

症状护理学

主 编 王学伶 谢德利
副主编 王化文 王文敖
主 审 王效盐 王体仁



辽宁科学技术出版社

症状护理学

主 编 王学伶 谢德利

副主编 王化文 王文散

主 审 王效盐 王体仁

辽宁科学技术出版社

主 编 王学伶 谢德利

副主编 王化文 王文敖

主 审 王效盐 王体仁

编 者 (按姓氏笔画为序)

王化文 王文敖

王回甲 祝 华

徐素忱 崔培文

韩玉兰

症状护理学

Zhengzhuang Huliixue

主编 王学伶 谢德利

辽宁科学技术出版社出版 (沈阳市南京街6段1里2号)

辽宁省新华书店发行 科学院印刷厂印刷

开本: 787×1092 1/16 印张: 20¹/₄ 字数: 460,000

1988年8月第1版

1988年8月第1次印刷

责任编辑: 王连汉 插 图: 王 阳

封面设计: 曹太文

印数: 1—25,000

ISBN 7-5381-0457-7/R·76 定价: 6.10元

序

《症状护理学》问世了。它是在党的十一届三中全会以来，我国社会主义四化建设蓬勃发展，改革、开放、搞活的大好形势下产生的。本书体现了沈阳军区军医学校和辽宁省护理界探索护理教育的创新精神。当军医学校部分同志来访时，我们共同讨论了护理教育中存在的主要问题，认为护理学是一门理论密切联系实践、维护人民健康的应用科学。随着医学模式的转变和责任制护理的建立，护理教育需要改革显得更为突出。为了适应技术革命新时代对护理教育的要求，加强护理专业学校（班）和教学医院的科学管理体制，进行系统改革势在必行。培养人才之本在于教育。因此，必须重视学以致用一致的原则，使理论密切联系实践，为各级学员创造良好的学习环境、基本技术设备条件和各专业人员的高尚思想、道德素质等，协调配套，才能培养合格的护理人才。

有幸先读本书，使我深刻体会到本书的编者们为护士进修提高的教材改革迈出了可喜的一步，值得欢迎和祝贺。

本书内容，可使临床护士根据观察同一个症状，涉及不同病症的病人，从整体护理的观念出发，结合思考、判断，结合自己过去所学的基础医学、基础护理和各科护理经验，主动地做好医疗护理，使病人早日康复。本书的知识结构改变了当前进修课程门数较多、内容繁琐重复的老框框，确能启发护士独立思考和解决问题的能力。

希望本书能起到引导医学界对改革护理教材的重视并在实践中反馈信息，考查效果，逐渐加深全面改革，使护理专业能发挥较好的社会效益和经济效益。

王珣璞

一九八八年一月七日 北京

前 言

《症状护理学》是一门以阐述症状观察、症状诊断及护理为内容的临床护理学。它不同于各科疾病护理学，而是以主要症状和体征为线索，联系临床常见疾病，提出观察要点，进行分析判断，实施恰当护理。因此它是一门包含各科多种疾病的综合性临床护理学。

目前，临床护理教材主要是各学科的疾病护理，多是医疗模式，它不利于学习整体护理及护理新概念，更不能满足护士进修教育的需要。我们试图打破传统护理学教材结构，对教材内容进行了新的选择和组合，形成新的具有护理专业特色的内容体系。为适应护理教育的发展，提高护理人员独立观察、分析和解决实际问题的能力，我们沈阳军区军医学校编写了这本《症状护理学》。由中国医科大学护理系主任护师、中华护理学会理事、辽宁省护理学会副理事长、沈阳分会理事长王效盐及中国医科大学护理系主任护师、辽宁省护理学会理事王体仁两位老师的审阅、修改和补充，使本书结构更加严谨。

全书共编入57个症状，每个症状均分为概述、临床观察及临床护理三部分。临床护理包括一般护理、药物护理、病因护理及部分症状的诊疗技术护理。

我们在编写过程中，搜集和参考了国内外有关专著和资料，并力求反映以人为中心的生物-心理-社会整体护理模式。本书内容比较丰富，既有护理操作又有理论，既有一定深度又有一定广度，可作为以在职护士为培养对象的护理大专班的临床教材，也可作为在职护理人员自学提高及临床工作的参考书。

