

症状护理学

王肇俊 杨科元 编著 □
王益锵 主审 □



山西科学技术出版社

症状护理学

编著 王肇俊 杨科元
主审 王益锵

山西科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

症状护理学/王肇俊,杨科元编著. —太原:山西科学技术出版社,2006.3

ISBN 7-5377-2700-7

I. 症... II. ①王...②杨... III. 护理学
IV. R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 021811 号

症状护理学

作 者:王肇俊 杨科元 编著

出版发行:山西科学技术出版社

社 址:太原市建设南路 21 号

邮 编:030012

印 刷:山西科林印刷有限公司

开 本:787×1092 1/16

字 数:323 千字

印 张:14.5

版 次:2006 年 6 月第 1 版

印 次:2006 年 6 月第 1 次印刷

书 号:ISBN 7-5377-2700-7/R·991

定 价:60.00 元

如发现印、装质量问题,影响阅读,请与印刷厂联系调换。

《症状护理学》编写委员会

主任委员	马建华	于明江			
副主任委员	宋有春	屈玉明	何 峰		
委 员	(按姓氏笔画为序)				
	马建华	于明江	王益锵	王肇俊	石贞仙
	朱 红	李 夏	李秀莲	李健夫	毕焕英
	宋有春	何 峰	杨科元	杨 辉	屈玉明
	郭京丽	戴文超	薛 燕		
编 主	王肇俊	杨科元			
	王益锵				
著 审					

前 言

症状护理学是关于研究、观察、判断症状反应对个体造成的、客观存在的或潜在的护理问题,以及解决问题的方法和思路的一门学科。

症状是病人能够主观感觉到的不舒适感、异常感觉或病态改变。症状作为疾病的主要表现以及病人患病后的主要身体不适,是护理人员评估病人确定护理问题的主要依据。护理人员了解病人不同因素引起的症状反应及特点,掌握有关症状的基本知识,是护理实践的一个基本要求;依据症状反应确定护理问题,制订护理措施是达到护理目标、保证护理效果的手段。为了更好地帮助护理人员掌握系统化整体护理的方法和应用护理程序的能力,以适应临床护理的需要,本书在详细阐述相应症状的概念、病因及发病机制的基础上,依据护理程序的步骤、要点进行编写,既充实护理人员的医学理论知识、拓宽其在临床护理中的思路,又有利于提高护理人员发现问题、分析问题和解决问题的能力。

本书包括四大部分,分别是常见疾病症状、心理症状、药物症状,以及各系统常见的综合病症的护理。每一个症状的编写都包括概述、病因与发生机制、护理评估、护理诊断、护理计划、实施及评价 7 个内容。在护理计划的制订中,主要以该症状护理诊断或合作性问题进行编写,护理人员在临床上可以结合病人的具体表现,灵活应用,举一反三。

《症状护理学》在内容的深度、广度上,力求基本概念、基本理论完整、清晰,避免不切实际的内容,注重临床实用。

本书是广大临床护理人员实施系统化整体护理的重要参考书,同时也是护理专业继续学历教育,尤其是护理“专升本”教学的重要教材。该书可以帮助护理专业人员尽快掌握临床病人常出现的异常身心反应及护理要点,既能改善目前沿用旧的医学教学体系内容重复等情况,也突出了护理专业的特点,是与护理专业培养目标相一致的合适教材。

本书在编著过程中得到了山西职工医学院各级领导、学术委员会、科研处、教务处以及有关部门的大力支持,并得到有关专家的悉心指导。借鉴了北京医科大学吴光昱教授主编的《症状与护理》、上海医科大学吕探云教授主编的《健康评估》、上海第二军医大学周秀华教授主编的《内外科护理学》,以及其他有关专著,在此一并表示感谢。

由于时间仓促,作者水平有限,书中难免有不足之处,敬请专家及读者提出宝贵意见。

编者

目 录

第一章 常见疾病症状护理 (1)

第一节 概述 (1)

一、疾病症状护理的意义 (1)

二、疾病症状评估的基本内容
..... (1)三、疾病症状护理的基本方法
..... (2)

第二节 发热 (2)

一、概述 (2)

二、病因及发生机制 (3)

三、发热的病生理变化 (4)

