

护士站必备丛书

临床常见症状 观察与护理

LINCHUANG CHANGJIAN
ZHENGZHUANG
GUANCHAYU HULI

主 编 / 任 辉 向国春



 人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS



护士站必备丛书

临床常见症状观察与护理

LINCHUANG CHANGJIAN ZHENGZHUANG GUANCHU YU HULI

主 编 任 辉 向国春
副主编 田晓利 张 燕 张庆林
编 者 任 辉 向国春 夏 梅 张佳思
宋彩萍 王沪渝 张庆林 金 雁
余 江 张 燕 蒋红梅 曾登芬

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

临床常见症状观察与护理/任 辉,向国春主编. —北京:人民军医出版社,2007. 12
(护士站必备丛书)

ISBN 978-7-5091-1362-2

I. 临… II. ①任…②向… III. 症状-护理学 IV. R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 171600 号

策划编辑:马 莉 文字编辑:杨玉兰 责任审读:黄栩兵

出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

电话:(010)66882586(发行部)、51927290(总编室)

传真:(010)68222916(发行部)、66882583(办公室)

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印刷:北京京海印刷厂 装订:京兰装订有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:21.75 字数:502 千字

版、印次:2007 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

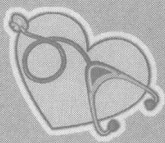
印数:0001~3000

定价:62.00 元

版权所有 侵权必究

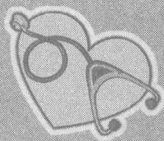
购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

电话:(010)66882585、51927252



内容提要

编者围绕临床 74 种常见疾病的症状与体征,分别从发生机制、临床表现、治疗原则及护理措施进行了论述,特别强调从护理的角度如何观察病情、落实医嘱、护理病人以及医护、护患如何配合治疗和沟通等问题。本书实用性、指导性强,适于临床护士在实际工作中阅读参考,也可作为新护士岗前培训教材及护士继续教育的参考书。



序

护理工作作为医疗工作的重要组成部分,在维护患者身心健康,促进患者康复中发挥着越来越重要的作用。随着医学科技的进步和医疗高新技术在临床的广泛应用,护理学科得到快速发展,护理工作内涵不断丰富和延伸,护理新理论、新技术、新业务也不断地更新;“以病人为中心”整体护理模式的广泛开展,新的护理理念对临床护理工作提出了更高的标准和要求。护理人员需要不断学习,不断更新知识,才能满足患者日益提高的医疗护理需求。为了帮助广大护理人员掌握临床常用理论和知识,将理论与实践相结合,人民军医出版社策划组织解放军总医院、第二军医大学、第三军医大学、沈阳军区总医院的医疗护理专家,编写了这套护士站丛书。

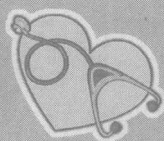
护士站丛书以能够解决实际工作中最常见的问题为出发点,以提高护理专业水平和护理质量为目标,精选了临床护理工作中最常用的内容。全套丛书共5本,即《基本护理操作规程与图解》、《危重症急救护理流程》、《临床常见症状的观察及护理》、《常用药物使用的观察及护理》和《住院病人康复教育指导》。本套丛书内容丰富,紧密结合临床实践,实用性和可操作性很强,并有一定新意,既可放在护士站作为临床护理工作的参考资料,方便护理人员在工作中遇到问题随时查询,也可作为新护士岗前培训教材及护士继续教育的参考书。

相信本书的出版将对提高临床护理质量,规范护理工作程序,提高护士的专业水平和护理操作技能起到积极的作用,并对医院开展“三基三严”工作一定会产生积极的影响。

中华护理学会理事长

黄人健

2007年11月1日



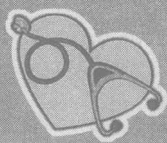
前 言

随着社会的快速发展,生活水平的提高,人们的健康观念和对健康的需求发生了巨大的变化,对护理工作提出了更高的要求。为适应我国专业护理人员培养的新形势,满足临床护理工作的需要,提高临床护理工作质量,护理人员应能熟练掌握和应用医学护理知识与技能,及时敏锐地觉察病人的健康需求,提供准确的护理措施,减轻或解除其不适,使病人恢复健康。

在临床工作中,病人展示给护士不是疾病的诊断,而是疾病给病人带来不适、痛苦的各种症状、体征,因此,对症状的分析、判断和护理是临床护士的重要内容。《临床常见症状观察与护理》一书的编写,从格式和内容上,注重体现整体护理理念,运用护理程序,阐述症状的原因、机制、临床表现,制定了紧贴临床实际工作的护理目标和措施,丰富了对病人健康指导的内容,做到理论与临床实际相结合,对护士临床工作具有指导作用;对从症状入手,了解疾病和预防疾病的非专业人士,也必将大有收获与指导。限于作者水平和编写时间仓促,如有不足之处,敬请广大读者和护理同行批评指正!

