

系统性硬化症护理查房





【病历汇报】

- **病情** 患者男性，64岁，因指（趾）端遇冷变紫4年，皮肤变硬、双手肿胀2年，气促、水肿半月，吞咽困难伴纳差、乏力3天入院。患者于4年前无明显诱因出现双手指及双足趾遇冷后变白变紫，遇热后缓解，未予以重视，后出现颜面部、双手、双上肢前臂、双下肢小腿以下皮肤增厚、变紧、变硬。就诊于当地皮肤科，查抗核抗体（ANA）1:100，皮肤活检“符合硬皮病表现”，诊断为“系统性硬化症”，给予丹参片、青霉胺、泼尼松等药物治疗，疗效不明显，后服用中草药治疗，病情仍不稳定。半月前出现活动后气促、四肢水肿，近3天出现吞咽困难、进食少量、乏力入院。既往体健。

- **护理体查** T36.8℃，P109次/分，R20次/分，BP142/82mmHg。神志清楚，体查合作，慢性病容，颜面部、双手、双上肢前臂、双下肢小腿以下皮肤变硬，全身浅表淋巴结不大。全身皮肤、巩膜无黄染，面部可见多出毛细血管扩张影，口唇无发绀，口周可见皮肤皱褶，张口稍受限，咽不红，扁桃体不大。颈软，颈静脉充盈，气管居中，甲状腺不大。双肺叩诊呈清音，双肺下可闻及少量捻发音，无胸膜摩擦音。心律齐，无杂音，无心包摩擦音。腹平软，无明显压痛及反跳痛，肝、脾肋下未扪及，移动性浊音阴性，肾区无叩击痛，肠鸣音正常。双手及双足趾皮温降低、发白，伴有肿胀，双侧示、中指指尖可见溃疡后瘢痕，指垫变薄，双手中指变短，活动稍受限。四肢肌力肌张力正常，凯尔尼格征、巴宾斯基征阴性。

- **辅助检查** 血常规，WBC $12.7\times 10^9/L$ ，N $9.2\times 10^9/L$ ，余正常；尿常规及凝血常规正常；肝肾功能、电解质、血糖、血脂、淀粉酶示球蛋白29.3g/L、葡萄糖7.16mmol/L、TG2.19mmol/L，余正常；ANA1:320（颗粒型），抗Scl-70阳性；心电图示窦性心律、室性早搏、左心室肥大；肺部CT示双下肺网格状、磨玻璃状密度增高影，局部仍见多发条索灶、胸膜下线，局部小叶间隔仍增厚，双肺散在钙化灶及条索灶，双肺门及纵隔内多发淋巴结。
- **入院诊断** 系统性硬化症；肺间质病变并感染。

- **目前的主要治疗**
- **①心电监护，给氧（2L/min）。**
- **②留置胃管。**
- **③阿奇霉素抗感染，利巴韦林注射液抗病毒，泼尼松抗感染，乙酰半胱氨酸片改善肺间质病变，青霉胺片抗肺纤维化，阿司匹林肠溶片抗凝，骨化三醇胶囊及碳酸钙维生素D3片补钙，泮托拉唑注射液护胃，前列地尔注射液扩血管，布地奈德及复方异丙托溴铵雾化治疗。**



【护士长提问】

该患者诊断系统性硬化症的依据有哪些？诊断肺间质病变的依据有哪些？

- **答：64岁老年男性，有双手及双足雷诺现象4年，肢端皮肤变硬及双手肿胀2年，体查：颜面部、双手、双上肢前臂、双下肢小腿以下皮肤变硬，双手及双足趾皮温降低，发白，伴有肿胀，双侧示指、中指指尖可见溃疡后瘢痕，指垫变薄，末节指骨吸收，活动稍受限。ANA1:320（颗粒型），抗Scl-70阳性，所以诊断为系统性硬化症明确。**
- **肺部CT示双下肺网格状、磨玻璃状密度增高、局部仍见多发条索灶、胸膜下线，局部小叶间隔仍增厚，双肺散在钙化灶及条索灶，双肺门及纵隔内多发淋巴结，故诊断肺间质病变。**

该疾病的诊断与哪些疾病相鉴别？

- **答：（1）嗜酸粒细胞筋膜炎** 该多发于青年，剧烈活动可诱发，表现为四肢皮肤的肿胀、发紧，并伴有肌肉的压痛及肌无力，但不伴有雷诺现象，不侵犯内脏，抗核抗体阴性，血嗜酸粒细胞可增高，皮肤活检约有50%伴有嗜酸粒细胞浸润，故不支持此病。
- **（2）混合性结缔组织病** 患者虽有雷诺现象、关节痛、手肿胀，患者病史不除外，但是抗核糖核蛋白抗体（抗RNP）阳性，故不支持此病。

除了肌肉、骨骼、关节及肺部表现外系统性硬化症还有哪些系统的表现？

- **答：（1）消化系统** 是最易累及的系统，也是系统性硬化病（SSc）患者死亡的重要原因，可累及口腔、食管、胃肠道。
- **（2）心脏表现** 心肌和心包都可受累，可出现心包积液。
- **（3）肾脏受累** 硬皮病肾危象表现为恶性高血压和进行性肾功能不全，可出现微血管病性溶血性贫血、弥散性血管内凝血和血小板减少，也可发生高血压、蛋白尿、氮质血症等。
- **（4）其他症状** 包括神经系统症状、干燥症状、抑郁、性功能减退、甲状腺功能低下、自发流产等。

患者首优的护理问题及措施是什么？

- 答：首优的护理问题是呼吸困难，与肺间质病变有关。
- 护理措施如下。
- ①积极预防感染，予以抗生素治疗。
- ②饮食清淡、易消化、高热量、高蛋白饮食，少量多餐。
- ③给予低流量吸氧治疗，保持呼吸道通畅。
- ④加强患者心理护理，让患者保持最佳心理状态接受治疗和护理。

患者留置胃管注食应注意哪些护理措施？

- 答：①留置胃管鼻饲注入饮食给予营养支持，保持胃管通畅，注食前必须确定胃管在胃内。
- ②注食前抬高床头 $30^{\circ} \sim 50^{\circ}$ ，注食前后用20~30ml温水润滑、冲洗胃管。
- ③鼻饲液温度 $38 \sim 40^{\circ}\text{C}$ ，量为每次250~350ml，首次注入要少量，后逐渐加大量，少食多餐。
- ④护理人员操作前后应洗手。餐具及用品应清洁消毒。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：
<https://d.book118.com/525313024200011140>