

DOI: 10.12209/CAIM202406260030

· 中西医结合临床案例 ·

1 例格林巴利综合征合并吸入食物引起误吸的中西医结合护理查房

林 强

(北京市健宫医院 重症医学科, 北京, 100054)

摘要: 本文总结 1 例格林巴利综合征合并吸入食物引起误吸的中西医结合护理查房经验。格林巴利综合征是一种罕见但严重的疾病,需要综合治疗和护理,本案例中采用中西医结合的方法进行治疗。西医方面采用药物治疗和康复训练,中医方面采用针灸、穴位贴敷及穴位注射等方法。通过中西医结合治疗,患者症状得到缓解,康复效果良好。

关键词: 误吸; 格林巴利综合征; 中西医结合; 中医特色护理; 康复

Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing Ward Round for One Case of Guillain Barré Syndrome Combined with Inhalation of Food Causing Aspiration

LIN Qiang

(Department of Intensive Care Medicine, Beijing Jiangong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This article summarizes the experience of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing rounds in a case of Guillain Barré syndrome complicated with aspiration of food causing aspiration. Guillain Barré syndrome is a rare but serious disease that requires comprehensive treatment and care. In this case, a combination of traditional Chinese and Western medicine was used for treatment. Western medicine adopts drug treatment and rehabilitation training, while traditional Chinese medicine adopts acupuncture and moxibustion, acupoint application, acupoint injection and other methods. Through the combination of traditional Chinese and Western medicine treatment, the patient's symptoms have been relieved and the rehabilitation effect is good.

KEY WORDS: aspiration; Guillain Barre Syndrome; integrated traditional Chinese and western medicine; traditional Chinese Medicine characteristic nursing; recovery

格林-巴利综合征(Guillain Barre Syndrome, GBS)是一种自身免疫性、多发性周围神经病,以脱髓鞘反应为主,可累及运动神经、感觉神经和自主神经,多为急性或亚急性起病,临床表现为四肢瘫痪及呼吸肌麻痹,脑脊液检查提示蛋白细胞分离,心电图提示神经传导异常。两者合并出现,无疑增加病情的复杂性和危险性。在这样的背景下,中西医结合治疗的理念和方法,提供了一种更为全面和综合的治疗视角。中医注重整体调治和辨证施治,而西医则侧重于精确的病因诊断和针对性的药物治疗^[1-2]。因此,针对误吸合并格林巴利综合征的护理查房案例个案,采用中西医结合

的治疗方法,将是一个值得探索和实践的方向。

1 病例资料

1.1 一般资料

患者女性,75岁,主诉反复发热、咳嗽及咳痰10余天,加重伴四肢活动不利1d。现病史:患者于10d前无明显诱因出现发热,体温(T)最高38.1℃,伴咳嗽,咳痰,少量白粘痰不易咳出,周身酸痛,乏力,无意识障碍及大小便失禁。5月24日就诊于北京某医院急诊,CT胸部平扫+三维示双肺下叶多发斑片实变及磨玻璃密度灶,双肺多发微结节,双侧肺门及纵隔内多发淋巴结,于我院住

收稿日期:2024-06-26

OPEN ACCESS

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

院治疗;5月31日患者症状好转后出院,回家后自述周身乏力,四肢活动不利,6月1日再次就诊我院,查血常规示白细胞(WBC) $4.26 \times 10^9/L$, CRP42.30 mg/L,胸部CT与2024年5月24日对比,右肺下叶实变范围较前增大,左下肺病变较前略减轻,考虑炎症可能。头部CT示双侧基底节区腔隙性脑梗死可能,老年性脑改变,空蝶鞍可能,为求进一步诊治以“肺部感染”收住院治疗,患者于2024年6月2日转入ICU继续治疗。

刻下症:精神可,咳嗽、咳痰,乏力,食纳差,睡眠差,大便干燥,体重较前无明显变化。既往史:既往曾有胃出血病史;三叉神经痛病史^[3];冠状动脉粥样硬化性心脏病病史多年;便秘、贫血多年;发现双侧颈动脉内中膜增厚并斑块形成1周,诊断二尖瓣返流(轻度)、三尖瓣返流(轻度)、主动脉瓣返流(轻中度)1周,否认其他过敏史。

