

主编 李艳梅 吴欣娟

实用临床症状 护理

- SHIYONG
- LINCHUANG
- ZHENGZHUANG
- HULI

中国医药科技出版社

实用临床症状护理

主 编 李艳梅 吴欣娟

中国医药科技出版社

内 容 提 要

全书罗列 71 种症状, 对每种症状均阐述其定义、发病原因、发病机制、临床表现、护理评估、护理目标、护理措施。书中从症状角度叙述现代护理技术, 可帮助临床护理人员对患者实施整体护理, 并且可提高护理人员运用护理程序的能力及独立观察病情、分析解决问题的能力。

图书在版编目 (CIP) 数据

实用临床症状护理/李艳梅, 吴欣娟主编.

—北京: 中国医药科技出版社, 2004.11

ISBN 7-5067-3089-8

I. 实... II. ①李... ②吴... III. 护理学
IV. R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2004) 第 129320 号

美术编辑 陈君杞

责任校对 张学军

版式设计 程明

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100088

电话 010-62244206

网址 www.mpsky.com.cn

规格 850 × 1168mm $\frac{1}{32}$

印张 13 $\frac{1}{4}$

字数 326 千字

印数 1—3000

版次 2005 年 3 月第 1 版

印次 2005 年 3 月第 1 次印刷

印刷 三河富华印刷包装有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 7-5067-3089-8/R·2565

定价 26.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

编委人员名单

主 编	李艳梅	吴欣娟	
副主编	刘绍金	张晓静	宋书梅
编 委	(以下以汉语拼音为序)		
	董晓兰	康卫娟	李冬竹
	李 韬	李 颖	李艳梅
	刘风华	刘绍金	马 欣
	宋书梅	夏 莹	吴欣娟
	吴艳芳	余梦清	张春燕
	张晓静	赵艳伟	赵玉芳
	朱宏伟	朱 芹	

前 言

改革开放以来，我国护理事业得到突飞猛进的发展，护理在学科建设、临床护理、护理科研、护理管理及护理教育等方面都取得了长足的进步，但与先进国家相比我们还存在着一定的差距，需要全体护理同仁共同努力学习护理理论、钻研护理技术，不断提高护理专业理论及专业技能。特别进入 21 世纪，人们的健康观念和对健康的需求发生了巨大的变化，护理专业的内涵也随之扩大，继而对护理工作提出了更高的要求。

护理是因人类的需求而产生的，其本质是照顾与关怀，护理人员应能熟练应用医学及护理知识与技能，敏锐地观察患者的各种症状及健康需求，及时提供准确、适宜的护理，使患者尽快恢复健康、达到最高可能的健康状态。为此我们编写了《实用临床症状护理》一书。本书围绕着临床常见症状和体征，应用医学基础理论，阐述各个症状发生的机制、原因、有可能发生该症状的相关疾病及该症状的临床表现，并通过全面收集患者的主、客观资料进行综合的护理评估，制定护理目标，实施切实可行的护理措施。

本书编写过程中我们参考了大量有关专著和资料，吸收了先进的护理理论并融入了我院多年临床护理实践，做到了理论与实践相结合，内容丰富，具有一定的深度及广度，可作为临床护理人员进行临床护理工作及

书写护理病历参考用书，同时也可作为各类护理专业学生选修书。由于时间仓促及我们专业水平有限，书中如有缺陷及错误之处，敬请读者指正。

作者

2004年7月

目 录

一、发热	(1)
二、咳嗽、咳痰	(8)
三、呼吸困难	(13)
四、咯血	(18)
五、心悸	(22)
六、高血压	(26)
七、低血压	(37)
八、休克	(40)
九、贫血	(50)
十、紫绀	(56)
十一、出血 (出血倾向)	(60)
十二、多尿	(63)
十三、少尿及无尿	(67)
十四、蛋白尿	(71)
十五、排尿异常	(75)
十六、恶心与呕吐	(81)
十七、腹胀	(89)
十八、便秘	(96)
十九、腹泻	(100)
二十、食欲不振	(107)
二十一、黄疸	(110)
二十二、肠梗阻	(115)
二十三、呕血、便血	(120)
二十四、高血糖	(124)

