

重症肌无力患者胸腺切除术后危象的护理

鲍娟 唐丽玲 周全 袁莉萍 鲁卫华

(皖南医学院弋矶山医院,安徽 芜湖 241001)

摘要 总结了 63 例重症肌无力行胸腺切除治疗的围术期护理,并观察围术期发生危象的特点。护理重点包括严密病情监测,做好用药指导,适时实施有创无创序贯通气,选择正确的呼吸治疗方式及参数设置,加强感染预防及相关并发症的观察和护理。本组 63 例患者中 19 例出现腹痛腹泻不适,5 例术后出现肌无力危象,其中 1 例发生反拗危象,3 例因肺部感染而诱发。5 例中 3 例采用面罩、2 例采用头罩行无创通气序贯脱机。所有患者均经治疗及良好护理后治愈。

关键词 重症肌无力; 胸腺切除术; 术后危象; 护理

Keywords Myasthenia gravis; Thymectomy; Post-operative crisis; Nursing

中图分类号: R473,R746.1 文献标识码: B DOI: 10.16821/j.cnki.hsjx.2016.05.018

重症肌无力(Myasthenia gravis, MG)是一种累及神经肌肉接头、影响神经肌肉传递功能的自身免疫性疾病,临床表现为骨骼肌乏力及易疲劳,活动后加重,经休息或使用胆碱酯酶抑制剂后缓解^[1]。在重症肌无力患者中约有 75%~95% 的患者胸腺切除后病情可得到缓解和改善^[2],手术切除胸腺是治疗此类疾病的重要手段,然而手术是诱发术后危象的重要因素^[3]。部分患者术后发生肌无力症状加重甚至出现呼吸衰竭威胁生命,严重威胁患者生命安全,同时增加住院时间及住院费用。因此,对 MG 患者进行危象预防、及早发现诊治及进行有效护理干预至关重要。本文分析总结 2007 年 1 月—2014 年 2 月本院收治并确诊为重症肌无力行胸腺切除治疗的 63 例患者的围术期护理方法,并观察围术期发生危象的特点,为临床对患者提供细致的病情观察及护理提供参考,现报告如下。

1 临床资料

选择我院 2007 年 1 月—2014 年 2 月收治并确诊为重症肌无力行胸腺切除治疗的 63 例重症肌无力患者为研究对象,其中男性 28 例,女性 35 例,年龄 7~67 岁,平均(35.60±14.82)岁,病程 1 月~2 年,体质量 21~85 kg,身高 115~182 cm,采用美国重症肌无

力协会(Myasthenia Gravis Foundation of America, MGFA)临床分型法^[4]分型:其中 I 型 33 例,II a 型 14 例,II b 型 11 例,III a 型 1 例,III b 型 3 例,IV a 型 1 例。患者术前均使用胆碱酯酶抑制剂或联合糖皮质激素控制肌无力症状,19 例患者在使用胆碱酯酶抑制剂后出现腹痛腹泻不适。63 例患者中有 5 例术后出现肌无力危象,其中 1 例危象控制后再次发生反拗危象,3 例因并发肺部感染诱发。5 例患者均采用气管插管机械辅助通气,并采取有创无创序贯通气脱机,其中 3 例采用面罩,2 例采用头罩行脱机治疗。所有患者因监护处理措施及时、治疗得当及良好护理后均治愈出院。

2 护理

2.1 病情监测 重症肌无力危象(Myasthenic Crisis, MC)指在某些诱因下出现的危及生命的严重呼吸困难状态,是 MG 最为严重的并发症;临床上分为 3 种类型:肌无力危象、反拗危象、胆碱能危象,其中以肌无力危象最为常见。肌无力危象多与感染、胆碱酯酶抑制剂用量不足、术前肌无力危象史等相关;胆碱能危象则因胆碱酯酶抑制剂用量过大所致乙酰胆碱在神经肌肉接头处过多蓄积,注射新斯的明后症状不缓解反而加重,常表现为慢心率、恶心、呕吐、瞳孔缩

基金项目:安徽省卫生厅医学科研项目(编号:2010C066)

