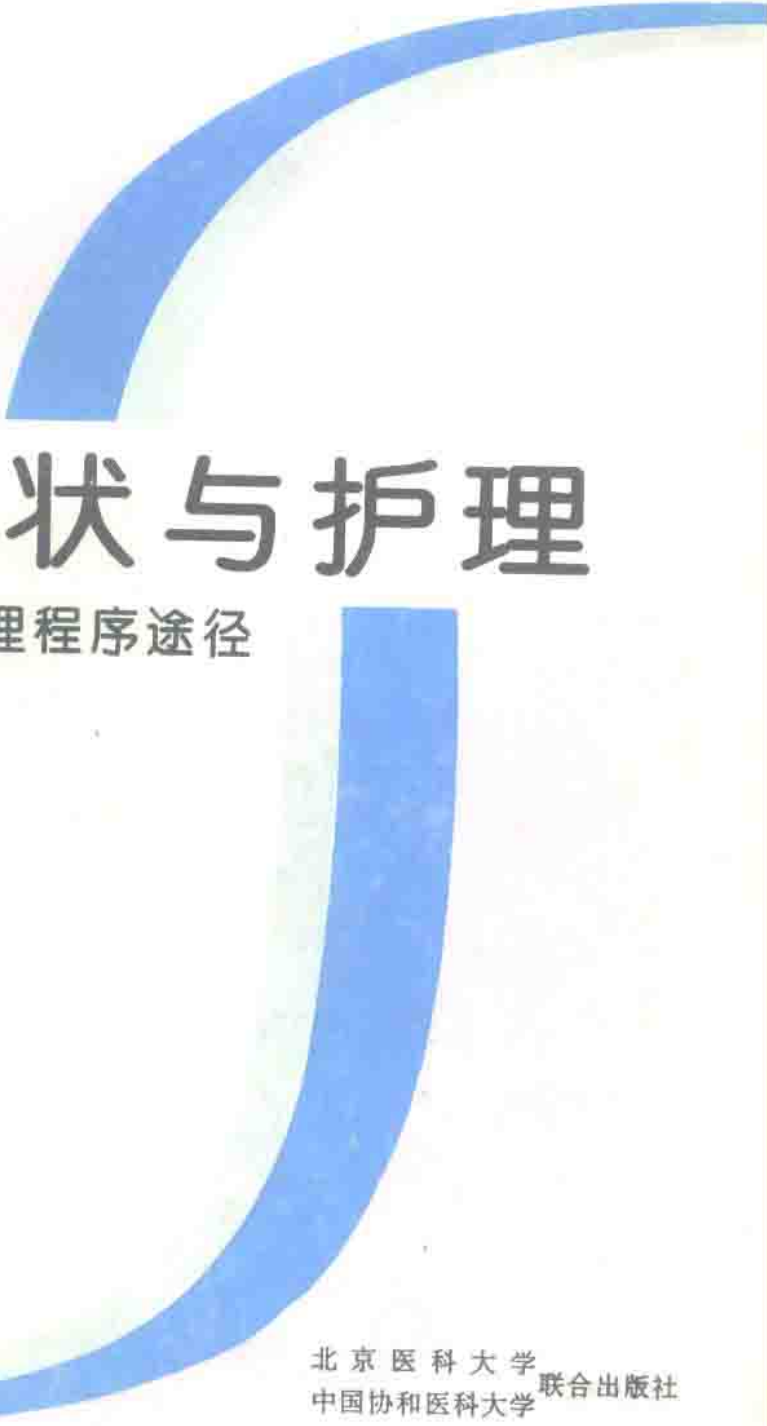




症状与护理

——护理程序途径

吴光煜 主编

北京医科大学
中国协和医科大学 联合出版社

症 状 与 护 理

——护理程序途径

主 编 吴光煜

编著者 (以姓氏笔划为序)

王宜芝

吴光煜

姚景鹏

主 审 纪 昶

北 京 医 科 大 学
中 国 协 和 医 科 大 学

联合出版社

(京)新登字 147 号

图书在版编目 (CIP) 数据

症状与护理: 护理程序途径/吴光煜主编. —北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1997. 1
ISBN 7-81034-664-4

