

态化的培训机制和更具针对性的培训内容和形式,以适应和满足临床医疗护理变化的需求。尤其对于非药物性气道廓清技术这类随着专业发展进步而不断提升的专科临床护理技能,专科可聘请肺康复方面专家对护理人员进行专题培训,也可选派护理人员进行专题进修学习,以不断提升护理人员的专业技能,促进临床护理人员向“专业化、专家化”发展,进而提升其职业价值感和使命感,促进护理专业的发展。

综上所述,呼吸专科护理人员掌握和运用非药物性气道廓清技术十分必要,护理管理者应重视和积极开展专科化培训,建立常态化、长效培训机制,促进护理人员走专科化发展的道路,帮助其合理规划职业前景,进而促进护理学科的发展。

参考文献:

[1] Shawna S L, Rubin B K, Drescher G S, et al. AARC clinical practice guideline: effectiveness of nonpharmacologic airway clearance therapies in hospitalized patients[J]. Respir Care, 2013, 58(12): 2187-2196.

[2] 王辰. 呼吸治疗教程[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 4-6, 61-69.

[3] 杨磊. 气道净化技术—气道分泌物引流及气道保护技术[J]. 中国临床医生, 2006, 34(1): 15-16.

[4] Osadnik C R, McDonald C F, Holland A E. Advances in airway clearance technologies for chronic obstructive

pulmonary disease[J]. Exp Rev Respirat Med, 2013, 7(6): 673-685.

[5] 张丽, 甘秀妮. 主动呼吸循环技术对急性加重期慢性阻塞性肺疾病的干预效果[J]. 上海交通大学学报: 医学版, 2014, 34(6): 855-858.

[6] 何静婷, 喻娇花. 开胸术后患者应用非药物性气道廓清技术的现状[J]. 护理学杂志, 2015, 30(9): 105-108.

[7] Osman L P, Roughton M, Hodson M E, et al. Short term comparative study of high frequency chest wall oscillation and European airway clearance techniques in patients with cystic fibrosis[J]. Thorax, 2010, 65(3): 196-200.

[8] Lee Y W, Lee J, Warwick W J. The comparison of three high-frequency chest compression devices[J]. Biomed Instrum Technol, 2008, 42(1): 68-75.

[9] 何玉霞. COPD 急性加重期体位引流排痰的护理[J]. 医学理论与实践, 2012, 25(1): 80-81.

[10] 俞森洋. 肺的康复医疗[J]. 临床肺科杂志, 2010, 8(5): 1059-1060.

[11] 王彩霞, 金先桥, 彭德荣, 等. 社区肺康复对轻中度慢性阻塞性肺病患者生存质量的影响[J]. 中华护理杂志, 2012, 47(2): 162-164.

[12] 陈娟. 呼吸道疾病排痰困难者排痰方法的护理进展[J]. 上海护理, 2011, 11(4): 69-71.

(本文编辑 丁迎春)

自身免疫性胶质纤维酸性蛋白星形细胞病患者的护理

鲁建英, 冯灵, 陈静, 李银萍, 杨蓉

Nursing care of patients with autoimmune glial fibrillary acidic protein astrocytopathy Lu Jianying, Feng Ling, Chen Jing, Li Yinping, Yang Rong

摘要:目的 总结 4 例自身免疫性胶质纤维酸性蛋白星形细胞病患者的护理经验, 为临床护理提供参考。方法 对 4 例自身免疫性胶质纤维酸性蛋白星形细胞病患者进行免疫球蛋白、肾上腺皮质激素冲击治疗及对症治疗; 同时加强治疗护理、症状护理、并发症护理及心理护理。结果 4 例患者住院 9~30 d 好转出院。出院后患者每月到门诊复查, 1 例遗留轻度认知功能障碍, 2 例遗留双下肢轻度乏力, 1 例症状恢复良好。结论 精准强化治疗及全方位护理, 是提高疗效和促进患者康复的重要保障。

关键词: 自身免疫性脑炎; 星形细胞病; GFAP 抗体; 中枢神经系统; 自身免疫性疾病; 护理

中图分类号: R473. 74 **文献标识码:** B **DOI:** 10. 3870/j. issn. 1001-4152. 2020. 16. 051

自身免疫性胶质纤维酸性蛋白星形细胞病(Glial Fibrillary Acidic Protein Astrocytopathy, GFAP-A)是近年来临床上新发现的一类中枢神经系统自身免疫性疾病。Fang 等^[1]于 2016 年首次报道了该病, 并证实 GFAP 抗体为特异性标志物, 主要累及脑膜、脑、脊髓和视神经。典型表现为亚急性起病的脑膜炎、脑炎、脊髓炎或上述综合征^[2]。临床上主要表现

