

• 内科护理 •

重症肌无力危象患者的舒适
护理 13 例

杨海燕 孙志琴

舒适护理的目的是使患者在生理、心理、社会、灵魂上达到最愉快的状态,或缩短、降低其不愉快的程度^[1]。重症肌无力危象是肌无力患者因呼吸、吞咽困难而不能维持基本生活、生命体征,是一种危急状态,病死率为 15.4%~50.0%^[2]。因此,密切观察病情及加强护理是保证治疗和抢救成功的关键。2000 年 6 月-2005 年 3 月,我科共收治 13 例次肌无力危象患者,我们把舒适护理理论应用于重症肌无力危象患者的临床护理中,取得了满意效果,现报道如下。

临床资料

2000 年 6 月-2005 年 3 月,我科收治重症肌无力并发危象的患者 13 例次,其中男 2 例,女 5 例,年龄 23~51 岁。发病 2 次 4 例,发病 3 次 1 例,所有病例均伴发胸腺增生或胸腺瘤行胸腺切除术,治疗中行气管插管或气管切开,呼吸机辅助呼吸,上机时间 7~27 d,平均时间 13.5 d。除其中 1 例并发右下肺不张外,其余无并发症发生,所有病例均痊愈出院。

护 理

一、机械通气的舒适护理

1. 重症肌无力危象患者急救早期宜行气管切开和辅助正压呼吸,确保患者的呼吸功能,保证有效的通气量。充分利用呼吸机管道支架将呼吸机管道置于舒适的位置,更换体位时应及时调整。固定导管的棉纱带松紧要适宜,以能放入一指为宜,切口周围的纱布每 6 d 更换 1 次,必要时随时更换,保持局部清洁干燥。尽量避免经口插管,如采用一般不超过 48 h,防止对口腔黏膜造成损伤,并经常检查牙垫的位置是否合适,固定牢固。鼻插管的患者要防止压迫上唇。同时,插管患者都必须对插管深度明显标记,并交班。

2. 气管套管气囊充气适宜,气囊压力不宜过高,约 250 mm Hg,并每 4~8 h 放气 1 次,3~5 min/次。放气前应充分吸尽气道及口腔内的分泌物,再缓慢抽尽气管套管气囊内的气体,尽量减轻气囊压力下降对气管黏膜的刺激而引起不适。

3. 清除气道分泌物的舒适护理。吸痰前向患者解释以取得配合。早期症状未控制或行“干涸疗法”时,患者自主呼

吸很微弱,对吸痰、翻身拍背等操作很抗拒,本组病例中有 1 例患者就因抗拒吸痰并发右下肺不张,经医生在支气管镜下用生理盐水反复冲洗肺内,将痰痂吸出使肺复张。对此一般我们采取两人操作法,一人连接吸痰管并调试压力至吸痰范围;一人在另一侧脱开呼吸机管道接口再行吸痰,每次吸痰时间不超过 15 s,亦可用可吸痰延长管在不脱机情况下吸痰,同时吸痰时不仅要观察心率、血氧饱和度的变化,更要注意患者非语言行为的表现,如面部表情、四肢的动作等,并以此判断缺氧和停止吸痰的时间^[3]。并且吸痰前后均予以纯氧吸入 1~2 min,以避免或减轻患者因吸痰而造成的胸闷不适感。

重症肌无力患者由于使用抗胆碱酯酶药物,口腔分泌物比较多,而且由于气管插管或气管切开及吞咽肌无力等因素,使口腔分泌物溢出,容易导致皮肤潮红湿疹等。本组病例口腔分泌物在 350~650 ml/d,用纸或毛巾擦等物理刺激容易加重局部皮肤的损伤。我们采取备另一台负压吸引装置予及时抽吸,保持局部干燥,增加患者的舒适感。

4. 当患者呼吸困难明显改善,自主呼吸频率恢复至 18~30 次/min 时,可考虑短时间停用呼吸机。停用时间可根据患者的耐受力、潮气量等决定,防止患者产生呼吸机依赖。一般可在患者服药后、特殊检查、卫生处置时适当停用呼吸机 30~40 min/次,并逐渐延长日间的停用时间,最后逐渐缩短夜间使用时间,直至完全停用。一般患者对脱机都没有信心,早期停用时需有医护人员在场,且不开机,而是接上模拟肺继续工作,指导患者跟随机器呼吸,同时护士经常至床边告知其监测数据在正常范围,以增加患者的信心及安全感。同时根据患者情况采取半坐卧位、坐位等有利于肺扩张。本组即有 1 例男患者在坐位情况下脱机成功,为减少体力消耗,需为其准备可上下调节的移动饭桌、软枕等,使其舒适。

二、卧位的舒适护理

重症肌无力危象的患者由于肌无力及行机械通气等,需长期卧床,卧位的舒适就显得尤为重要。予以气垫床,并定时翻身,每 2~3 h 1 次,或根据患者需要。护士应理解患者长期处于一种体位的痛苦,协助变换体位后要询问患者的感受,及时纠正。侧卧位时背部垫软枕,侧翻的肢体及窝处也均放软枕,总之,不要让患者的肢体有空虚感。同时由于气管插管或气管切开的缘故,枕头不宜过高,一般以 10 cm 左右的海绵枕为宜。并经常帮助患者活动肢体,减轻患者长期卧床的不适感。保持床单位的平整、干燥,及时更换湿污

