

常见疾病

健康指导与护理

CHANG JIAN JI BING
JIAN KANG ZHI DAO
YU HU LI

主 编 朱云霞 杨三强 魏 民

中医古籍出版社

常见疾病健康指导与护理

编委会

主 编 朱云霞 杨三强 魏 民

副主编 金 涛 王晓梅 吕国栋 孟艳红

葛继伟 王 敏 陆 军 张 强

图书在版编目(CIP)数据

常见疾病健康指导与护理 / 朱云霞主编.

- 北京: 中医古籍出版社, 2009.9

(诊疗指南与护理专家专著)

ISBN 978-7-80174-749-5

I. 常… II. 朱… III. ①常见病-防治②常见病-
护理 IV.R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 099296 号

常见疾病健康指导与护理

主 编 朱云霞

责任编辑 刘晓巍 孙志波

封面设计 陶然小筑工作室

出版发行 中医古籍出版社

社 址 北京东直门内南小街 16 号(100700)

印 刷 山东省济南市长清区灵岩印刷责任有限公司

开 本 178mm × 1092mm 1/16

印 张 15.00

字 数 306 千字

版 次 2009 年 8 月第 1 版 2009 年 8 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-80174-749-5

总定价 300.00 元

目 录

第一章 神经系统疾病	1
第一节 周围神经疾病	1
第二节 脊髓疾病	4
第三节 脑血管疾病	6
第四节 多发性硬化	15
第五节 运动障碍疾病	17
第六节 颅骨骨折	19
第七节 外伤性颅内血肿	20
第二章 循环系统疾病	25
第一节 心力衰竭	25
第二节 心脏瓣膜病	29
第三节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	34
第四节 原发性高血压	44
第五节 病毒性心肌炎	48
第六节 心肌病	51
第七节 感染性心内膜炎	53
第三章 呼吸系统疾病	55
第一节 急性呼吸道感染	55
第二节 肺炎	59
第三节 肺脓肿	62
第四节 支气管扩张	64
第五节 肺结核	67
第六节 慢性阻塞性肺疾病	73
第七节 支气管哮喘	75
第八节 慢性肺源性心脏病	80
第九节 肺血栓栓塞症	84
第十节 原发性支气管肺癌	87
第十一节 胸腔积液	91
第十二节 自发性气胸	93

第十三节 呼吸衰竭和急性呼吸窘迫综合征	96
第四章 消化系统疾病	103
第一节 胃 炎	103
第二节 消化性溃疡	107
第三节 胃 癌	109
第四节 肠结核和结核性腹膜炎	112
第五节 炎症性肠病	115
第六节 肝硬化	117
第七节 原发性肝癌	120
第八节 急性胰腺炎	123
第九节 上消化道大量出血	126
第五章 泌尿系统疾病	131
第一节 肾小球肾炎	131
第二节 肾病综合征	135
第三节 急性肾衰竭	139
第四节 慢性肾衰竭	142
第五节 尿路感染	146
第六章 血液系统疾	149
第一节 缺铁性贫血	149
第二节 出血性疾病	158
第三节 白血病	168
第四节 淋巴瘤	175
第五节 多发性骨髓瘤	177
第六节 造血干细胞移植	179
第七节 骨髓穿刺术	185
第七章 内分泌与代谢性疾病	187
第一节 腺垂体功能减退症	187
第二节 甲状腺疾病	189
第三节 肾上腺皮质疾病	196
第四节 嗜铬细胞瘤	201
第五节 糖尿病	203
第六节 骨质疏松症	210

第一章 神经系统疾病

第一节 周围神经疾病

【三叉神经痛】

三叉神经痛(trigeminal neuralgia)是一种原因未明的三叉神经分布区内闪电样反复发作的剧痛,而不伴三叉神经功能破坏的症状,又称为原发性三叉神经痛。

【诊断要点】根据疼痛发作的典型症状和分布范围,三叉神经痛的诊断不难,但应注意与牙痛、偏头痛等相区别,并注意鉴别原发性与继发性三叉神经痛。

【治疗要点】迅速有效止痛是治疗本病的关键。

1.药物治疗 本病的首选药物为卡马西平,开始为0.1g,2次/天,以后每天增加0.1g,直到疼痛消失,然后再逐渐减量,最小有效维持剂量常为0.6~0.8g/d。其次可选用苯妥英钠、氯硝西泮、氯丙嗪、氟哌啶醇。轻者亦可服用解热镇痛药物。

2.经半月神经节射频电凝治疗 采用射频电凝治疗对大多数病人有效,可缓解疼痛数月甚至数年。但可致面部感觉异常、角膜炎、复视、咀嚼无力等并发症。

3.封闭治疗 药物治疗无效者可行三叉神经纯乙醇或甘油封闭治疗。

4.手术治疗 以上治疗长达数年仍无效且又能耐受开颅手术者可考虑三叉神经终末支或半月神经节内感觉支切断术,或行微血管减压术。手术治疗虽然止痛疗效良好,但也有可能失败,或产生严重并发症,术后复发,甚至有生命危险等。因此,只有经过上述几种治疗后仍无效且剧痛难忍者才考虑手术治疗。

