

实用临床护理

SHIYONG LINCHUANG HULI

◎ 主编 姬广丽

河北科学技术出版社



实用临床护理

主编 姬广丽

SHIYONG LINCHUANG HULI

河北科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

实用临床护理 / 姬广丽主编. -- 石家庄 : 河北科学技术出版社, 2014. 1

ISBN 978 - 7 - 5375 - 6170 - 9

I. ①实… II. ①姬… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 024388 号

实用临床护理

主编 姬广丽

出版发行 河北科学技术出版社

地 址 石家庄市友谊北大街 330 号(邮编:050061)

印 刷 河北家园印刷有限公司

经 销 新华书店

开 本 880 × 1230 1/32

印 张 8.875

字 数 245 千字

版 次 2014 年 1 月第 1 版

2014 年 1 月第 1 次印刷

定 价 25.00 元

本书编委会

主 编

姬广丽 泰安市中医二院

副主编

陈 霞 新疆医科大学第一附属医院

李海燕 兰州军区总医院安宁分院

许淑梅 兰州军区兰州总医院

王雪莉 荆州市中心医院

余家秀 兴山县人民医院

刘 江 新疆维吾尔自治区人口和计划生育科研所

栾美君 新疆医科大学第一附属医院

孟 洁 河北医科大学第四医院

前 言

临床护理学是现代医学的一个重要分支，是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一门科学。随着国内医疗卫生体制改革的推进和医学界理论与实践技术的发展进步，临床护理工作及相关知识经验的总结势在必行。编委会本着以人为本的思想，以先进护理程序为科学的工作方法，编写了《实用临床护理》一书。

本书共分五章，分别为神经系统疾病的护理、呼吸系统疾病的护理、心血管系统疾病的护理、肾脏疾病的护理以及肝、胆、胰疾病的护理。各章分节论述了具体疾病的病因和发病机理、临床表现、诊断要点、护理措施及康复知识等内容，重点介绍护理工作的要旨和细节。在本书的编写过程中，我们得到了各参编单位的大力支持和帮助，并参考了国内相关专著，在此表示衷心的感谢，同时也感谢各位编委的通力合作。由于水平有限，书中难免有疏漏之处，恳请广大同仁不吝赐教，加以指正。

编 者

2013 年 10 月

目 录

第一章 神经系统疾病的护理	(1)
第一节 三叉神经痛	(1)
第二节 特发性面神经麻痹	(4)
第三节 脱髓鞘疾病	(7)
第四节 急性脊髓炎	(21)
第五节 脊髓压迫症	(23)
第六节 脊髓空洞症	(25)
第七节 脊髓亚急性联合变性	(27)
第八节 脊髓血管疾病	(29)
第九节 短暂性脑缺血发作	(31)
第十节 缺血性脑卒中	(33)
第十一节 出血性脑卒中	(47)
第十二节 脑血管病介入治疗	(55)
第十三节 卒中单元	(62)
第二章 呼吸系统疾病的护理	(71)
第一节 急性上呼吸道感染	(71)
第二节 慢性阻塞性肺气肿	(74)
第三节 支气管扩张	(77)

第四节	支气管哮喘	(81)
第五节	急性呼吸窘迫综合征	(85)
第六节	慢性肺源性心脏病	(88)
第七节	细菌性肺炎	(92)
第八节	肺结核	(96)
第九节	慢性呼吸衰竭	(102)
第十节	自发性气胸	(107)
第三章	心血管系统疾病的护理	(111)
第一节	慢性心力衰竭	(111)
第二节	心律失常	(115)
第三节	心脏瓣膜病	(118)
第四节	高血压	(121)
第五节	冠状动脉粥样硬化性心脏病	(125)
第六节	感染性心内膜炎	(133)
第七节	心肌疾病	(137)
第八节	急性心包炎	(142)
第四章	肾脏疾病的护理	(145)
第一节	原发性肾小球疾病	(145)
第二节	肾病综合征	(157)
第三节	代谢性肾病	(161)
第四节	免疫性肾病	(171)
第五节	泌尿系统感染	(177)
第六节	肾衰竭	(184)
第七节	血液透析技术及护理	(195)

