

1 例心脏破裂修补术后并发危重症获得多发性神经病患者的康复护理

陈玉柳 曾德菲 符惠丽

海南医学院第一附属医院 海南海口 570100

摘要: 总结 1 例心脏破裂修补术后患者并发危重症获得多发性神经病的康复护理的经验。护理的要点: 运用康复护理五大处方中, 药物, 饮食, 运动训练, 心理护理相关知识提高患者依从性, 经过 8 个月的治疗和康复, 让患者重新站立、能自我行走从而提高生活质量康复出院, 电话随访半年患者康复良好。

关键词: 危重患者; 多发性神经病; 康复护理

A patient with polyneuropathy complicated with critical disease after heart rupture repair received rehabilitation nursing

Department of Cardiovascular Medicine

Yuliu Chen Defei Zeng Huili Fu

Abstract: This article summarizes the experience of rehabilitation nursing for a patient who underwent cardiac rupture repair and developed multiple neurological complications. The key points of nursing care include the use of the five prescriptions of rehabilitation nursing, which involve medication, diet, exercise training, and psychological care to improve patient compliance. After 8 months of treatment and rehabilitation, the patient was able to stand and walk independently, thus improving their quality of life and enabling discharge for rehabilitation. A telephone follow-up at six months showed good recovery for the patient.

Keywords: Critically ill patients; Polyneuropathy; Rehabilitation nursing

前言

危重病性多发性神经病 (critical illness polyneuropathy CIP) 是一种继发于危重病的感觉和运动神经元轴突变性疾病, 尤其多见于脓毒血症和多脏器功能衰竭患者 [1]。是重症监护患者中常见的并发症, 发生率在 50%~70%, 是重症患者常遗留严重的功能障碍, 主要表现为, 全身肌肉酸痛, 麻木, 四肢肌无力, 双手不能抓握、不能自主翻身、独坐及站立行走、日常生活完全依赖别人等。随着 ICU 患者存活率的提高, 人们越来越关注其并发症, 特别是神经肌肉并发症的治疗及预后但该病无特殊有效的治疗措施 [1]。只能给予营养神经、理疗和积极的康复治疗, 达到自我行走康复状态。

一、病例介绍

患者, 王某某, 男性 62 岁 因心慌于阵发性室上性心动过速收入我科, 生命体征 T: 36.6℃, P: 88 次/分, R: 20 次/分, 既往史有高血压病和头皮压疮病史, 最高收缩压达 160mmHg, 服用苯磺酸氨氯地平, 患者 2019 年在我院并于行“心内电生理检查+射频消融术”, 术中患者出现胸痛, 呼吸困难, 血压低, 心包抽出血性液体, 床旁超声提示中量心

包积液, 仍有进行性出血, 紧急予心胸外科会诊并于开胸探查行心脏破裂修补术。术后转至心胸外科治疗, 病情危重, 肺部情况差, 反复出现心律失常, 脱机困难, 2021-09-06 转至重症 ICU 进一步治疗, 予行气管切开术, 呼吸机辅助呼吸、抗感染等对症支持治疗后病情稳定, 于 2021-10-20 日转至我院心内科重症病区进一步治疗, 患者不能言语, 吞咽有有呛咳, 有痰不易咳出, 四肢肌力为 1-2 级, 患者予重症获得多发性神经病进行治疗和康复护理。

1.1 检验结果

血常规白细胞计数 $7.10 \times 10^9/L$ 、血红蛋白 110g/L、血小板计数 $287 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞数 $4.49 \times 10^9/L$ 。凝血四项 纤维蛋白原定量 5.32g/L、FDP 定量 $7.5 \mu g/mL$ 、D-二聚体定量 3.39mg/L FEU 生化全套白蛋白 31.0g/L、高密度脂蛋白胆固醇 0.96mmol/L、脂蛋白 a 355.00mg/L 钾 3.43mmol/L。

1.2 辅助检查结果

螺旋 CT 胸部平扫示双肺散在纤维灶, 左肺下叶背段小结节, 考虑炎性结节, 双侧胸膜稍增厚, 心脏稍增大, 心包局限性增厚, 主动脉及冠状动脉硬化。吞钡造影示 X 线吞咽功