二十五、低血糖·····	(134)
二十六、肥胖·····	(140)
二十七、晨僵·····	(146)
二十八、光过敏·····	(150)
二十九、口眼干燥症·····	(154)
三十、雷诺现象 (RP) ·····	(158)
三十一、肌肉萎缩·····	(162)
三十二、睡眠障碍·····	(168)
三十三、吞咽困难·····	(177)
三十四、眩晕·····	(187)
三十五、失语症·····	(194)
三十六、感觉障碍·····	(201)
三十七、意识障碍·····	(211)
三十八、瘫痪·····	(220)
三十九、抽搐·····	(225)
四十、肌肉无力·····	(229)
四十一、疼痛·····	(232)
四十二、头痛·····	(235)
四十三、腹痛·····	(240)
四十四、癌症疼痛·····	(245)
四十五、关节痛·····	(252)
四十六、阴道出血·····	(258)
四十七、阴道排液·····	(277)
四十八、外阴瘙痒·····	(285)
四十九、压力反应·····	(290)
五十、皮疹·····	(293)
五十一、皮肤瘙痒·····	(307)
五十二、伤口·····	(316)
五十三、压疮·····	(322)

五十四、打鼾	(330)
五十五、耳鸣	(335)
五十六、耳聋	(344)
五十七、嗅觉障碍	(348)
五十八、口腔溃疡	(355)
五十九、红眼	(360)
六十、视野缺损	(366)
六十一、虹视	(370)
六十二、复视	(374)
六十三、夜盲	(380)
六十四、黑矇	(385)
六十五、视物变形	(391)
六十六、眼睑闭合不全(亦称兔眼)	(393)
六十七、眼痛	(396)
六十八、畏光	(400)
六十九、泪液分泌过多(流泪)	(403)
七十、溢泪	(406)
七十一、泪液分泌过少(干涩感)	(408)

一、发 热

定义

发热是指机体在致热原的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。调定点上移后引起调温效应器的反应一方面通过交感神经作用，使血管收缩，血流量减少，汗腺分泌功能降低，出汗较少，甚至停止，结果散热减少；另一方面通过运动神经作用，引起平滑肌的紧张度增高或寒战，结果产热增加。由于产热大于散热，体温调节中枢在高水平上达到新的平衡，机体处于发热状态。一般而言，当腋下温度超过 37℃ 或口腔温度超过 37.5℃ 时，一昼夜体温波动在 1℃ 以上的可称为发热。

原因

(1) 感染：包括细菌、病毒、原虫、真菌、立克次体、抗原-抗体复合物、类固醇物质等。革兰阴性菌细胞壁含有内毒素(ET)，ET 的活性成分是脂多糖，可有 3 个组成部分，即 O-特异侧链、核心多糖和脂质 A，而脂质 A 是决定致热性的主要成分；革兰阳性菌的致热作用则与细菌颗粒和外毒素有关。病毒引起的发热仅次于细菌，其致热作用可能与血细胞凝集有关。类固醇物质，特别是肾上腺皮质激素的代谢产物原胆烷醇酮有明显的致热作用。有人发现肾上腺癌、肝癌、肝硬化所引起的发热与血桨中原胆烷醇酮的含量升高有关。

(2) 恶性肿瘤：由于组织坏死产物被吸收或肿瘤组织的炎性反应；肿瘤引起免疫反应的抗原-抗体复合物；癌瘤组织的高分

子物质具有致热作用的多糖体成分；有些恶性肿瘤因抵抗力降低而发生感染，引起发热。

(3) 自身免疫病：由于自身的免疫系统的失调引起。目前认为是由于抗原-抗体复合物和淋巴因子的作用激活了产生内生致热源细胞而释放白细胞致热源所致。

(4) 遗传及代谢疾病：如先天性肾上腺功能不全、甲状腺功能亢进等。

(5) 体温调节中枢的失常：如脑炎、脑部肿瘤、小儿夏季发热等。体温上升期中枢神经系统兴奋性升高表现为头痛、头晕、烦躁不安；持续高热可导致中枢神经系统由兴奋转为抑制，患者则出现表情淡漠、嗜睡，甚至昏迷。尤其是6个月~4岁的儿童，高热易发生“热惊厥”，主要表现为全身或局部肌肉抽搐，可伴短暂的意识丧失。发生机制可能与小儿神经系统未发育成熟，抑制过程薄弱；兴奋过程相对占优势有关。

