾病 6 恶性肿瘤 7 脑卒中 8 重性精神疾病 9 结核病 10 肝炎 11 先天畸形 12 其他 | | | |
| 遗传病史 | 1 无 2 有：疾病名称 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 残疾情况 | 1 无残疾 2 视力残疾 3 听力残疾 4 言语残疾 5 肢体残疾 6 智力残疾 7 精神残疾 8 其他残疾 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

表 A.1 (续)

| | | | |
|-----|--------|--------------------------------------|--------------------------|
| 生活环 | 厨房排风设施 | 1 无 2 油烟机 3 换气扇 4 烟囱 | <input type="checkbox"/> |
| | 燃料类型 | 1 液化气 2 煤 3 天然气 4 沼气 5 柴火 6 其他 | <input type="checkbox"/> |
| | 饮水 | 1 自来水 2 经净化过滤的水 3 井水 4 河湖水 5 塘水 6 其他 | <input type="checkbox"/> |
| | 厕所 | 1 卫生厕所 2 一格或二格粪池式 3 马桶 4 露天粪坑 5 简易棚厕 | <input type="checkbox"/> |
| | 禽畜栏 | 1 单设 2 室内 3 室外 | <input type="checkbox"/> |

A.2 个人基本信息表填表说明

A. 2. 1 本表用于居民首次建立健康档案时填写。如果居民的个人信息有所变动，可在原条目处修改，并注明修改时间。

A. 2. 2 性别：按照国标分为未知的性别、男、女及未说明的性别。

A. 2. 3 出生日期：根据居民身份证的出生日期，按照年（4位）、月（2位）、日（2位）顺序填写，如：19490101。

A. 2. 4 工作单位：应填写目前所在工作单位的全称。离退休者填写最后工作单位的全称；下岗待业或无工作经历者需具体注明。

A. 2. 5 联系人姓名：填写与建档对象关系紧密的亲友姓名。

A. 2. 6 民族：少数民族应填写全称，如彝族、回族等。

A. 2. 7 血型：在前一个“□”内填写与ABO血型对应编号的数字；在后一个“□”内填写是否为“RH阴性”对应编号的数字。

A. 2. 8 文化程度：指截至建档时间，本人接受国内外教育所取得的最高学历或现有水平所相当的学历。

A. 2. 9 药物过敏史：表中药物过敏主要列出青霉素、磺胺或者链霉素过敏，如有其他药物过敏，请在其他栏中写明名称。

A. 2. 10 既往史：

I. 疾病：填写现在和过去罹患的疾病，包括建档时还未治愈的慢性病或某些反复发作的疾病，并写明确诊时间；如有恶性肿瘤，请写明具体的部位或疾病名称；如有职业病，请填写具体名称。对于经医疗单位明确诊断的疾病都应以一级及以上医院的正式诊断为依据，有病史卡的以卡上的疾病名称为准，没有病史卡的应有证据证明是经过医院明确诊断的。可以多选。

II. 手术：填写曾经接受过的手术治疗。如有，应填写具体手术名称和手术时间。

III. 外伤：填写曾经发生的后果比较严重的外伤经历。如有，应填写具体外伤名称和发生时间。

IV. 输血：填写曾经接受过的输血情况。如有，应填写具体输血原因和发生时间。

A. 2. 11 家族史：指直系亲属（父亲、母亲、兄弟姐妹、子女）中是否患过所列出的具有遗传性或遗传倾向的疾病或症状。有则选择具体疾病名称对应编号的数字，可以多选。没有列出的请在“其他”中写明。

A. 2. 12 生活环境：农村地区在建立居民健康档案时需根据实际情况选择填写此项。

附录 B (规范性附录) 健康体检表

B. 1 健康体检表

健康体检表见 B. 1

表 B. 1 健康体检表

姓名：

编号：□□□□□□□□

| | | | | | |
|------------------|---------------------------------|---|--------------------------|-------------------|-------|
| 体检日期 | | 年 月 日 | 责任医生 | | |
| 内容 | | 检 查 项 目 | | | |
| 症状 | | 1 无症状 2 头痛 3 头晕 4 心悸 5 胸闷 6 胸痛 7 慢性咳嗽 8 咳痰 9 呼吸困难 10 多饮 11 多尿 12 体重下降 13 乏力 14 关节肿痛 15 视力模糊 16 手脚麻木 17 尿急 18 尿痛 19 便秘 20 腹泻 21 恶心呕吐 22 眼花 23 耳鸣 24 乳房胀痛 25 其他_____ □/□/□/□/□/□/□/□/□/□ | | | |
| 一 般 状 况 | 体温 | ° c | 脉率 | 次/min | |
| | 呼吸频率 | 次/min | 血压 | 左侦 J / | mmHg |
| | | | | 右侧 / | mmHg |
| | 身高 | cm | 体重 | kg | |
| | 腰围 | cm | 体质指数(BMI) | kg/m ² | |
| | 老年人健康状态自我评估 | 1 满意 2 基本满意 3 说不清楚 4 不太满意 5 不满意 | | | □ |
| | 老年人生活自理能力自我评估 | 1 可自理 (~3 分) 2 轻度依赖 (~8 分) 3 中度依赖 (9~18 分) 4 不能自理 (>19 分) | | | |
| | 老年人认知功能* | 1 粗筛阴性 2 粗筛阳性, 简易智力状态检查, 总分 | | | □ |
| 老年人情感状态* | 1 粗筛阴性 2 粗筛阳性, 老年人抑郁评分检查, 总分 | | | | |
| 生 活 方 式 | 体育锻炼 | 锻炼频率 | 1 每天 2 每周一次以上 3 偶尔 4 不锻炼 | | □ |
| | | 每次锻炼时间 | 分钟 | 坚持锻炼时间 | 年 |
| | | 锻炼方式 | | | |
| | 饮食习惯 | 1 荤素均衡 2 荤食为主 3 素食为主 4 嗜盐 5 嗜油 6 嗜糖 | | | □/□/□ |
| | 吸烟情况 | 吸烟状况 | 1 从不吸烟 2 已戒烟 3 吸烟 | | □ |
| | | 日吸烟量 | 平均 | 支 | |
| | | 开始吸烟年龄 | 岁 | 戒烟年龄 | 岁 |
| | 饮酒情况 | 饮酒频率 | 1 从不 2 偶尔 3 经常 4 每天 | | □ |
| | | 日饮酒量 | 平均 | 两 | |
| | | 是否戒酒 | 1 未戒酒 2 已戒酒, 戒酒年龄: 岁 | | □ |

表 B.1 (续)

姓名:

编号: □□□□□□□□

| | | | | | |
|-------------|-------|-------------------|----------------------------------|-----------|-----------|
| 体检日期 | | 年月日 | 责任医生 | | |
| 内容 | | 检 查 项 目 | | | |
| 生 活 方 | 饮酒情况 | 开始饮酒年龄 | 岁 | 近一年内是否曾醉酒 | 1 是 2 否 □ |
| | | 饮酒种类 | 1 白酒 2 啤酒 3 红酒 4 黄酒 5 其他 □/□/□/□ | | |
| | 职业病危害 | 1 无 2 有 (工种从业时间年) | | | □ |
| | | 放射物质 | 防护措施 | 1 无 2 有 | □ |
| | | 放射物质 | 防护措施 | 1 无 2 有 | |

| | | | | | | |
|------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|
| 式 | 因素接触史 | 物理因素 | 防护措施 | 1 无 | 2 有 | <input type="checkbox"/> |
| | | 化学物质 | 防护措施 | 1 有 | 2 有 | <input type="checkbox"/> |
| | | 其他 | 防护措施 | 1 有 | 2 有 | <input type="checkbox"/> |
| 脏 器 功 能 | 6腔 | 口唇 | 1 红润 2 苍白 3 发绀 4 皲裂 5 疱疹 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 齿列 | 1 正常 2 缺齿 3 龋齿 4 义齿(假牙) | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 咽部 | 1 无充血 2 充血 3 淋巴滤泡增生 | <input type="checkbox"/> | | |
| | 视力 | 左眼 右眼 (矫正视力: 左眼 右眼) | | | | |
| 听力 | 1 听见 2 听不清或无法听见 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 运动功能 | 1 可顺利完成 2 无法独立完成其中任何一个动作 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 查 体 | 眼底* | 1 正常 2 异常 | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 皮 肤 | 1 正常 2 潮红 3 苍白 4 发绀 5 黄染 6 色素沉着 7 其他 | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 巩 膜 | 1 正常 2 黄染 3 充血 4 其他 | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 淋巴结 | 1 未触及 2 锁骨上 3 腋窝 4 其他 | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 肺 | 桶状胸: 否 2 是 | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | 呼吸音: 正常 2 异常 | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | 罗音: 无 2 干罗音 3 湿罗音 4 其他 | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 心、脏 | 心率: _____ 次/min 心律: 1 齐 2 不齐 3 绝对不齐 | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | 杂音: 1 无 2 有 | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 腹 部 | 压痛: 1 无 2 有 | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | 包块: 1 无 2 有 | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | 肝大: 1 无 2 有 | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | 脾大: 1 无 2 有 | <input type="checkbox"/> | | | |
| 移动性浊音: 1 无 2 有 | | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 下肢水肿 | 1 无 2 单侧 3 双侧不对称 4 双侧对称 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 足背动脉搏动 | 1 未触及 2 触及双侧对称 3 触及左侧弱或消失 4 触及右侧弱或消失 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 肛门指诊* | 1 未及异常 2 触痛 3 包块 4 前列腺异常 5 其他 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 乳腺* | 1 未见异常 2 乳房切除 3 异常泌乳 4 乳腺包块 5 其他 | <input type="checkbox"/> | | | | |

表 B. 1 (续)

姓名:

编号: □□□□□□□□

| | | | |
|--------|-------------|------|--------------------------------------|
| 体检日期 | 年 月 日 | 责任医生 | |
| 内容 | 检 查 项 目 | | |
| 查 体 | 妇 科 * | 外 阴 | 1 未见异常 2 异常 <input type="checkbox"/> |
| | | 阴 道 | 1 未见异常 2 异常 <input type="checkbox"/> |
| | | 宫 颈 | 1 未见异常 2 异常 <input type="checkbox"/> |
| | | 宫 体 | 1 未见异常 2 异常 <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---------|-----------|---|--------------------------|
| | 附件 | 1 未见异常 2 异常 | <input type="checkbox"/> |
| | 其他* | | |
| 辅助检查 | 血常规 | 血红蛋白 g/L 白细胞 10 ⁹ /L 血小板 10 ⁹ /L 其他 | |
| | 尿常规 | 尿蛋白 尿糖 尿酮体 尿潜血 其他 | |
| | 空腹血糖 | mmol/L 或 mg/dL | |
| | 心电图 | 1 正常 2 异常 | <input type="checkbox"/> |
| | 尿微量白蛋白* | mg/dL | |
| | 大便潜血* | 1 阴性 2 阳性 | <input type="checkbox"/> |
| | 糖化血红蛋白* | % | |
| | 乙型肝炎表面抗原* | 1 阴性 2 阳性 | <input type="checkbox"/> |
| | 肝功能 | 血清谷丙转氨酶 U/L 血清谷草转氨酶 U/L 白蛋白* g/L 总胆红素 μmol/L 结合胆红素* μmol/L | |
| | 肾功能 | 血清肌酐 μmol/L 血尿素氮 mmol/L 血钾浓度* mmol/L 血钠浓度* mmol/L | |
| | 血脂 | 总胆固醇 mmol/L 甘油三酯 mmol/L 血清低密度脂蛋白胆固醇 mmol/L 血清高密度脂蛋白胆固醇 mmol/L | |
| | 胸部 X 线片* | 1 正常 2 异常 | <input type="checkbox"/> |
| | B 超 | 腹部 B 超 1 正常 2 异常 | <input type="checkbox"/> |
| | | 其他* 1 正常 2 异常 | <input type="checkbox"/> |
| 宫颈涂片* | 1 正常 2 异常 | <input type="checkbox"/> | |
| 其他* | | | |
| 中医体质辨识* | 平和质 | 1 是 2 基本是 | <input type="checkbox"/> |
| | 气虚质 | 1 是 2 倾向是 | <input type="checkbox"/> |
| | 阳虚质 | 1 是 2 倾向是 | <input type="checkbox"/> |
| | 阴虚质 | 1 是 2 倾向是 | <input type="checkbox"/> |

表 B.1 (续)

姓名:

编号: □□□□□□□□

| | | | |
|---------|---------|-----------|--------------------------|
| 体检日期 | 年 月 日 | 责任医生 | |
| 内容 | 检 查 项 目 | | |
| 中医体质辨识* | 痰湿质 | 1 是 2 倾向是 | <input type="checkbox"/> |
| | 湿热质 | 1 是 2 倾向是 | <input type="checkbox"/> |
| | 血瘀质 | 1 是 2 倾向是 | <input type="checkbox"/> |
| | 气郁质 | 1 是 2 倾向是 | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|------|--|--|---|
| | 特秉质 | 1 是 2 倾向是 | <input type="checkbox"/> |
| 健康评价 | 1 体检无异常 2 有异常 异常 1 异常 2 异常 3 异常 4 | | <input type="checkbox"/> |
| 健康指导 | 1 纳入慢性病患者健康管理 2 建议复查 3 建议转诊 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 危险因素控制： 1 戒烟 2 健康饮酒 3 饮食 4 锻炼 5 减体重（目标） 6 建议接种疫苗 7 其他 | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |

B. 2 健康体检表填表说明

B. 2.1 本表用于居民首次建立健康档案以及老年人、高血压、糖尿病和重性精神疾病患者等的年度健康检查。

B. 2.2 表中带有*号的项目，在为老年人健康体检时不作为免费检查项目。

B. 2.3 一般状况：

- 体质指数=体重(kg)/身高的平方(m²)。
- 老年人生活自理能力评估, 65岁及以上老年人需填写此项，详见老年人健康管理服务规范附表。
- 老年人认知功能粗筛方法:告诉被检查者“我将要说三件物品的名称(如铅笔、卡车、书),请您立刻重复”。过1mm后请其再次重复。如被检查者无法立即重复或1mm后无法完整回忆三件物品名称为粗筛阳性,需进一步行“简易智力状态检查量表”检查。
- 老年人情感状态粗筛方法:询问被检查者“你经常感到伤心或抑郁吗”或“你的情绪怎么样”。如回答“是”或“我想不是十分好”,为粗筛阳性,需进一步行“老年抑郁量表”检查。

B. 2.4 生活方式:

- 体育锻炼:指主动锻炼,即有意识地为强体健身而进行的活动。不包括因工作或其他需要而必需进行的活动,如为上班骑自行车、做强体力工作等。锻炼方式填写最常采用的具体锻炼方式。
- 吸烟情况:从不吸烟者”不必填写“日吸烟量”、“开始吸烟年龄”、“戒烟年龄”等。
- 饮酒情况:“从不饮酒者”不必填写其他有关饮酒情况项目。“日饮酒量”折合成白酒量(啤酒/10=白酒量,红酒/4=白酒量,黄酒/5=白酒量)。
- 职业暴露情况:指因患者职业原因造成的化学品、毒物或射线接触情况。如有,需填写具体化学品、毒物、射线名或填不详。
- 职业病危险因素接触史:指因患者职业原因造成的粉尘、放射物质、物理因素、化学物质的接触情况。如有,需填写具体粉尘、放射物质、物理因素、化学物质的名称或填不详。

B. 2.5 脏器功能:

- 视力:填写采用对数视力表测量后的具体数值,对佩戴眼镜者,可戴其平时所用眼镜测量矫正视力。
- 听力:在被检查者耳旁轻声耳语“你叫什么名字”注意检查时检查者的脸应在被检查者视线之外),判断被检查者听力状况。
- 运动功能:请被检查者完成以下动作:“两手摸后脑勺”、“捡起这支笔”、“从椅子上站起,走几步,转身,坐下。”判断被检查者运动功能。

B. 2.6 查体:

如有异常请在横线上具体说明，如可触及的淋巴结部位、个数；心脏杂音描述；肝脾肋下触诊大小等。建议有条件的地区开展眼底检查，特别是针对高血压或糖尿病患者：

- a) 眼底：如果有异常，具体描述异常结果。
- b) 足背动脉搏动：糖尿病患者必须进行此项检查。
- c) 乳腺：检查外观有无异常，有无异常泌乳及包块。
- d) 妇科：
 - 1) 外阴：记录发育情况及婚产式(未婚、已婚未产或经产式)，如有异常情况请具体描述。
 - 2) 阴道：记录是否通畅，黏膜情况，分泌物量、色、性状以及有无异味等。
 - 3) 宫颈：记录大小、质地、有无糜烂、撕裂、息肉、腺囊肿；有无接触性出血、举痛等。
 - 4) 宫体：记录位置、大小、质地、活动度；有无压痛等。
 - 5) 附件：记录有无肿块、增厚或压痛；若扪及肿块，记录其位置、大小、质地；表面光滑与否、活动度、有无压痛以及与子宫及盆壁关系。左右两侧分别记录。

B. 2. 7 辅助检查：

- a) 该项目根据各地实际情况及不同人群情况，有选择地开展。
- b) 尿常规中的“尿蛋白、尿糖、尿酮体、尿潜血”可以填写定性检查结果，阴性填“—”，阳性根据检查结果填写“+”、“++”、“+++”或“++++”，也可以填写定量检查结果，定量结果需写明计量单位。
- c) 大便潜血、肝功能、肾功能、胸部X射线片、B超需写明检查的部位，检查结果若有异常，请具体描述异常结果。
- d) 其他：表中列出的检查项目以外的辅助检查结果填写在“其他”一栏。