I. 症… II. 吴… III. 症状-护理学 IV. R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (96) 第 19306 号

北京医科大学 联合出版社出版发行
中国协和医科大学

(100083 北京学院路 38 号 北京医科大学院内)

泰山新华印刷厂莱芜厂印刷 新华书店经销

※ ※ ※

开本 850×1168 1/32 印张 6.5 字数 167 千字

1997 年 1 月第 1 版 1997 年 1 月北京第 1 次印刷 印数 1—8000 册

定价: 9.20 元

前 言

症状是病人患病时主观感觉到的异常或不适感觉，也是引起病人痛苦和不安的健康问题。治疗疾病固然是解除症状的必要方法，而通过症状护理手段来减轻或消除病人痛苦，帮助病人恢复健康也具有极其重要的作用。

由于医学模式的转变和护理学的发展，护理已由单纯的以疾病为中心的功能制护理转变成为以病人（护理对象）为中心的责任制护理，护理程序是适应责任制护理的一种新的工作方法，可以体现护理专业的科学性和独立性。本书即是为提高广大护理人员运用护理程序的能力而编写的。

为了便于护士更好地制定各个症状的护理程序，书中对临床某些常见和重要症状的概念、发病机理、常见病因、临床表现及伴随症状等分别做了较为详细的阐述，使护理人员对临床常见症状有较为全面的认识和清楚的概念，对其发生、发展过程以及对病人身心造成的影响有较为深入的了解，以开阔思路、提高医学理论知识水平，为制定护理计划提供理论依据。护理部分按护理程序编写，目的是帮助护士正确应用护理程序，为病人进行身心整体护理，促进责任制护理水平的提高，体现护理专业的特色。

为了避免重复及篇幅所限，本书每一症状的护理部分仅以一个或几个主要的护理诊断为例制定出护理计划，应用时可举一反三，结合病人的具体情况灵活运用。另外，有一部分症状的护理程序中加入了评价内容，以起示范作用。

本书是作者根据多年来的临床实践经验，将症状学知识与临床护理程序相结合编写而成，不仅内容丰富，而且具有较强的实用性，是广大护理人员执行责任制护理有价值的参考书。其理论

知识及按护理程序对病人进行整体护理的工作方法也是护理专业学生所应该具备的，因此也可作为教材使用。

由于作者水平有限，且时间仓促，书中难免有不足之处，敬请专家及读者提出宝贵意见。本书得到臧运敏教授的大力支持，特此表示感谢！

编 者

1996 年 10 月

目 录

发热.....	(1)
疼痛	(15)
头痛	(20)
胸痛	(29)
腹痛	(37)
水肿	(52)
脱水	(63)
咳嗽与咯痰	(75)
呼吸困难	(87)
咯血.....	(101)
心悸.....	(110)
休克.....	(117)
食欲不振.....	(129)
恶心与呕吐.....	(138)
呕血.....	(146)
便血.....	(154)
腹泻.....	(160)
便秘.....	(168)
腹胀.....	(175)
昏迷.....	(185)
惊厥.....	(194)

发 热

fever

一、概述

当体温调节中枢受致热原作用或本身功能紊乱时，使人体体温升高超过正常范围的高限时，称为发热，人们又常称为发烧。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，以保持其动态平衡，维持人体体温在正常范围内。例如当人体受细菌感染后，粒细胞释放致热原作用于体温调节中枢，或中暑造成体温调节中枢功能紊乱都可引起发热。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。

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。

正常体温的范围：

一般认为休息状态下，口腔温度不超过 37.2°C ，直肠温度不超过 37.6°C ，腋窝温度不超过 37°C ，超过以上界线时，临床上多认为是体温增高即发热。

体温生理变异：

体温受人体内外环境影响可稍有变化。昼夜间有一定变动，清晨起床体温较低，下午6点到晚上10点可达最高峰，一般不超过 1°C 。剧烈体力活动后或情绪激动、紧张都使产热增加。高温环境下工作、炎热的夏季人体体温均可暂时升高，这种生理性升高，通过自动调节，体温不久就可恢复正常。内分泌功能生理周期的改