编 者

2007 年 11 月



目 录

第1章	发 热	(1)
第2章	咳 嗽	(8)
第3章	呼 吸 困 难	(12)
第4章	咯 血	(17)
第5章	心 悸	(21)
第6章	高 血 压	(25)
第7章	低 血 压	(31)
第8章	休 克	(33)
第9章	贫 血	(38)
第10章	发 绀	(43)
第11章	出 血	(46)
第12章	多 尿	(49)
第13章	血 尿	(52)
第14章	少尿及无尿	(56)
第15章	蛋 白 尿	(60)
第16章	排 尿 困 难	(64)
第17章	尿 失 禁	(67)
第18章	尿路刺激征	(70)
第19章	尿 潴 留	(73)
第20章	水 肿	(78)
第21章	吞 咽 困 难	(86)
第22章	恶 心 与 呕 吐	(90)
第23章	食 欲 缺 乏	(96)
第24章	腹 胀	(99)
第25章	消 瘦	(102)



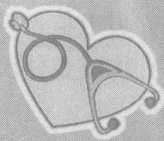


第26章	腹 泻	(106)
第27章	便 秘	(114)
第28章	呕 血	(118)
第29章	便 血	(124)
第30章	肠 梗 阻	(128)
第31章	黄 疸	(131)
第32章	高 血 糖	(136)
第33章	低 血 糖	(147)
第34章	肥 胖	(151)
第35章	感 觉 障 碍	(158)
第36章	失 语 症	(163)
第37章	眩 晕	(167)
第38章	意 识 障 碍	(172)
第39章	睡 眠 障 碍	(177)
第40章	失 眠	(183)
第41章	抽搐与惊厥	(187)
第42章	肌 肉 萎 缩	(190)
第43章	肌 肉 无 力	(193)
第44章	瘫 痪	(196)
第45章	头 痛	(201)
第46章	腹 痛	(205)
第47章	疼 痛	(209)
第48章	癌 症 疼 痛	(215)
第49章	关 节 疼 痛	(218)
第50章	阴 道 出 血	(221)
第51章	阴 道 排 液	(227)
第52章	皮 疹	(232)
第53章	皮 肤 瘙 痒	(239)
第54章	外 阴 瘙 痒	(245)
第55章	伤 口	(250)
第56章	压 疮	(255)
第57章	耳 鸣	(262)
第58章	耳 聋	(268)
第59章	鼻 出 血	(272)
第60章	打 鼾	(279)
第61章	声 音 嘶 哑	(284)
第62章	嗅 觉 障 碍	(288)



第 63 章	口 腔 溃 疡.....	(292)
第 64 章	口眼干燥症	(296)
第 65 章	红 眼.....	(298)
第 66 章	虹 视.....	(303)
第 67 章	复 视.....	(308)
第 68 章	黑 矇.....	(312)
第 69 章	视 野 缺 损.....	(315)
第 70 章	视 物 变 形.....	(319)
第 71 章	眼睑闭合不全	(321)
第 72 章	眼 痛.....	(324)
第 73 章	畏 光.....	(329)
第 74 章	泪液分泌过多	(331)





第1章 发 热

发热是指当机体在致热源作用下或各种原因引起的体温调节中枢的功能障碍时,体温升高超出正常范围,称为发热。正常人的体温受体温调节中枢控制,并通过神经、体液因素调节产热与散热两个过程,使其保持动态平衡。在正常情况下,不同的个体、同一个体不同时间或测量时的状态不同,体温可以有一定的生理变化。一般成年人清晨安静状态下,口腔温度 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$,腋下温度 $36.0\sim 37.0^{\circ}\text{C}$,直肠内温度 $36.5\sim 37.7^{\circ}\text{C}$;在 24h 内下午体温较早晨稍高,1d 内体温波动不超过 1°C 。在高温条件下、精神紧张、剧烈运动、劳动后、进餐或妇女月经前期、妊娠期,体温略高于正常。在低温环境、饥饿、睡眠中、服用镇静药物后,可使体温下降。老年人因代谢率偏低,体温相对低于青壮年。



