

卵巢畸胎瘤相关抗 N-甲基-D-天冬氨酸受体 脑炎患者的围手术期护理

林霞, 蒋慧云, 邹玲, 程文燕, 陈艳芳, 杨越波

Perioperative nursing care of patients with ovarian teratoma associated N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis Lin Xia, Jiang

Huiyun, Zou Ling, Cheng Wenyan, Chen Yanfang, Yang Yuebo

摘要:目的 总结卵巢畸胎瘤相关抗 N-甲基-D-天冬氨酸受体(NMDAR)脑炎患者的围手术期护理要点,为临床护理提供借鉴。方法 对 11 例卵巢畸胎瘤相关抗 NMDAR 脑炎患者行免疫治疗同时尽早切除肿瘤,联合全面围手术期护理、重症监护等综合诊治与护理。结果 11 例患者住院 13~111 d,平均 53.27 d,病情好转出院,随访无复发、无死亡。免疫治疗过程中有 1 例出现消化道出血、5 例发热,未发生其他并发症。结论 对卵巢畸胎瘤相关抗 NMDAR 脑炎手术患者应重视安全护理、自主神经功能障碍护理、中枢性通气不足干预、营养护理、用药观察护理等,以促进患者早日康复。

关键词:畸胎瘤; N-甲基-D-天冬氨酸受体; 免疫治疗; 手术治疗; 癫痫; 自主神经功能障碍; 营养; 围手术期护理

中图分类号:R473.5 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.06.031

抗 N-甲基-D-天冬氨酸受体(NMDAR)脑炎是一类以精神行为异常为主要症状且与肿瘤相关的自身免疫性脑炎。2007 年由 Dalmau 等^[1]首次报道并将其命名。该病年轻女性多发,且常合并卵巢畸胎瘤^[2]。合并肿瘤的患者,行肿瘤切除术,术后精神行为异常、癫痫、运动障碍、自主神经功能障碍、意识障碍和中枢性低通气症状会得到明显改善^[3]。该病发病急骤,病情凶险复杂多变,病程长,症状重,目前缺乏有效、系统的围手术期护理方法。2018 年,赵艳等^[4]报道抗 NMDAR 脑炎患者行卵巢畸胎瘤切除术的护理,指出之前的文献只涉及内科相关护理。2014 年 7 月至 2019 年 6 月我院收治 11 例卵巢畸胎瘤相关抗 NMDAR 脑炎患者,笔者总结此类患者护理经验,以为临床护理工作提供参考,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 11 例患者年龄 15~33 岁,中位年龄 22 岁;9 例未婚未育,1 例已婚未育,1 例已婚已育。均经脑脊液检查抗 NMDAR 抗体阳性,且经超声、盆腔 CT 等影像学检查发现附件区包块。前驱症状有发热、头痛、恶心、头晕伴双腿乏力,行走不稳、上呼吸道症状等 8 例。后期症状:情绪不稳定、易激惹、胡言乱语、自杀及暴力倾向等精神行为异常 11 例,心率增快、高血压或低血压、痰(涎)多、高热、出汗多等自主神经功能障碍 10 例,不同程度意识障碍 9 例,口一舌一面或四肢不自主运动等运动障碍 9 例,癫痫样发作 7 例。

1.2 治疗方法 均行手术加免疫治疗。①手术:9 例患者行腹腔镜患侧附件切除术,1 例行腹式左侧附件切除术+右侧卵巢畸胎瘤剔除术,1 例腹式左侧附件切除术+盆腔粘连松解+盆腔脓肿清除+盆腔赘生物切除+大网膜活检。病理检查提示 10 例为成熟畸胎瘤,1 例为未成熟畸胎瘤。7 例因中枢性低通气

术前行气管插管或气管切开后呼吸机辅助通气。②免疫治疗:11 例均接受一线免疫治疗即糖皮质激素、丙种球蛋白冲击治疗,5 例在一线治疗基础上加用二线治疗即免疫抑制剂利妥昔单抗(美罗华)治疗。