四、护理评估 (5)

五、相关护理诊断/合作性问题
..... (9)

六、护理计划 (9)

七、实施 (11)

八、评价 (11)

第三节 咳嗽与咳痰 (11)

一、概述 (11)

二、病因及发生机制 (12)

三、护理评估 (13)

四、相关护理诊断/合作性问题
..... (15)

五、护理计划 (15)

六、实施 (18)

七、评价 (18)

第四节 咯血 (18)

一、概述 (18)

二、病因及发生机制 (18)

三、护理评估 (19)

四、相关护理诊断/合作性问题

..... (21)

五、护理计划 (21)

六、实施 (23)

七、评价 (23)

第五节 胸痛 (24)

一、概述 (24)

二、病因及发生机制 (24)

三、常见胸痛的特点 (24)

四、护理评估 (26)

五、相关护理诊断/合作性问题
..... (27)

六、护理计划 (27)

七、实施 (28)

八、评价 (29)

第六节 呼吸困难 (29)

一、概述 (29)

二、病因及发生机制 (30)

三、护理评估 (31)

四、相关护理诊断/合作性问题
..... (34)

五、护理计划 (35)

六、实施 (36)

七、评价 (36)

第七节 心悸 (37)

一、概述 (37)

二、病因及发生机制 (37)

三、护理评估 (38)

四、相关护理诊断/合作性问题
..... (39)

五、护理计划·····	(40)	六、实施·····	(63)
六、实施·····	(41)	七、评价·····	(64)
七、评价·····	(41)	第十二节 呕血·····	(64)
第八节 水肿·····	(41)	一、概述·····	(64)
一、概述·····	(41)	二、病因及发生机制·····	(64)
二、病因及发生机制·····	(41)	三、护理评估·····	(65)
三、护理评估·····	(43)	四、相关护理诊断/合作性问题 ·····	(66)
四、相关护理诊断/合作性问题 ·····	(45)	五、护理计划·····	(66)
五、护理计划·····	(45)	六、实施·····	(68)
六、实施·····	(48)	七、评价·····	(69)
七、评价·····	(48)	第十三节 腹痛·····	(69)
第九节 脱水·····	(48)	一、概述·····	(69)
一、概述·····	(48)	二、病因及发生机制·····	(69)
二、临床分类及病因·····	(48)	三、常见疾病腹痛特点·····	(70)
三、发生机制·····	(49)	四、护理评估·····	(72)
四、护理评估·····	(51)	五、相关护理诊断/合作性问题 ·····	(73)
五、相关护理诊断/合作性问题 ·····	(52)	六、护理计划·····	(74)
六、护理计划·····	(52)	七、实施·····	(77)
七、实施·····	(54)	八、评价·····	(77)
八、评价·····	(54)	第十四节 腹胀·····	(78)
第十节 食欲不振·····	(54)	一、概述·····	(78)
一、概述·····	(54)	二、病因及发生机制·····	(78)
二、病因及发生机制·····	(55)	三、护理评估·····	(80)
三、护理评估·····	(56)	四、相关护理诊断/合作性问题 ·····	(81)
四、相关护理诊断/合作性问题 ·····	(57)	五、护理计划·····	(82)
五、护理计划·····	(57)	六、实施·····	(83)
六、实施·····	(59)	七、评价·····	(83)
七、评价·····	(59)	第十五节 腹泻·····	(83)
第十一节 恶心、呕吐·····	(59)	一、概述·····	(83)
一、概述·····	(59)	二、病因及发生机制·····	(84)
二、病因及发生机制·····	(59)	三、护理评估·····	(85)
三、护理评估·····	(60)	四、相关护理诊断/合作性问题 ·····	(86)
四、相关护理诊断/合作性问题 ·····	(62)	五、护理计划·····	(86)
五、护理计划·····	(62)	六、实施·····	(88)

