

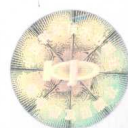
临床护理及管理

LINCHUANG HULI JI GUANLI

许立华 张淑华 主编



中国科学技术出版社



临床护理及管理

许立华 张淑华 主编

中国科学技术出版社
· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

临床护理及管理/许立华,张淑华主编. —北京:中国
科学技术出版社,2009.2

ISBN 978 - 7 - 5046 - 5379 - 6

I. 临… II. ①许…②张… III. 护理学 IV. R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 004110 号

自 2006 年 4 月起本社图书封面均贴有防伪标志,未贴防伪标志的为盗版图书。

中国科学技术出版社出版

北京市海淀区中关村南大街 16 号 邮政编码:100081

电话:010 - 62103210 传真:010 - 62183872

<http://www.kjpbooks.com.cn>

科学普及出版社发行部发行

哈尔滨太平洋彩印有限公司印刷

开本:787 毫米×1092 毫米 1/16 印张:28.25 字数:600 千字

2009 年 3 月第 1 版 2009 年 3 月第 1 次印刷

定价:70.00 元

ISBN 978 - 7 - 5046 - 5379 - 6/R · 1384

(凡购买本社的图书,如有缺页、倒页
脱页者,本社发行部负责调换)

编 委 会

主 编:许立华 张淑华

副主编:李海波

编 委:(按姓氏笔画排序)

丛 辉	陈 洁	陈艳红	郝金玉	赫丽杰
姜 静	刘丽红	那 威	尤丽艳	王春梅
王 爽	张春华	张光辉	赵 茵	张晓波

责任编辑:张 楠 周倩如

责任校对:刘红岩

责任印制:安利平

前 言

当前,我们正处在一个医学技术迅猛发展的时代,新的实验室检查方法、新的诊断仪器和诊断技术如雨后春笋般不断问世,并广泛应用于临床。医学技术的发展有力地推动护理学的进步。本书主要阐述临床常见疾病的护理,包括消化系统、循环系统、神经系统、泌尿系统、骨外科、周围血管病科、手术室护理及护理管理,目的是帮助临床护士、护生建立正确的护理思维模式,及时准确地提供全方位护理,更好地为患者服务。

本书编委大多是在临床第一线工作数十年的专科护士长,在长期的实践中积累了大量的护理及教学经验,愿把这些宝贵经验加以总结,与同道分享。

鉴于编撰时间仓促和经验有限,书中不妥和疏漏之处尚请专家、老师赐教指正。

许立华

2008年12月

目 录

第一章 神经系统疾病的护理	(1)
第一节 神经系统疾病常见症状体征的护理	(1)
第二节 周围神经疾病护理	(10)
第三节 脊髓疾病护理	(14)
第四节 脑血管疾病护理	(17)
第五节 肌肉疾病	(25)
第六节 运动障碍疾病护理	(28)
第七节 发作性疾病	(33)
第二章 消化系统疾病护理	(39)
第一节 常见症状体征的护理	(39)
第二节 食管狭窄的护理	(42)
第三节 食管胃静脉曲张的护理	(45)
第四节 消化道异物的护理	(48)
第五节 消化道息肉的护理	(50)
第六节 上消化道大量出血的护理	(52)
第七节 肝脏疾病的护理	(57)
第八节 急性胰腺炎的护理	(69)
第三章 肾脏内科疾病的护理	(72)
第一节 急性肾小球肾炎护理	(72)
第二节 慢性肾小球肾炎护理	(74)
第三节 肾病综合征护理	(77)
第四节 急性肾衰竭护理	(84)

