

神经精神性系统性红斑狼疮的观察和护理

邢香芹¹, 邝秀丽²

[关键词] 红斑狼疮, 系统性; 神经病学表现 / 诊断; 护理

[中国图书资料分类法分类号] R 593.241; R 741.041

[文献标识码] B

系统性红斑狼疮 (systemic lupus erythematosus, SLE) 是一种自身免疫性疾病, 病因尚不明确, 病程长, 易复发, 目前尚无法治愈, 其病死率较高^[1]。有 25% 的患者累及中枢神经系统, 尤以脑多见, 称之为神经精神性狼疮 (neuropsychiatric lupus erythematosus, NPLE), 是 SLE 主要死因之一^[2]。患者表现头痛、呕吐、偏瘫、癫痫、意识障碍, 或为幻觉、妄想、猜疑等各种精神障碍症状。神经精神狼疮患者处于疾病活动期, 病情重, 预后差, 病死率高, 易留后遗症。及时的治疗和详细的病情观察, 良好的护理, 有利于病情的控制和逆转, 改善预后, 减少后遗症。2002~2004年, 我院共收治 19例 NPLE患者, 现将病情观察和护理作一报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 19例, 男 2例, 女 17例; 年龄 18~25岁。病程 4~156个月。临床表现有 15例出现癫痫发作, 6例出现胡言乱语、妄想等精神症状, 3例出现脑血管意外, 6例伴狼疮头痛。

1.2 诊断标准 所有病例均符合美国风湿病学会 1982年的 SLE分类标准, 经腰椎穿刺脑脊液、影像学等检查排除其他原因引起的神经精神症状。

1.3 治疗 患者烦躁不安或抽搐时, 予苯巴比妥或地西洋镇静; 给甘油果糖以降低颅内压, 并给其它脑细胞营养药; 大剂量甲泼尼龙加环磷酰胺冲击治疗; 丙种球蛋白 5~10 g 连用 3~5天; 予抗生素抗感染, 加强支持治疗。

1.4 结果 治疗后, 好转出院 15例, 自动出院 3例, 病死 1例, 住院 2~22天。

2 护理

2.1 密切观察病情变化 (1)密切观察患者的精神状态: 癫痫是 SLE侵犯中枢神经系统最常见的并发症, 发病率 5%~57%。患者抽搐时应去枕平卧, 头偏向一侧, 保持呼吸道通畅, 避免分泌物吸入引起窒息, 用压舌板或牙垫放入口腔, 防止舌咬伤。及时给予镇静剂应用, 关好门窗, 减少探视, 保持病室安静; 精神障碍者设专人守护, 密切观察患者的情绪行为变化, 早期发现患者异常行为倾向, 采取适当方法, 有效防止意外的发生, 特别注意夜间的观察和巡视。避免一切可诱发癫痫的不良刺激, 使患者在安静舒适的环境中接受治疗。(2)密切观察患者生命体征的变化: 高热是 SLE主要临床表现之一, 如体温高于 39℃给予物理降温 (温水擦浴、冰袋降温等)。慎用解热镇痛药, 以免抑制骨髓。嘱患者卧床休息,

必要时予吸氧, 定时测量体温、脉搏、呼吸、血压并记录, 发现异常及时通知医师处理。(3)监测出入量: SLE患者有肾脏损害, 易发生脱水或水肿, 故监测出入量对了解病情、指导用药极为重要。应指导患者及家属准确记录饮水液量、补液量、尿量, 对神志不清、小便失禁者, 可留置尿管, 记录 24h 出入量, 及时向医师反映。(4)观察药物的反应: 患者应在医师指导下用药, 大剂量甲泼尼龙短时快速静脉滴注时, 可有反应性关节炎, 甚至因心律失常死亡, 静脉应用时应注意调节滴速, 观察副作用; 环磷酰胺如渗入皮下可引起局部皮肤坏死, 应确保针头在血管内方可缓慢注药, 注射完毕, 先抽少量回血再拔针头, 嘱多饮水, 以减少药物副作用, 防止出血性膀胱炎。