七、评价····· (88)	七、评价····· (106)
第十六节 便秘····· (88)	第二十节 意识障碍····· (106)
一、概述····· (88)	一、概述····· (106)
二、病因及发生机制····· (88)	二、病因及发生机制····· (106)
三、护理评估····· (90)	三、临床表现····· (107)
四、相关护理诊断/合作性问题 ····· (91)	四、护理评估····· (108)
五、护理计划····· (91)	五、相关护理诊断/合作性问题 ····· (109)
六、实施····· (92)	六、护理计划····· (110)
七、评价····· (92)	七、实施····· (112)
第十七节 便血····· (93)	八、评价····· (112)
一、概述····· (93)	第二章 常见药物症状护理 ·····
二、病因及发生机制····· (93)	····· (113)
三、护理评估····· (93)	第一节 概述····· (113)
四、相关护理诊断/合作性问题 ····· (94)	一、药物症状护理的意义 ····· (113)
五、护理措施及依据····· (95)	二、药物症状评估的基本内容 ····· (114)
六、实施····· (96)	三、药物症状护理的基本方法 ····· (114)
七、评价····· (96)	第二节 过敏性休克····· (115)
第十八节 头痛····· (96)	一、概述····· (115)
一、概述····· (96)	二、常见药物及发生机制 ····· (115)
二、病因及发生机制····· (97)	三、护理评估····· (115)
三、常见疾病发生头痛的特点 ····· (97)	四、相关护理诊断/合作性问题 ····· (116)
四、护理评估····· (98)	五、护理计划····· (116)
五、相关护理诊断/合作性问题 ····· (100)	六、实施····· (117)
六、护理计划····· (100)	七、评价····· (117)
七、实施····· (102)	第三节 药源性皮疹····· (117)
八、评价····· (102)	一、概述····· (117)
第十九节 抽搐与惊厥····· (102)	二、常见药物及发生机制 ····· (118)
一、概述····· (102)	三、护理评估····· (118)
二、病因及发生机制····· (102)	四、相关护理诊断/合作性问题 ····· (119)
三、护理评估····· (103)	五、护理计划····· (119)
四、相关护理诊断/合作性问题 ····· (104)	
五、护理计划····· (104)	
六、实施····· (106)	

六、实施	(120)	第二节 失眠	(129)
七、评价	(120)	一、概述	(129)
第四节 药源性血尿	(120)	二、病因及发生机制	(129)
一、概述	(120)	三、护理评估	(131)
二、常见药物及发生机制	(120)	四、相关护理诊断/合作性问题	(131)
三、护理评估	(121)	五、护理计划	(131)
四、相关护理诊断/合作性问题	(121)	六、实施	(132)
五、护理计划	(121)	七、评价	(132)
六、实施	(122)	第三节 焦虑	(132)
七、评价	(122)	一、概述	(132)
第五节 药源性黄疸	(122)	二、病因及发生机制	(133)
一、概述	(122)	三、护理评估	(133)
二、常见药物及发生机制	(122)	四、相关护理诊断/合作性问题	(134)
三、护理评估	(123)	五、护理计划	(134)
四、相关护理诊断/合作性问题	(123)	六、实施	(135)
五、护理计划	(123)	七、评价	(135)
六、实施	(124)	第四节 恐惧	(135)
七、评价	(124)	一、概述	(135)
第六节 药源性听力障碍	(124)	二、病因及发生机制	(135)
一、概述	(124)	三、护理评估	(136)
二、常见药物及发生机制	(124)	四、相关护理诊断/合作性问题	(136)
三、护理评估	(125)	五、护理计划	(136)
四、相关护理诊断/合作性问题	(125)	六、实施	(137)
五、护理计划	(125)	七、评价	(137)
六、实施	(126)	第五节 抑郁	(138)
七、评价	(126)	一、概述	(138)
第三章 常见心理症状护理	(127)	二、病因及发生机制	(138)
第一节 概述	(127)	三、护理评估	(138)
一、心理症状护理的意义	(127)	四、相关护理诊断/合作性问题	(139)
二、心理症状评估的基本内容	(127)	五、护理计划	(139)
三、心理症状护理的基本方法	(129)	六、实施	(140)
		七、评价	(140)
		第六节 自我概念变化	(140)
		一、概述	(140)