B. 2. 8 中医体质辨识：

- a) 由有条件的基层医疗卫生机构中医医务人员或经过培训的其他医务人员填写。根据不同的体质辨识，提供相应的健康指导。
- b) 体质辨识方法：依据《中医体质分类与判定》进行测评。

B. 2. 9 现存主要健康问题：指曾经出现或一直存在，并影响目前身体健康状况的疾病。可以多选。

B. 2. 10 住院治疗情况：指最近1年内的住院治疗情况。应逐项填写。日期填写年月，年份应写4位。如因慢性病急性发作或加重而住院/家庭病床，请特别说明。医疗机构名称应写全称。

B. 2. 11 主要用药情况：对长期服药的慢性病患者了解其最近1年内的主要用药情况，西药填写化学名(通用名)而非商品名，中药填写药品名称或中药汤剂，用法、用量按医生医嘱填写。用药时间指在此时间段内一共服用此药的时间，单位为年、月或天。服药依从性是指对此药的依从情况，“规律”为按医嘱服药，“间断”为未按医嘱服药，频次或数量不足，“不服药”即为医生开了处方，但患者未使用此药。

B. 2. 12 非免疫规划预防接种史：填写最近1年内接种的疫苗的名称、接种日期和接种机构。

附录 C

(资料性附录)

老年人健康管理适宜技术相关量表及资料

C. 1 简易智力状态检查表

简易智力状态检查量表见表 C. 1。

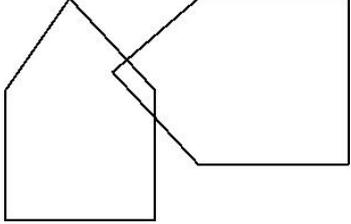
表 C. 1 简易智力状态检查量表

| 分数 | 项目 |
|----|----|
|----|----|

| | |
|------|--|
| 5() | 1. 时间定向力 问: 今天是? 哪一年: _____ (1), 季节: _____ (1), 月份: _____ (1), 日期: _____ (1), 星期几: _____ (1) |
| 5() | 2. 地点定向力 问: 我们现在在哪里? 国家: _____ (1), 城市: _____ (1), 城市的哪一部分: _____ (1), 建筑物: _____ (1), 第几层: _____ (1) |
| 3() | 3. 即刻回忆记录三个词 说: 仔细听。我要说三个词, 请在我说完以后重复。准备好了吗? 三个词是: 球 (停 1 s), 旗子 (停 1 S), 树 (停 1s)。请马上重复这三个词是什么? _____(1) _____(1) _____(1) |
| 5() | 4. 注意力与计算力 问: 从 100 减去 7, 顺序往下减, 直至我让你停止。100 减 7 等于? _____(1) 继续: _____ (1) _____ (1) _____ (1) _____ (1) |
| 3() | 5. 回忆那三个词 问: 我刚才让你记住的三个词是什么? 每个正确一分。_____(1) _____ (1) _____ (1) |
| 2() | 6. 命名 问: 这是什么? (展示铅笔) _____ (1) (展示手表) _____ (1) |
| 1() | 7. 语言重复 说: 我现在让你重复我说的话。准备好了吗? 瑞雪兆丰年 你说一遍 _____ (1) |
| 3() | 8. 理解力 说: 仔细听并按照我说的做。 左手拿着这张纸 (1), 把它对折 (1), 把它放在您的右腿上 (1) |
| 1() | 9. 阅读 说: 读下面的句子, 并按照做。(1) 闭上你的眼睛 |

表 C.1 (续)

| 分数 | 项目 |
|------|---------------------------|
| 1() | 10. 写 说: 写一个句子。 (1) |

| | |
|---|--|
| <p>1 ()</p> | <p>11. 画 画 说：照 下图画</p>  |
| <p>总分： _____</p> | |
| <p>注 1 :总分范围为 0~30 分，正常与不正常的分界值与受教育程度有关，划分痴呆标准:文盲(未受教育) ≤17 分；小学程度(受教育年限 ≤6 年) ≤20 分；中学(包括中专)程度 ≤22 分大学(包括大专)程度 ≤23 分。</p> <p>注 2:项目 1 日期和星期差一天可算正确。</p> <p>注 3:项目 3 即刻回忆只许主试者讲 1 遍；不要求受试者按物品次序回答。为第 5 题“回忆”做准备，可让受试者 重复学习最多 5 次。</p> <p>注 4:项目 4 不能用笔算。若 1 项算错，则扣该项的分；若后 1 项正确，则得该项的分。如 $100 - 7 = 93$ (正确，得分)，$93 - 7 = 88$ (应为 86，不正确，不得分)。但如从 $88 - 7 = 81$ (正确，得分)。</p> <p>注 5:项目 7 只许说一遍，只有正确、咬字清楚才记 1 分。</p> <p>注 6:项目 8 操作要求次序正确。</p> <p>注 7:项目 10 句子必须有主语、谓语，且有意义。</p> <p>注 8:项目 11 只有绘出两个五边形的图案，交叉处形成 1 个小四边形，才算对，计 1 分。</p> | |

C.2 老年抑郁量表

老年抑郁量表见表 C.2。

表 C.2 老年抑郁量表

| 选择过去一周内最适合你的答案 | | |
|--|----|----|
| 1. 你对你的生活基本满意吗? | 是口 | 否口 |
| 2. 你是否丧失了很多你的兴趣和爱好? | 是口 | 否○ |
| 3. 你感到生活很空虚吗? | 是口 | 否口 |
| 4 你经常感到很无聊吗? | 是口 | 否○ |
| 5. 你对未来充满希望吗? | 是口 | 否○ |
| 6. 你是否感到烦恼无法摆脱头脑中的想法? | 是口 | 否口 |
| 7. 大部分时间你都精神抖擞吗? | 是口 | 否口 |
| 8. 你是否觉得有什么不好的事情要发生而感到很害怕? | 是口 | 否口 |
| 9. 大部分时间你都觉得快乐吗? | 是口 | 否口 |
| 10. 你经常感到无助吗? | 是口 | 否口 |
| 11. 你是否经常感到不安宁或坐立不安? | 是口 | 否口 |
| 12. 你是否宁愿待在家里而不愿出去干新鲜事? | 是口 | 否口 |
| 13. 你是否经常担心未来? | 是口 | 否口 |
| 14. 你是否觉得你的记忆力有问题? | 是口 | 否口 |
| 15. 你是否觉得现在活着很精彩? | 是口 | 否口 |
| 16. 你是否经常感到垂头丧气无精打采? | 是口 | 否口 |
| 17. 你是否感到你现在很没用? | 是口 | 否口 |
| 18. 你是否为过去的事担心很多? | 是口 | 否口 |
| 19. 你觉得生活很兴奋吗? | 是口 | 否口 |
| 20. 你是否觉得学习新鲜事物很困难吗? | 是口 | 否口 |
| 21. 你觉得精力充沛吗? | 是口 | 否口 |
| 22. 你觉得你的现状是毫无希望的吗? | 是口 | 否口 |
| 23. 你是否觉得大部分人都比你活得好? | 是口 | 否口 |
| 24 你是否经常把小事情都弄得很糟糕? | 是口 | 否口 |
| 25. 你经常有想哭的感觉吗? | 是口 | 否口 |
| 26. 你对集中注意力有困难吗? | 是口 | 否口 |
| 27. 你喜欢每天早晨起床的感觉吗? | 是口 | 否口 |
| 28. 你是否宁愿不参加社交活动? | 是口 | 否口 |
| 29. 你做决定容易吗? | 是口 | 否口 |
| 30. 你的头脑还和以前一样清楚吗? | 是口 | 否口 |
| 注: 每个提示抑郁的回答得一分(问题 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 和 30 回答“否”, 其他问题回答“是”提示抑郁可能) 大于或等于 15 分, 提示老年抑郁可能, 转上级医院精神心理科处理。 | | |

C.3 老年人生活自理能力评估表

老年人生活自理能力评估表为自评表，根据5个方面进行评估，将各方面判断评分汇总后，0分~3分者为可自理；4分~8分者为轻度依赖；9分~18分者为中度依赖；≥19分者为不能自理。见表C.3。

表C.3 老年人生活自理能力评估表

| 评估事项、内容与评分 | 程度等级 | | | | 判断评分 |
|------------------------------|---------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------|------|
| | 可自理 | 轻度依赖 | 中度依赖 | 不能自理 | |
| 进餐：使用餐具将饭菜送入口、咀嚼、吞咽等活动 评分 | 独立完成 0 | — 0 | 需要协助，如切碎、搅拌食物等 3 | 完全需要帮助 5 | |
| 梳洗：梳头、洗脸、刷牙、剃须、洗澡等活动 评分 | 独立完成 0 | 能独立地洗梳头、洗脸、刷牙、剃须等；洗澡需要协助 1 | 在协助下和适当的时间内，能完成部分梳洗活动 3 | 完全需要帮助 7 | |
| 穿衣：穿衣裤、袜子、鞋子等活动 评分 | 独立完成 0 | — 0 | 需要协助，在适当的时间内完成部分穿衣 3 | 完全需要帮助 5 | |
| 如厕：小便、大便等活动及自控 评分 | 不需协助，可自控 0 | 偶尔失禁，但基本上能如厕使用便具 1 | 经常失禁，在很多时候提示和协助下尚能如厕或使用便具 5 | 完全失禁，完全需要帮助 10 | |
| 活动：站立、室内行走、上下楼梯、户外活动 评分 | 独立完成所有活动 0 | 借助较小的外力或辅助装置能完成站立、行走、上下楼梯等 1 | 借助较大的外力才能完成站立、行走，不能上下楼梯 5 | 卧床不起，活动完全需要帮助 10 | |
| 总得分 | | | | | |

C.4 心脏杂音分级

心脏杂音分级见表C.4。

表 C. 4 心脏杂音分级

| 级别 | 响度 | 听诊特点 |
|----|----|------------------------|
| 1 | 最轻 | 很弱，需在安静环境下仔细听诊才能听见 |
| 2 | 轻度 | 弱，但较易听见 |
| 3 | 中度 | 较响亮，容易听见，但无震颤 |
| 4 | 响亮 | 响亮，有震颤 |
| 5 | 很响 | 很响亮，向四周传导，但听诊器离开胸壁则听不到 |
| 6 | 最响 | 震耳，听诊器距胸壁一定距离也能听见 |

c. 5 常见戒烟戒断症状

常见戒烟戒断症状见表 C. 5。

表 C. 5 常见戒烟“戒断症状”

| |
|-----------------------------------|
| 头晕、头痛： |
| 口干，甚至发生溃疡： |
| 咳嗽、多痰： |
| 胃肠道功能紊乱。 |
| 注：戒断症状在戒烟后最初几周内出现，多在第一周最重，但很快会消失。 |

C. 6 烟瘾程度问卷

烟瘾程度问卷见表 C. 6。

表 C. 6 烟瘾程度问卷

| 问题 | 答案分数 | | | |
|--|--------|-------------|--------------|--------|
| | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 1. 你早上醒来多久才会吸第一口烟？ | 5min 内 | 6min ~30min | 31min ~60min | >60min |
| 2. 你是否感到在不准吸烟的地方克制吸烟是非常困难的？ | — | — | 是 | 否 |
| 3. 你最不愿意放弃在何时吸烟？ | — | — | 早晨第一口 | 其他所有时间 |
| 4 你每天吸多少支烟？ | ≥31 支 | 21 支~30 支 | 11 支~20 支 | ≤10 支 |
| 5. 你是否早上起来的 1 h 内所吸的烟比其他时间更密？ | — | — | 是 | 否 |
| 6. 当你生病卧床时，你是否会吸烟？ | — | — | 是 | 否 |
| 注：按总分判断烟瘾程度：0 分~2 分为极轻；3 分~4 分为较轻；5 分为普通；6 分~7 分为较重；≥8 分为极重。 | | | | |

C.7 推荐的每日能量供给量

推荐的每日能量供给量见表 C.7。

表 C.7 推荐的每日能量供给量

| 年龄 岁 | 体力活动量 | 男 kj(kcal) | 女 kj(kcal) |
|---------|-------|---------------|---------------|
| 18 ~49 | 轻 | 10 080(2 400) | 8 820(2 100) |
| | 中 | 11 340(2 700) | 9 660(2 300) |
| | 重 | 13 440(3 200) | 11 340(2 700) |
| 50 ~59 | 轻 | 9 660(2 300) | 7 980(1 900) |
| | 中 | 10 920(2 600) | 8 400(2 000) |
| | 重 | 13 020(3 100) | 9 240(2 200) |
| 60 ~69 | 轻 | 7 980(1 900) | 7 560(1 800) |
| | 中 | 9 240(2 200) | 8 400(2 000) |
| 70 及以上 | 轻 | 7 980(1 900) | 7 140(1 700) |
| | 中 | 8 820(2 100) | 7 980(1 900) |

C. 8 如何估测冠心病 10 年患病风险

C. 8.1 将每项危险因素分值相加

危险因素评分表见表 C. 8。

表 C. 8 危险因素评分表

| 危险因素 | | 男性 | | | | | 女性 | | | | |
|--|--------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 年龄 | 20 ~34 | -9 | | | | | -7 | | | | |
| | 35 ~39 | -4 | | | | | -3 | | | | |
| | 40 ~44 | 0 | | | | | 0 | | | | |
| | 45 ~49 | 3 | | | | | 3 | | | | |
| | 50 ~54 | 6 | | | | | 6 | | | | |
| | 55 ~59 | 8 | | | | | 8 | | | | |
| | 60 ~64 | 11 | | | | | 10 | | | | |
| | 65 ~69 | 12 | | | | | 12 | | | | |
| | 70 ~74 | 13 | | | | | 14 | | | | |
| | 75 ~79 | 14 | | | | | 16 | | | | |
| 总胆固醇 (CHO) ^a | | 年龄 20 ~39 | 年龄 40 ~49 | 年龄 50 ~59 | 年龄 60 ~69 | 年龄 70 ~79 | 年龄 20 ~39 | 年龄 40 ~49 | 年龄 50 ~59 | 年龄 60 ~69 | 年龄 70 ~79 |
| <160 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 160~199 | | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 |
| 200~239 | | 7 | 5 | 3 | 1 | 0 | 8 | 6 | 4 | 2 | 1 |
| 240~279 | | 9 | 6 | 4 | 2 | 1 | 11 | 8 | 5 | 3 | 2 |
| >280 | | 11 | 8 | 5 | 3 | 1 | 13 | 10 | 7 | 4 | 2 |
| 吸烟者 | | 年龄 20 ~39 | 年龄 40 ~49 | 年龄 50 ~59 | 年龄 60 ~69 | 年龄 70 ~79 | 年龄 20 ~39 | 年龄 40 ~49 | 年龄 50 ~59 | 年龄 60 ~69 | 年龄 70 ~79 |
| 否 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 是 | | 8 | 5 | 3 | 1 | 1 | 9 | 7 | 4 | 2 | 1 |
| 高密度脂蛋白 (HDL-C) ^a | ≥60 | -1 | | | | | -1 | | | | |
| | 50~59 | 0 | | | | | 0 | | | | |
| | 40~49 | 1 | | | | | 1 | | | | |
| | <40 | 0 | | | | | 0 | | | | |
| 收缩压 | | 未治疗 | | | 治疗 | | 未治疗 | | | 治疗 | |
| <120 | | 0 | | | 0 | | 0 | | | 0 | |
| 120129 | | 0 | | | 1 | | 1 | | | 3 | |
| 130139 | | 1 | | | 2 | | 2 | | | 4 | |
| 140159 | | 1 | | | 2 | | 3 | | | 5 | |
| ≥160 | | 2 | | | 3 | | 4 | | | 3 | |
| 得分_____ | | | | | | | | | | | |
| 表中胆固醇和高密度脂蛋白单位为 mg/dL, 与 mmol/L 的换算公式为: 1mmol/LX38.7 = 1mg/dL。 | | | | | | | | | | | |

C. 8. 2 根据总分查患病几率，预测 10 年心血管病患病几率

不同分值不同性别的心血管患病几率表见表 C. 9。

表 C. 9 不同分值不同性别的心血管患病几率表

| 总分 | 男性患病几率 % | 总分 | 女性患病几率 % |
|------|-------------|-----|-------------|
| <0 | <1 | <9 | <1 |
| 0 | 1 | 9 | 1 |
| 1 | 1 | 10 | 1 |
| 2 | 1 | 11 | 1 |
| 3 | 1 | 12 | 1 |
| 4 | 1 | 13 | 2 |
| 5 | 2 | 14 | 2 |
| 6 | 2 | 15 | 3 |
| 7 | 3 | 16 | 4 |
| 8 | 4 | 17 | 5 |
| 9 | 5 | 18 | 6 |
| 10 | 6 | 19 | 8 |
| 11 | 8 | 20 | 11 |
| 12 | 10 | 21 | 14 |
| 13 | 12 | 22 | 17 |
| 14 | 16 | 23 | 22 |
| 15 | 20 | 24 | 27 |
| 16 | 25 | >25 | >30 |
| 17 | >30 | | |
| 患病概率 | | | |

附录 D

(资料性附录)