本书承蒙中华护理学会名誉理事长、南丁格尔奖获得者王秀瑛作序。在编写过程中得到中国医科大学副校长金焜和副教授的大力支持以及护理界几位老前辈的指导，谨此表示谢意。本书部分内容及图表引用书后所列参考书目，这里谨向原著者表示感谢。由于我们业务水平有限，编写时间仓促，本书缺点和错误在所难免，敬请读者指正。

编 者

一九八七年十二月 大连

目 录

序

前言

第一章 一般症状..... (1)

第一节 水肿..... (1)

概述..... (1)

临床观察..... (1)

临床护理..... (4)

第二节 发热..... (7)

概述..... (7)

临床观察..... (7)

临床护理..... (11)

第三节 缺水..... (13)

概述..... (13)

临床观察..... (16)

临床护理..... (17)

第四节 头痛..... (21)

概述..... (21)

临床观察..... (21)

临床护理..... (29)

第五节 胸痛..... (31)

概述..... (31)

临床观察..... (31)

临床护理..... (34)

第六节 腰背痛..... (35)

概述..... (35)

临床观察..... (35)

临床护理..... (40)

第七节 四肢痛..... (41)

概述..... (41)

临床观察..... (42)

临床护理..... (45)

第八节 关节痛..... (46)

概述..... (46)

临床观察..... (46)

临床护理..... (49)

第九节 急性腹痛..... (51)

概述..... (51)

临床观察..... (52)

临床护理..... (59)

第十节 慢性腹痛..... (57)

概述..... (57)

临床观察..... (58)

临床护理..... (61)

第二章 呼吸系统症状..... (64)

第一节 咳嗽与咯痰..... (64)

概述..... (64)

临床观察..... (64)

临床护理..... (66)

第二节 呼吸困难..... (73)

概述..... (73)

临床观察..... (73)

临床护理..... (75)

第三节 咯血..... (80)

概述..... (80)

临床观察..... (80)

临床护理..... (82)

第三章 循环系统症状..... (87)

第一节 心悸..... (87)

概述..... (87)

临床观察..... (87)

临床护理..... (90)

第二节 心律失常..... (91)

概述..... (91)

临床观察.....	(91)
临床护理.....	(97)
第三节 高血压.....	(100)
概述.....	(100)
临床观察.....	(101)
临床护理.....	(103)
第四节 休克.....	(105)
概述.....	(105)
临床观察.....	(105)
临床护理.....	(109)
第五节 昏厥.....	(111)
概述.....	(111)
临床观察.....	(112)
临床护理.....	(113)
第六节 心绞痛.....	(114)
概述.....	(114)
临床观察.....	(115)
临床护理.....	(116)
第七节 紫绀.....	(119)
概述.....	(119)
临床观察.....	(120)
临床护理.....	(122)
第八节 心脏杂音.....	(123)
概述.....	(123)
临床观察.....	(123)
临床护理.....	(128)
第四章 消化系统症状.....	(133)
第一节 恶心与呕吐.....	(133)
概述.....	(133)
临床观察.....	(133)
临床护理.....	(136)
第二节 呕血与黑粪.....	(138)
概述.....	(138)
临床观察.....	(138)
临床护理.....	(142)
第三节 便血.....	(145)
概述.....	(145)
临床观察.....	(145)

临床护理.....	(147)
第四节 腹泻.....	(148)
概述.....	(148)
临床观察.....	(150)
临床护理.....	(152)
第五节 便秘.....	(153)
概述.....	(153)
临床观察.....	(154)
临床护理.....	(155)
第六节 腹水.....	(157)
概述.....	(157)
临床观察.....	(158)
临床护理.....	(160)
第七节 黄疽.....	(162)
概述.....	(162)
临床观察.....	(164)
临床护理.....	(168)
第八节 腹内肿块.....	(169)
概述.....	(169)
临床观察.....	(170)
临床护理.....	(173)
第九节 吞咽困难.....	(175)
概述.....	(175)
临床观察.....	(175)
临床护理.....	(178)
第十节 肝肿大.....	(179)
概述.....	(179)
临床观察.....	(180)
临床护理.....	(183)
第十一节 脾肿大.....	(186)
概述.....	(186)
临床观察.....	(187)
临床护理.....	(190)
第十二节 腹逆.....	(191)
概述.....	(191)
临床观察.....	(191)
临床护理.....	(192)
第五章 泌尿生殖系统症状.....	(193)