二、病因及发生机制	(140)	三、临床常见心律失常类型特点及 处理	(167)
三、护理评估	(141)	四、护理评估	(175)
四、相关护理诊断/合作性问题	(142)	五、相关护理诊断/合作性问题	(177)
五、护理计划	(142)	六、护理计划	(177)
六、实施	(143)	七、实施	(181)
七、评价	(143)	八、评价	(181)
第四章 常见临床综合病症护理	(144)	第五节 肝性脑病	(182)
第一节 概述	(144)	一、概述	(182)
一、临床综合征护理的意义	(144)	二、病因及发生机制	(182)
二、临床综合征评估的基本内容	(144)	三、护理评估	(183)
三、临床综合征护理的基本方法	(145)	四、相关护理诊断/合作性问题	(184)
第二节 呼吸衰竭	(145)	五、护理计划	(184)
一、概述	(145)	六、实施	(187)
二、病因与分类	(145)	七、评价	(187)
三、发生机制与病理生理 ..	(146)	第六节 上消化道出血	(187)
四、护理评估	(148)	一、概述	(187)
五、相关护理诊断/合作性问题	(149)	二、病因及发生机制	(187)
六、护理计划	(149)	三、护理评估	(188)
七、实施	(152)	四、相关护理诊断/合作性问题	(191)
八、评价	(152)	五、护理计划	(191)
第三节 心力衰竭	(153)	六、实施	(195)
一、概述	(153)	七、评价	(195)
二、病因及发生机制	(153)	第七节 慢性肾功能衰竭	(195)
三、护理评估	(155)	一、概述	(195)
四、相关护理诊断/合作性问题	(158)	二、病因及发生机制	(195)
五、护理计划	(158)	三、护理评估	(196)
六、实施	(164)	四、相关护理诊断/合作性问题	(199)
七、评价	(164)	五、护理计划	(199)
第四节 心律失常	(164)	六、实施	(203)
一、概述	(164)	七、评价	(203)
二、病因及发生机制	(165)	第八节 甲状腺危象	(203)
		一、概述	(203)
		二、病因及发生机制	(204)

三、护理评估	(204)	二、病因与分类	(210)
四、相关护理诊断/合作性问题	(206)	三、病理生理改变	(211)
五、护理计划	(207)	四、护理评估	(213)
六、实施	(209)	五、相关护理诊断/合作性问题	(215)
七、评价	(209)	六、护理计划	(215)
第九节 休克	(210)	七、实施	(219)
一、概述	(210)	八、评价	(219)

第一章 常见疾病症状护理

第一节 概 述

一、疾病症状护理的意义

疾病症状是指在疾病发生、发展及转归过程中,病人所描述的疾病所致的自我异常感觉或病理现象。

病人异常症状的出现,常常预示着病情的恶化或提示其他疾病的存在。在临床上,如果护理人员对某些急、危、重症病人出现的异常症状,不能够做到及时发现、及时处理,往往会危及到病人的生命。因此,在护理工作中观察与判断病人疾病症状的反应,不仅是护理职责所要求,而且是护理人员确定护理诊断或合作性问题、制订和实施相应的护理措施、解决疾病给病人带来的不适、满足病人生理需求、进行系统化整体护理的重要内容和体现。

二、疾病症状评估的基本内容

(一)疾病诊断资料。了解病人的疾病诊断及病情,是护理人员进行病情观察的前提和基础,一般通过查阅病历或询问医生获得。

(二)症状反应资料。主动观察病人病情变化和症状反应,是发现疾病症状护理问题的主要途径。可通过直接观察病人、询问其他知情人来获得护理评估的详细资料。主要包括:症状发生的时间、部位、性质、起病情况、持续时间和发作频率、严重程度等。

(三)心理社会资料。症状反应对病人的影响,除了与疾病症状程度的严重性有关外,还与病人对症状反应的认识、症状对病人产生的不良心态有关。故收集的内容包括:病人对症状的认知、心理反应,病人的应对能力与应对方式,家人对病人的照顾程度,社会的支持度,病人对医疗与护理的期望等。

(四)身体评估结果资料。根据症状反应对病人进行相应的身体评估,护理人员可以获得病人的客观资料。如冠心病病人出现气急、咳嗽症状,应进行肺部听诊,了解有无湿性啰音出现,是否为心衰的前兆,以便采取更换体位、吸氧等措施;如发现病人面色潮红,应及时给病人测量体温、了解是否发热等,为护理评估收集真实客观的临床资料。