变也会影响体温,例如妇女在月经前和妊娠期体温可稍高于平日。同时,还应注意体温与年龄的关系。如小儿年龄越小,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。老年人代谢率较低,则体温相对较低。

二、病因和发病机制

(一) 病因

引起发热的原因大致分为两大类,感染性及非感染性,以感染性多见。

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。临床常见细菌感染如肺炎、败血症、肝脓肿、肾盂肾炎、结核、伤寒等;病毒感染如病毒性肝炎、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(如疟疾、阿米巴病等)、霉菌肺炎也可致发热。

2. 非感染性发热:多见以下原因。

(1) 无菌性组织损伤:大手术后组织损伤、内出血形成血肿、心肌及肺组织等内脏梗死、体表大面积烧伤等。

(2) 恶性疾病:原发性肝癌、淋巴瘤、恶性组织细胞病、急性白血病等癌症易引起发热。

(3) 变态反应性疾病:常见药物热、类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮等。

(4) 中枢神经性发热:如中暑、脑出血、脑震荡、颅骨骨折及中毒性脑病等。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。植物神经功能紊乱的妇女可有不规则低热。

(5) 产热、散热异常:产热过多引起发热,如甲状腺机能亢进、剧烈运动后、癫痫等。散热障碍引起发热,如广泛性皮炎;慢性心功能不全时,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。

(二) 发病机制

发热性疾病病因很多,大部分导致体温升高的机制是相同的。目前公认致热原是引起发热的主要物质,致热原分外源性及内源性两种。外源性致热原包括细菌内毒素、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。内源性致热原又称白细胞致热原,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原,但是不能自动释放,只有在受到外源性致热原作用下被激活后,才能释放内源性致热原入血。内源性致热原分子量小(10000~20000),可通过血脑屏障,作用于下丘脑体温调节中枢而引起发热。另外,肿瘤发热除了通过免疫反应,使白细胞释放致热原外,可能癌细胞本身也能产生致热原。内源性致热原在机体内,最终由肝、肾灭活,主要由肾脏从尿中排出。

三、临床表现

发热多表示疾病存在的一种信号,每类发热性疾病,其发热高低、起病缓急、热型及恢复情况各有不同,现将发热特点分述如下:

(一) 发热程度

发热程度可分为:

低热	37.5℃~38℃
中等热	38.1℃~39℃
高热	39.1℃~41℃
超高热	41℃ 以上

(二) 发热过程及热型

发热过程一般可分为三个阶段(图1)。

1. 体温上升期:患者多感到疲倦,全身不适,肌肉酸痛,怕冷或寒战。

体温上升有两种形式:

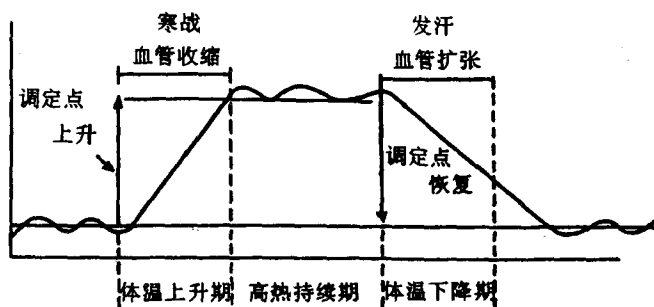


图1 发热的发展过程

(1) 骤升型：体温迅速上升，在数小时内可达 $39^{\circ}\text{C}\sim 40^{\circ}\text{C}$ 或以上，常伴有寒战。多见大叶性肺炎、急性肾盂肾炎、疟疾等。

(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. 高热持续期：此期体温可达高峰，患者常自觉灼热，皮肤由苍白转为潮红，呼吸加快。

由于病因不同，发热的热型常见下列六种：

(1) 稽留热 (continuous fever)：体温持续在 $39^{\circ}\text{C}\sim 40^{\circ}\text{C}$ ，或更高，可保持数日或数周，体温每日波动在 1°C 以内。此种热型可见于大叶性肺炎、伤寒等 (图 2)。

(2) 弛张热 (remittent fever)：为持续高热 39°C 以上，每日体温波动在 2°C 以上，但最低体温仍不降至正常。此热型多见化脓性感染、败血症、结核病、恶性疟疾等 (图 3)。