1.2 体格检查

中医四诊:神色形态:神色自如,面色少华,精神可,形体正常,动静姿态;语声气味:语声清,无异常气味;舌象脉象:舌淡红,苔薄白,脉浮数。查

体示患者体温(T)36.7℃,脉搏(P)68次/min,呼吸(R)19次/min,血压(BP)119/63 mm Hg,疼痛评分0分。一般状况:消瘦明显,神志清楚,言语流利,被动体位,查体欠合作,对答切题。肺部听诊:双侧肺听诊呼吸音粗,可闻及干湿性啰。四肢、脊柱:下肢无指凹性水肿,双上肢肌力2级,双下肢肌力1级。

1.3 诊断

辅助检查:胸部CT示双肺下叶实变、磨玻璃影,右肺下叶实变范围较前增大,左下肺病变较前略减轻,考虑炎症可能,双侧肺门及纵隔内多发淋巴结,部分较前略增大,右侧胸腔少量积液;头部CT示双侧基底节区腔隙性脑梗死可能,老年性脑改变,空蝶鞍可能。中医诊断:咳嗽,风寒袭肺证;西医诊断:肺部感染,右侧胸腔积液,腔隙性脑梗,三叉神经痛,冠状动脉粥样硬化性心脏病,二尖瓣返流(轻度),三尖瓣返流(轻度),主动脉瓣返流(轻中度)。

1.4 治疗

本例患者具体治疗过程,详见表1。

表1 治疗过程

时间	治疗措施及过程
2024年6月1日	入呼吸科予一级护理,氧气吸入;头孢哌酮舒巴坦抗感染,氨溴索化痰,维持水电解质平衡,肠内营养液口服改善营养,口服药物等对症治疗;中药汤剂治以疏风散寒,宣肺止咳,方用三拗汤和止嗽散加减,1剂/d,分两次温服 ^[4] ;耳穴压丸治疗(肾、肺、大肠、神门、交感)补肺气止咳,穴位贴敷治疗(肺腧、天突、膻中)补肺气止咳 ^[5-6]
2024年6月2日	患者晨起进食后出现恶心、呛咳,心率(P)35次/min,呼吸(R)26次/min,血压(BP)112/76 mm Hg,末梢氧饱和度40%;口唇紫绀,口腔内可见食物残渣及黄褐色胃内容物,双肺可闻及干湿啰音,四肢末梢冰凉;立即予患者吸痰,可吸出大量食物残渣及胃内容物;予球囊辅助通气,尼可刹米注射液静注兴奋呼吸肌,甲泼尼龙琥珀酸钠40 mg静滴抗炎解痉,考虑误吸,Ⅱ型呼吸衰竭,予更换高流量吸氧,患者家属同意立即给予气管插管;转入ICU,入科后立即连接呼吸机辅助呼吸,昏迷状态,下颌式呼吸,予以多巴胺泵入维持血压,积极建立静脉通路,留置右颈内静脉置管;行床旁电子支气管镜检查,清除呼吸道食物残渣后,患者呼吸转平稳、外周血氧饱和度可达100%;予以患者去甲肾上腺素持续泵入维持血压,适当补液;患者吸入性肺炎诊断明确,予美罗培南抗感染治疗,甲泼尼龙琥珀酸钠抑制炎症反应;留置胃管行肠内营养,奥美拉唑抑酸护胃等对症治疗;患者神志转为清楚,双肺呼吸音粗,未闻及明显干湿啰音,四肢肌张力0级;请脑病科会诊,会诊不除外格林巴利-吉兰巴雷综合征
2024年6月3日	患者误吸后出现TNI增高,肌钙蛋白I(cTnI)1.41 ng/mL,心电图动态改变,既往冠心病史多年,考虑急性非ST段心肌梗死
2024年6月4日	经患者及家属知情同意后行腰椎穿刺术,请康复医学科会诊,四肢肌力0级,肌张力低下,双侧病理征阴性,康复诊断吉兰巴雷综合征;建议可行康复治疗维持正常关节活动度,预防关节挛缩等常见并发症 ^[7]
2024年6月5日至9日	予人免疫球蛋白0.4g/kg/d支持治疗 ^[8]
2024年6月7日	请针灸科会诊,四肢肌力0级,肌张力1级,诊断为痿证(痰瘀阻络)予以针灸治疗,豁痰祛瘀,疏通经络,改善肢体活动不利的症状 ^[9]
2024年6月11日至13	予氯化钠注射液100 mL+甲泼尼龙500 mg,1次/d,激素药物冲击治疗法
2024年6月12日至15日	经治疗,患者四肢肌力较前好转,上肢可屈曲,触及面部,下肢肌肉收缩至大腿,四肢无肌张力
2024年6月20日	四肢肌力较前好转,上肢肌力1+级,下肢肌力1级;予患者脱机,并拔除气管插管,观察30 min后患者无不适,继续严密监测生命体征
2024年6月25日	四肢肌力较前好转,双上肢肌力3级,双下肢肌力2级,患者病情好转,转至康复医院继续治疗