(五)诱因调查资料。了解收集病人症状发生或加重的诱发因素,主要包括:劳累、睡眠、体位、情绪、饮食等,如风心病病人夜间平卧后,突然感觉胸闷、气急,被迫坐起,可提示病人心功能不全严重,护理时应考虑体位对病情的影响。

(六)实验室及其他检查资料的收集。护理人员可通过查阅病历获得检查结果。为护理诊断的确定提供依据。常用的内容包括:血常规、尿常规、便常规、心电图、B超等。

三、疾病症状护理的基本方法

(一)密切观察病情变化。护理过程中能否及时解决症状造成的不良后果,早期、及时发现症状的出现或变化是护理的关键。故观察病人病情变化是最基本的护理方法,是实施护理措施的基础。

(二)询问病人的主观感觉,满足病人的基本需要。要了解症状反应对病人的影响是否严重,必须询问病人的感觉,与病人讨论、分析产生原因,才能制订切实可行的解决方法。通过病人,可以反馈护理的效果,保证护理质量。

(三)注意饮食的护理。饮食护理既是提高病人抵抗力的主要措施,也是减轻或消除某些症状的治疗手段。故应结合病人的病情、饮食习惯,制订相应的饮食护理计划。饮食护理是最基本的护理方法之一。

(四)做好用药的护理。药物治疗是减轻、消除疾病症状反应的根本措施。正确合理地用药,做好药物效果、不良反应的监测,是护理人员的主要职责之一。

(五)协助医生处理危急症状。根据病人症状的严重程度,积极判断症状带来的危急后果,并积极准备急救物品,熟练应用急救技术抢救病人,是护理人员必须具备的素质。

(六)做好相关的保健指导。提高病人的保健意识,做好保健指导工作,提高病人自我保健、自我护理的能力,是巩固护理效果、减轻症状反应的重要手段。故要通过一定的方法和手段,对病人及家属进行健康知识的教育,以达到自我保健,预防严重并发症发生的护理目的。

第二节 发热

一、概述

发热是指体温调节中枢受致热源作用,或体温调节中枢功能紊乱,使产热增多,散热减少,体温升高超过正常范围。

正常体温调节及范围:体温调节中枢位于丘脑下部。下丘脑后区为产热中枢,前区为散热中枢。人体体温受大脑皮质及丘脑下部体温调节中枢所控制,又受神经、体液因素调节产热、散热过程,以保持动态平衡,维持人体体温在正常范围内。体内产热主要在肝脏及肌肉,特别是骨骼肌产热尤为突出,散热大部分从人体表面,通过辐射、对流和蒸发出汗散出。

通常所说的正常体温并不是指某一个具体的数值,而是指一定的温度范围。一般在休息状态下,口腔温度为 $36.3^{\circ}\text{C} \sim 37.2^{\circ}\text{C}$,直肠温度较口腔温度高 0.5°C ;腋窝温度较口腔温度低 0.5°C 。

正常情况下,体温受人体内外环境影响可在一定范围内波动,波动幅度一般不超过

0.5℃~1.0℃,影响体温的生理因素有:①昼夜因素:正常人的体温在24h内呈周期性的变化,与机体的昼夜活动的节律有关。一般,清晨1点~4点活动量最少,体温较低;下午4点~7点活动量多,体温较高。②年龄:婴幼儿的体温略高于成人,且小儿年龄越小,中枢神经系统体温调节功能越差;小儿体表面积相对大,体温调节也差;新生儿皮下脂肪薄,肌肉不发达更易受环境影响,故体温易波动。随着年龄的增长,体温有逐渐下降的趋势,大约每增长10岁,体温降低约0.05℃,14岁~16岁的青春期末体温接近成人。老年人代谢率较低,则体温相对较低。③环境温度:在寒冷或炎热的环境下,人体的散热受到明显的抑制或加强,体温均可暂时降低或升高。活动:任何需要消耗体力的活动,均使肌肉代谢增强,产热增加,使体温暂时性上升1℃~2℃,如剧烈体力活动后或情绪激动、紧张等。饮食:进食的冷热可以暂时性地影响口腔温度。进食后,由于食物的特殊动力作用,可以使体温暂时性升高0.3℃左右。性别:一般女性皮下脂肪较男性厚,所以女性的体温稍高于同年龄体型相似的男性约0.3℃;并与内分泌功能生理周期的改变有关,如妇女在月经前和妊娠期体温可稍高于平日0.2℃~0.3℃。