第八节	特殊血液净化技术的应用及护理	(200)
第九节	血液透析血管通路及护理	(209)
第十节	血液透析抗凝技术的应用及护理	(214)
第十一节	复用操作规范及质量标准	(217)
第十二节	连续性血液净化技术及护理	(224)
第五章	肝、胆、胰疾病的护理	(239)
第一节	门静脉高压症	(239)
第二节	原发性肝癌	(245)
第三节	胆石病与胆道感染	(252)
第四节	急性胰腺炎	(263)
第五节	胰腺癌和壶腹周围癌	(270)

第一章 神经系统疾病的护理

第一节 三叉神经痛

[概述]

三叉神经痛 (trigeminal neuralgia) 系指三叉神经分布区的一种反复发作的、短暂的、难以忍受的阵发性剧痛, 三叉神经痛归属于神经病理性疼痛。

三叉神经痛分原发性和继发性两种类型。原发性三叉神经痛尚无确切病因; 继发性三叉神经痛有明确病因, 如临近三叉神经部位发生的肿瘤、炎症、血管病等, 累及三叉神经而引发疼痛。

[诊断要点]

1. 临床表现

(1) 年龄性别: 70% ~ 80% 发生于 40 岁以上中老年, 女性略多于男性, 约 3: 2。

(2) 疼痛部位: 严格限于三叉神经分布区内, 以第二、三支受累最为常见, 95% 以上为单侧发病。

(3) 疼痛性质: 常为电灼样、刀割样、撕裂样或针刺样, 严重者可伴同侧面肌反射性抽搐, 称为痛性抽搐。发作时可伴有面部潮红、皮温增高、球结膜充血、流泪等。患者表情痛苦, 常用手掌或毛巾紧按或揉搓疼痛部位。

(4) 疼痛发作: 常无先兆, 为突然发生的短暂性剧痛, 常持续数秒至 2min 后突然停止。间歇期几乎完全正常。发作可数天一次至每天数百次。大多有随病程延长而发作频度增加的趋势, 很少自愈。

(5) 扳机点：在疼痛发作的范围内常有一些特别敏感的区域，稍受触动即引起发作，成为“扳机点”，多分布于口角、鼻翼、颊部或舌面，致使患者不敢进食、说话、洗脸、刷牙，故面部和口腔卫生差，情绪低落，面色憔悴，言谈举止小心翼翼。

2. 辅助检查

- (1) 头颅 CT 或头颅 MRI。
- (2) 必要时行脑脊液检查，寻找病因。

[主要护理问题]

- (1) 疼痛。与三叉神经病变有关。
- (2) 营养失调。摄入量低于机体需要量。
- (3) 焦虑。与疼痛困扰、担心疾病预后有关。
- (4) 知识缺乏。缺乏疾病、药物及护理等相关知识。
- (5) 家庭运作异常。与调整的需要、角色紊乱，以及不确定的愈合有关。

[护理目标]

- (1) 疼痛缓解或消失。
- (2) 营养平衡。
- (3) 情绪稳定，配合治疗。
- (4) 患者及家属了解疾病相关知识。
- (5) 人际关系良好，家庭和谐。

[护理措施]

常规护理内容如下：

(1) 标准化的床旁评估应包括以下组成部分：对触、压、针刺、冷、热、振动刺激的反应及时间总和效应，并以正常、降低、增高记录。

(2) 心理护理：①向患者介绍与本病有关的知识，帮助患者认清疾病的本质。尤其对那些久治不愈的患者，应使其认识到目前对他所患疾病还没有一种特定的最好方法，只能试用各种疗法。使患者心中既充满希望，又不至于对某种治疗期望过高。②安排患者

到有相似病种并恢复较好的患者病室，使患者与患者之间的交流使其得到良好的影响。③指导家属如何照顾、关心患者，使患者感到家庭的支持。④主动接近由于害怕疼痛而不愿讲话的患者，理解、承认患者的痛苦，鼓励患者表达自身感受。⑤转移患者的注意力，引导患者将注意力放在工作上，培养兴趣爱好，让其忘记病痛，在工作成绩和兴趣爱好上找到安慰和满足。⑥针对个体情况进行针对性心理护理。

(3) 饮食：①在间歇期鼓励患者进食，给予营养丰富的流质或半流质等，防止营养不良。饮食勿辛辣、油腻、避免用力咀嚼诱发疼痛。②对食欲不佳的患者，尽量调整食物的色、香、味，以增进患者食欲。③对担心进食会引起疼痛的患者，要耐心讲解饮食的重要性，鼓励进食。

