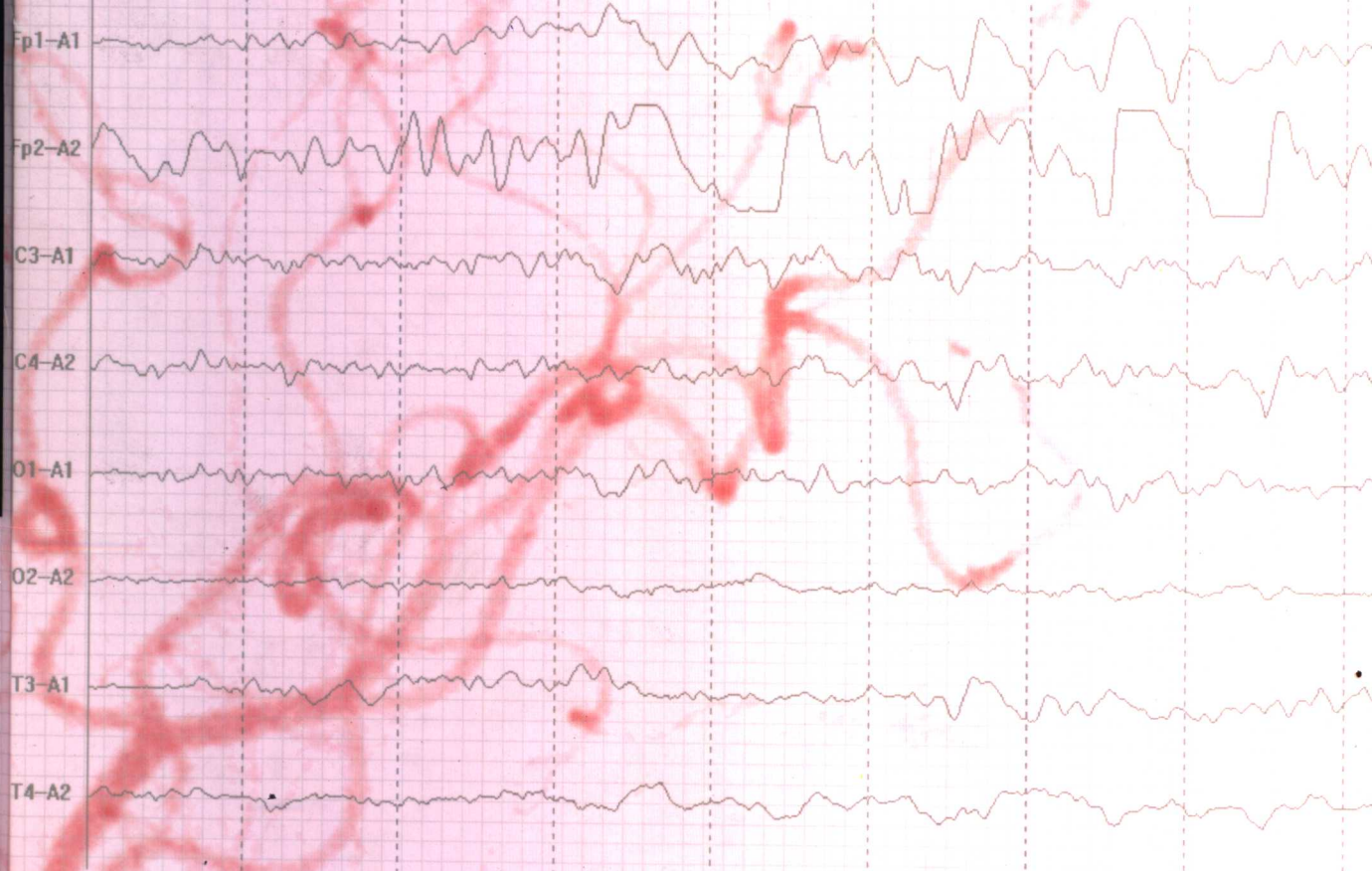




◎ 主编 杨 莘

神经疾病护理学

Neuropathic
Nursing

 人民卫生出版社

R473.74

Y X

C1

128941

神经疾病护理学

Neuropathic Nursing

主编 杨 莘

编者 (以姓氏笔画为序)