当任何原因影响了人体的产热或散热过程,使体温超过了正常范围即可表现为发热。

二、病因及发生机制

(一)病因:引起发热的原因大致分为两大类,感染性发热与非感染性发热,临床上以感染性发热多见。

1. 感染性发热:常见于各种病原体如细菌、病毒、霉菌、寄生虫、支原体等引起的发热。临床常见的细菌感染性发热如肺炎、败血症、肝脓肿、肾盂肾炎、结核、伤寒等;病毒感染性发热如病毒性肝炎、乙型脑炎、流行性出血热、流行性感冒、麻疹、脊髓灰白质炎等;原虫所致疾病、霉菌性肺炎等也可致发热。

2. 非感染性发热:非病原体物质引起的发热均属非感染性发热。

(1) 无菌性坏死组织吸收:包括机械性、物理或化学性因素所致组织损伤如体表大面积烧伤、大手术后组织损伤、内出血形成血肿、血管栓塞或血栓形成所致的心肌、脾及肺组织等内脏梗死或肢体坏死;恶性肿瘤、溶血反应所致组织坏死与细胞破坏等。

(2) 抗原-抗体反应:常见风湿热、药物热、血清热、类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮等免疫性疾病。

(3) 体温调节中枢功能障碍:常见于中暑、安眠药中毒、脑出血、脑震荡、颅骨骨折、颅内肿瘤及中毒性脑病等。以上原因可以直接损害体温调节中枢,致使其功能失常而引起发热。高热无汗是这类发热的特点。

(4) 内分泌与代谢障碍:甲状腺功能亢进、重度脱水等。

(5) 皮肤散热减少:如广泛性皮炎、鱼鳞病使皮肤散热减少;心力衰竭时,由于心搏出量降低,皮肤血流量减少及水肿隔热作用,使散热减低易引起低热。

(6) 自主神经功能紊乱:由于自主神经功能紊乱,影响正常的体温调节过程,使产热大于散热,体温升高。一般多为低热,常伴有自主神经功能紊乱的其他表现,属功能性发热范畴。常见的功能性低热有原发性低热:由于自主神经功能紊乱所致的体温调节障碍或体质异常,体温升高可持续数月甚至数年之久,热型较规则,体温波动范围较小,多在

0.5℃以内。感染后低热:由于病毒、细菌、原虫等感染后,低热不退,而原有感染已愈。此系体温调节中枢对体温的调节功能仍未恢复正常所致,但必须注意与机体抵抗力降低导致潜在的病灶(如结核)活动或其他新感染所致的发热相区别。夏季低热:低热仅发生于夏季,秋凉后自行消退,每年如此反复出现,连续数年后多可自愈。多见于幼儿,因体温调节中枢功能不完善,夏季身体虚弱,且多见于营养不良或脑发育不全者。生理性低热:多见于精神紧张、剧烈运动后。可见月经前及妊娠初期的低热现象。

(二)发生机制:

1.致热源性发热:是引起发热的最主要因素。目前公认致热源是引起发热的主要物质,致热源分外源性及内源性两种。外源性致热源包括细菌内毒素、外毒素、病毒、霉菌产物、抗原-抗体复合物、炎症性渗出物、组织坏死物质等。内源性致热源又称白细胞致热源,主要来源于中性粒细胞和单核细胞,这些细胞含有无活动性微量致热源,但是不能自动释放,当受到外源性致热源激活后,才能释放内源性致热源(白细胞介素-1、白细胞介素-6、肿瘤坏死因子、干扰因子等)入血。内源性致热源可通过血-脑积液屏障,作用于下丘脑体温调节中枢的体温调定点,使调定点上升。体温调节中枢必须对体温加以重新调节发出冲动,并通过垂体内分泌因素使代谢增加或通过运动神经使骨骼肌阵挛,使产热增多;另一方面可通过交感神经使皮肤血管收缩及竖毛肌排汗停止,散热减少。这一综合调节作用使产热大于散热,体温升高引起发热。

