



第二章

常见症状评估



学习目标

1. 掌握常见症状的定义、临床表现、护理评估要点。
2. 能结合临床病例正确提出常见症状的相关护理诊断。
3. 了解常见症状的病因和发病机制。

症状 (symptom) 是指护理对象在患病状态下, 机体功能异常时所产生的主观感觉或自身体验或某些客观病态改变。症状表现有多种形式, 一些只有主观才能感觉到, 如疼痛、眩晕、多梦等; 有些不但能主观感觉到, 而且客观检查也能发现, 如发热、黄疸、呼吸困难、水肿等; 有些主观无异常感觉, 通过客观检查才能发现, 如黏膜出血、腹部包块等; 还有些生命现象发生了质量变化, 如肥胖、消瘦、多尿、少尿、无尿等, 需通过客观评定才能确定。以上内容在广义上均可视为症状 (广义的症状), 包含症状和体征两个方面。体征 (sign) 是指客观检查到的患者身体方面的异常改变, 如心脏杂音、肺部啰音等。

临床症状有很多, 常见的重要症状有发热、疼痛、水肿、呼吸困难、咳嗽、咳痰、咯血、发绀、恶心、呕吐、呕血、黑便、便血、黄疸、意识障碍等, 本章仅介绍一些常见症状。

第一节 发 热



案例引导

患者, 男, 20岁, 高热、咳嗽3天, 急诊入院。3天前, 患者受凉后出现寒战, 体温40℃, 伴咳嗽、咳痰, 痰少且呈铁锈色, 无痰中带血, 无胸痛。患病后患者食欲下降, 睡眠不好。查体: T 39℃, P 100次/min, R 20次/min, BP 120/80 mmHg。患者呈急性面容, 咽部充血, 右下肺可闻及湿啰音。实验室检查: WBC $12 \times 10^9/L$, N 82%, L 18%。门诊给予利君沙 (琥乙红霉素片) 及止咳、退热剂, 2天后不见好转。



问题

1. 护士如何对该患者的发热进行护理评估?
2. 请结合病例提出该患者的相关护理诊断。

发热 (fever) 是指机体在致热源的作用下或各种原因引起体温调节中枢功能障碍, 使产热增多和 (或) 散热减少, 体温升高超出正常范围。

正常人的体温受下丘脑的体温调节中枢调控, 并通过神经、体液因素使产热和散热过程呈动态平衡, 保持体温在相对恒定的范围内。正常人的体温: 一般口温为 $36.3 \sim 37.2^{\circ}\text{C}$, 腋温较口温低 $0.2 \sim 0.4^{\circ}\text{C}$, 肛温较口温高 $0.3 \sim 0.5^{\circ}\text{C}$ 。体温受昼夜、年龄、性别、运动、饮食、情绪、环境等内、外因素的影响而有波动, 但波动幅度一般不超过 1°C 。

一、病因与种类

发热的病因有很多, 临床上可分为感染性发热和非感染性发热两类。

1. 感染性发热

各种病原体包括细菌、病毒、真菌、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体、寄生虫等引起的急性、亚急性或慢性、局限性或全身性感染均可引起发热。感染性因素是临床上最常见的发热的病因, 感染性发热最常见的病原体是细菌。

2. 非感染性发热

1) 无菌性坏死物质吸收

无菌性坏死物质吸收可引起发热。无菌性坏死物质吸收可见于物理、化学或机械性损伤, 如大面积烧伤、创伤、大手术后内出血; 血管栓塞或血栓形成造成的组织缺血性坏死, 如心肌梗死、肺梗死、肢体坏死等; 组织细胞破坏, 如恶性肿瘤、急性溶血反应等。

2) 内分泌代谢障碍

发生内分泌代谢障碍, 如甲状腺功能亢进症时, 机体产热增多, 严重脱水时散热减少, 可引起发热。

3) 皮肤散热减少

皮肤散热减少, 如广泛性皮炎、鱼鳞病、慢性心功能不全等可引起发热。

4) 抗原 - 抗体反应

抗原 - 抗体反应所致发热与变态反应时抗原 - 抗体复合物形成有关, 可见于风湿热、血清病、药物热、结缔组织疾病等。

5) 体温调节中枢功能障碍

物理、化学、机械性因素直接导致的体温调节中枢受损称为中枢性发热, 如中暑、安眠药中毒、脑出血、颅脑外伤、颅内肿瘤等。

6) 自主神经功能紊乱

自主神经功能紊乱使产热大于散热, 多引起低热, 属于功能性发热, 常伴有自主神经功能紊乱的其他表现, 常见于感染治愈后低热、夏季低热、女性月经前或妊娠早期等。



图文
鱼鳞病



7) 其他

血液病，如白血病、淋巴瘤等；结缔组织疾病，如系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎等；各种恶性肿瘤；以上疾病均可引起发热。