- | | |
|-----|--------------|
| 王玉华 | 首都医科大学附属天坛医院 |
| 王 玲 | 首都医科大学宣武医院 |
| 王 军 | 首都医科大学宣武医院 |
| 丹金秀 | 首都医科大学宣武医院 |
| 刘 芳 | 首都医科大学宣武医院 |
| 朱丽萍 | 首都医科大学宣武医院 |
| 朱宏伟 | 北京协和医院 |
| 冯 丽 | 首都医科大学宣武医院 |
| 李艳梅 | 北京协和医院 |
| 杨 莘 | 首都医科大学宣武医院 |
| 赵志红 | 首都医科大学附属安贞医院 |
| 高 洁 | 首都医科大学宣武医院 |
| 梁建姝 | 首都医科大学附属天坛医院 |
| 董云英 | 北京博爱医院 |
| 董彦菊 | 北京护理学会 |
| 霍春暖 | 301医院 |



人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

神经疾病护理学/杨莘主编. —北京:
人民卫生出版社, 2005. 6

ISBN 7-117-06674-1

I. 神… II. 杨… III. 神经系统疾病-护理
IV. R473.74

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 020456 号

神经疾病护理学

主 编: 杨 莘

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址: (100078)北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: <http://www.pmph.com>

E-mail: pmph@pmph.com

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 29

字 数: 673 千字

版 次: 2005 年 4 月第 1 版 2005 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-06674-1/R·6675

定 价: 58.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

序言 I

随着科学技术的迅猛发展,人类对生命和疾病的认识已进入分子生物学水平。21 世纪是生命科学突破性发展的时期,对健康和疾病的认识已发生了深刻变化。近几十年,医学界所取得的可喜成就已证实了这一点。

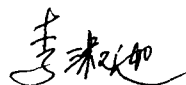
医学相关科学的迅猛发展使神经科学得以前所未有的进步,护理学虽是一门独立的学科,但它和医学紧密相连,神经学科发展的同时也促进了神经护理学科的形成与发展。

临床神经科学在疾病诊断的准确性和治疗效果方面均得到了明显提高。但在疾病的整体诊治过程中无不渗透着护理工作的新理念、新方法,护理工作对健康的恢复起到了举足轻重的作用。但长期以来,无论在临床和还是教学工作中,可供参考的神经疾病护理书籍较少。在神经科工作多年、具有扎实理论基础和丰富临床经验的以杨莘主任为代表的作者们,针对各种神经疾病的护理、医学检查的配合、各种神经疾病的手术配合、术前、术后的准备与观察、神经疾病的重症监护与管理、疾病的康复与健康指导等,密切结合临床实践编写了《神经疾病护理学》一书。全书共分 18 章,约 60 余万字。资料丰富,内容新颖,层次清楚,简明扼要,便于查阅。详尽地介绍了神经疾病的最新理论、最新知识、最新技术和最新方法。本书既突出了科学性又突出了实用性,是一本对临床护理和护理教育工作者有价值的专业参考书。本书的出版不仅凝结了各位作者十几年的辛勤劳动,同时也起到了促进我国神经护理学科发展的作用。

首都医科大学宣武医院副院长

首都医科大学护理学院院长

北京护理学会理事长



2004. 11

序言Ⅱ

21 世纪神经病学进入了飞速发展的时代。神经疾病护理学是医学护理学的重要分支,是临床神经病学的重要组成部分。神经疾病护理学作为一门独立学科的时间并不长,但无论在护理理论、人员培训还是护理手段方面,正在以惊人的速度向前发展,在治疗神经疾病的临床实践中发挥着越来越重要的作用。因此,神经疾病护理学已成为现代医学护理学的一部分,在现代临床医学领域中起着重要作用。

为使广大从事临床神经病学护理工作的医务人员了解并熟悉神经疾病护理学的基本知识、临床应用指征及未来的发展方向,特组织专家编著了《神经疾病护理学》一书。此书的出版无疑满足了医学界广大同道的迫切需求,而且此书对于神经疾病护理学专业人员,尤其是从事本专业不久的人员,更是一部完整的教材,因此对于普及和提高均具有实际价值。

《神经疾病护理学》是一本最新专著,对神经疾病护理学这一学科作了颇为系统、详尽的介绍,资料较全面,集国内、外新进展和作者多年的经验于一体;另外,针对各种神经科疾病护理的技术操作和规范管理也作了专门介绍。

以杨莘护士长为代表的本书作者,均为从事神经疾病护理临床、教学和科研工作多年的专业人员。她们在专业理论上颇有造诣和建树,在临床实践上具有丰富的经验。长期以来,她们还兼负教学重任,培养了大批专业人才,为神经疾病护理学的蓬勃发展做出了积极贡献。

作者在编著中尽可能地介绍了国内、外神经疾病护理学发展的新理论、新观点、新认识和新方法,使读者能更多地了解专业发展的新动向;此外,又结合我国的具体情况介绍了一些从实践中获得的宝贵经验。这样就形成了本书的特点,即理论阐述有相当的深度和广度,临床知识丰富而实用,理论与实践紧密结合,内容详尽、观点新颖、系统规范、具体实用。本书实为一本专业性、科学性和实用性俱强的神经疾病护理专著。

