

## 综合护理服务在一例格林巴利呼吸肌麻痹患者中的应用

贾庚婷

湖北医药学院附属十堰市太和医院 湖北十堰

**【摘要】**格林巴利综合征(quillaine barre syndrome.GBS)又称急性炎症性脱髓鞘性多发性神经根炎,是以周围神经急性炎症性脱髓鞘为特点的一种临床综合征,主要临床表现为四肢对称性的麻痹、无力,常累及颅神经所支配的肌肉,严重者可出现呼吸肌无力而死亡<sup>[1]</sup>。目前该病病因未明,也尚无特异性的治疗方法。在预后患者中,仍有较高比例的格林巴利综合征患者遗留肢体功能障碍,严重影响其生活及工作<sup>[2]</sup>。因此,住院期间的治疗和护理质量对该病的转归至关重要。我科于 2022 年 1 月 23 日收治了 1 例格林巴利综合征合并呼吸肌麻痹的患者,通过对其实施个体化的综合护理,包括气道管理、营养支持、体液管理、皮肤管理、心理护理等,该病人治疗效果良好,现将护理总结如下。

**【关键词】**格林巴利;呼吸肌麻痹;综合护理服务;显性失水;不显性失水

**【收稿日期】**2022 年 11 月 10 日 **【出刊日期】**2022 年 12 月 24 日 **【DOI】**10.12208/j.ijsr.20220103

### Application of comprehensive nursing service in a case of Guillain Barre respiratory muscle paralysis

Gengting Jia

Shiyan Taihe Hospital Affiliated to Hubei Medical College, Shiyan, Hubei

**【Abstract】** Guillain Barre syndrome (GBS), also known as acute inflammatory demyelinating polyneuritis, is a clinical syndrome characterized by acute inflammatory demyelination of the peripheral nerve. The main clinical manifestations are symmetrical paralysis and weakness of the limbs, often involving the muscles innervated by the cranial nerve, and death due to respiratory muscle weakness<sup>[1]</sup>. At present, the etiology of the disease is unknown, and there is no specific treatment. Among the patients with prognosis, there are still a high proportion of patients with Guillain Barre syndrome who have left limb dysfunction, which seriously affects their life and work<sup>[2]</sup>. Therefore, the quality of treatment and care during hospitalization is crucial to the prognosis of the disease. On January 23, 2022, our department admitted a patient with Guillain Barre syndrome complicated with respiratory muscle paralysis. Through individualized comprehensive nursing, including airway management, nutritional support, humoral management, skin management, psychological care, etc., the patient's treatment effect was good. The nursing is summarized as follows.

**【Keywords】** Guillain Barre, respiratory muscle paralysis, comprehensive nursing service, dominant dehydration, non dominant dehydration

#### 1 案例简介

患者男,年龄:60岁,2022年1月份无明显诱因出现左手无力,并逐渐出现右手无力,继而出现双下肢无力,站立不稳并摔倒,并有哽噎感。于当地医院就诊后自觉四肢无力逐渐进展并明显加重,不伴四肢麻木,无其他伴随症状遂来我院神经内科就诊。我院神经内科诊断为“格林巴利综合征”,给予治疗后目前仍遗留有四肢运动障碍,双上肢近端肌力0级,远

端肌力1级,双下肢肌力1级,给予改善循环、营养神经、丙种球蛋白、激素、抑酸护胃治疗,住院期间患者出现肺部感染多次痰培养提示鲍曼不动杆菌阳性,后因呼吸肌麻痹于2022-1-24行临时性气管切开手术并予以化痰及抗感染治疗,患者病情稳定后来我院康复院区行系统的康复治疗目前已拔除气管切开转回当地医院行后续治疗。