【健康指导】

1.疾病知识指导 本病可为周期性发作,病程长,且发作间期趋向随病程延长而缩短,应帮助病人及家属掌握本病相关知识与自我护理方法,以减少发作频率,减轻病人痛苦。

2.避免诱因 指导病人建立良好生活规律,保持情绪稳定和愉快心情,培养多种兴趣爱好,适当分散注意力;保持正常作息和睡眠;洗脸、刷牙动作宜轻柔,食物宜软,忌生硬、油炸食物。

3.用药与就诊指导 遵医嘱合理用药,服用卡马西平者每1~2月检查1次肝功能和血常规,出现眩晕、行走不稳或皮疹时及时就医。

【护理】

1.疼痛护理:观察病人疼痛的部位、性质,了解疼痛的原因与诱因;与病人讨论减轻疼痛的方法与技巧,鼓励病人运用指导式想像、听轻音乐、阅读报纸杂志等分散注意力,以达到精神放松、减轻疼痛。

2.用药护理:指导病人遵医嘱正确服用止痛药,并告知药物可能出现的不良反应,

如卡马西平可导致头晕、嗜睡、口干、恶心、行走不稳、肝功能损害、皮疹和白细胞减少；哌米清可于治疗后4~6周出现手颤、记忆力减退、睡眠中出现肢体不随意抖动等，有些症状可于数天后自行消失，病人不要随意更换药物或自行停药，护士应观察、记录和及时报告医生。

【多发性神经病】

多发性神经病(polyneuropathy)主要表现为四肢对称性末梢型感觉障碍、下运动神经元瘫痪和(或)自主神经障碍的临床综合征，亦称多发性神经炎、周围神经炎或末梢神经炎。

【治疗要点】

1.病因治疗 积极查找病因，对不同的病因采取不同的治疗。如中毒所致(如农药中毒)应采取措施阻止毒物继续进入人体内，加速排泄和使用解毒剂等；药物引起者应立即停药；重金属和化学中毒应立即脱离中毒环境；急性中毒应快速补液，促进排尿、排汗和通便等。营养缺乏和代谢性障碍所致者应积极治疗原发病，如糖尿病控制血糖、尿毒症采用透析治疗等。

2.综合治疗 急性期应卧床休息，特别是病变累及心肌者(如维生素B1缺乏及白喉性多发性神经病)。各种原因所致的多发性神经病均可使用大剂量B族维生素(B1、B6、B12等)、神经生长因子等，严重病例可并用辅酶A、ATP等。疼痛严重者可使用各种止痛剂，如卡马西平或苯妥英钠等，效果较好，恢复期采用针灸、理疗、按摩及康复治疗。

【健康指导】

1.疾病知识指导 告知病人及家属疾病相关知识与自我护理方法，帮助病人分析寻找病因和不利于恢复的因素，指导病人保持平衡心态，积极治疗原发病。

2.饮食指导 多吃富含B族维生素的食物，如绿叶蔬菜、新鲜水果、大豆、谷类、蛋、瘦肉、肝等，戒烟酒，保证营养均衡。

3.就诊指导 定期门诊复查，当感觉和运动障碍症状加重或出现外伤、感染、尿潴留或尿失禁时立即就诊。

【护理】

1.饮食护理 给予高热量、高维生素、清淡易消化的饮食，多吃新鲜水果、蔬菜，补充足够的B族维生素；对于营养缺乏者要保证各种营养物质的充分和均衡供给；对于烟酒嗜好尤其是长期大量酗酒、吸烟者要规劝其戒酒、戒烟。

2.生活护理 评估病人的生活自理能力，对于肢体麻木、乏力、行走不稳及急性起病需卧床休息的病人，应给予进食、穿衣、洗漱、大小便及个人卫生等生活上照顾，满足病人生活需求；做好口腔护理、皮肤护理，协助翻身，以促进睡眠、增进舒适、预防压疮等并发症；尤其对于多汗或皮肤干燥、脱屑等自主神经障碍者要勤换衣服、被褥，保持床单整洁，减少机械性刺激，同时还要督促病人勤洗澡或协助床上擦浴，指导涂抹防裂油膏。

【急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病】

急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病(acute inflammatory demyelinating polyradicu

lonetropathies, AIDP)又称吉兰-巴雷综合征(Guillain-Barré syndrome, GBS),为急性或亚急性起病的大多可恢复的多发性脊神经根(可伴脑神经)受累的一组疾病。主要病理改变为周围神经广泛炎症性节段性脱髓鞘和小血管周围淋巴细胞及巨嗜细胞的炎症反应。病前可有非特异性病毒感染或疫苗接种史,部分病人病前有空肠弯曲菌感染史。

【实验室及其他检查】

本病的实验室检查主要为腰椎穿刺取脑脊液化验,典型的脑脊液改变为细胞数正常,而蛋白质明显增高(为神经根的广泛炎症反应),称蛋白-细胞分离现象,为本病的重要特点,通常在病后第3周最明显。

【诊断要点】

急性或亚急性起病,病前有感染史,四肢对称弛缓性瘫痪,可有脑神经损害,常有脑脊液蛋白-细胞分离现象,可诊断为本病。

【治疗要点】

1.辅助呼吸 呼吸麻痹是GBS的主要危险,呼吸麻痹的抢救成功与否是增加本病的治愈率、降低病死率的关键,而呼吸机的正确使用是成功抢救呼吸麻痹的保证。因此,应严密观察病情,对有呼吸困难者及时进行气管切开和人工辅助呼吸。