发热的病因很多,临床上可分为感染性与非感染性两大类,前者多见,占 $50\%\sim 60\%$ 。

1. 感染性发热(infective fever) 各种病原体引起的急性、亚急性或慢性感染,局部或全身性感染,均可导致发热。如细菌、病毒、真菌、立克次体、支原体、螺旋体、寄生虫等病原体感染。其中以细菌和病毒感染较常见。

(1) 细菌感染:由细菌引起的全身性感染如败血症、脑膜炎、细菌性痢疾以及局部感染如扁桃体炎、中耳炎等;

(2) 病毒感染:如流行性感冒、脊髓灰质炎、乙型脑炎、流行性出血热等;

(3) 螺旋体感染:可见于钩端螺旋体病、回归热等;

(4) 原虫感染:如弓形虫、阿米巴原虫、血吸虫等;

(5) 其他:如疟疾等。

2. 非感染性发热(noninfective fever) 主要有以下几类原因:

(1) 无菌性坏死物质的吸收。由于组织细胞坏死、组织蛋白分解及组织产物的吸收,所致的无菌性炎症,常可引起发热,亦称为吸收热(absorption fever)。常见于机械性、物理性或化学性损害,如大手术后组织损伤、内出血、大血肿、大面积烧伤等。也见于因血管栓塞或血栓形成而引起的心肌、肺、脾等内脏梗死或肢体坏死。

(2) 抗原-抗体反应。如风湿热、血清病、药物热、结缔组织病等。





(3)内分泌与代谢性疾病。如甲状腺功能亢进、重度脱水等。

(4)皮肤散热减少。如广泛性皮炎、鱼鳞癣及慢性心力衰竭等而引起发热,一般为低热。

(5)体温调节中枢功能失常。有些致热源不通过内源性致热原而直接损害体温调节中枢,使体温调定点上移后发出调节冲动,造成产热大于散热,体温升高,称为中枢性发热。如中暑、重度安眠药中毒、脑出血、脑震荡、颅骨骨折等。上述各种原因可直接损害体温调节中枢,致使其功能失常而发热,高热无汗是这类发热的特点。

(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,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、感染后低热、夏季低热、生理性低热。



发生机制

正常情况下人体的温度保持在相对恒定的状态,通过大脑和下丘脑体温调节中枢(下丘脑后区为产热中枢、前区为散热中枢)的调节和神经体液的作用,使产热和散热保持动态平衡。

1. 体温调定点(set point)学说 目前生理学上采用体温调定点学说解释体温调节中枢对体温的调节。人体的发热就是由于调定点受到致热原作用后,对温热敏感性降低的结果。一般认为致热原分为外源性和内源性致热原两大类;外源性致热原包括细菌内毒素、外毒素、结核菌素等病原体物质,大部分外源性致热原不能通过血脑屏障直接作用于体温调节中枢,而是通过宿主细胞产生内源性致热原再作用于体温调节中枢。内源性致热原又称白细胞致热原,如白介素(1L-1)、肿瘤坏死因子(TNF)和干扰素等。通过血脑屏障直接作用于体温调节中枢的体温调定点,使调定点(温阈)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引起骨骼肌紧张度增高或(寒战),使产热增加。另一方面,经交感神经系统引起皮肤血管收缩,使散热减少,于是产热大于散热,体温升至与调定点相适应的水平。

2. 非致热原性发热 常见于以下几种情况:

(1)产热过多。如癫痫持续状态的骨骼肌强烈收缩、甲状腺功能亢进的高代谢状态等。

(2)散热减少。如广泛性皮肤病的排汗障碍、心功能不全的循环不良等。

(3)理化因素直接作用于体温调节中枢。如高温、药物等。

(4)体温调节中枢直接受损。如颅脑外伤、出血、炎症等。



临床表现

1. 临床分度 以口腔温度为标准,按发热的高低可分为:①低热。37~38℃,多见于病情较轻、慢性病患者或功能性发热。②中等度热。38.1~39℃,部分疾病伴发热时。③高热。39.1~41℃,多见于急、重症患者。④超高热。41℃以上可见于乙型脑炎、脓毒血症性败血症、中暑及中枢性高热等。临床上有学者提出,将发热分为短、中、长三种:短热程为<1个月者,常见于感染性疾病,病原体可为:病毒、支原体、衣原体、立克次体、细菌等;中热程为



1~3个月者,仍以感染性疾病多见,尚可见于结缔组织疾病、恶性肿瘤等;长热程为发热病程达3个月以上,患者的发热症状可有反复,并非是发热持续达三个月以上,以免疫系统疾病、肿瘤多见,感染性疾病相对少见,也可有少数患者为神经功能性发热。

2. 临床过程 发热的临床过程一般可分为3个阶段:

(1)体温上升期:一般临床表现可有疲乏无力、皮肤苍白、肌肉酸痛、畏寒或寒战。该期的特点为产热大于散热使体温上升。体温上升有两种形式:一是骤升型,体温在几小时内达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 或以上,常伴寒战,小儿易伴惊厥,多见于疟疾、大叶性肺炎、败血症、流行性感冒、急性肾盂肾炎、输液或某些药物反应等;其次为缓升型,体温逐渐上升在数日内达高峰,多不伴寒战,如伤寒、结核病、布氏杆菌病等所致的发热。

(2)高热持续期:一般的临床表现可有皮肤潮红、灼热、呼吸增快等。该期的临床特点为:产热与散热过程在较高水平保持相对平衡。体温达到高峰后可持续一段时间,持续时间的长短与病因、病情等因素有关,可为数小时,如疟疾为数天,肺炎球菌性肺炎、流行性感冒则数周。

(3)体温下降期:一般临床表现为,出汗、皮肤潮湿。该期的特点为:散热大于产热,使体温降至正常水平。体温下降有两种方式:一是骤降,体温于数小时内迅速下降至正常,常伴有大量淋漓,常见于疟疾、急性肾盂肾炎等;其次是渐降,体温在数天内逐渐降至正常,如伤寒、风湿热等。

3. 热型 主要是指在体温持续期的体温变化特征。不同的疾病热型的表现亦不相同,临床上常见的热型有:

(1)稽留热。体温持续在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 或以上,达数天或数周,24h内体温波动范围不超过 1°C 。常见于大叶性肺炎、斑疹伤寒、副伤寒等。

(2)弛张热。体温常在 39°C 以上,波动幅度大,24h内体温波动达 2°C 以上,体温最低时亦高于正常水平。常见于败血症、风湿热、脓毒血症、肝脓肿、重症肺结核等。

(3)间歇热。高热期与无热期交替出现,体温常突然升高达 39°C 以上,持续数小时降至正常,经过数小时或数天间歇后,体温又升高,如此反复交替,其波动可达数度。常见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

(4)回归热。体温急骤上升至 39°C 或以上,持续数天后又骤然下降至正常水平,高热期与无热期各持续若干天,有规律的互相交替,反复发作。常见于回归热、霍奇金病等。

(5)波浪热。体温逐渐上升达 39°C 或以上,数天后又逐渐降至正常水平,持续数天后又再次升高,如此反复多次,体温曲线呈波浪起伏。常见于布氏杆菌病。

(6)不规则热。发热无一定规则,可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎、感染性心内膜炎等。

由于抗生素、解热药、糖皮质激素的应用,使某些疾病的特征性热型变得不典型或呈不规则热型。老年人患感染性疾病时,发热可不明显或不发热,因此,临床上对发热病人应具体情况具体分析,综合判断。