首都医科大学宣武医院神经内科主任

首都医科大学神经病学系主任

中国医师协会神经内科医师分会主任委员



2004. 11

前言

神经科学迄今已有几十年的历史，神经科学又是一个飞速发展的学科，在近几年取得了令人瞩目的成绩。神经系统疾病的护理作为神经科学的重要组成部分，也发挥着越来越重要的作用。神经系统疾病给患者带来了许多后功能障碍，使护理工作的难度也相应加大，给我们提出了更高的要求。神经学科的发展也促进了神经科护理的发展，要求不断完善神经护理体系，运用护理程序的方法，根据患者的个体情况，能够通过多参数监测进行综合分析，做出及时准确的判断。神经科护理人员已不仅是单一的操作者与记录者，而将逐步成为积极的参与者，这就需要各位同仁的不断努力与实践。然而，国内的神经学科护理专业至今尚没有系统的专著。为了总结神经系统疾病护理工作的经验，发展神经学科护理事业，我们撰写了《神经疾病护理学》，旨在为神经学科护理人员和护理教学提供一本学习与借鉴的参考书。

本书系统、详细地介绍了神经系统疾病护理方面的知识和技能，立足临床护理实践，具有实用性和可操作性。全书 60 余万字，并配有精选插图和附录，共分为 18 章，即神经系统疾病护理概论、神经系统疾病护理的基本技能、中枢感染性疾病患者的护理、脑卒中患者的护理、癫痫患者的护理、中枢神经系统脱髓鞘病患者的护理、先天性疾病患者的护理、老年痴呆患者的护理、神经-肌肉接头与肌肉疾病患者的护理、运动障碍疾病患者的护理、脊髓疾病患者的护理、周围神经病患者的护理、中毒性疾病患者的护理、颅脑损伤患者的护理、颅内肿瘤患者的护理、神经系统疾病手术的护理、神经的重症患者的监护护理和神经系统疾病患者的康复护理等。

本书是以作者多年的临床实践和教学为基础进行编写的，同时参考了大量的书籍和资料而成，是一本内容系统、丰富的专著，对神经科护理教学、临床护理工作和科研均有较大的参考价值，可供护理学院和临床神经科的本科生、研究生、进修生和专科护士阅读。由于水平有限，难免存在不足甚至谬误之处，衷心希望此书的出版能对我国神经学科护理的发展有较大的促进，也期待着广大护理同仁的建议和指教。

杨 莘

2004. 10

目 录

第一章 神经系统疾病护理概论	1
第一节 神经学科与神经护理学科的现状与发展趋势	1
第二节 护理程序在神经系统疾病护理中的应用	4
第三节 神经学科护士的思维训练	10
第四节 小结与思考	11
第二章 神经系统疾病护理的基本技能	13
第一节 神经系统的解剖结构与功能	13
第二节 神经系统疾病的常见症状	32
第三节 神经系统护理体检	46
第四节 神经系统辅助检查	55
第五节 小结与思考	81
第三章 中枢神经系统感染患者的护理	83
第一节 脑炎、脑膜炎	84
第二节 脑囊虫病	91
第三节 艾滋病的神经系统表现	93
第四节 小结与思考	96
第四章 脑卒中患者的护理	99
第一节 脑出血	101
第二节 蛛网膜下腔出血	106
第三节 脑梗死	108
第四节 短暂性脑缺血发作	111
第五节 脑卒中的护理方法	113
第六节 个案与思考	128
第五章 癫痫患者的护理	134
第一节 癫痫	134
第二节 癫痫持续状态	143

第三节 小结与思考·····	146
第六章 中枢神经系统脱髓鞘疾病患者的护理·····	150
第一节 多发性硬化·····	150
第二节 急性播散性脑脊髓炎·····	154
第三节 小结与思考·····	158
第七章 先天性疾病患者的护理·····	162
第一节 脑性瘫痪·····	162
第二节 儿童脑积水·····	170
第三节 小结与思考·····	173
第八章 老年痴呆病患者的护理·····	175
第一节 老年痴呆病·····	175
第二节 老年性痴呆·····	176
第三节 血管性痴呆·····	197
第四节 小结与思考·····	199
第九章 神经-肌肉接头与肌肉疾病患者的护理·····	204
第一节 重症肌无力·····	204
第二节 多发性肌炎·····	210
第三节 低钾型周期性瘫痪·····	212
第四节 小结与思考·····	214
第十章 运动障碍疾病患者的护理·····	218
第一节 帕金森病·····	219
第二节 肝豆状核变性·····	226
第三节 小结与思考·····	228
第十一章 脊髓疾病患者的护理·····	232
第一节 急性脊髓炎·····	233
第二节 脊髓压迫症·····	237
第三节 脊髓损伤·····	240
第四节 脊髓血管病·····	246
第五节 小结与思考·····	250
第十二章 周围神经疾病患者的护理·····	253
第一节 三叉神经痛·····	255
第二节 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病·····	258