老年人健康管理危险因素干预

D. 1 危险因素干预目标和建议

危险因素干预目标和建议见表 D. 1。

表 D.1 危险因素干预目标和建议

| 干预措施 | 目标 | 建议 |
|-------|--|---|
| 吸烟 | 戒烟 | 见 4.4.4 |
| 高血压管理 | 血压 < 140/90 mmHg; 有糖尿病、慢性肾病者 < 130/80 mmHg | 生活方式干预; 规律降压治疗 |
| 饮食 | 健康饮食结构 | 见 4.4.2 |
| 阿司匹林 | 对心血管病高危人群 (≥2 个危险因素) 推荐服用小剂量阿司匹林 (100mg/d) | 阿司匹林过敏、消化性溃疡活动性出血、眼底出血、其他出血性疾病者禁用; 既往脑出血、消化性溃疡等病史者慎用; 向患者说明服用阿司匹林可能会增加出血的风险, 但有循证证据说明获益 > 风险 |
| 血脂管理 | 见表 D.2 | — |
| 运动 | 每天 30min 以上中等强度体育活动 | 运动应循序渐进, 量力而行; 适宜的运动有快走、慢跑、跳舞、太极拳等; 适宜的运动强度可用运动时心率评价, 健康人运动时的适宜心率可参考下面的公式来推算: 运动时的适宜心率 = 170 - 年龄 |
| 体重管理 | BMI < 28; 男性腰围 < 85cm, 女性腰围 < 80cm | 见 4.4.5 |
| 糖尿病管理 | 空腹血糖 < 7mmol/L | 饮食控制; 生活方式干预; 规律用药; 监测血糖 |

D.2 血脂管理目标

血脂管理目标见表 D.2。

表 D.2 血脂管理目标

| 人群 | 目标 | | | |
|---------------|------------|------------------------------|------------|------------|
| | LDL-C | HDL-C | Non-HDL-C | TG |
| ≤1 个危险因素 | <160 mg/dL | 男性: >40mg/dL 女性: >50mg/dL | <130 mg/dL | <150 mg/dL |
| ≥2 个危险因素 | <130 mg/dL | | <160 mg/dL | |
| ≥2 个危险因素或有糖尿病 | <100 mg/dL | | <190 mg/dL | |

注: LDL-C: 低密度脂蛋白胆固醇, HDL-C: 高密度脂蛋白胆固醇, Non-HDL-C: 非高密度脂蛋白胆固醇 = 总胆固醇 - 高密度脂蛋白胆固醇, TG: 甘油三酯。

附录 E

(资料性附录)

骨质疏松相关知识与建议

D.1 常见引起骨质疏松的疾病和药物

常见引起骨质疏松的疾病和药物见表 E.1。

表 E.1 常见引起骨质疏松的疾病和药物

| 疾病 | 药物 |
|-----------|-------|
| 甲状旁腺功能亢进 | 糖皮质激素 |
| 库欣综合征 | 肝素 |
| 甲状腺功能亢进 | 抗惊厥药 |
| 1 型糖尿病 | 免疫抑制剂 |
| 泌乳素瘤 | 长效孕激素 |
| 性腺功能减退 | 他莫昔芬 |
| 严重肝病 | — |
| 淋巴瘤 | — |
| 多发性骨髓瘤 | — |
| 类风湿关节炎 | — |
| 慢性阻塞性肺疾病 | — |
| 慢性吸收不良综合征 | — |

E.2 骨质疏松预防

骨质疏松预防见表 E.2。

表 E.2 骨质疏松预防

| 措施 | 建议 |
|---|------------------------------------|
| 补充钙质 <small>推荐摄入量 1000 mg/d，绝经后妇女为 1500 mg/d</small> | 低脂饮食，多吃奶制品、鱼肉和新鲜蔬菜，必要时补充制剂（钙片或冲剂等） |
| <small>维生素 D 推荐 400 IU/d，800 IU/d</small> | — |
| 锻炼 <small>推荐每日负重锻炼 30 min</small> | 负重锻炼如跑步、跳舞、爬楼、打球等（游泳、骑自行车等不属于负重锻炼） |
| 戒酒 | 见 4.4.3 |
| 戒烟 | 见 4.4.4 |
| 安全的家庭环境 防止摔倒 | 扶手，浴室有防滑措施，卧室有夜灯等 使用拐杖、助步器等 |

第四节 高血压患者健康管理

一、服务对象

辖区内 35 岁及以上原发性高血压患者。

二、服务内容

（一）筛查

1. 对辖区内 35 岁及以上常住居民，每年在其第一次到乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）就诊时为其测量血压。

2. 对第一次发现收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 的居民在去除可能引起血压升高的因素后预约其复查，非同日 3 次血压高于正常，可初步诊断为高血压。如有必要，建议转诊到上级医院确诊，2 周内随访转诊结果，对已确诊的原发性高血压患者纳入高血压患者健康管理。对可疑继发性高血压患者，及时转诊。

3. 建议高危人群每半年至少测量 1 次血压，并接受医务人员的生活方式指导。

（二）随访评估

对原发性高血压患者，每年要提供至少 4 次面对面的随访。

（1）测量血压并评估是否存在危急情况，如出现收缩压 $\geq 180\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$ ；意识改变、剧烈头痛或头晕、恶心呕吐、视力模糊、眼痛、心悸、胸闷、喘憋不能平卧及处于妊娠期或哺乳期同时血压高于正常等危急情况之一，或存在不能处理的其他疾病时，须在处理后紧急转诊。对于紧急转诊者，乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）应在 2 周内主动随访转诊情况。

（2）若不需紧急转诊，询问上次随访到此次随访期间的症状。

（3）测量体重、心率，计算体质指数（BMI）。

（4）询问患者疾病情况和生活方式，包括心脑血管疾病、糖尿病、吸烟、饮酒、运动、摄盐情况等。

（5）了解患者服药情况。

（三）分类干预

（1）对血压控制满意（收缩压 < 140 且舒张压 $< 90\text{mmHg}$ ）、无药物不良反应、

无新发并发症或原有并发症无加重的患者，预约进行下一次随访时间。

(2) 对第一次出现血压控制不满意，即收缩压 ≥ 140 mmHg 和（或）舒张压 ≥ 90 mmHg，或出现药物不良反应的患者，结合其服药依从性，必要时增加现用药物剂量、更换或增加不同类的降压药物，2周内随访。

(3) 对连续两次出现血压控制不满意或药物不良反应难以控制以及出现新的并发症或原有并发症加重的患者，建议其转诊到上级医院，2周内主动随访转诊情况。

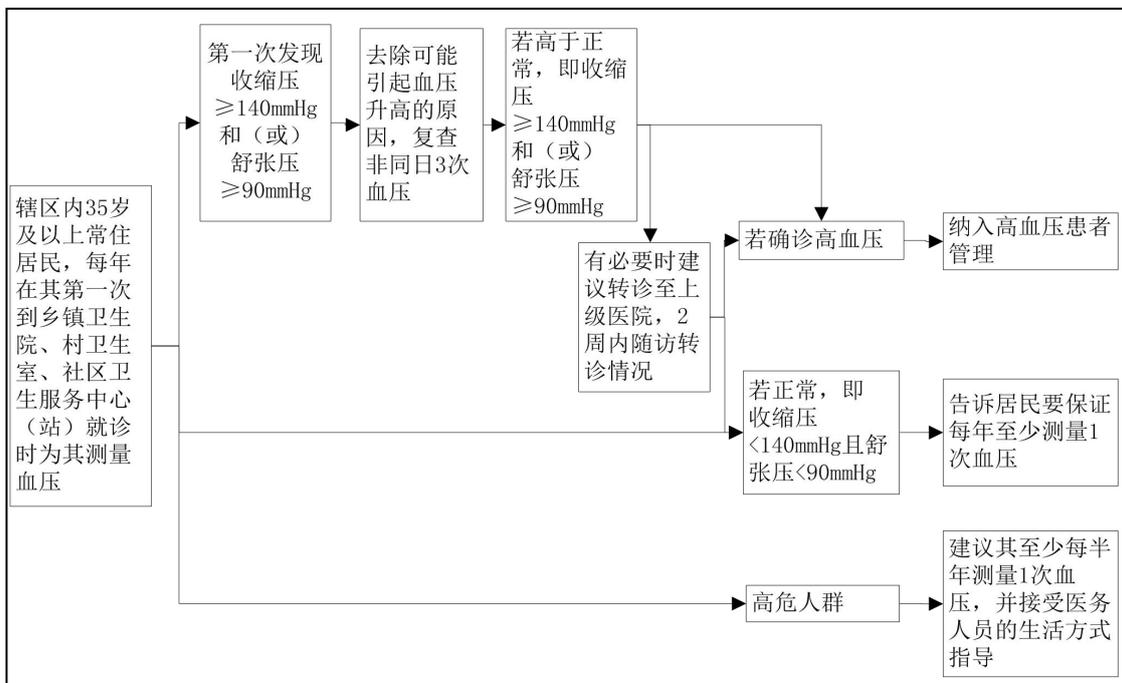
(4) 对所有的患者进行有针对性的健康教育，与患者一起制定生活方式改进目标并在下一次随访时评估进展。告诉患者出现哪些异常时应立即就诊。

(四) 健康体检

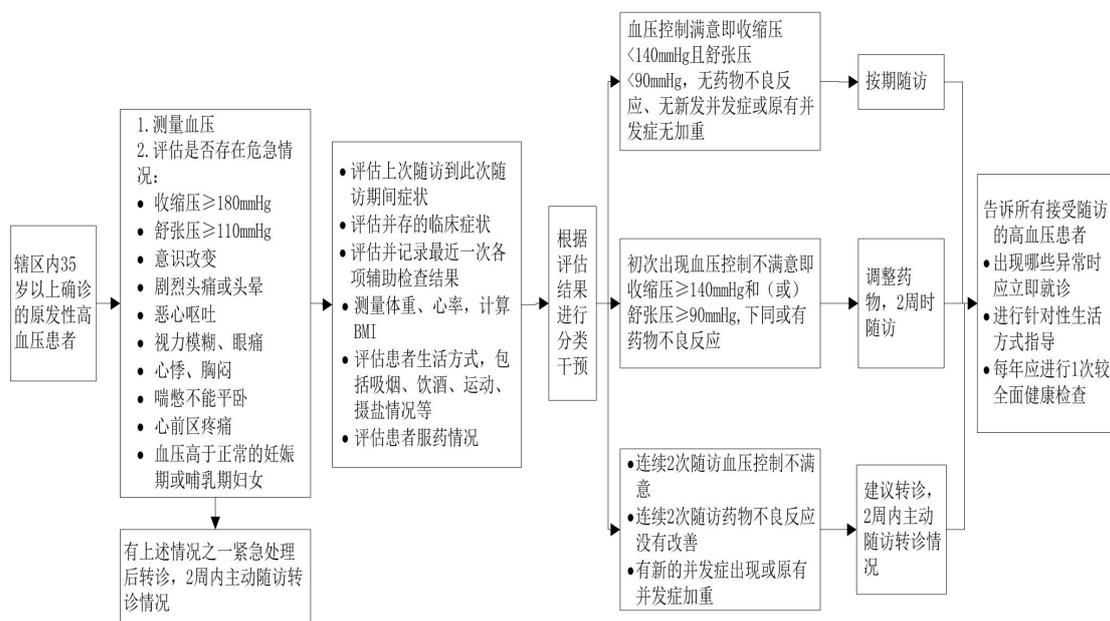
对原发性高血压患者，每年进行1次较全面的健康检查，可与随访相结合。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行粗略判断。具体内容参照《城乡居民健康健康档案管理规范》健康体检表。

三、服务流程

(一) 高血压筛查流程图



(二) 高血压患者随访流程图



四、服务要求

(一) 高血压患者的健康管理由医生负责, 应与门诊服务相结合, 对未能按照管理要求接受随访的患者, 乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心(站)医务人员应主动与患者联系, 保证管理的连续性。

(二) 随访包括预约患者到门诊就诊、电话追踪和家庭访视等方式。

(三) 乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心(站)可通过本地区社区卫生诊断和门诊服务等途径筛查和发现高血压患者。有条件的地区, 对人员进行规范培训后, 可参考《中国高血压防治指南》对高血压患者进行健康管理。

(四) 发挥中医药在改善临床症状、提高生活质量、防治并发症中的特色和作用, 积极应用中医药方法开展高血压患者健康管理服务。

(五) 加强宣传, 告知服务内容, 使更多的患者和居民愿意接受服务。

(六) 每次提供服务后及时将相关信息记入患者的健康档案。

五、考核指标

(一) 高血压患者健康管理率=年内已管理高血压人数/年内辖区内高血压患者总人数 $\times 100\%$ 。

注: 辖区高血压患病总人数估算: 辖区常住成年人口总数 \times 成年人高血压患

病率（通过当地流行病学调查、社区卫生诊断获得或是选用本省（区、市）或全国近期高血压患病率指标）。

（二）高血压患者规范管理率=按照规范要求进行高血压患者管理的人数/年内管理高血压患者人数×100%。

（三）管理人群血压控制率=最近一次随访血压达标人数/已管理的高血压人数×100%。

六、相关知识

（一）高血压的诊断

在未用抗高血压药的情况下，非同日三次测量，收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ，可诊断为高血压。患者既往有高血压史，目前正在服用抗高血压药，血压虽低于 $140/90\text{mmHg}$ ，也应诊断为高血压。收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 而舒张压 $< 90\text{mmHg}$ 为单纯收缩期高血压，收缩压 $< 140\text{mmHg}$ 而舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 为舒张期高血压。

（二）继发性高血压

包括肾脏病、肾动脉狭窄、原发性醛固酮增多症、嗜铬细胞瘤、皮质醇增多症、大动脉疾病、睡眠呼吸暂停综合症、药物引起的高血压等。

以下情况应警惕继发性高血压的可能，应及时转上级医院进一步检查确诊：

1. 发病年龄小于 30 岁。
2. 重度高血压（高血压 3 级以上）。
3. 血压升高伴肢体肌无力，常呈周期性发作，或伴自发性低血钾。
4. 夜尿增多，血尿、泡沫或有肾脏疾病史。
5. 阵发性高血压，发作时伴头痛、心悸、皮肤苍白及多汗等。
6. 下肢血压明显低于上肢，双侧上肢血压相差 20mmHg 以上，股动脉等搏动减弱或不能触及。
7. 夜间睡眠时打鼾并出现呼吸暂停。
8. 长期口服避孕药。
9. 降压效果差，不易控制。

（三）高血压的危险因素

高血压的发生与不良生活方式有关，比较明确的是超重/肥胖或腹型肥胖，

高盐饮食，长期过量饮酒，长期精神过度紧张。以上为可改变的危险因素，而性别、年龄和家族史是不可改变的危险因素。

(四) 18 岁以上成人血压按不同水平定义和分级 (表 4-1-1)

表 4-1-1 18 岁以上成人血压按不同水平定义和分级

| 级别 | 收缩压 | / | 舒张压 |
|-------------|---------|-----|---------|
| 正常血压 | <120 | 和 | <80 |
| 正常高值 | 120-139 | 和/或 | 80-89 |
| 高血压 | ≥140 | 和/或 | ≥90 |
| 1 级高血压 (轻度) | 140-159 | 和/或 | 90-99 |
| 2 级高血压 (中度) | 160-179 | 和/或 | 100-109 |
| 3 级高血压 (重度) | ≥180 | 和/或 | ≥110 |
| 单纯收缩期高血压 | ≥140 | 和 | <90 |

(五) 高血压的预防

1. 针对高血压危险因素开展健康教育、创建支持性环境、改变不良行为和生活方式，防止高血压发生。

2. 对易发生高血压的危险人群，实施高血压危险因素控制，以及高血压的早期发现、早期诊断、早期治疗。高血压是可以预防的，对血压 130-139/85-89mmHg、超重/肥胖、长期高盐饮食、过量饮酒者进行重点干预，积极控制相关危险因素，预防高血压的发生。

3. 对高血压患者，包括定期随访和测量血压。积极治疗高血压 (药物治疗与非药物治疗并举)，努力使血压达标，减缓靶器官损害，预防心脑血管并发症的发生，降低致残率及死亡率。

(六) 高血压非药物治疗目标及措施 (表 4-1-2)