1.3 结果 11 例患者手术顺利,手术时间 42~135 min,平均 68.36 min。术中出血 5~100 mL,平均 27.73 mL。术后伤口甲级愈合,均未发生手术相关并发症。术后 7 例呼吸机辅助通气 1~8 d 后安全脱机。11 例免疫治疗患者中 2 例使用丙种球蛋白后发热,1 例外院冲击治疗后因消化道出血转入我院,其余未发生明显的药物不良反应。5 例加用利妥昔单抗治疗患者中 3 例用药后发热,经对症处理体温恢复正常。经过精心治疗和全面围手术期护理后,11 例各项功能逐渐恢复,精神行为异常、中枢性低通气、自主神经功能障碍方面均有改善,癫痫样发作减少,神志逐渐恢复,不自主运动减少,记忆力稍有好转。9 例术前意识障碍患者术后 1~43 d 清醒,中位清醒时间 3.5 d;6 例患者出院前简单生活能自理。住院时间 13~111 d,平均 53.27 d;出院后随访 1~23 个月,中位随访时间 5 个月,无复发和死亡。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 患者安全管理 畸胎瘤致抗 NMDAR 脑炎患者常以精神行为异常起病,表现为行为举止异常、易激惹、自杀倾向、幻听、幻视及暴力倾向等,也有部分患者表现为癫痫发作^[5]。在患者入院后协助家属去除患者随身携带的危险物品,如发夹、手表、项链等;在安排患者进入病房之前,对病床安装床档,床档和护栏周围用软枕保护,避免患者出现坠床及外伤;保持患者住院环境安静,避免各种强烈刺激,操作集中、动作轻柔;做好三防护理(防走失、防外逃、防自杀),张贴三防标识,严格执行交接班制度。护理组长评估患者肢体活动情况,四肢不自主动作、肢体肌张力高均需进行肢体约束。本组 2 例因可能出现危险行为实施保护性约束,约束前签署知情同意书,未发生约束相关不良事件。7 例患者出现癫痫发作,观察

作者单位:中山大学附属第三医院妇科(广东 广州,510630)

林霞:女,本科,主管护师,护士长

通信作者:杨越波,yueboyang001@163.com

收稿:2019-10-19;修回:2019-12-05

发作先兆,及时处理,同时为癫痫发作患者制定应急预案;24 h 留陪,做好家属紧急处理方法训练,教会其识别癫痫样发作先兆、发作时的表现,正确使用牙垫。11 例均有精神行为异常症状,其中 5 例出现过激行为或暴力倾向,9 例口—舌—面或四肢不自主运动,需加用精神类药物并请精神科会诊,所有患者出院时精神症状缓解,未发生自杀、自伤、伤人、走失等不良事件。

2.1.2 自主神经功能障碍护理 自主神经功能障碍主要表现为体温调节障碍、血压不稳定、多汗、痰涎多、心动过速、大小便失禁等^[6]。本组 9 例出现自主神经受累表现,其中心率增快 9 例,心率 110~174 次/min,严密观察心率和节律的变化,使心率基本维持平稳。2 例高血压患者,动态观察血压变化,未给予药物治疗,恢复正常。4 例患者偶有低血压,多在抽搐后血压下降至 70~80/50~55 mmHg,持续心电监护,加强补液、补充白蛋白、遵医嘱使用去甲肾上腺素 1 mg+0.9%氯化钠注射液 50 mL 持续静脉泵入(5 mL/h)控制抽搐后血压恢复正常。5 例发热患者,体温 $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ 以物理降温为主,持续高热不退时予冰毯降温;注意出入量平衡,避免脱水和电解质紊乱。1 例严重肺部感染患者,治疗期间痰培养见鲍曼溶血杆菌、铜绿假单胞菌生长,对多种抗生素耐药。予纤维支气管镜检查,发现大量痰痂附着于气管壁、右下肺支气管分叉处见一肉芽组织,予敏感抗生素治疗好转。4 例患者大小便失禁、1 例小便失禁,做好预防压力性损伤和失禁性皮炎的护理。仅 1 例外院带入肛周失禁性皮炎(双臀压红、部分压红处表皮缺失伴肉芽生长、肛周潮红糜烂)患者,予睡气垫床^[7],采用 3M 保护膜、造口粉交替喷涂保护皮肤,7 d 痊愈,其他患者住院期间未发生压力性损伤。

2.1.3 中枢性通气不足的预防及护理 文献报道,约 66% 的抗 NMDAR 患者出现中枢性通气不足,且由于患者意识不清,咳嗽咽反射弱,呼吸道分泌物多,易发生梗阻^[8]。本组 7 例主诉胸闷,呼吸较急促,予提高氧流量和储氧面罩吸氧后,5 例症状改善;2 例血氧饱和度无明显提升,出现呼吸暂停、大动脉搏动消失等中枢性低通气表现,立即通知医生进行抢救、配合气管插管或气管切开,行呼吸机辅助呼吸治疗。护理过程中,保持呼吸道通畅,抬高床头 30°,翻身叩背排痰 1 次/2 h,3~4 h 给予超声雾化,床旁备吸痰盘随时吸痰,必要时给予吸痰。本组 7 例术后呼吸机辅助通气 1~8 d,在积极呼吸道管理干预下患者均安全脱机。

