

1 例全身型重症肌无力合并脑梗塞患者的多学科协作护理*

肖群,刘睿,刘朝晖

(空军军医大学唐都医院康复医学科,陕西西安,710038)

[关键词] 重症肌无力;脑梗塞;康复护理;多学科协作

[中图分类号] R47 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8283(2018)01-0078-04 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2018.01.016

Interdisciplinary nursing of one patient with myasthenia gravis complicated with cerebral infarction

Xiao Qun, Liu Rui, Liu Zhaohui//Modern Clinical Nursing, -2018, 17(1):78.

(Department of Rehabilitation, Tangdu Hospital, the Medical University of Air Forces, Xi'an, 710038, China)

[Key words] myasthenia gravis; cerebral infarction; rehabilitation nursing; multidisciplinary nursing

重症肌无力(myasthenia gravis, MG)临床主要表现为部分或全身骨骼肌无力和易疲劳,为自身免疫性疾病。文献报道^[1],MG平均发病率约7.4/(10万人/年),其中女性占7.14/(10万人/年)。MG患者风险高,严重时可危及生命,而脑梗塞则是一个多危险因素的神经疾病,致残率高。MG与脑梗塞疾病合并的危重症护理共存较为少见^[2]。本科室2016年9月收治1例重症肌无力合并脑梗塞患者,经神经内科、内分泌科、皮肤科、营养科等多学科诊疗团队(multi-disciplinary team, MDT)^[3]进行联合治疗和护理,患者症状得到较大改善,康复出院,现将方法和结果报道如下。

1 病例介绍

患者女,50岁,因言语含混1年半,呼吸困难2月余2016年7月24日以重症肌无力收入本院ICU。患者既往高血压病史2年,口服降压药不规律,对磺胺、青霉素过敏;有阑尾炎手术和胆囊手术史,体重下降约10kg。患者呼吸困难、端坐呼吸、

眼睑下垂、言语含混、吞咽困难及饮水呛咳,伴全身乏力症状,行新斯的明试验阳性,头颅CT提示左侧顶叶、半卵圆中心低密度阴影。给予患者急行气管切开术及呼吸机辅助呼吸,丙种球蛋白、抗胆碱、营养神经、改善循环等支持对症治疗。2周后患者在ICU脱离呼吸机于9月1日以重症肌无力、脑梗塞和双肺感染转入本科室。入科时患者留置胃管、尿管、塑料气管套管;不能言语,痰液黏稠、不易咳出;背部和双手腕皮疹及散在皮肤剥脱,肛周皮肤红疹。康复评定右侧肢体肌力0级,Ashworth肌张力1+级,右侧巴彬斯基阳性,日常生活自理能力(activities of daily living, ADL)评分0分^[4]。9月2日患者白蛋白和血糖异常,诊断为蛋白质-能量轻度营养不良和内分泌科诊断为糖尿病,给予营养液鼻饲补充维持机体所需能量,并控制血糖在正常范围。9月16日反复发热,最高体温39℃,予以镜下吸痰、抗感染治疗。9月20日患者感染控制,体温恢复正常。患者住院2个月后右上肢肌力Ⅱ级,右下肢肌力Ⅳ级,经口进食、饮水,可与人言语交流,ADL评分^[4]65分,于10月28日出院。出院3个月后随访,能按时服药,每日坚持锻炼,自我护理技能熟练,可借助轮椅进行部分日常生活,康复效果较满意。

2 护理

由于该患者病情危重,且既往有高血压病史,

[基金项目] *本课题为陕西省社会发展科技攻关项目,项目编号为2016SF-132。

[收稿日期] 2017-09-21

[作者简介] 肖群(1989-),女,陕西西安人,护师,康复治疗师,本科,主要从事康复治疗护理工作。

[通信作者] 刘睿,副主任医师,副教授,博士,E-mail:speciallr@163.com。

因此康复治疗护理采取 MDT 形式,即由医师、护师等多学科人员构成,其中护师团队包括专科护士、营养师、心理治疗师、静脉血栓栓塞 (venous thromboembolism, VTE) 防治人员等具有资质的医护人员,共同掌握患者护理要点、难点等情况,进行综合交流讨论,制订康复方案。

2.1 用药护理

该例患者有明确的脑梗塞及重症肌无力,医生向患者家属详细解释病情,使其了解康复治疗的必要性和潜在的治疗风险,在征得其书面同意开始治疗。针对脑卒中的治疗临床予以输注依达拉奉营养神经,血栓通改善循环等药物;经胃管注入硫酸氢氯吡格雷片抗血小板聚集、瑞舒伐他汀钙稳定斑块,做好脑卒中的二级预防。采用溴吡斯的明片抗胆碱酯酶药巩固治疗 MG,其作用是增强神经肌肉接头处生理性乙酰胆碱,选择性的阻止 AchE-RmRNA 的表达^[5]。由于 MG 患者肌无力呈波动性,利用抗胆碱酯酶药物的半衰期,将每次的剂量分 3 顿服用,中间穿插为患者训练缓解 MG 易疲劳性和康复训练体能的矛盾。成人起始剂量 60mg/次,半衰期约为 200min,作用 6~8h 后逐渐减效^[6],有效避免因过度劳累训练引发肌无力危象,累及心肌出现心跳停止,为介入康复治疗提供时机。

