

重症肌无力患者患者的护理查房

ICU

张丽莉

主要内容

一、病史汇报：

二、护理体检：

三、护理措施：

四、知识拓展：

一、病史汇报

ICU6床、罗XX，女，72岁，民族：汉，住院号：1902XXX，患者因“发现重症肌无力2年，胸闷1月余”入住我院内二科。

既往史：

疾病史：有“重症肌无力、肺部感染、2型糖尿病”史2年。

手术外伤史：气管切开

输血史：否认有输血史

药物过敏史：无

家族史：无

一、病史汇报

入院诊断:

重症肌无力病

肺部感染

2型糖尿病

入科时:

患者因“胸闷、呼吸困难，血氧饱和低”入住我科。神志清醒，烦躁明显，血压144/86mmHg，心率86次/min，吸氧，两肺呼吸音粗，闻及干湿啰音。四肢肌力IV级，肌张力减弱。

一、病史汇报

患者病情危重，予以心电监护，气管插管接呼吸机辅助通气，中心静脉导管留置，保持呼吸道通畅，预防和治疗包括肺部感染在内的各种可能感染，保证水电解质和营养均衡等对症处理，因随时有出现呼吸循环衰竭、心脏骤停等危及生命恶性事件可能，遂入住我科。遵医嘱给予强的松、溴吡斯的明及抗炎、化痰、降糖等对症治疗，补液、维持电解质平衡、营养支持。

二、护理体检

- 气管插管，妥善固定，接呼吸机辅助通气中。
- 颈内深静脉置管妥善固定，敷贴清洁、干燥，穿刺点无渗血、渗液。
- 神志：清醒、瞳孔：左/右：等大等圆、灵敏度：灵敏。
- 生命体征：T 36.9 °C P 75次/分 BP 102 / 63 mmHg
鼻粘膜完整，鼻中隔无弯曲 胃管：固定在位，深度 55 cm，
回抽胃液颜色正常。置管时间：2019.06.22
- 胸廓起伏正常，双肺呼吸音粗。
腹部体检：皮肤完好、软，肠鸣音 3次/分。
尿管：固定在位，置入时间：2019.06.22，尿袋在有效期内。前日24
小时尿量 1660 ml
四肢肌力上肢肌力4级，下肢肌力4级，四肢皮肤完好。
Braden皮肤压疮评分：11分 管道评分：14分



三、护理措施：

(一)、清理呼吸道无效：与肺部感染导致的呛咳无力有关（6月22日）

护理目标：及时清除痰液，保持气道通畅

护理措施：

- 1、遵医嘱应用抗生素、止咳化痰药，控制呼吸道感染。
- 2、每日观察呼吸情况，加强气管切开处的护理。
- 3、吸痰prn，协助Q2h翻身拍背，遵医嘱予以机器辅助震动排痰。
- 4、观察痰液的颜色、性状、量，定时无菌吸痰，予加强气道湿化，及时清除呼吸道分泌物，保证呼吸道通畅。

护理评价：6.27 听诊双肺呼吸音好转，停呼吸机，气管插管拔除，气道通畅。

三、护理措施：

(二)、体温过高：与肺部感染有关（6月23日）

护理目标：体温降至正常范围

护理措施：

- 1、保持病室温湿度适宜。
- 2、注意观察，定时监测体温的变化。
- 3、降温：①物理降温：颈部腋窝放冰袋，温水擦浴，酒精擦浴。②药物降温：复方氨基比林，扑热息痛口服等。③冰毯的应用
- 4、注意水分的补充，必要时通过静脉补充水分及营养物质和电解质
- 5、做好口腔护理及皮肤护理
- 6、降温处理后要注意观察降温情况，30分钟后测量体温，记录，通知医生

护理评价：患者体温降至正常，6月27日体温降至正常。

三、护理措施：

(三)、感染：与肺部感染有关（6月22日）

护理目标：感染得到控制

护理措施：

- 1、遵医嘱予抗生素治疗。
- 2、加强呼吸道管理，严格执行无菌技术操作。
- 3、加强生活护理，予会阴擦洗Bid，口腔护理Tid，床上擦浴Qd，保持床单位的整洁与干燥。

护理评价：感染指标较前好转。6月27日白细胞 $32.84 \times 10^9/L$ 较前下降

三、护理措施：

(四)、自理能力丧失：与患者四肢肌力降低有关（6月27日）

护理目标：满足患者日常生活需要

护理措施：

- 1、抬高肢体并保持肢体功能位，防止肢体水肿。
- 2、口腔护理4次/日，会阴擦洗Bid，温水擦浴Qd，修剪指（趾）甲，保持患者清洁舒适。
- 3、保持床单位清洁干燥，取舒适卧位，协助Q2h翻身翻身，拍背，Q12h机械辅助排痰。
- 4、予鼻饲流质，保护胃肠道功能。

