

组 编

主 审	毛 颖	董 强	胡 锦
顾 问	马 昕	徐筱萍	
主 编	蒋 红	任学芳	黄 莺
副主编	许方蕾	林蓉金	周依群



神经科临床护理案例精选

主 审 毛 颖 董 强 胡 锦
顾 问 马 昕 徐筱萍
主 编 蒋 红 任学芳 黄 莺
副 主 编 许方蕾 林蓉金 周依群
主编助理 张 铮 金煜峰 许雅芳 叶 婷
秘 书 卫 慧 黄胜燕
编 者(按姓氏笔画排序)

丁红辉	卫 慧	王 励	王晓静	叶 婷	冯 卉
朱玉蓉	任学芳	任 琳	邬景雯	刘治平	汤黎琼
安庆祝	许方蕾	许雅芳	阮文啸	严胜男	杨 育
李婧婕	李瑞燕	邱天明	邱燕美	谷 佳	汪慧娟
沈劲松	张茗洁	张艳蓉	张海石	张 铮	张微平
张 璐	陆晓艳	陆 琳	陈 红	陈 宗	陈美美
陈 娟	陈超丽	陈蓓妮	林守虹	林志萍	林春红
金 莺	金煜峰	郑红云	宗 莹	胡 杰	胡斌斌
胡 锦	侯春华	俞 海	姜莉丽	姚雪华	柴敏茵
殷志雯	蒋 红	黄 妍	黄胜燕	黄 莺	第荣静
程 超	曾明珠	廖 坚			

復旦大學出版社

前言 contents

复旦大学附属华山医院神经内科和神经外科均是国家重点学科,在神经科疑难病诊治领域享有盛誉。因神经科疾病具有病情变化快等特点,患者多伴有意识障碍、精神异常、失语、瘫痪等症状,需要临床护士熟练掌握相应评估、观察方法和护理知识及技能,具备理论联系实际的临床思维能力。

作为国家卫生健康委员会重点项目专科护理建设单位和优质护理服务考核优秀医院、上海市卫生健康委员会重要薄弱学科建设(护理学)组长单位,复旦大学附属华山医院护理部协同同济大学附属同济医院、福建医科大学附属第一医院、复旦大学附属静安区中心医院护理部,组织在神经科护理中具有特色、勇于探索的护理团队编写本书。为了使神经科护理人员更加全面地掌握疾病的相关知识和病情观察要点,努力实现专科护理与快速发展的医疗同步提升,本书编者将长期以来收集的临床护理经典病例,结合疾病相关护理理论和技能,汇总神经科疾病护理案例,与大家分享。

本书分神经内科篇和神经外科篇,附录包含了神经科的一些常用量表。案例包括常见案例和疑难案例,常见案例主要介绍神经科常见疾病的典型案例,了解其相关知识和护理常规,疑难案例则通过案例认识神经科急危重症的护理,如脑疝、癫痫、尿崩症等的护理措施与策略。每个小节由基础知识、案例、知识问答三部分组成。基础知识主要介绍疾病的定义、发病率、发病机制;知识问答采用一问一答的形式,通过病例描述,提出相对应的护理问题,基于循证理念,阐述护理措施,全面体现知识的完整性,并提供辅助检查方法、治疗方案等内容。疑难案例最后的小结主要是对该案例的护理难点、要点进行归纳和总结。

本书在编写过程中充分考虑不同层次临床护士的需求,常见案例浅显易懂,适合刚刚从事神经科护理的临床护士和神经科护理的初学者;疑难案例主要阐述神经科重症患者的护理,更适合神经科专科护士和为进一步提高神经科护理知识和技能的中级护理人员。本书图文并茂,内容新颖丰富,案例理论与实践充分结合,贴近临床,具有较强的临床指导意义。

