

黏稠度并采取相应的护理措施。

#### 参考文献:

- [1] 顾恺时. 胸心外科手术学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1985:623-627.
- [2] 屠一强,倪国兴,费苟,等. 食管癌术后喉返神经损伤的防治[J]. 上海医学,1998,21(3):361-362.
- [3] 王建荣,张黎明,韩忠福,等. 不同雾化吸入方案对肺切除患者术后痰液黏弹性的影响[J]. 中华护理杂志,2003,38(7):502-503.
- [4] 王珏. 外科护理学[M]. 北京:化学工业出版社,1990:768-

771.

- [5] 王玉春,李冰梅. 胸心外科术后患者有效排痰方法的探讨[J]. 实用全科医学,2008,6(2):256-258.
- [6] 姜安丽. 新编护理学基础[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:335-338.
- [7] 蒋桂花,杨蓓. 老年食管癌患者行三切口根治术的围手术期护理[J]. 华北煤炭医学院学报,2010,12(1):96-97.
- [8] 黄秀英,辛明珠. 食管癌三野清扫术围术期护理[J]. 护理研究,2009,23(8):984-985.

(收稿日期:2010-12-10 修回日期:2011-02-10)

#### • 临床护理 •

## 应用奥伦自理理论护理 1 例胸腺瘤伴重症肌无力患者体会

林 莉,夏 梅

(第三军医大学西南医院胸心外科,重庆 400038)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.12.025

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)12-1197-02

重症肌无力主要是由乙酰胆碱受体抗体介导的,针对神经肌肉接头处突触后膜上乙酰胆碱受体的自身免疫性疾病<sup>[1]</sup>。发病常从一组肌肉开始,逐步累及其他肌群。眼外肌受累为最常见首发症状,表现为上眼睑下垂、斜视。严重者因呼吸肌受累而致呼吸困难<sup>[2]</sup>,此时常收入 ICU 治疗。2010 年本科收治了 1 例胸腺瘤合并重症肌无力患者,间断行机械通气累计达 3 个月,在护理过程中应用奥伦自理理论<sup>[3]</sup>,根据疾病发展针对性应用不同护理系统,最终使其成功脱机,且未发生肺部感染、褥疮等并发症。现将护理体会报道如下。

### 1 临床资料

患者,男,31 岁。因四肢无力伴眼睑下垂 1 年余,加重伴进食困难、呼吸困难 1 周收入本科。完善各项检查后于 2010 年 6 月 9 日在全麻下行纵隔肿瘤切除术,术后病理检查为:(前纵隔)胸腺瘤(B2 型)。术后转 ICU 治疗,因肌无力症状,给予呼吸机辅助,血浆置换,口服溴比斯的明及抗炎对症支持治疗。因需持续呼吸机辅助呼吸,于 2010 年 6 月 17 日行气管切开,经呼吸锻炼,对症支持治疗,成功脱机,于 2010 年 9 月 3 日出院。

### 2 护 理

患者因肌无力症状,术后转 ICU 监护,遵医嘱予心电监护及机械通气,执行完常规医嘱后,应用奥伦自理理论为框架评估患者的自理能力和自理需要,设计恰当的护理系统,建立护理计划,按计划实施护理活动,最后评价护理效果。