#### 2 护理

## 2.1 气道管理

该患者在住院期间呼吸肌无力行气管切开给予呼吸机辅助通气,气管切割病人呼吸道分泌物和周围皮肤常作为呼吸道切割损伤的传播来源。所以合理的气管切割伤口护理对于人工呼吸道的效果是十分关键的。合理的气道评价是医生进行气道管理的重要基础,能够协助护理人员针对病人的实际情况,提出适当的管理方案。一般包括:主动评价人工气道的通畅状况、气导管内敷料洁净程度以及周围皮肤情况、定位方式是否适当、气囊压高低、气道湿化情况、痰液性质、粘稠程度等。其次掌握危重患者气道吸引的指征至关重要,目前按需吸痰已成为国内外的临床共识。吸痰次数过多易导致患者气道黏膜损伤,吸痰次数过少易导致气道梗阻。在吸尿重量标准偏差的选用方面目前国内外尚缺乏系统的规范,在国内临床实践中,体重标准偏差一般选用的为 50-400 毫米汞柱,负压的变化也很大<sup>[4]</sup>。其次,气囊压的控制在呼吸道治疗上的意义也十分重大,如果气囊压过大挤压病人呼吸道,造成细支气管黏膜的缺血性损害或者是坏死,而气囊压不足则导致病人出现误吸风险的可能性增加,因此国内指南一般建议通过手触法确定气囊压,如不能通过手动充气泵保持气囊加压则可以通过气囊测压表行自动监测<sup>[5]</sup>。气道湿化也可结合实际具体情况选用合适的温湿度。在湿化液的选用上,大量调查证实低渗液比等渗液湿化疗效更佳且合并症的发病率更少。进行气管切开的病人必须进行口腔护理,人工气道的出现给口腔定植细菌进入下呼吸道创造了机会,提高了病人肺部感染的发病率,在选择口腔护理液上使用最多的是生理盐水和洗必泰。口腔护理一般每 6-8h 一次,能够有效降低肺部感染的发生率。

## 2.2 营养支持

该患者因不能吞咽,住院期间上有鼻胃管及空肠营养管以保证患者的营养供给。护士在留置胃管及空肠营养管时,应提前告知患者留置管道的目的和注意事项,从而让患者提前心理适应。管道置入后要严防管道脱出、移位并且要维持管道的通畅。应选择正确的方式固定空肠营养管,特别注意管道穿出鼻孔的刻度的变化情况。同时注意保证空肠营养管的通畅,避免管道折叠、阻塞,堵管是由于肠中精神营养物质比较粘稠,如采用了带过滤网的输注药物管道,还有是由于不能及时清洗管道造成的精神营养物质沉淀或凝

结于管壁上所引起的。所以,在连续输液精神营养后,宜每 4~6h 用无菌生理盐水或灭菌用水清洗导管一次,每天输液时间结束时,均要清洗导管;另外,还应用更细的精神营养管,但不得通过该管道直接输注颗粒状或粉剂的药物,以避免阻塞,如已发生堵管,用温开水或 5%碳酸氢钠反复低压冲洗,切勿加压冲洗导管。

## 2.3 体液管理

体液为人体主要成分,是机体完成物质新陈代谢和生物过程的必要条件与物质基础,应使人类的体液数量保持在一种比较稳定的状态上,过多摄入或流失均会引起各种疾病反应,从而引发某些病症或严重疾病。记录病人进出时间能准确掌握患者情况动态变化,便于医院诊断<sup>[6]</sup>。医护人员应及时准确评估记录出入量,了解患者体液平衡状况,为临床诊疗提供依据<sup>[6]</sup>。因为出入数是对危重病人诊断的关键依据,只有实际数字能够客观准确反映患儿情况,医务人员才能作出合理诊断,但如果录入方法错误,就可能造成错误诊疗、漏诊等严重后果<sup>[7]</sup>。入量系指通过各种途径进入人体的水量。因此,入量的记录应包括由胃肠进入的水分和食物(含水)及由血管或皮下注入的药液等<sup>[8]</sup>。要准确记录食物中所含的水量,需参考食物含水量表。出量主要包括显性失水和不显性失水,显性失水主要是指:大小便、呕吐物、汗液、引流液及伤口渗出液、痰液、穿刺液、抽血量等。不显性失水是指皮肤不出汗情况下的正常蒸发量以及呼吸道失水量。临床上容易错记汗液及伤口渗出液,因为不容易测算,采用称量衣物和敷料质量增加的方法称定汗液及伤口渗出物等不易测量的项目。研究结果显示正常皮肤每小时不显性失水平均量(14.02±16) g/平方米<sup>[12]</sup>,呼吸道失水等项目可根据患者的具体情况进行相应测算和折算,如一般情况下正常成人呼吸道失水约 350ml/d,如有呼吸道感染或气管切开则失水量增加<sup>[8]</sup>,其中呼吸道失水量是临床上最容易漏记的项目。

## 2.4 生命体征监测

24 小时内密切观察患者体温、脉搏、呼吸、血压,每 30min 测量一次并做好详细记录。护理中注意观察患者胸廓起伏幅度,自主呼吸和呼吸机是否协调,有无存在呼吸困难。做好心电监护,注意观察心律、心率变化情况。