第四章 循环系统疾病护理	(88)
第一节 心血管内科常见症状及护理	(88)
第二节 心血管内科病人危急症的紧急处理	(93)
第三节 慢性充血性心力衰竭病人的护理	(97)
第四节 心律失常病人的护理	(101)
第五章 肿瘤疾病护理	(107)
第一节 肿瘤疾病相关检查	(107)
第二节 肿瘤患者主要护理诊断及措施	(109)
第三节 甲状腺肿瘤	(114)
第四节 乳房肿瘤	(116)
第五节 原发性支气管肺癌	(119)
第六节 食管癌	(121)
第七节 胃癌	(124)
第八节 原发性肝癌	(126)
第九节 结肠癌与直肠癌	(129)
第十节 肾肿瘤	(132)
第十一节 膀胱肿瘤	(133)
第十二节 骨肿瘤	(136)
第六章 肿瘤放射治疗病人的护理	(139)
第一节 放疗概述	(139)
第二节 放射敏感性及其影响因素	(141)
第三节 放射治疗的方法及选择	(142)
第四节 放疗与其他方法综合治疗	(144)
第五节 腔内后装治疗及护理	(145)
第六节 放射防护	(147)
第七节 放疗护理计划	(149)
第八节 放疗病人的护理要点	(152)
第九节 放射治疗一般护理常规	(157)
第十节 放射治疗患者的心理护理	(159)
第十一节 皮肤肿瘤放射治疗的护理	(160)
第十二节 颅内肿瘤质子放射治疗护理	(161)

第十三节 鼻咽癌放疗的护理	(162)
第十四节 化疗毒副作用及护理	(165)
第七章 手术室护理	(167)
第一节 手术前病人的护理	(167)
第二节 手术后病人的护理	(170)
第三节 手术后并发症的预防及护理	(174)
第四节 手术室工作	(176)
第五节 手术中的无菌原则	(186)
第六节 手术室的制度	(187)
第七节 普通外科手术的护理配合	(192)
第八章 泌尿系统疾病的护理	(211)
第一节 泌尿、男生殖系统疾病的主要症状	(211)
第二节 肾损伤的护理	(213)
第三节 肾、输尿管结石病人的护理	(217)
第四节 肾结核病人的护理	(221)
第五节 急性尿潴留病人的护理	(224)
第六节 泌尿、男生殖系统肿瘤病人的护理	(227)
第七节 男性性功能障碍、不育和节育者的护理	(231)
第八节 肾上腺疾病外科治疗病人的护理	(235)
第九章 骨外科疾病的护理	(241)
第一节 概述	(241)
第二节 常见的四肢骨折	(246)
第三节 石膏绷带术与护理	(251)
第四节 骨感染病人的护理	(255)
第五节 风险管理在骨科护理管理中的应用	(258)
第十章 周围血管疾病护理	(260)
第一节 下肢静脉曲张护理	(260)
第二节 深静脉血栓形成与护理	(262)
第三节 血栓闭塞性脉管炎护理	(266)
第四节 动脉硬化闭塞症的护理	(269)
第五节 雷诺综合征的护理	(271)

第六节	足部溃疡及坏疽的护理	(271)
第七节	弹力绷带和弹力袜的使用及注意事项	(272)
第八节	血管手术前后及抗凝治疗的护理	(274)
第十一章	耳、鼻、喉科疾病的护理	(276)
第一节	喉科疾病的护理	(276)
第二节	喉癌的护理	(278)
第三节	耳科疾病的护理	(288)
第四节	鼻科疾病的护理	(293)
第五节	鼻咽癌的护理	(298)
第十二章	口腔疾病的护理	(306)
第一节	口腔科疾病的护理	(306)
第二节	龋病、牙髓病、牙周病的临床护理	(310)
第三节	口腔黏膜病及老年口腔护理	(318)
第四节	口腔颌面部损伤病人的护理	(320)
第五节	牙拔除病人与唇腭裂病人护理	(324)
第六节	口腔颌面部感染与肿瘤病人的护理	(330)
第十三章	正常分娩产妇和异常妊娠孕妇的护理	(336)
第一节	决定分娩的因素	(336)
第二节	子宫收缩与特征	(338)
第三节	母体对分娩的反应	(340)
第四节	枕左前位的分娩机制	(342)
第五节	先兆临产、临产的诊断及产程分期	(342)
第六节	分娩各期产妇的护理	(343)
第七节	待产室及产房	(348)
第八节	正常产褥期产妇的护理	(349)
第九节	异常妊娠孕妇的护理	(353)
第十四章	儿科疾病的护理	(366)
第一节	肺炎患儿的护理	(366)
第二节	病毒性心肌炎患儿的护理	(368)
第三节	急性肾小球肾炎患儿的护理	(370)
第四节	肾病综合征患儿的护理	(374)