#### 2.1 护理评估

**2.1.1 自理能力** 急性期患者呼吸困难,进食困难,疲乏,活动受限,无自理能力。

恢复期患者呼吸功能好转,能自行进食,能在床上活动,靠床坐立,能通过书写与他人交流,易疲乏,活动无耐力。具有一定自理能力。

**2.1.2 自理缺陷** 患者由于四肢无力、呼吸功能障碍、痰液过多等因素,对身体造成进一步损害,需要护理人员进行干预。

#### 2.2 护理系统

##### 2.2.1 护理诊断及目标

**2.2.1.1 气体交换受损** 与重症肌无力导致呼吸无力有关。根据这一护理问题,建立护理目标:维持足够的氧合及通气。

**2.2.1.2 清理呼吸道无效** 与咳嗽无力、气管分泌物增多有关。建立护理目标:保持患者呼吸道通畅,掌握有效的排痰方式,使痰鸣音减少。

**2.2.1.3 心率过快** 与血浆置换体内血容量不平衡或缺氧、疼痛有关。建立护理目标:让患者心率恢复正常。

**2.2.1.4 疼痛** 与手术创伤有关。建立护理目标:疼痛得到有效控制。

**2.2.1.5 有感染的危险** 与各种置管有关。建立护理目标:控制体温,鉴别有无感染发生。

**2.2.1.6 有体液失调的危险** 与血浆置换出入量不平衡有关。建立护理目标:维持血容量平衡。

**2.2.1.7 有皮肤完整性受损的危险** 与长时间卧床、活动受限有关。建立护理目标:无褥疮发生。

**2.2.1.8 营养失调,低于机体需要量** 与咀嚼无力、吞咽困难导致摄入减少有关。建立护理目标:维持正常的热量供给。

**2.2.1.9 潜在并发症(吸入性肺炎)** 与卧床、咳嗽无力有关。建立护理目标:无肺炎发生。

**2.2.1.10 语言沟通障碍** 与气管切开所致构音障碍有关。建立护理目标:与患者保持有效沟通。

**2.2.1.11 恐惧** 与呼吸肌无力、濒死感有关。建立护理目标:减轻患者恐惧。

**2.2.1.12 焦虑** 与多次脱机不成功、担心疾病预后有关。建立护理目标:减轻患者焦虑。

#### 2.2.2 护理措施

**2.2.2.1 定时评估呼吸功能**,确保应用机械通气的参数设定与医嘱及病情相符,定期测动脉血气,脉搏血氧饱和度(SpO<sub>2</sub>)维持在 95% 以上,如有下降,及时寻找原因;在脱机过程中,鼓励患者多做深呼吸;遵医嘱按时给予抗胆碱酯酶药物。严密观察有无药效不够或药物过量的情况,发现问题及时处理。

**2.2.2.2 保持呼吸道通畅**,观察痰液性质及量,听诊肺部有无湿啰音及痰鸣音;充分湿化气道,定时雾化,按需吸痰,吸痰时吸痰管应超过导管内口,不仅可将深部的分泌物吸出,而且可刺激气道,诱发咳嗽<sup>[4]</sup>;每天进行胸部物理治疗,患者取半卧位,翻身、拍背。教会患者正确的咳痰方式。逐步增强患者自主排痰能力,减少吸痰频率。

**2.2.2.3** 在血浆置换过程中,严密监测出入量,确保出入量平衡;监测血流动力学指标,及时发现血流动力不稳定的情况。

**2.2.2.4** 术后给患者使用 PCA 自控镇痛泵,每小时对患者进行疼痛评分;分散患者注意力,改善患者不良情绪。

**2.2.2.5** 保持各种引流管通畅,保证有效引流,防止反流;严格运用无菌技术操作,及时更换敷料,观察手术切口有无感染;如体温超过 38.2℃,应及时查找原因控制感染。

**2.2.2.6** 保持患者皮肤清洁、干燥。定时翻身按摩受压部位,保持床单清洁、干燥、平整。

**2.2.2.7** 给予高蛋白、高维生素、高热量、富含钾和钙的软食或半流质饮食,避免干硬或粗糙的食物。指导患者在进餐前充分休息或在服药后 15~30 min 产生药效时进餐。鼓励进食时少量慢咽,不要催促。了解患者每日进餐情况,评估其营养状况,必要时遵医嘱静脉补充足够营养<sup>[5]</sup>。

**2.2.2.8** 在护理过程中给予生活上的关心和帮助,让患者感受到无微不至的关怀。指导患者用手势或写字板交流,及时进行心理沟通,采用解释、指导、鼓励相结合的方式,使患者认识到只要遵照医嘱,坚持治疗,重症肌无力可以达到临床治愈。同时让患者理解不良情绪对疾病康复的影响和危害<sup>[6]</sup>。

**2.2.2.9** 长时间机械通气的患者习惯了呼吸机辅助呼吸,对呼吸机产生了心理依赖,对自主呼吸和自理能力信心不足,不愿锻炼自主呼吸,一旦发现调低呼吸频率或脱机锻炼自主呼吸时,就紧张,大汗,心率加快,呼吸加快,血氧饱和度下降。如不及时纠正就必然造成脱机困难。因此,此时要告知患者长时间机械通气的危害,鼓励其尝试撤机,讲解过去成功病例<sup>[7]</sup>。并

与家属沟通协作,撤机期间允许家属探视时间延长,消除其恐惧情绪,减少患者的孤独和无助感<sup>[8]</sup>。鼓励患者独立完成力所能及的事情,唤起其对自主能力的渴望。

#### 参考文献:

- [1] 王彦存,刘惠哲,马晓梅.重症肌无力进展[J].中国全科医学,2004,7(6):432-434.
- [2] 陈灏珠.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,2005:27-33.
- [3] 殷磊.护理学基础[M].北京:人民卫生出版社,2002:40-42.
- [4] 俞森祥.当代呼吸疗法[M].北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1994:80-90.
- [5] 尤黎明.内科护理学[M].北京:人民卫生出版社,2002:661-662.
- [6] 马凌晖.重症肌无力患者撤机困难的影响因素及护理对策[J].现代护理,2006,27(21):2575-2577.
- [7] 王线妮,袁琰琴,范珊红,等.心理护理在重症肌无力患者机械通气撤机中的应用[J].现代护理,2008,29(1):71-73.
- [8] 赵丽娥,彭雪梅.重症肌无力机械通气患者撤机的心理护理干预[J].中国医学创新,2009,6(1):93-95.