第三节 小结与思考	262
第十三章 中毒性疾病患者的护理	265
第一节 肉毒中毒	266
第二节 一氧化碳中毒	270
第三节 酒精中毒	273
第四节 个案与思考	276
第十四章 颅脑损伤患者的护理	280
第一节 颅脑损伤的分类	280
第二节 护理程序在颅脑损伤中的应用	282
第三节 小结与思考	295
第十五章 颅内肿瘤患者的护理	301
第一节 颅内肿瘤概述	301
第二节 神经上皮性肿瘤	304
第三节 脑膜瘤	305
第四节 垂体瘤	306
第五节 听神经鞘瘤	307
第六节 常见护理问题	308
第七节 护理目标与措施	308
第八节 开颅手术的术前术后护理	309
第九节 小结与思考	312
第十六章 神经系统疾病的手术护理	315
第一节 神经外科手术室建筑与环境	315
第二节 神经外科手术仪器设备	316
第三节 神经外科手术护士的职责	322
第四节 显微神经外科手术的要求	325
第五节 神经外科手术安全规范	326
第六节 神经外科手术的基本知识	327
第七节 神经外科手术的物品准备	331
第八节 肿瘤切除术的手术配合	332
第九节 脑血管类手术的配合	340
第十节 神经内镜手术的配合	344
第十一节 功能神经外科手术的配合	348
第十二节 本章思考	362
第十七章 神经重症患者的监护护理	364

神经疾病护理学

第一节	神经重症监护病房的管理·····	364
第二节	神经重症监护病房感染的管理·····	371
第三节	神经重症监护患者的营养支持·····	373
第四节	神经重症监护护理技术·····	379
第五节	神经重症监护患者并发症的护理·····	391
第六节	机械通气的管理·····	395
第七节	亚低温治疗与护理·····	400
第八节	护理程序在神经重症监护中的应用·····	403
第九节	小结与思考·····	411
第十八章	神经系统疾病患者的康复护理·····	413
第一节	神经系统疾病功能康复的理论基础·····	413
第二节	神经系统疾病功能康复的意义·····	416
第三节	神经系统疾病患者致残程度的评估·····	417
第四节	神经系统疾病的康复训练·····	439
第五节	脑血管疾病的康复护理·····	443
第六节	脊髓损伤的康复护理·····	446
第七节	小结与思考·····	449
附录	临床常用检验参考值·····	450

第一章

神经系统疾病护理概论

学习目标

读完本章，你应该能够：

1. 了解神经学科近年来的发展
2. 说出神经科的护理现状与发展
3. 解释神经系统护理评估的内容
4. 运用危重患者的量化评价方法
5. 描述神经系统护理决策
6. 说出护士思维训练模式
7. 将思维训练运用于临床工作中

神经学科一词始于 20 世纪 60 年代，泛指与神经系统结构和功能有关的知识 and 研究，也称为“脑科学”。人的感知和知觉、记忆和学习、思维和情感都依赖于神经系统的活动，揭示人脑的奥秘是当代和未来自然科学面临的巨大挑战。神经护理学科是伴随神经学科的发展而逐渐发展和完善的重要护理学科之一。神经系统疾病的护理是指对脑、脊髓、周围神经及骨骼肌由于感染、血管病变、外伤、肿瘤、中毒、免疫障碍、变性、遗传、营养缺陷等原因所致疾病的患者，运用护理程序的方法对患者实施个体化护理的过程。

第一节 神经学科与神经护理学科的现状与发展趋势

近二十年来，神经学科已从一般的临床水平发展到了神经病理、分子生物、基因工程、基因重组、基因克隆、基因治疗以及建造神经网络模型的水平，成为科学发展的热点、重点和难点。

一、神经学科的现状与将来

回顾过去的几十年，相关科学技术的迅猛发展使神经学科得到了前所未有的进步。

例如,在疾病病因方面,由于分子生物学的发展,对许多疾病的本质现象得以重新认识;在疾病诊断方面,由于神经影像学、神经电生理学和基因技术的发展,使疾病诊断的准确性有了很大提高;在疾病治疗方面,新药物的出现为很多疾病的治疗带来了曙光。但是,必须看到人类的健康仍然面临着许多威胁,神经学科的发展仍然面临着许多严重的问题。21 世纪四大死亡原因的心血管病、肿瘤、脑血管病和老年变性病,神经学科疾病占了两个,由此决定了神经学科在当今医学领域中的重要性。