二、发病机制

根据发病机制，发热可分为致热源性发热和非致热源性发热。

1. 致热源性发热

致热源可分为外源性致热源和内源性致热源两大类。

1) 外源性致热源

外源性致热源包括病原微生物及其产物、炎症渗出物、抗原-抗体复合物、无菌坏死组织、某些类固醇物质等，多为大分子物质，不能直接通过血-脑屏障作用于体温调节中枢，而是通过激活血液中的中性粒细胞、嗜酸性粒细胞和单核巨噬细胞系统，使之产生并释放内源性致热源，通过下述机制引起发热。

2) 内源性致热源

内源性致热源包括白介素、干扰素、肿瘤坏死因子等，特点是分子量较小，可通过血-脑屏障直接作用于体温调节中枢，使体温调定点上移，体温调节中枢对体温重新调节，发出冲动。此冲动一方面可通过交感神经使皮肤血管和竖毛肌收缩，停止排汗，散热减少；另一方面通过垂体内分泌因素使骨骼肌紧张性增高或发生寒战，使产热增加。这两方面因素使产热大于散热，引起发热。

2. 非致热源性发热

体温调节中枢直接受损，如颅脑外伤等；存在引起产热过多的疾病，如甲状腺功能亢进、癫痫持续状态等；引起散热减少的疾病，如广泛性皮肤病变、慢性心力衰竭等，均可引起发热。

三、临床表现

1. 发热的临床过程及特点

发热的临床经过一般分为三个阶段。

1) 体温上升期

体温上升期产热大于散热使体温上升。患者常表现为疲乏无力、肌肉酸痛、皮肤苍白、无汗、畏寒或寒战等。体温上升有以下两种方式：

(1) 骤升型：患者的体温急剧升高，数小时内达到 40℃ 或 40℃ 以上，常伴有寒战，小儿易发生惊厥，常见于大叶性肺炎、疟疾、急性肾盂肾炎、流行性感、输液反应等。

(2) 缓升型：患者的体温缓慢升高，数日内达到高峰，多不伴有寒战，常见于伤寒、结核病、布氏杆菌病等。

2) 高热期

高热期产热和散热过程在较高水平上保持相对平衡。患者常表现为寒战消失，呼吸加快、加深，皮肤潮红并有灼热感，开始出汗

重点提示



高热期，患者的体温达到高峰后可持续数小时（疟疾等）、数天（如肺炎球菌肺炎、流行性感、冒等）、数周（伤寒等）。



并逐渐增多。

3) 体温下降期

体温下降期散热大于产热，体温降至正常水平。患者常表现为多汗、皮肤潮湿。体温下降有以下两种方式：

(1) 骤降型：患者的体温于数小时内迅速降至正常，常伴有大汗淋漓，常见于肺炎球菌肺炎、疟疾、急性肾盂肾炎、输液反应等。

(2) 渐降型：患者的体温于数日内逐渐降至正常，常见于伤寒、风湿热等。

2. 发热的分度和热期

1) 发热的分度

以口腔温度为标准，发热可分为：低热，患者的体温为 $37.3 \sim 38 \text{ }^{\circ}\text{C}$ ；中等度热，患者的体温为 $38.1 \sim 39 \text{ }^{\circ}\text{C}$ ；高热，患者的体温为 $39.1 \sim 41 \text{ }^{\circ}\text{C}$ ；超高热，患者的体温在 $41 \text{ }^{\circ}\text{C}$ 以上。

2) 热期

临床上发热病程在 2 周以内者为急性发热；体温在 $38 \text{ }^{\circ}\text{C}$ 以上，持续 2 周或以上者为长期中、高热；体温在 $38 \text{ }^{\circ}\text{C}$ 以下，持续 1 个月以上者为长期低热。

