



高静等◎主编

临床护理技术 (上)

临床护理技术

(上)

高 静等◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

临床护理技术 / 高静等主编. — 长春 : 吉林科学技术出版社, 2018.5

ISBN 978-7-5578-4402-8

I. ①临… II. ①高… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第105795号

临床护理技术

主 编	高 静等
出 版 人	李 梁
责任编辑	许晶刚 陆海艳
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司
幅面尺寸	185mm×260mm
字 数	730千字
印 张	39
印 数	650册
版 次	2019年3月第2版
印 次	2019年3月第2版第1次印刷

出 版	吉林科学技术出版社
发 行	吉林科学技术出版社
地 址	长春市人民大街4646号
邮 编	130021
发行部电话/传真	0431-85651759
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-85677817
网 址	www.jlstp.net
印 刷	虎彩印艺股份有限公司

书 号	ISBN 978-7-5578-4402-8
定 价	155.00元 (全二册)

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多,联系未果,如作者看到此声明,请尽快来电或来函与编辑部联系,以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

编委会

主 编:高 静 栗江霞 郭 凯
梁娟娟 王 丽 李 霞
副主编:宋 蓓 李惠斌 胡海霞
索红梅 隋凤花 廉晟鑫
孙 宁 边 丽 张 敏

编 委:(按照姓氏笔画)

于远航	中国人民解放军第 463 医院
王 丽	新疆医科大学第一附属医院
王效民	原沈阳军区总医院
边 丽	吉林大学第二医院
刘 楠	牡丹江医学院附属红旗医院
孙 宁	沈阳军区总医院
李 达	中国人民解放军第 202 医院
李惠斌	吉林大学中日联谊医院
李 霞	锦州医科大学附属第一医院
汪 颖	中国人民解放军第 202 医院
宋建梅	济宁医学院附属医院
宋 蓓	新疆医科大学第一附属医院
张 敏	吉林大学中日联谊医院
张 晶	中国人民解放军第 463 医院
陈玲玲	中国人民解放军第 463 医院
陈 燕	原沈阳军区总医院
胡海霞	吉林大学中日联谊医院
施红颖	中国人民解放军第 202 医院
胥雯娟	中国人民解放军第 202 医院
索红梅	海军青岛第二疗养院
栗江霞	山西省人民医院
倪晓影	解放军第 117 医院
高 静	济南市第四人民医院
郭 凯	吉林大学中日联谊医院
曹立新	牡丹江医学院附属红旗医院
梁娟娟	新疆库尔勒市第一人民医院
隋凤花	吉林大学中日联谊医院
廉晟鑫	中国人民解放军第 202 医院



高静,女,47岁。大学本科学历,内科护士长。系山东省护理学会胸痛专业委员会会员,济南市护理学会心血管内科副主任委员,济南市护理学会技能专业副主任委员。从事临床护理工作近三十年。先后在消化科,肾内科,心血管内科工作。具有较高的理论水平和丰富的临床工作经验。能熟练掌握各项专科护理工作及技能操作技术。撰写中华系列论文1篇,国家级论文5篇,参与科研课题1项。



栗江霞,女,1975年生,山西省人民医院神经内科,副主任护师,2001年毕业于长治医学院本科,从事临床护理研究,擅长于神经重症护理、康复护理工作,发表论文20余篇,参编著作2部。



郭凯、女、1964年出生、吉林大学中日联谊医院副主任护师、从事多年护理工作、具有丰富的临床护理专业经验,对消毒供应中心专科业务有很深的造诣,并定期进行消毒隔离质量控制,准确提出存在问题并积极给予预防及解决;改进传统工作模式与操作方法,并能正确组织、指导下级人员进行各项复杂的技术操作;具有丰富的实践工作经验及对突发事件处理的能力。担任带教、指导写论文、查房等工作。具有全面护理管理的能力及水平,具有良好的沟通协调能力及决策判断能力。发表论文多篇,参编著作5部。

