

浅析吉兰—巴雷综合征护理查房

郭 霞

兰州大学第二医院急诊内外科 甘肃兰州 730030

摘要: 本文从我科收治的一名吉兰—巴雷综合征患者的治疗和护理的全过程进行了详细分析,目的是使护理人员了解护理查房的内容、过程及方法;学会如何根据护理程序评估患者的情况及吉兰巴雷综合征的护理方法。采取有效的预防和诊疗措施可减少感染率,进一步降低病死率,临床护理人员在护理过程中要高度重视。

关键词: 吉兰—巴雷综合征;病因;诊疗;护理

1 吉兰—巴雷综合征概念与临床分型

1.1 概念

吉兰—巴雷综合征(GuillainBarrsyndrome, GBS)因感染或其他原因导致的一种急性自身免疫性疾病。异常的免疫反应攻击周围神经系统,主要发生在脊神经和周围神经以及脑神经。

开始表现为四肢无力和麻刺感,可在2周内蔓延至全身,出现全身瘫痪、重者出现呼吸费力。具有自限性,静注免疫球蛋白或者血浆置换治疗本病有效。

1.2 临床分型

(1)急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病(AIDP):是吉兰巴雷综合征最常见的类型,约占80%。患者常在发病前1~3周有呼吸道或胃肠道感染病史,急性起病,进行性加重,主要表现为四肢对称性弛缓性运动障碍,可伴有手套-袜套样感觉减退。大多数患者在数周至数月内恢复,但也有少数患者会遗留不同程度的后遗症。

(2)急性运动轴索性神经病(AMAN):主要影响运动纤维,导致严重的肌肉无力,但感觉不受影响。患者病情较重,恢复较慢,预后较差。

(3)急性运动感觉轴索性神经病(AMSAN):同时影响运动和感觉纤维,导致肌肉无力和感觉减退。患者病情重,恢复慢,预后较差。

(4)Miller-Fisher综合征(MFS):主要表现为眼肌麻痹、共济失调和腱反射消失。患者病情较轻,恢复较快,预后较好。

2 吉兰—巴雷综合征病因与临床表现

2.1 病因与发病机制

空肠弯曲菌感染:在发病前有腹泻症状的本病患者中,

空肠弯曲菌的感染率为85%。患者往往在腹泻停止之后发病。病毒感染:如巨细胞病毒、EB病毒、水痘-带状疱疹病毒、HIV感染等。免疫抑制:长期服用免疫抑制剂、免疫功能低下或接受骨髓移植者易患本病。其他:手术、创伤、神经节苷脂类药物以及疫苗接种也可能与本病发病有关。

2.2 临床表现

(1)运动障碍:吉兰巴雷综合征可能会出现运动障碍的症状,可能会出现四肢无力的情况,严重还会出现四肢肌肉萎缩的现象,并伴随着呼吸急促、声音微低、皮肤青紫等症。

(2)感觉性障碍:主要表现在皮肤感觉过敏和神经根痛,症状相对比较轻微,感觉缺失者较少。

(3)颅神经损害:吉兰巴雷综合征症状也可能会表现出颅神经损害的症状,可能会出现声音嘶哑、吞咽困难等症状,并伴随着面部肌肉无法活动的现象。

3 吉兰—巴雷综合征病因辅助检查与治疗方案

患者周某,女,66岁,因“咳嗽10天,四肢无力伴进行性加重4天”与2019年2月15日急诊科以“吉兰—巴雷综合征”收住入院。

现病史:患者入院前10天出现咳嗽不适,无头晕、头痛、发热、盗汗,无胸闷、气短、恶心、呕吐等不适,就诊于当地诊所,给予“青霉素、左氧氟沙星”等对症治疗,抗感染6天后病情逐渐好转,入院前4天患者晨起突然出现上肢无力,并逐渐出现下肢无力,呈进行性加重,不能下地走路,无明显意识不清,言语不利等。患者自发病来神志清楚,饮食差,二便如常,体重未见明显增减。既往史:既往体健。入院PE:体温:36.5℃;脉搏:74次/分;舒张压:

