

内科护理

第七章 内分泌与代谢疾病病人的护理





第七章 内分泌与代谢疾病病人的护理

第七节 痛风病人的护理

主讲人：XXX



导入情景

病人，男性，48岁。下班后与朋友聚餐，午夜突然右脚第1跖趾关节剧痛，约3小时后局部出现的红肿、热、痛和活动困难，急诊入院。

辅助检查：血尿酸为500 $\mu\text{mol/L}$ ；X线提示：可见非特征性软组织肿胀。

护理体检：T 36.4℃，P 72次/分，R 16次/分，BP 124/76mmHg。

神志清楚，右脚第1跖趾关节剧痛及压痛明显。

临床诊断：痛风。





- 1.列出案例中病人的主要护理诊断/问题。
- 2.说出病人的饮食护理内容。
- 3.为病人家属进行用药指导。



学习目标

知识目标:

- 1.熟悉痛风病人的临床症状、护理措施。
- 2.了解痛风病人的病因与治疗要点。

能力目标:

- 1.能够熟练地为痛风病人进行饮食指导。

素质目标:

- 1.具有热爱病人的职业情感与良好的沟通能力，对病人认真负责。



重点难点



重点

- 痛风病人的身体状况、护理措施及健康教育。

难点

- 痛风病人的饮食指导。



- 痛风 (gout) 是一种单钠尿酸盐(monododium urate,MSU)沉积在关节所致的晶体相关性关节病, 其与嘌呤代谢紊乱和/或尿酸排泄减少所致的高尿酸血症直接相关。除关节损害, 痛风患者亦可伴发肾脏病变及其他代谢综合征的表现, 如高脂血症、高血压、糖尿病、冠心病等。



痛风可分为原发性和继发性。原发性痛风属多基因遗传性疾病，多有阳性家族史，由先天性腺嘌呤代谢异常引起。继发性痛风可由肾病、血液病、药物及高嘌呤食物等多种原因引起。临床以原发性痛风占绝大多数。

1.高尿酸血症形成 高尿酸血症是痛风发作的重要基础，导致高尿酸血症的原因：①尿酸排泄减少或障碍；②尿酸生成增多。

2.痛风发生 当血尿酸浓度过高或在酸性环境下,尿酸可析出尿酸盐结晶,沉积在骨关节、肾脏和皮下组织等处,造成组织病理学改变,导致痛风性关节炎、痛风性肾病和痛风石等。





(一) 健康史

- 询问病人的年龄、性别；
- 了解病人是否患有肥胖、高血压、高脂血症、糖尿病及血液病等；
- 有无痛风阳性家族史；
- 有无不良生活习惯及过度活动或疲劳等；
- 有无手术、感染；
- 有无进食高嘌呤食物等。

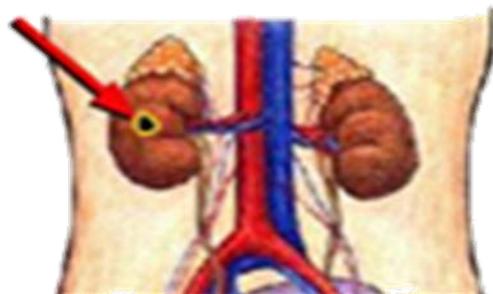


(二) 身体状况

1.发病情况 临床多见于40岁以上男性，女性多在更年期后发病，近年发病有年轻化趋势。

2.临床症状与体征

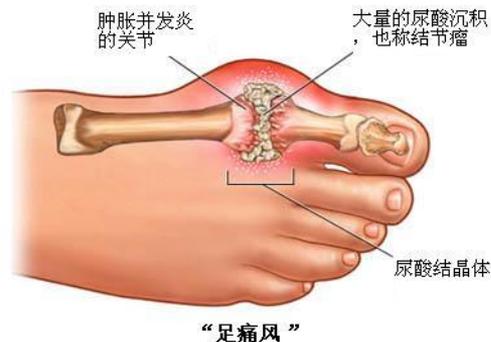
- (1) 无症状期
- (2) 急性痛风性关节炎及间歇期
- (3) 痛风石及慢性关节炎期
- (4) 肾病变期