第一节 排尿异常.....(193)	概述.....(242)
概述.....(193)	临床观察.....(242)
临床观察.....(193)	临床护理.....(245)
临床护理.....(195)	第二节 眩晕.....(248)
第二节 尿量异常.....(197)	概述.....(248)
概述.....(197)	临床观察.....(248)
临床观察.....(198)	临床护理.....(252)
临床护理.....(201)	第三节 惊厥.....(253)
第三节 尿色异常.....(203)	概述.....(253)
概述.....(203)	临床观察.....(253)
临床观察.....(204)	临床护理.....(255)
临床护理.....(208)	第四节 感觉障碍.....(255)
第四节 蛋白尿.....(209)	概述.....(255)
概述.....(209)	临床观察.....(256)
临床观察.....(210)	临床护理.....(258)
临床护理.....(212)	第五节 瘫痪.....(258)
第五节 阴道流血.....(214)	概述.....(258)
概述.....(214)	临床观察.....(259)
临床观察.....(215)	临床护理.....(263)
临床护理.....(218)	第六节 瞳孔异常.....(265)
第六节 闭经.....(222)	概述.....(265)
概述.....(222)	临床观察.....(265)
临床观察.....(222)	临床护理.....(267)
临床护理.....(226)	第七节 面神经麻痹.....(268)
第七节 痛经.....(228)	概述.....(268)
概述.....(228)	临床观察.....(269)
临床观察.....(228)	临床护理.....(271)
临床护理.....(230)	第八节 颅内压增高综合征.....(272)
第八节 白带异常.....(233)	概述.....(272)
概述.....(233)	临床观察.....(273)
临床观察.....(234)	临床护理.....(275)
临床护理.....(236)	第七章 血液及内分泌系统症状
第九节 外阴瘙痒.....(236)	(279)
概述.....(236)	第一节 贫血.....(279)
临床观察.....(237)	概述.....(279)
临床护理.....(239)	临床观察.....(279)
第六章 神经系统症状.....(242)	临床护理.....(281)
第一节 昏迷.....(242)	第二节 出血及凝血机制异常.....(286)

概述.....	(286)
临床观察.....	(288)
临床护理.....	(290)
第三节 白细胞减少和粒细胞缺	
乏症.....	(292)
概述.....	(292)
临床观察.....	(292)
临床护理.....	(293)
第四节 表浅淋巴结肿大.....	(294)
概述.....	(294)
临床观察.....	(295)
临床护理.....	(297)
第五节 甲状腺肿大.....	(298)
概述.....	(298)

临床观察.....	(298)
临床护理.....	(301)
第八章 专科症状.....	(306)
第一节 鼻出血.....	(306)
概述.....	(306)
临床观察.....	(307)
临床护理.....	(307)
第二节 皮疹.....	(310)
概述.....	(310)
临床观察.....	(311)
临床护理.....	(312)
附录：临床常见检验正常值.....	(315)
主要参考文献.....	(318)

第一章 一般症状

第一节 水 肿 Edema

【概述】

正常情况下，血浆的液体成分不断经毛细血管动脉端漏出，形成组织间液，又不断从毛细血管的静脉端回流入血中，两者处于动态平衡（图1—1）。当液体在皮下、软组织等细胞间隙过多积聚时，临床上称为水肿，或浮肿。

水肿的产生主要是由于毛细血管滤过压升高，毛细血管通透性增高，血浆胶体渗透压降低以及淋巴液回流受阻等因素所致。

水肿是临床上常见症状之一。引起水肿的原因可以分为两大类，即功能性和器质性。其中以功能性原因引起的水肿最为多见，如特发性水肿、卵巢功能紊乱导致的经前

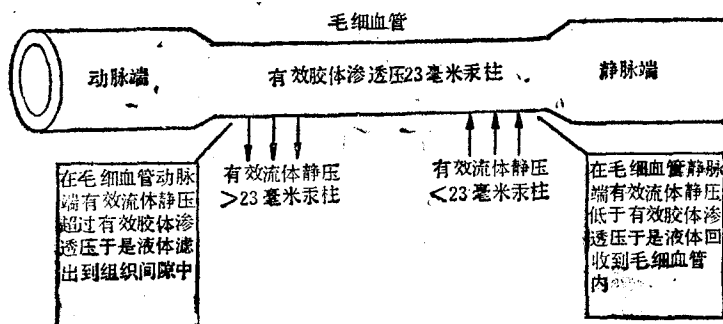


图1—1 正常血管内外液体交换示意图

期水肿、肥胖者的水肿倾向、功能性水肿等。器质性原因的水肿常见有心源性水肿、肝源性水肿和肾源性水肿，此外还有营养不良性水肿、内分泌性水肿等。以上均表现为全身性水肿。