(6) 化学物质如某些药物进入血液及栓塞的组织坏死可引起发热。

发热类型

各种体温曲线的形态称为热型。某种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。但由于目前抗生素的广泛应用或由于应用解热药、肾上腺皮质激素等，使热型变为不典型。此外，热型也与机体的反应性有关，年老体弱者由于反应性差，即使化脓性细菌感染也常无寒战、高热，而表现为低热，甚至不发热。常见的热型有：

(1) 稽留热：体温持续在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 左右，达数日或数周，24h波动范围不超过 1°C 。常见于大叶性肺炎、伤寒、斑疹伤寒等急性传染性疾病的急性期。

(2) 弛张期：体温在 39°C 以上，24h内温差达 1°C 以上，体温最低时仍高于正常水平，见于败血症、风湿热、化脓性疾病等。

(3) 间歇热：高热期和无热期交替出现。见于疟疾、淋巴瘤、急性肾盂肾炎等。

(4) 不规则热：发热无一定规律，持续时间不定。见于恶性肿瘤、流行性感冒等。

正确判断发热的程度：以口腔温度为例，发热程度可划分为：

低热：37.5~37.9℃。

中等热：38~38.9℃。

高热：39~40.9℃。

超高热：41℃以上。

临床表现

发热时患者常伴有头痛、倦怠、肌肉酸痛、关节痛、厌食等症状。高热也会造成注意力不集中、谵妄甚至痉挛，尤其在幼儿期之痉挛（俗称惊风）更为常见。在老年及肝肾衰竭的患者高热也很容易造成痉挛。由于体温增高，电解质出现不平衡，消化系统受到影响，则出现食欲不振、舌苔黄腻、呃逆、腹泻、便秘等症状。

治疗

患者出现发热症状，一般采用对症治疗。

1. 药物治疗 主要使用解热镇痛剂，其分为类固醇及非类固醇两种。

2. 物理治疗

(1) 局部冷疗：将冷毛巾或冰袋放置在患者的前额部、腋下、腹股沟处。

(2) 全身冷疗：酒精擦浴、温水擦浴、冰盐水灌肠等方法。

护理评估

1. 评估患者发热状态及相关因素

(1) 患者发热的程度、开始及持续的时间、伴随的症状等。

(2) 患者精神状态。

(3) 皮肤是否完整、皮肤的温度及颜色有无异常。

(4) 近期有无接受放射、化学治疗及手术。

(5) 有无过度疲劳、与传染病患者密切接触、受寒、服用特殊药物（如抗肿瘤药物及免疫抑制剂）。

(6) 老年人是否有过对冷热的反应，以便判断有体温调节失常的因素。

(7) 家族史：家族中是否有遗传性发热史。

(8) 辅助检查：包括体格检查、实验室检查和放射线检查。体格检查的主要内容有测量体温、脉搏、呼吸、血压及与发热有关的体征检查（如有无意识的障碍，颈项强直，甲状腺肿，皮疹，心、肺、肝、肾功能的异常，腹部肿瘤，直肠，前列腺及淋巴结的炎症表现，关节肿痛，雷诺现象等）；实验室检查主要项目包括白细胞计数与分类、尿、大便及细菌学检查，以明确发热的原因。白细胞的正常值为 $(4 \sim 10) \times 10^9/L$ ($4000 \sim 10000/mm^3$)，其总数在生理情况下也有波动。例如体力劳动后、饭后、月经期、妊娠期、分娩期都可增高。病理情况下白细胞增高可见于各种炎症、烧伤、大出血、白血病等。白细胞减少则见于一些传染病（如伤寒、流行性感冒、麻疹或其他病毒感染）、血液病（如再生障碍性贫血、粒细胞减少症等）、脾功能亢进、严重感染和一些物理、化学因素的损害等；白细胞分类计数，嗜中性粒细胞（正常为 50% ~ 70%）与淋巴细胞（正常为 20% ~ 30%）为周围血液中的主要细胞。嗜中性粒细胞增多见于全身性感染（如败血症、大叶性肺炎）、急性出血和溶血、代谢性酸中毒及多种化学药品的中毒。淋巴细胞百分率增多见于传染性肝炎、结核等。尿常规检查有无血尿、蛋白尿等；大便常规检查是否有便血、红白细胞、寄生虫或虫卵等；血液检查包括电解质、血糖、肌酐、尿素氮、肝功能指数；如怀疑有血液疾病可行骨髓穿刺；有自身免疫疾病的患者，可进行血液抗核抗体及补体的检查；放射线检查最主要的是胸部 X 线有无肺炎的表现。