## 2.5 胃管护理

留置胃管期间注意观察胃液颜色和量。鼻饲前回抽胃液，确定胃管在胃内。每四小时鼻饲一次，每次鼻饲不能超过 200 毫升。鼻饲结束后注入适量温开水，反折胃管前端并固定完好。鼻饲管每十天更换一次。换管前一天最后喂食后，将鼻饲管反折拔除后，次日在另外一侧鼻孔重新置入。

### 2.6 并发症预防护理

对于长期卧床患者，定时翻身，从下往上轻拍患者胸背部，同时将床尾抬高 10 度到 15 度，以便于痰液排出，避免坠积性肺炎。加强对患者清洁，每日温水擦浴一次。对于出汗患者需要及时更换，避免着凉。对患者皮肤褶皱处和容易受压部位擦拭爽身粉，骨隆突出垫上海绵圈，避免出现褥疮。做好口腔清洁，每日两次。对口唇干裂患者，涂抹石蜡油，并用生理盐水浸润无菌纱布覆盖。对患者双下肢进行按摩，促进血液循环，必要时穿弹力长袜，避免深静脉血栓。

### 2.7 心理护理

该患者因呼吸机麻痹行气管切开辅助通气，患者时常出现痰液堵塞气道引起呼吸困难，产生濒死感。但患者神志清楚，由气管切开带来的巨大不适感，以及吸痰的恶性刺激导致患者心理负担重，顾虑多，对于该类患者的心理护理非常重要的一点首先是要提高我们护理人员的吸痰操作技术，尽可能减少患者的不适感，同时护士在给患者做操作时要有条不紊，并且目光坚定的注视患者，多使用疏导性语言，减轻患者的紧张焦虑情绪。护理人员向患者列举病情恢复较好案例，提高患者护理依从性以及战胜病情信心。取得家属帮助，让患者得到来自家属的心理支持。可告知家属心理支持的重要性和必要性，并让家属参与到实际护理中。通过家属陪伴的方式，可让患者感受到来自家庭的温暖和支持，从而让患者有着更强的战胜疾病的信心。还可制作简易的沟通交流卡片，及时满足患者的各项需求，为患者做任何操作前，解释操作的目的，取得患者的配合减轻不适感。

### 2.8 康复指导

初期可以对患者肢体进行按摩，促进血液循环。恢复阶段，可以引导患者进行主动，被动运动。比如：抬腿、坐起，步态训练。随着患者病情好转，运动量

逐渐增加。在运动过程中，护理人员陪同在旁，观察患者运动前，后机体变化情况。如果患者运动后出现异常情况应该及时采取措施，确保患者运动安全。除外还可以配合针灸等方法促进肢体功能恢复。

### 参考文献

- [1] 邓晖.格林·巴利综合征的流行病学、病理生理、临床分型及治疗[J].中风与神经疾病杂志,2009,26(2):251-254.
- [2] 李旗,张祥杰,宋思奇,等.针刺治疗格林巴利综合征临床选穴规律研究[1]中医药学报,2014.42(2)39-41
- [3] 严玉娇,丁娟,刘晔含,付沫,王虹.成人危重症患者气道管理的最佳证据总结[J].护理学报,2021,28(03):39-45.
- [4] 姜曼, 敖薪.人气道管理标准的研究与应用现状[J].中华护理杂志,2016, 51(12):1479-1482.
- [5] 袁丽荣, 李淑花. 提高人工气道患者适宜气囊压力达标率的研究 [J].中国护理管理,2018,18(z1):53-54.
- [6] 柳凯丽,常玉霞,申卫玲.品管圈活动在提高心力衰竭患者出入量记录准确性中的应用[J].护理实践与研究,2021, 18(18):2800-2803.
- [7] 杨娴.慢性心力衰竭患者体液容量管理分析[J].医学理论与实践,2021,34(02):318-319.
- [8] 毛敏辉.准确记录液体出入量的临床意义及方法[J].河北医学,1998,4(1):81-82
- [9] 旺敬强.液体出入量记录中存在的问题及对策[J].中国实用护理杂志: 中旬版,2006,22(8):41-41
- [10] 陈晓芳,程小莉,李双.出入量记录存在的问题及对策[J].实用护理杂志: 下半月,2003,19(07B):39-39
- [11] 王秀春,李桂兰,魏岩.严重吸入性损伤气管切开患者的心理护理[J].中国烧伤创疡杂志,2010(3):227-228
- [12] 边泽新,闫中东,肖宜敏,卢玉,薛印迁.烧伤局部创面不显性失水的临床研究[J].继续医学教育,2017,31(7):98-100

**版权声明:** ©2022 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**OPEN ACCESS**