(4) 休息：保证患者的休息和睡眠对疼痛患者来说至关重要。应合理安排镇痛药和镇静剂的服用时间，为患者提供安静、舒适的睡眠环境，必要时提供单间。

(5) 基础护理：不能洗脸和刷牙的患者应给予、口腔护理，1~2次/d，保持口腔清洁，预防感染。

(6) 健康宣教：向患者及家属讲解疾病相关知识，介绍一些缓解疼痛的方法。

(7) 药物指导：①合理使用缓解疼痛的药物，注意用药时间、剂量，以及药物的毒副作用，防止药物依赖或毒麻药成瘾。②做好患者的疼痛评估，了解患者疼痛程度。③在饮水、吃饭、剃须、洗脸、漱口等动作时不要触及患者的“触发区”而加重疼痛。

(8) 疼痛发作时的护理：①指导患者用盐水漱口或湿毛巾轻轻擦拭面部，切记避开“疼痛触发区”。②当疼痛发作或加剧时，可暂停各种活动，置患者于舒适位置。③提供各种起居方面的方便。④疼痛缓解时可使用吸管饮水，减少唾液分泌，帮助吞咽。⑤疼痛无法缓解的患者必要时到疼痛科由专科医生给予外周神经阻滞治疗缓解疼痛。效果不佳的极个别患者可在CT引导下做三叉神经单支毁损术。

第二节 特发性面神经麻痹

[概述]

特发性面神经麻痹（idiopathic facial palsy）是茎乳孔（面神经管）内面神经的非特异性炎症引起的周围性面肌瘫痪，又称为面神经炎或 Bell 麻痹。

病因尚不完全清楚，多数认为是病毒感染、风寒、自主神经功能障碍，导致面神经内的营养血管痉挛、缺血、水肿，压迫面神经而发病。近些年的研究结果证实了受损面神经存在单纯疱疹病毒感染。

病理变化主要是神经水肿，伴有不同程度的脱髓鞘，也可有不同程度的轴突变性。

[诊断要点]

1. 临床表现

- (1) 任何年龄均可发病，男性略多于女性。
- (2) 发病前多有受凉史，发病前后患病一侧的耳后乳突区可有轻度疼痛。
- (3) 起病迅速，症状在数小时至数天内达到高峰。
- (4) 典型表现：一侧面部表情肌瘫痪。
- (5) 评估可见：一侧面部额纹消失，鼻唇沟变浅，睑裂变大，眼睑闭合无力或闭合不全。示齿时口角歪向健侧，鼓腮和吹口哨动作时，患侧漏气。颊肌瘫痪使食物常滞留于齿颊之间。下眼睑松弛、外翻，使泪点外转，泪液不能正常引流而表现出流泪。
- (6) Bell 征：闭目时眼球向上外方转动而露出巩膜。

2. 辅助检查 部分患者需做头颅 CT 或头颅 MRI 检查，以排除其他疾病。

[主要护理问题]

- (1) 焦虑/恐惧。与突然起病、担心预后有关。

(2) 自我形象紊乱。与面部表情肌瘫痪有关。

(3) 营养失调——低于机体需要量。与颊肌瘫痪、咀嚼困难有关。

(4) 舒适的改变。与口角歪斜、眼睑闭合不全等有关。

(5) 潜在并发症。角膜、结膜炎等。

[护理目标]

(1) 患者焦虑/恐惧程度减轻，情绪稳定，治疗信心提高。

(2) 患者及家属能接受其形象改变。

(3) 患者营养状况得到维持。

(4) 患者主诉不适感减轻或消失。

(5) 未发生相关并发症，或并发症发生后得到及时治疗与处理。

[护理措施]

1. 一般护理措施

(1) 心理护理：①向患者介绍与本病有关的知识，使其了解其病程及预后。②安排患者到有相似病种并恢复较好的患者房间，使患者之间的交流获得良好的信息。③指导家属对患者照顾，使患者能感到来自家庭的支持。④鼓励患者表达自身感受。⑤针对个体情况进行针对性心理护理。