(3) 间歇热 (intermittent fever)：高热期与无热期交替地出现。高热时，体温可达 39°C 以上，持续数小时后体温骤降至正常；无热期体温正常可达数小时或数日，然后，体温又突然升高，如此反复发作。典型疾病见于疟疾、急性肾盂肾炎等 (图 4)。

(4) 不规则热 (irregular fever)：为一种常见热型，体温变动

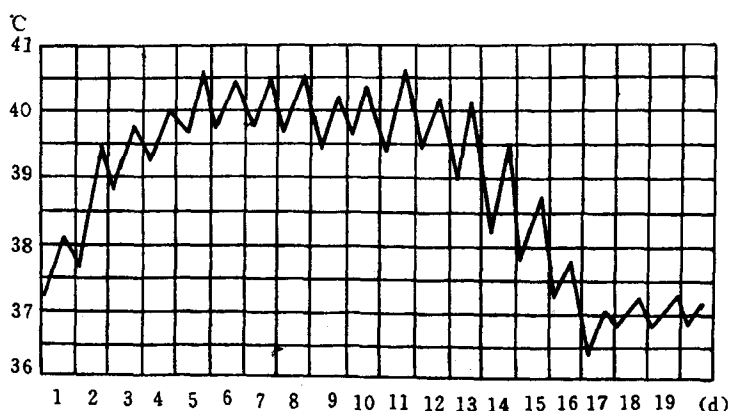


图2 稽留热

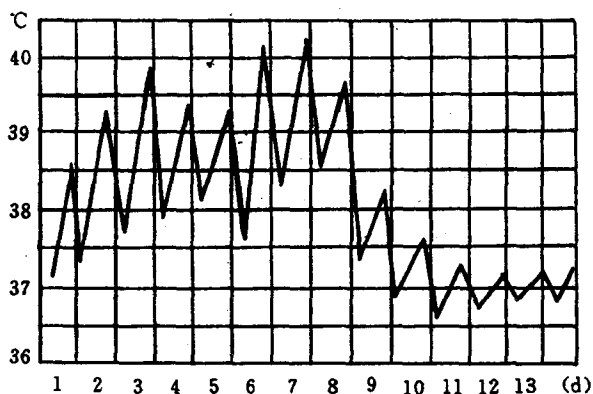


图3 弛张热

极不规则，高热持续时间不定，每日体温波动的范围也不定。此种热型可见风湿热、结核病、支气管肺炎、感染性心内膜炎等（图5）。

(5) 回归热 (recurrent fever): 体温骤然上升至 39°C 以上，持续数日后又骤然下降至正常。体温正常数日后又突然升高，如此反复发作。此种热型可见于回归热、何杰金病等（图6）。

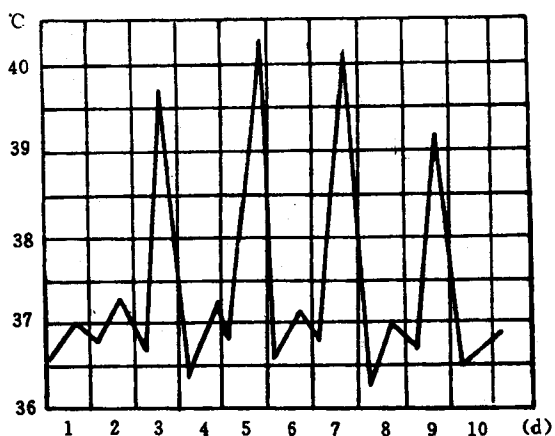


图 4 间歇热

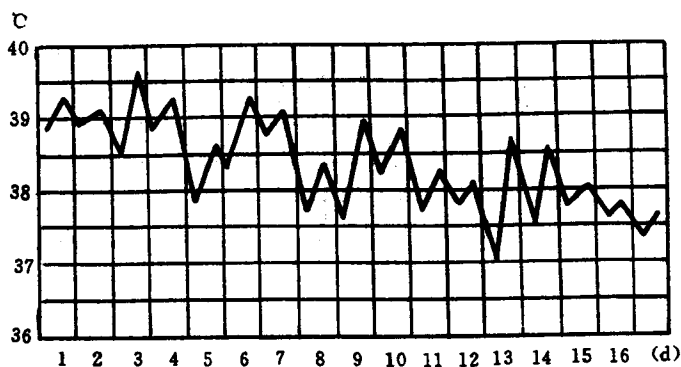


图 5 不规则热

(6) 波状热 (undulant fever): 体温逐渐升高达 39°C 或以上, 数日后体温逐渐下降至低热或正常水平, 数日后又逐渐上升, 如此反复发作。此种热型可见布氏杆菌病 (图 7)。