(二) 身体状况

临床表现-- 2.急性痛风性关节炎及间歇期

- 急性痛风性关节炎为痛风的首发症状。
- 多在午夜或清晨突然起病，多呈剧痛，数小时内出现受累关节的红、肿、热、痛和功能障碍。
- 单侧跖趾及第1跖趾关节最常见，其余依次为踝、膝、腕、指、肘，可有关节腔积液伴发热。



(二) 身体状况

临床表现-- 3.痛风石及慢性关节炎期

- 痛风石是痛风的特征性临床表现。
- 典型部位在耳廓。





(三)心理-社会状况

由于疼痛而影响进食和睡眠，疾病反复长期发作导致关节畸形和功能障碍、肾功能损害，病人思想负担重，容易出现情绪低落、焦虑、抑郁等心理反应。





(四) 辅助检查

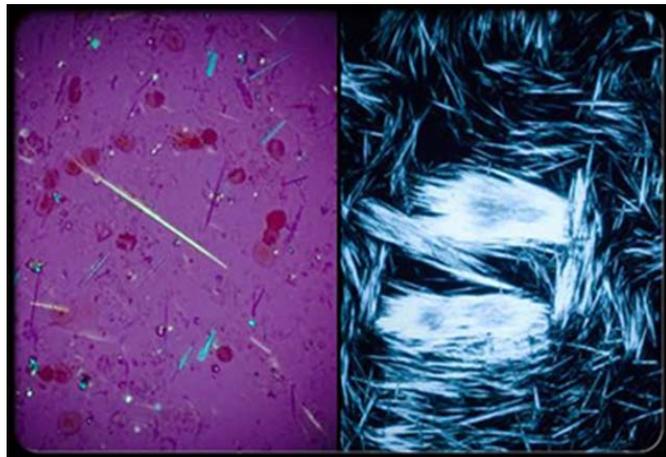
- 1.血尿酸测定 男性或绝经后女性血尿酸 $>420\text{mol/L/L}$ (7.0mg/dl), 绝经前女性 $>350\text{mol/L}$ (5.8mg/dl), 可确定高尿酸血症。
- 2.尿尿酸测定 限制嘌呤饮食5日后, 每日尿酸排出量 $>3.57\text{mmol/L}$ (600mg), 可认为尿酸生成增多。



(四) 辅助检查

3.滑囊液或痛风石内容物检查 偏振光显微镜下可见双折光现象的针形尿酸盐结晶，是本病的确诊依据。

4.影像学检查 关节超声检查、X线检查、CT检查、MRI检查、关节镜检查等均有助于发现骨、关节等相关病变或结石影。



(五) 治疗要点

1. 一般治疗

- (1) 控制饮食总热量，适当运动，防止超重、肥胖；
- (2) 限酒禁烟；
- (3) 限制高嘌呤食物，如心、肝、肾等动物内脏的摄入；
- (4) 多饮水每天2000ml以上，增加尿酸的排泄；
- (5) 慎用抑制尿酸排泄的药物如噻嗪类利尿药等；
- (6) 避免各种诱发因素和积极治疗相关疾病。





(五) 治疗要点

2. 高尿酸血症的治疗

- (1) 肾功能良好的病人，应用排尿酸药，用药期间应多饮水，并服碳酸氢钠 3~6g/d。
- (2) 尿酸生成过多或不适合使用排尿酸药物的病人，可应用抑制尿酸生成药物如别嘌醇，与排尿酸药合用效果更好。
- (3) **应用碱性药物，可碱化尿液。**



