

DOI: 10.12209/CAIM202405310007

· 中西医结合临床案例 ·

1 例急性炎性脱髓鞘性多发神经根神经病 患者的中西医结合护理体会

赵子曼

(北京市健宫医院 重症医学科, 北京, 100054)

摘要: 本文总结 1 例急性炎性脱髓鞘性多发神经根神经病患者的中西医结合护理体会。患者入院后通过护理评估, 基于中医辨证, 在用药护理、呼吸道管理、皮肤护理、并发症预防、心里护理、营养支持等干预基础上, 采用耳穴压丸改善患者精神, 中药膏摩调理肠胃, 针刺、电针治疗提高肌力, 有效改善了患者不适症状, 降低了并发症风险, 促进了患者康复。

关键词: 急性炎性脱髓鞘性多发神经根神经病; 中西医结合护理; 并发症; 心理干预

Analysis of a case of acute inflammatory demyelinating multiple radiculopathy treated with integrated care of Chinese and Western medicine

ZHAO Ziman

(ICU, Beijing jiangong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This paper summarizes the nursing experience of a case of acute inflammatory demyelinating polyneuropathy treated with integrated Chinese and Western medicine. After the patient was admitted, nursing assessment was conducted based on traditional Chinese medicine differentiation. Interventions were carried out based on drug care, respiratory management, skin care, prevention of complications, psychological care, and nutritional support. In addition, ear acupoint pressure therapy was used to improve the patient's spirit, herbal ointment massage was used to regulate the stomach, acupuncture and electrical acupuncture were used to improve muscle strength, effectively improving the patient's discomfort symptoms, reducing the risk of complications, and promoting the patient's recovery.

KEY WORDS: Acute inflammatory demyelinating polyradiculopathy; Nursing of integrated Chinese and Western medicine; Complication intervention; Psychological intervention

急性炎性脱髓鞘性多发神经根神经病(AIDP)也被称为吉兰-巴雷综合征(GBS), 该病以神经根外周神经损伤为主, 伴有脑脊液中蛋白-细胞分离为特征的综合症, 其发病机理涉及多个方面, 这可能是由于感染、自身免疫反应或环境因素等多种因素共同作用的结果。AIDP患者神经纤维的髓鞘受到损伤, 导致神经传导功能异常, 从而导致出现一系列临床症状, 如进行性加重的四肢无力^[1-2]、感觉异常以及疼痛等症状^[3-5]。上述症状可能伴随着肌肉萎缩、腱反射减弱或消失等体征, 病情严重时, 患者可能无法行走、累及

呼吸肌, 出现呼吸麻痹, 致使呼吸功能不全, 危及患者生命安全。该病症在中医中可归属于“痿证”等范畴, 感受外邪与内伤积损是其主要病因, 有外感温热疫邪或涉水淋雨, 居处湿地或接触、误食毒物; 有饮食不洁或房劳、产后体虚或情志失调; 有禀赋不足或劳役太过等^[6]。针对AIDP病症, 临床除积极的西医治疗措施外, 配合科学有效的中医护理干预措施, 有助于促进患者病情康复。本个案联合中医特色的护理, 为患者提供更加全面、个性化的护理服务, 有效促进患者病情恢复。现报告如下。

收稿日期: 2024-05-31

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

1 临床资料

1.1 患者信息

患者女性,46岁,于2天前不明原因出现四肢乏力,以下肢为著,症状逐渐进展,出现行走不稳及持物不能,症状持续进展,肢体力量差,难以站立及抬起上肢,伴下肢远端袜套样麻木及感觉减退,无恶心呕吐,无胸闷心悸及意识障碍、无头痛,无流涎及肢体抽搐,为求诊治就诊于当地医院急诊科,行头颅CT及MRI排除新发脑梗死,为求进一步诊治,于2023年12月11日11:30转至本院,以“肢体无力待查”收入脑病科,入院当天22:30突发浅昏迷转至ICU插管机械辅助通气。