72mmHg; 收缩压: 109mmHg; 呼吸: 20次/每分。入科神清, 精神欠佳, 自主体位, 查体合作, 问答切题, 双侧瞳孔等大等圆, 直径3mm, 对光反应灵敏。四肢肌力1级, 肌张力正常, 生理反应存在, 病理反应未引出。

3.1 鉴别诊断与诊疗计划

鉴别诊断: (1)重症肌无力: 起病缓慢; 肌无力呈波动性, 呈晨清暮重现象; 无感觉障碍; 新斯的明实验阳性。

(2)脊髓灰质炎: 起病时有发热; 瘫痪时多累及一侧下肢, 呈阶段性瘫痪, 常出现在体温下降时; 无感觉障碍和颅神经损害; 脑脊液早期蛋白, 细胞均升高。

诊疗计划: 入院后积完善常规、生化、止凝血等化验; 暂给予监护、营养神经、维持水电解质平衡等综合性治疗; 积极请神经内科会诊, 协助治疗; 及时向上级医师汇报病情, 请示治疗方案, 告知家属病情。

3.2 辅助检查

通过肌电图、腰椎穿刺术(脑脊液动力学检查)、心脏彩超、头部CT检查进行分析诊断, 从检查结果来看, 患者心脏彩超、头部CT检查进均未见异常。

3.2.1 肌电图检查

从肌电图检查结果分析得:

(1)右尺神经、双胫神经感觉神经、正中神经传导速度均正常。

(2)左右腓总神经运动神经传导速度正常, 远端潜伏期正常, 诱发电位波幅明显降低, 左右胫神经运动神经传导速度正常, 诱发电位波幅明显降低。

(3)右正中神经F波未引出肯定波形。

(4)左胫神经H反射未引出。

(5)右小指展肌、左拇短展肌、双肱二头肌、双肱四头肌。内侧面、左胫前肌均未见神经源性损害及肌源性损害。

提示: 肌电图多发运动神经轴索性损害, 急性运动轴索性神经病。

3.2.2 腰椎穿刺术(脑脊液动力学检查)

从脑脊液检查结果分析得:

速检脑脊液生化: 脑脊液蛋白PROTO 0.72g/L; 脑脊液常规: 白细胞数目WBC-BF16.00×10⁶/L; 潘氏试验呈弱阳性。

患者经过目前治疗, 病情缓解不明显, 已再次行腰椎穿刺检查, 结果仍然无白细胞分离现象。建议: (1)继续激素治疗, 激素逐渐减量, 注意预防激素副作用; (2)

不适随诊。

3.3 治疗方案

(1)特级护理、心电监护、鼻导管吸氧;

(2)营养支持: 依达拉奉、银杏内酯注射液; 保证每日足够的能量、维生素, 防止电解质紊乱;

(3)激素治疗: 甲强龙、人免疫球蛋白冲击治疗;

(4)对症治疗

1)加强呼吸功能的维护, 保持呼吸道通畅; 2)肺部并发症的防治: 定期翻身、拍背, 定期充分吸痰, 并注意无菌操作, 预防肺部感染; 3)保证足够的营养、水分和休息。

4 吉兰-巴雷综合征病护理诊断与护理措施

4.1 护理诊断

(1)低效型的呼吸形态: 与周围神经损害、呼吸肌麻痹有关; (2)躯体活动障碍: 与四肢肌肉无力、进行性瘫痪有关; (3)皮肤完整性受损的危险: 与发汗、皮肤潮湿, 活动受限, 局部皮肤长期受压有关; (4)生活自理缺陷: 与肢体瘫痪, 体力不支有关; (5)有感染的危险: 坠积性肺炎与肺分泌物, 无力排出有关。泌尿系感与不能正常排尿, 留置尿管有关; (6)焦虑、恐惧: 与发病迅速, 四肢肌肉无力、呼吸困难有关; (7)潜在风险: 下肢静脉血栓形成与长期卧床有关。