3. 体温下降期: 当疾病得到控制后, 发热会消退, 体温恢复到正常。

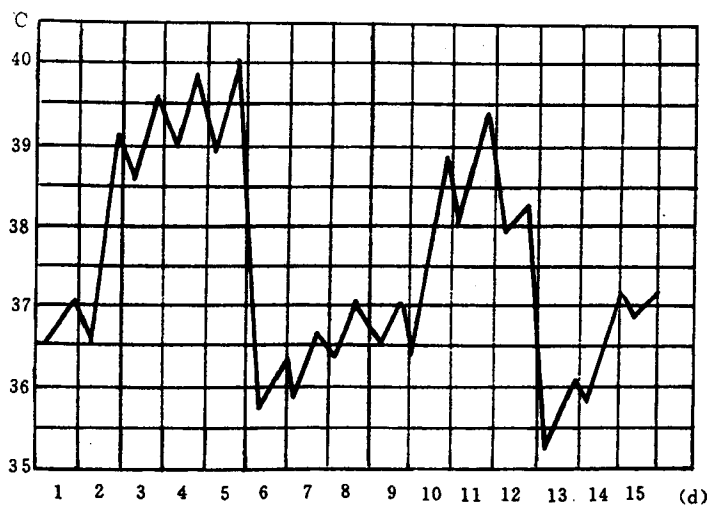


图 6 回归热

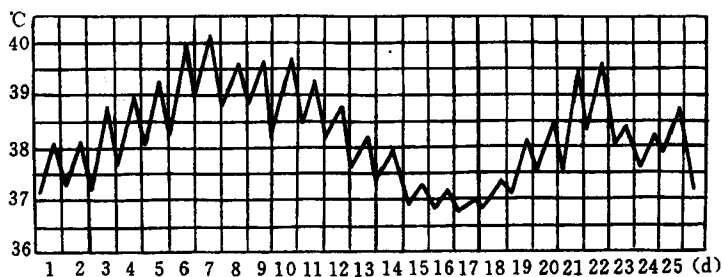


图 7 波状热

体温可分两种形式：

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

(2) 缓降型：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。

(三) 发热时机体代谢及重要系统功能的变化

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，会使患者消瘦、抵抗力下降。机体代谢亢进，维生素消耗量增多，高热患者易发生维生素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。

呼吸频率及脉率随体温升高而增加，一般体温每升高1℃，脉率平均每分钟增加10次。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℃，呼吸频率平均每分钟增加3次~4次。当肺部、胸膜疾患时，呼吸频率增加更多。

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。

发热初期患者常感到头痛、头晕，高热患者可出现烦躁不安、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，患者表现为口干、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和管型。