2.1.4 营养评估与支持 据调查,在住院期间有 17.7% 的患者发生营养不足,40% 发生营养风险^[9]。本组 7 例意识不清无法经口进食,经营养风险(NRS2002)^[10]评估存在营养不足风险。与手术医生、麻醉科、胃肠外科、营养科等共同评估并制定营养干预。术前行肠内营养支持,遵循循序渐进方法,采用营养泵匀速泵入营养液,并监测胃残余量,给予精心护理后,患者营养状况得到改善达到可进行手术的标准。

另外,术前该类患者不常规进行机械性肠道准备,避免导致患者脱水和水电解质失衡而加重病情。胃肠功能好的患者,可按快速康复外科理念,清醒患者术前一晚 22:00、术晨 6:00 各口服 400 mL 碳水化合物,有助于减少患者术前饥饿感、口渴和烦躁等不适,降低术中胰岛素抵抗和分解代谢。

2.2 术后护理

2.2.1 免疫药物治疗的监测及护理 本组所有患者均接受一线免疫治疗,其中 9 例患者同时接受糖皮质激素、丙种球蛋白冲击治疗,1 例仅接受丙种球蛋白冲击治疗,1 例仅接受糖皮质激素冲击治疗。当给予大剂量甲强龙冲击治疗时,记录 24 h 出入量,控制滴速 60~80 gtt/min,输注时间 >2 h,输注过程观察心率、血糖、血压、电解质变化,以及有无颅内压增高、骨质疏松、股骨头坏死、消化道出血、胃溃疡和继发性肺部感染等不良反应发生。5 例患者在一线免疫治疗基础上加用利妥昔单抗治疗。该药在输注过程中极易发生过敏性休克、支气管痉挛、呼吸困难等严重不良反应。输注前备好抢救物品和药品。用药全程密切监测生命体征,专人护理,观察有无发热、过敏、皮疹、瘙痒、支气管哮喘、呼吸困难、舌或喉头水肿、低血压、心律改变、关节痛等不良反应,并及时通知医生采取相应措施。用药后 24 h 内密切监测生命体征变化,1 次/4 h。本组 1 例患者外院甲强龙冲击治疗后发生消化道出血转入我院,予以暂缓冲击治疗,禁食,使用静脉营养、护胃药、止血药(凝血酶、去甲肾上腺素鼻饲)2 d 后好转,之后未发生消化道出血。5 例加用二线免疫治疗药物后 2~8 d 开始发热,最高温度达到 39.2~41.0 $^{\circ}\text{C}$,平均 39.8 $^{\circ}\text{C}$,经过物理降温、药物降温、根据血培养结果针对性使用抗生素等措施后,平均 3.4 d 降温,后续用药有低热,加强手卫生、床单位消毒、对症处理后体温恢复正常。

2.2.2 随访复诊及家庭指导 患者手术后身体各项功能逐渐恢复,常常在出院时还存在不同程度的意识、认知、肢体活动障碍,根据患者年龄、肿瘤大小及术中情况、术后病情综合考虑决定,并依据术后病理检查结果进行后续治疗或随访,制定 2 年随访计划,指导家属帮助患者进行认知能力训练和语言训练,交待患者及家属按计划进行康复训练。嘱家属按时按量给患者服用抗癫痫药物,避免漏服和私自停药,以防复发,由家属做好用药记录,以便复诊时作为参考。出院随访与复诊时间为出院后 1 周、2 周、1 个月、2 个月、3 个月、6 个月、12 个月。出院前指导患者加入微信公众号,以便获取相关疾病健康教育知识。

3 小结

合并卵巢畸胎瘤的抗 NMDAR 脑炎患者,其卵巢畸胎瘤组织内含有的神经组织异位表达 NR1 和 NR2 亚基,刺激机体产生抗体,抗体作用于神经元上的 NMDAR,导致多巴胺、谷氨酸调解失衡,由此引发精神—神经症状和运动障碍^[11]。因此,护士需提高对该疾病的认识,加强对卵巢畸胎瘤患者特别是年轻女性的观察,尽早发现并识别精神行为异常表现,如