作者简介:鲍娟(1973—),女,安徽,本科,副主任护师,研究方向:重症护理

通信作者:鲁卫华, E-mail:lw683@126.com

小、腹痛、腹泻、多汗、流涎等毒蕈碱样反应^[5]；反拗危象是 MC 中极少见的一种，患者常在用药期间出现对药物的反应性及敏感性降低，致全身肌无力、呼吸肌麻痹，主要见于全身型 MG 患者。发生 MC 时正确及时地鉴别危象的类型是救治成功的关键。在病情观察方面应注意观察患者口腔气道分泌物量、瞳孔大小、心率、呼吸频率、呼吸运动、出汗情况、胃肠运动功能以及用药后反应，定时肺部听诊注意呼吸音性质变化，为医生提供准确的病情变化信息。无论何种危象，均有呼吸急促无力、呼吸困难、紫绀等低氧血症表现，应进行心率、血压、脉氧连续监测，注意适宜的气道管理，定时翻身拍背吸痰、给氧、保持呼吸道通畅，备好呼吸气囊、口咽通气道、气管插管设备，开放气道及早予以机械辅助通气是危象救治成功的关键。本组 63 例胸腺切除患者中有 5 例出现肌无力症状加重，呼吸急促、大汗，经吸氧治疗血氧饱和度不能维持在 90% 以上，考虑患者出现肌无力危象，予以紧急气管插管机械辅助通气、祛痰、抗感染、调整胆碱酯酶抑制剂及激素用量、静滴免疫球蛋白等治疗后缓解。其中 1 例患者撤机后再次出现呼吸困难、肌无力症状加重，此时患者已无明显感染征象，而静脉注射新斯的明后症状无缓解，考虑出现反拗危象，予以停用抗胆碱酯酶药，行气管插管机械通气治疗，并经激素冲击治疗后病情好转、顺利撤机。

2.2 用药指导及护理 部分 MC 的发生与用药不当有关，多粘菌素类、氨基糖苷类、四环素类抗生素、镇静药、阿片类镇痛药、神经肌肉阻滞剂等可致肌无力症状加重，应尽量避免使用，必须使用此类药物时，应严格遵医嘱并严密观察用药后反应，如出现肌无力症状加重应及时报告医生。MG 患者服用胆碱酯酶抑制剂，需采用准确的剂量及用药时间才能最大发挥药物作用，如剂量不足会加重肌无力症状诱发危象，剂量过大又会引起毒蕈碱样反应，甚至导致胆碱能危象；对于可经口饮食患者，嘱进食前 30 min 服药，待药物起效后进食，以半流质或流质为宜；对于存在构音障碍、吞咽功能障碍等症状的患者，直接给予管饲，管饲患者可于进食后 30 min 给予抗胆碱酯酶药，避免肠道蠕动亢进致营养物质丢失^[6]；一旦患者用药后出现心率减慢、恶心、呕吐、瞳孔缩小、腹痛腹泻、多汗、流涎等反应可给予阿托品或长托宁拮抗。本组 63 例患者中有 19 例服用胆碱酯酶抑制剂后出现腹痛、腹泻不适，报告医生后予以肌注长托宁后缓解；1 例患者反复出现肌无力症状，考虑吡啶斯的明半衰期只有 3.3 h，报告医师后将剂量由 q6 h 口服 90 mg 调

整为 q4 h 口服 60 mg 后症状缓解。危象患者常应用大剂量激素冲击和/或联合免疫球蛋白冲击治疗，因大剂量激素可致高血糖、急性胃黏膜损伤出血、电解质紊乱、肌无力症状加重等副作用，同时个别患者输注免疫球蛋白会出现过敏反应，所以在用药过程中应严密观察胃液和大便颜色、有无异常反应，并给予抑酸、监测控制血糖、纠正电解质紊乱。本组所有患者经抑酸处理均未出现消化道出血征象。