3. 热型及临床意义

将在不同时间测得的体温数值分别记录在体温单上，将各体温数值点连接起来成体温曲线，该曲线的不同形态称为热型。不同疾病引起的发热可显现出不同的热型。

1) 稽留热

稽留热是指体温持续在 $39 \text{ }^{\circ}\text{C}$ 以上，达数天或数周，24 h 内波动范围不超过 $1 \text{ }^{\circ}\text{C}$ （图 2-1）。稽留热常见于肺炎球菌肺炎、伤寒高热期。

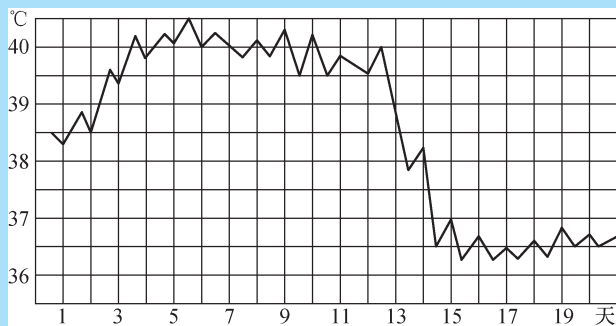


图 2-1 稽留热

2) 弛张热

弛张热是指体温常在 $39 \text{ }^{\circ}\text{C}$ 以上，24 h 内波动范围超过 $2 \text{ }^{\circ}\text{C}$ ，但体温最低时仍高于正常（图 2-2）。弛张热常见于败血症、风湿热、重症肺结核、严重化脓性感染等。

3) 间歇热

间歇热是指体温骤升达 $39 \text{ }^{\circ}\text{C}$ 或 $39 \text{ }^{\circ}\text{C}$ 以上，持续数小时又骤降至正常，无热期可持续 1 天或数天，高热期与无热期反复交替出现（图 2-3）。间歇热常见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

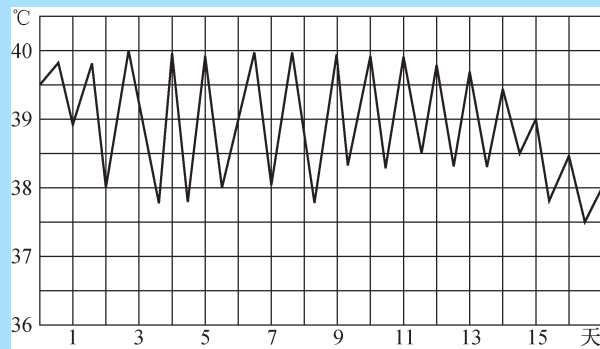


图 2-2 弛张热

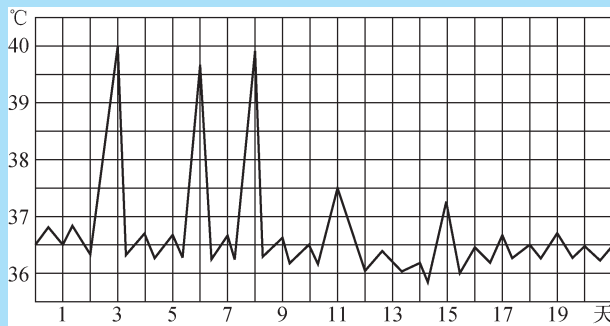


图 2-3 间歇热

4) 波状热

波状热是指体温逐渐升高到 39 °C 或 39 °C 以上，数日后又逐渐降至正常水平，持续数日后又逐渐升高，如此反复多次（图 2-4）。波状热常见于布氏杆菌病。

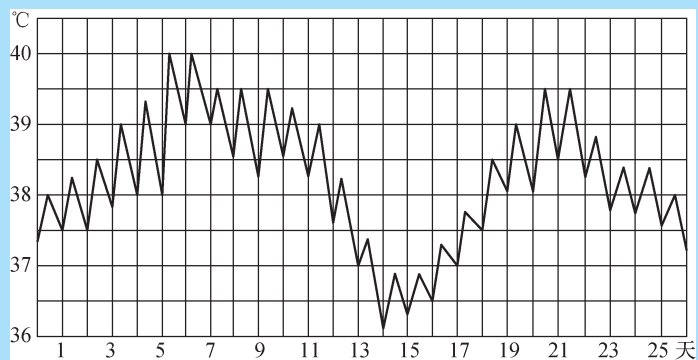
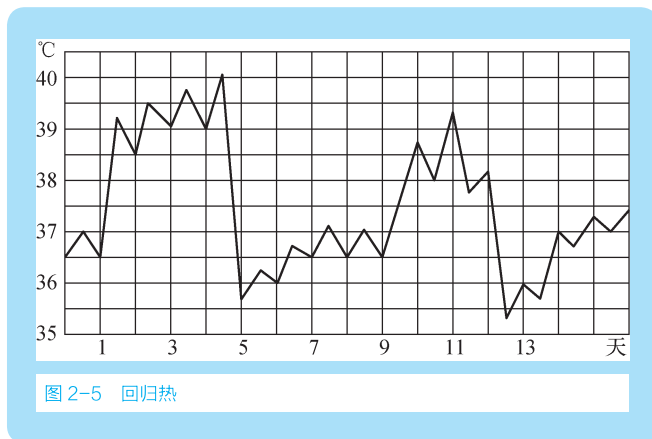