(五) 治疗要点

3.急性痛风关节炎期的治疗

(1) 非甾体类抗炎药：可有效缓解急性痛风关节炎症状，常用药物为吲哚美辛、双氯芬酸、依托考昔等。

(2) 秋水仙碱：小剂量秋水仙碱（1.5mg/d）有效，且不良反应少，在48小时内使用效果更好。

(3) 糖皮质激素：用于NSAIDs、秋水仙碱治疗无效或禁忌、肾功能不全者。





(五) 治疗要点

4. 发作间歇期和慢性期的治疗

对急性痛风性关节炎频繁发作(>2次/年), 有慢性痛风性关节炎或痛风石的病人, 应行降尿酸治疗。





常见护理诊断/问题



- 1.疼痛：关节痛 与尿酸盐结晶沉积在关节引起炎症反应有关。
- 2.躯体活动障碍 与关节受累、关节畸形有关。
- 3.知识缺乏：缺乏与高尿酸血症和痛风有关的饮食知识。





护理目标



- 1.病人的疼痛减轻或消失。
- 2.病人的关节功能恢复。
- 3.病人能复述痛风相关的饮食知识。



一、一般护理

1. 休息与活动 病人急性关节炎期，应绝对卧床休息，抬高患肢，避免受累关节负重。

2. 饮食护理 ①严格控制总热量，尤其是肥胖病人。②避免进食高嘌呤食物。③进食碱性食物。④鼓励多饮水，每天饮水量达2000ml以上。



二、病情观察

- 观察疼痛的部位、性质及间隔时间，有无午夜因剧痛而醒等；观察病人受累关节有无红、肿、热和功能障碍；
- 了解病人有无过度疲劳、紧张、潮湿、寒冷、饮酒、饱餐或食用高嘌呤食物、脚扭伤等诱发因素；
- 观察病人痛风石的部位、相应症状及局部皮肤变化等，如有局部皮肤破溃情况，要注意局部有无感染，加强局部清洁护理，防止感染发生；
- 观察病人的体温变化，有无发热等；监测尿酸变化。



三、用药护理

药物不良反应及注意事项

- ①**秋水仙碱**一般口服,常有胃肠道反应。若病人出现恶心、呕吐、水样腹泻等严重胃肠道反应,应立即停药。
- ②**苯溴马隆**等可有皮疹、发热、胃肠道反应等不良反应。使用期间,嘱病人多饮水、口服碳酸氢钠等碱性药。
- ③**别嘌醇**除有皮疹、发热、胃肠道反应外,还有肝损害、骨髓抑制等不良反应;应从小剂量开始用药,用药期间定期检查血常规及肝肾功能;肾功能不全者,宜减量应用。
- ④应用 **NSAIDs** 时,注意观察有无活动性消化性溃疡或消化道出血发生。
- ⑤使用**糖皮质激素**时,应观察其疗效,密切注意有无症状的“反跳”现象。





四、对症护理

1.疼痛护理 手、腕或肘关节受累时，为减轻疼痛，可用夹板固定制动，也可在受累关节给予湿敷，发病24小时内可使用冰敷或25%硫酸镁湿敷，减少局部炎性渗出，消除关节的肿胀和疼痛。24小时后可使用热敷，促进局部组织渗出物的吸收。

2.皮肤护理 注意保护痛风石局部菲薄皮肤处，保持清洁，避免摩擦、损伤，防止溃疡发生。





五、心理护理

- 应鼓励病人表达并注意倾听其心理感受，给予精神安慰和心理疏导，讲述治疗成功病例，以鼓励和开导病人，增强治疗的信心；
- 鼓励家属给予病人情感支持，指导病人在家属的参与帮助下，从事力所能及的活动或工作。