治疗原则

1. 糖皮质激素的运用 糖皮质激素因具有抗炎、抗休克以及免疫抑制作用,因而对包





括感染、结缔组织-血管性疾病、肿瘤等引起的发热都有良好的退热作用。一般情况下,在病因未明的发热病人中,不宜使用激素。

2. 抗菌药物的使用 对急性高热患者,疑为感染性发热且病情严重时,可在必要时,进行实验室检查和各种标本培养,根据初步临床诊断予以经验性的抗菌治疗。

3. 退热药的使用 高热中暑、手术后高热、婴幼儿高热等应采取紧急降温措施。退热药降温应审慎,体温骤然下降伴大量出汗时,可导致虚脱或休克。老年人和体弱者尤应注意。

4. 诊断性治疗 诊断性治疗应选用特异性强、疗效确切及安全性大的治疗药物。无特殊原因不得随便更换试验药物。



1. 发热的原因或诱发因素 有无受凉、疲劳等;有无疫区接触史;有无与传染病患者接触史;有无服用特殊药物(如抗肿瘤药物及免疫抑制药);近期内有无接受放射、化学治疗;有无外伤及手术史,流产或分娩史;家族中是否有遗传性发热史等。正确判断是否为生理性发热,剧烈运动、劳动或进餐后、妇女月经前及妊娠期体温稍高于正常;在高温环境下体温也稍有升高。

2. 发热的表现

(1) 热度及热型:发热程度、每日温差波动范围,发热持续时间及间歇时间等;

(2) 体温的升降方式:观察起病情况的缓急,体温是骤升渐升;还是骤退或渐退;是自动退温或是用药后退温;

(3) 详细了解及记录发热的伴随症状:是否伴有畏寒、寒战、大汗或盗汗;是否伴有结膜充血、单纯疱疹、淋巴结肿大;有无咳嗽、咳痰、咯血、胸痛或恶心、呕吐、腹痛、腹泻,以及皮疹、出血、头痛、肌肉关节痛等表现。

3. 身体状况评估

(1) 对中枢神经系统的影响:发热病人有不同程度的中枢神经系统功能障碍,表现为烦躁不安、头痛、头晕、失眠等。持续高热 $40\sim 41^{\circ}\text{C}$ 时可出现幻觉、谵妄,甚至昏迷。

(2) 对循环系统的影响:主要是由于发热时交感神经-肾上腺素系统功能增高和血液温度升高对窦房结的刺激,表现为心率增快、心肌收缩力加强、血流加快等。体温每升高 1°C , 成年人每分钟心率平均增加 10 次左右,儿童增加 15 次左右。

(3) 对呼吸系统的影响:发热时,由于血液温度增高和酸性代谢产物的刺激作用,呼吸中枢兴奋使呼吸加深、加快。深而快的呼吸在增加散热的同时,也可引起呼吸性碱中毒。持续的体温升高可因大脑皮质和呼吸中枢的抑制,使呼吸变浅或不规则。

(4) 对消化系统的影响:发热时交感神经系统兴奋性增高,消化液分泌减少,胃肠蠕动减弱,使食物的消化、吸收与排泄功能异常。可出现食欲缺乏、消化不良、恶心呕吐等。

(5) 对泌尿系统的影响:体温上升和持续高热时,体内的水分和钠盐潴留,使尿量减少、尿比重增高。退热时,尿量增加,比重降低。

(6) 代谢方面的影响:发热时,蛋白质的分解代谢显著增加,引起负氮平衡;高热期的病



人尿和汗都减少,水、钠、氯在体内潴留,而退热期,皮肤和呼吸道水分蒸发增加,出汗增多,可引起脱水。发热病人维生素消耗增加且摄入不足、吸收不良,常发生维生素缺乏,尤其容易出现维生素B和维生素C的缺乏。

4. 辅助检查 实验室检查具有重要意义,常规检查血、尿常规、肝功能、红细胞沉降率;血、尿的细菌培养以及胸部X线检查,腹部B超检查等。发热患者缺少特异性临床症状及体征时,则应做全面的实验室检查。

5. 伴随症状

- (1)伴寒战:常见于大叶性肺炎、疟疾、败血症等;
- (2)伴结膜充血:常见于急性传染性疾病早期,如麻疹、斑疹伤寒、流行性出血热等;
- (3)口唇单纯疱疹:常见于肺炎球菌型肺炎、流行性感冒等;
- (4)出血:常见于严重感染、某些传染病等;
- (5)黄疸:提示为肝胆疾病或急性溶血性疾病等;
- (6)淋巴结肿大:常见于急性淋巴细胞白血病、系统性红斑狼疮等。