2.2 气道护理

该例患者入科第 5 天意识呈嗜睡状,吸气费力,口唇紫绀,心电监护示呼吸 35~40 次/分,血氧饱和度降至 60%,高度怀疑肌无力危象^[7],护士给予清理呼吸道后效果不佳,即告医生采取紧急救护措施。遵医嘱予以气囊辅助呼吸;甲基硫酸新斯的明 1mg 入 5%葡萄糖 500mL 缓慢静脉点滴;抽取动脉、静脉血标本送检。经半小时气囊辅助呼吸后,缺氧症状逐渐改善,血氧饱和度升至 88%。持续呼吸机辅助呼吸,同步间歇指令通气模式 (synchronized intermittent mandatory ventilation, SIMV) 潮气量 480mL,氧浓度 45%。定时监测气囊压力,控制在 27~32mmH₂O,次日患者意识清醒。该例患者肺部感染,反复发热,体温最高达 39℃。痰液黏稠,给予气管镜下吸痰,痰培养金色葡萄球菌,依照药敏实验遵药师的建议,予以头孢曲松 2.0g 静脉点滴 2 次/日抗感染治疗。护理中重点加强呼吸

管道维护,保证气道通畅。每日定时抬高床头 20~30°,翻身拍背 1 次/2h。按需无菌吸痰,吸痰前给予纯氧 2min,减轻胸闷不适感。患者于入科第 15 天脱离呼吸机,肺部感染痊愈,继续按照气管切开的常规进行相应的护理,并定时清洗、消毒内套管,气管内滴药化痰,套管口覆盖无菌盐水纱布合并氧气吸入,增加空气湿度,防止分泌物干结于内壁,造成气管套管阻塞。1 个月后堵管,且在堵管期间无呼吸困难等症状,成功拔除气管套管。

2.3 营养支持

该例患者鼻饲营养液血糖范围在 20~30mmol/L,白蛋白 30g/L,血红蛋白 80g/L,营养师结合病史考虑为蛋白质-能量轻度营养不良,建议每日补充所需能量 1200kcal,蛋白质 60g。待营养液减量至 800mL,添加乳清蛋白液 250mL (内含乳清蛋白 15g),分次加入营养液中,鼻饲注入分 6 次/日,可在主食中加入新鲜牛奶、水果汁或蔬菜汁等易消化食物,同时监测营养状况;次日测空腹血糖 18mmol/L,尿糖++++,随机血糖 21mmol/L,给予生理盐水 500mL+胰岛素 50U 以 15~20 滴/分静脉点滴,每小时降 4~6mmol/L,血糖降至 10mmol/L 左右停用,每日 3 餐前和 9:00pm 皮下注射诺和锐胰岛素 6 单位和甘精胰岛素 12 单位,以控制血糖正常范围。

2.4 皮肤护理

该例患者背部、双手腕皮疹和散在的皮肤剥脱及肛周皮肤红疹。请皮肤科会诊后考虑因患者病情需要长期卧床,皮损发生与患者局部浸渍有关,保持局部皮肤干燥,炉甘石洗剂适量外用 3 次/日,肛周红疹为肠道菌群失调致腹泻引起,遵医嘱经胃管注入复合乳酸菌胶囊 1 粒,3 次/日,联合复方谷氨酰胺颗粒 1 袋,3 次/日,勤翻身通风,保持其皮肤干燥,及时清理汗渍、尿液等。3d 后背部、双手腕皮疹和散在的皮肤剥脱及肛周皮肤红疹全部消退。

2.5 心理护理

心理师运用汉密尔顿抑郁量表^[8]对患者进行心理测评为 25 分,为重度抑郁。患者既往情绪低落,考虑有躯体化障碍,结合病史口服氟哌噻吨美利曲片 1 次/日。住院后周围环境改变产生陌生感,可能造成患者心理抑郁。与患者交流时,因其气管切开无法言语沟通,采用点头、眨眼、纸笔画板演

示等暗示方法,使患者产生信任感;严格控制患者心理应激源,避免心理冲击^[9];运用松弛疗法,即由心理师引导患者自己想象自己处在安静的环境下和轻装静坐闭目,心无杂念的放松全身每一部分肌肉进行缓慢的深呼吸,降低患者交感神经兴奋性,缓解其恐惧心理,树立战胜疾病的信心。10d后再次运用汉密尔顿抑郁量表评估患者为6分,结果提示正常。