表 4-1-2 高血压非药物治疗目标及措施

| 内容 | 目标 | 措施 |
|--------|-----------------|--|
| 减少钠盐摄入 | 每人每日食盐量逐步降低至 6g | 1. 日常生活中食盐主要来源为烹调用盐以及腌制、卤制、泡制的食品，应尽量少用上述高盐食品 2. 建议在烹饪时尽可能用量具称量加用的食盐量，如盐勺，普通啤酒瓶盖去掉胶皮垫后水平 |

| | | |
|------|---|---|
| | | <p>装满可盛 6g 食盐</p> <ol style="list-style-type: none"> 用替代产品，如代用盐、食醋等 宣传高盐饮食的危害，高盐饮食易患高血压 |
| 合理膳食 | 减少膳食脂肪 | <ol style="list-style-type: none"> 总脂肪占总热量<30%，饱和脂肪<10%，每日食用油<25g;每日瘦肉类 50-100g 新鲜蔬菜每日 400-500g，水果 100g 蛋类每周 3-4 个，奶类每日 250g，少吃糖类和甜食 |
| 规律运动 | <p>强度：中等量</p> <p>频次：每周 3~5 次</p> <p>持续时间：每次持续 30 分钟左右</p> | <ol style="list-style-type: none"> 运动形式可根据自己的爱好灵活选择 步行、快走、慢跑、游泳、气功、太极拳等项目均可 运动的强度可通过心率来反映，运动时的上限心率=170-年龄 对象为没有严重心血管病的患者 应注意量力而行，循序渐进 |
| 控制体重 | <p>BMI (kg/m²)<24</p> <p>腰围：男性 <90cm 女性 <85cm</p> | <ol style="list-style-type: none"> 减少由油脂性食物摄入，不吃肥肉及动物内脏 减少总的食物摄入量 增加新鲜蔬菜和水果的摄入 增加足够的活动量，至少保证每天摄入能量与消耗能量的平衡 肥胖者若非药物治疗效果不理想，可考虑辅助用减肥药物 宣传肥胖的危害，肥胖者易患高血压和糖尿病 |
| 戒烟 | <p>坚决放弃吸烟，提倡科学戒烟</p> | <ol style="list-style-type: none"> 宣传吸烟危害，吸烟有害健康，让患者产生戒烟愿望 采取突然戒烟法，一次性完全戒烟；对烟瘾大者逐步减少吸烟量 戒断症状明显的可用尼古丁贴片或按非他酮 避免吸二手烟 |

| | | |
|------|--|--|
| | | <p>5. 告诫患者克服依赖吸烟的心理及惧怕戒烟不被理解的心理</p> <p>6. 家人及周围同事应给予理解、关心和支持</p> <p>7. 采用放松、运动锻炼等方法改变生活方式，辅助防治复吸</p> |
| 限量饮酒 | <p>不饮酒，如饮酒则少量：白酒<50ml/d、葡萄酒<100ml/d、啤酒<250ml/d。</p> | <p>1. 宣传过量饮酒的危害，过量饮酒易患高血压，如饮酒，则少量</p> <p>2. 不提倡高血压患者饮酒，鼓励限酒或戒酒</p> <p>3. 酗酒者逐渐减量，酒瘾严重者，可借助药物戒酒</p> <p>4. 家庭成员应帮助患者解除心理症结，使之感受到家庭的温暖</p> <p>5. 成立各种戒酒协会，进行自我教育及相互约束</p> |
| 心理平衡 | <p>减轻精神压力，保持平衡心理</p> | <p>保持乐观情绪、减轻心理负担、克服多疑心理、纠正不良性格、抵御不良社会因素、进行心理咨询、音乐疗法及自律训练或气功等。</p> |

（七）降压药物治疗原则

已有证据说明降压药物治疗可以有效地降低心血管疾病的发病率和死亡率，防止卒中、冠心病、心力衰竭和肾病的发生和发展。降压药的共同作用为降低血压，不同类别降压药可能有降压以外作用的差别，这些差别是在不同病人选用药物时的主要参考。从当前的认识，高血压时的降低血压应采取以下原则：

1. 采用较小的有效剂量以获得可能有的疗效而使不良反应最小，如有效而不满意，可逐步增加剂量以获得最佳疗效

2. 为了有效地防止靶器官损害，要求每天 24 小时内血压稳定于目标范围内，如此可以防止从夜间较低血压到清晨血压突然升高而致猝死、卒中或心脏病发作。要达到此目的，最好使用一天一次给药而有持续 24 小时作用的药物。其标志之一是降压谷峰比值>50%，此类药物还可增加治疗的依从性。

3. 为使降压效果增大而不增加不良反应，用低剂量单药治疗疗效不满意的可以采用两种或多种降压药物联合治疗。事实上，2 级以上高血压为达到目标血压

常需降压药联合治疗。

（八）降压治疗的策略

大多数慢性高血压病人应该在几周内逐渐降低血压至目标水平，这样对远期事件的减低有益。

推荐应用长作用制剂，其作用可长达 24 小时，每日服用一次，这样可以减少血压的波动、降低主要心血管事件的发生危险和防治靶器官损害，并提高用药的依从性。强调长期有规律的抗高血压治疗，达到有效、平稳、长期控制的要求。

根据基线血压水平、有无靶器官损害和危险因素，选用单药治疗或联合治疗：

1. 单药治疗：起始时用低剂量单药，如血压不能达标，增加剂量至足量或换用低剂量的另一种药物，如仍不能使血压达标，则将后一种药物用至足量，或改用联合药物治疗。起始用低剂量单药的优点是了解病人对各种药物的疗效和耐受性的反应，但需要时间。

2. 联合治疗：起始即联合应用低剂量两种药物，如血压不能达标，可将其中药物的剂量增至足量，或添加低剂量第三种药物，如血压仍不能达标，将三种药物的剂量调至有效剂量。联合用药的目的是希望有药物协同治疗作用而相互抵消不良作用，固定的复方制剂虽不能调整个别药物的剂量，但使用方便有利于提高治疗依从性。

大多数高血压病人（但不是所有病人）都应该在几周之内逐渐将血压降至目标水平。

为了达到以上目标，大部分病人需要服用一种以上的降压药。

根据基线血压水平以及有无并发症，高血压在起始治疗时采用低剂量的单一用药或两种药物的低剂量联合治疗是合理的。

（九）降压治疗的选择

降压治疗的收益主要来自降压本身，要了解各类降压药在安全性保证下的降压能力。

不同类别降压药除降低血压外，有不同的其他作用。同一类药物有其共同的作用，即类作用，同一类药的各药物之间作用有不同，即个体作用。对于不同病人药物的疗效或耐受性会有差别。正是药物的不同作用为针对不同临床情况的病人的选用提供了依据。

五类主要降压药，即利尿剂、 β 阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）、血管紧张素受体拮抗剂（ARB）、钙拮抗剂，都可以作为降压治疗的起始用药和维持用药。

降压药的选用应根据治疗对象的个体状况，药物的作用、代谢、不良反应和药物相互作用，参考以下各点做出决定。

- ~对象有否其他心血管病危险因素
- ~对象有否靶器官损害、心血管疾病、肾病、糖尿病
- ~对象有否受降压药影响的其他疾病
- ~与治疗其他并存疾病的药物之间有无相互作用
- ~选用的药物是否有减少心血管病发病率和死亡率的证据及其力度

（十）降压药的选择

有证据表明：同一类别的不同种类的药物作用有所不同，对某些特殊群体的病人的疗效也有差异。药物不良反应不尽相同，个体差异明显。

利尿剂、 β -阻滞剂、钙拮抗剂、ACE抑制剂和血管紧张素受体拮抗剂及低剂量复方制剂是几种主要的降压药物，均可以作为降压治疗的初始用药和维持用药。

强调首选某种药物进行降压的观念已经过时，因为大多数病人都是应用两种或更多的药物来使血压达到目标水平的。

（十一）血压的测量

1. 测量仪器：标准汞柱式血压计（以每小格 2mmHg 为单位），刻度范围 0~300mmHg。血压计包括：听诊器、袖带（橡皮气囊）、橡皮球。

2. 测量要求：

- （1）测量应在安静温暖的房间中进行，理想的室内温度在摄氏 21 度左右。
- （2）被测者测量前 1 小时内应避免剧烈的运动或锻炼以及进食、喝饮料（水除外），特别是含咖啡因的饮料，例如茶、咖啡；避免长时间暴露于过高或过低的温度下，不要服用影响血压的药物等。测量前 30 分钟应停止吸烟，精神放松，排空膀胱，安静休息 5 分钟。

（3）测量时被测者应精神放松，避免用力，说话和移动。

3. 测量步骤：

- （1）将血压计平放在适当高度的桌上，打开血压计。

(2) 被测者坐在调查员右侧对面，右侧手臂平置在桌上，肘窝与心脏等高，双脚平置不交叉。（右侧手臂有疾患的换用左侧手臂进行测量）

(3) 袖带的捆绑：将袖带中心放在肱动脉上，调整袖带使之位于肘窝 2~3 厘米以上，绑紧袖带，松紧以能放入两指尖为宜。

(4) 按以下步骤确定最大充气压：

- ① 找到腕部桡动脉脉搏，将手指放在脉搏处；
- ② 关紧充气囊的旋钮；
- ③ 中度加力挤压充气囊，快速充气到 70mmHg，以后每次增加 10mmHg；
- ④ 脉搏消失时读血压计读数，这是脉搏消失压；
- ⑤ 再充气 10mmHg，继续感觉脉搏；
- ⑥ 缓慢放气至感觉到脉搏，读数，此时读数应与脉搏消失时的读数相同；
- ⑦ 打开旋钮彻底将橡皮气囊放空；
- ⑧ 最大充气压为估计的收缩压值+30mmHg。

(5) 等待 30 秒，这是任何两次充气都必须的间隙时间。

(6) 正确置听诊器听诊头入两耳（听诊器听头朝前下），触摸肱动脉，将听诊器置于肱动脉上，关紧血压计旋钮，中等力量充气至估计最大充气压。

(7) 确定收缩压和舒张压：缓慢放松旋钮，以小于 2mmHg/秒速度放气，一边听 Korotkoff 音一边注视血压读数，分别在 Korotkoff I 期和 V 期上限记录收缩压和舒张压值。

(8) 将气囊连接管与血压计脱离，使气囊充分放气。

(9) 被测者休息 30 秒，适当抬高手臂。

(10) 将气囊连接管与血压计连接，再次测量血压，记录血压值。

(11) 当两次血压测量时收缩压或舒张压相差超过 4mmHg 时，则测量第三次血压。

4. 血压测量要点：

(1) Korotkoff 音：收缩压和舒张压的确定是根据 Korotkoff 音来确定的。Korotkoff 音根据其存在、消失和性质，可被分为以下五个阶段：

I 期：清晰的低调叩击音

II 期：持续的叩击音和吹气样杂音

III 期：较响的连续叩击音

IV期：沉闷而低音

V期：声音的消失

(2) 收缩压的确定：Korotkoff I 期上限值。当听到至少两次连续打击声，将第一个打击声时的水银柱高度值记录为收缩压。

(3) 舒张压的确定：Korotkoff V 期上限值。当听到两次连续打击声消失时，将第二个打击声时的水银柱高度值作为舒张压（如有人缺乏第五音，则以第四音开始的水银柱高度值为准）。

(4) 袖带中点：大多袖带都在袖带中点上有标记。但这个标记常常都是不正确的。不能按照这个标记确定袖带在上臂的位置，唯一确定袖带中点正确的方法是将气囊的两头对折，中间皱折的部位才是橡皮气囊的中点。将这个中点用笔作上记号。

(5) 寻找桡动脉脉搏：被测者上臂平置掌心向上。在手腕部大拇指一侧肌腱和骨间可找到脉搏。用指肚感觉脉搏。不要使用拇指，因为拇指有自己的脉搏。

(6) 寻找肱动脉脉搏：掌心向上，在肘窝处用指腹仔细感觉。不要用拇指，因为拇指有自己的脉搏，脉搏应位于肘部身体一侧。练习多次寻找肱动脉脉搏。这是听诊器应该放置的部位，在寻找时可能需要用力比腕部稍大些。

(7) 血压值计数：血压值只记录偶数值，如果水银柱在两刻度之间，以上一刻度值计算。

七、附件 高血压患者随访服务记录表

附件

高血压患者随访服务记录表

姓名：

编号□□□-□□□□□

| 随访日期 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | |
|------|---|---|---|---|------------------------|
| 随访方式 | 1 门诊 2 家庭 3 电话 <input type="checkbox"/> | 1 门诊 2 家庭 3 电话 <input type="checkbox"/> | 1 门诊 2 家庭 3 电话 <input type="checkbox"/> | 1 门诊 2 家庭 3 电话 <input type="checkbox"/> | |
| 症状 | 1 无症状 2 头痛头晕 3 恶心呕吐 4 眼花耳鸣 5 呼吸困难 6 心悸胸闷 7 鼻衄出血不止 8 四肢发麻 9 下肢水肿 | □/□/□/□/□/□/□/□ 其他： | □/□/□/□/□/□/□/□ 其他： | □/□/□/□/□/□/□/□ 其他： | □/□/□/□/□/□/□/□ 其他： |
| | 血压 (mmHg) | | | | |
| 体征 | 体重 (kg) | / | / | / | / |
| | 体质指数 | / | / | / | / |
| | 心 率 | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--------|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
| | 其 他 | | | | | | | | | |
| 生活方式指导 | 日吸烟量(支) | / | / | / | / | / | / | / | / | |
| | 日饮酒量(两) | / | / | / | / | / | / | / | / | |
| | 运 动 | ____次/周 分钟/次 ____次/周 分钟/次 | ____次/周 分钟/次 ____次/周 分钟/次 |
| | 摄盐情况(咸淡) | 轻/中/重 / 轻/中/重 | 轻/中/重 / 轻/中/重 |
| | 心理调整 | 1良好 2一般 3差 <input type="checkbox"/> | 1良好 2一般 3差 <input type="checkbox"/> |
| | 遵医行为 | 1良好 2一般 3差 <input type="checkbox"/> | 1良好 2一般 3差 <input type="checkbox"/> |
| 辅助检查* | | | | | | | | | | |
| 服药依从性 | | 1规律 2间断 3不服药 <input type="checkbox"/> | |
| 药物不良反应 | | 1无 2有_____ <input type="checkbox"/> | |
| 此次随访分类 | | 1控制满意 2控制不满意 3不良反应 4并发症 <input type="checkbox"/> | |
| 用药情况 | 药物名称 1 | | | | | | | | | |
| | 用法用量 | 每日 次 每次 mg | |
| | 药物名称 2 | | | | | | | | | |
| | 用法用量 | 每日 次 每次 mg | |
| | 药物名称 3 | | | | | | | | | |
| | 用法用量 | 每日 次 每次 mg | |
| | 其他药物 | | | | | | | | | |
| 用法用量 | 每日 次 每次 mg | 每日 次 每次 mg | 每日 次 每次 mg | 每日 次 每次 mg | 每日 次 每次 mg | 每日 次 每次 mg | 每日 次 每次 mg | 每日 次 每次 mg | | |
| 转诊 | 原因 | | | | | | | | | |
| | 机构及科别 | | | | | | | | | |
| 下次随访日期 | | | | | | | | | | |
| 随访医生签名 | | | | | | | | | | |

填表说明

1. 本表为高血压患者在接受随访服务时由医生填写。每年的健康体检后填写城乡居民健康档案管理服务规范的健康体检表。

2. 体征：体质指数=体重(kg)/身高的平方(m²)，体重和体质指数斜线前填写目前情况，斜线后下填写下次随访时应调整到的目标。如果是超重或是肥胖的高血压患者，要求每次随访时测量体重并指导患者控制体重；正常体重人群可每年测量一次体重及体质指数。如有其他阳性体征，请填写在“其他”一栏。

3. 生活方式指导：在询问患者生活方式时，同时对患者进行生活方式指导，与患者共同制定下次随访目标。

日吸烟量：斜线前填写目前吸烟量，不吸烟填“0”，吸烟者写出每天的吸烟量“××支”，斜线后填写吸烟者下次随访目标吸烟量“××支”。

日饮酒量：斜线前填写目前饮酒量，不饮酒填“0”，饮酒者写出每天的饮酒量相当于白酒“××两”，斜线后填写饮酒者下次随访目标饮酒量相当于白酒“××两”。白酒1两相当于葡萄酒4两，黄酒半斤，啤酒1瓶，果酒4两。

运动：填写每周几次，每次多少分钟。即“××次/周，××分钟/次”。横线上填写目前情况，横线下填写下次随访时应达到的目标。

摄盐情况：斜线前填写目前摄盐的咸淡情况。根据患者饮食的摄盐情况，按咸淡程度在列出的“轻、中、重”之一上划“√”分类，斜线后填写患者下次随访目标摄盐情况。

心理调整：根据医生印象选择对应的选项。

遵医行为：指患者是否遵照医生的指导去改善生活方式。

4. 辅助检查：记录患者在上次随访到这次随访之间到各医疗机构进行的辅助检查结果。

5. 服药依从性：“规律”为按医嘱服药，“间断”为未按医嘱服药，频次或数量不足，“不服药”即为医生开了处方，但患者未使用此药。

6. 药物不良反应：如果患者服用的降压药物有明显的药物不良反应，具体描述哪种药物，何种不良反应。

7. 此次随访分类：根据此次随访时的分类结果，由随访医生在4种分类结果中选择一项在“□”中填上相应的数字。“控制满意”意为血压控制满意，无其他异常、“控制不满意”意为血压控制不满意，无其他异常、“不良反应”意为存在药物不良反应、“并发症”意为出现新的并发症或并发症出现异常。如果患者同时并存几种情况，填写最严重的一种情况，同时结合上次随访情况确定患者下次随访时间，并告知患者。

8. 用药情况：根据患者整体情况，为患者开具处方，并填写在表格中，写明用法、用量。

9. 转诊：如果转诊要写明转诊的医疗机构及科室类别，如××市人民医院心内科，并在原因一栏写明转诊原因。

10. 下次随访日期：根据患者此次随访分类，确定下次随访日期，并告知患者。

11. 随访医生签名：随访完毕，核查无误后随访医生签署其姓名。

练习题：

1. 高血压患者管理的对象为（ ）
 - A. 辖区内所有高血压患者
 - B. 辖区内 15 岁以上高血压患者
 - C. 辖区内 35 岁以上原发性高血压患者
 - D. 辖区内 35 岁以上所有高血压患者
2. 对管理原发性高血压患者每年至少提供（ ）次面对面随访。
 - A. 2 次
 - B. 3 次
 - C. 4 次
 - D. 5 次
3. 对第一次出现血压控制不满意，即收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ，或出现药物不良反应的患者，（ ）随访。
 - A. 结合其服药依从性，必要时增加现用药物剂量、更换或增加不同类的降压药物，2 周后随访
 - B. 结合其服药依从性，必要时增加现用药物剂量、更换或增加不同类的降压药物，2 周内随访。
 - C. 增加现用药物剂量、更换或增加不同类的降压药物，2 周后随访。
 - D. 增加现用药物剂量、更换或增加不同类的降压药物，2 周内随访。