1.2 既往史

患者既往体健,发病前10天出现腹泻,连续3d,自服药物后好转,具体药物不详。

1.3 体格检查

体格检查:温度(T)36.2℃,脉搏(P)78次/min,呼吸(R)19次/min,血压(Bp)152/88 mm Hg,疼痛数字评分:0分。一般状况:发育正常,营养良好,表情自然,无病容,面色如常,自主体位,步入病房;口唇无发绀,气管居中,颈静脉无怒张,胸廓对称,双肺呼吸音清,未闻及干湿罗音;心率62次/min,律齐,腹平软,肝、脾肋下未触及,肠鸣音4次/min。神经系统查体:神志清楚,言语清楚,查体合作。无明显错觉、情绪不稳、幻觉、妄想。反应力正常,定向力、记忆力、计算力、言语理解及判断力正常。

1.4 实验室检查

腰椎穿刺留取脑脊液送检,结果回报:抗GT1a抗体IgG阳性,抗GQ1b抗体IgG阳性^[7]。四肢肌力0级,双侧肢体肌张力下降。双侧共济运动不可查。反射系统:双侧肱二头肌反射、肱三头肌反射、膝反射、踝反射迟钝。髌阵挛及踝阵挛阴性。双侧Hoffmann、Rossolimo阴性。腹壁反射稍差。双侧病理征阴性。头MRI提示:多发腔隙性脑梗死。

1.5 诊断

中医诊断:痿证(湿热浸淫证)。辨证依据:患者长期感受外头湿邪,湿热浸淫经脉,营卫运行受阻,或郁遏生热,或痰热内停,蕴湿积热,导致湿热相蒸,浸淫筋脉,气血运行不畅,致筋脉失于滋养而成痿。《茶间·麽论》亦记载:“有渐于湿,以水为事,若有所留,居处相湿,肌肉濡溃,痹而不仁,发

为肉痿。”西医诊断:急性炎性脱髓鞘性多发神经根神经病、腔隙性脑梗死。

1.6 治疗

患者住院期间给予静点头孢曲松抗感染,静注人免疫球蛋白(H4)(25 g)调节免疫机能,给予鼻饲饮食、气压式血液循环驱动等支持治疗;12月18日,由于患者短时间无法脱机拔管,给予患者气管切开,治疗期间加强护理管理,做好气管切口及周围皮肤的护理、情志干预、潜在并发症预防,使其在治疗期间呼吸道通畅,避免痰液阻塞气道通气、褥疮、血栓性静脉炎等等风险,保持患者排便正常,促进其病情好转,患者及家属表示对治疗和护理满意。患者于2024年2月1日出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 营养评估:采用营养风险筛查量表,包括营养状况受损程度评分、疾病严重程度评分、年龄调整评分。评估总分≥3分:患者处于营养不良或营养风险,结合临床,需制定营养计划。患者入院评分为10分,属营养不良。

2.1.2 压疮风险评估:采用Brand压疮风险评估量表,该量表包含感知能力、潮湿程度、活动能力、移动能力、营养摄取能力及摩擦力和剪切力6个维度,总分为6~23分。9分及其以下为极高危风险,10~12分为高危风险,13~14分为中危风险,15~16分为低危风险。患者入院评分为12分,属高危风险。

2.1.3 肌力分级评估:采用徒手肌力测定(MMT)六级肌力记录法,5级:正常肌力;4级:肢体能对抗阻力活动,但达不到正常肌力;3级:肢体能抬起,但不能抗阻力;2级:肢体能在床面做水平移动,但不能抬起;1级:有肌肉收缩,但无肢体活动;0级:完全瘫痪,患者入院肌力0级。

2.2 护理诊断

低效性呼吸型态与呼吸肌麻痹有关;清理呼吸道无效与肌麻痹致咳嗽无力,肺部感染所致分泌物增多等有关;吞咽障碍与脑神经受损所致延髓麻痹、咀嚼肌无力及气管切开等有关;潜在自主神经功能紊乱、VAP、压疮、深静脉血栓形成、营养失调等并发症;语言沟通障碍:与气管切开,肌力下降有关;恐惧与呼吸困难、四肢肌肉弛缓性瘫痪、惧怕治疗的疼痛,担心预后有关。

2.3 护理计划

根据护理诊断拟定护理计划,低效性呼吸型

态:有创呼吸机辅助通气,呼吸机吸氧;清理呼吸道无效:按需吸痰,勤翻身叩背,遵医嘱给予抗感染,化痰等对症治疗;吞咽障碍:留置胃管,鼻饲饮食;潜在并发症:营养神经、抬高床头、及时吸痰、定期倾倒冷凝水等;压疮:2 h翻身1次,检查皮肤,使用气垫床;深静脉血栓形成:血液循环驱动,使用抗凝药物;营养失调:鼻饲肠内营养液、蛋白粉等;语言沟通障碍:患者采用口型表达,眨眼回应等实现语言沟通;恐惧:给予患者健康宣教,及时进行心理安慰;