本书在案例的筛选过程中,得到了组编单位神经内科和神经外科医疗团队的精心指导,案例中与医疗相关的知识均经过专家审核。

本书在编写过程中难免存在疏漏,不足之处欢迎读者批评指正。

编者
2018年12月

目 录 contents

神经内科篇

第一章	脑血管疾病	003
第一节	短暂性脑缺血发作	003
第二节	脑梗死	005
第三节	以脑梗死起病的系统性红斑狼疮	008
第四节	脑出血	011
第五节	脑梗死取栓后出血	015
第六节	蛛网膜下腔出血	018
第七节	脑静脉窦血栓形成	023
第八节	脑静脉窦血栓伴顽固性血管炎性病变	025
第二章	癫痫	029
第一节	癫痫	029
第二节	以癫痫起病的小细胞肺癌	034
第三章	脑白质病变	037
第一节	脑白质病变	037
第二节	以脑白质病变发病的淋巴瘤	040
第四章	颅内压异常	044
第一节	颅内压异常	044
第二节	筛窦脑脊液漏引起的低颅压	046
第五章	神经退行性病变	050
第一节	肌萎缩侧索硬化	050
第二节	肌萎缩侧索硬化累及延髓	053

第六章	运动障碍性疾病	058
第一节	帕金森病	058
第二节	帕金森病伴认知障碍及药源性异动症	061
第七章	神经系统自身免疫性疾病	066
第一节	视神经脊髓炎及其谱系疾病	066
第二节	视神经脊髓炎、双目失明伴抑郁症状	070
第三节	重症肌无力	074
第四节	重症肌无力免疫治疗后出现骨髓抑制	078
第八章	中枢神经系统感染性疾病	083
第一节	病毒性脑炎	083
第二节	抗 NMDA 受体脑炎伴多器官功能衰竭	087
第九章	血管炎	092
第一节	中枢神经系统血管炎	092
第二节	以右侧肢体无力起病的血管炎	094
第十章	痴呆	098
第一节	痴呆	098
第二节	阿尔茨海默病	100
第十一章	周围神经病	104
第一节	格林-巴利综合征	104
第二节	多发性周围神经病	107

神经外科篇

第十二章	中枢神经系统损伤	113
第一节	头皮损伤	113
第二节	颅底骨折并发脑脊液漏	117
第三节	脑挫裂伤	120
第四节	原发性脑干伤伴弥漫性轴索损伤	123
第五节	急性硬膜外血肿	129
第六节	慢性硬膜下血肿	133
第七节	开放性颅脑损伤、复合伤并发肺栓塞	136
第八节	颅骨缺损	144

第九节	脊髓损伤	148
第十三章	中枢神经系统感染	154
第一节	脑脓肿	154
第二节	脑曼氏裂头蚴病	157
第十四章	中枢神经系统肿瘤	162
第一节	脑胶质瘤	162
第二节	语言区胶质瘤唤醒麻醉下手术后并发癫痫	168
第三节	髓母细胞瘤术后并发小脑性缄默	173
第四节	脑膜瘤	179
第五节	血管母细胞瘤	184
第六节	生殖细胞肿瘤	187
第七节	垂体腺瘤	190
第八节	垂体腺瘤术后并发尿崩症	195
第九节	颅咽管瘤	199
第十节	前庭神经瘤	203
第十一节	双侧听神经瘤术后并发枕骨大孔疝	207
第十二节	侧脑室肿瘤	211
第十三节	脊索瘤	215
第十四节	颅内转移瘤	219
第十五节	脊髓肿瘤	224
第十六节	髓内肿瘤术后并发脊髓休克	229
第十五章	脑脊髓血管病	232
第一节	脑动脉瘤	232
第二节	脑动脉瘤破裂出血术后继发股动脉假性动脉瘤	238
第三节	脑动静脉畸形	243
第四节	脑动静脉畸形介入术后脑出血	247
第五节	脑动静脉畸形伽玛刀治疗	251
第六节	颈内动脉海绵窦瘘	254
第七节	脑海绵状血管瘤	259
第八节	烟雾病	263
第九节	高血压脑出血	267
第十节	颈动脉狭窄	272
第十一节	硬脊膜动静脉瘘	278