(2) 饮食：给予营养丰富的半流质或普食，以增强机体抵抗力。

(3) 休息：保证充足睡眠，以增强机体抵抗力，利于疾病康复。

(4) 基础护理：协助患者做好口腔护理、保持口腔清洁。

(5) 健康宣教：向患者及家属讲解相关疾病知识，并行用药指导。

2. 特别指导

(1) 注意保暖，防受风寒；温水洗脸，刷牙。

(2) 进食时食物放在患侧颊部，细嚼慢咽，促进患侧肌群被

动训练。

(3) 注意保护角膜、结膜，预防感染。必要时使用眼药水和眼罩。

3. 康复指导 面瘫后自我锻炼、按摩、理疗非常重要，主要为防止麻痹肌的萎缩及促进康复。具体做法是指导患者注意面部保暖，耳后部及病侧面部行温热敷。因面肌瘫痪后常松弛无力，而且面肌非常薄，故病后即应进行局部按摩，按摩用力应柔软适度，持续稳重。方法：对镜用手紧贴于瘫痪侧面肌上做环形按摩，每天3次，每次10~15min，以促进血液循环，并可减轻瘫痪肌受健侧的过度牵引。当神经功能开始恢复后，鼓励患者练习瘫痪侧面肌的随意运动。

面瘫主要累及额肌、眼轮匝肌、提上唇肌、颧肌、提口角肌、下唇方肌和口轮匝肌。每天应针对这些肌肉进行功能训练，每个动作20次，每天1~2次。

(1) 抬眉训练：让患者尽力上抬双侧眉目。

(2) 皱眉训练：让患者双侧同时皱眉。

(3) 闭眼训练：让患者双跟同时闭合。

(4) 耸鼻训练：让患者往鼻梁方向用力耸鼻。

(5) 努嘴训练：让患者用力收缩口唇并向前方努嘴。

(6) 示齿训练：让患者的口角向两侧同时用力示齿。

(7) 张嘴训练：让患者用力张大口。

(8) 鼓腮训练：让患者鼓腮，漏气时让其用手上下扶住口轮匝肌进行训练。

康复训练有利于改善面部表情肌的运动功能，使患者面部表情肌对称协调。增强患者自信心，早日恢复健康。

第三节 脱髓鞘疾病

脱髓鞘疾病是一组脑和脊髓以髓鞘破坏或脱髓鞘病变为主要特征而轴索、胞体和神经胶质受损相对较轻的神经系统疾病。可发生于中枢神经系统或周围神经系统。中枢神经系统的髓鞘细胞是由少树突胶质细胞构成，周围神经系统的髓鞘是由施万细胞的细胞膜构成。髓鞘的主要生理作用是：①有利于神经冲动的快速传递。②对神经轴突起绝缘和保护作用。

脱髓鞘疾病分为两组，即髓鞘形成障碍型和髓鞘破坏型。髓鞘形成障碍型脱髓鞘疾病，是遗传代谢缺陷引起的髓鞘形成障碍。主要包括髓鞘脂质代谢异常引起的白质营养不良等疾病，如异染性白质脑病、脑白质海绵样变性，肾上腺白质营养不良等。

髓鞘破坏型脱髓鞘疾病是后天获得的脱髓鞘疾病，病因包括：①免疫介导，如急性播散性脑脊髓炎、多发性硬化、急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病（吉兰—巴雷综合征）。②病毒感染，如进行性多灶性白质脑炎、亚急性硬化性全脑炎。③营养障碍，如联合系统变性、脑桥中央型髓鞘崩解症。④低氧，如迟发性低氧后脱髓鞘脑病、进行性皮质下缺血性脑病。一般临床上诊断脱髓鞘疾病时多指免疫介导的脱髓鞘疾病，包括多发性硬化、急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病、急性播散性脑脊髓炎等。本章主要介绍多发性硬化、急性播散性脑脊髓炎、急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病的基础知识、护理、健康宣教和发展前沿。

一、多发性硬化

〔概述〕

多发性硬化（multiple sclerosis, MS）是以中枢神经系统白质炎性脱髓鞘病变为主要特点的自身免疫疾病。常累及脑室周围白质、视神经、脊髓、脑干和小脑。主要临床特点是中枢神经系统白质散在的多灶性与病程呈现的缓解复发，症状和体征的空间多发性