(一) 神经学科的发展方向

由于疾病谱的改变,整个神经学科的发展方向也会发生改变,老年神经病尤其是老年变性疾病和脑血管病将会成为研究的重心和热点,以适应未来的发展和要求。细胞分子生物学的发展为神经学科开辟了一个新的领域。细胞分子生物学已在神经退行性疾病、脑肿瘤、脑血管病以及脑和脊髓损伤的治疗和修复中初露锋芒,并扮演着愈来愈重要的角色。

(二) 神经诊断学的发展

几个世纪以来,医生对疾病的诊断一直依靠自己的经验和对各种检查的分析。由于遗传背景的差异,同种疾病却表现千差万别,往往造成诊断上的失误。基因诊断则有高度特异性和个体性,能将每个人的一个或几个基因的分子改变与疾病联系到一起,作出准确诊断。另外,MRI、PET 等的发展也给疾病的诊断带来了全新的变化。

(三) 神经治疗学的发展

首先,急性脑梗死的可视性溶栓治疗、缺血性脑血管病的外科治疗(颈动脉血管内膜切除、大脑中动脉血栓摘除、颅内血管重建等)、脑出血的外科手术、脑内组织移植等,将会从根本上治愈这些难治疾病。其次,基因治疗将会全面进入临床,目前全世界约有 400 个基因治疗方案正在实验,主要用于神经系统疾病、遗传病和脑血管病等。另外,功能神经外科立体定向细胞刀技术,对帕金森病、痉挛性斜颈、舞蹈症的治疗将是一场革命。立体定向放射外科伽玛刀技术将会对中小型脑瘤、顽固性疼痛、癫痫等起到良好的效果。神经导航操作系统把病变一览无余地暴露给手术者,保证选择最佳的手术入路,最大限度地保护脑组织和最完整地切除脑肿瘤。

(四) 神经放射学的发展

各种影像学设备向小型化、专门化、高分辨率和超快速化发展,含两种以上功能互补影像学技术的设备受到欢迎,集诊断和治疗技术于一体的影像设备在临床应用,光成像影像设备可能在临床应用;多螺旋 CT、平板探测器不断完善,CT 脑灌注成像得到普及;MRI 的场强和各种分辨率逐渐增高,MRS 的多核成像得到常规应用,MRS 与常规 MRI、MRA、弥散成像、灌注成像、FM-R1 相结合,一次检查可以得到解剖、生理、病理、血流动力学、系列化和脑功能等信息;神经核医学将继续以脑血流、脑功能、脑受体和脑代谢的应用研究为重点向前发展;超声的 3 维、4 维技术成熟,内镜超声、血管内超声和术中超声与微创神经外科手术方案,影像导管系统直接引导手术入路,确定手术切除范围的普及应用;神经影像网络化,远程神经放射学到达实用阶段,医学影像学图像处理成为常规方法;各种组织、器官、特定基因表达、特定代谢过程、特殊生理功能造影剂不断问世,影像学技术直接用于药物开发和研制及药效监测。

(五) 神经病理学的发展

神经病理学使脑血管病从以往的临床病理总结逐渐进入实验病理研究。神经系统肿瘤的病理学研究也进入了采用免疫病理技术和超微病理学技术研究的新阶段。对脱髓鞘病的病理研究,我国学者提出了亚洲地区多发性硬化症的型别特点,中日学者共同研讨了 Balo 病的临床病理学特点。国内学者对朊病毒病做了广泛研究。Alzheimer 病的病理学研究也取得了成果。

二、变革中的神经科护理现状与发展

近一个世纪以来,我国的神经科护理事业走过了从无到有、到逐步发展壮大的历程。21 世纪是信息科学与生命科学高速发展的时代,随着神经学科和护理学科的发展,特别是护理理念和技术进步对神经学科护理研究起到了巨大的推动作用,使神经科护理日趋完善。

(一) 神经学科护理观念的转变

新的医学理念使临床护理模式发生了翻天覆地的变化,神经科护理在服务于患者的全过程中更新了单纯执行医嘱的传统工作模式,引进了“以人为本”的整体护理观。在护理工作中不仅重视患者的躯体护理,而且更注重患者的心理、社会方面的需求,将护理程序的方法融于护理服务之中,从而提高了患者的满意度及生活质量,使患者得到了高质量的护理服务。