第十六章	先天性和后天性异常病变	283
第一节	脑积水	283
第二节	小脑扁桃体下疝畸形及脊髓空洞症	287
第三节	脊髓栓系综合征	290
第四节	脊髓脊膜膨出	294
第十七章	功能神经外科	297
第一节	三叉神经痛	297
第二节	面肌痉挛	300
第三节	癫痫	302
第四节	帕金森病	306
第五节	痉挛性瘫痪	309
附录		313
附录一	简易精神状态检查量表(MMSE)	315
附录二	社会支持评定量表(SSRS)	318
附录三	洼田饮水试验	320
附录四	抑郁自评量表	321
附录五	饮食能力分类系统评估表	323
附录六	营养不良通用筛查工具(MUST)	325
附录七	疼痛评估	326
附录八	压疮的预防和护理	329
附录九	格拉斯哥昏迷评分(GCS)	334
主要参考文献		337

神经内科篇

第一章 脑血管疾病

第二章 癫痫

第三章 脑白质病变

第四章 颅内压异常

第五章 神经退行性病变

第六章 运动障碍性疾病

第七章 神经系统自身免疫性疾病

第八章 中枢神经系统感染性疾病

第九章 血管炎

第十章 痴呆

第十一章 周围神经病



第一章 脑血管疾病

第一节 短暂性脑缺血发作

短暂性脑缺血发作(transient ischemic attack, TIA),根据 2009 年美国标准协会(American Standards Association, ASA)发表在 *Stroke* 杂志上的定义,为脑、脊髓或视网膜局灶性缺血所致,或伴发急性梗死的短暂性神经功能障碍。临床症状一般持续 10~20 分钟,多在 1 小时内缓解。《2011 年中国专家共识》中认为 TIA 最长不超过 24 小时,不遗留神经功能缺损症状。

现病史: 罗先生,61 岁,退休。以“突发言语不清、右侧肢体活动不灵 2 次”为主诉入院。患者 1 天前晨无明显诱因突发言语不清、右侧肢体活动不灵,伴头晕,无肢体麻木、视物旋转、头痛、意识障碍、抽搐、耳鸣、听力下降;无口角歪斜、饮水呛咳;心悸、胸闷、恶心、呕吐等不适,症状持续约 10 分钟,缓解后一切活动如常。次日 04:00 患者上述症状再次发作,持续 4~5 分钟,遂就诊。头颅 MRI 检查提示少许缺血灶,为进一步诊治拟“短暂性脑缺血发作”收住院。

既往史: 高血压病史 3 年余,测血压最高为 190/100 mmHg,服用美托洛尔(倍他乐克)、尼群地平治疗,血压控制不平稳。吸烟 30 余年,否认饮酒史。

问题 1 何谓 TIA?

答 TIA 是指颈动脉或椎-基底动脉系统的短暂性供血不足,导致供血区局限性神经功能缺失症状。

问题 2 TIA 的临床特点有哪些?

答 ①中老年发病多见;②发病突然;③症状持续时间短暂,最长不超过 24 小时;④恢复后不留后遗症;⑤反复发作。

问题 3 颈内动脉系统 TIA 的主要表现有哪些?

答 眼动脉交叉瘫、一过性单眼黑蒙、失语,以及偏瘫、偏身感觉障碍、偏盲(称为“三偏”)。

问题 4 椎-基底动脉系统 TIA 的主要表现有哪些?

答 眩晕、平衡障碍、跌倒发作、短暂性全面遗忘症、双眼视力损害、吞咽困难、构音不清、共济失调、复视、交叉性瘫痪和交叉性感觉障碍。

罗先生入院后完善各项检查,予抗血小板聚集(阿司匹林和氯吡格雷)、控制高血压、改善脑循环、保护脑细胞等药物治疗。

问题 5 TIA 的药物治疗有哪些?

