



护士站必备丛书

临床常见症状体征 观察与护理

· 第2版 ·

主 编 任 辉 向国春

LINCHUANG CHANGJIAN ZHENGZHUANG
TIZHENG GUANCHANG YU HULI



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS



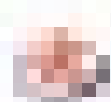
护士执业资格考试用书

临床常见症状体征 观察与护理

（第2版）

王 燕 编 王 燕 主编

Learning Objectives: To understand the clinical manifestations and nursing care of common symptoms and signs.



人民卫生出版社
PEOPLE'S HEALTH PRESS

护士站必备丛书

临床常见症状体征

LINCHUANG CHANGJIAN 观察与护理

ZHENGZHUANG TIZHENG GUANCHANG YU HULI

(第 2 版)

主 编 任 辉 向国春

副主编 田晓利 张 燕 张庆玲 廖建梅

编 者 (以姓氏笔画为序)

王沪渝 任 辉 向国春 余 江

宋彩萍 张 燕 张庆玲 张佳思

金 燕 夏 梅 蒋红梅 曾登芬

廖建梅



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

临床常见症状体征观察与护理/任 辉,向国春主编.—2 版.—北京:人民军医出版社,2011.7

(护士站必备丛书)

ISBN 978-7-5091-4912-6

I. ①临… II. ①任…②向… III. ①症状—护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 130131 号

策划编辑:马 莉 文字编辑:王月红 责任审读:黄栩兵

出 版 人:石 虹

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

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300-8036

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:潮河印业有限公司 装订:京兰装订有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:18.75 字数:450 千字

版、印次:2011 年 7 月第 2 版第 1 次印刷

印数:0001—3000

定价:59.00 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

内 容 提 要

.....

编者第 1 版的基础上重新将症状按系统分类，围绕临床 85 种常见症状体征，分别从发病机制、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详细阐述了如何观察病情、落实医嘱、护理病人，医护、护患如何配合治疗和沟通等。本书实用性、指导性强，适于临床护士阅读参考，也可作为新护士岗前培训教材及护士继续教育参考书。

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。因此，护理人员需要不断地学习、更新知识，才能满足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，人民军医出版社组织解放军总医院、第二军医大学、第三军医大学、沈阳军医总医院、武汉同济医院的医疗护理专家，编写了这套《护士站必备丛书》。

《护士站必备丛书》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最实用的内容。全套丛书共5本，即《基本护理操作规程与图解（配光盘）》《危重症急救护理程序（配光盘）》《临床常见症状体征观察与护理》《常用药物的使用观察及护理》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，既可以放在护士站作为临床护理工作的参考资料，又方便护理人员遇到问题时随时查阅，也可作为新护士岗前培训教材及护士继续教育参考书。

《护士站必备丛书》在第1版基础上做了修订，部分内容做了增减和更新，无论从护理理论知识还是技术操作都更加符合临床护理需要。相信第2版将对提高临床护理质量、规范护理工作程序、提高护士专业水平和护理操作技能起到积极的促进作用，并对开展护理“三基三严”工作产生积极的影响。

黄人健
2011年7月

再版前言

.....

《临床常见症状体征观察与护理》第1版出版后受到了广大临床护理人员的好评。随着医学技术的快速发展和人们健康观念的改变,对护理工作提出了更高的要求,为适应我国专业护理人员,及时获得和更新护理知识,满足临床护理工作的需要,我们对第1版进行了全面审查,并在听取广大读者意见和建议的基础上,经调查和审议,在听取广大读者意见和建议的基础上,决定对该书进行修订。

本次修订原则:①为便于查找,按系统分设标题;②增加“猝死”“胸腔积液、腹水”“心律失常”“心力衰竭”“腰腿痛”“抑郁”“老年痴呆”“牙痛”“咽炎”等内容;③淘汰旧的、增加新的治疗方法;④增加临床常用药物名称及用法、用量;⑤增加辅助检查阳性值的临床意义;⑥精减病因及发生机制;⑦完善临床护理需要的内容,强调护理措施的实用性。

同时,力求做到资料新颖、观点明确、重点突出,实用性、指导性强。由于作者水平有限,不足之处,敬请广大读者和护理同行批评指正!

第三军医大学

编 者

2011年7月

目 录

第 1 章 呼吸系统常见症状体征	1
第一节 发热	1
第二节 咳嗽	6
第三节 呼吸困难	9
第四节 咯血	13
第五节 胸腔积液	15
第六节 胸痛	18
第 2 章 循环系统常见症状体征	20
第一节 心悸	20
第二节 心律失常	22
第三节 心力衰竭	27
第四节 高血压	33
第五节 低血压	37
第六节 休克	38
第七节 猝死	42
第 3 章 消化系统常见症状体征	46
第一节 吞咽困难	46
第二节 恶心与呕吐	49
第三节 食欲缺乏	53
第四节 腹胀	54
第五节 消瘦	57
第六节 腹泻	60
第七节 便秘	65
第八节 呕血	68
第九节 便血	73
第十节 腹痛	76
第十一节 肠梗阻	79
第十二节 腹水	81