第五节 2 型糖尿病患者健康管理服务规范

一、服务对象

辖区内 35 岁及以上 2 型糖尿病患者。

二、服务内容

（一）筛查

对工作中发现的 2 型糖尿病高危人群进行有针对性的健康教育，建议其每年至少测量 1 次空腹血糖，并接受医务人员的健康指导。

（二）随访评估

对确诊的 2 型糖尿病患者，每年提供 4 次免费空腹血糖检测，至少进行 4 次面对面随访。

1. 测量空腹血糖和血压，并评估是否存在危急情况，如出现血糖 $\geq 16.7\text{mmol/L}$ 或血糖 $\leq 3.9\text{mmol/L}$ ；收缩压 $\geq 180\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$ ；有意识或行为改变、呼气有烂苹果样丙酮味、心悸、出汗、食欲减退、恶心、呕吐、多饮、多尿、腹痛、有深大呼吸、皮肤潮红；持续性心动过速（心率超过 100 次/分钟）；体温超过 39 摄氏度或有其他的突发异常情况，如视力突然骤降、妊娠期及哺乳期血糖高于正常等危险情况之一，或存在不能处理的其他疾病时，须在处理后紧急转诊。对于紧急转诊者，乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）应在 2 周内主动随访转诊情况。

2. 若不需紧急转诊，询问上次随访到此次随访期间的症状。

3. 测量体重，计算体质指数（BMI），检查足背动脉搏动。

4. 询问患者疾病情况和生活方式，包括心脑血管疾病、吸烟、饮酒、运动、主食摄入情况等。

5. 了解患者服药情况。

（三）分类干预

1. 对血糖控制满意（空腹血糖值 $< 7.0\text{mmol/L}$ ），无药物不良反应、无新发并发症或原有并发症无加重的患者，预约进行下一次随访。

2. 对第一次出现空腹血糖控制不满意（空腹血糖值 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ ）或药物不良反应的患者，结合其服药依从情况进行指导，必要时增加现有药物剂量、更换或增加不同类的降糖药物，2 周内随访。

3. 对连续两次出现空腹血糖控制不满意或药物不良反应难以控制以及出现新的并发症或原有并发症加重的患者，建议其转诊到上级医院，2 周内主动随访转诊情况。

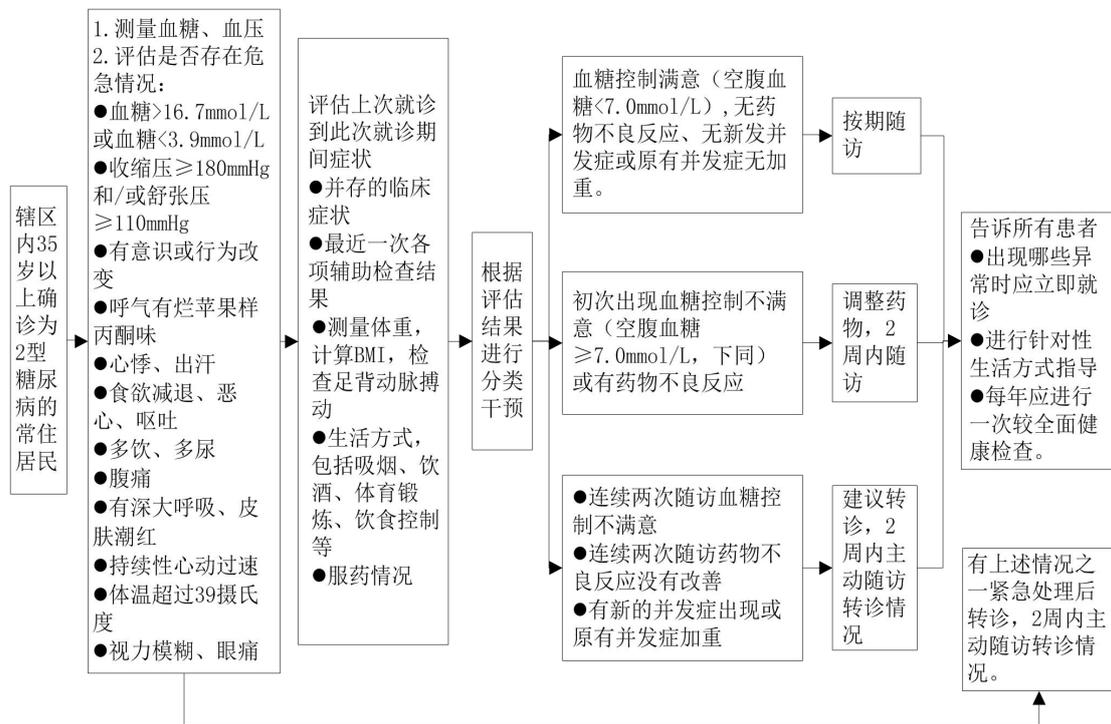
4. 对所有的患者进行针对性的健康教育，与患者一起制定生活方式改进目标并在下一次随访时评估进展。告诉患者出现哪些异常时应立即就诊。

（四）健康体检

对确诊的 2 型糖尿病患者，每年进行 1 次较全面的健康体检，体检可与随访相结合。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等

进行粗测判断。具体内容参照《城乡居民健康档案管理服务规范》健康体检表。

三、服务流程



四、服务要求

(一) 2型糖尿病患者的健康管理由医生负责, 应与门诊服务相结合, 对未能按照健康管理要求接受随访的患者, 乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心(站)应主动与患者联系, 保证管理的连续性。

(二) 随访包括预约患者到门诊就诊、电话追踪和家庭访视等方式。

(三) 乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心(站)要通过本地区社区卫生诊断和门诊服务等途径筛查和发现2型糖尿病患者, 掌握辖区内居民2型糖尿病的患病情况。

(四) 发挥中医药在改善临床症状、提高生活质量、防治并发症中的特色和作用, 积极应用中医药方法开展糖尿病患者健康管理服务。

(五) 加强宣传, 告知服务内容, 使更多的患者愿意接受服务。

(六) 每次提供服务后及时将相关信息记入患者的健康档案。

五、考核指标

(一) 糖尿病患者健康管理率=年内已管理糖尿病患者人数/年内辖区内糖尿病患者总人数×100%。

注：辖区内糖尿病患者总人数估算：辖区常住成年人口总数×成年人糖尿病患病率（通过当地流行病学调查、社区卫生诊断获得或是选用本省（区、市）或全国近期 2 型糖尿病患病率指标）。

（二）糖尿病患者规范健康管理率=按照要求进行糖尿病患者健康管理的人数/年内管理糖尿病患者人数×100%。

（三）管理人群血糖控制率=最近一次随访空腹血糖达标人数/已管理的糖尿病患者人数×100%。

六、相关知识

（一）糖尿病的诊断标准

1. 糖尿病症状+任意时间血浆葡萄糖水平 $\geq 11.1\text{mmol/l}$ (200mg/dl) 或
2. 空腹血浆葡萄糖（FPG）水平 $\geq 7.0\text{mmol/l}$ (126mg/dl) 或
3. OGTT 试验中，2 小时 PG 水平 $\geq 11.1\text{mmol/l}$ (200mg/dl)

（二）糖尿病及 IGT/IFG 的血糖诊断标准（表 4-1-2）

表 4-1-2 糖尿病及 IGT/IFG 的血糖诊断标准

| | 血糖浓度[mmol/L(mg/dl)] | | |
|--------------------|---------------------|--------------------|--------------------|
| | 全血 | | 血浆静脉 |
| | 静脉 | 毛细血管 | |
| 糖尿病 | | | |
| 空腹 | $\geq 6.1(110)$ | $\geq 6.1(110)$ | $\geq 7.0(126)$ |
| 或负荷后 2 小时 | $\geq 10.0(180)$ | $\geq 11.1(200)$ | $\geq 11.1(200)$ |
| 或两者 | | | |
| 糖耐量受损（IGT） | | | |
| 空腹（如行检测） | $< 6.1(110)$ | $< 6.1(110)$ | $< 7.0(126)$ |
| 及负荷后 2 小时 | $\geq 6.7(120)$ | $\geq 7.8(140)$ | $\geq 7.8(140)$ |
| | $\sim < 10.1(180)$ | $\sim < 11.1(200)$ | $\sim < 11.1(200)$ |
| 空腹血糖受损（IFG） | | | |
| 空腹 | $\geq 5.6(100)$ | $\geq 5.6(100)$ | $\geq 6.1(110)$ |
| | $\sim < 6.1(110)$ | $\sim < 6.1(110)$ | $\sim < 7.0(126)$ |
| 及负荷后 2 小时 | $< 6.7(120)$ | $< 7.8(140)$ | $< 7.8(140)$ |

(如行检测)

正常

| | | | |
|----------|------------|------------|------------|
| 空腹 | < 5.6(100) | < 5.6(100) | < 6.1(110) |
| 负荷后 2 小时 | < 6.7(120) | < 7.8(140) | < 7.8(140) |

(三) 糖尿病并发症

1. 急性并发症

糖尿病酮症酸中毒, 糖尿病非酮症性高渗综合征, 乳酸性酸中毒。

2. 慢性并发症

血管并发症, 糖尿病脑血管病, 糖尿病眼病, 糖尿病肾病, 糖尿病足, 糖尿病骨关节病, 糖尿病与口腔疾病。

3. 伴发病及感染

低血糖症, 代谢综合征, 勃起功能障碍, 急、慢性感染。

(四) 2 型糖尿病危险因素

遗传易感性; 体力活动减少及(或)能量摄入增多; 肥胖病(总体脂增多或腹内体脂相对或者绝对增多);

胎儿及新生儿期营养不良; 中老年; 吸烟、药物及应激。

(五) 2 型糖尿病生活方式的干预

1. 饮食治疗: 是所有糖尿病治疗的基础, 是糖尿病自然病程中任何阶段预防和控制糖尿病必不可少的措施, 不良的饮食习惯还可导致相关的心血管危险因素如高血压、血脂异常和肥胖。

饮食治疗的目标和原则。

(1) 控制体重在正常范围内。

(2) 单独或配合药物治疗来获得理想的代谢控制(包括血糖、血脂、血压), 有利于对糖尿病慢性并发症的预防。

(3) 饮食治疗应个体化。即在制定饮食计划时, 除了要考虑到饮食治疗的一般原则外, 还要考虑到糖尿病的类型、生活方式、文化背景、社会经济地位、是否肥胖、治疗情况、并发症和个人饮食的喜好。

(4) 膳食总热量的 20%~30%应来自脂肪和油料, 其中少于 1/3 的热量来

自于饱和脂肪，单不饱和脂肪酸和多不饱和脂肪酸之间要达到平衡。如患者的低密度脂蛋白胆固醇水平 $\geq 100\text{mg/dl}$ (2.6mmol/L)，应使饱和脂肪酸的摄入量少于总热量的 10%。食物中的胆固醇含量应 $< 300\text{ mg/d}$ 。如患者的低密度脂蛋白胆固醇水平 $\geq 100\text{mg/dl}$ (2.6mmol/L)，食物中的胆固醇含量应减少至 $< 200\text{ mg/d}$ 。

(5) 碳水化合物所提供的热量应占总热量的 55%~65%，应鼓励患者多摄入复合碳水化合物及富含可溶性食物纤维素的碳水化合物和富含纤维的蔬菜。对碳水化合物总热量的控制比控制种类更重要。在碳水化合物总热量得到控制的前提下，没有必要严格限制蔗糖的摄入量。

(6) 蛋白质不应超过需要量，即不多于总热量的 15%。有微量白蛋白尿的患者，蛋白质的摄入量应限制在低于 $0.8\sim 1.0\text{g/kg}$ 体重之内。有显性蛋白尿的患者，蛋白质的摄入量应限制在低于 0.8g/kg 体重。

(7) 限制饮酒，特别是肥胖、高血压和（或）高甘油三酯血症的患者。酒精可引起应用促胰岛素分泌剂或胰岛素治疗的患者出现低血糖。为防止酒精引起的低血糖，饮酒的同时应摄入适量的碳水化合物。

(8) 可用无热量非营养性甜味剂。

(9) 食盐限量在 6g/d 以内，尤其是高血压患者。

(10) 妊娠的糖尿病患者应注意叶酸的补充以防止新生儿缺陷。钙的摄入量应保证 $1000\sim 1500\text{mg/d}$ ，以减少发生骨质疏松的危险性。

2.运动：可加强心血管系统的功能和体能感觉，改善胰岛素的敏感性、改善血压和血脂。经常性的运动可改善血糖的控制并减少降糖药物的用量。因此，运动治疗应成为所有糖尿病患者糖尿病管理方案中的一个必不可少的组成部分。所有患者均应在制定运动计划之前进行医学检查。

运动治疗的原则是适量、经常性和个体化。运动计划的制定要在医务人员的指导下进行。以保持健康为目的的体力活动为每日至少 30 分钟中等强度的活动，如慢跑、快走、骑自行车、游泳等。但是，运动项目要和患者的年龄、健康状况、社会、经济、文化背景相适应，即运动的项目和运动量要个体化。应将体力活动融入到日常的生活中，如尽量少用汽车代步和乘电梯等。运动的强度可根据运动一小时后的心率与预期最大心率间的关系（有自主神经病变者不适用）来估计。

(六) 运动与糖尿病的并发症

1. 血管疾病：有如下表现者，中等强度到高强度的运动有加重潜在心血管疾病的危险性。应在运动前对患者的心血管疾病进行评估。

- (1) 年龄>35 岁
- (2) 2 型糖尿病病程>10 年
- (3) 1 型糖尿病病程>15 年
- (4) 其他的心血管疾病的危险因素
- (5) 有微血管病变：增殖型视网膜病变、肾病（包括微量白蛋白尿）
- (6) 外周血管病变
- (7) 自主神经病变

2. 外周血管疾病：根据病情不同，可从事轻到中等强度的运动。

视网膜病变：有增殖型视网膜病变的患者不适合从事负氧运动、阻力运动、跳跃运动和包含憋气动作的运动。

肾病：可从事低到中等强度的运动。

神经病变：有保护性感觉丧失的患者应避免负重运动和需要足部反复活动的运动项目，如跑步机、长距离行走、慢跑、踏楼梯运动；可进行游泳、骑车、划船、坐在椅子上的运动、上肢运动和其他非负重运动。应注意运动时所穿鞋子的舒适性，在运动前后常规检查足部。

（七）、运动强度和心率

| 强 度 | 最大心率（%） |
|-----|---------|
| 非常轻 | <35 |
| 轻 | 35~54 |
| 中等 | 55~69 |
| 强 | 78~89 |
| 非常强 | >90 |
| 最强 | 100 |

最大心率=220—年龄

七、附件

2 型糖尿病患者随访服务记录表

附件

2 型糖尿病患者随访服务记录表

姓名:

编号□□□-□□□□□

| | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|
| 随访日期 | | | | | |
| 随访方式 | | 1 门诊 2 家庭 3 电话 <input type="checkbox"/> | 1 门诊 2 家庭 3 电话 <input type="checkbox"/> | 1 门诊 2 家庭 3 电话 <input type="checkbox"/> | 1 门诊 2 家庭 3 电话 <input type="checkbox"/> |
| 症状 | 1 无症状 2 多饮 3 多食 4 多尿 5 视力模糊 6 感染 7 手脚麻木 8 下肢浮肿 9 体重明显下降 | □/□/□/□/□/□/□/□ | □/□/□/□/□/□/□/□ | □/□/□/□/□/□/□/□ | □/□/□/□/□/□/□/□ |
| | 其他 | | | | |
| 体征 | 血压 (mmHg) | | | | |
| | 体重 (kg) | / | / | / | / |
| | 体质指数 | / | / | / | / |
| | 足背动脉搏动 | 1 未触及 2 触及 <input type="checkbox"/> |
| 其他 | | | | | |
| 生活方式指导 | 日吸烟量 | / 支 | / 支 | / 支 | / 支 |
| | 日饮酒量 | / 两 | / 两 | / 两 | / 两 |
| | 运动 | 次/周 分钟/次 次/周 分钟/次 | 次/周 分钟/次 次/周 分钟/次 | 次/周 分钟/次 次/周 分钟/次 | 次/周 分钟/次 次/周 分钟/次 |
| | 主食 (克/天) | / | / | / | / |
| | 心理调整 | 1 良好 2 一般 3 差 <input type="checkbox"/> | 1 良好 2 一般 3 差 <input type="checkbox"/> | 1 良好 2 一般 3 差 <input type="checkbox"/> | 1 良好 2 一般 3 差 <input type="checkbox"/> |
| | 遵医行为 | 1 良好 2 一般 3 差 <input type="checkbox"/> | 1 良好 2 一般 3 差 <input type="checkbox"/> | 1 良好 2 一般 3 差 <input type="checkbox"/> | 1 良好 2 一般 3 差 <input type="checkbox"/> |
| 辅助检查 | 空腹血糖值 | _____mmol/L | _____mmol/L | _____mmol/L | _____mmol/L |
| | 其他检查* | 糖化血红蛋白_____% 检查日期: ____月____日 _____ _____ | 糖化血红蛋白_____% 检查日期: ____月____日 _____ _____ | 糖化血红蛋白_____% 检查日期: ____月____日 _____ _____ | 糖化血红蛋白_____% 检查日期: ____月____日 _____ _____ |
| 服药依从性 | | 1 规律 2 间断 3 不服药 <input type="checkbox"/> | 1 规律 2 间断 3 不服药 <input type="checkbox"/> | 1 规律 2 间断 3 不服药 <input type="checkbox"/> | 1 规律 2 间断 3 不服药 <input type="checkbox"/> |
| 药物不良反应 | | 1 无 2 有 <input type="checkbox"/> |
| 低血糖反应 | | 1 无 2 偶尔 3 频繁 <input type="checkbox"/> | 1 无 2 偶尔 3 频繁 <input type="checkbox"/> | 1 无 2 偶尔 3 频繁 <input type="checkbox"/> | 1 无 2 偶尔 3 频繁 <input type="checkbox"/> |
| 此次随访分类 | | 1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症 <input type="checkbox"/> | 1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症 <input type="checkbox"/> | 1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症 <input type="checkbox"/> | 1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症 <input type="checkbox"/> |
| 用药情况 | 药物名称 1 | | | | |
| | 用法用量 | 每日 次 每次 mg |
| | 药物名称 2 | | | | |
| | 用法用量 | 每日 次 每次 mg |
| | 药物名称 3 | | | | |
| | 用法用量 | 每日 次 每次 mg |
| 胰岛素 | 种类: 用法和用量: | | 种类: 用法和用量: | | 种类: 用法和用量: |
| 转诊 | 原因 | | | | |
| | 机构及科别 | | | | |
| 下次随访日期 | | | | | |
| 随访医生签名 | | | | | |