前 言

护理是一门研究如何诊断和处理人类对存在的或潜在的健康问题反应的科学。随着医学科技的进步与发展,生活水平的提高,人们对医护服务的要求也不断提升,对护理学科的发展而言,正是机遇与挑战并存的时刻。护理学的相关理论基础以及更多人性化的护理方法技术层出不穷,目的则是为了更好地服务患者。本编委会鉴于护理学近年来的进展,为了更好地提高临床医护人员的护理水平,特编写此书,为广大临床医护人员提供参考。

本书共分为十三章,内容包括:神经系统疾病护理、循环系统疾病护理、呼吸内科疾病护理、乳腺疾病护理、消化内科疾病护理、普通外科疾病护理、肾脏疾病护理、骨科疾病护理、内分泌疾病护理、口腔科护理、肿瘤科护理、消毒供应中心护理以及心理治疗。

针对每个涉及的疾病都进行了详细叙述,包括疾病的介绍、护理评估、护理要点、护理目标、护理问题、护理措施、操作规范、注意事项以及对患者的健康教育等,内容丰富,重点强调临床实用价值。

为了进一步提高临床护理人员的护理水平,本编委会人员在多年临床护理经验基础上,参考诸多书籍资料,认真编写了此书,望谨以此书为广大医护人员提供微薄帮助。

本书在编写过程中,借鉴了诸多护理相关临床书籍与资料文献,在此表示衷心的感谢。由于本编委会人员均身负一线临床护理工作,故编写时间仓促,难免有错误及不足之处,恳请广大读者见谅,并给予批评指正,以更好地总结经验,以起到共同进步、提高临床护理水平的目的。

本书共 96.4 万字,其中由主编济南市第四人民医院高静编写了第二、七章的部分内容,共编写 10.8 万字;主编山西省人民医院栗江霞编写了第一章的部分内容,共编写 10.3 万字;主编吉林大学中日联谊医院郭凯编写了第十二章,共编写 7.2 万字;主编新疆库尔勒市第一人民医院梁娟娟编写了第二、八章的部分内容,共编写 6.3 万字;主编新疆医科大学第一附属医院王丽编写了第八章的部分内容,共编写 5.4 万字;主编锦州医科大学附属第一医院李霞编写了第十章的部分内容,共编写 5.1 万字。副主编新疆医科大学第一附属医院宋蓓编写了第十一章的部分内容,共编写 4.4 万字;副主编吉林大学中日联谊医院李惠斌编写了第九章的部分内容,共编写 4.2 万字;副主编吉林大学中日联谊医院胡海霞编写了第六章的部分内容,共编写 3.7 万字;副主编海军青岛第二疗养院索红梅编写了第十三章,共编写了 3.6 万字;副主编吉林大学中日联谊医院隋凤花编写了第二章的部分内容,共编写 3.5 万字;副主编中国人民解放军第 202 医院廉晟鑫编写了第三章,共编写 3.3 万字;副主编沈阳军区总医院孙宁编写了第二章的部分内容,共编写 3 万字;副主编吉林大学第二医院边丽编写了第十一章的部分内容,共编写 2.3 万字;副主编吉林大学中日联谊医院张敏编写了第六章的部分内

容,共编写 2.6 万字。编委牡丹江医学院附属红旗医院刘楠编写了第一、二章的部分内容,共编写 1.3 万字;编委济宁医学院附属医院宋建梅编写了第一章的部分内容,共编写 1.7 万字;编委原沈阳军区总医院王效民编写了第七章的部分内容,共编写 1.5 万字;编委原沈阳军区总医院陈燕编写了第九章的部分内容,共编写 1.6 万字;编委中国人民解放军第 202 医院胥雯娟编写了第六章的部分内容,共编写 1.5 万字;编委中国人民解放军第 202 医院李达编写了第五章的部分内容,共编写 1.2 万字;编委中国人民解放军第 202 医院汪颖编写了第五章的部分内容,共编写 1.3 万字;编委中国人民解放军第 202 医院施红颖编写了第四章,共编写 1.6 万字;编委中国人民解放军第 463 医院于远航编写了第十章的部分内容,共编写 1.6 万字;编委牡丹江医学院附属红旗医院曹立新编写了第一章的部分内容,共编写 1.5 万字;编委解放军第 117 医院倪晓影编写了第一章的部分内容,共编写 1.2 万字;编委中国人民解放军第 463 医院陈玲玲编写了第九章的部分内容,共编写 1.6 万字;编委中国人民解放军第 463 医院张晶编写了第二章的部分内容,共编写 1.2 万字。