护理目标

- (1)体温恢复正常范围,并处于舒适状态。
- (2)因发热引起的不良反应减轻或消失。
- (3)无并发症或并发症被有效控制。



护理措施

1. 严密观察病情

(1)严密观察体温、脉搏、呼吸、血压、神志的变化。体温在 38.5°C 以上时,每日测量体温6次;体温在 $38\sim 38.5^{\circ}\text{C}$ 时,每日测量体温4次;体温在 $37.2\sim 38^{\circ}\text{C}$ 时,每日测量3次,直至退热后72h;

- (2)观察高热的伴随症状,如是否寒战、皮疹等;
- (3)观察体温异常的早期表现和体征。如出现皮肤湿冷,头痛、疲劳、食欲下降等;
- (4)观察饮水量、饮食摄取量、尿量及体重变化。

2. 高热的处理 根据热度和患者病情,遵医嘱采用物理或药物降温。

(1)物理降温包括:乙醇或温水擦浴,冰袋的使用等。常采用局部和全身冷疗两种方法。局部用冷疗法适用于体温 38.5°C 以上的患者,使用冰袋、冰枕、降温贴等置于前额、腋下及股沟等处,并通过冷传导的方式起到散热的作用。使用冰枕和冰袋时注意不要使肩部和颈部受凉。全身冷疗法包括温水擦浴、乙醇擦浴、冰水灌肠。温水擦浴,用 $32\sim 34^{\circ}\text{C}$ 的温水进行全身擦浴,一般擦拭5~10min。温水浴使皮肤血管扩张,血流量增加,体温通过传导方式直接散发而达到降温的目的。当患者体温高达 39.5°C 时,可用乙醇擦浴,用50%的乙醇200~300ml,温度 30°C 左右。擦浴的原则是:自上而下,从外到内。上肢顺序为:自颈部沿上臂外侧到手背,自胸腋窝沿上臂内侧到手掌。下肢顺序为:自髋部沿大腿外侧到足背,自





腹股沟沿大腿内侧到内踝,自股下沿腘窝擦至足跟。擦浴过程中,应随时观察患者的全身情况,有无面色、脉搏的改变;同时注意保暖。当擦至腋下、肋部、掌心、腹股沟、腘窝等部位时,应稍用力擦拭,直至皮肤发红,达到散热的目的。高热伴寒战的患者禁用皮肤擦浴,以免散热使体温过度降低。擦浴 30min 后再测量 1 次体温,并做好记录。当体温高达 40℃ 的清醒患者选用 4℃ 的生理盐水 100~150ml 灌肠,可达到降低机体深部温度的目的。

(2) 药物降温:使用糖皮质激素、抗菌药物、退热药等,并观察用药后反应,防止体温骤然下降伴大量出汗时,出现虚脱或休克。

3. 加强基础护理,防止并发症

(1) 口腔护理:高热病人唾液分泌减少,口腔黏膜干燥,易发生口唇干裂、口干、舌苔过多等现象,应保持口腔清洁,晨起、餐后和睡前协助患者漱口。口唇干裂者应涂甘油予以保护。

(2) 皮肤护理:高热患者在降温过程中常大量出汗,应及时擦干汗液,更换衣裤和被褥,注意皮肤清洁卫生和床单位平整干燥。对长期持续高热者,应协助其改变体位,防止压疮、肺炎等并发症。

(3) 休息可减少能量的消耗,有利于机体康复:高热者绝对卧床休息,低热者适当休息,保持室温适宜,环境安静,空气流通。

(4) 眼睛护理:发热患者容易怕光,可给予患者眼罩或降低室内亮度,及时擦除眼角分泌物。

4. 心理护理

(1) 体温开始上升的阶段:表现为寒战、呼吸快而深、心跳加速、面色苍白,自觉发冷与口渴。病人心情恐惧、紧张、不安、烦躁;对发热毫无思想准备,会有一种害怕心理,安慰病人不急不躁,向其查询发热的可能原因,嘱病人需做必要的检查及注意事项,耐心地回答病人提出的各种问题,帮助解决临时的困难。

(2) 体温继续升高到一定程度:患者表现为皮肤潮红、心跳与呼吸频率加快,头痛、头晕等;高热者,可有谵妄、神志不清、幻觉、行为障碍等;儿童高热者,多有抽搐;多数病人全身乏力、关节酸痛,食欲缺乏及恶心呕吐。护士应尽量解除由于高热带来的不适,遵医嘱给予病人适当的处理,并要热情地对待,尽量满足他的需求,使体温下降,舒适感增加。