2.2 心理护理 NPLE病情重, 病程长, 易复发, 患者往往对治疗缺乏信心, 易产生焦虑、孤独、抑郁、恐惧、消极等心理, 不良的心理又会加重病情形成恶性循环。因此, 要关心体贴患者, 耐心倾听患者和家属诉说心理活动和病情, 并给予详细的解释, 介绍成功的病例, 反复强调只要配合治疗, 该病是可以缓解的。同时要尽可能的帮助患者家属缓解心理压力, 积极配合治疗, 给患者更好的社会支持。

2.3 预防各种感染 大量用药后机体抵抗力下降, 易发生各种感染^[3]。病房应每天开窗通风, 保持空气流通, 每天 2次多功能动态杀菌机空气消毒, 地面消毒液擦拭。注意患者口腔卫生, 神志不清者每天 2次口腔护理, 观察口腔黏膜情况, 有溃疡者用金霉素甘油涂抹创面, 大量用抗生素者易发生霉菌感染, 给予 1.4%碳酸氢钠漱口。保持皮肤清洁干燥, 勤换内衣, 注意会阴部和皮肤皱褶处的清洁, 大便后清洗肛周, 并涂油保护, 忌用碱性肥皂。

2.4 饮食护理 给予高营养易消化饮食, 鼓励患者进食, 以增加营养, 增强患者抵抗力, 嘱患者多吃水果蔬菜, 多饮水以保持大便通畅。大剂量激素的应用, 易导致低钾低钙的发生, 应给予高钾高钙的饮食, 如瘦肉、骨头汤、橘子水等, 肾功能不全者应限制钠盐的摄入。

2.5 做好出院指导 SLE是一种慢性病, 病程长, 易复发, 院外坚持治疗尤为重要。嘱患者遵医嘱按时服药, 不可擅自增减药量或停药, 定期门诊复诊, 避免一切诱发疾病的因素, 如日光曝晒、感染等, 女性患者应注意避孕。告知家属密切观察情绪行为的变化, 如有异常及时就医。

3 讨论

NPLE在 20世纪 90年代前病死率高达 50%, 近几年国内外报道, 抢救成功率达 90%以上^[4]。正确及时地处理癫痫发作, 正规合理的临床治疗、合理的护理是 NPLE抢救成功的关键。在治疗护理的过程中, 护士首先对 NPLE有全面的了解, 密切观察病情变化, 及时发现异常情况, 加强医护合

[收稿日期] 2005-09-12

[作者单位] 1 蚌埠医学院附属医院 风湿病科, 安徽 蚌埠 233004;

2 安徽省蚌埠市妇幼保健院 儿科, 233000

[作者简介] 邢香芹 (1976-), 女, 护师。

作,保证医嘱的及时正确执行。同时要耐心细致地做好家属思想工作,增强治疗信心。本组3例因家属丧失了治疗的信心自动出院,最终丧失了成功治疗的机会。NPLE治疗后,应对患者进行耐心细致的健康宣教,避免各种并发症,防止进一步的功能损害,使病情长期处于稳定状态,达到最佳治疗效果。

[参 考 文 献]

[1] 徐瑞莲.系统性红斑狼疮缓解期的健康指导[J].蚌埠医学院

学报, 2002, 27(2): 173-174

- [2] 许杰州, 黄林喜, 吴贤仁, 等. 神经精神狼疮的临床分型及其预后[J]. 中华风湿病学杂志, 2003, 7(11): 659-662
- [3] 孙友香, 孙友光. 甲基泼尼松龙冲击治疗狼疮脑病的护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2003, 9(2): 114-115
- [4] 李柳芳, 曾咏梅, 周宇麟, 等. 狼疮脑的临床观察与抢救护理[J]. 护士进修杂志, 2000, 15(6): 443-444

[文章编号] 1000-2200(2006)04-0438-01

。临床护理。

成年人麻疹 28例护理体会

陈 艳

[关键词] 麻疹; 成年人; 护理

[中国图书资料分类法分类号] R 511.1 [文献标识码] B

麻疹是由麻疹病毒引起的急性呼吸道传染病。我国自1965年开始普种麻疹减毒活疫苗后已控制了大流行,普种前98%患者为10岁以下儿童,普种后成年人麻疹发病率显著提升^[1]。2002年7月~2005年7月,我科共收治成人麻疹28例,现作报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男16例,女12例;年龄18~38岁。有明确接种史者10例,未接种或接种史不详者18例。