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 机械通气护理

患者应用呼吸机机械通气时,根据患者病情优先选用呼气末正压通气模式,并使用密闭吸痰管吸痰,保持连续性呼吸,以利于血压、血氧饱和度处于稳定状态;在吸痰过程中,为预防患者出现躁动而引发坠床等不良事件,可在吸痰前做好保护性约束措施;调节床头高度 $20^{\circ}\sim 30^{\circ}$,下肢抬高 $15^{\circ}\sim 20^{\circ}$,以增加回心血量,改善脑血流量,有助于减轻组织缺氧;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。在机械通气期间,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,严格执行手卫生规范,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。

2.1.2 昏迷程度评估

采用格拉斯哥昏迷评分法(GCS)评估患者昏迷程度,量表包括睁眼反应、语言反应和肢体行动3个方面。分数越高,代表昏迷程度越低,分数越低,代表昏迷程度越严重;得分14分以上代表意识清醒,13~14分代表轻度昏迷,9~12分代表中度昏迷,3~8分代表重度昏迷,低于3分提示可能存在脑死亡。

2.1.3 肌张力评估

采用改良Ashworth分级评定量表进行肌张力评估,其中,0级:肌张力无增加;Ⅰ级:肌张力轻度增加,受累部分被动屈伸时,关节活动范围(ROM)之末时呈现最小阻力或突然出现的卡住和放松;Ⅱ级:肌张力较明显增加,通过ROM的大部分时,肌张力均明显增加,但受累部分能容易的移动;Ⅲ级:肌张力严重增高,被动运动困难;Ⅳ级:强直,受累部分被动屈伸时呈强直状态而不能动。

2.1.4 肺部感染评估

采用肺部感染评分(CPIS)评估患者肺部感染情况,该评分系统包括对患者体温、血常规、气道分泌物、气体交换指数及医学影像学的综合评价,其具有评估全面的优势。每项0~2分,总分为0~10分。

2.1.5 心理评估

因本病为急性或亚急性发病,病程长、恢复

慢,患者意识清醒,对自己的现状无能为力,易产生悲观绝望心理,产生焦虑。

2.2 护理诊断

低效性呼吸形态,与格林巴利综合征导致的呼吸肌无力、神经肌肉受累、缺氧、清理呼吸道无效有关;吞咽障碍与脑神经受损所致延髓麻痹、咀嚼肌无力等有关;肢体活动障碍,与四肢瘫痪有关;焦虑与沟通障碍、缺乏家人陪伴、对疾病预后及经济情况担忧有关;患者存在深静脉血栓形成、营养失调、压力性损伤及自理能力缺陷等潜在并发症。

2.3 护理计划

结合患者实际,制定如下护理计划:维持呼吸功能:通过监测呼吸状况和必要时提供呼吸支持;保持皮肤完整性:通过定期翻身和适当的皮肤护理预防压力性损伤,早期按摩瘫痪肢体,保持功能位,使用夹板固定足下垂,进行主动和被动运动,针灸、理疗等;避免患者焦虑:予阶梯式心理护理;减少误吸风险:能自主呼吸,安全进食,舒适度增加;保持呼吸道通畅:及时清理呼吸道分泌物,予合适的体位。

2.4 护理实施

2.4.1 一般护理

病情稳定后加强锻炼,进行关节活动锻炼。对于完全性肢体乏力的患者,护理人员要定时帮助其活动,特别是双下肢,以预防深静脉血栓和关节僵直。采用同理心护理,予眼神交流,单向沟通法;在心理干预基础上,予头部运动的特指令,采用双向沟通法及多途径沟通法^[10]。对于乏力的患者,特别是累及呼吸肌的患者,要注意定期翻身拍背,预防压疮。对于存在饮水呛咳、吞咽困难的患者,应安置胃管,避免误吸导致的肺部感染或窒息。清理呼吸道,评估患者呼吸频率、深度及呼吸困难变化,床头备吸引器,适时吸痰。