填表说明

1. 本表为 2 型糖尿病患者在接受随访服务时由医生填写。每年的健康体检填写居民健康档案的健康体检表。

2. 体征：体质指数=体重(kg)/身高的平方(m²)，体重和体质指数斜线前填写目前情况，斜线后填写下次随访时应调整到的目标。如果是超重或是肥胖的患者，要求每次随访时测量体重并指导患者控制体重；正常体重人群可每年测量一次体重及体质指数。如有其他阳性体征，请填写在“其他”一栏。

3. 生活方式指导：在询问患者生活方式时，同时对患者进行生活方式指导，与患者共同制定下次随访目标。

日吸烟量：斜线前填写目前吸烟量，不吸烟填“0”，吸烟者写出每天的吸烟量“××支”，斜线后填写吸烟者下次随访目标吸烟量“××支”。

日饮酒量：斜线前填写目前饮酒量，不饮酒填“0”，饮酒者写出每天的饮酒量相当于白酒“××两”，斜线后填写饮酒者下次随访目标饮酒量相当于白酒“××两”。白酒1两相当于葡萄酒4两，黄酒半斤，啤酒1瓶，果酒4两。

运动：填写每周几次，每次多少分钟。即“××次/周，××分钟/次”。横线上填写目前情况，横线下填写下次随访时应达到的目标。

主食：根据患者的实际情况估算主食(米饭、面食、饼干等淀粉类食物)的摄入量。为每天各餐的合计量。

心理调整：根据医生印象选择对应的选项。

遵医行为：指患者是否遵照医生的指导去改善生活方式。

4. 辅助检查：为患者进行空腹血糖检查，记录检查结果。若患者在上次随访到此次随访之间到各医疗机构进行过糖化血红蛋白或其他辅助检查，应如实记录。

5. 服药依从性：“规律”为按医嘱服药，“间断”为未按医嘱服药，频次或数量不足，“不服药”即为医生开了处方，但患者未使用此药。

6. 药物不良反应：如果患者服用的降糖药物有明显的药物不良反应，具体描述哪种药物，何种不良反应。

7. 低血糖反应：根据上次随访到此次随访之间患者出现的低血糖反应情况。

8. 此次随访分类：根据此次随访时的分类结果，由责任医生在4种分类结果中选择一项在“□”中填上相应的数字。“控制满意”意为血糖控制满意，无其他异常、“控制不满意”意为血糖控制不满意，无其他异常、“不良反应”意为存在药物不良反应、“并发症”意为出现新的并发症或并发症出现异常。如果患者同时并存几种情况，填写最严重的一种情况，同时结合上次随访情况确定患者下次随访时间，并告知患者。

9. 用药情况：根据患者整体情况，为患者开具处方，并填写在表格中，写明用法、用量。

10. 转诊：如果转诊要写明转诊的医疗机构及科室类别，如××市人民医院心内科，并在原因一栏写明转诊原因。

11. 下次随访日期：根据患者此次随访分类，确定下次随访日期，并告知患者。

12. 随访医生签名：随访完毕，核查无误后随访医生签署其姓名。

练习题

1. 血糖控制满意是指（ ）
 - A. 空腹血糖值 $<7.0\text{mmol/L}$ ，无药物不良反应。
 - B. 空腹血糖值 $<7.0\text{mmol/L}$ ，无药物不良反应，无新发并发症或原有并发症无加重的患者。
 - C. 空腹血糖值 $<7.1\text{mmol/L}$ ，无药物不良反应
 - D. 空腹血糖值 $<7.1\text{mmol/L}$ ，无药物不良反应，无新发并发症或原有并发症无加重的患者。
2. 糖尿病患者规范健康管理率的计算
 - A. 按照要求进行糖尿病患者健康管理的人数/年内管理糖尿病患者人数 $\times 100\%$ 。
 - B. 按照要求进行糖尿病患者健康管理的人数/辖区常住人口数 $\times 100\%$ 。
 - C. 进行随访的糖尿病患者人数/辖区常住人口数 $\times 100\%$ 。
 - D. 进行随访的糖尿病患者人数/年内管理糖尿病患者人数 $\times 100\%$ 。

第六节 重型精神病患者健康管理

一、概述

重性精神疾病指临床表现有幻觉、妄想、严重思维障碍、行为紊乱、等精神症状，且患者社会生活能力严重受损的一组精神疾病。主要包括精神分裂症、偏执性精神病、双相障碍、分裂情感性障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍等 6 类。

精神分裂症是最常见的重性精神疾病。多起病于青壮年，主要表现为基本个性的改变，精神活动与环境的不协调，以及思维、情感和行为等方面的障碍。

偏执性精神病以北海或夸大等某一种妄想为主要表现，妄想内容相对固定，症状呈迁延性，很少有幻觉。

双相障碍以躁狂和抑郁交替反复发作为主要表现。

分裂情感性障碍介于精神分裂症和双相障碍之间的过渡。

癫痫所致精神障碍是癫痫患者在癫痫发作前、发作时、发作间隙期都可能表现出幻觉、妄想以及其他思维、情感和行为异常。

精神发育迟滞伴发精神障碍是由于其智能低于常人，并出现各种精神病症

状。

二、服务对象

辖区内诊断明确、在家居住的重性精神疾病患者。对症状明显但尚未得到明确诊断的患者，应劝其家属将患者带到有相关诊断资质的医院明确诊断，然后进行管理。

三、服务要求

（一）配备接受过重性精神疾病管理相关培训的专（兼）职人员，开展相关健康管理工

作。

（二）与相关部门加强联系，及时为辖区内新发现的重性精神疾病患者建立健康档案并按时更新。

（三）随访包括预约患者到门诊就诊、电话追踪和家庭访视等方式。

（四）加强宣传，鼓励和帮助病人进行神火功能康复训练，指导患者参与社会活动，接受职业训练。

四、服务内容

（一）建立健康档案：

为所有同意管理的患者填写《个人基本信息表》、《知情同意书》、《重性精神疾病患者个人信息补充表》、《重性精神疾病患者随访服务记录表》。对同意体检的患者，每年还需填写《健康体检表》。

（二）随访管理：

对应管理的重性精神疾病患者每年至少随访4次，每次随访内容包括危险性评级、目前症状、自知力、睡眠饮食情况、社会功能情况、患病对家庭社会的影响、关锁情况、住院情况、用药情况、药物不良反应、服药依从性、治疗效果、康复措施及随访分类等，并根据患者情况进行相应处理。

1. 危险性评估：共分为6级

0级：无符合以下1-5级中的任何行为。

1级：口头威胁，喊叫，但没有打砸行为。

2级：打砸行为，局限在家里，针对财物。能被劝说制止。

3级：明显打砸行为，不分场合，针对财物。不能接受劝说而停止。

4级：持续的打砸行为，不分场合，针对财物或人，不能接受劝说而停止。包括自伤、自杀。

5级：持械针对人的任何暴力行为，或者纵火、爆炸等行为。无论在家里还是公共场所。

2. 自知力：是患者对其自身精神状态的认识能力。

自知力完全：患者精神症状消失，真正认识到自己有病，能透彻认识到哪些是病态表现，并认为需要治疗。

自知力不全：患者承认有病，但缺乏正确认识和分析自己病态表现的能力。

自知力缺失：患者否认自己有病，拒绝治疗。

3. 社会功能情况

(1) 个人生活料理

①良好：患者能料理个人起居、饮食、卫生等，与病情或正常人无明显差距。

②一般：患者能料理个人起居、饮食、卫生等，虽不如病前或正常人，但在督促下可以完成。

③较差：患者不能料理个人起居、饮食、卫生等，需要反复督促，甚至在帮助下才能完成。

(2) 家务劳动

①良好：家务劳动接近病前水平或正常人。

②一般：家务劳动虽然比病前稍差，但尚能独立完成简单家务。

③较差：基本不能从事原来的劳动或工作，甚至比原来简单的劳动或工作也不能完成。

(3) 生产劳动及工作

①良好：能达到病前水平或如正常人。

②一般：仍能从事原来的劳动或工作，但能力下降，或能较好的完成比原来简单的劳动或工作。

③较差：完全不能从事原来的劳动或工作，甚至比原来简单的劳动或工作也不能完成。

(4) 学习能力

①良好：接近病前水平或如正常人。

②一般：学习效果下降，但尚能坚持。

③较差：不能学习或者学习效果很差。

(5) 社会人际交往

①良好：接近病前水平或如正常人。

②一般：能力下降，但尚能与外界保持一定联系。

③较差：很少或基本不与别人交往。

4. 患者对家庭社会的影响

轻度滋事：是指公安机关出警并有出警记录，但仅作一般教育等处理的案情，例如患者打、骂他人或者扰乱秩序，但没有造成生命财产损害的，属于此类。

肇事：是指患者行为触犯了我国《治安管理处罚法》但未触犯我国《刑法》，例如患者有行凶伤人毁物等但未导致被害人轻、重伤的。

肇祸：是指患者行为触犯了我国《刑法》，属于犯罪行为的。

5. 关锁情况：关锁指处于非医疗为目的，使用某种工具（如绳索、铁链、铁笼等）限制患者的行动自由。

6. 住院情况：

(1) 从未住院：指上次随访到本次随访之间患者从未住过医院。

(2) 目前正在住院：指本次随访时患者正在医院住院治疗。

(3) 既往住院，现在未住院：指上次随访到本次随访之间，患者住过院，但本次随访时患者已经出院。

7. 服药依从性：

(1) 规律：能按医嘱服药。

(2) 间断：未按医嘱服药，服药频次或数量不足。

(3) 不服药：医生开具了处方，但患者未使用此药。

8. 随访分类及干预

根据患者的危险性评估、精神症状是否消失、自知力是否完全恢复，工作、社会功能是否恢复，以及患者是否存在药物不良反应或躯体疾病情况，将患者分为病情稳定、基本稳定和不稳定 3 大类，进行分类干预。

(1) 病情稳定患者

病情稳定患者，指危险性评估为 0 级，且精神症状基本消失，自知力基本恢复，社会功能处于一般或良好，无严重药物不良反应，无严重躯体疾病或躯体疾病稳定，无其他异常的患者。

要求：

若无其他异常，基层医疗卫生机构继续执行上级医院制定的治疗方案，3 个月时随访。

（2）病情基本稳定患者

病情基本稳定患者，指危险性为 1~2 级，或精神症状、自知力、社会功能状况至少有一方面较差的患者。

要求：

若无其他异常，基层医疗卫生机构的医生首先应判断是病情波动或药物疗效不佳，还是伴有药物不良反应或躯体症状恶化。分别采取在规定剂量范围内调整现用药物剂量和查找原因对症治疗的措施，必要时与患者原主管医生取得联系，或在精神科执业医师指导下治疗，经初步处理后观察 2 周，若情况趋于稳定，可维持目前治疗方案，3 个月时随访；若初步处理无效，则建议转诊到上级医院，2 周内随访转诊情况。

（3）病情不稳定患者

病情不稳定患者，指危险性为 3~5 级，或精神病症状明显、自知力缺乏、有严重药物不良反应或严重躯体疾病的患者。

要求：

基层医疗卫生机构对症处理后立即转诊到上级医院。必要时报告当地公安部门，协助送院治疗。对于未住院的患者，在精神科执业医师、居委会人员、民警的共同协助下，进行系统、规范治疗，1—2 周内随访。

五、健康体检

在患者病情许可的情况下，征得监护人与患者本人同意后，每年至少进行 1 次健康检查，免费检查的内容包括一般体格检查，血压、体重、血常规（含白细胞分类）、转氨酶、血糖、心电图检查等。

参考书：国家基本公共卫生服务规范（2011 版）

第七节 孕产妇健康管理

掌握：1、服务的重点内容 2、服务要求 3、妊娠分期 4、早期、中晚期妊娠的判定 5、孕产期保健的定义 6、各期保健规范和重点内容
7、常用的产科检查基础技能 8、孕妇自我监护指导 9、常用评价指标计算
了解：1、围生医学的概念 2、胎产式、胎先露和胎方位的定义

一、孕产妇健康管理规范

（一）服务对象

辖区内所有孕产妇（指居住半年以上的户籍及非户籍孕产妇）。

（二）服务的重点内容

1. 孕早期健康管理 医生在第一次接诊孕妇时（尽量在孕 13 周前）填写“第一次产前随访服务记录表”，若未建立居民健康档案，需同时建立。孕产妇不需填写“健康体检表”，待其产后 42 天随访完成时再填写。若孕妇在孕 13 周以后进行首次随访时，也应按照孕早期健康管理的要求，完成相关检查评估并填写“第一次产前随访服务记录表”。

（1）进行孕早期健康教育和指导。开展孕早期生活方式、心理和营养保健指导，特别要强调避免致畸因素和疾病对胚胎的不良影响，同时告知和督促孕妇进行产前筛查和产前诊断。

（2）孕 13 周前由孕妇居住地的乡镇卫生院、社区卫生服务中心建立《孕产妇保健手册》。

（3）孕妇健康状况评估：询问既往史、家族史、个人史、妊娠史等，观察体态、精神等，详细询问末次月经时间，推算预产期。进行一般体检、妇科检查和血常规、尿常规、血型、肝功能、肾功能、乙型肝炎、梅毒血清学试验、HIV 抗

体检检测检查，有条件的地区建议进行血糖、阴道分泌物等实验室检查。

(4) 根据检查结果填写第 1 次产前检查服务记录表，对具有妊娠危险因素和可能有妊娠禁忌症或严重并发症的孕妇，转诊到上级医疗卫生机构，并在 2 周内随访转诊结果。可以继续妊娠者，纳入高危管理。

2. 孕中期健康管理 孕 16~20 周、21~24 周各进行 1 次随访，对孕妇的健康状况和胎儿的生长发育情况进行评估和指导。

(1) 进行孕中期健康教育和指导。进行孕期的生活方式、心理、运动和营养指导，告知和督促孕妇进行预防出生缺陷的产前筛查和产前诊断。

(2) 孕妇健康状况评估：通过询问、观察、一般体格检查、产科检查、实验室检查对孕妇健康和胎儿的生长发育状况进行评估，识别需要做产前诊断和需要转诊的高危重点孕妇。

(3) 对发现有异常的孕妇，要及时转至上级医疗卫生机构。出现危急征象的孕妇，要立即转上级医疗卫生机构。可以继续妊娠者，纳入高危管理。

3. 孕晚期健康管理 孕妇在孕 28~36 周、37~40 周到有助产技术服务资质的医疗卫生机构各进行 1 次随访。

(1) 进行孕晚期健康教育和指导。开展孕产妇自我监护方法、促进自然分娩、母乳喂养以及孕期并发症、合并症防治指导。

(2) 没有助产技术服务资质的基层医疗卫生机构督促孕产妇前往有资质的机构进行相关随访。

(3) 对纳入管理的高危孕妇应根据就诊医疗卫生机构的建议督促其酌情增加随访次数。出现危急征象的孕妇，要立即转上级医疗卫生机构。

4. 产后访视 村卫生室在产妇出院后 3~7 天医务人员应入户进行产后防视及新生儿的访视，完成相应表格。并通知产妇于产后 42 天到医疗保健机构进行检查评估。

(1) 通过观察、询问和检查，了解产妇分娩情况、孕产期有无异常以及诊治过程；了解一般情况、乳房、子宫、恶露、会阴或腹部伤口恢复等情况。发现有产褥感染、产后出血、子宫复旧不佳、妊娠合并症未恢复者以及产后抑郁等问题的产妇，应及时转至上级医疗卫生机构进一步检查、诊断和治疗。

(2) 对产妇进行产褥期保健指导，对母乳喂养困难、产后便秘、痔疮、会

阴或腹部伤口等问题进行处理。

(3) 通过观察、询问和检查了解新生儿的基本情况。

5. 产后 42 天健康检查 乡镇卫生院、社区卫生服务中心为正常产妇做产后健康检查，异常产妇可到原分娩医疗卫生机构检查。

(1) 通过询问、观察、一般体检和妇科检查，必要时进行辅助检查对产妇恢复情况进行评估。

(2) 对产妇应进行性保健、避孕、预防生殖道感染、纯母乳喂养 6 个月、婴幼儿营养等方面的指导。

(三) 服务要求

1. 开展孕产妇健康管理的乡镇卫生院和社区卫生服务中心应当具备服务所需的基本设备和条件。

2. 从事孕产妇健康管理服务工作的人员应取得相应的执业资格，并接受过孕产妇保健专业技术培训，按照国家孕产妇保健有关规范要求，进行孕产妇全程追踪与管理工作。

3. 加强与村（居）委会、妇联、助产机构等相关部门的联系，掌握辖区内孕产妇人口信息。

4. 加强宣传，在基层医疗卫生机构公示免费服务内容，使更多的育龄妇女愿意接受服务，提高早孕建册率。

5. 将每次保健服务的信息及检查结果准确、完整地记录在《孕产妇保健手册》和检查或随访记录上，并纳入健康档案管理。

6. 积极运用中医药方法（如饮食起居、情志调摄、食疗药膳、产后康复等），开展孕期、产褥期、哺乳期保健服务。

二、妊娠诊断

妊娠全过程从未次月经第一日开始计算，平均 280 天，即 40 周。为便于掌握妊娠不同时期的特点，临床将妊娠全过程分为 3 个时期：妊娠 13 周以前称早期妊娠；第 14~27 周末称中期妊娠；第 28 周及其后称晚期妊娠。