的床单,使患者卧位舒适。

三、减轻患者的社会不适感

重症肌无力患者大多有一个反复发作的过程,本组中有 4 例并发危象 2 次,1 例并发 3 次。多次住院抢救使患者往往因家庭经济、医疗费用、家庭关系等原因而变得焦虑、烦躁、紧张不安。1 例男患者在第 3 次入院时,因经济原因很不配合治疗及护理,急于求成。我们针对不同的心理状态,关心体贴患者,与其进行充分的心理沟通,增强其战胜疾病的信心。同时做好家属的思想工作,争取家属的理解和支持,为患者创造一个良好的外部环境,收到满意的效果。

参 考 文 献

- 1 杨黎星. 舒适护理在手术室整体护理中的应用. 实用护理杂志, 2003, 19(4): 4.
- 2 史玉泉. 实用神经病学. 上海: 上海科学技术出版社, 1997. 883-887.
- 3 李雪兰, 刘化侠. 机械通气患者的舒适护理. 实用护理杂志, 2002, 18(6): 17.

(收稿日期: 2005-08-18)

(本文编辑: 李惠敏)

• 经验借鉴 •

低分子右旋糖酐引起腹痛、腹胀的观察与护理 13 例

宋卓玲

对于断肢再植及游离皮瓣修复皮肤缺损行吻合血管术后的患者,我们应用低分子右旋糖酐(以下简称低右)静脉滴注来改善微循环和扩充血容量。在应用低右过程中,出现腹痛、腹胀、皮肤斑丘疹、恶心、呕吐、鼻出血等副作用。现将腹痛、腹胀患者的观察与护理报道如下。

临床资料 观察 46 例患者,16 例为带蒂皮瓣修复皮肤缺损患者,30 例为断肢再植患者。其中,有 13 例出现腹痛、腹胀等症状,分别给予对症处理后症状消失,无其他并发症及后遗症。

观察与护理 (1) 停用低右或减少用量。持续的疼痛不适,易导致血管收缩,也可引起患者的心理波动,从而影响患肢末梢血运。所以,对于低右引起的腹痛、腹胀等,应及时控制症状,以免造成动、静脉危象。低右常规用量: 500 ml 静滴 2 次/d。根据患者症状先改为 500 ml 静滴 1 次/d,若症状不能缓解,即给予停药。(2) 对症护理。对停药后仍有持续腹痛、腹胀的患者,针对性地应用山莨菪碱肌注或足三里穴位封闭,它可以使平滑肌明显松弛,并能解除微血管痉挛,同时还有镇痛作用^[1]。另外,还可给予热敷或腹部按摩,同时进易消化、少油脂的流质、半流质饮食 1~2 d,待症状得到缓解后恢复正常饮食。皮肤过敏者给予保持皮肤清洁,及时更换内衣和被褥,避免搔抓,必要时给予扑尔敏等抗过敏药物口服。(3) 心理护理。患者情绪的变化同样会影响到微血管循环,所以,应注意患者的心理状态,及时给予心理安慰,明确告知产生不良反应的原因,解除患者不必要的心理压力。

预防措施 (1) 皮试。取低右原液 1 ml 在前臂掌侧下缘

作皮内注射 0.1 ml, 15 min 后观察皮试结果。皮肤瘙痒、皮丘红晕或硬结>1 cm 或出现伪足者为阳性反应。皮试阳性者禁用低右。(2) 控制滴速。药物副作用有一过性特点,当药物治疗作用消失时,副作用也会消失。所以当静脉滴注低右时,尤其是第一次,要控制滴速在 40 滴/min 以下,以便早期发现不良反应,及时停药,有效地减少药物副作用。(3) 仔细观察。因患者存在个体差异,不良反应的出现没有规律性。因此,在应用低右期间,要积极巡视病房,密切观察用药后反应,注意倾听患者主诉,避免因一时疏忽造成严重后果。

讨论 (1) 药理作用。低右通过提高血浆胶体渗透压降低血液黏滞性,从而改善微循环,提高再植成功率^[2]。而十二指肠壁上存在对渗透压敏感的感受器,渗透压过高或过低都可刺激这些感受器,反射性地引起胃蠕动减弱、肠平滑肌痉挛,临床表现为腹痛、腹胀、恶心、呕吐等。(2) 不良反应。关于低右的不良反应,各种药理学手册上均没有列举腹痛、腹胀,近年的医学杂志也鲜见相关的报道。最主要的原因是这种不良反应存在一定的个体差异,而且皮试阴性者发生腹痛、腹胀也有相当的比例。因此,临床护理观察是很重要的,及早发现用药不良反应,及时处理,才能有效减轻患者痛苦,预防并发症的发生。

参 考 文 献

- 1 陈新谦,金有豫. 新编药理学. 第 14 版. 北京: 人民卫生出版社, 1997. 12.
- 2 平其能,邱静. 现代药剂学. 北京: 中国医药科学技术出版社, 1998. 475.

(收稿日期: 2005-08-11)

(本文编辑: 贾燕)