2.4.2 中医辨证施护

2.4.2.1 针灸:针灸是中医治疗格林巴利综合征的重要手段之一。通过辨证施护,根据患者的具体症状选择相应的穴位进行针灸治疗,常用的穴位包括百会、风池、肩髃、曲池、合谷、足三里等。

2.4.2.2 穴位贴敷

穴位贴敷是一种将中药制成贴剂,贴在特定穴位上的治疗方法。对于格林巴利综合征患者,可选择具有温经通络、活血化瘀作用的中药,如川芎、丹参、桃仁等,贴敷在肩髃、曲池、足三里等穴位上。

2.4.2.3 穴位注射

穴位注射是将中药注射到特定穴位上的治疗方法。对于格林巴利综合征患者,可选择具有营养神经、促进神经修复作用的中药注射液,如维生素B12、甲钴胺等,注射到肩髃、曲池、足三里等穴位上^[11]。

2.4.3 康复护理

康复治疗是格林巴利综合征患者综合治疗的重要组成部分。中医康复治疗包括按摩、推拿、康复训练等,通过按摩和推拿可改善局部血液循环,促进神经功能的恢复。康复训练包括肌力训练、平衡训练及协调训练等,帮助患者恢复运动能力和日常生活能力。

2.5 护理评价

患者转入我科后积极完善相关检查,遵医嘱行中西医结合护理,通过加强并发症预防、用药护理、心理护理及中医特色护理等,有效预防并发症,患者未出现感染加重,且较入科前明显好转。患者保持良好心态,且积极配合治疗,通过加强安全防护,未发生不良护理事件。经过连续的观察与治疗,该患者拔除气管插管,已于2024年06月25日转至康复医院。

3 查房过程

3.1 查房目标

确保患者得到全面、有效的护理服务,提高患者的生活质量和康复效果。通过细致的病情评估、护理措施实施与效果评估、药物治疗与观察、中西医结合护理、康复训练与指导、心理支持与健康教育以及沟通与协调等方面的工作,更好地满足患者的需求,为患者提供更好的护理服务。同时,不断改进和提高自身的护理技能和服务水平,以更好地适应患者和家属的需求和期望,增加医患粘性,实现医疗护理服务的可持续发展。

3.2 查房组织

由科主任指导组建,成员有主治医师、护士长、重症专科护士、责任护士、康复师、呼吸治疗师及营养师等组成,于2024年6月26日在科主任、护士长的带领下,深入了解患者的病情,予以患者制定详细的治疗方案,遵循中医四诊原则进行整体性护理评估,确认护理诊断,并根据护理诊断进行合适患者的护理措施,予患者更高级的生命支持及情志护理。

3.3 查房评价

通过此次护理查房,护理同仁对于查房过程

中存在的护理难点展开分析与讨论,主要在管理病人期间,患者存在低效性呼吸形态,格林巴利综合征导致患者呼吸肌无力、神经肌肉受累,需重点关注患者的气道保护,患者因疾病留置胃管,有营养缺乏的可能,患者体重较少,患者皮肤护理有一定的困难,需进一步加强。

4 讨论

GBS发生后,呼吸肌麻痹、感染等是最常见也是最危险的并发症,医护人员一定要严密的观察病人病情变化,及时报告医生。因不同患者气道情况不尽相同,只有给予个体化气道管理才能事半功倍,合理地运用罗伊模式指导护理实践及阶梯式心理护理。及时给予患者心理疏导,关心患者,讲解疾病的常识,帮助患者正确认识疾病,解除心理负担。中医认为随着年龄的增长,肝肾阴虚,脾胃虚弱,GBS会极大地消耗患者的元气,格林-巴利综合征中医治疗的特点是对不同证型的患者采用适当的治疗方案。本病例显示,针灸、康复、穴位贴敷及穴位注射结合治疗GBS患者肢体肌肉无力的症状有所缓解。治疗前,该患者的四肢肌力均为0级,但在治疗后该患者双上肢肌力可达到3级,双下肢肌力可达到2级,可见针灸可以调节气血,促进神经系统的修复;穴位贴敷可补肺气止咳,促进康复;穴位注射可直达病所,发挥治疗作用。通过中西医结合治疗,患者症状得到缓解,康复效果良好,但仍需要根据患者的实际情况辨证施护。