2. 评估发热患者身体状况

(1) 代谢方面的评估：发热可使糖、脂肪、蛋白质分解代谢增加。发热时，由于糖原分解代谢和糖原异升作用的加强，可引起血糖升高，急性高热患者甚至可出现糖尿。由于糖原不断消耗，加之患者进食较少，糖原摄入不足，导致脂肪分解代谢加强。若大量脂肪分解且氧化不全，可出现酮血症、酮尿；若脂肪消耗过多，则出现消瘦；同时，蛋白质的分解代谢约为健康人的3~4倍，而摄取吸收又减少，引起负氮平衡，使机体抵抗力下降，组织修复能力减弱。体温上升和高热持续期的患者尿、汗减少，水、钠在体内潴留；而退热期可引起脱水，维生素B、维生素C的缺乏。

(2) 心肺功能的评估：发热时心率加快，一般体温每升高1℃，成人每分钟心率平均增加10次左右，儿童增加15次左右。主要是由于发热时交感-肾上腺髓质系统的兴奋性增高及体温升高刺激心脏窦房结所致。有些疾病可出现相对缓脉，即心率不随体温的升高而增加，如伤寒、脑干损伤、颅内压增高等。发热时体温升高及酸性代谢产物的堆积，刺激呼吸中枢，使其兴奋性增高，表现为呼吸加深、加快，严重者可出现呼吸浅、快或不规则。

(3) 消化道：发热时消化液分泌减少，胃肠蠕动减弱，可出现食欲不振、口干、消化不良、便秘等。

(4) 中枢神经系统：表现为头痛、头晕。持续高热可出现表情淡漠、嗜睡，甚至昏迷。

(5) 泌尿系统：发热期尿量减少尿色变深，严重时出现蛋白尿及管型。

3. 心理

体温上升期患者突感发冷，发抖，面色苍白，体温上升。对此患者会出现恐惧、害怕、紧张、不安和焦虑。持续高热期，患者因周身不适、口干、虚弱无力、头痛、头晕会出现明显的烦

躁、不安和焦虑，尤其是持续高热而原因不明者，焦虑及抑郁心理更为明显，担心自己的病情及不良后果。退热期，由于大量出汗和排尿，可出现身体不适、烦躁、虚弱等。

护理目标

- (1) 患者体温下降至正常或接近正常。
- (2) 患者无并发症发生或并发症被有效控制。
- (3) 患者生活需求得到满足，舒适度增加。
- (4) 患者焦虑程度减轻，情绪稳定。

护理措施

1. 监测患者体温变化和发热的伴随症状

(1) 监测体温：体温在 37.2 ~ 37.5℃，每日测体温 2 次；37.5 ~ 38℃ 每日测体温 3 次；38 ~ 38.5℃ 每日测体温 4 次；38.5 ~ 39℃ 每 4h 测体温 1 次；直到退热 72h。采用退热措施后半小时测体温 1 次。

(2) 指导患者及家属识别并及时报告体温异常的早期表现和体征。包括皮肤颜色出现湿冷、头痛、疲劳、食欲下降等，并做好详细记录。

(3) 监测患者的血象，特别是白细胞记数与分类的变化，此外必要时可做尿、便常规、红细胞沉降率、C - 反应蛋白、血培养等检查。

2. 高热的处理（可选用物理及药物降温）

(1) 物理降温：临床上常用局部和全身冷疗两种方法。

局部冷疗：如冰毯、冰帽、冰袋等。适用于体温 38.5℃ 以上的患者。冰袋置于前额、腋下及腹股沟等处，通过冷传导的方式起到散热的作用。

全身冷疗：体温在 39℃ 以上者，可用酒精擦浴、温水擦浴、冰水灌肠。酒精擦浴一般选用 25% ~ 35% 的酒精 100ml ~ 200ml，温度 30℃ 左右。擦患者腋窝、腹股沟等血管丰富处，禁擦胸前区、腹部、后颈、足底以免引起不良反应。温水擦浴是用 32 ~