局限性水肿是由于静脉或淋巴回流受阻或毛细血管通透性增加所致。常见的原因有感染中毒（大多属于炎症性水肿，如血栓性静脉炎等）、局部烧伤、冻伤、变态反应（如血管神经性水肿）、神经营养障碍（如肢体瘫痪）、上腔静脉和下腔静脉受阻等。

【临床观察】

一、水肿出现的时间及部位

午后出现下肢踝部水肿，以后逐渐向上蔓延至全身者，多为心源性水肿；晨起时眼

险及面部浮肿，然后较快地遍及全身者是肾源性水肿的特点；而肝源性水肿常见有腹胀、腹水，继之出现下肢水肿；局部性水肿多在病变部位附近，往往为非对称性。

一般来讲，水肿初起时常在某些组织较松弛的部位，如眼睑、颌下及下肢等处，以后逐渐蔓延全身，严重时除皮下水肿外，甚至出现胸水、腹水以及包皮、阴囊、阴唇部水肿。

二、水肿的程度

水肿程度分轻（+）、中（++）、重（+++）三种。轻度水肿者，其外表不易被察觉，但指压可有轻度凹陷；中度水肿者，下肢水肿至膝，指压凹陷明显且逐渐消退；重度水肿时面部、肢体、躯干均水肿，甚至有胸水、腹水等。

水肿病人在疾病早期虽然细胞间组织已过多地积聚了一定水分，但一般不易发现，此时称为“隐性水肿”。当出现颜面及下肢轻度水肿时，体重可增加5%；颜面或下肢明显水肿，躯干部亦显示水肿，此时体重可增加10%；颜面、躯干、四肢均明显水肿，并有胸水或腹水、阴囊或阴唇水肿者，体重可增加10%以上。

三、水肿的性质

（一）**凹陷性水肿** 即用手指按压水肿部位后，局部呈现凹陷，去掉压力后靠组织弹性又逐渐恢复原状。见于心、肝、肾等原因引起的全身性水肿。

（二）**非凹陷性水肿** 即用手指按压后局部不凹陷。非凹陷性水肿在临床上比较少见，如丝虫病和粘液性水肿均属非凹陷性水肿。

此外还应注意区别炎症性和非炎症性水肿，如局部有压痛与温度升高，则常提示为炎症所致。

四、水肿与体位的关系

器质性疾病所引起的水肿，常随体位的变换而改变，如坐位时间较久，则下肢水肿加重，侧卧时卧侧部位水肿明显。

功能性水肿与直立体位有明显关系，当工作一天后，体重常比清晨平均增加1.5公斤以上（正常人平均增加0.4公斤），所以水肿往往在下午出现，晚间尤为明显，以下肢为重，晨起时水肿减轻甚至消失，因此又称之为体位性水肿。局限性水肿一般与体位无明显关系。

五、水肿伴随的症状与体征

（一）水肿伴有活动后心悸、气促、不能平卧者，应考虑为心力衰竭所致。

（二）水肿伴有高血压、血尿、蛋白尿、腰部酸痛等，应疑为肾源性水肿。

（三）水肿伴有脾肿大、腹水、腹壁静脉曲张等，提示肝硬化所致的水肿。

（四）水肿伴食少、消化不良、消瘦、贫血等，应想到营养不良性水肿的可能性。

六、几种以水肿为主要表现疾病的临床特点

（一）**功能性原因所致的水肿** 此种水肿对机体影响不大，但比较常见，病人思想

负担较重，因此不应忽视。

1. 特发性水肿 多见于女性，水肿与体位有明显关系，在直立或劳累后，多在晚间下肢出现水肿，经休息后减轻或消失。病人常有神经衰弱症状。目前认为，水肿可能是由于直立时交感神经兴奋不足，导致脑部血液供应相对不足，通过容量感受器反射引起醛固酮分泌增加所致。

2. 经前期水肿 常于排卵期后逐渐开始，眼睑有沉重感或轻度水肿，体重稍增加或仅感身重，尿量减少，腹胀及下肢轻度水肿或有肿胀感。水肿于月经来潮前达高峰，行经后即逐渐消退。

3. 功能性水肿 其发病原因不明，以女性为多见，水肿往往局限于双下肢和/或眼睑，程度多不严重，可持续数年。有时与季节有关，亦可于经前期加重。常伴有轻度全身症状如乏力、食欲减退等。水肿与体位无关，据此与特发性水肿鉴别。