图 2-4 波状热



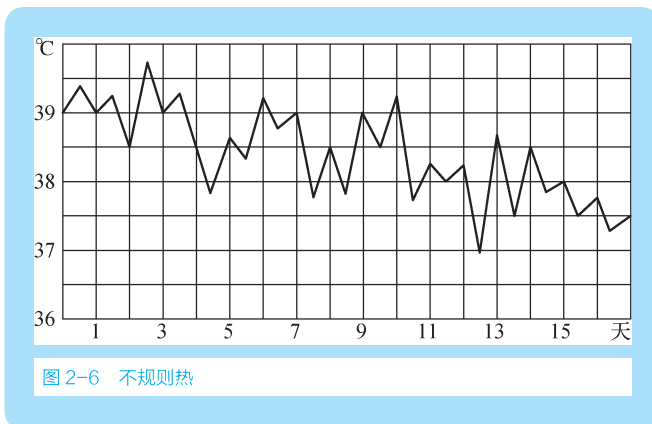
5) 回归热

回归热是指体温骤升至 39 °C 或 39 °C 以上，持续数天后又骤降至正常水平，高热期与无热期各持续数天后规律地交替出现（图 2-5）。回归热常见于回归热、霍奇金病等。



6) 不规则热

不规则热患者的体温曲线无一定规律（图 2-6）。不规则热常见于支气管肺炎、结核病、风湿热、肿瘤等。



四、护理评估

1. 相关病史

护士应询问患者有无结核病、疟疾等引起发热的病史；有无传染病患者接触史、预防接种史、手术史等；有无淋雨、受凉、过度劳累、饮食不洁、损伤、受到精神刺激等经历。

2. 临床特点

1) 发热的临床经过

护士应注意患者发热的时间、体温上升的急缓、发热持续时间的长短、各期的主要表现等。

2) 发热的程度、热期及热型

护士应定时为患者测量体温，观察其发热的程度、热期，注意其有无特征性热型。



3. 诊断、治疗及护理经过

护士应了解患者的就诊情况及经过；被诊断为何种疾病；是否采取了相应的治疗措施，如使用抗生素、激素、解热镇痛药等，用药剂量及疗效；是否采取了相应的护理措施，如物理降温等，其效果如何。

4. 伴随症状

护士应评估患者有无寒战，淋巴结肿大，昏迷，单纯疱疹，肝、脾肿大，出血，皮疹，关节肿痛等伴随症状。



图文
药物热

寒战常见于败血症、疟疾、急性溶血、输液反应等。淋巴结肿大常见于风疹、淋巴结结核、白血病、淋巴瘤等。昏迷常见于流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、中毒性菌痢、脑出血、巴比妥类药物中毒等。单纯疱疹常见于大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、流行性感冒等。肝、脾肿大常见于病毒性肝炎、疟疾、白血病、淋巴瘤、结缔组织病等。出血常见于病毒性肝炎、流行性出血热、败血症、急性白血病等。皮疹常见于麻疹、猩红热、风疹、风湿热、药物热、结缔组织病等。关节肿痛常见于败血症、猩红热、风湿热、痛风等。

5. 机体反应

护士应评估患者有无呼吸系统表现，如因代谢加速、耗氧增加而引起的呼吸加深、加快；有无循环系统表现，如在体温上升期心率加快、血压升高，在体温下降期血压下降；有无消化系统表现，如出现食欲减退；有无泌尿系统表现，如口渴、尿量减少；有无中枢神经系统表现，如在高热期可出现烦躁不安、谵妄，小儿易发生惊厥。