护理评价：患者日常生活需要可以满足。

三、护理措施：

(五)、营养失调—低于机体需要量：与患者进食障碍及高消耗有关（6月22日）

护理目标：营养能保证机体需要量

护理措施：

- 1、鼻饲流质，每日鼻饲量 $>1000\text{ml}$ ，高热量、高蛋白、高维生素、低脂易消化流质饮食。
- 2、定期检测血生化水平，遵医嘱予静脉补充脂肪乳、氨基酸及人血白蛋白等营养物质。
- 3、积极治疗感染，降低机体消耗。

护理评价：患者营养状况较前好转，仍偏低。

三、护理措施：

(六)、有皮肤完整性受损的危险：与长期卧床有关（6月22日）

护理目标：皮肤清洁无压疮

护理措施：

- 1、予以患者鼻饲流质，加强营养，增强患者的皮肤弹性。
- 2、予患者宽松的衣服，勤擦洗更换，Q2h翻身。保护皮肤的完整性，防止受损。
- 3、做好肛周护理，防止粪便刺激。
- 4、气垫床应用，保持床单元清洁干燥。

护理评价：6月27日皮肤完整无压疮。

三、护理措施：

(七)、潜在并发症：重症肌无力危象

护理目标：无并发症的发生

护理措施：

- 1、保证有效通气。
- 2、保持呼吸道通畅。
- 3、控制感染，减少机体消耗。
- 4、严密注意呼吸音变化，及时报告医生处理。

护理评价：无并发症的发生

三、护理措施：

- (八)、恐惧：与呼吸肌无力或害怕气管切开有关。

护理目标：心情舒畅

护理措施：

- 1、耐心解释病情
- 2、介绍环境、保持安静
- 3、及时解决问题
- 4、保持冷静

护理评价：无ICU综合征的发生

四、知识扩展

重症肌无力病相关知识

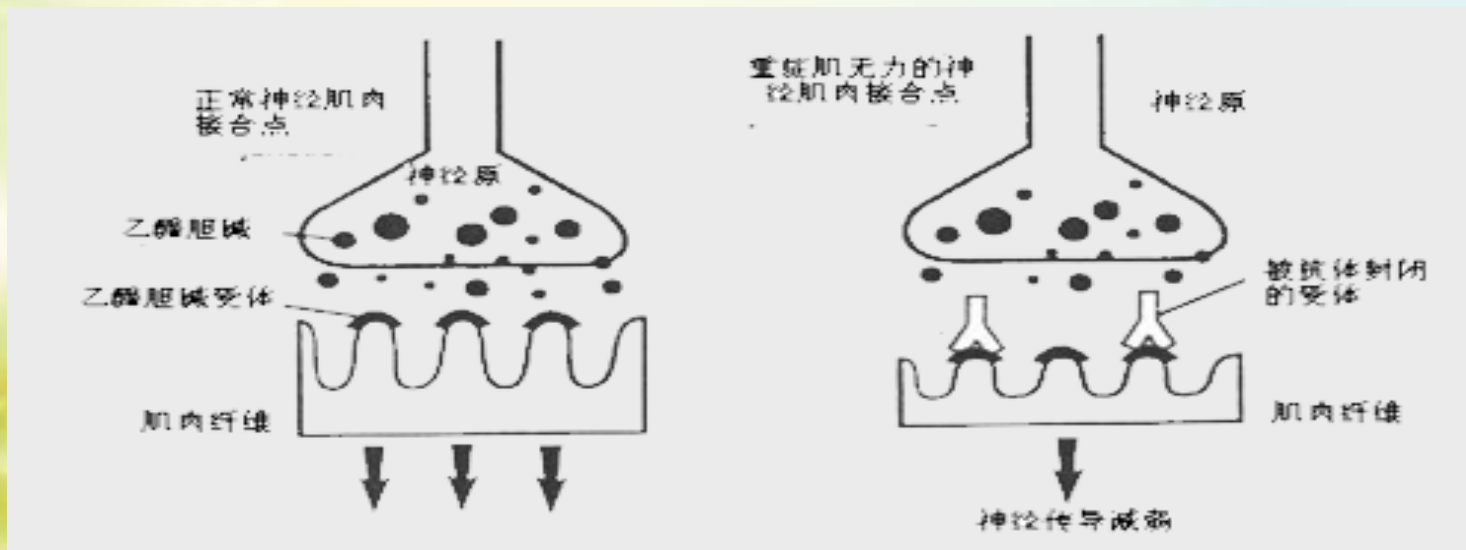
四、知识扩展

一、概念：是一种神经-肌肉接头部位因乙酰胆碱受体减少而出现传递障碍的自家免疫性疾病。

本病少数可有家族史。

见于任何年龄，约60%在30岁以前发病，女性多见。

发病者常伴有胸腺瘤。除少数起病急骤并迅速恶化外，多数起病隐袭。



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/685122310024011304>