2.病因治疗

(1)血浆交换疗法:周围神经脱髓鞘时,由于体液免疫系统的作用,病人血液中存在与发病有关的抗体、补体及细胞因子等,在发病2周内采用血浆交换疗法,可缩短临床症状,缩短需用呼吸机的时间,降低并发症发生率,并迅速降低抗周围神经髓鞘抗体滴度。适应证为不能独立行走、肺活量明显减少或延髓麻痹等病情较严重的病人。但本法只能在具有一定条件和经验的医疗中心进行,且费用昂贵。

(2)免疫球蛋白:应用大剂量的免疫球蛋白静滴治疗急性病例,可获得与血浆置换治疗相接近的效果,而且安全。但有部分病例可复发,再治疗仍然有效。

(3)糖皮质激素:糖皮质激素曾长期广泛地用于本病的治疗,近年来的临床研究发现其效果未优于一般治疗,且可能发生并发症,现多已不主张应用,但慢性GBS对激素仍有良好的反应。

【健康指导】

1.疾病知识指导 指导病人及家属掌握本病相关知识及自我护理方法,帮助分析和消除不利于疾病恢复的个人和家庭应对因素,鼓励病人保持心情愉快和情绪稳定,树立战胜疾病的信心。

2.心理指导:本病起病急,进展快,病人常因呼吸费力而紧张、恐惧,害怕呼吸停止,害怕气管切开,恐惧死亡,常表现为躁动不安及依赖心理。护士应及时了解病人的心理状况,主动关心病人,尽可能陪伴在病人身边,耐心倾听病人的感受,告知医护人员会认真观察其病情的细微变化,使其情绪稳定、安心和放心休息。同时还要讲解病情经过、使其认识到气管切开和机械通气的重要性,告知本病经过积极治疗和康复锻炼大多预后很好,以增强他们对治疗的信心,取得充分信任和合作。

3.饮食指导:指导进食高蛋白、高维生素、高热量且易消化的软食,多食水果、蔬菜,补充足够的水分。延髓麻痹不能吞咽进食和气管切开、呼吸机辅助呼吸者应及

时插胃管,给予鼻饲流质,以保证机体足够的营养供给,维持水、电解质平衡,预防营养失调。留置胃管的病人强调在进食时和进食后 30min 应抬高床头,防止食物反流引起窒息和坠积性

4.用药指导:护士应教会病人遵医嘱正确服药,告知药物的作用、不良反应、使用时间、方法及注意事项。如使用糖皮质激素治疗时可能出现应激性溃疡所致消化道出血,应观察有无胃部疼痛不适和柏油样大便等,留置鼻胃管的病人应定时回抽胃液,注意胃液的颜色、性质;某些镇静安眠类药物可产生呼吸抑制,不能轻易使用,以免掩盖或加重病情。

【护理】

1.给氧:持续低流量给氧,并保持输氧管道的通畅。当病人动脉血氧饱和度下降时应加大氧流量。

2 保持呼吸道通畅:指导半坐卧位,鼓励病人深呼吸和有效咳嗽,协助翻身、拍背或体位引流,及时清除口、鼻腔和呼吸道分泌物,必要时吸痰。

第二节 脊髓疾病

【急性脊髓炎】

急性脊髓炎(acute myelitis)为脊髓白质脱髓鞘或坏死所致的急性脊髓横贯性损害。常在感染后或疫苗接种后发病,表现为病变水平以下肢体运动障碍、各种感觉缺失以及自主神经功能障碍。当病变迅速上升波及高颈段脊髓或延髓时,称为上升性脊髓炎;若脊髓内有两个以上散在病灶,称为播散性脊髓炎。

【实验室及其他检查】

急性期仅有外周血和脑脊液白细胞稍增高;少数脊髓水肿严重者,脊髓腔可出现梗阻,腰椎穿刺时 Queckenstedt 试验不通,见本章“腰椎穿刺术”;脑脊液蛋白质含量明显增高(可高达 2g/L 以上)。脊髓造影或磁共振显像可见病变部位脊髓肿胀及异常信号等改变。

【治疗要点】本病的治疗原则为:减轻症状,防治并发症,加强功能训练,促进康复。

1.药物治疗 急性期以糖皮质激素为主,可减轻脊髓水肿,控制病情发展。常采用大剂量甲基泼尼松龙短程冲击疗法,500~1000mg 静滴,1次/天,连用 3~5 天;其后改用泼尼松口服,40~60mg/d,以后逐渐减量后停用。B 族维生素有助于神经功能的恢复。可选用适当的抗生素预防感染。

2.康复治疗 早期宜进行被动活动、按摩、针灸、理疗等康复治疗。部分肌力恢复时,应鼓励主动活动。

【健康指导】

1.疾病知识指导

指导病人及家属掌握疾病康复知识和自我护理方法,帮助分析和去除对疾病治疗与

康复不利的因素。鼓励病人树立信心,持之以恒地进行康复锻炼。

2. 饮食指导

加强营养,多食瘦肉、鱼、豆制品、新鲜蔬菜、水果等高蛋白、高纤维素的食物,保持大便通畅。

3. 生活与康复指导

本病恢复时间长,卧床期间应定时翻身,预防压疮;肌力开始恢复后应加强肢体的被动与主动运动,鼓励进行日常生活动作训练,做力所能及的家务和劳动。病人运动锻炼过程应予以保护,注意劳逸结合,防止受伤。平日注意增强体质,避免受凉、感染等诱因。