第五节 急性白血病患儿的护理	(378)
第六节 惊厥患儿的护理	(382)
第七节 急性心力衰竭患儿的护理	(384)
第八节 急性呼吸衰竭患儿的护理	(386)
第十五章 护理管理	(389)
第一节 现代护理管理学概述	(389)
第二节 管理理论在护理管理中的应用	(390)
第三节 沟通在护理管理中的应用	(394)
第四节 领导理论及在护理管理中的应用	(398)
第五节 护理技术管理概述	(400)
第六节 基础护理技术管理	(402)
第七节 专科护理技术管理	(404)
第八节 护理质量概述	(410)
第九节 护理质量体系的建立与实施	(413)
第十节 护理人员的绩效考核	(414)
第十一节 护理人才管理	(416)
第十二节 护理资源管理	(423)
第十三节 人性化护理管理	(436)
主要参考文献	(440)

第一章 神经系统疾病的护理

第一节 神经系统疾病常见症状体征的护理

一、头痛

【分类】

头痛为临床常见的症状,各种原因刺激颅内外的疼痛敏感结构都可引起头痛。颅内的血管、神经和脑膜以及颅外的骨膜、血管、头皮、颈肌、韧带等均属头痛的敏感结构。这些敏感结构因挤压、牵拉、移位、炎症、血管的扩张与痉挛、肌肉的紧张性收缩等均可引起头痛。头痛的主要分类如下。

1. 偏头痛 偏头痛主要是由颅内外血管收缩与舒张功能障碍引起,多为一侧颞部搏动性头痛,亦可为双侧头痛或由一侧头痛开始发展为双侧头痛,伴恶心呕吐,常反复发作。典型偏头痛在头痛发作前先有视觉症状,表现为视物模糊、眼前闪光、有暗点,甚至有病人描述为眼前出现锯齿状视物缺损等视觉先兆,但多数偏头痛并无先兆。在暗处休息、睡眠或服用止痛药物后头痛可缓解。病人多有偏头痛家族史。

2. 高颅内压性头痛 颅内肿瘤、血肿、脓肿、囊肿等占位性病变可使颅内压力增高,刺激、挤压颅内血管、神经及脑膜等疼痛敏感结构而出现头痛。高颅压性头痛常为持续性整个头部的胀痛、呈阵发性加剧,伴有喷射状呕吐及视力障碍。

3. 颅外局部因素所致头痛 此种头痛可以是急性发作,也可为慢性持续性头痛。常见的局部因素如下。

(1) 眼源性头痛:由青光眼、虹膜炎、视神经炎、眶内肿瘤、屈光不正等眼部疾患引起头痛。常位于眼眶周围及前额,一旦眼部疾患治愈,头痛也将得到缓解。

(2) 耳源性头痛:急性中耳炎、外耳道的疖肿、乳突炎等耳源性疾病都可引起头痛。多表现为单侧颞部持续性或搏动性头痛,常伴有乳突的压痛。

(3) 鼻源性头痛:由鼻窦炎症引起的前额头痛,多伴有发热、鼻腔脓性分泌物等。

4. 神经性头痛 神经性头痛亦称精神性头痛,无固定部位,多表现为持续性闷痛、胀痛,常伴有心悸、失眠、多梦、多虑、紧张等症状。

【实验室及其他检查】

脑脊液检查有无压力增高,是否为血性,有无炎性改变;CT 或 MRI 检查有无颅内病灶。

【护理措施】

1. 避免诱因 告知病人可能诱发或加重头痛的因素,如情绪紧张、进食某些食物、饮酒、

月经来潮等;保持环境安静、舒适、光线柔和。

2. 选择减轻头痛的方法 如指导病人做缓慢深呼吸,听轻音乐和进行气功、生物反馈治疗、引导式想象、冷热敷以及理疗、按摩、指压止痛法等。

3. 心理支持 长期反复发作的头痛,病人可能出现焦虑、紧张心理,要理解、同情病人的痛苦,耐心解释,适当诱导、解除其思想顾虑,保持身心放松,鼓励病人树立信心,积极配合治疗。