1.2 临床表现 28例患者均有发热,体温38~40.5℃。有Koplik斑者10例,咳嗽、咳痰20例,恶心、呕吐、腹泻10例,结膜充血、畏光、流泪18例。28例出疹顺序及形态典型。

1.3 并发症 并发支气管肺炎10例,肝功能损害8例,心肌损害5例。

1.4 治疗及转归 经抗感染、抗病毒、对症治疗,28例均痊愈出院,住院最长16天。

2 护理

2.1 心理护理 成年人麻疹病情重,皮疹多,患者担心皮疹遗留瘢痕影响容貌,担心传染给家人,易导致情绪不稳定,烦躁、失眠等。针对患者复杂的心理状态,护士应重视健康教育,与患者建立良好的护患关系,及时适时向患者宣教麻疹预后良好,皮疹退后不留瘢痕,使其消除恐惧心理,树立信心,积极配合治疗。

2.2 呼吸道隔离 应隔离至出疹后5天。将患者安置在单独病室,保持病室安静,空气流通,温度18~20℃。湿度50%~60%。由于怕光,室内置深色窗帘,每日紫外线消毒。应做好陪护者与探视人员的管理,易感者不接触患者。

2.3 高热护理 (1)成人麻疹一般体温高,持续时间长,指导患者绝对卧床休息,减少盖被,补充足量水分,但不做乙醇擦浴,也不宜用强退热剂,以免影响出疹。(2)密切观察体温变化,高热时4h测体温1次,并及时记录。

2.4 皮肤护理 出汗多时及时更换衣裤。指导患者选择棉

质内衣,禁用刺激性强的肥皂。剪短指甲,防抓破皮肤引起继发感染。瘙痒严重者外涂炉甘石洗剂或口服赛庚定等。

2.5 饮食护理 给予高热量,高维生素,高蛋白,易消化的半流质,少量多餐,注意水分的补充。忌生冷、油腻、辛辣等刺激性食物。疹出时用鲜藕、芦根、萝卜煎汤饮用,有清热解毒作用。

2.6 五官护理 保持眼部卫生,避免强光刺激。分泌物多者用生理盐水或2%硼酸溶液洗眼。咽部红肿或口腔溃疡者用生理盐水漱口后用西瓜霜喷涂。

2.7 并发肺炎的护理 保持呼吸道通畅,多饮水。协助患者翻身、拍背。鼓励咳痰,痰液黏稠者予雾化吸入或使用祛痰药^[2],及时送验痰标本。遵医嘱使用抗生素。定期摄胸片,必要时吸氧。

2.8 并发腹泻的护理 观察大便颜色、性状和量,严格记录出入量,防止脱水和电解质紊乱。腹泻严重者注意涂石蜡油保护肛周皮肤。

2.9 并发肝功能损害的护理 指导患者绝对卧床休息,保持情绪稳定。注意观察皮肤黏膜有无黄染,有无恶心、呕吐等症,及时检测肝功能。

2.10 并发心肌损害的护理 指导患者安静卧床,予心电监护。严格控制输液速度和总量,防止发生心衰。

3 讨论

计划免疫麻疹减毒活疫苗的普种,基本控制了麻疹的发病。但近年来成年人麻疹的发病率升高,可能与城市人口流动性大,有少数人未接受计划免疫,或是由于接种时间过长,体内抗体滴度下降导致易感者增多等原因有关。成年人麻疹具有体温高,持续时间长,全身中毒症状重,皮疹密集且消退慢等特征。应严格执行消毒隔离措施,加强高热及皮肤护理,预防并发症。重视健康教育,做好心理护理。对既往未接种疫苗或接种时间过长者在麻疹流行期间应考虑接种或复种,并重视自身防护。

[参 考 文 献]

- [1] 陈灏珠.实用内科学[M].第11版.北京:人民卫生出版社,2001:345-346
- [2] 刘素彦,阎秀华.雾化吸入的护理进展[J].实用护理杂志,2002,18(5):58-59

[收稿日期] 2005-10-10

[作者单位] 江苏省江都市人民医院 感染性疾病科, 225200

[作者简介] 陈 艳 (1976-), 女, 护士。