(一) 早期妊娠的诊断

1. 症状和体征

(1) 停经 生育年龄有性生活史的妇女，平时月经周期规则，一旦月经过期 10 日或以上，应疑为妊娠。若停经已达 8 周，妊娠的可能性更大。停经可能

是妊娠最早与最重要的症状，但不是妊娠的特有症状。

(2) 早孕反应 约半数妇女于停经 6 周左右出现畏寒、头晕、乏力、嗜睡、流涎、食欲不振、喜食酸物或厌恶油腻、恶心、晨起呕吐等症状，称早孕反应。多于妊娠 12 周左右自行消失。

(3) 尿频 于妊娠早期出现尿频。系增大的前倾子宫在盆腔内压迫膀胱所致。约在妊娠 12 周以后，当宫体增大进入腹腔后，尿频症状自然消失。

(4) 乳房变化 自觉乳房胀痛。检查见乳头及其周围皮肤(乳晕)着色加深。乳晕周围有蒙氏结节显现。哺乳期妇女一旦受孕，乳汁分泌明显减少。

(5) 妇科检查 于妊娠 6~8 周行阴道窥器检查。可见阴道壁及宫颈充血，呈紫蓝色。双合诊检查发现宫颈变软，子宫峡部极软，感觉宫颈与宫体似不相连称黑加征。随妊娠进展，宫体增大变软，最初是子宫前后径变宽略饱满，于妊娠 5~6 周宫体呈球形。至妊娠 8 周宫体约为非孕宫体的 2 倍，妊娠 12 周时约为非孕宫体的 3 倍，可在耻骨联合上方触及。

2. 辅助检查

(1) 妊娠试验 受精卵着床后不久，即可用免疫学方法在受检者血中测出 β -hCG。用免疫学方法(临床多用试纸法)检测孕妇尿液，若为阳性。结合临床表现可协助诊断早期妊娠。

(2) 超声检查

①B 型超声检查 是检查早期妊娠快速准确的方法。阴道超声较腹部超声诊断早孕可提前 1 周。最早在停经 5 周时，宫腔内见到妊娠囊。期内可见胚芽和原始心管搏动，可确诊为宫内妊娠、活胎。

②超声多普勒法 在增大的子宫区域内，用超声多普勒仪能听到有节律、单一高调的胎心音，胎心率多在 150~160 次/分，可确诊为早期妊娠、活胎。

(3) 宫颈粘液检查 宫颈黏液量少且粘稠，涂片干燥后光镜下见到排列成行的椭圆体，不见羊齿植物叶状结晶，则早期妊娠的可能性大。

(4) 基础体温测定 双相型体温的已婚妇女，高温相持续 18 天则早孕可能大。若高温相持续超过 3 周以上，早孕的可能性更大。基础体温曲线能反映黄体功能，但不能反映胚胎情况。

(二) 中、晚期妊娠的诊断

妊娠中期以后，子宫明显增大，能扪到胎体，感到胎动，听到胎心音。容易确诊。

1. 症状与体征

(1) 有早期妊娠的经过，并逐渐感到腹部增大和自觉胎动。

(2) 子宫增大 子宫随妊娠进展逐渐增大。检查腹部时，根据手测宫底高度及尺测耻上子宫长度，可以估计妊娠周数和胎儿大小（表 4-1-3）。宫底高度因孕妇的脐耻间距离、胎儿发育情况、羊水量、单胎或多胎等而有差异，故仅供参考。在正常情况下，子宫长度在妊娠 36 周是最高，至妊娠足月、胎先露入盆时有所下降。妊娠 20~24 周时增长速度较快，平均每周增长 1.6cm，至 36~40 周增长速度减慢，平均每周 0.25cm。

表 4-1-3 不同妊娠周数的子宫底高度及子宫长度

| 妊娠周数 | 手测子宫底高度 | 尺测子宫长度 (cm) |
|-------|--------------|----------------|
| 12 周末 | 耻骨联合上 2-3 横指 | |
| 16 周末 | 脐耻之间 | |
| 20 周末 | 脐下 1 横指 | 18 (15.3~21.4) |
| 24 周末 | 脐上 1 横指 | 24 (22.0~25.1) |
| 28 周末 | 脐上 3 横指 | 26 (22.4~29.0) |
| 32 周末 | 脐与剑突之间 | 29 (25.3~32.0) |
| 36 周末 | 剑突下 2 横指 | 32 (29.8~34.5) |
| 40 周末 | 脐与剑突之间或略高 | 33 (30.0~35.3) |

(3) 胎动 胎儿的躯体活动，因冲击子宫壁而是孕妇感觉到称胎动。有时在腹部检查时可看到或触及胎动。孕妇常于妊娠 18~20 周开始自觉胎动，胎动每小时约 3~5 次。

(4) 胎心音 听到胎心音可确诊妊娠且为活胎。于妊娠 12 周用超声多普勒听诊仪可探测到胎心音；妊娠 18~20 周可用一般的听诊器经孕妇腹壁听到胎心音。胎心音每分钟 120~160 次。

(5) 胎体 于妊娠 20 周以后，经腹壁可触到子宫内的胎体。于妊娠 24 周以后，触诊时能区分胎头、胎背、胎臀和胎儿肢体。胎头圆而硬。有浮球感；胎背宽而平坦；胎臀宽而软，形状略不规则；胎儿肢体小且有不规则活动。

2. 辅助检查

(1) 超声检查 超声检查对腹部检查不能确定胎产式、胎先露、胎方位或

胎心未听清者有意义。B型超声显像法不仅能显示胎儿数目、胎产式、胎先露、胎方位、有无胎心搏动、胎盘位置及分级、羊水量，并可观察有无胎儿体表畸形。还能测量胎头双顶径、股骨长等多条径线，了解胎儿生长发育情况。

(2) 胎儿心电图 目前国内常用间接法检测胎儿心电图，通常于妊娠 12 周以后即能显示较规律的图形，于妊娠 20 周后的成功率更高，本法优点为非侵入性，可以反复使用。

(三) 胎产式、胎先露、胎方位

于妊娠 28 周以前，由于羊水较多、胎体较小，胎儿在子宫内的活动范围大，胎儿的位置和姿势容易改变。于妊娠 32 周以后，由于胎儿生长迅速、羊水相对减少，胎儿与子宫壁贴近，胎儿的位置和姿势相对恒定。胎儿在子宫内的姿势为：胎头俯屈，额部贴近胸壁，脊柱略前弯，四肢屈曲交叉于胸腹前，其体积及体表面积均明显缩小，整个胎体成为头端小、臀端大的椭圆形。以适应妊娠晚期椭圆形宫腔的形状。

1. 胎产式 胎体纵轴与母体纵轴的关系称胎产式。两纵轴平行者称纵产式，占妊娠足月分娩总数的 99.75%；两纵轴垂直者称横产式，仅占妊娠足月分娩总数的 0.25%。两纵轴交叉呈角度者称斜产式，属暂时的，在分娩过程中多数转为纵产式，偶尔转成横产式。

2. 胎先露 最先进入骨盆入口的胎儿部分称胎先露。纵产式有头先露及臀先露，横产式为肩先露。头先露因胎头屈伸程度不同，又分为枕先露、前凶先露、额先露及面先露。臀先露因入盆的先露部分不同，又分为混合臀先露、单臀先露、单足先露和双足先露。偶见头先露或臀先露与胎手或胎足同时入盆，称为复合先露。

3. 胎方位 胎儿先露部的指示点与母体骨盆的关系称为胎方位（简称胎位）。枕先露以枕骨、面先露以颞骨、臀先露以骶骨、肩先露以肩胛骨为批示点。根据指示点与母体骨盆左、右、前、后、横的关系而有不同的胎位。例：枕先露时，胎头枕骨位于母体骨盆的左前方，应为枕左前位，余类推。

三、孕产期保健

孕产期保健是指各级各类医疗保健机构为准备妊娠至产后 42 天的妇女及胎婴儿提供全程系列的医疗保健服务。孕产期保健服务包括孕前、孕期、分娩期、

产褥期的全程系列保健服务。（注：本文结合基本公共卫生服务项目实施，分娩期保健和住院期间保健服务内容不在此叙述。）

（一）围生医学概念

围生医学又称围产医学，是 20 世纪 70 年代迅速发展的一门新兴医学、是研究在围生期内加强对围生儿及孕产妇的卫生保健，也就是研究胚胎的发育、胎儿的生理病理以及新生儿和孕产妇疾病的诊断与防治的科学。国际上对围生期的规定有 4 种：①围生期 I：从妊娠满 28 周（即胎儿体重 \geq 1000g 或身长 35cm）至产后 1 周；②围生期 II：从妊娠满 20 周（即胎儿体重 \geq 500g 或身长 25cm）至产后 4 周；③围生期 III：从妊娠满 28 周至产后 4 周；④围生期 IV：从胚胎形成至产后 1 周。我国采用围生期 I 来计算围生期死亡率。

（二）孕前保健

孕前保健是以提高出生人口素质，减少出生缺陷和先天残疾发生为宗旨，为准备妊娠的夫妇提供以健康教育与咨询、孕前医学检查、健康状况评估和健康指导为主要内容的系列保健服务。孕前保健是婚前保健的延续，是孕产期保健的前移。孕前保健的最佳时机应以准备怀孕前 6 个月为宜。包括孕前健康教育与咨询和孕前医学检查。并根据咨询和医学检查结果进行综合评估，提出适宜妊娠、建议暂缓妊娠和建议不宜妊娠的医学建议，同时给予相应的保健指导。

（三）孕期保健

孕期保健是指从确定妊娠之日开始至临产前，为孕妇及胎儿提供的一系列保健服务，包括定期孕期检查、综合评估、健康教育及咨询指导。了解孕妇的基本信息，对孕妇进行全面检查及健康指导，掌握孕妇的健康状况及可能的危险因素，动态监测胎儿的生长发育及母体健康状况，筛查危险因素，并对筛查出的危险因素进行评估和全面管理。对妊娠应当作到早诊断、早检查、早保健。孕期至少应进行 5 次检查，妊娠早期至少 1 次，孕中期至少 2 次，孕晚期至少 2 次（其中至少有 1 次在 36 周后进行），发现异常应增加检查次数。

1. 初诊和复诊内容 依据孕妇到医疗保健机构接受孕期检查的时机，孕期保健分为初诊和复诊。

（1）初诊

①确定妊娠和孕周，为每位孕妇建立孕产期保健卡（册），将孕妇纳入孕

产期保健系统管理。

②详细询问孕妇基本情况、现病史、既往史、月经史、生育史、避孕史、个人史、夫妇双方家族史和遗传病史等。推算预产期（EDC），推算方法是按末次月经（LMP）第一日算起，月份减3或加9，日数加7。例如末次月经第一日是公历2014年10月21日，预产期应为2015年7月28日。若孕妇仅记住农历末次月经第一日，应由医师为其换算成公历，再推算预产期。必须指出，实际分娩日期与推算的预产期，可以相差1~2周。

③测量身高、体重及血压，进行全身体格检查。

④孕早期进行盆腔检查。孕中期或孕晚期初诊者，应当进行阴道检查，同时进行产科检查。

⑤辅助检查。基本检查项目：血常规、血型、尿常规、阴道分泌物、肝功能、肾功能、乙肝表面抗原、梅毒血清学检测、艾滋病病毒抗体检测。建议检查项目：血糖测定、宫颈脱落细胞学检查、沙眼衣原体及淋球菌检测、心电图等。根据病情需要适当增加辅助检查项目。

（2）复诊

①询问孕期健康状况，查阅孕期检查记录及辅助检查结果。

②进行体格检查、产科检查（体重、血压、宫高、胎心、胎位等）。

③每次复诊要进行血常规、尿常规检查，根据病情需要适当增加辅助检查项目。

④进行相应时期的孕期保健。

2. 保健重点 根据妊娠不同时期可能发生的危险因素、合并症、并发症及胎儿发育等情况，确定孕期各阶段保健重点。

（1）孕早期（妊娠13周前）

①按照初诊要求进行问诊和检查。

②进行保健指导，包括讲解孕期检查的内容和意义，给予营养、心理、卫生（包括口腔卫生等）和避免致畸因素的指导，提供疾病预防知识，告知出生缺陷产前筛查及产前诊断的意义和最佳时间等。

③筛查孕期危险因素，发现高危孕妇，并进行专案管理。对有合并症、并发症的孕妇及时诊治或转诊，必要时请专科医生会诊，评估是否适于继续妊娠。

(2) 孕中期】妊娠 13~27⁺⁶周)

①按照初诊或复诊要求进行相应检查。

②了解胎动出现时间，绘制妊娠图。

③筛查胎儿畸形，对需要做产前诊断的孕妇应当及时转到具有产前诊断资质的医疗保健机构进行检查。

④辅助检查。复查血红蛋白、尿蛋白；妊娠 16~24 周超声筛查胎儿畸形；妊娠 16~20 周知情选择进行唐氏综合症筛查；妊娠 24~28 周进行妊娠期糖尿病筛查。

⑤进行保健指导，包括提供营养、心理及卫生指导，告知产前筛查及产前诊断的重要性等。提倡适量运动，预防及纠正贫血。有口腔疾病的孕妇，建议到口腔科治疗。

⑥筛查危险因素，对发现的高危孕妇及高危胎儿应当专案管理，进行监测、治疗妊娠合并症及并发症，必要时转诊。

(3) 孕晚期（妊娠 28 周及以后）

①按照初诊或复诊要求进行相应检查。

②继续绘制妊娠图。妊娠 36 周前后估计胎儿体重，进行骨盆测量，预测分娩方式，指导其选择分娩医疗保健机构。

③辅助检查。复查血红蛋白、尿蛋白；必要时复查肝、肾功能；妊娠 36 周后进行胎心电子监护及超声检查等。

④进行保健指导，包括孕妇自我监测胎动，纠正贫血，提供营养、分娩前心理准备、临产先兆症状、提倡住院分娩和自然分娩、婴儿喂养及新生儿护理等方面的指导。

⑤筛查危险因素，发现高危孕妇应当专案管理，进行监测、治疗妊娠合并症及并发症，必要时转诊。

3. 产前筛查和产前诊断 建议所有预产期年龄<35 岁的孕妇，于孕 15~20+6 周到上级医院行产前筛查；预产期年龄≥35 岁、有遗传病家族史、有死胎死产史及曾经分娩过先天性严重缺陷婴儿的孕妇，应建议于妊娠 18~20 周到上级医院行产前诊断。

(四)产褥期保健 从胎盘娩出至产妇全身各器官除乳腺外恢复或接近正常

未孕状态所需的一段时期，称产褥期，一般为6周。

1. 产后访视 产后3-7天、28天分别进行家庭访视1次，出现母婴异常情况应当适当增加访视次数或指导及时就医。

①产妇访视 了解产妇分娩情况、孕产期有无异常以及诊治过程；询问一般情况，观察精神状态、面色和恶露情况；监测体温、血压、脉搏，检查子宫复旧、伤口愈合及乳房有无异常；提供喂养、营养、心理、卫生及避孕方法等指导。关注产后抑郁等心理问题；督促产后42天进行母婴健康检查。

②新生儿访视 了解新生儿出生、喂养等情况；观察精神状态、吸吮、哭声、肤色、脐部、臀部及四肢活动等；听心肺，测量体温、体重和身长；提供新生儿喂养、护理及预防接种等保健指导。

2. 产后42天健康检查 应到有条件的医疗保健机构进行。产妇全身各个器官除乳腺外应恢复到非妊娠期的健康状态。

①产妇 了解产褥期基本情况；测量体重、血压，进行盆腔检查，了解子宫复旧及伤口愈合情况；对孕产期有合并症和并发症者，应当进行相关检查，提出诊疗意见；提供喂养、营养、心理、卫生及避孕方法等指导。

②婴儿 了解婴儿基本情况；测量体重和身长，进行全面体格检查，如发现出生缺陷，应当做好登记、报告与管理；对高危因素的婴儿，进行相应的检查和处理；提供婴儿喂养和儿童早期发展及口腔保健等方面的指导。

（五）高危妊娠管理

1. 高危妊娠定义 在妊娠期由于某种病理因素或致病因素的影响，可能危害孕妇、胎儿与新生儿健康或导致难产者，称为高危妊娠。是在妊娠期间孕产妇患有合并症、并发症及其他疾病的总称。具有高危因素的孕产妇称为高危孕产妇。

2. 高危妊娠管理规范 在妊娠各期均应当对孕产妇进行危险因素筛查，发现高危孕产妇及时纳入高危孕产妇管理系统。对每一例高危孕产妇均要进行专册登记和管理、随访。对本级不能处理的高危孕产妇，应当转至上级医疗保健机构作进一步检查、确诊。对转回的孕产妇应当按照上级医疗保健机构的处理意见进行观察、治疗与随访。危重孕产妇转诊前，转诊医疗机构应当与接诊医疗保健机构联系，同时进行转诊前的初步处理，指派具备急救能力的医师护送孕产妇，并携带相关的病情资料。县（市、区）级以上医疗保健机构应当开设高危门诊，指派