2.6 康复训练

由康复护士做好患者急性早期康复护理,如良肢位的摆放、体位转换,预防肢体挛缩和畸形。由VTE护士进行下肢静脉血栓护理,做床旁被动运动,每日2次辅以空气压力波、低频脉冲电疗法等^[10],住院期间患者未有血栓形成。该例患者日常生活中伴有言语交流差,呼吸困难,肌痉挛容易形成废用性萎缩,自主吞咽能力弱等情况^[11]。针对这些护理问题,护士采用以下多种康复训练改善患者功能障碍。

2.6.1 言语训练 借助非言语交流(手势语、画板和交流板)与患者进行沟通,训练其唇、舌、下颌及面部肌群的力量及协调性,以提高自主言语能力^[12],每日8:30am开始,10分钟/次。18d后该例患者可以进行简单的组词组句,言语时间频次改为30分钟/次,出院时可与人正常沟通,但语速较慢。

2.6.2 呼吸训练 指导患者有氧呼吸锻炼,避免躯干问题影响该例患者的咳嗽反射、被动咳嗽等吞咽防御功能,调动患者参与呼吸的肋间肌、膈肌、腹肌力量提高呼吸肌耐力,稳定其呼吸频率,提升咳嗽排痰能力和心肺功能,缓解重症肌无力引起的呼吸困难症状^[13]。每日9:00am、15:00pm开始,每次20min,于2周后患者呼吸肌耐力恢复正常,停止呼吸康复训练。

2.6.3 运动训练 通过收缩-松弛训练和维持-松弛训练来输入该例患者的本体感觉,缓解肌痉挛,保持肌肉的生理长度和张力,预防肌肉废用性萎缩;适当进行关节被动伸张训练和摆动训练以维持关节的活动度,为恢复运动协调打下基础,帮助患者尽早进行站立架活动^[14]。同时将Bobath技术渗入其中,刺激患侧肌肉进行神经促通,增强患侧肌力,每日10:00am开始,40次/min,其中站立架活动为10min,出院时患者右上肢肌力Ⅱ级,右下

肢肌力Ⅲ级,ADL评分65分,生活基本自理。

2.6.4 吞咽训练 保持颈部放松,防止误咽,嘱患者做咀嚼动作,主动或被动做下颌张开-闭合动作(可发音),进行面、口舌部训练,用冷冻棉签蘸取少量饮用水,轻轻点压刺激软腭、舌根、咽后壁,嘱患者进行空咽动作练习,强化吞咽反射,多次反复训练诱发吞咽功能。随着患者吞咽功能的改善和身体机能的恢复,选择粘连而不易松散的食物做成稠糊状、冻结状、粥状,使食物通过咽和食管时容易变形,减少黏膜残留,保证身体所需营养。每日16:00pm开始,20次/分钟,1月后洼田饮水试验^[15],结果提示正常,可经口进食水。

3 小结

重症肌无力合并脑梗塞患者较为危重,MDT康复护理小组注重发挥重症护理特点,包括从气道管理、心理护理、营养支持、康复训练、深静脉血栓预防等不同角度提供专科护理,对患者进行整合康复治疗,优化护理流程,促进患者康复,重返家庭生活。

参考文献:

- [1] 李媛,楚兰,张艺凡.重症肌无力免疫学机制研究进展[J].中国神经免疫学和神经病学杂志,2015,22(3):209-214.
- [2] 王莉莉,张运,贺茂林,等.伴其他自身免疫性疾病的重症肌无力临床特点分析[J].中国现代神经疾病杂志,2014,14(10):873-877.
- [3] SKEIE G O, APOSTOLSKI S, EVOLI A, et al. Guidelines for treatment of autoimmune neuromuscular transmiss disorders[J]. Eur J Neurol, 2010, 17(7):893-902.
- [4] 乐碧芳,阎小慧,吴雪婷.临床护理路径在脑梗死患者中的应用[J].现代临床护理,2013,12(6):39-41.
- [5] 刘书平,李承晏.重症肌无力诊断与治疗最新进展[J].卒中与神经疾病,2015,43(3):188-192.
- [6] SKEIE G O, APOSTOLSKI S, EVOLI A, et al. Guidelines for treatment of autoimmune neuromuscular transmiss disorders[J]. Eur J Neurol, 2010, 17(7):893-902.
- [7] 杨云英,刘凤斌,侯政昆,等.重症肌无力患者病情反复或加重的影响分析[J].护理学报,2012,19(2B):60-65.
- [8] 罗娅,谢楚峰,曾梅芳,等.临床护理路径对初次入院脑梗死患者心理状态的影响[J].现代临床护理,2013,12(10):34-36.