和时间多发性。

多发性硬化的病因至今尚不明确。考虑与多种病因有关。

(1) 自身免疫反应。最经典的实验是用髓鞘抗原免疫大鼠，可以造成 MS 的实验动物模型即实验性自身免疫性脑脊髓炎。MS 的组织损伤及神经系统症状被认为是直接针对髓鞘抗原的免疫反应所致。

(2) 病毒感染。流行病学提示，儿童期接触嗜神经病毒如麻疹病毒，人类嗜 T 淋巴细胞病毒 I 型 (HTLV - I) 发病率提高。但目前从未在 MS 的患者脑组织证实或分离出病毒。

(3) 遗传因素。MS 有明显的家族倾向。MS 遗传易患性可能由多数弱作用基因相互作用决定 MS 发病风险。家族中两同胞可同时患病，约 15% 的 MS 患者有一个患病的亲属。患者的一级亲属患病风险较一般人群大 12 ~ 15 倍。

(4) 环境因素。MS 发病率随纬度增高而呈增加趋势，离赤道愈远发病率愈高。我国为低发病区。

MS 的特征性病理改变是中枢神经系统白质内多发性脱髓鞘斑块，多位于脑室的周围，伴反应性神经胶质增生，也可有轴突损伤。病变可累及大脑白质、脊髓、脑干、小脑和视神经。镜下可见急性期髓鞘崩解和脱失，轴突相对完好，少突胶质细胞轻度变性和增生，可见小静脉周围炎性细胞浸润。病变晚期轴突崩解，神经细胞减少，由神经胶质形成硬化斑。脑和脊髓冠状切面可见脱髓鞘病灶。早期脱髓鞘缺乏炎性细胞反应，病灶色淡，边界不清，称为影斑。我国常见于累及脊髓及视神经的视神经脊髓炎，或视神经脊髓型的多发性硬化。

临床主要分为以下几型：

(1) 复发—缓解 (relapsing remitting, R - R) 型。最常见，约为 85%，早期出现多次复发—缓解，两次复发之间病情稳定。

(2) 继发进展 (secondary - progressive, SP) 型。R - R 型可转为此型，病情进行性加重不再缓解，伴或不伴急性复发。

(3) 原发进展 (primary - relapsing, PR 型)。约占 10%，起

病年龄偏大（40~60岁），发病后病情在一年以上时间缓慢进展，神经功能障碍逐渐进展，出现小脑和脑干症状。

[诊断要点]

1. 临床表现

（1）肢体无力：最常见，约50%的患者首发症状为一个或多个肢体无力。

（2）感觉异常：往往由脊髓后柱或脊髓丘脑束病损引起。病灶多见于颈髓，或见皮质型感觉障碍。最常见的主诉为麻刺感、麻木感，也可有束带感、烧灼感、寒冷感或痛性感觉异常。

（3）精神异常：多表现为抑郁、易怒和脾气暴躁，部分患者出现兴奋，也可表现为强哭强笑。

（4）言语障碍：多因小脑病损和（或）假性延髓性麻痹，引起构音肌共济失调或痉挛，而致构音不清、语音轻重不一。严重时可有声带瘫痪。

（5）眼部症状：常表现为急性视神经炎或球后视神经炎，多为急性起病的单眼视力下降或双眼视力同时受累。

（6）运动功能障碍：手部动作笨拙和意向性震颤以及下肢易于绊跌都是常见的早期症状。也见言语呐吃与痛性强直性肌痉挛。

（7）其他病症：少数患者起病时即有尿频、尿急，后期常有尿潴留或失禁。部分男性患者有阳痿与性欲减退。

2. 辅助检查

（1）脑脊液（CSF）检查：脑脊液单个核细胞数轻度增高或正常，一般在 $15 \times 10^6/L$ 以内，通常不超过 $50 \times 10^6/L$ 。约40% MS病例脑脊液蛋白轻度增高。

（2）磁共振（MRI）检查：可见大小不一类圆形的 T_1 低信号， T_2 高信号，常见于侧脑室前角与后角周围，半卵圆中心及胼胝体，或为融合斑，多见于侧脑室体部；脑干，小脑和脊髓可见斑点状不规则 T_1 低信号及 T_2 高信号斑块；病程长的多数患者可伴脑室系统扩张，脑沟增宽等脑白质萎缩征象。

（3）诱发电位：50%~90%的MS患者视觉诱发电位，脑干听