4. 用药护理 指导病人按医嘱服药,告知药物作用、不良反应,让病人了解药物依赖性 or 成瘾性的特点。如大量使用止痛剂,滥用麦角胺咖啡因可致药物依赖。

二、意识障碍

【分类】

意识是指人对外界环境和自身状态的识别及观察能力。意识障碍是对外界环境刺激缺乏反应的一种精神状态。临床上通过病人的言语反应、对针刺的痛觉反应、瞳孔对光反射、吞咽反射、角膜反射等来判断意识障碍的程度。现将意识障碍程度以及特点类型的意识障碍分述如下。

1. 意识障碍的程度 意识障碍的程度如何划分等级,目前尚无统一的意见。通常采用以下几个等级描述意识障碍的程度。

(1)嗜睡:嗜睡是意识障碍的早期表现,是最轻的意识障碍。病人嗜睡,能被唤醒,醒后可以交流和配合体格检查,刺激停止后又入睡。

(2)昏睡:昏睡是比嗜睡加重的意识障碍,病人持续处于睡眠状态。多次较重的痛觉刺激或较响的言语刺激方可唤醒,能简单、模糊且不完整地回答问题,自发性言语少。当外界停止刺激后立即进入熟睡。

(3)浅昏迷:对针刺和对用手压眶上缘有痛苦表情及躲避反应,无言语应答,并不能执行简单的命令。瞳孔对光反射、角膜反射、咳嗽反射、吞咽反射及生命体征无明显改变。

(4)深昏迷:深昏迷为自发性动作完全消失,对任何刺激均无反应,瞳孔对光反射、角膜反射、咳嗽反射、吞咽反射等均消失,生命体征常有改变。介于浅昏迷和深昏迷之间的意识障碍为昏迷。

2. 特殊类型的意识障碍

(1)去皮质综合征:为去皮质意识障碍,也称无皮质状态。病人对外界的刺激不能产生有意识的反应,对言语、疼痛刺激无反应。见于缺氧性脑病、皮质损害较广泛的脑卒中和外伤。病人在恢复的过程中皮质下中枢及脑干受损较轻而先恢复其功能,大脑皮质受损严重而仍处于抑制状态。病人能无意识地睁闭眼,眼球能活动,瞳孔对光反射、角膜反射恢复,四肢肌张力增高,腱反射亢进,病理反射阳性。吸吮反射、强握反射可出现,大小便失禁,存在觉醒与睡眠周期。去皮质强直的身体姿势为上肢屈曲,下肢伸直性强直。去大脑强直则为四肢均伸直性强直。

(2)无动性缄默症:又称睁眼昏迷,较少见。为损害了脑干上部和丘脑的网状激活系统,而大脑半球及其传导通路无损害。病人可以注视检查者和周围的人,貌似觉醒,但缄默不语,不能活动。四肢肌张力低,腱反射消失,肌肉松弛,无病理征,大小便失禁。任何刺激也不能使

其真正清醒,存在睡眠觉醒周期。

此外,有一种“闭锁综合征”,易误认为意识障碍,其实病人神志清楚,眼球活动正常,但不能言语,眼部以下不能活动,仅能以眼球活动、睁闭眼来示意,即用睁闭眼来回答“是”或“不是”的简单问题。脑电图正常有助于与真正的意识障碍相区别。主要病变为脑桥腹侧部,见于脑血管病、肿瘤等。

【护理措施】

(1)日常生活护理:保持床单整洁、干燥,定时给予翻身、拍背,并按摩骨突受压处;做好大小便的护理,保持会阴部皮肤清洁;注意口腔卫生,不能自口进食者应每日口腔护理2~3次;谵妄躁动者加床栏,防止坠床,必要时作适当的约束;慎用热水袋,防止烫伤。