(3) 患者体温下降时:皮肤潮红,出汗增加,精神爽快,头脑清新,但是病人仍有虚弱感;如果病情允许,护士可伴随病人外出户外活动,呼吸新鲜空气,有利于康复与舒畅胸怀。

(4) 合理安排饮食,及时补充营养:病人在发热过程中分解代谢增强,体力消耗过多,十分需要给予营养补充,加之病人体温下降后消化功能得以恢复,食欲渐增,提高了对营养素的消化与吸收力,应尽量补给高热量、高蛋白、高维生素饮食,以满足病人的生理与心理需要。

5. 健康教育

(1) 在病人就诊期间:用各种方法宣传关于呼吸道疾病的传染源、传播途径、隔离时间、消毒隔离方法、发病特点、治疗、预防知识等;

(2) 指导患者科学掌握关于自身疾病的知识,使病人和家属能够以正确的态度对待疾病,并能很好的自我防护;

(3) 告诉患者正确留取和放置标本及有关医学检查和化验结果的意义,所用药物的副



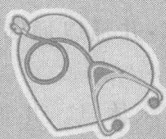
作用；

(4)向病人通报关于疾病的转归,一般病程及症状,调动病人的健康情绪和治愈信心,使他们消除恐惧和焦虑,以健康的心态积极配合治疗；

(5)指导家属正确处理婴幼儿发热,肛温在 $38\sim 38.5^{\circ}\text{C}$ 时,多饮水,并辅以局部降温；肛温在 $38.6\sim 39.5^{\circ}\text{C}$ 时,给予解热镇静药, 39.5°C 以上时,予以温水擦浴；

(6)合理安排休息和活动,发热时代谢增快,进食少,消耗大,应卧床休息。儿童发热患者减少活动,避免剧烈运动,减少体力消耗。老年患者应注意房间的通风换气,不要剧烈运动,夏季穿宽松透气的衣服,以促进排汗,冬季发热排汗后应及时更换衣服,并注意保暖。

(任 辉)



第2章 咳嗽

咳嗽是临床最常见的症状之一。是人体的一种反射性防御动作,在呼吸道受刺激后产生的一系列反应使气流快速从呼吸道向外喷射而出,以清除呼吸道分泌物和气道内异物。长期频繁的咳嗽可影响工作和休息,并使胸腔内压力增高,减少静脉回流;剧烈刺激性咳嗽可导致呼吸道出血,甚至诱发自发性气胸等。



病因与发生机制

咳嗽是由于延髓咳嗽中枢受刺激,经迷走神经、舌咽神经和三叉神经的感觉神经纤维传入延髓的咳嗽中枢,使其受刺激而发出冲动,经过喉下神经、膈神经与脊神经分别传到咽肌、声门、膈与其他呼吸肌,引起咳嗽动作。表现为深吸气后,声门关闭,继以突然剧烈的呼气,冲出狭窄的声门裂隙产生咳嗽动作和发出声音。

1. 呼吸道疾病 整个呼吸道包括咽、喉、气管、支气管黏膜受刺激性气体、粉尘、异物、炎症、出血与肿瘤等刺激时,均可引起咳嗽。特别是喉部杓状间腔和气管分叉部黏膜最为敏感。当肺泡内分泌物进入小支气管内时也可引起咳嗽。

2. 胸膜疾病 胸膜或胸部疾病受刺激均可引起咳嗽。如胸膜炎、气胸、胸膜穿刺等。

3. 心血管疾病 当左心衰竭引起肺淤血、肺水肿或右心及体循环静脉栓子脱落造成肺栓塞时,可引起咳嗽。

4. 神经精神性因素 人类可以控制大脑皮质发出冲动至延髓咳嗽中枢引起咳嗽动作,中枢神经病变影响大脑皮质或延髓呼吸中枢,也可导致咳嗽,如脑炎、癔症、神经官能症等精神性因素也可出现咳嗽。

5. 全身性疾病 由于全身性疾病引起的肺浸润所致。如风湿病、红斑狼疮、白血病等。



临床表现

1. 咳嗽的性质

(1) 干性咳嗽:无痰或痰量很少,见于急性咽喉炎、急性支气管炎早期、支气管异物、胸膜疾病等。