答 目前对 TIA 的治疗主要是抗血小板聚集和抗凝药物两大类。抗血小板聚集可减少微栓子的发生,预防复发,常用的药物有阿司匹林和氯吡格雷;而抗凝治疗适用于栓塞的情况,发作次数多,症状较重,持续时间长,且每次发作症状逐渐加重,又无明显禁忌证,常用药物有低分子肝素钠和华法林及新型口服抗凝药(达比加群、利伐沙班等);还可给予脑保护剂、他汀类和中医中药等治疗。

问题 6 常用的抗凝药物有哪些?用药的观察和护理要点有哪些?

答 常用的抗凝药物有低分子肝素钠和华法林。

用药的观察和护理:①出血性脑血管病、活动性消化道溃疡、血小板计数减少和有出血倾向、活动性出血史者禁用;严重肝、肾衰竭和严重的动脉性高血压、近期手术史者应慎用或不用。②注射过量可导致自发性出血倾向,应注意观察皮肤黏膜有无出血点或紫癜,牙龈有无出血,有无腹痛、黑便等出血倾向。告知患者注意安全,防止发生跌倒、碰伤等情况。③注射部位应左右交替,注射后局部按压时间应大于 5 分钟。④遵医嘱严密监测血小板计数和凝血功能,定期复查肝、肾功能。⑤偶有全身性变态反应,包括血管性神经性水肿,注射前后应加强观察,出现异常应及时报告医生处理。

问题 7 TIA 的观察要点有哪些?

答 患者发作时的症状、发作时间、持续时间、缓解时间、伴随症状、主诉、诱因、用药情况、血糖数值、生命体征和瞳孔变化、安全措施、是否有跌倒发作、复发的次数和频率及发作后有无受伤等。

罗先生住院期间经控制血压、抗血小板聚集、营养脑细胞等治疗,未再出现 TIA 症状,1 周后予以出院。

问题 8 TIA 患者出院后健康教育要点有哪些?

答 ①避免情绪紧张和过度劳累;合理清淡饮食,戒烟酒;生活起居规律,适度运动和锻炼,注意劳逸结合,对反复发作的患者应避免重体力劳动,尽量不要单独外出。②按医嘱正确服药,使用抗凝或抗血小板聚集药物时应注意观察有无出血倾向(如皮肤、牙龈等)。③积极治疗高血压、动脉粥样硬化、心脏病、糖尿病、高血脂和肥胖症。④定期门诊复查,尤其出现肢体麻木无力、眩晕、复视或突然跌倒时应立即就医。

问题 9 何谓 ABCD2 评分法?

答 ABCD2 评分用于评估 TIA 后早期(TIA 后 2 天至 1 个月)的卒中风险,采用如下评分标准(表 1-1)。

表 1-1 ABCD2 评分

项 目	描 述	ABCD2
年龄 (Age)	年龄≥60 岁	1
血压 (Blood pressure)	收缩压≥140 mmHg 和 (或)舒张压≥90 mmHg	1
临床特征 (Clinic features)	一侧肢体无力	2
	不伴无力的言语障碍	1
症状持续时间 (Duration)	≥60 分钟	2
	10~59 分钟	1
糖尿病 (Diabetes)	有	1

ABCD2 不同分值对应的危险分级:分值 6~7 分,为高危;分值 4~5 分,为中危;分值 0~3 分,为低危

(王 励 俞 海)

第二节 脑 梗 死

脑梗死又称缺血性卒中,是由于脑组织局部供血动脉血流的突然减少或停止,造成该血管供血区的脑组织缺血、缺氧导致脑组织坏死软化,并伴有相应部位的临床症状和体征,如偏瘫、失语等神经功能缺失的病症。脑梗死包括脑血栓形成、腔隙性梗死和脑栓塞等。

现病史:王先生,67岁,汉族。05:00起床,06:00家属发现患者讲话含糊,言语不清,站立不稳,跌倒在地,对答不切题。5分钟后好转,对答有所恢复,由“120”救护车急诊送入我院。07:33到达急诊神经内科,当时NIHSS评分4分,GCS12(E4M5V3)。体检血压(BP)177/85mmHg,心率(HR)84次/分,呼吸(R)20次/分。头颅CT检查显示:未见出血灶。初步诊断脑梗死,定位丘脑或脑干。患者眼球垂直运动不能,四肢肌力均为4级,右侧巴彬斯基(Babinski)征阳性。患者身高170cm,体重85kg,体质指数(body mass index, BMI)29.4(肥胖)。

既往史:患高血压病10年、糖尿病5年。

烟酒史:吸烟30年,1包/天;饮酒30年,白酒2两/天。

问题 1 脑干及丘脑的主要功能是什么?