(2)饮食护理:给予高维生素、高热量饮食,补充足够的水分;鼻饲流质者应定时喂食,保证足够的营养供给。

(3)保持呼吸道通畅:平卧头侧位或侧卧位,及时清除口鼻分泌物和吸痰,防止舌根后坠、窒息与肺部感染。

(4)病情监测:严密观察生命体征及瞳孔变化,观察有无呕吐及呕吐物的性状与量,预防消化道出血和脑疝。

三、语言障碍

【分类】

语言障碍可分为失语症和构音障碍。由于大脑语言中枢的病变使病人的听、说、读和写能力丧失或残缺,称之为失语症。构音障碍是因神经肌肉的器质性病变,造成发音器官的肌肉无力、瘫痪、肌张力异常和运动不协调等而出现的发声、发音、共鸣、韵律、吐字不清等异常。

1. 失语症 失语症是由于大脑皮质与语言功能有关的区域受损害所致,是优势半球损害的重要症状之一。对病人自发语言、听语理解、口语复述、匹配命名、阅读及书写能力的观察和检查可以将失语症分为以下几种类型。

(1)Broca失语:以往称运动性失语或表达性失语,口语表达障碍为其突出的临床特点。由语言运动中枢病变所引起,系优势半球额下回后端的盖部及三角部皮质受损。病人不能说话,或者只能讲一两个简单的字,且不流畅,常用错词,自己也知道,对别人的语言能理解;对书写的词语、句子也能理解,但读出来有困难,也不能流利地诵诗、唱歌;多伴有右上肢的轻瘫。

(2)Wernicke失语:以往称感觉性失语或听觉性失语,口语理解严重障碍为其突出特点。系优势半球颞上回后部病变引起。病人发音清晰,语言流畅,但内容不正常;无听力障碍,却不能理解别人和自己所说的话。在用词方面有错误,严重时说出的话,别人完全听不懂。

(3)传导性失语:复述不成比例为其最大特点。病变部位位于优势半球缘上回皮质或深部白质内的弓状纤维。病人口语清晰,能自发讲出语意完整、语法结构正常的句子,且听理解正常;但不能复述出在自发谈话时较易说出的词、句子或以错语复述,多为语音错语(如将“铅笔”说成“先北”),自发谈话常因找词困难并有较多的语音错语出现犹豫、中断。命名及朗读中出现明显的语音错语,伴不同程度的书写障碍。

(4)命名性失语:又称遗忘性失语。系优势半球颞中回及颞下回后部病变所致。病人不

能说出物件的名称及人名,但可说出该物件的用途及如何使用,当别人提示物件的名称时,能辨别是否正确。

(5)完全性失语:又称混合性失语,其特点为所有语言功能均有明显障碍。多见于优势大脑半球较大范围病变,如大脑中动脉分布区的大片病灶。口语表达障碍明显,多表现为刻板性语言(只能发出无意义的“吗、吧、嗒”等声音);听理解、复述、命名、阅读和书写均严重障碍,预后差。

(6)失写:系书写不能,为优势半球额中回后部病变引起。病人无手部肌肉瘫痪,不能书写或者写出的句子常有遗漏错误,但仍具有抄写能力。单纯的失写较少见,多伴有运动性或感觉性失语。

(7)失读:由优势半球顶叶角回病变引起。病人尽管无失明,但由于对视觉性符号丧失认识能力,故不识文字、词句、图画。失读和失写常同时存在,因此病人不能阅读,不能自发书写,也不能抄写。

2. 构音障碍 为发音含糊不清而用词正确,与发音清楚用词不正确的失语不同。构音障碍由以下病变引起:下运动神经元病变,如面瘫可产生唇音障碍;迷走神经和舌下神经的周围性或核性麻痹时发音不清楚、无力、带有鼻音;上运动神经元疾病,如急性脑卒中所致一侧皮质延髓束病变只引起暂时的构音障碍;脑性瘫痪、两侧大脑半球病变,如脑卒中、多发性硬化、各种原因所致的假性球麻痹等引起双侧皮质延髓束损害时均产生构音不清;肌肉本身病变,如肌营养不良中的面肌麻痹影响发音;重症肌无力侵犯咽喉部肌肉时可引起构音障碍;锥体外系统疾病和小脑病变由于肌张力增高亦出现构音障碍。