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] 王综艺,张成成,单亚莉,等. 中医治疗格林-巴利综合征的研究现状[J]. 光明中医, 2023, 38(5): 859-862.
WANG Z Y, ZHANG C C, SHAN Y L, et al. Research status of guillain-barre syndrome treated by traditional Chinese medicine[J]. Guangming J Chin Med, 2023, 38(5): 859-862. (in Chinese)
- [2] 贾晓倩,马云枝,汤银芳. 格林巴利综合征的中医分期论治经验[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(3): 1455-1457.
JIA X Q, MA Y Z, TANG Y F. Experience in treating Guillain-Barre syndrome by stages of traditional

- Chinese medicine [J]. *China J Tradit Chin Med Pharm*, 2022, 37(3): 1455–1457. (in Chinese)
- [3] 董巧巧, 王俊冈, 王敬亭, 等. 三叉神经损伤致神经营养性角膜炎的临床特征及治疗分析[J]. *中华眼科杂志*, 2021, 57(2): 126–132.
- DONG Q Q, WANG J G, WANG J T, et al. Clinical characteristics and curative effect analysis of neurotrophic keratitis caused by trigeminal nerve injury [J]. *J Command Contr*, 2021, 57(2): 126–132. (in Chinese)
- [4] 党福林. 中药成功治疗重症格林—巴利综合征一例报告[J]. *青海医药杂志*, 2019, 49(4): 76–77.
- DANG F L. Successful treatment of severe guillain-barre syndrome with traditional Chinese medicine: a case report [J]. *Qinghai Med J*, 2019, 49(4): 76–77. (in Chinese)
- [5] 刘迪. 宣肺止咳方联合耳穴压豆治疗感冒后咳嗽(风寒恋肺证)患者的临床疗效观察[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2023.
- [6] 杨建忠, 乔志宏. “穴位贴敷”联合补肺化痰汤治疗慢性阻塞性肺疾病临床研究[J]. *现代中医药*, 2020, 40(4): 80–82.
- YANG J Z, QIAO Z H. Clinical study on the treatment of chronic obstructive pulmonary disease by acupoint application combined with Bufei Huayu decoction [J]. *Mod Tradit Chin Med*, 2020, 40(4): 80–82. (in Chinese)
- [7] 计慧宁, 聂贝贝, 翟会民. 阶梯式早期运动和呼吸功能康复训练对重症格林—巴利综合征机械通气治疗患者神经功能、肌力水平的影响[J]. *内科*, 2021, 16(5): 671–673.
- JI H N, NIE B B, ZHAI H M. Effect of stepwise early movement and respiratory function rehabilitation training on the levels of nerve function and muscle strength of patients with severe Guillain-Barré syndrome treated by mechanical ventilation [J]. *Intern Med*, 2021, 16(5): 671–673. (in Chinese)
- [8] 牛慧莉. 免疫球蛋白联合糖皮质激素治疗格林—巴利综合征的价值[J]. *大医生*, 2023, 8(19): 8–10.
- NIU H L. The value of immunoglobulin combined with glucocorticoid in the treatment of guillain-barre syndrome [J]. *Doctor*, 2023, 8(19): 8–10. (in Chinese)
- [9] 万健民, 苗冲. 针灸推拿治疗格林—巴利综合征 1 例[J]. *实用中医药杂志*, 2019, 35(5): 623.
- WAN J M, MIAO C. A case of guillain-barre syndrome treated by acupuncture and massage [J]. *J Pract Tradit Chin Med*, 2019, 35(5): 623. (in Chinese)
- [10] 张梦如, 陶宝鸿, 韩秋花. 阶梯式心理护理对突发性聋患者焦虑抑郁情绪、睡眠质量的影响[J]. *中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志*, 2023, 31(1): 56–59.
- ZHANG M R, TAO B H, HAN Q H. Effects of stepwise psychological nursing on anxiety, depression and sleep quality of patients with sudden deafness [J]. *Chin J Otorhinolaryngol Integr Med*, 2023, 31(1): 56–59. (in Chinese)
- [11] 彭艳霞, 唐明, 陈天龙, 等. 交叉电项针结合吞咽训练对脑卒中后气管切开患者吞咽功能及肺部感染的影响[J]. *广州中医药大学学报*, 2022, 39(1): 83–87.
- PENG Y X, TANG M, CHEN T L, et al. Effects of nape cross-electrifying electroacupuncture combined with swallowing function training on swallowing function and pulmonary infection in post-stroke patients with tracheotomy [J]. *J Guangzhou Univ Tradit Chin Med*, 2022, 39(1): 83–87. (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。