答 脑干的功能主要是维持个体生命,包括心跳、呼吸、消化、体温、睡眠等重要生理功能。丘脑是感觉传导的中转站,除视觉、嗅觉外,各种感觉的传导通路均在丘脑内更换神经

元,而后投射到大脑皮质。

问题 2 什么是脑梗死?

答 脑梗死又称缺血性卒中,中医称之为卒中或中风,是由各种原因所致的局部脑组织区域血液供应障碍,导致脑组织缺血缺氧性病变及坏死,进而产生临床上对应的神经功能缺失表现(图 1-1,图 1-2)。

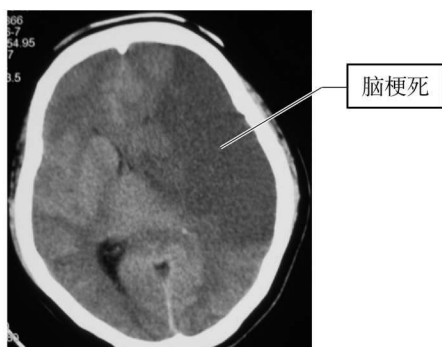


图 1-1 CT 片示大面积脑梗死

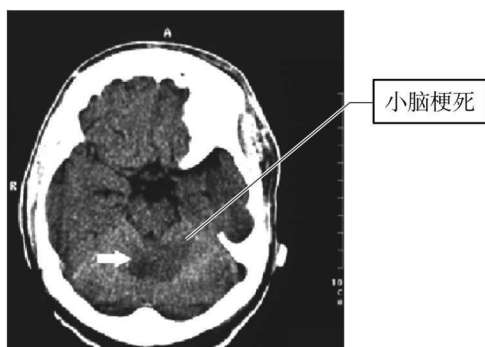


图 1-2 CT 片示小脑梗死

问题 3 脑梗死如何分类?

答 按急性卒中 Org10172 治疗试验(The trial of Org10172 in acute stroke treatment, TOAST)分类标准,分为大动脉粥样硬化性卒中、心源性脑栓塞、小动脉闭塞性卒中,以及其他原因引发的和原因不明的缺血性卒中。

问题 4 如何早期发现脑梗死症状?

答 遵循 FAST 原则:

F—Face:患者出现面部麻木、不对称和嘴巴歪斜,尤其是单侧。

A—Arms:患者上肢麻木,双手无法平举持续 10 秒,尤其是单侧。

S—Speech:患者言语含糊或言语困难或不能被理解。

T—Time:如果出现上述症状或伴随视野缺损、眩晕、平衡失调应立即就医。

问题 5 Babinski 征阳性的临床意义是什么?

答 Babinski 征是当刺激足底外侧缘时,出现 趾背屈其余 4 趾呈扇形张开的现象,被认为是锥体束征之一。脑卒中患者在卒中发作后,要经过几天,甚至更长一段时间才可能出现腱反射亢进,但 Babinski 征却是发病后即可出现,休克期可不出现。偏瘫肢体出现肌张力增强时,易见到腱反射亢进和 Babinski 征阳性。

问题 6 美国卫生研究院卒中量表(NIHSS)(神经功能评分)评估内容包含哪些?