(收稿日期:2010-10-10 修回日期:2011-02-10)

(上接第 1191 页)

(1)经上腔静脉逆行灌注,此法在 1980 年由 Mills 最先采用,其优点为可维持脑部低温状态,最大限度地维持深低温停循环期间机体的有氧代谢,运走代谢产物,减少顺行性灌注造成的气体栓塞和微血栓的发生,防止停循环后再灌注损伤的发生,不需另外阻断或进行颈动脉插管,进一步降低脑栓塞的发生率。本组患者中共有 5 例采用上腔静脉逆行灌注,流量为 200~500 mL/min,上腔静脉压控制在 15~20 mm Hg,停循环时间为 16~89 min,其中 1 例因急性心功能衰竭死亡,1 例因凝血功能障碍死亡。(2)经左颈总动脉插管进行脑部灌注,此种灌注方式能保证手术视野的清晰,还可以避免体循环停止后缺氧代谢和缺血再灌注损伤。本组患者中有 7 例采用左颈总动脉插管同时行选择性脑灌注,流量维持在 500~800 mL/min,灌注压控制在 40~60 mm Hg,停循环时间为 29~99 min,其中 3 例因急性心功能衰竭死亡。2 种脑灌注方法的使用,使本组患者停循环时间有效延长,7 例患者术后无神经系统并发症,头颅 CT 检查提示无异常改变。

**3.5 其他** 血液浓缩器的应用也能滤出机体多余水分,减轻组织水肿。在复温期间应用超滤器浓缩血液,提高血红蛋白水平,减轻组织水肿,减少炎症介质的生成,达到保护重要脏器的目的<sup>[9]</sup>。必要时还可加入红细胞、血浆等,使停机时 Hct 达到 25%以上。同时,手术期间不能忽略心肌的保护,心肌保护液采用 1:4 冷晶体含血高钾停搏液,K<sup>+</sup>浓度为 20 mmol/L,阻断升主动脉后经左、右冠状动脉灌注心肌保护液 15~20 mL/kg,置冰屑心脏局部降温。

#### 参考文献:

- [1] Lodge AJ,Chai PJ,Daggett CW,et al. Methylprednisolone reduces the inflammatory response to cardiopulmonary

bypass in neonatal piglets; timing of dose is important[J]. J Thorac Cardiovasc Surg,1999,117(3):515-517.

- [2] Rajek A,Lenhardt R,Sessler DI,et al. Efficacy of two methods for reducing postbypass afterdrop[J]. Anesthesiology,2000,92(3):447-456.
- [3] Ehrlich MP,McCullough J,Wolfe D,et al. Cerebral effects of cold reperfusion after hypothermic circulatory arrest[J]. J Thorac Cardiovasc Surg,2001,121(7):923-931.
- [4] Schlunt ML,Brauer SD. Anesthetic management for the pediatric patient undergoing deep hypothermic circulatory arrest[J]. Semin Cardiothorac Vasc Anesth,2007,11(1):16-22.
- [5] Ditsworth D,Priestley MA,Loepke AW,et al. Apoptotic neuronal death following deep hypothermic circulatory arrest in piglets[J]. Anest Hesiology,2003,98(5):654-656.
- [6] Gao R,Li ZZ,Li XF,et al. Experimental study of cerebral protection in piglets during deep hypothermic circulatory arrest[J]. Chin J ECC,2005,3(1):37-40.
- [7] 邢建洲,于君,杨辰垣,等. 氟碳携氧液逆行灌注脑保护的实验研究[J]. 中华胸心血管外科杂志,2002,18(4):233-235.
- [8] 张宝石,邹小明,于长海,等. 深低温停循环逆行脑灌注于选择性顺行脑灌注脑组织自由基变化的实验研究[J]. 中国循环杂志,2006,21(3):309-311.
- [9] Huang H,Yao T,Wang W,et al. Continuous ultrafiltration attenuates the pulmonary injury that follows open heart surgery with cardiopulmonary bypass[J]. Ann Thorac Surg,2003,76(1):136-140.

(收稿日期:2010-12-10 修回日期:2011-02-10)