六、健康教育

- 1.生活指导 教育病人生活要有规律；指导病人严格控制饮食，避免进食高蛋白和高嘌呤的食物，忌饮酒，每天至少饮水2000ml；指导病人自我观察病情；定期复查血尿酸，门诊随访。
- 2.运动指导 鼓励病人适度运动，掌握保护关节的技巧及注意事项。
- 3.疾病知识指导 告知病人和家属讲解本病是终身性疾病，但经积极有效治疗，病人可以正常生活和工作。

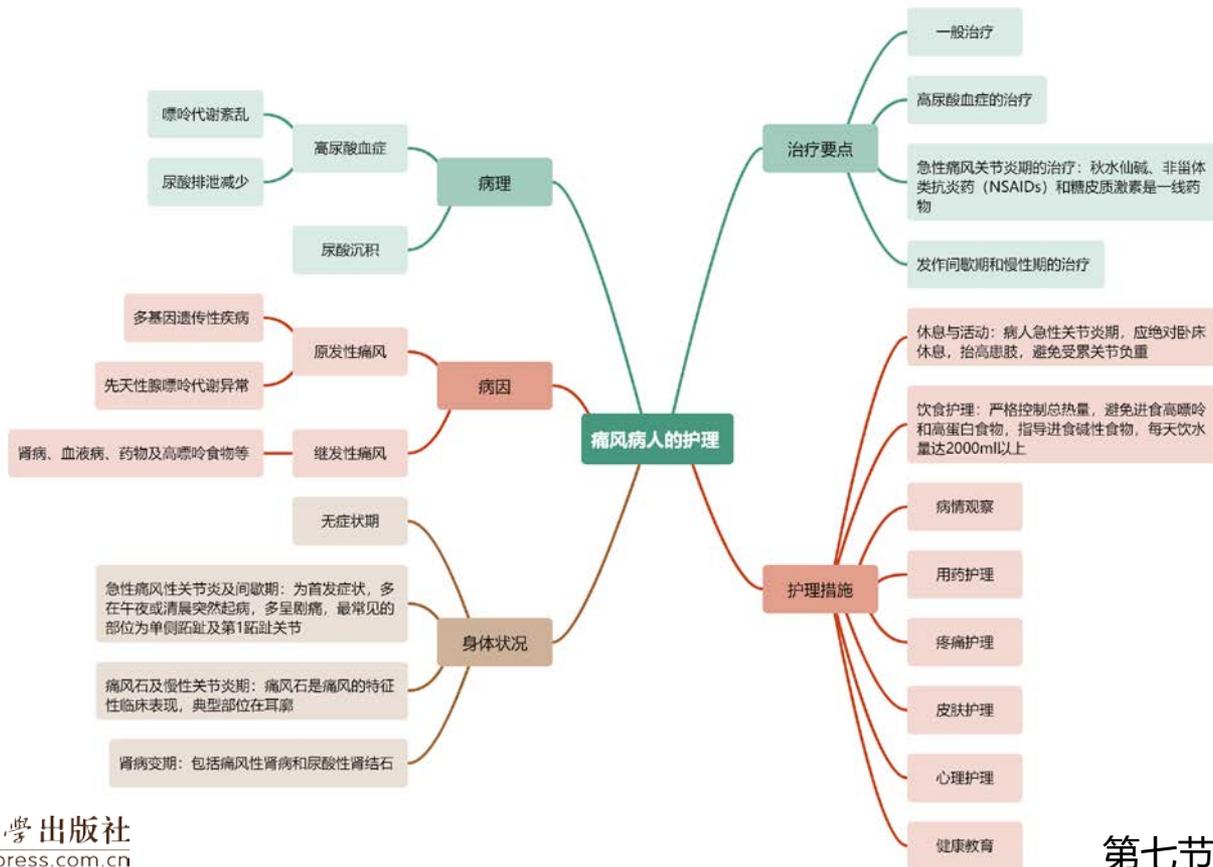


护理评价

- 病人疼痛是否减轻或消失；
- 病人关节功能是否恢复；
- 病人能否复述与痛风相关的饮食知识。



小结





谢谢观看