4. 预防尿路感染

向病人及照顾者讲授留置导尿的相关知识和操作注意事项,避免集尿袋接头的反复打开,防止逆行感染。保持外阴部清洁,定时开放尿管,鼓励多喝水,以达到促进代谢产物排泄、自动冲洗膀胱的目的。告知膀胱充盈的指征与尿道感染的相关表现;如发现病人尿液引流量明显减少或无尿、下腹部膨隆、小便呈红色或混浊时应协助及时就诊。

【 护 理 】

1. 病情监测:评估病人运动和感觉障碍的平面是否上升;观察病人是否存在呼吸费力、吞咽困难和构音障碍,注意有无药物不良反应,如消化道出血等。

2. 安全护理和康复护理:与病人及家属共同制定康复训练计划,提供必要的康复器械和安全防护设施,评估病人日常生活活动的依赖程度,指导病人早期康复训练。

【 脊髓压迫症 】

脊髓压迫症(compressive myelopathy)是各种病变引起脊髓或供应脊髓的血管受压所出现的受累脊髓以下脊髓功能障碍的一组病症。病变呈进行性发展,最后导致不同程度的脊髓横贯性损害和椎管阻塞。

【 诊断要点 】

慢性脊髓压迫症的特点是病灶从脊髓一侧开始,早期为单侧神经根刺激症状,逐渐出现脊髓部分受压症状,最终发展为脊髓横贯性损害症状。急性压迫常表现为脊髓横贯性损害。临床表现结合腰椎穿刺、Queckenstedt 试验、脑脊液检查、影像学(X线照片、CT 和 MRI)资料等,可以确诊。

【 治疗要点 】

脊髓压迫症的治疗原则为早期诊断,早期手术,以去除病因。急性脊髓压迫症的手术治疗尤其需要抓紧时机,及早手术,一般应争取在发病 6h 内减压。硬膜外脓肿应紧急手术并给予足量抗生素。脊柱结核可在手术的同时施行抗结核治疗。对某些恶性肿瘤或转移癌手术后需采取放疗、化疗等措施,对不宜手术治疗者也可考虑放疗和(或)化疗。手术后对瘫痪肢体应进行康复治疗,如积极进行功能锻炼及防治并发症。

第三节 脑血管疾病

【概述】

脑血管疾病(cerebral vascular diseases, CVD)是由各种血管源性脑病变引起的脑功能障碍。脑卒中是急性脑循环障碍导致局限性或弥漫性脑功能缺损的临床事件,通常包括脑出血、脑梗死、蛛网膜下腔出血。CVD 是神经系统的常见病和多发病,死亡率约占所有疾病的 10%。在我国,脑卒中已成为当今严重危害中老年人生命与健康的主要公共卫生问题,根据我国 7 城市和 21 省农村神经疾病流行病学调查结果显示,脑血管病的年发病率分别为 219/10 万人口和 185/10 万人口,年死亡率分别为 116/10 万人口和 142/10 万人口;我国城市居民死因中脑卒中居首位,农村居于第二位。脑卒中还成为重要的严重致残疾病,据统计,在存活的脑血管病病人中,约 3/4 存在不同程度的丧失劳动能力,其中重度致残者约占 40%。

【诊断要点】

由于 TIA 发作持续时间短,多数病人就诊时既无症状又无体征,诊断完全靠病史。详细的病史询问是 TIA 诊断的主要依据。为了预防 TIA 再发作或发生脑梗死,应仔细寻找病因,以协助治疗。

【治疗要点】

1.病因治疗 确诊 TIA 后应针对病因进行积极治疗。如控制血压,治疗心律失常、心肌病变,稳定心脏功能,治疗脑动脉炎,纠正血液成分异常等。防止颈部活动过度等诱发因素。

2.药物治疗 根据发作的频率可分为偶尔发作和频繁发作两种临床形式。对于偶发(或仅发)1 次者,不论由何种病因所致,都应看作是永久性卒中的重要危险因素,进行适当的药物治疗。对于频繁发作者,即在短时间内反复多次发作,应视为神经科急诊处理,迅速控制其发作。

(1)抗血小板聚集剂:可能减少微栓子的发生,对预防复发有一定疗效。常用药物有:①阿司匹林,目前主张使用小剂量,50~150mg/d,能有效减少卒中复发。②双嘧达莫,每次 25~50mg,3 次/天。双嘧达莫和阿司匹林联合应用,在理论上应为加强作用,但在临床实践中未能肯定联合用药优于单独使用。③噻氯匹啶,为一种较强的抗血小板聚集剂,疗效显著,作用持久,优于阿司匹林,服用阿司匹林或抗凝治疗不理想者用噻氯匹啶仍有效。④氯吡格雷和奥扎格雷,不良反应较少,与阿司匹林合用效果更好。

(2)抗凝治疗:对频繁发作的 TIA,或发作持续时间长,每次发作症状逐渐加重,同时又无明显的抗凝治疗禁忌者(无出血倾向、无严重高血压、无肝肾疾病、无溃疡病等),可及早进行抗凝治疗。首选肝素 100mg 加入生理盐水 500ml 中静滴,20~30 滴/分钟;根据凝血活酶时间(APTT)调整肝素剂量,维持治疗前 APTT 值的 1.5~2.5 倍为完全抗凝标准,5 天后可改口服华法林或低分子量肝素钠腹壁皮下注射。