《临床护理技术》编委会

2018 年 5 月

目 录

第一章 神经系统疾病护理	(1)
第一节 神经系统疾病常见症状及体征的护理	(1)
第二节 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病的护理	(11)
第三节 慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病的护理	(14)
第四节 急性脊髓炎的护理	(17)
第五节 脊髓亚急性联合变性的护理	(20)
第六节 短暂性脑缺血发作的护理	(22)
第七节 脑梗死的护理	(26)
第八节 脑出血的护理	(32)
第九节 蛛网膜下腔出血的护理	(36)
第十节 病毒性脑膜炎的护理	(40)
第十一节 多发性硬化的护理	(43)
第十二节 视神经脊髓炎的护理	(47)
第十三节 急性播散性脑脊髓炎的护理	(51)
第十四节 帕金森病的护理	(53)
第十五节 肝豆状核变性的护理	(59)
第十六节 癫痫的护理	(62)
第十七节 运动神经元病的护理	(66)
第十八节 多系统萎缩的护理	(69)
第十九节 重症肌无力的护理	(72)
第二十节 多发性肌炎的护理	(76)
第二十一节 颅内肿瘤的护理	(79)
第二十二节 颅内动脉瘤的护理	(84)
第二十三节 颅脑外科手术的护理配合	(88)
第二章 循环系统疾病护理	(100)
第一节 循环系统疾病常见症状和体征的护理	(100)
第二节 心力衰竭的护理	(104)
第三节 心律失常的护理	(111)
第四节 原发性高血压的护理	(120)
第五节 冠状动脉粥样硬化性心脏病的护理	(126)
第六节 心脏瓣膜病的护理	(134)
第七节 感染性心内膜炎的护理	(138)
第八节 病毒性心肌炎的护理	(142)
第九节 心肌病的护理	(144)
第十节 心包疾病的护理	(148)

第十一节	冠状动脉造影检查及护理	(153)
第十二节	经皮冠状动脉介入治疗及护理	(158)
第十三节	右心导管检查及护理	(163)
第十四节	结构性心脏病介入治疗及护理	(166)
第三章	呼吸内科疾病护理	(173)
第一节	急性呼吸道感染的护理	(173)
第二节	肺炎的护理	(175)
第三节	支气管扩张症的护理	(180)
第四节	肺脓肿的护理	(183)
第五节	肺结核的护理	(186)
第四章	乳腺疾病护理	(194)
第一节	乳房良性肿瘤的护理	(194)
第二节	乳房恶性肿瘤的护理	(197)
第三节	乳腺囊性增生的护理	(203)
第五章	消化内科疾病护理	(205)
第一节	胃炎的护理	(205)
第二节	消化性溃疡的护理	(208)
第三节	溃疡性结肠炎的护理	(212)
第四节	肝性脑病的护理	(216)
第六章	普通外科疾病护理	(222)
第一节	腹部损伤的护理	(222)
第二节	腹外疝的护理	(226)
第三节	胃、十二指肠溃疡的护理	(231)
第四节	胃癌的护理	(237)
第五节	肠梗阻的护理	(239)
第六节	阑尾炎的护理	(244)
第七节	大肠癌的护理	(249)
第八节	门静脉高压症的护理	(255)
第九节	胆道疾病的护理	(258)
第十节	肝脓肿的护理	(262)
第十一节	原发性肝癌的护理	(264)
第十二节	胰腺疾病的护理	(267)
第七章	肾脏疾病护理	(272)
第一节	肾脏疾病护理总论	(272)
第二节	原发性肾小球疾病的护理	(288)
第三节	继发性肾小球疾病的护理	(301)
第四节	急性肾损伤的护理	(314)
第五节	慢性肾脏病的护理	(319)
第六节	血液透析技术及护理	(325)