2.4 护理措施

2.4.1 用药护理:患者入科后遵医嘱给予患者静注人免疫球蛋白(pH4)(25 g)调节免疫机能,疗程5天;甲泼尼龙琥珀酸钠240 mg冲击治疗,疗程10天;维生素B1注射液100 mg营养神经(2次/d)。用药过程中应正确使用皮质类固醇激素,避免漏用和更改药量,告知患者药物的作用、不良反应、使用时间、方法及注意事项。如使用糖皮质激素治疗时可能出现应激性溃疡所致消化道出血,应观察有无胃部疼痛不适和柏油样大便等,留置鼻胃管的患者应定时回抽胃液,注意胃液的颜色、性质;使用免疫球蛋白治疗时常导致发热、面红,减慢输液速度可减轻症状;某些镇静安眠类药物可产生呼吸抑制,应科学评估使用,以免掩盖或加重病情。

2.4.2 呼吸道护理:①给氧:患者受病情影响出现呼吸肌肌力减退的情况,引起呼吸困难,导致不同程度缺氧。故监测其血氧饱和度,血氧饱和度应保持在>95%;②吸痰:患者因支气管分泌物增多及纤毛运动减弱或消失容易导致痰液淤积,因此要及时吸痰,吸痰时动作轻柔,负压合适,方法正确,减轻对气道黏膜的损伤,减少气道出血;保持气道湿化,防止气道干燥及痰痂形成,可用复方异丙托溴铵溶液2.5 mL+吸入用布地奈德混悬液2 mL+吸入用乙酰半胱氨酸溶液3 mL,12 h雾化1次,以利于有效稀释痰液,促进分泌物排出,防止气道阻塞、坠积性肺炎或肺不张。间断给予电子纤维支气管镜下吸痰,监测患者呼吸道情况,密切关注患者生命体征改变,若发生异常立即进行动脉血气分析,清除呼吸道分泌物,并及时通知医生。机械通气期间,应严格执行VAP集束化管理:床头抬高30°,每日口腔护理2~3次;监测气囊压力,维持在25~30 cm H₂O;严格执行手卫生规范;采用主动湿化的方式,维持Y型接通处气体

温度为34~41℃,保持积水杯处于低位,及时倾倒积水,每天更换湿化罐内灭菌水,每周更换呼吸机管路或污染时及时更换。

2.4.3 皮肤护理:每日常规对切口及周围皮肤进行消毒并更换伤口周围纱布4次,纱布被污染或沁湿则随时更换。切口经常被痰液污染,易感染发炎,若发现切口周围有红肿,可给予莫匹罗星软膏涂抹(1次/d)。防止气管套管脱出,固定气管套管的系带松紧适宜,以能伸进1~2横指为标准。同时加强口腔护理,用生理盐水棉球清洁口腔,2次/d。患者腹泻,给予患者及时清洁肛周皮肤,保持干燥,肛周淹红部位给予红光照射治疗,2次/d,涂抹护臀膏。给予患者2 h翻身1次,使用气垫床预防压疮。

2.4.4 潜在并发症预防护理:①肺不张的预防及处理:肺不张是患者气管切开机机械通气常见的较严重的并发症。患者由于呼吸肌麻痹,咳嗽无力,以及机械通气后气道内干燥,下呼吸道易形成痰痂,导致段、叶甚至一侧肺不张。故应加强气道的湿化,加强拍背,吸痰,促进痰液排出,防止痂块形成。若发现呼吸音减弱或消失,提示可能有肺不张,可行气道内灌洗、吸痰,若效果不佳则尽早行纤维支气管镜下气道冲洗,清除痰痂。②压疮预防:卧床期间定时协助患者翻身,经常按摩受压部位,保持皮肤清洁,避免压疮发生。③下肢深静脉血栓预防:对双下肢进行按摩,血液循环驱动治疗,以促进血液循环。④预防便秘:对患者腹部进行中药膏摩,或使用缓泻剂,以预防便秘发生。