2.3 呼吸治疗的护理 肺部感染是术后危象最常见诱因^[7]，感染诱发危象，危象加重感染，所以防治感染是防治危象的重要环节。MC 患者常表现肌无力、呼吸困难、气道分泌物增多，患者均需机械辅助通气治疗，应严密观察呼吸机参数变化并熟练掌握呼吸机常用方法及故障处理。有创机械通气时，因失去正常生理屏障保护，需做好气道加温湿化，防止低温致气道痉挛以及气道干燥致痰液黏稠，定时翻身并振动排痰，及时吸痰防止气道梗阻；为防止咽部细菌进入气道，使用气囊测压表测量囊内压，保持有效囊内压在 25~30 cm H₂O，每 6 h 放气一次，每次 5 min，即可防止气道黏膜受压缺血坏死，放气前尽量清除声门下分泌物，吸痰时严格无菌操作，遵循先气道后口腔，充分吸尽气道及口鼻处分泌物，吸痰后及时膨肺防止肺不张；妥善固定呼吸机管道及人工气道防止管道打折、脱落，并每周更换消毒，及时清倒管道中冷凝水，防止体位改变时反流入气道。

随着呼吸支持技术的发展，无创通气已在急慢性呼吸衰竭、慢性神经肌肉疾病所致呼吸衰竭中取得良好疗效，可减少呼吸机相关性肺炎，帮助有创通气的脱机治疗，避免呼吸机依赖^[8]。选择合适大小的面罩，避免发生漏气是无创通气治疗成功的保证。然而口鼻罩舒适性差，患者难以耐受，长期使用可导致鼻部皮肤压伤。近年来一种新的用于无创通气的头盔式头罩，在一定程度上解决了鼻或面罩通气存在的上述问题，提高了患者的依从性及舒适性。我们通过测量患者颈围大小选择尺寸合适的头罩，可确保呼吸回路的密闭性，降低漏气的发生率。呼吸机参数设定为：N-PSV 模式，流量触发 2 L/min，PS 12 cm H₂O，PEEP 8 cm H₂O。Moerer^[9] 研究发现，高水平的 PEEP 和 PS 可以降低头罩充盈的延迟时间。容控模式时头罩需要较高的送气流速（40~60 L/min）才能降低 CO₂ 重复呼吸，压控模式下需将压力上升速率调至最大，才能保证头罩充分充盈。使用过程中我们发现当 PEEP ≤ 8 cm H₂O 时，患者呼气末头罩出现塌陷变形，吸气初患者胸廓运动与呼吸机送气存在明显

滞后,治疗过程中需保持 PEEP 在 8 cm H₂O 以上。本组 5 例术后危象患者均使用有创无创序贯脱机,其中 3 例采用面罩、2 例采用头罩行无创机械通气治疗,1 例患者因无法耐受面罩而后改为头罩通气。通气过程中 45°~60°半卧位可以减少漏气的发生,同时可以缓解无创通气造成的胃胀气不适。无创通气时加温加湿会致面罩或头罩布满雾气,致患者胸闷不适,降低患者舒适度,所以在使用无创通气时不宜使用湿化罐加温加湿,可在无创通气期间适量饮水间断通气,增加患者对无创通气耐受度。

2.4 基础护理 有创正压通气易导致呼吸机相关性肺炎(VAP)的发生^[10],其病死率约为 33%~71%。MG 患者多长期口服激素,口咽部细菌定植和误吸是 VAP 的常见诱因,定植在患者口咽部的细菌通过误吸进入气道,患者因防御机制弱,不能清除病原菌,引起肺部感染。本组有 3 例因肺部感染诱发肌无力危象,因此加强口腔护理,减少口咽部细菌定植,对预防 VAP 具有重要意义。持续仰卧位会增加反流误吸的风险,如无禁忌,有创通气患者床头抬高 30°~45°,同时每日口咽部护理 2~3 次,减少细菌定植,预防 VAP 的发生。为改善 MG 患者肌无力症状,患者均使用了胆碱酯酶抑制剂,它改善肌无力症状的同时可引起毒蕈碱样症状,致呼吸道分泌物增加、流涎,增加肺部感染发生率,而肺部感染是诱发危象的最常见高危因素,应指导并鼓励患者有效咳嗽及练习扩胸运动,以促进痰液排除,增加肺活量,降低肺部感染、肺不张的发生率。对于汗液多的患者,需勤用温水擦拭,更换病服被单等,使患者舒适;对于全身肌力减退的患者要求定时翻身拍背,及时清理口腔分泌物,避免感染、疲劳诱发危象;在医疗操作时注意耐心向患者解释病情,消除紧张恐惧心理。饮食上给予高蛋白、高热量、高维生素、易消化的流质;管饲患者管饲前应核实营养管位置,避免营养管误入气道,注意肠内营养的温度及输注速度,防止反流误吸及消化不良。