(3)钙通道阻滞剂: 钙通道阻滞剂可扩张血管, 阻止脑血管痉挛。如尼莫地平 20 ~ 40mg, 3 次 / 天。

(4)中医药治疗: 常用川芎、丹参、红花等药物。

3.外科手术和血管内介入治疗 经血管造影确定TIA是由颈部大动脉病变如动脉硬化斑块引起明显狭窄或闭塞者, 为了消除微栓塞, 改善脑血流量, 建立侧支循环, 可考虑外科手术和血管内介入治疗(一般颈动脉狭窄 > 70%, 病人有与狭窄相关的神经系统症状, 可考虑颈动脉内膜切除术或血管内介入治疗)。

【健康指导】

1.疾病知识指导 本病为脑卒中的一种先兆表现或警示, 如未经正确治疗而任其自然发展, 约 1/3 的病人在数年内会发展成为完全性卒中。护士应评估病人及家属对脑血管疾病的认识程度; 帮助病人及家属了解脑血管病的基本病因、危害、主要危险因素、早期症状、就诊时机以及治疗与预后的关系; 指导掌握本病的防治措施和自我护理方法; 帮助寻找和去除自身的危险因素, 主动采取预防措施, 改变不健康的生活方式。定期体检, 了解自己的心脏功能、血糖、血脂水平和血压高低。尤其有高血压病史者应经常测量血压, 了解治疗效果; 糖尿病病人监测血糖变化; 出现肢体麻木无力、头晕、头痛、复视或突然跌倒时应引起高度重视, 及时就医。积极治疗相关疾病, 如高血压、动脉硬化、心脏病、糖尿病、高脂血症和肥胖症等, 遵医嘱服药及调整药物剂量, 切勿自行停药、减量或换药。

2.饮食指导 指导病人了解肥胖、吸烟、酗酒及饮食因素与脑血管病的关系。一般认为高钠低钙、高肉类、高动物油的饮食摄入是促进高血压、动脉硬化的因素, 故应指导病人改变不合理的饮食习惯和饮食结构。选择低盐、低脂、充足蛋白质和丰富维生素的饮食, 如多食谷类和鱼类、新鲜蔬菜、水果、豆类、坚果; 少吃糖类和甜食; 限制钠盐(< 6g/d)和动物油的摄入; 忌辛辣、油炸食物和暴饮暴食; 注意粗细搭配、荤素搭配; 戒烟、限酒; 控制食物热量, 保持理想体重。

3.用药指导 病人遵医嘱正确服药, 不能随意更改、终止或自行购药服用。告知病人药物的作用机制、不良反应观察及用药注意事项。如肝素抗凝治疗时可出现皮肤出血点及青紫斑, 个别病人甚至可诱发消化道出血, 应密切观察有无出血倾向; 使用阿司匹林、氯吡格雷或奥扎格雷等抗血小板聚集剂治疗时, 可出现食欲不振、皮疹或白细胞减少等不良反应, 发现异常情况应及时报告医生处理。

4.运动指导 规律的体育锻炼可以改善心脏功能、增加脑血流量、改善微循环, 也可以降低已升高的血压, 控制血糖水平和降低体重。因此, 应鼓励病人增加及保持适当的体育运动, 如散步、慢跑、踩脚踏车等, 指导病人注意运动量和运动方式, 选择适合个体的文体活动, 做到劳逸结合。

【护理】

病情观察 频繁发作的病人应注意观察和记录每次发作的持续时间、间隔时间和伴随症状, 观察病人肢体无力或麻木是否减轻或加重, 有无头痛、头晕或其他脑功能受损的表现, 警惕完全性缺血性脑卒中的发生。

2.用药护理 病人遵医嘱正确服药, 不能随意更改、终止或自行购药服用。告知

病人药物的作用机制、不良反应观察及用药注意事项。如肝素抗凝治疗时可出现皮肤出血点及青紫斑，个别病人甚至可诱发消化道出血，应密切观察有无出血倾向；使用阿司匹林、氯吡格雷或奥扎格雷等抗血小板聚集剂治疗时，可出现食欲不振、皮疹或白细胞减少等不良反应，发现异常情况应及时报告医生处理。

【脑梗死】

脑梗死(cerebral infarction, CI)又称缺血性脑卒中(cerebral ischemic stroke)，包括脑血栓形成、腔隙性梗死和脑栓塞等，是指因脑部血液循环障碍，缺血、缺氧所致的局限性脑组织的缺血性坏死或软化。引起脑梗死的主要原因是供应脑部血液的颅内或颅外动脉发生闭塞性病变而未能得到及时、充分的侧支循环供血，使局部脑组织发生缺血、缺氧现象所致。脑梗死发病率为110/10万，约占全部脑卒中的60%~80%。临床上最常见的有脑血栓形成和脑栓塞。