答 NIHSS 评分包含每个主要脑动脉病变可能出现的神经系统检查项目,按表评分,记录结果(见附录一)。NIHSS 评分过程简洁、结果可靠,是神经内科医生使用的经典评

分表。

09:00 患者在急诊室启动静脉溶栓药物阿替普酶(r-tPA) 51.3 mg(患者体重 57 kg)治疗。言语含糊,四肢肌力 5 级,启动静脉溶栓后 2 小时后 NIHSS 评分 2 分。

问题 7 哪些脑梗死患者适用溶栓治疗? 溶栓药物阿替普酶的中文全称及常用剂量?

答 脑梗死溶栓时间窗在发病 4.5 小时内,时间窗越短越好。阿替普酶的中文全称为:重组组织型纤溶酶原激活剂。常用剂量按 0.9 mg/kg 体重应用,最多不超过 90 mg。

问题 8 溶栓药物阿替普酶如何使用? 使用时应如何观察?

答 药物分为粉剂和溶剂,使用前将粉剂溶于溶剂后,首先将药物总量的 10% 静脉注射,再将剩余 90% 维持 1 小时静脉滴注。使用该药物在使用开始 2 小时内,每 15 分钟观察一次,共 8 次。然后每小时观察一次,共 22 次。观察患者意识、瞳孔、生命体征,专科体征(肌力、吞咽、言语等)及出血倾向。原则上使用药物后 24 小时内不做有创操作(插胃管、静脉反复穿刺、留置导尿管等)。医生和护士在使用该药物前应充分评估,完成有创操作后再应用该药物。

09:30 患者转入神经外科重症监护室(NICU)监护,当时左、右瞳孔等大(4 mm),对光反射灵敏,GCS 13(E4M6V3),BP 138/69 mmHg,HR88 次/分,R20 次/分,鼻导管吸氧 2 升/分。次日复查 CT 示左侧丘脑梗死。患者病情稳定,神志清楚,口齿含糊,四肢肌力 5 级,予以转入普通病房继续治疗。患者住院期间给予营养脑细胞、抗血小板聚集、稳定斑块治疗。1 周后患者言语清晰,四肢肌力 5 级。1 周后予以出院。

问题 9 脑梗死患者出院后健康指导要点有哪些?

答 ①规律、按时服药;②使用抗凝或抗血小板聚集药物时应观察有无出血倾向(如皮肤、牙龈、尿液);③控制血压(低于 140/90 mmHg)、血糖(糖化血红蛋白<7%);④戒烟、限酒(酒精摄入男性<25 g/d);⑤减重:使目标 BMI 维持在 18.5~24.9 kg/m²,男性腰围<102 cm(40 英寸);⑥饮食中每日钠≤6 g,钾≥4.7 g,推荐地中海饮食,包括蔬菜、水果、全谷物、低脂乳制品、禽类、鱼类、豆类、橄榄油和坚果,限制糖类和红肉;⑦锻炼 3~4 次/周,每次 40 min,可慢跑、打太极拳;⑧2 周后定期门诊随访,如出现口角歪斜、言语含糊、一侧手脚无力应立即到医院就诊。

问题 10 脑梗死复发的危害有哪些?

答 我国脑梗死患者出院后第 1 年的复发率是 30%,第 5 年的复发率高达 59%,严重影响患者的日常生活。绝大多数患者发作次数越多危害越严重。

(叶 婷 俞 海)

第三节 以脑梗死起病的系统性红斑狼疮

系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)是一种自身免疫性结缔组织病,以患者体内存在多种致病性自身抗体(特别是抗核抗体)和病变累及全身多系统器官为特征,病程迁延且反复发作。SLE 患者早发动脉粥样硬化的现象已被公认,部分患者会以神经系统症状起病后确诊。

现病史: 韩女士,65 岁,2 天前 03:00 出现左上肢活动不灵,当时未重视,至晨起起床发现左上肢无力进一步加重,能勉强上抬但握物费劲,左侧下肢行走略拖步,尚能独立行走,右侧肢体正常,无言语笨拙,无头痛及恶心、呕吐,无意识障碍,无口齿不清。上述症状持续存在,休息后未见缓解。CT 检查示:右侧丘脑区、双侧基底节区腔隙性脑梗死(部分软化灶形成)。拟诊“脑梗死”收入院。

既往史: 2007 年曾因甲状腺癌行甲状腺切除术。

入院查体: 左上肢肌力 3 级,其余均为 5 级。

问题 1 不同部位脑梗死常见的临床表现有哪些?