2.5 心理护理 重症肌无力危象时由于病情进展迅速,患者神志清楚,却呼吸困难,导致多数患者存在焦虑、恐惧、濒死感,而过度紧张、焦虑、恐惧可加重危象,影响疾病的治疗,因此我们要细心耐心地向患者解释病情,及时有效地沟通,鼓励并消除患者的焦虑、恐惧心理,保持良好的心理状态;气管插管或切开患者因无法语言交流,应注意患者的非语言行为,及时发现其表达的需求。我们通过手势、动作或文字书写建立有效的沟通渠道,及时了解患者的心理状态,有针对性地疏导,使患者配合治疗。

3 小结

重症肌无力患者由于特殊的病理生理,术后在某种诱因下可出现病情恶化。胆碱酯酶抑制剂可引起呼吸道分泌物增加,加上术后患者咳嗽能力减弱,增加术后肺部感染发生率,诱发呼吸困难导致危象,多需要接受机械通气治疗。加强气道管理是治疗成功的关键。在临床工作上需严密观察病情变化,及时给予正确的救治及护理,可使患者转危为安。本研究中,我们对患者进行了严密地病情观察及监测,提供正确的用药指导及细致的呼吸道管理,5 例危象患者病情均得到有效控制并康复出院。

参 考 文 献

- [1] Dan D, Bart P A, Novy J, et al. Double seronegative myasthenia gravis with antiphospholipid syndrome: a case report [J]. J Med Case Rep, 2014,8(1):2.
- [2] 梁胜景,林辉,贺福榜.重症肌无力胸腺切除术后发生危象的原因及对策[J].医学文选,2005(04):467-469.
- [3] 宋金辉,徐金枝.218例重症肌无力危象的临床分析[J].卒中与神经疾病,2005(05):269-271.
- [4] Jaretzki A 3rd, Barohn RJ, Ernstoff RM, et al. Myasthenia gravis: recommendations for clinical research standards. Task force of the medical scientific advisory board of the Myasthenia gravis foundation of America [J]. Ann Thorac Surg, 2000,70(1):327-334.
- [5] Hetherington KA, Losek JD. Myasthenia gravis: myasthenia vs. cholinergic crisis [J]. Pediatr Emerg Care, 2005, 21(8): 546-548.
- [6] 金静芬,叶小云,姚梅琪.68例重症肌无力患者的药源性损伤与护理[J].中华护理杂志,2008(03):256-257.
- [7] Yu S, Lin J, Fu X, et al. Risk factors of myasthenic crisis after thymectomy in 178 generalized myasthenia gravis patients in a five-year follow-up study [J]. Int J Neurosci, 2014, 124(11):792-798.
- [8] 何为群,桑岭,刘晓青,等.无创机械通气在胸腺切除术后肌无力危象患者中的应用[J].中国呼吸与危重监护杂志,2014(03):250-253.
- [9] Moerer O, Fisher S, Harteh M, et al. Influence of two interfaces for noninvasive ventilation compared to invasive ventilation on the mechanical properties and performance of a respiratory system: a lung model study [J]. Chest, 2006, 129: 1424-1431.
- [10] Metheny N A, Clouse R E, Chang Y H, et al. Tracheobronchial aspiration of gastric contents in critically ill tube-fed patients: frequency, outcomes, and risk factors [J]. Crit Care Med, 2006,34(4):1007-1015.

(收稿日期:2015-08-21)