【实验室及其他检查】

1.血液检查 血常规、血糖、血脂、血液流变学、凝血功能。

2.影像学检查

(1)CT检查：是最常用的检查，发病当天多无改变，但可除外脑出血，24h以后脑梗死区出现低密度灶。脑干和小脑梗死CT多显示不佳。

(2)MRI检查：可以早期显示缺血组织的大小、部位，甚至可以显示皮质下、脑干和小脑的小梗死灶。

(3)TCD：对判断颅内外血管狭窄或闭塞、血管痉挛、侧支循环建立程度有帮助，还可用于溶栓监测。

(4)放射性核素检查可显示有无脑局部的血流灌注异常。

(5)DSA：脑血管造影可显示血栓形成的部位、程度及侧支循环，但不作为脑梗死的常规检查。

【诊断要点】

中老年病人，有高血压、高血脂、糖尿病等病史，发病前有TIA史，在安静休息时发病为主；症状逐渐加重；发病时意识清醒，而偏瘫、失语等神经系统局灶体征明显等，诊断一般不难，结合头部CT及MRI检查，可明确诊断。

【治疗要点】

目前还没有适用于所有脑血栓形成病人的规范化治疗方案，应根据病因、发病机制、临床类型、发病时间等确定针对具体病例的治疗方案，实施以分型、分期为核心的个体化治疗。在一般治疗的基础上，酌情选用改善脑循环、脑保护、抗脑水肿、降颅压等措施。通常按病程可分为急性期(1~2周)、恢复期(2周~6个月)和后遗症期(6个月以后)，重点是急性期的分型治疗。

1.急性期治疗

(1)早期溶栓：脑血栓形成发生后，尽快恢复脑缺血区的血液供应是急性期的主要治疗原则。早期溶栓是指发病后6h内采用溶栓治疗使血管再通，可减轻脑水肿，缩小梗死灶，恢复梗死区血流灌注，减轻神经元损伤，挽救缺血半暗带。常用的溶栓药物有：

1)重组组织型纤溶酶原激活剂(rt-PA): 可与血栓中纤维蛋白结合成复合体, 后者与纤溶酶原有高度亲和力, 使之转变为纤溶酶, 以溶解新鲜的纤维蛋白, 故 rt-PA 只引起局部溶栓, 而不产生全身溶栓状态。其半衰期为 3~5min, 剂量为 0.9mg/kg(最大剂量 90mg), 先静注 10%(1min), 其余剂量连续静滴, 60min 滴完。

2)尿激酶: 是目前国内应用最多的溶栓药, 可渗入血栓内, 同时激活血栓内和循环中的纤溶酶原, 故可起到局部溶栓作用, 并使全身处于溶栓状态, 其半衰期为 10~16min。用 1005~150 万 U, 溶于生理盐水 100~200ml 中, 持续静滴 30min。

3)链激酶: 它先与纤溶酶原结合成复合体, 再将纤溶酶原转变成纤溶酶, 半衰期为 10~18min, 常用量 10 万~50 万 U。

(2)调整血压: 脑血栓形成病人急性期的血压应维持在发病前平时稍高的水平, 除非血压过高(收缩压大于 220mmHg), 一般不使用降压药物, 以免血压过低而导致脑血流量不足, 使脑梗死加重。血压过低, 应补液或给予适当的药物如多巴胺、间羟胺等以升高血压。

(3)防治脑水肿: 当梗死范围大或发病急骤时可引起脑水肿。脑水肿进一步影响脑梗死后缺血半暗带的血液供应, 加剧脑组织缺血、缺氧, 导致脑组织坏死, 应尽早防治。若病人意识障碍加重, 出现颅内压增高症状, 应行降低颅内压治疗。常用 20%甘露醇 125~250ml 快速静滴, 2~4 次/天, 连用 7~10 天。大面积梗死时治疗时间可适当延长, 并可使用激素如地塞米松每天 10~20mg 加入甘露醇中静滴, 持续 3~5 天, 最长 7 天。甘露醇和地塞米松还有清除自由基的作用。防治脑水肿还可使用呋塞米、10%复方甘油以及清蛋白等。

(4)抗凝治疗: 抗凝治疗的目的是防止缺血性脑卒中的早期复发、血栓的延长及防止堵塞远端的小血管继发血栓形成, 促进侧支循环。适用于进展型脑梗死病人, 出血性梗死或有高血压者均禁用抗凝治疗。

(5)血管扩张剂: 一般主张在脑血栓形成亚急性期(发病 2~4 周)脑水肿已基本消退时, 可适当应用血管扩张剂。

(6)高压氧舱治疗: 高压氧舱治疗脑血栓形成的作用机制为: ①提高血氧供应, 增加有效弥散距离, 促进侧支循环形成。②在高压氧状态中, 正常脑血管收缩, 从而出现了“反盗血”现象, 增加了病变部位脑血液灌注。③脑组织有氧代谢增强, 无氧代谢减少, 能量产生增多, 加速酸性代谢产物的清除, 为神经组织的再生和神经功能的恢复, 提供良好的物质基础。脑血栓形成病人若呼吸道没有明显的分泌物, 呼吸正常, 无抽搐以及血压正常者, 宜尽早配合高压氧舱治疗。

(7)抗血小板聚集治疗: 见本节短暂性脑缺血发作。

(8)脑保护治疗: 可通过降低脑代谢, 干预缺血引发细胞毒性机制减轻缺血性脑损伤。包括自由基清除剂、阿片受体阻断剂、钙通道阻滞剂、兴奋性氨基酸受体阻断剂等。目前推荐早期(2h)应用头部或全身亚低温治疗。药物可用胞二磷胆碱、纳洛酮、依达拉奉等。