第十三节 黄疸	84
第4章 泌尿系统常见症状体征	88
第一节 多尿	88
第二节 血尿	90
第三节 少尿及无尿	94
第四节 蛋白尿	96
第五节 排尿困难	101
第六节 尿失禁	103
第七节 膀胱刺激征	105
第八节 尿潴留	107
第5章 血液系统常见症状体征	111
第一节 贫血	111
第二节 发绀	115
第三节 出血	117
第6章 内分泌系统常见症状体征	120
第一节 水肿	120
第二节 高血糖	125
第三节 低血糖	133
第四节 肥胖	135
第7章 中枢神经系统常见症状体征	141
第一节 感觉障碍	141
第二节 睡眠障碍	145
第三节 意识障碍	148
第四节 眩晕	152
第五节 失语症	154
第六节 失眠	156
第七节 抽搐与惊厥	159
第八节 肌肉萎缩	161
第九节 肌肉无力	163
第十节 瘫痪	164
第十一节 头痛	168
第十二节 腰腿痛	171
第十三节 抑郁症	174
第十四节 老年痴呆症	178



第 8 章 妇产科常见症状体征	182
第一节 阴道出血.....	182
第二节 阴道排液.....	187
第三节 外阴瘙痒.....	191
第 9 章 口耳鼻咽喉眼科常见症状体征	196
第一节 耳鸣.....	196
第二节 耳聋.....	200
第三节 嗅觉障碍.....	203
第四节 鼻出血.....	206
第五节 打鼾.....	212
第六节 声音嘶哑.....	215
第七节 咽炎.....	218
第八节 口眼干燥症.....	220
第九节 红眼.....	221
第十节 虹视.....	225
第十一节 复视.....	228
第十二节 黑矇.....	232
第十三节 视野缺损.....	234
第十四节 视物变形.....	237
第十五节 眼睑闭合不全.....	238
第十六节 眼痛.....	239
第十七节 畏光.....	243
第十八节 泪液分泌过多.....	244
第十九节 口腔溃疡.....	247
第二十节 牙痛.....	249
第 10 章 皮肤科常见症状体征	252
第一节 皮肤瘙痒.....	252
第二节 压疮.....	257
第三节 皮疹.....	263
第四节 伤口.....	269
第 11 章 其他常见症状	275
第一节 疼痛.....	275
第二节 癌症疼痛.....	279
第三节 关节疼痛.....	281
参考文献	284

第 1 章

呼吸系统常见症状体征

第一节 发 热

发热是指各种原因引起的体温调节中枢功能障碍时,体温升高超出正常范围。在正常情况下,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,一日内体温波动不超过 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。

【病因】 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、慢性的局部或全身性感染,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、脊髓灰质炎、流行性乙型脑炎、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,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)内分泌与代谢疾病:如甲状腺功能亢进症、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:有些致热原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,致使其功能失常而发热,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。

(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(IL-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。另外,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. 非致热源性发热 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,可见于流行性乙型脑炎、脓毒血症性败血症、中暑及中枢性高热等。

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: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39~40℃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、急性肾盂肾炎、输液或某些药物反应等;二是缓升型,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: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,肺炎球菌肺炎、流行性感、则为数周。

(3)体温下降期:一般表现为出汗、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,常伴有大汗淋



滴,常见于疟疾、急性肾盂肾炎等;二是渐降,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以下几种。

(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,临床上对发热患者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。如泼尼松、地塞米松、氢化可的松等口服、肌内注射或静脉滴注。病因未明的发热患者中,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,可在必要的实验室检查和各种培养标本采取后,根据临床诊断予以抗菌治疗。

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。应用退热药降温应审慎,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。

【护理评估】

1. 发热的原因或诱发因素 有无受凉、疲劳、疫水接触和传染病患者接触史;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治疗、化学治疗;有无外伤及手术史,流产或分娩史。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。

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: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-肾上腺素系统功能增高和体温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。

(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;高热期的患者尿和汗都减少,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。发热患者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 B 族维生素和维生素 C 的缺乏。

4. 辅助检查 实验室检查具有重要意义,检查血常规、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:常见于急性传染性眼病早期,如麻疹、斑疹伤寒、流行性出血热等。

(3)口唇单纯疱疹:常见于肺炎球菌肺炎、流行性感音等。

(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 4 次;体温在 $37.5\sim 38^{\circ}\text{C}$ 时,每日测量 3 次;体温在 $37.2\sim 37.5^{\circ}\text{C}$ 时,每日测量 2 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