(二) 器质性原因所致的水肿

1. 心源性水肿 在各种心脏病有心输出量减少时（如右心衰竭、渗出性或缩窄性心包炎等），致使静脉压增高及毛细血管滤过压增高而发生水肿，其临床特点：

(1) 有心脏病史及心脏病的临床表现，如呼吸困难、心悸、心脏杂音、颈静脉怒张及肝肿大等。X线检查可发现心脏扩大等征象。

(2) 水肿特点：水肿常先出现于人体的最低部，早期可于午后出现踝部水肿，休息后消退，以后水肿逐渐增重并向上蔓延。水肿随体位变动而改变其部位。严重者可表现全身性水肿或伴有浆膜腔积液。

2. 肾源性水肿 水肿是肾炎的重要症状之一，是因肾血流量减少及全身毛细血管的通透性增加而引起，最显著的水肿见于肾病综合征，其水肿是由于病人长期大量蛋白尿致低蛋白血症所致，肾源性水肿的临床特点：

(1) 有肾脏病史及肾脏病的临床表现，如高血压、腰痛，尿液改变（血尿、蛋白尿、管型尿）、低血浆蛋白、高胆固醇血症等。

(2) 水肿特点：水肿首先出现于眼睑和面部，但可迅速发展至全身，呈中度水肿。肾病综合征病人水肿显著，且常伴有浆膜腔积液。

3. 肝源性水肿 由于营养不良与肝功能不全所致的低蛋白血症是肝源性水肿的重要因素，加之肝硬化时，有相当多的血液郁积在大量的曲张的静脉内，使动脉血容量降低，当出现腹水时，动脉血容量更为减低，因此影响肾血管压力而导致水肿。其临床特点为：

(1) 有肝脏病史及肝脏疾病的临床表现，如食欲不振、乏力、消化不良、腹胀等症状；肝脾肿大、蜘蛛痣、肝掌、腹壁静脉曲张等体征；肝功检查多有明显改变。

(2) 水肿特点：水肿发生比较缓慢，常起始于足踝部，逐渐蔓延至整个下肢，严重者有浆膜腔积液。先有腹水而后出现下肢乃至全身性水肿是肝硬化腹水的特征表现之一。

4. 营养不良性水肿 常由慢性消耗性疾病、营养障碍性疾病、重度烧伤等引起低蛋白血症、贫血，从而出现水肿，其特点是：

(1) 有慢性消耗性或营养障碍性疾病或严重贫血等病史。在水肿出现前常有消瘦

和体重减轻等表现。化验检查血浆蛋白较低，红细胞计数和血红蛋白量降低。

(2) 水肿开始于下肢，逐渐向上蔓延。

5. 局限性水肿

(1) 上腔静脉综合征 由于纵隔肿瘤、肿大的淋巴结等压迫上腔静脉，使血液回流受阻，则有头颈部及两上肢水肿，常伴有胸壁静脉曲张。

(2) 血管神经性水肿 属于变态反应性疾病，表现突发性、无痛的局限性显著水肿，多见于面、舌或唇部。若累及声门时可引起窒息。

(3) 感染中毒引起的局限性水肿 见于丹毒、疖、痈、蜂窝组织炎等，病人有全身感染中毒症状，局部红、肿、热、痛。

(4) 淋巴回流受阻引起的局限性水肿 见于慢性淋巴管炎、丝虫病等，局部水肿，皮肤呈桔皮样改变，如反复发作，则局部皮肤增厚（橡皮肿），并有色素沉着。

6. 其他几种水肿

(1) 粘液性水肿 水肿是由于组织液含蛋白量较高引起，属非凹陷性水肿，颜面及下肢胫前出现水肿，皮肤粗糙，常伴有毛发脱落。

(2) 用药后水肿 临床上应用肾上腺皮质激素、睾丸酮、雌激素、胰岛素等，可出现轻度水肿，停药后逐渐消退。

【临床护理】

水肿对机体的危害，主要决定于产生水肿的原因，就水肿本身的影响而言，主要与水肿性质、发生部位、程度、速度及持续时间有关。重要器官的水肿如脑、肺、喉头、以及浆膜腔的大量积液常会引起严重后果，大量的水分进入机体内可引起水中毒、电解质紊乱。水肿的组织抵抗力降低，容易造成感染，并使组织再生能力减弱，常影响创口愈合。因此对水肿病人施行优质的服务尤为重要。