五、护理诊断

- (1) 体温过高：与病原体感染有关、体温调节中枢功能障碍及自主神经功能紊乱有关。
- (2) 营养失调，低于机体需要量：与发热所致高消耗及营养物质摄入不足有关。
- (3) 体液不足，或有体液不足的危险：与发热患者体温下降时出汗过多和（或）摄入液体量不足有关。
- (4) 口腔黏膜受损：与发热所致口腔黏膜干燥有关。
- (5) 潜在并发症主要包括意识障碍、惊厥等。

案例评析

患者发热，WBC $12 \times 10^9/L$ ，N 82%，常见的原因是细菌引起的急性化脓性感染；咳嗽、咳痰，痰呈铁锈色，右下肺可肺闻及湿啰音，考虑为大叶性肺炎。

(1) 护理评估要点：评估患者有无相关病史，发热的程度、热期及热型，诊断、治疗及护理经过，有无伴随症状，机体身心反应。

(2) 相关护理诊断：体温过高、睡眠形态紊乱、清理呼吸道无效。



第二节 疼 痛



案例引导

患者，男，57岁，有发作性心前区疼痛史2年，疼痛发作与过度疲劳、紧张、饱餐有关，休息3~5 min后可以缓解，未就诊检查治疗。近1周来，患者的工作非常忙碌。在2 h前，患者因过度劳累而发生持续性心前区压榨性疼痛，面色苍白，出冷汗，烦躁不安且有濒死感，被急送急诊。查体：患者呈急性痛苦面容，T 37℃，P 104次/min，BP 85/60 mmHg。心脏听诊心尖部心音低钝，心律不齐，未闻及杂音。肺部及腹部检查未见异常。心电图检查示偶发室性期前收缩， $V_1 \sim V_6$ 导联ST段弓背向上抬高，且有病理性Q波。

问题

1. 引起该患者疼痛的可能病因是什么？判断依据是什么？
2. 护士应如何对该患者进行护理评估？

疼痛是机体现存的或潜在的组织受损所产生的痛觉反应，是临床常见的症状。疼痛是一种警戒信号，可提醒个体某部位已出现了异常状况，对机体具有保护性和防御性功能。但强烈和持久的疼痛又会给个体造成痛苦或生理功能严重紊乱，甚至使其发生休克。

一、头痛

头痛是指额、顶、颞及枕部的疼痛，临床很多疾病可引起头痛，大多无特殊意义。反复发作或持续的头痛可能是某些器质性疾病的信号，应明确诊断，及时治疗。

1. 病因

1) 颅脑病变

颅脑病变，如颅内感染、血管病变、颅内占位性病变、颅脑外伤、偏头痛等可引起头痛。

2) 颅外病变

颅外病变，如颅骨疾病、颈部疾病、神经痛，以及眼、耳、鼻和牙齿疾病可引起头痛。

3) 全身性疾病

全身性疾病，如急性感染、心血管疾病、中毒、中暑、贫血、尿毒症、肺性脑病、低血糖、系统性红斑狼疮等可引起头痛。

2. 发病机制

头痛的常见发病机制有以下几种情况：血管因素，如各种原因引起的颅内、外血管收缩、扩张及血管受牵引或伸展；脑膜受到刺激和牵张；具有痛觉的脑神经（第V、IX、X对脑神经）和颈神经被刺激或牵拉；头颈部肌肉收缩；五官和颈椎病；生化因素和内分泌紊乱；神经功能紊乱。



3. 临床表现

1) 发病情况

急性起病并发热者常由感染性疾病所致；急剧的头痛持续不减，并伴有不同程度的意识障碍而无发热，提示颅内血管性疾病（如蛛网膜下隙出血等）；长期反复发作的头痛或搏动性头痛多为血管性头痛（如偏头痛等）或神经官能症；有慢性进行性头痛并有颅内压增高的症状（如呕吐、缓脉、视盘水肿等）者，应注意颅内占位性病变；青壮年慢性头痛，但无颅内压增高，常由焦急、情绪紧张所致，多为紧张性头痛（又称肌肉收缩性头痛）。

2) 头痛部位

弄清头痛为单侧或双侧、前额或枕部、局部或弥漫、颅内或颅外对病因诊断有重要价值。偏头痛及丛集性头痛多在一侧；颅内病变的头痛常为深在性且较弥散，颅内深部病变的头痛部位不一定与病变部位相一致，但疼痛多向病灶同侧放射；高血压引起的头痛多在额部或整个头部；全身性或颅内感染性疾病引起的头痛多为全头部痛；蛛网膜下隙出血或脑脊髓膜炎除头痛外尚引起颈痛；眼源性头痛为浅在性且局限于眼眶、前额或颞部；鼻源性或牙源性头痛多为浅表性疼痛。