【护理措施】

1. 心理支持 体贴、关心、尊重病人,避免挫伤病人自尊心的言行;鼓励病人克服害羞心理,大声说话,当病人进行尝试和获得成功时给予表扬;鼓励家属、朋友多与病人交谈,并耐心、缓慢、清楚地解释每个问题,直至病人理解;营造一种和谐的亲情氛围和语言学习环境。

2. 康复训练 由病人、家属及参与语言康复训练的医护人员共同制订语言康复计划,让病人、家属理解康复目标的设立既要考虑到病人希望达到的主观要求,又要兼顾康复效果的客观可能性;根据病情选择适当的训练方法,原则上是轻症者以直接改善其功能为目标,而重症者则重点放在活化其残存功能或进行试验性的治疗。①对于 Broca 失语者,训练重点为口语表达。②对于 Wernicke 失语者,训练重点为听理解、会话和复述。③对于传导性失语者,重点训练听写、复述。④对于命名性失语者,重点训练口语命名、文字称呼等。⑤对于完全性失语者,可根据病人情况选择其能够理解的语言进行训练,如一起唱歌、数数等。⑥失读、失写者,可将日常用语、短语、短句或词、字写在卡片上,让其反复朗读、背诵和(或)抄写、默写。⑦对于构音障碍的病人,训练越早,效果越好,训练重点为构音器官运动功能训练和构音训练。⑧根据病人情况,还可选择一些实用性的非语言交流,如手势的运用,利用符号、图画、交流画板等,也可利用电脑、电话等训练病人实用交流能力。语言的康复训练是一个由少到多、由易到难、由简单到复杂的过程,训练中应根据病人病情及情绪状态,循环渐进地进行训练。一般正确回答率约 80% 时即可进入下一组训练课题,使其既有成功感,又有求知欲,而不至于产生厌烦或失望情绪。

四、感觉障碍

感觉是指各种形式的刺激作用于人体各种感觉器官后在人脑中的直接反映。感觉障碍指机体对各种形式的刺激(如痛、温度、触、压、位置、振动等)无感知、感知减退或异常的一组综合征。解剖学上将感觉分为内脏感觉(由自主神经支配)、特殊感觉(包括视、听、嗅和味觉,由脑神经支配)和一般感觉。一般感觉由浅感觉(痛、温度及触觉)、深感觉(运动觉、位置觉和振动觉)和复合感觉(实体觉、图形觉及两点辨别觉等)所组成。

1. 感觉障碍的临床表现 临床上将感觉障碍分为抑制性症状和刺激性症状两大类。

(1)抑制性症状:感觉传导通路受到破坏或功能受到抑制时,出现感觉缺失或感觉减退。在同一部位各种感觉都缺失,为完全性感觉缺失。若在同一部位仅有某种感觉障碍,而其他感觉保存者,称分离性感觉障碍。

(2)刺激性症状:感觉传导通路受刺激或兴奋性增高时出现刺激症状。常见的刺激性症状有以下几种表现。

①感觉过敏:感觉过敏指轻微刺激引起强烈的感觉,如用针轻刺皮肤引起强烈的疼痛感觉,此为检查时的刺激与传导通路上的兴奋性病灶产生的刺激总和所引起。

②感觉过度:每发生在感觉障碍的基础上,感觉的刺激阈增高反应剧烈,时间延长,当刺激达到阈值时,经一潜伏期,可产生一种强烈的、定位不明确的不适感,病人不能正确指出刺激的部位、性质与强度,且可有刺激点向四周扩散感,持续一段时间后才消失。

③感觉异常:指没有外界任何刺激而出现的感觉。常见的感觉异常有:麻木感、痒感、发重感、针刺感、蚁行感、电击感、紧束感、冷热感、肿胀感等。感觉异常出现的范围也有定位的价值。