能检查(VFSS)示口腔器吞咽障碍。心脏彩超示左室假腱索,左室功能减退,动态心电图示窦性心动过缓,偶发的房早、室早。

1.3 系统评估 :

肌力评估四肢肌力 1-2 级,平衡力评估不能站立。吞咽功能评估(洼田饮食试验)吞咽程度 5 级,不能吞咽。言语功能评估不能言语。心功能 IV 级,心理健康问卷评估 9 分为轻度抑郁,焦虑抑郁量评估(汉密尔顿抑郁量表)为 20 分轻度抑郁,营养评估(NRS-2002 筛查量表)为 3 分,Padua 评估 6 分为高危险,摩尔斯坠床跌倒评估 45 分为高危险,压力性损伤的评估(Braden)12 分为高危险,ADL(Barthel 指数)评估 0 分为完全依赖。

二、护理干预

2.1 病情观察

患者开胸手术后病情危重随时会发生病情变化,予安置患者在离护士站近的病房,方便医护人员观察,每 1h 巡视病房,每 2h 测量生命体征[2],回顾心电监护心电图的变化,及时发现心律失常预防猝死的发生,动态监测电解质、血常规,维持电解质平衡等。

2.2 饮食护理

由于患者吞咽功能障碍,康复需要营养支持,添加肠内营养和肠外营养。逐进过渡到鼻饲流质饮食,营养粉鼻饲 3 次/d,全天目标能量 1600-1800kcal,蛋白质 80g。经过吞咽功能的锻炼,患者经口进食高热量,高蛋白,好丰富维生素易消化的食物满足身体的需要,可以增强抵抗力,以促进伤康复。

2.3 用药护理

患者长期卧床肺部感染,使用呼吸机辅助呼吸和各种管道引流、气管切口应使用抗生素抗感染,患者需要用血管活性药物维持血压,逐进调剂量或停药,由于白蛋白低予输白蛋白提高免疫力,予营养神经、维持电解质酸碱度平衡严密观察药效和不良反应。

2.4 安全护理

由于长期卧床,容易导致肺部感染加重,呼吸道分泌物增多,予雾化吸入、震颤排痰、翻身排痰等措施,病情平稳取半卧位休息,促进患者呼吸道分泌物的清除,保证呼吸道的通畅。做好气管套管的护理、气管切开的患者每天需要予安尔碘进行消毒气管切口皮肤,并严密观察周围皮肤颜色和渗液情况,渗液多予优拓渗液覆盖气管切口处吸附渗液,每

天更换纱布一次,如潮湿及时更换。被动活动双下肢,给予患者进行踝泵运动进行指导 2 次/d, 5-10min/次,按摩双下肢腓肌避免双下肢血栓形成。

2.5 康复护理

2.5.1 体位管理

可取半卧位休息可促进肺扩张,在鼻饲时取半卧位,避免食物反流导致误吸等不良事件的发生,每隔 2-3h 给患者翻身 1 次,翻身后询问患者身体的舒适度,给患者取侧卧位时,在患者的背部、腘窝处放置软枕。患者平卧位时防止足背垂[2],前方放置翻身垫和大单支撑脚掌。

2.5.2 吞咽障碍护理

吞咽评估进行洼田饮水试验或患者每天进行鼓腮的动作,随后再将气体轻轻的呼出来,做伸舌运动,要求每个方向上下左右前后都做到,每天进行咀嚼锻炼反复的练习或者最大限度的张口,闭嘴,反复训频率 3 次/d, 3 组/次,每组 5-10 次,根据患者的情况可间歇性置胃管,通过反复插管可刺激咽喉、反复进食刺激而促进患者吞咽功能的恢复逐渐过渡到自主进食[3]。