3) 头痛的程度与性质

头痛的程度一般分轻、中、重三度，但与病情的轻重并无平行关系。三叉神经痛、偏头痛及脑膜刺激的疼痛最为剧烈；脑肿瘤所引起的疼痛多为中度或轻度；高血压性、血管性及发热性疾病引起的头痛往往带有搏动性；有时神经功能性头痛也颇为剧烈，神经痛多呈电击样痛或刺痛；紧张性头痛多为重压感、紧箍感或钳夹样痛。

4) 头痛发生的时间与持续时间

某些头痛可发生在特定的时间，如颅内占位病变往往清晨加剧；鼻窦炎引起的头痛常发生于清晨或上午；丛集性头痛常发生于夜间；女性偏头痛常与月经期有关；脑肿瘤引起的头痛多为持续性，可有长短不等的缓解期。

5) 加重、减轻或激发头痛的因素

咳嗽、打喷嚏、摇头、俯身可使颅内高压性头痛、血管性头痛、颅内感染性头痛及脑肿瘤性头痛加剧；丛集性头痛在直立时可缓解；颈肌急性炎症所致头痛可因颈部运动而加剧；慢性或职业性颈肌痉挛所致头痛可因活动、按摩颈肌而逐渐缓解；偏头痛在应用麦角胺后可缓解。

二、胸痛

胸痛是临床上常见的症状，病因颇多，且疼痛的部位和严重程度并不一定与病变的部位和严重程度相一致。

1. 病因

胸壁疾病，如带状疱疹、胸壁外伤、肋骨骨折、肋间神经炎等；呼吸系统疾病，如肺炎、肺癌、胸膜炎、自发性气胸等；循环系统疾病，如心绞痛、急性心肌梗死、急性心包炎、心脏神经官能症等；食管及纵隔疾病，如纵隔炎、纵隔肿瘤、食管裂孔疝、食管炎、食管癌等；横膈或膈下疾病，如膈下脓肿、肝脓肿、脾梗死等。这些疾病都可引起胸痛。

2. 发病机制

各种炎症或物理因素刺激肋间神经，脊髓后根传入纤维，支配心脏及主动脉的感觉纤维，支配



气管、支气管及食管的迷走神经感觉纤维和膈神经，均可引起胸痛。

3. 临床表现

1) 发病年龄

青壮年人的胸痛应注意是否为胸膜炎、自发性气胸、心肌病、风湿性心脏病；40岁以上者应注意是否为心绞痛、心肌梗死、肺癌等。

2) 常见疾病所致胸痛

常见疾病所致胸痛的鉴别如表 2-1 所示。

表 2-1 常见疾病所致胸痛的鉴别

特 点	胸壁疾病	胸膜病变	心绞痛、心肌梗死	食管、纵隔疾病
部位	固定于病变处，带状疱疹沿神经走向走行，不越过正中线	患侧腋中线、肺底部	胸骨后或心前区，可放射至左肩、左臂内侧甚至无名指和小指	胸骨后
性质	隐痛或剧痛，带状疱疹呈刀割样疼痛	干性胸膜炎为刺痛	压榨样疼痛伴窒息感，发生心肌梗死时疼痛更剧烈并伴濒死感	食管炎为烧灼痛，纵隔肿瘤为闷痛或灼痛
持续时间	不定	粘连性胸膜炎为长期钝痛	心绞痛短暂（1~5 min），心肌梗死时持续数小时或更长	纵隔肿瘤呈持续性且逐渐加重
影响因素	压迫局部、胸廓活动时加剧	咳嗽、呼吸时加重	心绞痛诱因明显，含服硝酸甘油可迅速缓解；心肌梗死诱因不明显，含服硝酸甘油不能缓解	吞咽时出现或加重

三、腹痛

腹痛是临床上常见的症状，多由腹部脏器疾病引起，但胸部疾病和全身性疾病也可引起腹痛。腹痛按起病急缓、病程长短分为急性腹痛和慢性腹痛。

1. 病因

1) 急性腹痛

腹腔脏器的急性炎症、胃肠急性穿孔引起的急性弥漫性腹膜炎、腹内空腔脏器阻塞或扩张、腹内脏器扭转或破裂、腹内血管病变、腹壁疾病、胸部疾病所致腹部牵涉痛、全身性疾病都可引起急性腹痛。