(9)中医药治疗: 丹参、川芎嗪、葛根素、银杏叶制剂等可降低血小板聚集、抗凝、改善脑血流、降低血液黏度。

(10)外科治疗：对大面积梗死出现颅内高压危象，内科治疗困难时，可行开颅切除坏死组织和去颅骨减压；对急性小脑梗死产生明显肿胀及脑积水病人，可行脑室引流术或去除坏死组织以挽救生命。此外，颈动脉内膜切除术也成为颈动脉狭窄性疾病的重要手段，应予重视。

(11)血管内介入治疗：颈动脉支架放置术治疗颈动脉粥样硬化狭窄性疾病是近年新问世的技术，目前还缺乏大宗病例的长期随访结果，故应慎重选择。

2.恢复期治疗 脑血栓形成的恢复期指病人的神经系统症状和体征不再加重，并发症得到控制，生命体征稳定。恢复期治疗的主要目的是促进神经功能恢复。康复治疗 and 护理应贯穿于起病至恢复期的全程，要求病人、医护人员、家属均应积极参与，系统地为客户进行肢体运动和语言功能的康复训练。

【健康指导】

1.疾病知识和康复指导 应指导病人和家属了解本病的基本病因、主要危险因素和危害，告知本病的早期症状和就诊时机，掌握本病的康复治疗知识与自我护理方法，帮助分析和消除不利于疾病康复的因素，落实康复计划。偏瘫康复和语言康复都需要较长的时间，致残率较高，而且容易复发。应鼓励病人树立信心，克服急于求成心理，循序渐进，坚持锻炼。康复过程中应经常和康复治疗师联系，以便及时调整训练方案。家属应关心体贴病人，给予精神支持和生活照顾，但要避免养成病人的依赖心理，鼓励和督促病人坚持锻炼，增强自我照顾的能力。

2.心理指导：脑卒中后因为大脑左半球受损可以导致抑郁，加之由于沟通障碍，肢体功能恢复的过程很长，速度较慢，日常生活依赖他人照顾等原因，如果缺少家庭和社会支持，病人发生焦虑、抑郁的可能性会加大，而焦虑与抑郁情绪阻碍了病人的有效康复，从而严重影响病人的生活质量，因此应重视对精神情绪变化的监控，提高对抑郁、焦虑状态的认识，及时发现病人的心理问题，进行针对性心理治疗(解释、安慰、鼓励、保证等)，以消除病人思想顾虑，稳定情绪，增强战胜疾病的信心。

3.饮食指导 进食高蛋白、低盐、低脂、低热量的清淡饮食，改变不良饮食习惯，多吃新鲜蔬菜、水果、谷类、鱼类和豆类，使能量的摄入和需要达到平衡，戒烟、限酒。

4.日常生活指导 ①改变不良生活方式，适当运动(如慢跑、散步等，每天30min以上)，合理休息和娱乐，多参加朋友聚会和一些有益的社会活动，日常生活不要依赖家人，尽量做力所能及的家务等。②病人起床、起坐或低头系鞋带等体位变换时动作宜缓慢，转头不宜过猛过急，洗澡时间不宜过长，平日外出时有人陪伴，防止跌倒。③气候变化时注意保暖，防止感冒。

【护理】

1.用药护理：脑血栓病人常联合应用溶栓、抗凝、血管扩张药及脑代谢活化剂等治疗，护士应耐心解释各类药物的作用、不良反应及使用注意事项，指导病人遵医嘱正确用药。

2.防止窒息：进食前应注意休息，因为疲劳有可能增加误吸的危险；注意保持进餐环境的安静、舒适，告诉病人进餐时不要讲话，减少进餐时环境中分散注意力的干

扰因素,如关闭电视、收音机,停止护理活动等;水、茶等稀薄液体最容易导致误吸,吞咽困难的病人不能使用吸水管,因为吸水管饮水需要比较复杂的口腔肌肉功能,如果用杯子饮水,杯中的水至少应保留半杯,因为水过少时,病人需要低头饮水的体位会增加误吸的危险;床旁备吸引装置,如果病人呛咳、误吸或呕吐,应立即让病人取头侧位,及时清理口鼻分泌物和呕吐物,保持呼吸道通畅,预防窒息和吸入性肺炎。

【脑出血】

脑出血(intracerebral hemorrhage, ICH)系指原发性非外伤性脑实质内出血,占急性脑血管病的20%~30%。年发病率为(60~80)/10万人口,急性期病死率为30%~40%。在脑出血中大脑半球出血占80%,脑干和小脑出血占20%。

【实验室及其他检查】

1.血液检查 可有白细胞计数增高,超过 $10 \times 10^9/L$ 者占60%~80%,重症脑出血急性期白细胞可增高至 $(15 \sim 20) \times 10^9/L$;血液尿素氮和血糖升高。

2.影像学检查 头部CT、MRI检查可早期发现脑出血的部位、范围和出血量,对多灶性脑出血以及脑出血合并脑梗死诊断明确,可鉴别脑梗死和脑肿瘤,并可检出同时存在的脑水肿和脑移位。对于中青年非高血压性脑出血或CT、MRI检查怀疑有血管异常时可进行DSA检查,可清晰显示异常血管、造影剂外漏的破裂血管和部位。