第八章 骨科疾病护理	(335)
第一节 颈椎病的护理	(335)
第二节 脊柱侧凸的护理	(339)
第三节 腰椎间盘突出症的护理	(343)
第四节 腰椎管狭窄症的护理	(347)
第五节 胸椎管狭窄的护理	(348)
第六节 锁骨骨折的护理	(351)
第七节 肱骨近端骨折的护理	(354)
第八节 肱骨干骨折的护理	(356)
第九节 肱骨髁上骨折的护理	(358)
第十节 前臂骨折的护理	(360)
第十一节 桡骨远端骨折的护理	(363)
第十二节 股骨颈骨折的护理	(364)
第十三节 股骨转子间骨折的护理	(368)
第十四节 股骨干骨折的护理	(370)
第十五节 股骨远端骨折的护理	(372)
第十六节 髌骨骨折的护理	(374)
第十七节 胫骨平台骨折的护理	(376)
第十八节 胫腓骨干骨折的护理	(378)
第十九节 胫骨远端 Pilon 骨折的护理	(381)
第二十节 踝部及足部骨折的护理	(382)
第二十一节 骨盆骨折的护理	(385)
第二十二节 脊柱骨折的护理	(389)
第二十三节 肩关节镜手术的护理	(394)
第二十四节 膝关节镜手术的护理	(396)
第二十五节 骨肿瘤的护理	(398)
第九章 内分泌疾病护理	(405)
第一节 甲状腺功能亢进症的护理	(405)
第二节 甲状腺功能减退症的护理	(414)
第三节 单纯性甲状腺肿的护理	(418)
第四节 甲状腺炎的护理	(421)
第五节 原发性甲状旁腺功能亢进症的护理	(425)
第六节 甲状旁腺功能减退症的护理	(428)
第七节 肾上腺皮质功能减退症的护理	(432)
第八节 皮质醇增多症的护理	(436)
第九节 糖尿病的护理	(442)
第十章 口腔科护理	(453)
第一节 口腔科患者的护理评估及常用护理诊断	(453)
第二节 口腔科常用检查及操作技术	(455)

第三节	龋病的护理	(459)
第四节	急性牙髓炎的护理	(462)
第五节	根尖周炎的护理	(465)
第六节	牙周病的护理	(468)
第七节	口腔黏膜病的护理	(474)
第八节	先天性唇裂及腭裂的护理	(477)
第九节	颌面部感染的护理	(484)
第十节	口腔颌面部肿瘤的护理	(489)
第十一章	肿瘤科护理	(496)
第一节	肿瘤放疗的护理	(496)
第二节	肿瘤化疗不良反应的护理	(510)
第三节	PICC 在肿瘤化学治疗中的应用与护理	(521)
第四节	肿瘤放射治疗的防护	(535)
第十二章	消毒供应中心护理	(539)
第一节	消毒供应中心工作流程	(539)
第二节	诊疗器械、器具和物品处理的操作规程	(546)
第三节	特殊器械处理流程	(551)
第四节	消毒供应中心的操作	(551)
第五节	监测	(565)
第六节	消毒供应中心质量检查标准	(574)
第七节	消毒供应中心人员的管理	(580)
第八节	消毒供应中心人员的职业防护	(582)
第十三章	心理治疗	(585)
第一节	心理治疗概述	(585)
第二节	心理治疗的理论基础	(589)
第三节	心理治疗的主要方法	(592)
第四节	心理治疗的原则	(603)
第五节	心理咨询与治疗中的伦理问题	(605)
参考文献		(608)

第一章 神经系统疾病护理

第一节 神经系统疾病常见症状及体征的护理

神经系统疾病是指神经系统与骨骼肌由于血管性病变、感染、变性、肿瘤、外伤、中毒、免疫障碍、遗传因素、先天发育异常、营养缺陷和代谢障碍等所致的疾病。神经系统疾病常见症状和体征有头痛、意识障碍、运动障碍、感觉障碍和言语障碍等。

一、头痛

头痛是常见的临床症状,一般指局限于头颅上半部,包括眉弓、耳轮上缘和枕外隆突连线以上的疼痛。头痛可分为偏头痛、高颅压性头痛、颅外局部因素所致头痛(眼源性、耳源性、鼻源性头痛)和紧张性头痛(神经性或精神性头痛)。