④感觉倒错:指热觉刺激引起冷感觉,非疼痛刺激而出现疼痛感觉。

⑤疼痛:疼痛为临床上最常见的症状,可分为以下几种:a. 局部疼痛:指病变部位的局限性疼痛。b. 放射性疼痛:系神经干、神经根或中枢神经受病变刺激时,疼痛不仅发生于刺激局部,而且可扩展到受累感觉神经的支配区,如周围神经损害,脊髓后根受肿瘤或椎间盘脱出压迫引起的痛性麻木。c. 扩散性疼痛:由一个神经分支疼痛扩散到另一个神经分支而产生的疼痛。例如:当三叉神经某一支受到刺激时,疼痛会扩散到其他分支。手指远端的挫伤,疼痛扩散到整个上肢,甚至扩散到枕颈部。d. 灼性神经痛:为一种烧灼样剧烈疼痛,迫使病人用冷水浸湿患肢,多见于正中神经和坐骨神经受损后。e. 牵涉性疼痛:也可看成一种扩散性疼痛。内脏有病变时,在与罹病内脏相当的脊髓段所支配的体表部分出现感觉过敏区,有压痛点或疼痛。这是由于内脏和皮肤的传入纤维都是汇聚到脊髓后角神经元,当内脏有病变时,内脏的疼痛性冲动便扩散到相应节段的体表。临床上多见于心绞痛时引起左胸及左上肢内侧疼痛;肝胆病变可引起右肩痛;肾脏疾病引起腰痛;小肠病变引起脐周痛;五官疾病可引起头痛等。

2. 感觉障碍的定位诊断 不同部位的损害产生不同类型的感觉障碍,典型的感覺障碍的类型具有特殊的定位诊断价值。

(1)末梢型感觉障碍:表现为袜子或手套型痛觉、温度觉、触觉减退,见于多发性周围神经病。

(2)节段型感觉障碍:脊髓某些节段的神经根病变可产生受累节段的感觉缺失;脊髓空洞

症导致的节段性痛觉缺失、触觉存在,称为分离性感觉障碍。

(3)传导束型感觉障碍:感觉传导束损害时出现受损以下部位的感觉障碍,其性质可为感觉缺失(内囊病变的偏身感觉缺失或减退,脊髓横贯性损害的截瘫型或四瘫型感觉缺失或减退)、感觉分离(脊髓半切综合征)。

(4)交叉型感觉障碍:脑干病变为交叉型感觉障碍,如延髓外侧或脑桥病变时,常出现病变同侧的面部和对侧肢体的感觉缺失或减退。

(5)皮质型感觉障碍:中央后回及旁中央小叶附近为大脑皮质的感觉中枢,支配躯体感觉与大脑皮质部位的关系类似倒置的人体形状,自上而下依次为足、小腿、大腿、躯干、手臂、面、口。病变损害某一部分,常常产生对侧的一个上肢或一个下肢分布的感觉障碍,称为单肢感觉缺失。皮质型感觉障碍的特点为精细性感觉障碍(形体觉、两点辨别觉、定位觉、图形觉)。

【护理措施】

(1)生活护理:保持床单整洁、干燥、无渣屑,防止感觉障碍的身体部位受压或机械性刺激;避免高温或过冷刺激,慎用热水袋或冰袋,肢体保暖需用热水袋时,水温不宜超过 50℃,防止烫伤;对感觉过敏的病人尽量避免不必要的刺激。

(2)知觉训练:每天用温水擦洗感觉障碍的身体部位,以促进血液循环和刺激感觉恢复;同时可进行肢体的被动运动、按摩、理疗及针灸。

五、运动障碍

运动障碍可分为瘫痪、僵硬、不随意运动及共济失调等。

1. 瘫痪 肢体因肌力下降而出现运动障碍称为瘫痪。按病变部位可分为上运动神经元性瘫痪及下运动神经元性瘫痪;不伴肌张力增高者称弛缓性瘫痪(又称软瘫、周围性瘫痪),伴有肌张力增高者称痉挛性瘫痪(又称硬瘫、中枢性瘫痪);肌力完全丧失而不能运动者为完全性瘫痪,而保存部分运动者为不完全性瘫痪;按临床表现可分为偏瘫、交叉性瘫痪、四瘫、截瘫、单瘫、局限性瘫痪等。