3.腰椎穿刺检查 脑脊液压力常增高,多为血性脑脊液。重症脑出血根据临床表现可确定诊断者,不宜行腰穿检查,以免诱发脑疝。

【诊断要点】

50岁以上有高血压病史者,在情绪激动或体力活动时突然发病,迅速出现不同程度的意识障碍及颅内压增高症状,伴偏瘫、失语等体征,应考虑本病。CT等检查可明确诊断。

【治疗要点】

脑出血急性期治疗的主要原则是:防止再出血、控制脑水肿、维持生命功能和防治并发症。

1.一般治疗 卧床休息,保持呼吸道通畅,吸氧,鼻饲,预防感染等。

2.调控血压 急性期脑出血病人的血压一般比平时高,是由于脑出血后颅内压增高,为保证脑组织供血的代偿性反应。当颅内压下降时血压也随之下降。因此,脑出血急性期一般不应用降压药物降血压。当收缩压超过200mmHg或舒张压超过110mmHg时,可适当给予作用温和的降压药物如硫酸镁等。急性期后,血压仍持续过高时可系统地应用降压药。

3.控制脑水肿 脑出血后,由于脑实质内突然出现了血肿的占位效应,引起脑室受压,中线结构移位,颅内压急剧增高时,可出现脑疝,危及生命。因此,控制脑水肿,降低颅内压是脑出血急性期处理的一个重要环节。可选用:①20%甘露醇125~250ml,快速静滴,3~4次/天;②病情比较平稳时可用甘油果糖250ml静滴,1~2次/天。③呋塞米20~40mg肌注或缓慢静注,1~2次/天。

4.止血药和凝血药 仅用于并发消化道出血或有凝血障碍时,常用药物有6-氨基己

酸、对羧基苄胺、氨甲环酸、酚磺乙胺、仙鹤草素等。应激性溃疡导致消化道出血时，西咪替丁、奥美拉唑等静滴，对预防和控制消化道出血有较好效果。

5.手术治疗 对大脑半球出血量在 30ml 以上和小脑出血量在 10ml 以上，均可考虑手术治疗，开颅清除血肿，对破入脑室者可行脑室穿刺引流。经皮颅骨钻孔，血肿穿刺抽吸亦为可行治疗方法。

6.早期康复治疗 脑出血病情稳定后宜尽早进行康复治疗，见本章“运动障碍”的护理。有条件的医院应建立卒中单元(stroke unit, SU)，卒中病人均应收入 SU 治疗。SU 是指改善住院卒中病人的医疗管理模式，专为卒中病人提供药物治疗、肢体康复、语言训练、心理康复和健康指导、提高疗效的组织系统。卒中单元的核心工作人员包括医师、专科护士、物理治疗师、职业治疗师、语言训练师和社会工作者。将卒中的急救、治疗、护理及康复有机地融为一体，使病人得到及时、规范的诊断和治疗，有效降低病死率和致残率，改善病人的预后，提高生活质量，缩短住院时间和减少医疗费用，有利于出院后的管理和社区治疗与康复。

【健康指导】

1.心理指导：告知病人和家属上消化道出血的原因。上消化道出血是急性脑血管病的常见并发症，主要是因为病变导致下丘脑功能紊乱，继而引起胃肠黏膜血流量减少，胃、十二指肠黏膜出血性糜烂，点状出血和急性溃疡所致。应安慰病人，消除其紧张情绪；创造安静舒适的环境，保证病人休息。

2.饮食指导：遵医嘱禁食，或给予清淡、易消化、无刺激性、营养丰富的流质饮食，注意少量多餐和温度适宜，防止损伤胃黏膜。

3.用药指导：遵医嘱给予保护胃黏膜和止血的药物，如雷尼替丁、吉胃乐凝胶、巴曲酶、奥美拉唑等，并密切观察用药后反应。

4.避免诱因 脑出血的常见病因为高血压并发动脉硬化和颅内动脉瘤，而脑出血的发病大多因用力和情绪改变等外加因素使血压骤然升高所致，应指导病人尽量避免使血压骤然升高的各种因素。如保持情绪稳定和心态平衡，避免过分喜悦、愤怒、焦虑、恐惧、悲伤等不良心理和惊吓等刺激；建立健康的生活方式，保证充足睡眠，适当运动，避免体力或脑力的过度劳累和突然用力过猛；养成定时排便的习惯，保持大便通畅，避免用力排便；戒烟酒。

【护理】

1.休息与安全：急性期绝对卧床休息 2~4 周，抬高床头 15°~30°，以减轻脑水肿；谵妄、躁动病人加保护性床栏，必要时给予约束带适当约束；保持环境安静、安全，严格限制探视，避免各种刺激，各项治疗护理操作应集中进行。

2.生活护理：给予高蛋白、高维生素的清淡饮食；昏迷或有吞咽障碍者，发病第 2~3 天应遵医嘱胃管鼻饲。做好口腔护理、皮肤护理和大小便护理，每天床上擦浴 1~2 次，每 2~3 小时应协助变换体位 1 次，注意保持床单整洁、干燥，有条件应使用气垫床或自动减压床，以预防压疮。发病后头 24~48h 在变换体位时应尽量减少头部的摆动幅度，以防加重出血。保持肢体功能位置，指导和协助肢体被动运动，预防关节僵硬和肢体挛缩畸形。