2) 慢性腹痛

腹腔脏器的慢性炎症、胃及十二指肠溃疡、腹膜及脏器包膜受到牵张、腹内肿瘤压迫及浸润组织、腹内脏器的慢性扭转、中毒与代谢障碍、肠寄生虫病、胃肠神经功能紊乱均可导致慢性腹痛。



2. 发病机制

腹痛可分为躯体性疼痛、内脏性疼痛和牵涉痛三种。

1) 躯体性疼痛

各种机械性与化学性刺激均可引起躯体性疼痛。痛觉信号来自壁腹膜和腹壁，经神经传至脊神经根，反映到相应脊髓节段所支配的皮肤而表现为躯体性疼痛。躯体性疼痛的特点是定位准确，可在腹部一侧，疼痛剧烈而持久，可有局部腹肌紧张，咳嗽、体位变化时腹痛可加剧。

2) 内脏性疼痛

内脏性疼痛主要由内脏器官受到牵拉、炎症化学性刺激等，冲动通过交感神经和副交感神经传入，经后根进入脊髓，随后沿躯体神经相同的路径到达大脑皮质痛觉感觉区所致。内脏性疼痛的发生缓慢而持久，可为钝痛、胀痛、绞痛等，定位不明确，常伴有牵涉痛，且伴有恶心、呕吐、出汗等自主神经兴奋症状。

3) 牵涉痛

牵涉痛是指内脏性疼痛牵涉到体表某部位而发生疼痛或痛觉过敏（该处并无实际损伤，而由内脏疾病引起的疼痛）。这是由于患病内脏的传入神经纤维与被牵涉体表部位的传入神经纤维由同一后根进入脊髓，又由同一上行纤维传入大脑皮质，这样来源于内脏原发病灶的痛觉冲动经传入神经使同一脊髓节段的感觉神经兴奋，导致由其所支配的皮肤区域出现疼痛或痛觉过敏。

3. 临床表现

1) 腹痛部位

腹痛部位多为病变所在部位。例如，胃、十二指肠、胰腺病变表现为中上腹痛；肝胆疾病所致疼痛在右上腹；小肠病变所致疼痛位于脐周；回盲部病变所致疼痛位于右下腹；结肠疾病所致疼痛位于左下腹或下腹部；膀胱、盆腔病变所致疼痛位于下腹部；急性阑尾炎所致疼痛位于右下腹麦氏点。

2) 疼痛的性质和程度

胃肠穿孔引起急性弥漫性腹膜炎时，疼痛突然加剧，呈刀割样疼、烧灼痛，迅速出现弥漫性全腹广泛而持久的剧痛，伴明显压痛、反跳痛、腹肌紧张或板样强直；胆石症或泌尿系统结石常引起阵发性绞痛；阵发性剑突下钻顶样疼痛是胆道蛔虫症的典型表现；小肠及结肠病变的疼痛多为间歇性、痉挛性绞痛，直肠病变者常伴有里急后重；急性胰腺炎所致疼痛为剧烈而持续性钝痛、钻痛、绞痛或刀割样痛，呈阵发性加剧，可向腰背部呈带状放射。

3) 发作时间

消化性溃疡常引起慢性、周期性、节律性中上腹痛；餐后痛由胆囊、胰腺疾病或消化不良引起；子宫内膜异位症与月经来潮有关。

4) 诱发及缓解因素

结肠病变引起的疼痛可在排便后减轻；胆囊炎或胆石症发作前患者常有进食油腻食物的经历；急性胰腺炎疼痛常在暴饮暴食、大量酗酒后突然发生；胰腺癌患者取仰卧位时疼痛明显，取前倾位或俯卧位时减轻；反流性食管癌患者身体前屈时疼痛明显，取直立位时减轻；暴力作用常是肝、脾破裂的原因；急性出血性坏死性肠炎多与饮食不洁有关。