具有较丰富临床经验的医生承担会诊、转诊，并作好记录。及时将转诊评价及治疗结果反馈至转诊单位。成立多学科专家组成的抢救组，承担危重孕产妇的抢救工作。各级妇幼保健机构应当全面掌握辖区内高危孕产妇诊治及抢救情况，对高危孕产妇的追踪、转诊工作进行监督管理，按照要求逐级上报。

3. 孕产期筛查重点内容

(1) 孕早期

①一般情况：年龄 ≥ 35 或 < 16 岁、身高 $< 1.45\text{m}$ 、体重 $< 40\text{kg}$ ，胸廓脊柱畸形、骨盆狭窄或畸形等。

②异常孕产史：自然流产 ≥ 2 次、人工流产 ≥ 2 次、异位妊娠、早产史 ≥ 2 次、早期新生儿死亡史1次、死胎或死产史 ≥ 2 次、先天异常儿史1次、母婴血型不合史、难产史、巨大儿分娩史、产后出血史等。

③初检结果异常，包括血压异常、心肺听诊异常、生殖道畸形、妇科肿瘤等；辅助检查异常，如血色素 $< 110\text{g/L}$ 、尿常规异常、阴道分泌物异常、梅毒筛查（RPR）阳性、肝肾功能异常等。

④妊娠合并疾病：贫血、活动性肺结核、心脏病、糖尿病、血液病、肝病、甲状腺功能异常、高血压、慢性肾炎、性传播性疾病（淋病、梅毒、艾滋病、尖锐湿疣、生殖道沙眼衣原体感染、生殖道疱疹）等。

⑤本次妊娠后出现妊娠剧吐、发热、阴道出血、腹痛；接触物理化学因素或病毒感染者；接触可疑致畸药物者。

(2) 孕中晚期

①常见并发症和合并症的临床特征 如：糖尿病（孕妇体重和宫高增长过快）、慢性肾炎（20周前出现高血压、水肿、少量蛋白尿）、胎膜早破（阴道排液）、先兆流产或先兆早产（阵发性腹痛，不规则宫缩，少量阴道流血）、心脏病（日常体力活动即出现疲劳、心慌、气急）、前置胎盘、胎盘早剥（阴道流血）、肝炎、脂肪肝（上腹痛、肝功能异常，凝血功能障碍）、甲亢（心悸、多食、消瘦、畏热、多汗）、妊娠期高血压疾病（高血压、水肿、蛋白尿）、肝内胆汁淤积症（皮肤瘙痒、轻度黄疸）等。

②识别孕中晚期危急征象并处理 如：胎儿宫内窘迫（胎动不正常或消失）、前置胎盘或胎盘早剥（阴道大出血或伴急性失血性休克）、心力衰竭（胸闷、

气急、不能平卧、夜间憋醒坐起呼吸或到窗口呼吸新鲜空气)、急性肝病(上腹痛或伴黄疸)、子痫前期(高血压伴头昏、眼花、胸闷、视物不清)、子痫(头痛、眼花、视物不清、胸闷,无原因的抽搐)等。

(3) 产褥期

①产褥期异常征象 产后10天内体温两次在38℃上;会阴伤口疼痛有硬结;宫底有压痛、恶露有臭味;高热、寒战、下腹部有明显压痛,一般感染经治疗无好转者;一侧下肢水肿;乳腺肿块伴发热、经一般处理无效;阴道出血,特别是剖宫产术后;悲伤、沮丧、哭泣、孤独、焦虑、恐惧、易怒、自责自罪、处理事务的能力低下,对生活缺乏信心等。

②识别产褥期危急征象并处理 如:产后出现高热、寒战,提示产褥感染;分娩24小时后,产褥期内发生的子宫大量出血,提示晚期产后出血。

(六) 常用产科检查基础技能

1. 腹部检查 孕妇排空膀胱后仰卧于检查床上,头部稍垫高,露出腹部,双腿略屈曲稍分开,使腹肌放松。检查者站在孕妇右侧进行检查。

(1)视诊 注意腹形及大小,腹部有无妊娠纹、手术瘢痕及水肿等。腹部过大、宫底过高者,应想到双胞胎妊娠、巨大胎儿、羊水过多的可能;腹部过小、宫底过低者,应想到胎儿生长受限(FGR)、孕周推算错误等;腹部两侧向外膨出、宫底位置较低者,肩先露的可能性大;腹部向前突出(尖腹,多见于初产妇)或腹部向下悬垂(悬垂腹,多见于经产妇),应考虑可能伴有骨盆狭窄。

(2)宫高和腹围的测量 可用于评估胎儿宫内发育情况,估计胎儿体重。测量宫高:双手触及子宫底部,手测宫底高度;用软皮尺沿孕妇腹壁正中线,测量耻骨联合上缘中点至子宫底的距离,即为宫高。测量腹围:软皮尺贴紧皮肤,平脐部绕孕妇腹部一周,测量的长度即为腹围。

(3)四步触诊法 用于检查子宫大小、胎产式、胎先露、胎方位以及胎先露部是否衔接。作前3步手法时,检查者面向孕妇,作第4步手法时,检查者则面向孕妇足端。

第一步手法:检查者两手置于宫底部,了解子宫外形并测得宫底高度(参见宫高腹围的测量),估计胎儿大小与妊娠周数是否相符。然后以两手指腹相对轻推,判断宫底部的胎儿部分,若为胎头则硬而圆且有浮球感,若为胎臀则软而宽

且形状略不规则。若在宫底部未触及大的部分，应想到可能为横产式。

第二步手法：检查者左右手分别置于腹部左右侧，一手固定，另手轻轻深按进行检查，两手交替，仔细分辨胎背及胎儿四肢的位置。平坦饱满者为胎背，并确定胎背向前、侧方或向后。可变形的高低不平部分是胎儿肢体，有时感到胎儿肢体活动，更易诊断。

第三步手法：检查者右手拇指与其余4指分开，置于耻骨联合上方握住胎先露部，进一步查清是胎头或胎臀，左右推动以确定是否衔接。若胎先露部仍浮动，表示尚未入盆。若已衔接，则胎先露部不能推动。

第四步手法：检查者左右手分别置于胎先露部的两侧，向骨盆入口方向向下深按，再次核对胎先露部的诊断是否正确，并确定胎先露部入盆的程度。

经四步触诊法，绝大多数能判定胎头、胎臀及胎儿四肢的位置。若胎先露部是胎头或胎臀难以确定时，可行B型超声检查协助诊断。

(4)听诊 胎心在靠近胎背上方的孕妇腹壁上听得最清楚，正常胎心120~160次/分。枕先露时，胎心在脐右（左）下方；臀先露时，胎心在脐右（左）上方；肩先露时，胎心在靠近脐部下方听得最清楚。应注意听有无与胎心率一致的吹风样脐带杂音。当腹壁紧、子宫较敏感、确定胎背位置有困难时，可借助胎心及胎先露部综合分析后判定胎位。

(5)估计胎儿体重 根据宫高腹围可对胎儿体重进行简单估算。此估算值可受孕妇腹壁脂肪、腹壁肌紧张、胎产式等因素影响，因此只做为参考。常用公式如下：胎儿体重(g)=宫高×100；胎儿体重(g)=宫高×腹围200

2. 骨盆测量 骨盆大小及其形状对分娩有直接影响，是决定胎儿能否经阴道分娩的重要因素，故骨盆测量是产前检查时必不可少的项目。一般在孕晚期测量，并根据胎儿大小和骨盆情况预测分娩方式，建议分娩地点。对于骨盆异常的孕妇应提前（37周后，预产期前）转诊到有剖宫产条件的上级医院分娩。临床测量骨盆的方法有骨盆外测量和骨盆内测量两种。

(1)骨盆外测量：虽不能测出骨盆内径，但据外测量的各径线能对骨盆大小及其形状作出间接判断。由于操作简便，临床至今仍广泛应用。

髂棘间径：孕妇仰卧位，双腿伸直，测量两髂前上棘外缘的距离，正常值23~26cm。髂嵴间径：孕妇仰卧位，双腿伸直，测量两髂嵴最宽外缘的距离，正

常值 25~28cm。这两条径线可间接了解骨盆入口横径长度。

骶耻外径：孕妇取左侧卧位，右腿伸直，左腿屈曲，测量第 5 腰椎棘突下至耻骨联合上缘中点的距离。正常值 18~20cm；第 5 腰椎棘突下相当于米氏菱形窝的上角，或髂嵴后联线与脊柱中线交点下 1.5cm 处，此径线能间接推测骨盆入口前后径的长度，是骨盆外测量中最重要的径线。骶耻外径值与骨质厚薄相关，此值减去 1/2 尺桡周径（围绕右尺骨茎突及桡骨茎突测得的前臂下端周径）值，即相当于骨盆入口前后径值。

坐骨结节间径或称出口横径：孕妇取仰卧位，两腿弯曲，双手抱双膝。测量两坐骨结节内侧缘的距离，正常值为 8.5~9.5cm。此径线直接测得骨盆出口横径长度。若此值<8.5cm 时，应加测出口后矢状径。

耻骨弓角度：协助孕妇呈仰卧位，两腿弯曲。双手紧抱双膝，用左右两拇指尖斜着对拢，放置于耻骨联合下缘，左右两拇指平放于耻骨降支上面，测量两拇指间的角度并记录，正常值为 90°，小于 80° 为不正常。此角度反映骨盆出口横径的宽度。

(2) 骨盆内测量：妊娠 32~36 周经阴道测量骨盆内径，能了解对角径、坐骨棘间径、坐骨切迹宽度。应由有经验的医生操作。

（七）孕妇自我监护指导

1. 胎动计数 通过孕妇自数胎动是评估胎儿宫内状况最简便有效的方法，是判断胎儿宫内安危的主要临床指标。每日早中晚计数三次（宜固定同一时间段），每次 1 小时，三次相加乘 4 即相当于 12 小时胎动数。正常胎动次数 3~5 次/小时，12 小时应在 30~40 次。如胎动计数>30 次/12 小时为正常，<10 次/12 小时提示胎儿缺氧，应及时去医院进一步检查。

2. 体重自我管理 孕妇体重水平不但反映母体的营养与健康状况，也可以间接衡量胎儿的发育情况。孕期体重增长过多将增加难产和手术产的几率和危险，也增加了孕妇妊娠期高血压疾病、糖尿病等妊娠相关性并发症的发生风险；而孕期体重增加过少，除影响母体健康外，还可导致胎儿在子宫内生长发育受限、出生时体重低、围产儿死亡率增加，影响智力的发育，并可影响子代成年的健康状况。孕期体重的合理增长范围应根据孕妇的孕前体重指数（BMI）实行个体化指导。可参考世界卫生组织孕妇（单胎）体重增长推荐表（表 4-1-4）。

表 4-1-4 不同孕前 BMI 孕妇（单胎）体重增长推荐表（WHO）

| 孕前 BMI (kg/m ²) | 总体体重增长范围 (kg) | 孕早期体重增长范围 (kg) | 孕中晚期每周体重增长范围 (kg) |
|-----------------------------|---------------|----------------|-------------------|
| 体重不足 <18.5 | 12.5~18 | 0.5~2 | 0.51 (0.44~0.58) |
| 标准体重 18.5~24.9 | 11.5~16 | 0.5~2 | 0.42 (0.35~0.50) |
| 超重 25.0~29.9 | 7~11.5 | 0.5~2 | 0.28 (0.23~0.33) |
| 肥胖 ≥30.0 | 5~9 | 0.5~2 | 0.22 (0.17~0.27) |

建议孕妇每周准确测量体重 1 次，并记录下来，掌握每周体重增长的情况。如果连续两周体重增长过多或过少，应去医院检查。自测体重时尽量做到“定时”（宜清晨，排空膀胱）、“定准”（核准体重秤）、“定装”（尽量穿着同样的轻薄的衣服，赤脚）。

3. 识别异常症状 在孕期一旦出现阴道流血、腹痛、流水、胎动异常（如减少、消失或增加），有双下肢水肿、自感头晕、头痛或视物模糊，有心悸、气短或夜间不能平卧，恶心、呕吐、上腹部不适等消化系统症状，有鼻衄、牙龈出血、皮肤出血斑等出血倾向等异常情况要及时到医院就诊。

4. 识别临产征兆 对于晚期妊娠孕妇要注意以下临产征兆：

（1）宫底高度下降：胎头入盆，子宫开始下降，减轻了对横膈膜的压迫，孕妇会感到呼吸困难有所缓解，胃的压迫感消失。

（2）腹坠腰酸：胎头的下降使骨盆受到的压力增加，腹坠腰酸的感觉会越来越明显。

（3）大、小便次数增多：胎头的下降会压迫膀胱和直肠，使得小便之后仍感到有尿意，大便之后也不觉舒畅痛快。

（4）自觉阴道排出的分泌物增多。

（5）假宫缩：从孕 28 周开始，时常会出现假宫缩。如果孕妇较长时间用同一个姿势站立或坐下，就会感到腹部一阵阵变硬，这是假宫缩。其特点是出现的时间无规律，程度也时强时弱。

（6）见红：从阴道排出含有血液的黏液白带，称为见红。一般在见红几小时内应去医院检查。但有时见红后仍要等数天才开始出现有规律的子宫收缩。

四、孕产期保健服务常用评价指标

结合基本公共卫生服务项目绩效考核工作，制定适宜的工作评价指标可以体现孕产妇健康管理工作的质量和效果，为制定妇幼卫生相关政策、规划和策略提供科学依据。

1. 孕期建卡率 指平均百名孕产妇中，在孕期按照有关规定由保健人员建立孕期保健卡（册）的人数。

$$\text{建卡率} = \frac{\text{辖区内孕期建卡人数}}{\text{该辖区内该时间段内产妇数}} \times 100\%$$

2. 产前检查率 又称孕产妇保健覆盖率，指平均每百名活产中，在孕期接受过 1 次及以上的产前检查的产妇数，临产当天检查不计算在内。

$$\text{产前检查率} = \frac{\text{辖区内产妇产前检查产妇数}}{\text{该地该时间段内活产数}} \times 100\%$$

3. 早孕建册率 指平均每百名活产中，在孕 13 周前接受过产前检查建立孕期保健卡（册）的产妇数。

$$\text{早孕建册率} = \frac{\text{辖区内孕 13 周之前建册的产妇数}}{\text{该地该时间段内活产数}} \times 100\%$$

4. 孕妇健康管理率 在妇幼卫生年报中又称为 ≥ 5 次产前检查人数（其中孕早期 1 次、孕中期和孕晚期分别至少 2 次），指平均每百名活产中，按照规范要求，在孕期接受 5 次及以上产前随访服务的产妇数。

$$\text{孕妇健康管理率} = \frac{\text{辖区内按照规范要求，在孕期接受 5 次及以上的产妇数}}{\text{该地该时间段内活产数}} \times 100\%$$

5. 产后访视率 指每百名活产中，产后 28 天内接受过 1 次及以上产后访视的产妇数。

$$\text{产后访视率} = \frac{\text{辖区内产后 28 天内接受过产后访视的产妇数}}{\text{该地该时间段内活产数}} \times 100\%$$

6. 孕产妇系统管理率 指平均每百名活产中,按照系统管理程序要求,从妊娠到产后 28 天内有过早孕检查、至少 5 次产检(其中孕早期 1 次、孕中期和孕晚期分别至少 2 次)、住院分娩(或新法接生)和产后访视的产妇数。

$$\text{孕产妇系统管理率} = \frac{\text{辖区内接受孕产妇系统管理的产妇数}}{\text{该地该时间段内活产数}} \times 100\%$$

7. 住院分娩率 指平均每百名活产中,在具有助产资格和条件的医疗保健机构住院分娩的活产数。

$$\text{住院分娩率} = \frac{\text{辖区内住院分娩活产数}}{\text{该地该时间段内活产数}} \times 100\%$$

8. 孕产妇死亡率 指每 10 万活产数中孕产妇死亡人数。是指处在妊娠期或妊娠终止后 42 天之内的妇女,不论妊娠期长短和受孕部位,由于任何与妊娠或妊娠处理有关的或由此而加重的原因导致的死亡,但不包括由于意外或偶然原因导致的死亡。

$$\text{孕产妇死亡率} = \frac{\text{辖区内孕产妇死亡人数}}{\text{该地该时间段内活产数}} \times 100000/10 \text{ 万}$$

练习题

1. 基本公共卫生孕期保健随访次数为: ()
A. 5 次 B. 6 次 C. 7 次 D. 8 次
2. 孕 () 周前为孕妇建立《孕产妇保健手册》,并进行第 1 次产前随访。
A. 8 B. 10 C. 13 D. 14

参考书目:

1. 谢幸, 苟文丽. 妇产科学. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
2. 秦怀金, 陈博文. 国家基本公共卫生服务技术规范. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
3. 王临虹. 孕产期保健技术指南. 北京: 人民卫生出版社, 2013.

第四篇 练习题答案

第一章 国家基本公共卫生服务规范

第一节 居民健康档案的建立与管理

1、C 2、D 3、A 4、D 5、B

第二节 组织开展健康教育服务

第三节 老年人健康管理

第四节 高血压患者健康管理

第五节 2型糖尿病患者健康管理服务规范

第七节 孕产妇健康管理

1、A 2、C 3、C 4、A 5、C 6、C 7、C 8、D 9、B 10、D 11、C
12、D 13、C