一、一般护理

(一) 饮食 应根据营养学原则，严密观察饮食营养。水肿明显者，需限制其钠、水的摄入，水的摄入量为每日300~500毫升。食盐的摄入量每日应为1~2克；轻度水肿者食盐摄入量每日为3~4克。

水肿期间，应补充适量的蛋白质、纠正贫血，改善毛细血管的通透性，提高血浆蛋白含量，从而减轻水肿。

但如病人有肝、肾功能低下，则不宜给予高蛋白饮食，否则有诱发肝性脑病和尿毒症的危险。肝脏病人禁饮酒。心、肝、肾疾病者，应限制脂肪的摄入。

(二) 休息 对轻度水肿者，应限制活动；对高度水肿，特别是有心、肝或肾功能不全时，应卧床休息，以增加肝、肾血流量，使尿量增多，有利于水肿的消退。对下肢水肿病人，抬高肢体可减轻水肿。

(三) 皮肤护理

1. 按时协助病人更换体位，在骨突出部垫以海棉垫等。床铺要清洁干燥、平整，衣着应宽大柔软，以防皮肤擦伤及褥疮。

2. 有阴囊水肿时可用脱脂棉置于两侧腹股沟部, 使其与股内面隔开, 并用提睾带将阴囊提起, 以免磨擦破溃。有会阴部水肿者, 应保持局部皮肤清洁, 每日冲洗会阴一次, 防止尿路感染。

(四) 预防感染

1. 应保持室内清洁、空气新鲜。定期消毒, 限制探视人员出入。

2. 在给水肿病人进行肌肉注射和静脉穿刺时, 应严格执行无菌操作规程。在静脉注射时应先推开皮下水分或指压局部片刻, 使静脉露出易于进针, 肌肉注射前也应先推开水分并将组织推向一边再进针, 使穿刺点不在各层组织的同一线上, 针头拔出后各层组织回复至原位, 使针孔被逐层组织覆盖, 避免药液及液体外渗。各种穿刺后均应用无菌干棉球按压, 以防止药液外溢及感染。

3. 对肝硬化腹水病人, 当放腹水时, 应于穿刺完毕将穿刺局部用无菌凹心胶塞压迫, 以纱布覆盖后再用胶布固定, 以防腹水外渗及因此而引起的感染。

(五) 测量体重 通过测量体重可了解水肿程度和治疗效果, 尤其对隐性水肿者, 需每日测体重一次, 注意每次测体重的时间、衣着、排泄及饮食等情况均应一致。应准确地记录体重增、减的数据。

二、药物治疗及护理

(一) 利尿药物的使用原则

1. 使用利尿剂是水肿性疾病综合治疗方法中的一种, 有时仅起对症处理的作用。按“急则治其标、缓则治其本”的原则, 在应用利尿剂同时, 必须积极处理原发疾病, 并根据水肿的特点和性质, 配合选用利尿药物, 适当地限制水和盐的摄入。

2. 对需迅速减轻水肿和减少血容量者, 则需选用快速强效的利尿剂。对水肿本身尚未严重影响机体者, 一般以口服利尿剂治疗为宜。对顽固性水肿者, 在使用强利尿剂同时可考虑数种利尿剂联合交替使用, 并在获得初步疗效后继续口服某一种利尿剂, 以巩固疗效。对需长期使用利尿剂者, 应采用间歇用药或选择性地联合应用两种或两种以上利尿剂, 从而减轻机体的电解质紊乱和对药物产生的耐药性。

3. 对已有低钾或失钾过多的水肿病人, 不宜选用噻嗪类或强制利尿剂, 而应首选潴钾利尿剂或在补充钾盐后再合并应用排钾性利尿剂, 血钾正常的病人, 不宜单独应用潴钾类利尿剂, 因其利尿效力不大。