2.非致热源性发热:见于体温调节中枢直接受损,调节功能障碍如颅脑外伤、出血、炎症等;引起产热过多的疾病,如癫痫持续状态、甲状腺功能亢进症等产热大于散热;引起散热减少的疾病,如广泛性皮炎,心力衰竭等使散热小于产热所致。

发热是临床最常见症状之一,又是发热性疾病所共有的一种病理生理过程。

三、发热的病生理变化

(一)发热过程一般可分为三个阶段:

1.体温上升期:因体温调节中枢发出的冲动经交感神经而引起皮肤血管收缩、浅层血流减少,散热减少;同时刺激皮肤的冷觉感受器并传至中枢引起畏寒;中枢发出的冲动再经运动神经传至运动终板引起骨骼肌不随意的周期性收缩,发生寒战及竖毛肌收缩,故临床表现为皮肤苍白、无汗,畏寒或寒战,伴全身疲乏不适、肌肉酸痛。此期的特点为产热大于散热,体温升高。体温上升有两种形式:

(1)骤升型:体温迅速上升,在数小时内可达39℃~40℃或以上,常伴有寒战。多见大叶性肺炎、急性肾盂肾炎、疟疾败血症、流行性感、输液反应或某些药物反应等。

(2)缓升型:体温逐渐上升,经数日可达高峰,常见伤寒、结核病等。

2.高热期:是指体温上升达高峰之后保持一定时间,可因不同病因持续数小时、数日或数周。此期体温已达到或略高于上移的体温调定点水平,体温调节中枢不再发出寒战冲动,皮肤血管由收缩转为舒张。故临床上寒战消失;皮肤潮红、灼热;呼吸深快,脉搏随体温升高而加速,除外伤寒及某些病毒感染时出现的相对缓脉;开始出汗并逐渐增多,使产热和散热在较高的水平上趋于平衡。

高热可致烦躁不安、谵语、幻觉等意识改变;持续高热,大脑皮质和呼吸中枢功能抑

制,可出现昏迷、呼吸浅慢或不规则;小儿高热易出现惊厥;发热时因胃肠功能异常,多有食欲不振、恶心、呕吐;持久发热使物质消耗明显增加,如营养物质摄取不足,可致消瘦;发热所致唾液腺分泌减少和出汗、失水可使口腔黏膜干燥,有利于细菌和其他病原体的侵袭和生长,引起口腔炎症,如口唇疱疹、舌炎、牙龈炎等。

3. 体温下降期:随着病因的消除,致热源的作用逐渐减弱或消失,体温中枢的体温调定点逐渐降至正常水平。此期产热趋于正常,散热大于产热,体温下降并恢复至正常水平。表现为出汗多,皮肤潮湿。体温下降可分两种形式:

(1) 骤降型:在数小时内体温迅速下降至正常水平,或稍低于正常,多伴有大量出汗。可见于大叶性肺炎、疟疾、急性肾盂肾炎输液反应等。

(2) 渐降型:发热经数日逐渐降到正常体温范围,见于伤寒、布氏杆菌病等。

在体温下降期,由于末梢血管扩张和出汗,血压可轻度下降。年老体弱者或原有心血管疾病者,可因大量出汗和饮水不足而发生失水、休克。

(二) 发热时机体代谢及重要系统功能的变化:

1. 发热初期病人常感到头痛、头晕,高热病人可出现烦躁不安、谵语,小儿高热易伴有惊厥。发热期由于唾液、消化液分泌减少,胃肠蠕动减弱,病人表现为口干、食欲低下或伴恶心、呕吐。另外,体温上升至高热时,多见尿量减少,尿比重升高,持续高热时,尿中可出现一过性蛋白及管型。

2. 急性发热或体温上升期,由于心率加快,末梢血管收缩,血压可略有升高;反之,体温下降期由于末梢血管扩张、大量出汗,血压可轻度下降。

3. 呼吸频率及脉率随体温升高而增加,一般体温每升高 1°C ,脉率平均增加10次/min。少数发热性疾病脉率与体温升高不成比例,脉率增加少,称为相对缓脉,如伤寒高热。体温升高 1°C ,呼吸频率平均增加3次~4次/min。当肺部、胸膜疾患时,呼吸频率增加更多。