答 见表 1-2。

表 1-2 不同部位脑梗死常见临床表现

部 位	临床表现
大脑前动脉区域梗死	病灶对侧偏瘫(以下肢为重),判断障碍,尿失禁,吸吮反射,强握反射,淡漠,意志力缺失,攻击状态
大脑中动脉区域梗死	病灶对侧偏瘫,偏侧麻木,同向偏盲(或下 1/4 盲),失语
大脑后动脉区域梗死	同向偏盲,双侧受累时发生皮质盲
基底动脉区域梗死	偏瘫或四肢瘫痪,意识障碍,瞳孔异常,缩瞳,眼球震颤

问题 2 脑梗死出现肢体移动障碍的护理要点有哪些?

答 ①根据偏瘫部位制订个性化护理计划;②瘫痪肢体保持功能位,预防关节挛缩变形;③早期进行康复锻炼;④协助满足患者生活需要;⑤注意患者安全,使用床栏,防止跌倒及坠床。

患者入院后第 2 日晨出现左侧肢体无力加重伴言语不利,诉头痛。复查头颅 CT 检查示:右侧脑梗面积较前有扩大。遵医嘱予波立维抗血小板聚集、低分子肝素抗凝、立普妥降脂稳定斑块、低分子右旋糖酐氨基酸注射液扩容、依达拉奉抗氧自由基治疗。

实验室检查:血红蛋白(Hb)77 g/L(正常值:130~175 g/L)。长期存在中度贫血。

问题 3 抗凝药物使用期间的注意事项有哪些?

答 ①有无出血倾向:皮下淤点、牙龈出血、血尿、黑便等;②定期监测凝血功能[注意国际标准化比值(INR)]。

问题 4 贫血的定义是什么?

答 贫血是指单位容积循环血液内的 Hb 量、红细胞计数和血细胞比容低于正常的病理状态。贫血的 Hb 范围为,成年男性 $<120\text{ g/L}$,成年女性(非妊娠) $<110\text{ g/L}$ 。

问题 5 贫血的临床表现有哪些?

答 头昏、耳鸣、头痛、失眠、多梦、记忆减退、注意力不集中、面色苍白、呼吸困难、消化不良等。

问题 6 贫血的护理要点是什么?

答 (1) 依据贫血患者的具体状况给予休息和活动。①贫血症状明显、重度贫血或贫血发生迅速者应绝对卧床休息;②中度贫血或慢性贫血应限制活动,多卧床休息;③轻度贫血应限制剧烈活动,适当休息,活动量以不感到疲劳为原则。

(2) 饮食按照贫血患者饮食原则,结合贫血的原因补充缺乏物质和调整饮食结构。如对于营养不良性贫血,给予富含铁、叶酸或维生素 B_{12} 的饮食;口腔炎、舌炎患者进温热软食。

(3) 遵医嘱给予治疗贫血药物,及时评价药物疗效和不良反应。

(4) 对于有出血倾向患者,应尽量减少有创治疗,避免咳嗽和便秘,预防出血。

(5) 做好口腔和皮肤护理,预防感染。

(6) 做好心理护理。对于病情重、进展迅速及预后不良者,多给予支持、安慰和鼓励,增强患者战胜疾病的信心。

问题 7 使用铁剂的注意事项是什么?