4. 一般轻度的全身性水肿以噻嗪类利尿剂为首选, 其中常用的为双氢克尿噻, 以长期间歇使用为宜。无效时可加大剂量或与潴钾类利尿剂合用。

(二) 使用利尿药物的护理要点

1. 合理安排用药时间, 利尿药宜在每天早晨服用, 使其在病人入睡前产生强利尿作用, 以保证病人夜间充分休息。

2. 准确记录液体出入量。对观察疗效有重要意义, 必要时保留24小时尿液以便详细化验。

3. 严密观察病人电解质紊乱及酸碱平衡失调的表现。

(1) 低钠血症(低盐综合征)病人表现肌无力、腿痉挛, 口干、眩晕、胃肠功能

紊乱等。

(2) 代谢性碱中毒病人易激动, 神经肌肉过度兴奋, 严重病例有强直性痉挛。

(3) 低钾血症病人肌无力、肠蠕动减弱、体位性低血压、呼吸窘迫、心律失常等。

(4) 高血钾症早期表现为易激动, 恶心、肠绞痛、腹泻。晚期的特征性表现为弛缓性麻痹、呼吸及说话困难、心律失常等。

4. 正确补充钾盐 有低钾倾向者可增加含钾食物或饮料的摄入, 如葡萄、苹果、梨、香蕉、肉、鱼、橘子汁等。严重低钾者可给予钾制剂, 因钾盐味苦, 可用果汁或牛奶稀释后服用。服用氯化钾后, 因可能引起胃粘膜溃疡故应严密观察腹痛、消化道出血等症状。

5. 注意药物相互作用 利尿药有增强抗高血压药物的作用, 因此, 对同时用抗高血压药物者注意可能出现血压过低, 嘱病人起床动作要慢, 如出现眩晕、无力时应立即卧床休息。

利尿药物可引起低血钾或高血钾, 血钾改变可增强洋地黄类药物的毒性作用, 因此对同时应用洋地黄类药物者, 应注意观察有无毒性反应, 如视觉改变、胃肠道症状、心律失常等。

6. 警惕利尿药对某些疾病的不良影响 利尿可使隐性和轻度糖尿病人的病情加重, 故应查血糖、尿糖, 观察病人有无三多表现。利尿药可导致电解质紊乱, 对有严重肝脏损害者易诱发肝性脑病。痛风病人服用利尿药后, 可能使痛风急性发作, 因此在用药时应注意其病情变化。

三、病因护理

(一) 功能性原因水肿的护理

1. 特发性水肿服用苯丙胺时, 可引起失眠, 故不宜晚间服用, 并应观察睡眠状况。

2. 功能性水肿, 水肿不重或症状不明显者可不用给药, 水肿较重时可指导其少盐饮食, 服少量利尿剂, 或用苯丙胺、麻黄素等。

(二) 心源性水肿的护理 心源性水肿是由各种心脏疾病引起心功能衰竭所致, 故对病因和诱因进行治疗护理。如高血压心脏病的心力衰竭, 必须配合降压药的应用。对诱发心力衰竭的原因, 如感染、过劳、输液过快等, 在护理中应注意避免。

(三) 肝源性水肿的护理 肝硬化水肿病人, 除用保肝药物外, 在护理中应注意病人卧床休息, 限制钠盐的摄入。

(四) 肾源性水肿的护理 应针对不同病因对症处置, 如急性肾小球肾炎水肿, 可用中药、大量维生素 C、扩血管药物等。慢性肾小球肾炎病人应进高蛋白饮食, 配合输血浆治疗。肾病综合征则用肾上腺皮质激素和免疫抑制剂。泌尿系感染者需要抗感染治疗。

第二节 发 热

Fever

【概述】

发热是机体对于致病因子的一种防御反应。一般来说，腋下温度在 37°C 以上，口腔温度在 37.3°C 以上，直肠温度在 37.6°C 以上，一昼夜间波动在 1°C 以上时，称为发热。正常体温可受许多因素影响而有一定的变动，如可因饮食、剧烈运动、环境温度突然增高及情绪激动时，而稍有升高；由于儿童代谢率较高，其体温也较老年人为高；女性在排卵期至月经期及妊娠期体温也比平时略高。因此，在考虑病理性发热时，对这些生理性体温改变应加以识别。

发热是由于各种原因引起的机体散热减少或产热增多或伴体温调节中枢功能障碍所致。引起发热的病因很多，大致可分为感染性与非感染性两大类，其中以感染性发热最为常见。

1. 感染性发热：①病毒感染如流感、肠道病毒感染、脊髓前角灰白质炎、乙型脑炎、急性传染性肝炎、麻疹等。②细菌感染如伤寒、结核、细菌性痢疾、丹毒、肺炎、败血症、亚急性感染性心内膜炎、肝脓肿、肺脓肿、肾盂肾炎等。③原虫感染如疟疾、阿米巴病等。