2.4.5 营养支持:患者因咀嚼肌无力及气管切开等原因存在吞咽功能障碍,加之疾病本身的高消耗,应加强营养供给。住院期间给予患者空肠营养管鼻饲肠内营养混悬液(sp)500 mL鼻饲泵入(每8 h1次),蛋白粉2勺子+100 mL温开水鼻饲(3次/d),保证患者的营养,提高患者的抗病能力。

2.4.6 心理护理:患者由于缺乏疾病相关知识而产生的恐惧心理,给予患者健康宣教,讲解疾病的知识、预后及已经治愈的案例,主动与患者交流,关注患者心理变化,消除患者疑虑。医务人员进行各项操作前,向患者解释相关操作的含义,患者气管切开,无法发出声音,与患者沟通时,使用提问式语句,引导患者通过眨眼进行沟通。

2.4.7 中医特色护理:①耳穴压丸。患者反应迟钝,精神差,给予耳穴压丸,将王不留行籽耳穴贴贴敷于心、神门、交感等相应穴位上,每周3次(周

一、周三、周五),每日按揉刺激相应穴位,采用直压法,每次按压3~5 min,以患者耐受为宜。耳穴压丸治疗每次留置3 d后给予患者取下。②中药膏摩。患者大便糖稀,不成型,给予中药膏摩,方用麻子仁丸加减,麻子仁20 g、芍药10 g、枳实10 g、大黄10 g、炙厚朴10 g、杏仁10 g、生地黄10 g、玄参10 g磨粉,加适量蜂蜜和水搅拌成稀糊状。将中药膏涂于患者腹部,再采用砭石仪热熨。中药膏摩可刺激胃经、脾经、任脉等经络,针对性选取中脘、神阙、天枢等穴位按揉,温中理气、活血化瘀。砭石仪加热能促进药物吸收,从而调动人体内正气,使机体血气通畅,促进胃肠功能恢复。③针刺疗法。患者肌无力,给予患者针刺,选穴:足三里,三阴交,曲池,合谷,关元,气海,阳陵泉,阴陵泉等。每次留针20 min,1次/d,10次为一疗程。④电针:上肢瘫痪取颈部夹脊穴(颈4至颈7),下肢瘫痪取腰部夹脊穴(胸12至腰5),用脉冲电针仪,选取疏波,以肌肉出现节律性收缩为宜。30 min/次,1~2次/d,10次为一疗程。

2.5 护理效果

经干预,患者末梢血氧饱和度波动在95%~100%;住院期间能与患者实现简单沟通,患者基本生活需求得到满足;患者白蛋白上升至正常水平;住院期间未发生自主神经功能紊乱、VAP、压疮、深静脉血栓形成,营养状态良好;患者呼吸道通畅,未发生痰液阻塞气道通气的情况;焦虑情绪减轻。

2.6 结果与随访

患者病情好转,双上肢肌力0级,双手拇指可稍微活动,下肢近端肌力2级,双侧膝关节及双足可稍微活动;2月15日电话随访,嘱咐其继续加强呼吸锻炼,加强康复治疗,并给予患者及家属相关康复治疗的健康宣教,嘱咐其按时复诊,注意休息,按时服药。

3 讨论

AIDP的病因尚不明确,目前认为是一种自身免疫性疾病。该病例患者脑脊液检查结果显示抗GT1a抗体IgG阳性、抗GQ1b抗体IgG阳性,根据吉兰-巴雷综合征诊治指南2023^[8],给予患者住ICU插管保护,免疫球蛋白(IVIg)冲击治疗。该病以四肢、躯干肌的对称性运动障碍或运动障碍为主要临床表现,当呼吸肌受累严重时可导致呼吸功能不全和严重缺氧,甚至出现呼吸、心跳骤停

等情况。AIDP发病急骤,病情进展迅速,发病时患者意识清楚,但自觉四肢瘫痪,难免出现恐惧、害怕等负面情绪,因此护理人员要加强心理支持,关注患者的心理状态,及时给予心理疏导,帮助患者树立战胜疾病的信心^[9-10]。AIDP病情变化快,护理人员应密切观察患者病情变化。该例患者由于肌麻痹致咳嗽无力,加之分泌物增多,容易阻塞气道,极容易出现呼吸困难缺氧的情况。针对此情况,重点在于加强气道管理,通过给予患者按时雾化、湿化气道、及时清理气道及口鼻中的分泌物等,保持呼吸道通畅,同时也有助于降低肺感染、肺不张等风险^[11]。此外,在患者卧床期间,协助患者完成生活护理,做好口腔护理,保持患者皮肤清洁,帮助患者勤翻身、叩背、更换体位,按摩肢体,采取下肢血液循环驱动理疗,在很大程度上减少了压疮及下肢深静脉血栓的发生风险^[12]。根据患者病情,给予患者个性化中医护理,通过耳穴压丸改善患者精神,中药膏摩调理肠胃,针刺、电针治疗提高肌力,积极改善患者症状,促进康复。