答 口服铁剂时,应饭后服用,以减少对胃肠道的不良反应;禁与茶同服,以免影响吸收;口服铁剂为溶液时,应用吸管服,以免牙齿染色;肌肉注射铁剂时,应深部肌肉注射并更换注射部位,对硬块行局部湿热敷。

入院 1 周后患者体温 39°C 。下肢血管超声检查示:左下肢静脉血栓形成。予以加用华法林抗凝治疗。患者长期存在中度贫血,SLE 相关实验室检查:抗核抗体阳性(滴度为 $1:10\ 000$),双链 DNA 定性阳性。风湿科会诊考虑 SLE。加用静脉注射人免疫球蛋白、甲泼尼龙 40 mg ,抗感染治疗应用莫西沙星氯化钠注射液。

问题 8 下肢深静脉血栓患者的病情观察要点是什么?

答 ①观察患肢皮肤的温度、颜色、肿胀程度、腿围和足背动脉搏动情况。②观察患者的呼吸节律和频率,有无剧烈胸痛、咳嗽、咳痰情况,警惕肺栓塞形成。③观察患者体温和患者疼痛主诉。

问题 9 下肢深静脉血栓患者如何护理?

答 ①心理护理:要向患者讲清下肢深静脉血栓的发生原因、主要表现、护理方法和预后判断,减轻患者的思想负担。②抬高患肢。③血栓形成后 10~14 天应绝对卧床休息。④体位疗法为上半身抬高 15°,下肢抬高 25°,膝关节屈曲 15°,这种体位能使髂股静脉成松弛不受压状态。⑤使用抗凝药物时应注意观察有无出血倾向。⑥做好皮肤护理。⑦禁止按摩或做剧烈运动,避免造成栓子脱落。

问题 10 SLE 的临床表现有哪些?

答 (1) 皮肤和黏膜表现多种多样:①特异性皮损有蝶形红斑、亚急性皮肤红斑狼疮、盘状红斑。②非特异性皮损有光过敏、脱发、口腔溃疡、皮肤血管炎(紫癜)、色素改变(沉着或脱失)、网状青斑、雷诺现象、荨麻疹样皮疹。

(2) 骨骼肌肉表现:可有关节痛、关节炎、关节畸形(X 线检查 10% 的患者有破坏)及肌痛、肌无力、无血管性骨坏死、骨质疏松。

(3) 心脏受累:可有心包炎(4% 的患者有心包压塞征象),心肌炎主要表现为充血性心力衰竭。冠状动脉炎少见,主要表现为胸痛、心电图异常和心肌酶升高。

(4) 呼吸系统受累:表现为胸膜炎、胸腔积液。肺减缩综合征主要表现为憋气感和膈肌功能障碍;肺间质病变、肺栓塞、肺出血和肺动脉高压均可发生。

(5) 肾脏受累:表现为肾炎或肾病综合征,如尿内出现红细胞、白细胞、管型和蛋白尿。

(6) 神经系统受累:可有抽搐、精神异常、器质性脑综合征包括器质性遗忘,认知功能不良,痴呆和意识改变,其他可有无菌性脑膜炎、脑血管意外、横贯性脊髓炎以及外周神经病变。

(7) 血液系统受累:可有贫血、白细胞计数减少、血小板计数减少、淋巴结肿大和脾大。

(8) 消化系统受累:可有食欲减退、恶心、呕吐、腹泻、腹水、肝大、肝功异常及胰腺炎。

(9) 其他:可以合并甲状腺功能亢进或低下、干燥综合征等疾病。

问题 11 华法林注射及治疗期间应注意哪些方面?

答 ①当出现牙龈出血、痰中带血、皮肤紫癜等轻微出血症状应及时就医。②维生素 K 能够拮抗华法林的抗凝药效,从而降低抗凝作用。为了维持华法林稳定的抗凝强度,患者有必要保持饮食的相对平衡,尤其是富含维生素 K 的绿色蔬菜的摄入量保持相对平衡。③服药期间不可擅自服用其他药物,包括阿司匹林和感冒药。这些药物会干扰华法林的作用,影响抗凝效果。

入院 3 周后患者肢体肌力恢复,可进行简单言语交流,转至康复医院进一步康复治疗等。

问题 12 如何对患者进行出院健康指导?

答 ①定期随访,遵医嘱服用药物,勿自行减量或停药。②饮食上选择优质蛋白低盐低