(1)物理降温:乙醇或温水擦浴,冰袋的使用等。局部用冷法适用于体温 38.5°C 以上的患者,使用冰袋、冰枕、降温贴等置于前额、腋下及腹股沟等处,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 $5\sim 10\text{min}$ 。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 $200\sim 300\text{ml}$,温度 30°C 左右。擦浴的原则是自上而下,从外到内。上肢擦浴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。下肢擦浴顺序为自髂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,以达到散热的目的。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 后再测量一次体温,并做好记录。体温高达 40°C 的清醒患者可选用 4°C 的生理盐水 $100\sim 150\text{ml}$ 灌肠,以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:高热患者唾液分泌减少,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,注意保持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:发热患者容易畏光,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,对发热毫无思想准备,患者会有一种害怕心理,护士应安慰患者不急不躁,耐心地回答患者提出的各种问题,帮助患者解决临时的困难。

(2)体温继续升高到一定程度,患者表现为皮肤潮红、心率与呼吸频率加快,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;多数患者全身乏力、关节酸痛,食欲缺乏及恶心呕吐。护士应尽量解除其由于高热带来的不适,遵医嘱给予患者适当的处理,并要热情地对待,尽量满足他的需求,使其体温下降、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,但是患者仍有虚弱感;如果病情允许,患者可外出户外活动,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。患者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,加之患者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,以满足患者的生理与心理需要。

5. 健康教育

(1)在患者就诊期间,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,使患者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,所用药物的不良反应。

(4)向患者通报关于疾病的转归、一般病程及症状,调动患者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,给患儿多饮水,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,患者发热时代谢增快,进食少,消耗大,应卧床休息。儿童发热患者应减少活动,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)

第二节 咳 嗽

咳嗽是人体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管内异物。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】

1. 呼吸道疾病 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反射,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、系统性红斑狼疮、白血病等。

【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,引起咳嗽反射。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。



【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。

(2) 湿性咳嗽: 较多痰液, 常为慢性连续性咳嗽, 多见于慢性支气管炎、支气管扩张和空洞型肺结核等。

2. 咳嗽的时间与规律

(1) 发作性咳嗽: 常由于吸入刺激性气体或异物, 淋巴结或肿瘤压迫气管或支气管分叉处所引起。常见于百日咳、支气管内膜结核以及咳嗽为主要症状的支气管哮喘等。

(2) 长期慢性咳嗽: 是慢性呼吸系统疾病的特征。清晨起床时咳嗽加剧并咳痰, 常称晨咳, 多见于慢性支气管炎、支气管扩张、肺脓肿及肺结核, 多与体位改变有关。夜间平卧时出现剧烈咳嗽及明显咳痰为夜咳, 常见于肺结核、左心功能不全, 与体位改变、夜间迷走神经兴奋性增高有关。

3. 咳嗽的音色 指咳嗽的声音特点。

(1) 咳嗽声音嘶哑: 多为声带的炎症或肿瘤压迫喉返神经所致。

(2) 鸡鸣样咳嗽: 表现为连续性阵发性剧咳伴有高调吸气回声, 终末出现鸡鸣样声音是百日咳的特征。

(3) 金属音咳嗽: 可由纵隔肿瘤、主动脉瘤或支气管癌等直接压迫气管所致。

(4) 咳嗽声音低微或无声: 常见于严重肺气肿、极度衰弱或声带麻痹的患者。

【治疗原则】

1. 根据病因对症治疗, 如抗感染治疗、手术切除病灶、避免接触过敏原、戒烟等。

2. 明确诊断, 予镇咳、祛痰药, 促进痰液的咳出, 减轻咳嗽症状。如右美沙芬片, 每次 10~30mg, 每日 3 次; 复方氢溴酸右美沙芬糖浆, 每次 10ml, 每日 3 次; 氯化铵, 每次 0.3~0.6g, 每日 3 次; 盐酸溴己新, 每次 8~16mg, 每日 3 次; 羧甲司坦, 0.25~0.75g, 每日 3 次; 盐酸氨溴索片, 每次 30~60mg, 每日 3 次。

3. 咳嗽本身是一种保护性的生理反射, 一般病情不明确的情况下, 不予治疗。

【护理评估】

1. 引起咳嗽的因素 根据患者临床表现, 分析咳嗽的原因, 了解有无心、肺疾病及诱发因素。

(1) 炎症性刺激: 肺部疾病导致呼吸道黏膜充血、水肿, 引起咳嗽。

(2) 机械性刺激: 是否有灰尘、小异物吸入气管或来自呼吸道外部、内部的压迫等, 常见于肺不张、胸腔积液等。

(3) 化学性刺激: 吸入含有化学物质的气体, 如香烟、盐酸、氨气等化学气体。

(4) 吸入过热或过冷的气体引起刺激性咳嗽。

(5) 其他疾病所致的肺浸润引起咳嗽。

2. 咳嗽的临床表现 评估患者咳嗽的性质、时间和音色。咳嗽程度是重还是轻, 是单音还是连续性咳或是发作性剧咳, 是否嗅到各种不同气味时咳嗽加剧。

3. 辅助检查 胸部 X 线检查, 可明确诊断。可进行实验室检查, 包括血常规、红细胞沉降率、C-反应蛋白等。支气管镜检查对早期的肺癌及某些局部性感染有很大的诊断意义。