(一)分类

1. 偏头痛 偏头痛是临床常见的原发性头痛,主要是由颅内外血管收缩与舒张功能障碍引起,其特征是发作性、偏侧性、中重度、搏动样,一般持续 4~12 小时,可伴恶心、呕吐,声、光刺激或日常活动均可加重头痛,安静休息、睡眠后或服用止痛药物后可缓解,但常反复发作,多有偏头痛家族史。

2. 高颅压性头痛 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。头痛常为持续性的整个头部胀痛,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,也可以为慢性持续性头痛。常见的局部因素有:

(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,一旦眼部疾病治愈,头痛也将会得到缓解。

(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均会引起头痛。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:由鼻窦炎症引起前额头痛,多伴有发热、鼻腔脓性分泌物等。

4. 紧张性头痛 亦称神经性或精神性头痛,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,约占头痛患者的 40%,是临床常见的慢性头痛。

(二)健康史

了解有无颅内的血管、神经和脑膜以及颅外的骨膜、血管、头皮、颈肌、韧带等头痛敏感结构受挤压、牵拉或移位、炎症,血管的扩张与痉挛、肌肉的紧张性收缩等。

(三)身体状况

应了解:①头痛的部位、性质和程度。②询问头痛发作的规律与频率,激发、加重或缓解的因素,是否与季节、气候、体位、饮食、情绪、睡眠、疲劳以及与脑脊液压力暂时性升高(咳嗽、喷嚏、屏气、用力、排便)等有关。③有无头痛先兆及伴发症状等。④检查意识是否清楚、瞳孔是否等大等圆、对光反射是否灵敏。⑤面部表情、精神状态及生命体征是否正常。⑥头部有

无外伤、眼睑是否下垂。⑦有无脑膜刺激征阳性等。

(四)辅助检查

1. 脑脊液检查 有无压力增高,颜色和性状有无改变。
2. TCD、CT 或 MRI 检查 有无异常。

(五)心理和社会支持状况

1. 了解患者的睡眠、职业情况以及服药史、头部外伤史、中毒史和家族史。
2. 评估头痛对患者日常生活、工作和社交有无影响,患者是否因长期反复头痛而出现情绪改变、恐惧、忧郁或焦虑心理。

(六)护理诊断

疼痛:头痛与颅内外血管舒缩功能障碍或脑部器质性病变等因素有关。

(七)护理措施

1. 避免诱因 告知患者可能诱发或加重头痛的因素,如情绪紧张、进食某些食物与酒、月经来潮、用力性动作等;保持环境安静、舒适、光线柔和。
2. 症状护理 减轻头痛的方法有缓慢深呼吸,听轻音乐和练习气功,生物反馈治疗,引导式想象,冷、热敷以及理疗、按摩、指压止痛等;对于器质性疾病引起的头痛应积极检查和处理。告知止痛药物的作用及不良反应,让患者了解药物依赖性 or 成瘾性的特点,如大量使用止痛药,滥用麦角胺咖啡因可致药物依赖。指导患者遵医嘱正确服药。
3. 心理护理 长期反复发作的头痛,患者可能出现焦虑、紧张心理,要理解、同情患者的痛苦,耐心解释、适当诱导,解除其思想顾虑,训练身心放松,鼓励患者树立信心,积极配合治疗;同时也应协助患者家属对其头痛作出积极反应。

二、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后在人脑中的直接反映。感觉障碍(sense disorders)是指机体对各种形式刺激(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。不同部位的损害产生不同类型的感觉障碍,常见的感觉障碍类型有末梢型感觉障碍、节段型感觉障碍、传导束型感觉障碍、交叉型感觉障碍和皮质型感觉障碍。典型的感覺障碍类型具有特殊的定位诊断价值。

(一)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 指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。同一部位各种感觉均缺失为完全性感觉缺失。若同一部位有某种感觉障碍,而其他感觉保存者为分离性感觉障碍。
2. 刺激性症状 指感觉传导通路受刺激或兴奋性增高时出现的感覺過敏、感覺過度、感覺異常、感覺倒錯或疼痛等。