2. 非感染性发热：①结缔组织疾病，如风湿病、红斑性狼疮等。②恶性肿瘤，如急性白血病、淋巴瘤等。③其他，如中暑、药物或输液、输血反应，脑出血等引起的中枢性发热等。

【临床观察】

一、发热的程度

微热， $37.1\sim 38^{\circ}\text{C}$ （腋温），多见于结核、风湿，中等发热， $38\sim 38.9^{\circ}\text{C}$ （腋温），见于一般感染性疾病，高热， $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ （腋温），见于急性感染，过高热， 40°C 以上（腋温），见于中暑等。

二、发热的病程

发热超过两周以上者为长期发热。多见于伤寒、结核、结缔组织病及淋巴瘤等。体温在 $37.1\sim 38^{\circ}\text{C}$ 持续四周以上者为长期低热。多见于慢性肾盂肾炎、慢性胆囊炎、慢性肝炎及结核病等。发热病程小于两周者多见于急性感染性疾病。

三、发热类型

临床上根据体温波动情况，发热可分如下类型。

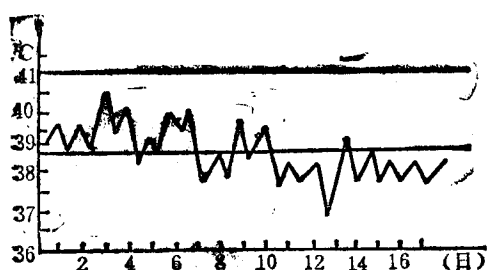


图 1—2 稽留热

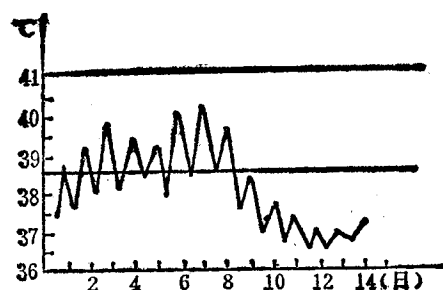


图 1—3 弛张热

(一) **稽留热** 体温持续于 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 上下，达数日或数周之久，24小时内体温波动不超过 1°C ，见图 1—2。多见于大叶性肺炎、伤寒、副伤寒、恙虫病及急性传染病的极期。

(二) **弛张热** 体温高低不等，昼夜体温波动范围超过 1°C 以上，但最低温度仍高于正常水平。多见于败血症、脓毒血症、肝脓肿、粟粒型结核等，见图 1—3。

(三) **波状热** 体温渐升可达中等热或高热，持续数日，又逐渐降至微热或正常水平。后又逐渐上升，如此周而复始，体温曲线呈波浪状。常见于布氏杆菌病、恶性淋巴瘤、脂膜炎及周期热等，见图 1—4。

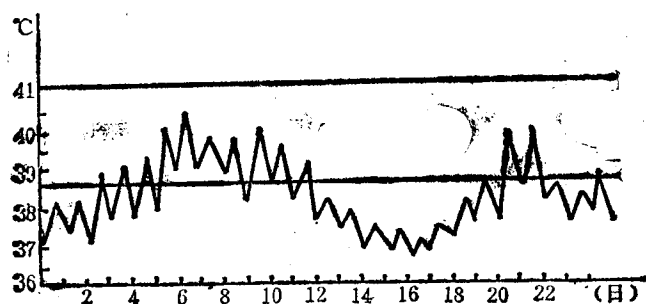


图 1—4 波状热

(四) **间歇热** 突然高热，持续数小时后又恢复正常，间隔数小时或数日又突然上升，如此反复发作。常见于疟疾、急性肾盂肾炎等，见图 1—5。

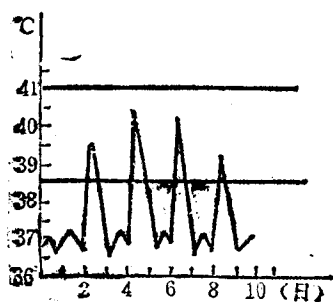


图 1—5 间歇热

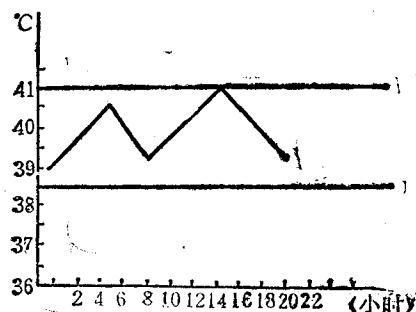


图 1—6 双峰热