2.5.3 心肺功能障碍护理

持续规律的呼吸训练可以改变患者的呼吸模式,增强腹肌、膈肌、呼吸肌等肌肉力量,[4]首先进行呼吸训练可以松动痰液促进痰液排出,反复训练腹部呼吸指导患者采取坐位,将一只手置于前胸,另一只手置于腹部,吸气时膈肌下降、腹部向外凸起,呼气时膈肌上升、腹部内陷[5];吸气与呼气时间比为 1:2 或 1:3,训练强度为 15min/次, 3 次/d,以后逐步增加训练次数和时间,然而进行腹肌训练有效的改善腹肌的力量。使用三球式呼吸训练器进行呼吸训练,训练器操作简单,患者容易接受,能够锻炼呼吸肌的力量,增强肺泡摄氧能力,有效改善肺功能[6]。再次进行有效的咳嗽可以帮助患者排除痰液保持呼吸道通畅,减轻肺部感染,改善病人肺功能,深呼吸 5-6 次屏气 3-5S,身体前倾连续咳嗽 2-3 声,停止咳嗽后缩唇将余气尽量吐尽,休息片刻,准备再作下一次,可重复 2-3 次,根据患者耐受能力进行。

2.5.语言障碍训练

语言治疗师从简单的发音到单词、句子的言语训练,练习 5-10min/次, 3 次/d,使患者逐渐增加时间及加快语速,语言训练时一个循序渐进的过程,从而提高患者语言能力及生活水平。

2.5.5 运动功能障碍训练

通过双上肢被动和主动活动、电动起立床训练、平衡训练、肌力运动训练指改善全身各部位协调性和平衡控制,并改善心肺功能,降低脂肪含量,提高机体的代谢能力指导病人,严密观察生命体征变化,练习时间 2 次/d, 5-10min/次,自主感受为主逐进至 30min。

2.6 心理护理

由于此病发病急、病程发展迅速、症状较重、病人非常痛苦,我们给予个体化心理康复护理干预措施:①加强心理护理,资深护士为其责任护士,同时允许家属进病房陪同提高患者依从性。②加强健康教育,采取单独形式,护士每周对患者单独进行 2 次交流谈心 30min[6],教育内容,患者所患疾病的有关知识、危险因素、不良情绪的干预方法护士多与患者家属沟通、交流[7-8]。③培养和恢复的自尊。在心理护理的过程中,看到患者每一天的进步给予多鼓励,增加信心。

三、小结

CIP 主要是运动障碍和吞咽障碍,主要是运动障碍为主,肢体不能自我活动,生活不能自理,制定个体化的方案,经过科学的治疗及患者积极的 8 个月的康复训练,自我使用助步器可行走 6 分钟步行试验为 58 米,无不适症状,患者可完成部分日常的生活护理和可以言语,患者实现自我目标提高生活质量,站立自行行走出院,所以 CIP 康复护理训练从日常生活小细节做起,系统的康复训练在多发神经病的治

疗上有很大的意义。

四、体会

循序渐进的过程,不仅需要专业的团队合作,更需要医护人员耐心、细心、多鼓励、多表扬,充分调动患者的康复意愿,共同努力尽早让患者更好的回归家庭,重新融入社会。

参考文献:

- [1]预见性护理干预危重病多发性神经病和肌病透发因素的效果研究[J] 李红兰 护理实践与研究(期刊)志 2016 (13) .
- [2]冠心病并发心肌梗死的护理 [J]那昕红,梁桂荣,刘志辉《中国现代药物应用期刊》 2010 (11) .
- [3]间歇经口管饲联合康复训练对脑卒中患者吞咽功能及营养状况的影响 [J]王秀玲 华南国防医学杂志 2019 (3) .
- [4]肺疾病急性加重期的辨证施护[J] 梁桂兴,曾性《现代医院期刊》 2010 .
- [5]术前肺康复训练对肺癌患者术后疼痛和膈肌移动幅度的影响 [J] 陈会龙《广东医科大学硕士学位论文》 2021 (11).
- [6] 三球式呼吸训练器者进行肺功能康复训练中的应用价值 [J] 燕海英 《当代医药论丛期刊》2018(11).
- [7] 卒中后抑郁的影响因素及护理措施 [J] 宫晓玲,苏秀荣 《河北医学期刊》 2010(12).
- [8]探讨心理护理对危重病性神经肌病抑郁情绪的干预效果[J] 袁 勇 曾国华 2014(11).