(1)感覺過敏:指輕微刺激引起強烈的感覺,如用針刺皮膚引起強烈的疼痛刺激。此為檢查的刺激與傳導通路上的興奮性病灶產生的刺激總和所引起。

(2)感覺過度:多發生在感覺障礙的基礎上,感覺的刺激閾增高,反應強烈、時間延長。

(3)感覺異常:沒有外界任何刺激而出現的感覺,常見的感覺異常有麻木感、癢感、發重感、針刺感、蚊行感、電擊感、緊束感、冷熱感、腫脹感等。

(4)感觉倒错:指热觉刺激引起冷觉感,非疼痛刺激而出现疼痛感觉。

(5)疼痛:为临床上最常见的症状,可分为局部疼痛、放射性疼痛、扩散性疼痛、灼性疼痛、牵涉性疼痛。

(二)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(图 1-1)。

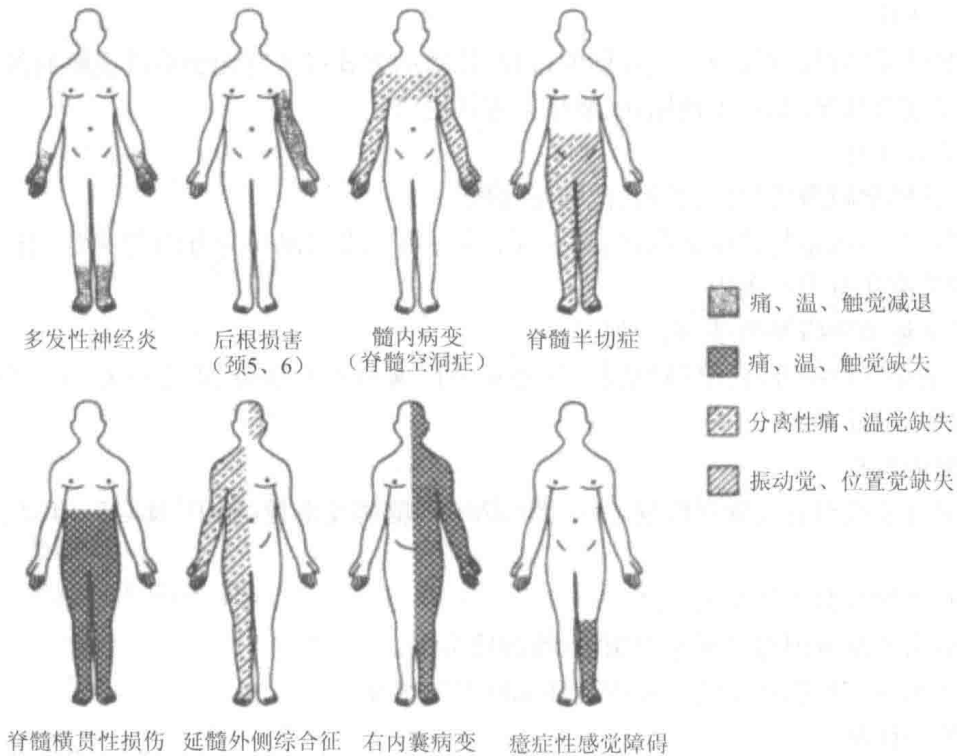


图 1-1 各种感觉障碍的分布

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,其性质可分为感觉缺失(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 常见于脑干病变,如延髓外侧或脑桥病变时,常出现病变同侧的面部和双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,常产生对侧上肢或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感觉障碍(形体觉、两点辨别觉、定位觉、图形觉)。

(三)健康史

了解患者有无感染、脑血管病、脑外伤、药物及中毒、脑肿瘤、尿毒症、糖尿病等。

评估患者的意识状态与精神状况,注意有无认知、情感或意识行为方面的异常;有无智能障碍,是否疲劳或注意力不集中;了解感觉障碍出现的时间、发展的过程、传播方式、加重或缓解的因素,是否有麻木、冷热感、潮湿感、重压感、针刺感、震动感或自发疼痛,如感觉过敏常见于浅感觉障碍,感觉过度常见于烧灼性神经痛、带状疱疹疼痛、丘脑的血管性病变;感觉倒错常见于顶叶病变或癔症,感觉异常常见于周围神经或自主神经病变等;还应注意患者是否因感觉异常而烦闷、忧虑或失眠。