4.2 护理措施

4.2.1 低效型的呼吸形态

(1)给氧: 持续低流量吸氧, 当患者动脉血氧饱和度下降时应加大氧流量; (2)保持呼吸的通畅: 要指导患者的姿势为半坐卧位, 清除呼吸道分泌物, 保持呼吸道通畅, 可协助患者翻身拍背或者体位引流, 鼓励患者深呼吸和有效咳嗽, 必要时吸痰。(3)准备抢救物品: 床头要经常备吸引器、机械通气设备及气管切开包; (4)病情的监测: 必要时给予心电监护, 对血压、呼吸、脉搏、情绪变化及动脉血氧饱和度进行动态观察; (5)心理支持: 主动关心患者, 尽可能陪伴患者。

4.2.2 躯体移动障碍的护理

(1)饮食护理: 要吃高蛋白、高维生素及高热量并且易消化的软食, 多食水果、蔬菜, 补充一定量的水分。鼻饲患者进食后30分钟需要把床头抬高, 防止食物反流引起窒息和吸入性肺炎; (2)预防并发症: 指导和协助患者定时对其肢体进行按摩, 对大小关节做屈伸膝、屈伸肘, 弯曲手

指等被动运动避免关节僵硬,促进肢体功能恢复;每日评估肌力恢复情况,指端麻木感觉恢复情况;(3)用药护理:嘱患者正确服药,告知药物作用、不良反应、使用时间、方法及注意事项。

4.2.3 皮肤的护理

(1)告知患者和家属可能出现压疮的危险性,讲解注意事项及配合要求;(2)减少对局部的压力:定时翻身,更换床位。气床垫、睡袋等;(3)尽量避免摩擦力和剪切力:拖、拉、拽等方式给病人翻身时,摩擦容易损伤皮肤,为了防止进一步使皮肤损伤,需需把病人的身体抬起。床头要低,减少不必要的剪切力;(4)保护病人原有皮肤:保持病人皮肤清洁干燥及床单的卫生是进一步预防褥疮的关键措施。

5 健康指导

5.1 疾病指导

指导患者及家属了解本病的进展、常见并发症及预后,加强营养,避免淋雨、受凉、疲劳和创伤,防止复发。

5.2 康复指导

(1)早期进行肢体被动或主动运动,同时结合针灸、理疗、按摩和步态训练,运动要循序渐进,不能急于求成;(2)鼓励患者进行日常生活自理能力训练,必要时给协助。

5.3 日常生活指导

(1)按时用药,并注意药物副作用;(2)指导患者正确做深呼吸及有效咳嗽,保持呼吸道通畅;(3)保持床单位干燥、整洁,定时翻身,预防发生压疮;(4)感觉障碍者禁用热水袋,防止烫伤;(5)患者外出时需有人陪伴,以防意外,并防受凉感冒。

5.4 心理指导

及早识别和处理焦虑症和抑郁症,鼓励患者参与力所能及的社交活动。

6 结论

通过此次护理查房,使我深刻的明白了护理的重要性,制定护理计划,实施护理措施,给病人提供完善的护理方案,从而预防各类并发症的发生,进一步促进患者的康复。

参考文献:

- [1] 王晓,邹丽,吴沪,等.儿童吉兰-巴雷综合征电生理检测及临床特征分析[J].中国实用儿科杂志,2010,25(06):456-459.
- [2] 任海燕,冯照新,范波胜.大剂量丙种球蛋白治疗吉兰-巴雷综合征的护理体会[J].中国实用神经疾病杂志,2013,16(002):79-80.
- [3] 吴冬燕,陈琳,李力波,等.吉兰-巴雷综合征患者急性期病情严重程度及相关因素分析[J].中国神经免疫学和神经病学杂志,2009,16(1):8-11.
- [4] 邹艺,高国勋.吉兰-巴雷综合征患者神经电生理检测结果分析[J].临床神经电生理学杂志,2004(01):20-21.
- [5] 汤玲华,何宇平,黄一伟.35例吉兰-巴雷综合征临床特点分析[J].中国实用神经疾病杂志,2007,10(002):119-120.
- [6] 李元,王爱民,唐红宇,等.吉兰-巴雷综合征急性期病情严重程度及预测因素分析[J].中国神经免疫学和神经病学杂志 2014年21卷4期,265-268页,ISTIC PKU CA, 2014,21(4):265-268.

作者简介:

郭霞(1989—)女,汉族,甘肃白银人,大学本科,主要从事医院护理工作。