西医治疗能够快速对症,及时稳定患者病情,中医疗法重在调理,巩固患者体质,促进疾病康复。本案例基于患者病情,采用中医结合护理干预,取长补短,发挥中医个性化护理特色,快速缓解患者症状的同时,积极预防并发症,为患者提供全面、高质量的医疗服务。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] LYU R K, CHEN S T. Acute multiple cranial neuropathy: a variant of Guillain-Barré syndrome? [J]. Muscle Nerve, 2004, 30(4): 433-436.
- [2] WANG Q S, XIANG Y, YU K, et al. Multiple cranial neuropathy variant of Guillain-Barré syndrome: a case series [J]. Muscle Nerve, 2011, 44(2): 252-257.
- [3] BURWEN D R, BALL R, BRYAN W W, et al. Evaluation of Guillain-Barré Syndrome among recipients of influenza vaccine in 2000 and 2001 [J]. Am J Prev Med, 2010, 39(4): 296-304.
- [4] TOAMAD U, KONGKAMOL C, SETTHAWATCHARAWANICH S, et al. Clinical presentations as predictors of prolonged mechanical ventilation in Guillain-Barré syndrome in an institution

- with limited medical resources [J]. Singapore Med J, 2015, 56(10): 558-561.
- [5] YUKI N, HARTUNG H P. Guillain - barré syndrome [J]. N Engl J Med, 2012, 366(24): 2294-2304.
- [6] CHOW E, VINTCH J RE. A novel cause of acute respiratory failure: acute inflammatory demyelinating polyradiculopathy due to covid-19 infection [J]. CHEST, 2023, 164(4): A2973.
- [7] XIAO S Y, FINKIELSTEIN C V, CAPELLUTO D G S. The enigmatic role of sulfatides: new insights into cellular functions and mechanisms of protein recognition [J]. Adv Exp Med Biol, 2013, 991: 27-40.
- [8] VAN DOORN P A, VAN DEN BERGH P Y K, HADDEN R D M, et al. European Academy of Neurology/Peripheral Nerve Society Guideline on diagnosis and treatment of Guillain-Barré syndrome [J]. Eur J Neurol, 2023, 30(12): 3646-3674.
- [9] 张静, 宋秀娟, 候慧清, 等. 急性炎性脱髓鞘性多发神经根神经病和急性运动轴索性神经病的长期随访观察 [J]. 中华医学杂志, 2016, 96(25): 1987-1990.
- ZHANG J, SONG X J, HOU H Q, et al. Electrophysiological subtypes and long term prognosis of Guillain-Barré syndrome [J]. Natl Med J China, 2016, 96(25): 1987-1990. (in Chinese)
- [10] 张鸿雁, 张海峰, 王严方, 等. 急性与慢性炎性脱髓鞘性多发性神经根神经病临床与神经电生理特征分析 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2021, 24(16): 1417-1426.
- ZHANG H Y, ZHANG H F, WANG Y F, et al. Analysis of clinical and neuroelectrophysiological characteristics in acute and chronic inflammatory demyelinating polyneuropathies [J]. Chin J Pract Nerv Dis, 2021, 24(16): 1417-1426. (in Chinese)
- [11] NG A H, MOLINARES D M, GUO Y, et al. Functional impairments and rehabilitation outcomes of patients with immunotherapy-induced acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy, myasthenia gravis, and myositis [J]. Am J Phys Med Rehabil, 2021, 100(10): 1015-1019.
- [12] 白雪, 吴利娜, 王敏. 延续性护理干预对吉兰-巴雷综合征患者康复效果的临床研究 [J]. 检验医学与临床, 2020, 17(21): 3182-3184.
- BAI X, WU L N, WANG M. Clinical study on the rehabilitation effect of continuous nursing intervention on patients with Guillain-Barre syndrome [J]. Lab Med Clin, 2020, 17(21): 3182-3184. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。