34℃的温水进行全身擦浴，促进散热。冰水灌肠常用于体温高达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：常用的药物有乙酰水杨酸、安乃近、吲哚美辛等。对原因不明的发热不要轻易使用，以免影响对热型及临床症状的观察。应用退热药物后应注意观察不良反应。警惕患者因大量出汗、大量丢失液体而出现虚脱或休克现象，对年老体弱及小儿更要加强监护。

3. 作好生活护理，提高患者的舒适度，预防并发症的发生

(1) 休息：休息可减少能量消耗，有效防止病情恶化。低热者可酌情减少活动适当休息。高热者应绝对卧床休息。满足患者的生活需要，注意调节室温，保持病室安静及空气清新，减少探视。

(2) 口腔护理：晨起、餐后和睡前协助患者漱口，以减轻口唇干裂、口干、口臭及舌苔过多等现象。

(3) 饮食：给予清淡、易消化、高热量、高维生素、高蛋白的流食或半流食。高热时鼓励患者多饮水，不能进食者给予静脉输液或鼻饲，以补充水电解质和营养物质。

(4) 皮肤护理：高热患者在退热过程中大量出汗，应及时擦干汗液，更换衣服及床单，注意保暖，保持皮肤的清洁、干燥。对长期持续高热者，协助其改变体位，防止褥疮、肺炎等并发症。

4. 加强病情观察，减轻伴随症状

(1) 寒战：化脓性细菌感染如大叶性肺炎、败血症等患者高热前有明显的寒战。此时应尽量让患者保暖，协助患者饮温开水，待患者无明显的发冷寒战时，准确测量体温，必要时遵医嘱抽血培养后行退热治疗。

(2) 肌肉和关节疼痛：根据患者疼痛的程度，给予适量的解热镇痛药，以缓解疼痛。

(3) 意识障碍、头痛和抽搐：中枢神经系统感染的患者易出现意识障碍、头痛和抽搐应设专人看护，拉起床挡，以避免坠床。

(4) 高热伴呼吸困难者给予氧气吸入，氧流量为 2 ~ 5L/min，随时监测动脉血气的变化，以观察疗效。

5. 体温变化各期的护理

(1) 体温上升期：解除患者顾虑，耐心解答其提出的各种问题，尽量满足患者的需求，尤应注意保暖；经常巡视患者，向患者解释其发热的过程，以便了解疾病进展及给予患者精神安慰。

(2) 高热持续期：尽量解除高热带来的身心不适感，认真倾听患者的不适主诉，及时给予患者物理降温，保证水分的摄入。

(3) 退热期：注意患者的清洁卫生，满足其舒适心理；补充营养，尽快使机体康复；如病情允许鼓励患者户外活动，呼吸新鲜空气，增强机体抵抗力。

6. 心理护理

患者因持续高热引起不适，往往会出现不安、烦躁、焦虑等情绪，护理人员应加强与患者的沟通，向患者介绍同类疾病治疗成功的病例，给予鼓励和安慰，使患者建立康复的信心。同时做好生活护理，增进护患关系，给患者以安全感和信任感。

(赵艳伟)

二、咳嗽、咳痰

定义

咳嗽是紧跟吸气后的一个爆发性呼气动作，是一种神经反射过程，其中枢位于延髓呼吸中枢。大部分咳嗽来自呼吸道黏膜，部分为呼吸道以外的器官与组织，一般通过迷走神经、三叉神经和舌神经传递到咳嗽中枢。当各种刺激涉及到反射弧的任何一个环节都能引起咳嗽。

咳痰是通过咳嗽将呼吸道内分泌物排出体外的动作，是气