(四)身体状况

1. 了解感觉障碍出现的时间、发展的过程、传播的方式以及有无加重或缓解的因素。

2. 既往健康状况,如有无糖尿病、酒精中毒病史等。

3. 查体时注意

(1)评估感觉障碍的部位、类型、范围及性质。

(2)评估意识状态与精神状况,注意有无认知、情感或意识行为方面的异常,有无智能障碍,是否疲劳或注意力不集中。

(3)有无运动障碍及类型,肌力如何。

(4)评估全身情况及有无伴随症状,注意相应区域的皮肤颜色、毛发分布,有无烫伤或外伤瘢痕、皮疹、出汗等。

(五)辅助检查

了解脑脊液检查有无异常改变,肌电图(EMG)、脑诱发电位(BEP)及CT、MRI检查有无异常发现。

(六)心理和社会支持状况

1. 评估患者是否因感觉异常而烦闷、忧虑或失眠。

2. 评估家属对疾病知识的知晓程度和家庭支持情况。

(七)护理诊断

感知改变 与脑、脊髓病变及周围神经受损有关。

(八)护理措施

1. 一般护理 保持床单整洁、干燥,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,防止烫伤、冻伤。对感觉过敏的患者尽量避免不必要的刺激。

2. 感知训练 根据感觉障碍类型可进行肢体的拍打、按摩、理疗、针灸、被动运动和各种冷、热、电的刺激。如每天用温水擦洗感觉障碍的身体部位、被动活动关节、反复适度的挤压关节、牵拉肌肉、韧带等。

3. 心理护理 感觉障碍常常使患者缺乏正确的判断而产生紧张、恐惧心理或烦躁情绪,严重影响患者的运动能力或兴趣,应关心、体贴患者,主动协助日常生活活动;多于患者沟通,取得患者信任,使其正确面对,积极配合治疗和训练。

三、言语障碍

言语障碍(language disorders)可分为失语症和构音障碍。失语症是由于大脑皮质中与语言功能有关的区域受损害所致的语言表达或理解障碍,根据患者自发语言、听语理解、口语复述、匹配命名、阅读及书写能力,可将失语分为 Broca 失语(运动性失语)、Wernicke 失语(感

觉性失语)、传导性失语、命名性失语和完全性失语等(表 1-1);构音障碍则是因为与发音有关的中枢神经、周围神经和肌肉的器质性病变,造成发音器官的肌无力及运动不协调,主要表现为发声困难,发音不清、声音、音调及语速异常。导致构音障碍的疾病有脑神经疾病(如面神经炎)、多发性硬化、各种原因所致的假性球麻痹、重症肌无力、锥体外系疾病和小脑疾病等。

表 1-1 临床常见失语症的临床特点、伴随症状及病变部位

类型	临床特点	伴随症状	病变部位
Broca 失语	典型非流利型口语、言语缺乏、语法缺失、电报样言语	轻偏瘫	Broca 区损害(颞下回后部)
Wernicke 失语	流利型口语,口语理解严重障碍,语法完好;有新语、错语和词语堆砌	视野缺损	Wernicke 区(颞上回后部)
传导性失语	复述不能、理解和表达完好		缘上回皮质或深部白质区的弓状纤维束受损
命名性失语	命名不能		颞中回后部或颞枕交界区
完全性失语	所有语言功能明显障碍	偏瘫、偏身感觉障碍	大脑半球大范围病变
失写	能抄写,不能自发书写或写出的句子有遗漏错误	运动或感觉性失语	优势半球额中回后部
失读	不认识文字、词句、图画	不能书写,也不能抄写	优势半球顶叶角回

(一)健康史

了解患者有无感染、脑血管病、脑外伤、脑肿瘤、重症肌无力等。向家属了解患者起病的急缓和病程长短;评估患者以往的语言能力,有无类似发作及治疗效果如何。

(二)身体状况

- 1. 评估言语障碍的类型、程度和残存能力。
- 2. 检查有无听觉和视觉缺损。
- 3. 评估是右利手还是左利手,能否自动书写或听写、抄写。
- 4. 口、咽、喉等发音器官有无肌肉瘫痪及共济运动障碍,有无面部表情改变、流涎或口腔滞留食物等。
- 5. 患者的意识水平、精神状态及行为表现,有无定向力、注意力、记忆力和计算力障碍。