(1)上运动神经元性瘫痪和下运动神经元性瘫痪:运动系统由两级运动神经元所组成。第一级运动神经元位于大脑皮质中央前回,第二级运动神经元位于脑干脑神经核和脊髓前角。第一级和第二级运动神经元的联系纤维被称为锥体束(包括皮质延髓束和皮质脊髓束)。凡是二级运动神经元以上部位的传导束或一级运动神经元病变所引起的瘫痪称为上运动神经元性瘫痪;第二级运动神经元和该神经元发出的神经纤维病变所引起的瘫痪称为下运动神经元性瘫痪。上、下运动神经元性瘫痪的区别见表 1-1。

表 1-1 上、下运动神经元性瘫痪的鉴别

体征	上运动神经元性瘫痪	下运动神经元性瘫痪
瘫痪分布	以整个肢体为主(如单瘫、偏瘫、截瘫等)	以肌群为主
肌张力	增高	减低
腱反射	增强	减低或消失
病理反射	有	无

续表

体征	上运动神经元性瘫痪	下运动神经元性瘫痪
肌萎缩	无或轻度失用性萎缩	明显
肌束颤动	无	有
神经传导	正常	异常
失神经电位	无	有

(2) 瘫痪的类型

①局限性瘫痪:为某一神经根支配区或某些肌群无力。如单神经病变、局限性肌病、肌炎等所致的肌肉无力。

②单瘫:单个肢体的运动不能或运动无力,多为一个上肢或一个下肢。病变部位在大脑半球、脊髓前角细胞、周围神经或肌肉等。

③偏瘫:一侧面部和肢体瘫痪,常伴有瘫痪侧肌张力增高、腱反射亢进和病理征阳性等体征。多见于一侧大脑半球病变,如内囊出血、大脑半球肿瘤、脑梗死等。

④交叉性瘫痪:指病变侧脑神经麻痹和对侧肢体瘫痪。中脑病变时表现病灶侧动眼神经麻痹,对侧肢体瘫痪;脑桥病变时表现病灶侧展神经、面神经麻痹和对侧肢体瘫痪;延脑病变时表现病灶侧舌下神经麻痹和对侧肢体瘫痪。此种交叉性瘫痪常见于脑干肿瘤、炎症和血管性病变。

⑤截瘫:双下肢瘫痪称截瘫,多见于脊髓胸腰段的炎症、外伤、肿瘤等引起的脊髓横贯性损害。

⑥四肢瘫痪:四肢不能运动或肌力减退。见于高颈段脊髓病变(如外伤、肿瘤、炎症等)和周围神经病变(如吉兰-巴雷综合征)。

2. 僵硬 指肌张力增高所引起的肌肉僵硬、活动受限或不能活动的一组综合征。由中枢神经、周围神经、肌肉及神经肌肉接头的病变所引起,临床上包括痉挛、僵直、强直等几种不同的表现。

(1)痉挛:主要为肌张力增高的表现,上运动神经元性肌张力增高是由脑和脊髓等病变引起肌肉的僵硬,受损肢体以上肢的屈肌及下肢的伸肌张力增高更明显,被动屈、伸肢体时,开始肌张力很高,当屈、伸肢体超过一定的位置以后肌张力迅速下降,这种肌肉的强直称为折刀样强直,所产生的肢体瘫痪称为痉挛性瘫痪,如脊髓损伤的痉挛性截瘫。锥体外系统病变产生伸肌、屈肌张力同时增高,被动伸屈肢体时如同弯曲铅管或转动齿轮样感,因此被称为铅管样僵直(不伴有震颤时)或齿轮样僵直(伴有震颤时),见于帕金森病。

(2)僵直:某些神经末梢、神经肌肉接头病变所引起的躯干、肢体等肌肉的僵直。见于破伤风、僵人综合征等。

(3)强直:指骨骼肌随意运动的起困难、僵硬。临床表现为握手时不易松开,起步时第一步迈不开,坐下后突然起立时站不起来。临床上见于先天性肌强直、强直性肌病等。

3. 不随意运动 由锥体外系统病变引起的不随意控制的无规律、无目的的面、舌、肢体、躯干等骨骼肌的不自主活动。临床上可分为震颤、舞蹈、手足徐动、扭转痉挛、投掷动作等。所有不随意运动的症状随睡眠而消失。