4. 发热时可使糖、脂肪、蛋白质分解代谢率增强,以供机体热能需要。蛋白质每日分解量可为健康人的3倍~4倍,故发热时间过长,会使病人消瘦、抵抗力下降。机体代谢亢进,维生素消耗量增多,高热病人易发生维生素C和B族缺乏。体温下降期由于出汗增多、皮肤及呼吸道水分蒸发也增多,易导致机体脱水。

四、护理评估

(一) 健康史:

1. 询问病人有无类似发热史及慢性疾病史。

2. 发热前有无拔牙史,此后牙仍肿痛;或曾下乡饮用井水、接触过成群牛羊等等。有无诱发因素,如再次受凉、过度疲劳等。

3. 发热后曾做过哪些处理,去何处看过病,用过什么药,效果如何?

4. 女病人要了解其月经周期,有无妊娠等。

5. 询问环境温度,小儿发热时还应询问衣着及盖被情况。

(二) 临床表现:

1. 发热起病呈急骤或缓升。

2. 发热后有哪些不适, 体温上升期病人往往有寒战或畏寒, 头痛、全身酸痛; 高热期则有灼热、口舌干燥、头晕、烦躁, 尿少等; 体温下降期表现为出汗或大汗淋漓。

3. 发热的高度、发热持续时间及体温变化规律。

(1) 发热程度(以口腔温度为标准)可分为:

低热 $37.3^{\circ}\text{C} \sim 38^{\circ}\text{C}$

中等热 $38.1^{\circ}\text{C} \sim 39^{\circ}\text{C}$

高热 $39.1^{\circ}\text{C} \sim 41^{\circ}\text{C}$

超高热 41°C 以上

(2) 热期: 发热在 2 周以内为急性发热; 体温在 38°C 以上, 持续 2 周或更长称中期中、高热; 低热持续 1 个月以上者, 称长期低热。

(3) 热型发热病人在不同的时间测得的体温数值分别记录在体温单上, 将各体温数值点连接起来成体温曲线, 该曲线的不同形态称为热型, 即体温变化的规律。由于病因不同, 发热的热型常见下列六种:

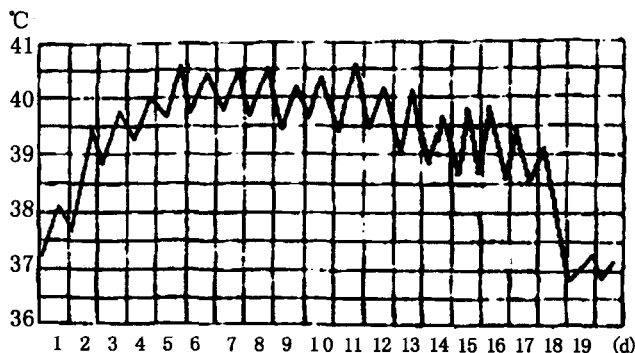


图 1-1 稽留热

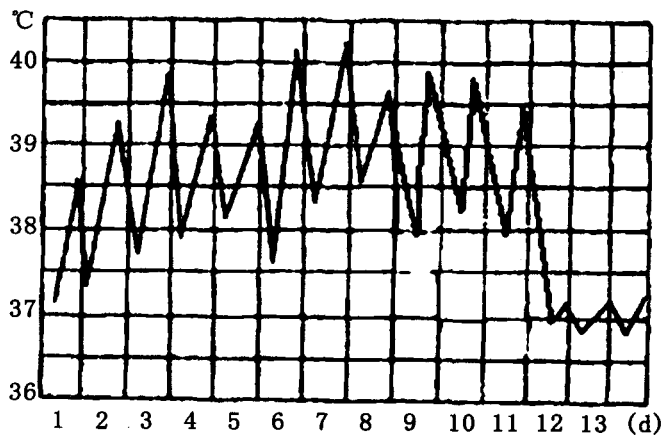


图 1-2 弛张热

1) 稽留热: 体温持续在 $39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$, 或更高, 可持续数日或数周, 体温 24h 波动范围不