(三)辅助检查

头部 CT、MRI 检查有无异常,新斯的明试验是否为阳性反应等。

(四)护理诊断

语言沟通障碍 与大脑语言中枢病变或发音器官的神经肌肉受损有关。

(五)护理措施

- 1. 沟通方法指导 鼓励患者采取任何方式向医护人员或家属表达自己的需要,可借助卡片、笔、书本、图片、表情或手势等提供简单而有效的双向沟通方式。与感觉性失语患者沟通时,应减少外来干扰,除去患者视野中不必要的物品(如关掉收音机或电视),避免患者注意力分散,和患者一对一谈话等;对于运动性失语的患者尽量提出一些简单的问题,让患者回答“是”“否”,或点头、摇头示意;与患者沟通时说话速度要慢,应给予足够的时间作出反应;听力障碍的患者可利用实物图片法进行简单的交流,文字书写法适应于有一定文化素质、无书写

障碍的患者。

2. 语言康复训练 脑卒中所致失语症的患者,由卒中单元制定个体化的全面语言康复计划,并组织实施;构音障碍的康复以发音训练为主,遵循由易到难的原则。护士每天深入病房、接触患者的时间最多,可以在专业语言治疗师指导下,协助患者进行床旁的肌群运动训练(如缩唇、叩齿、鼓腮、吹气、咳嗽等训练)、发音训练、复述训练(反复复述单词和词汇)、命名训练和刺激训练(如采用患者所熟悉的、常用的、有意义的内容进行刺激,刺激后诱导患者应答。如听语指图、指物、指字)。

3. 心理支持 耐心解释不能说话或说话吐词不清的原因,关心、体贴、尊重患者,避免挫伤其自尊心的言行;鼓励克服羞怯心理,大声说话,当患者进行尝试和获得成功时给予肯定和表扬;鼓励家属、朋友与患者交谈,并耐心、缓慢、清楚地解释每一个问题,直至患者理解、满意;营造一种和谐的亲情氛围和轻松、安静的语言交流环境。

4. 语言康复训练注意事项 训练时由少到多、由易到难、由简单到复杂,循序渐进,避免复杂化、多样化,避免产生疲劳感、注意力不集中、厌烦或失望情绪。训练过程中充分调动患者的积极性和兴趣,及时鼓励。

四、瘫痪

瘫痪是指肢体因肌力下降而出现的运动障碍。按瘫痪的性质可分为上运动神经元性瘫痪(痉挛性瘫痪、硬瘫或中枢性瘫痪)和下运动神经元性瘫痪(弛缓性瘫痪、软瘫或周围性瘫痪),两者的区别见表 1—2;按瘫痪的程度可分为完全性瘫痪(肌力完全丧失)和不完全性瘫痪(保存部分肌力),肌力的分级标准见表 1—3;根据病变部位的不同,瘫痪的类型有偏瘫、交叉性瘫痪、四肢瘫、截瘫、单瘫、局限性瘫痪等。

表 1—2 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	整个肢体为主	肌群为主
肌张力	增高,呈痉挛性瘫痪	减低,呈迟缓性瘫痪
腱反射	增强	减低或消失
病理反射	阳性	阴性
肌萎缩	无或轻度失用性萎缩	明显
肌束颤动	无	有
皮肤营养障碍	多无	常有
肌电图	神经传导正常,无失神经电位	神经传导异常,有失神经电位

表 1—3 肌力的分级

分级	临床表现
0 级	肌肉无任何收缩(完全瘫痪)
1 级	肌肉可轻微收缩,但不能产生动作(不能活动关节)
2 级	肌肉收缩可引起关节活动,但不能抵抗地心引力,即不能抬起
3 级	肢体能作抵抗重力离开床面,但不能抵抗阻力
4 级	肢体能作抵抗阻力动作,但未达到正常
5 级	正常肌力