四、伴随症状

发热伴有下列症状时，可能对发热原因的确诊有一定帮助。

(一) 寒战

发热起病急并伴寒战，常为感染性疾病的表现，特别是细菌性感染如大叶性肺炎、急性胆囊炎、败血症等。患疟疾或淋巴瘤时也可见发热伴寒战表现。

(二) 皮疹

某些传染病常伴有皮疹，如伤寒多在发热第6天~12天，在

胸、腹、背部可见玫瑰疹，如针头大小、淡红色、稍隆起、压之退色。

(三) 出血倾向

皮下出血或牙龈、鼻腔出血，多见急性白血病、急性再生障碍性贫血或重症感染，如败血症、流行性出血热等。

(四) 关节肿痛

发热伴有单发或多发关节红、肿、热、痛，可见风湿热、结核病及痛风等。

(五) 淋巴结、肝、脾肿大

发热同时伴有淋巴结肿大及肝脾肿大者，多见传染性单核细胞增多症、急性白血病及淋巴瘤；某些传染性疾病仅伴肝脾肿大者，可见病毒性肝炎、疟疾、急性血吸虫病等。

五、护理

(一) 护理评估

1. 收集资料

(1) 主观资料

①发热起病缓或急、发热有多久、体温高度及体温变化规律（热型）。

②发热后有哪些不适，包括生理、心理两方面。例如头痛、全身酸痛、尿少，心情烦躁或压抑等。

③发热病因：询问患者自己认为发热的原因是什么，有时是有参考价值的。例如，发热前的经历：有过拔牙史，此后牙仍肿痛；或曾下乡饮用井水、接触过成群牛羊等等。哪些因素促使继之发热，如再次受凉、过度疲劳等。发热伴随症状有否，如四肢关节红、肿、热、痛或发现皮下出血点……。既往有无类似发热史及慢性疾病史。

④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？

⑤女病人要了解其月经周期，有无妊娠。

⑥询问环境温度，小儿发热时还应询问衣着及盖被情况。

(2) 客观资料

①身体评估：发热原因未明者应该给予全面体格检查，发热原因确定者除一般检查外，重点检查患病部位。

一般评估：测生命体征，注意脉率与体温升高是否成比例，观察营养状况、意识状态、浅表淋巴结，全身皮肤有无出血点、皮疹和皮肤弹性减退等脱水体征。

头颈部：有无颜面潮红、出汗，咽、扁桃体有无红肿，颈部软硬度。

心脏：心界是否增大，有无心脏杂音，心音强弱、心搏速率及节律有无改变。

肺部：两侧呼吸运动是否一致，两侧语颤有无增强或减弱，叩诊两侧是否一致，有无浊音、实音或过清音，听诊有无干湿罗音、管状呼吸音或一侧肺泡呼吸音减弱甚至消失。

腹部：全腹膨隆或平坦，全腹软或局部变硬，有无压痛、反跳痛，肝脾大小，肠鸣音亢进或减弱，有无移动性浊音。

其它：四肢关节有无红、肿、热、痛，克匿格（Kernig）征阳性或阴性。

②实验室及其它检查

血、尿、便三大常规检查及末梢血白细胞分类，血沉测定，X线胸部正、侧位片，必要时做血培养，肝、肾功能测定，腹部超声检查等。

③从医护人员或家属处了解患者的情况。

2. 相关护理诊断

(1) 体温过高：与病原体感染有关；与手术损伤有关；与环境温度过高有关等。

(2) 体液不足（现存的/有……危险的）：与发热后入量不足和/或出汗过多有关。

(3) 营养失调：低于机体需要量：与长期发热代谢率增高及摄入不足有关。

(4) 潜在并发症：意识障碍或惊厥。

(5) 发热原发病所致各种护理诊断，如气体交换受损：与肺炎有关；清理呼吸道无效：与肺部感染痰粘稠有关；组织完整性受损：与皮肤烧伤有关等等。

(二) 护理计划

现以护理诊断“体温过高：与细菌性肺部感染有关”为例，制定如下护理计划：

1. 护理目标

(1) 体温恢复至正常范围。

(2) 发热引起心身反应减轻、消失。

(3) 能叙述发热的原因及实施物理降温方法。

2. 护理措施及依据

(1) 病情观察：注意体温升高程度及变化规律，观察脉率、呼吸、血压、意识状态变化及饮食情况，记录出入量，了解有关各种检查结果及治疗、护理后病情好转还是恶化。

措施依据（以下用“——”表示）：以了解病情变化，若病情有变化，可随时给予处理，判断是否达到护理目标。

(2) 保持舒适体位、定时变换姿势：平卧位、侧卧位，需要时变换成半卧位或坐位，可用枕头、棉被、衣物等做为支撑物维持舒适姿势。

——发热时全身不适，应给予舒适体位，变换体位可减少褥疮等合并症。

(3) 卧床休息，保持心情平静与病室安静：患者烦躁不安时，医护人员应该给予解释及安慰，必要时可按医嘱给予镇静剂。避免病室、周围环境的噪音及语言刺激等对患者的影响，保证病人身心得到休息。

——体温每上升 1°C ，基础代谢率增加13%，身心休息可使代