四、护理评估

1. 相关病史

护士应评估患者发生疼痛前有无外伤、手术史，有无感染、药物及食物中毒，有无类似发作史及家庭史，等等。

2. 临床特点

护士应评估患者疼痛的部位、性质、程度、发生与持续时间，诱发、加重与缓解的因素。

3. 诊断、治疗及护理经过

护士应了解患者做过何种检查、结果如何；被诊断为何种疾病，采取的治疗及护理措施；是否使用过解痉药、镇痛药；药物的剂量及疗效，有无不良反应。

4. 伴随症状

头痛、胸痛和腹痛的伴随症状及临床意义如表 2-2 ~ 表 2-4 所示。

表 2-2 头痛的伴随症状及临床意义

伴随症状	临床意义
剧烈呕吐	颅内压增高，头痛在呕吐后减轻者，见于偏头痛
眩晕	小脑肿瘤、椎 - 基底动脉供血不足
发热	感染性疾病，包括颅内感染或全身感染
慢性头痛，伴精神症状	注意颅内肿瘤
疼痛突然加剧并有意识障碍	可能发生脑疝
视力障碍	青光眼或脑肿瘤
脑膜刺激征	脑膜炎或蛛网膜下腔出血
癫痫发作	脑血管畸形、颅内寄生虫病或脑肿瘤
神经功能紊乱症状	可能是神经性头痛

表 2-3 胸痛的伴随症状及临床意义

伴随症状	临床意义
咳嗽、咳痰或发热	气管、支气管和肺部疾病
呼吸困难	大叶性肺炎、气胸、胸膜炎、肺栓塞
咯血	肺栓塞、支气管肺癌
面色苍白、大汗、休克	心肌梗死、主动脉夹层动脉瘤、主动脉窦瘤破裂
吞咽困难	提示有食管疾病



表 2-4 腹痛的伴随症状及临床意义

伴随症状	临床意义
发热、寒战	急性胆道感染、胆囊炎、肝脓肿、腹腔脓肿等
黄疸	与肝、胆、胰疾病有关
休克	有贫血者常见肝、脾、异位妊娠破裂，无贫血者常见胃肠道穿孔、绞窄性肠梗阻、肠扭转、急性出血坏死性小肠炎
呕吐	食管、胃肠病变，呕吐量大提示胃肠道梗阻
反酸、嗝气	胃、十二指肠溃疡或胃炎
腹泻	消化吸收功能障碍或肠道炎症、溃疡、肿瘤
血尿	泌尿系统疾病

5. 机体反应

护士应评估患者有无呼吸系统表现，如头痛常伴呼吸频率加快、颅内高压时呼吸浅慢；胸痛时常有胸闷、气促、呼吸困难、胸式呼吸减弱、腹式呼吸增强；腹痛常有腹式呼吸减弱、胸式呼吸增强，呼吸频率加快。护士应评估患者有无循环系统表现，如心率加快、血压升高。护士应评估患者有无消化系统表现，如头痛者常有食欲减退、颅内压增高者伴有剧烈呕吐；食管病变者常感到吞咽困难；腹痛者常有食欲减退、恶心、呕吐、腹泻表现。护士应评估患者有无中枢神经系统表现，如头痛者常有神经系统疾病的表现，脑出血患者可表现为意识障碍、瘫痪。

五、护理诊断

- (1) 疼痛：与颅内压增高，脑膜受到刺激，壁胸膜受到炎症刺激，心肌缺血、缺氧，腹肌痉挛，壁腹膜受到炎症刺激有关。
- (2) 焦虑：与剧烈疼痛或疼痛迁延不愈有关。
- (3) 恐惧：与剧烈疼痛或疼痛迁延不愈有关。
- (4) 潜在并发症主要为休克。

案例评析

(1) 患者疼痛可能的病因是急性广泛前壁心肌梗死，判断依据为患者因过度劳累而发生持续性心前区压榨性疼痛，面色苍白，出冷汗，烦躁不安有濒死感， $V_1 \sim V_6$ 导联 ST 段弓背向上抬高，且有病理性 Q 波。

(2) 对该患者的护理评估主要包括以下内容：

- ① 相关病史：患者有发作性心前区疼痛史 2 年。
- ② 疼痛的临床特点：疼痛发作与过度疲劳、紧张、饱餐有关，休息 3 ~ 5 min 后疼痛可以缓解。患者因过度劳累而发生持续性心前区压榨性疼痛，面色苍白，出冷汗，烦躁不安且有濒死感。
- ③ 诊断、治疗及护理经过：2 年内患者疼痛发作时未就诊、检查、治疗。近 1 周来，患者工作非常忙碌，2 h 前因剧烈胸痛被送急诊。