(二) 神经学科护理知识结构的改变

神经学科的发展使以往有些难治性疾病得以治愈,很多疾病的病因和发病机制已日趋明确,因此,要求神经科护理同仁们要不断学习新知识、新技术,适应学科发展的需要。尤其是近几年,以神经学科的重点项目如脑卒中、痴呆症、重症监护、帕金森病、癫痫和介入治疗等许多相关课题为切入点进行了深入的研究与探讨,取得了可喜的成就。使得神经科护理同仁通过不断补充和完善自身的知识结构,建立和持续地不断完善各种规章制度;组建国内神经科护理教学基地,为培养神经科专业护理团队奠定了基础;为患者实施规范的基础监护、急救技术和床旁脑功能动态监测提供了保证。

(三) 神经学科要求具有规范的护理技能

神经学科近些年来新的诊断检查技术及治疗方法不断出现,首先,了解新的检查必须了解它们的简单原理及目的,熟悉其适应证和禁忌证,以及检查前后需要做的护理工作。其次,还要掌握各种监测技术的原理和用途,熟练掌握各种监护仪的使用方法,制定各种安全预案,并能及时发现机器出现的故障,采取紧急措施,学习掌握新疗法的基本知识及操作程序,熟悉掌握与医生配合部分的理论及操作,积极参与配合。第三,随着老年人口的增多,老年变性和脑血管病将会有较大幅度的增加,满足神经系统疾病患者及家属多层次、多方面的护理需求,以期提高患者的生活质量。

(四) 神经学科护理要溶入多元文化

神经科护士在工作中要将多元文化护理的理论实践到护理工作中。护理不应是一个固定的模式,只能有一个相对的框架,而应为不同的民族和不同文化背景的人提供各异的护理。将多种文化渗透到护理工作中,对患者施以全程、全方位、多媒体的影响,以利于疾病康复。它囊括了功能的渗透性、影响的间接性、方法的多元性、作用的互感性、护患关系的亲和性。在护理实践中应了解自身文化内涵,注意尊重患者的文化模

式、健康观念、生活习惯等,并提供与文化一致的护理。

(五) 神经学科护理领域的扩展

现代医学的进步和发展拓宽了神经科护理的领域和内容,对护理人员知识层次的要求越来越高。我们可以通过建立公众健康教育、完善保健制度、入院前急救反应系统以及医院的相应反应系统;通过采取支持小组、咨询、病友联谊会及各种协会等方式,并通过电话、家访、计算机网络等多种途径,向患者及家属提供神经系统疾病有关的信息,如疾病的诊断、治疗、药物、病程进展,以及患者的记忆和功能训练、行为管理及照顾技巧等,为患者及家属提供广泛支持和服务。最终建立具有中国特色的公众-患者-家庭-医院-社区一体化的神经系统疾病护理长期照顾体系,是我国神经系统疾病护理发展的迫切需求;并对完善我国慢性病的医疗护理照顾体制,具有深远的社会和历史意义。

21 世纪,我们看到我国的神经系统疾病护理与国际先进水平仍有明显差距,国内各地的神经系统疾病护理教学和科研水平也不平衡。我们要在更快地学习掌握国外先进技术的同时抓紧国内神经科护理人才的培养,进一步提高护理、教学和科研的水平,使我国神经科护理的学术水平达到新的高度。

第二节 护理程序在神经系统疾病护理中的应用

护理程序是护士在从事护理工作中使用的方法,神经科护士在护理神经系统疾病患者时也要以护理程序为框架。对患者进行生理、心理、社会等方面状况的评估,判断存在的问题,制定护理方案,并对措施的效果进行评价。

一、护理评估

护士对患者进行的护理评估,包括患者病程的发生、发展和变化过程,以及由此产生的身体不适、功能障碍、心理反应、既往健康情况、生活习惯、职业和文化背景等,判断患者存在和潜在的健康问题。通过观察、交谈和查阅相关资料等手段收集有关信息,了解患者的需求。神经科护士对患者的护理评估应注重下列内容:

(一) 把握危及生命的情况

1. 发病时的症状和动态变化。
2. 生命体征改变 体温、脉搏、呼吸、血压和瞳孔。
3. 意识障碍变化 嗜睡、昏睡、浅昏迷、中昏迷、深昏迷和 Glasgow 评分。
4. 呼吸状态 中枢性过度呼吸、潮式呼吸、失调性呼吸、长吸气式呼吸和丛集性呼吸。有无痰鸣音。
5. 颅内压增高症状 有无意识进行性下降、瞳孔不等大、对光反射迟钝、收缩压增高、脉压增大、缓脉、呼吸加快或失调、恶心、呕吐、视乳头水肿等。
6. 延髓麻痹症状 有无吞咽障碍、进食呛咳、咽下困难、构音障碍、流涎过多等。
7. 脑膜刺激征 有无颈项强直。
8. 癫痫发作 有无全身性和局限性癫痫发作,持续时间和发作过程。

(二) 掌握症状损害的进展

1. 认知、精神障碍 有无意识障碍、记忆力、定向力、思考能力、焦虑、忧郁、行为失常。

2. 语言障碍 有无构音障碍、失语症。

3. 眼球异常 有无瞳孔左右不等、偏位、眼震，对光反射异常。

4. 疼痛性质 是头痛、偏头痛和丘脑痛还是肌痛，有无先兆，疼痛的性质、规律、程度和伴发症状。

5. 视觉障碍 有无弱视、偏盲、视野狭窄和复视。

6. 听觉障碍 有无耳鸣、听力下降。

7. 感觉障碍 有无浅感觉、深感觉、皮质感觉异常，异常的相应部位。

8. 运动障碍 有无面瘫、单瘫、偏瘫、交叉瘫、四肢瘫和全身瘫痪，程度、部位。

9. 不随意运动 种类、程度和部位。如：①抽搐的最先症状；②抽搐的过程；③伴发的症状；④发作后的症状；⑤病程经过；⑥发病的规律；⑦发作期间有无其他症状；⑧过去治疗的经过及其效果。

10. 内脏障碍 腹痛、呕吐、尿便失禁、尿潴留、便秘。

11. 肌肉变化 有无肌力下降、肌萎缩和部分萎缩。

12. 姿势 外观异常。

13. 日常生活活动 ①行走；②移动；③穿衣；④进食；⑤清洁；⑥需要提供辅助的状况和辅助的性质。

(三) 识别潜在的合并症

1. 急性心功能不全 呼吸困难、端坐呼吸、咳嗽、咳粉红色泡沫样痰、嗜睡、烦躁不安、大汗淋漓。

2. 心律失常 心悸、胸痛、乏力、血压下降、呼吸困难。窦性心律失常。

3. 休克 神志淡漠，反应迟钝，口唇和肢端发绀，皮肤出现花斑纹，四肢厥冷、出冷汗，脉搏细速、血压下降。

4. 急性肺水肿 血压极度升高、脉速，呼吸急促、辅助呼吸肌用力，鼻翼扇动，口唇发紫，肺部水泡音、泡沫样痰。

5. 肺部感染 意识障碍、发热、心率加快、呼吸急促、咳嗽、咳痰、肺部湿啰音和白细胞数增多。

6. 肺栓塞 呼吸困难或气促、胸痛、晕厥、烦躁不安、咳嗽、咯血和心悸，心动过速、血压下降、发热、发绀和肺部有湿啰音或哮鸣音。

7. 急性肾衰竭 厌食、恶心、呕吐、乏力、头痛、头晕、嗜睡，血压高，脱水和水肿。

8. 颅内压升高 头痛、呕吐、视力障碍、复视、瞳孔变化、意识障碍、库欣征和癫痫发作。

9. 低颅压 体位性头痛、呕吐、呕吐后头痛加重和其他，如耳鸣、疲乏无力等。

10. 消化道出血 上腹胀感、频繁呃逆、烦躁、呕血、黑便，血红蛋白低。意识加深，体温升高，心率加快，血压下降。

11. 尿崩症 烦渴，尿渗透压低于 300mmol/L；连续 2h 尿量 > 200ml/h 或平时每 2h 尿量 > 500ml/h。

12. 深静脉血栓 患肢肿胀、周径增粗、疼痛或压痛、浅静脉扩张、皮肤色素沉着,行走患肢易感疲劳,但有些患者无临床症状和体征。

13. 肩手综合征 瘫痪上肢肩部及手指腕关节疼痛、肿胀、活动受限。

14. 压疮 受压部位皮肤出现紫红色缺血、水疱和破溃。

(四) 危重患者的评价

危重疾病的严重程度评分是根据患者的一些主要症状、体征和生理参数等加权或赋值,从而量化评价危重疾病的严重程度。

1. 急性生理及慢性健康状况评估的危重病评价 (acute physiology and chronic health reevaluation, APACHE II) 评分,以其简便、可靠的特性成为危重患者最为普遍采纳的评分系统,它运用客观的评分标准定量地对病员的病情、治疗措施、医护质量进行客观评估。APACHE II 评分包括三项内容,总分值为 0~71 分。

(1) A 项:急性生理学评分 (APS) 由 12 个最常用的生命指征、血常规、血生化 and 血气指标构成,各指标按偏离正常值的程度计 0~+4 分,偏离越多计分越高。此外,GCS 也被列入该项计分。计分标准见表 1-1。

表 1-1 急性生理参数评分表

生理参数	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
直肠温度(℃)	≥41	39~40.9		38.5~38.9	36~38.4	34~35.5	32~33.9	30~31.9	≤29.9
平均动脉血压 (mmHg)	≥160	130~159	110~129		70~109		50~69		≤49
心率(次/分)	≥180	140~179	110~139		70~109		55~69	40~54	≤39
呼吸频率(次/分)	≥50	35~49		25~34	12~24	10~11	6~9		≤5
(A-a)DO ₂ (mmHg)									
(FiO ₂ ≥0.5 时)	≥500	350~499	200~349		<200				
PaO ₂ (mmHg)									
(FiO ₂ <0.5 时)					>70	61~70		55~60	<55~
动脉血 pH	≥7.7	7.6~7.69		7.5~7.59	7.33~7.49		7.25~7.32	7.15~7.24	<7.15
血清钠(mmol/L)	≥180	160~179	155~159	150~154	130~149			120~129	111~119
≤110									
血清钾(mmol/L)	≥7	6~6.9		5.5~5.9	3.5~5.4	3~3.4	2.5~2.9		<2.5
血清肌酐 (mmol/L)		≥3.5~3.4	1.5~1.9		0.6~1.4		<0.5		
(急性肾衰分数加倍)									
血细胞比容(%)		≥60		50~59.9	46~49.9	30~45.9			20~29.9
<20 白细胞总数 (10 ⁹ /L)	≥40	20~39.9	15~19.9	3~14.9		1~2.9		<1	
血清 HCO ₃ ⁻ (mmol/L)	≥52	41~51.9		32~40.9	22~31.9		18~21.9	15~17.9	<15
(无动脉血 pH 时可用静脉血 HCO ₃ ⁻ 计入)									

注:(A-a)DO₂,肺泡动脉血氧梯度;FiO₂,吸入氧浓度

(2) B 项:年龄评分,44~75 岁共分 5 个评分段,分值为 0~6 分。计分方法见

表 1-2。

表 1-2 年龄记分表

年龄 (岁)	≤44	45 ~ 54	55 ~ 64	65 ~ 74	≥75
分值 (分)	0	2	3	5	6

(3) C 项: 慢性健康状况 (CPS) 指有严重器官功能不全或免疫抑制者, 既往健康者除外, 分值为 2 ~ 5 分。非手术或急诊手术者加 5 分, 选择性手术者加 2 分。

1) 器官系统功能不全的标准:

肝: 活检证实有肝硬化和门脉高压; 有门脉高压致上消化道出血史; 曾有肝衰、肝性脑病等。

心血管: 纽约心脏协会定的心功能 IV 级。

呼吸系统: 慢性限制性、阻塞性和血管性疾病致患者活动受限, 不能上楼梯和操持家务; 慢性低氧血症、高碳酸血症、继发性红细胞增多症、严重肺动脉高压 ($>40\text{mmHg}$) 或依赖呼吸机者。

肾: 接受慢性透析者。

2) 免疫抑制状态: 患者接受免疫抑制剂、化疗、放疗、长期大量激素或有白血病、淋巴瘤、艾滋病等使抗感染能力降低的疾病。

以上 ABC 三项评分之和为 APACHE II 得分, 即 APACHE II 总分 = A 项 + B 项 + C 项, 其中 A 项 = APS + (15 - GCS 评分)。

APACHE II 总分越高, 病情越重。在患有这些慢性病的基础上, 不仅急诊手术的病死率较选择性手术高, 而且未手术者的死亡率也较后者高。

2. GCS 评分 (Glasgow coma scale) 是国际上通常采用的昏迷评分表, 它对评估伴有意识改变患者早期神经功能损伤的严重性非常有用, 特别是对由颅内出血引起损伤的患者。GCS 昏迷评分法从以下三个方面检查患者对外界刺激的反应能力, 即睁眼动作、运动反应和语言反应所得到的分数总和, 病情越重得分越低。正常者总分为 15 分, 8 分以下为昏迷, 3 分以下提示脑死亡或预后不良。详见表 1-3。

表 1-3 格拉斯哥昏迷量表

分类	睁眼反应					运动反应					语言反应				
项	自动睁眼	呼之睁眼	刺激后睁眼	不睁眼	按吩咐动作	定位动作	躲避疼痛	刺激后屈曲	刺激后伸展	无反应	对答正确	对答错误	语言错乱	言语费解	不能言语
目															
分数	4	3	2	1	6	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

(五) 了解相关辅助检查结果

1. 实验室检查 血常规、血液生化检查, 尿、便检查, 心电图、血气分析、凝血功能。

2. 神经学检查 眼震检查、听力检查、感觉、姿势和反射等。