为头痛、发热、精神异常、认知功能障碍、癫痫发作、脊髓炎、不自主运动、视神经炎、自主神经功能障碍等^[1-5]。该病易被误诊为病毒性脑炎或脊髓炎, 具体病因及发病机制不详, 有学者认为, 与肿瘤、感染、自身免疫系统疾病等引起的免疫紊乱有关, 体液免疫及细胞免疫参与致病过程^[6-7]。随着神经免疫学的发展, GFAP-A 逐渐受到临床医生的关注, 早期观察识别病情、早诊断早治疗及精准护理能促进患者早期恢复, 减少后遗症的发生。我科于 2019 年 4 月至 2020 年 3 月收治 4 例 GFAP-A 患者, 经免疫、皮质激素及对症治疗和针对性护理干预, 患者均好转, 护理报告

作者单位: 四川大学华西医院神经内科(四川 成都, 610041)

鲁建英: 女, 本科, 护士

通信作者: 冯灵, fengling216@163. com

收稿: 2020-04-08; 修回: 2020-05-12

如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 4例 GFAP-A 患者,男2例,女2例;年龄23~67岁,平均40.0岁。4例均有反复发热头痛症状,其中1例伴视物模糊、另1例伴意识障碍;来院时意识清楚3例,昏迷1例(GCS昏迷评分4分)。入院查体:体温37.6~38.7℃,心率68~80次/min,呼吸15~20次/min,血压112~133/62~97 mmHg。简易精神状态(MMSE)量表评分:2例正常(分别为27分、29分),1例异常(19分),另1例昏迷无法评估。视神经受损1例,眼底检查可见视乳头水肿。肌力:2例四肢肌力5级、病理征阴性;1例双上肢肌力4级、双下肢肌力1~3级、Babinski征阳性;1例昏迷、肌力检查不能配合、Babinski征阳性。脑电图:4例均提示轻度异常脑电图。头部磁共振:4例均显示颅内多发异常信号。肌电图检查:2例提示双下肢肌肉神经源性损害。脊柱磁共振:4例均未见明确脊髓异常病变。血及脑脊液 GFAP-IgG 抗体检测:4例均为阳性。综合患者的临床表现和检查结果,4例均确诊为 GFAP-A。

1.2 治疗方法 4例均给予静脉输注人免疫球蛋白0.4 g/kg,1次/d,连续5 d;同时静脉滴注甲泼尼龙,1 000 mg/d,冲击治疗5 d后改为口服醋酸泼尼松片50~60 mg,1次/d,每周递减5 mg。2例继发癫痫,给予丙戊酸钠抗癫痫、咪达唑仑镇静等治疗。2例出现精神障碍,给予奥氮平治疗。1例入院后意识障碍加深,行气管切开。随着病情的发展及治疗的深入,出现消化道出血2例,给予泮托拉唑钠、硫糖铝混悬液治疗;呼吸衰竭2例,氧分压<60 mmHg,使用呼吸机辅助通气;肺部感染3例,尿路感染1例,神经源性膀胱1例,电解质紊乱2例,治疗中根据药敏试验制订抗感染方案,同时留置导尿、补钠补钾纠正电解质紊乱、监测患者生命体征等,相关感染被控制。

1.3 结果 4例患者住院9~30 d,平均20.5 d,均好转出院。1例遗留轻度认知功能障碍,MMSE量表评分22分;2例遗留双下肢乏力,肌力约3级(较入院时肌力提高);1例症状恢复良好。住院期间发生肺部感染3例,电解质紊乱2例,神经源性膀胱1例,尿路感染1例,消化道出血2例,经对症处理,均好转。出院后患者每月到门诊复查,仍有1例遗留轻度认知功能障碍,MMSE量表评分22分;2例遗留双下肢乏力,肌力有所提升(约4级)。其余无新发神经功能损害。

2 护理

2.1 症状护理

2.1.1 癫痫发作的护理 本组2例入院后第1天和第7天出现癫痫发作,持续1~5 min,反复发作4~5次。癫痫发作时将其头偏向一侧,经口、鼻负压吸引

清理呼吸道,保持呼吸道通畅;给予鼻导管吸氧,氧流量3 L/min;口腔置牙垫避免舌咬伤,四肢保护性约束及持续床档保护,避免患者坠床或肢体碰撞导致损伤。遵医嘱给予地西洋静脉推注、咪达唑仑微量泵入,丙戊酸钠缓释片、左乙拉西坦等口服,根据病情用苯巴比妥钠肌内注射。密切观察并详细记录发作诱因、发作时间、意识状态、抽搐部位、持续时间、用药及用药后反应,以供调整抗癫痫药物及镇静药用量。住院期间,2例均未发生外伤及舌咬伤,分别于入院第8天、第11天癫痫得到控制,未再出现癫痫发作。

2.1.2 精神障碍及认知功能下降护理 住院过程中2例出现精神障碍及认知功能下降,其中1例为昏迷经治疗后清醒者;主要表现为幻听幻视、妄想、行为异常,MMSE评分分别为19分、16分。护理过程中注意观察患者的表情、行为动作,鼓励患者将内心活动表述出来,耐心倾听和解释,疏导患者不良情绪,树立患者信心。利用图文、游戏、视频等转移患者注意力,与患者家属一起共同为患者营造良好的氛围。向患者及家属讲解发病机制、治疗方法及预后,使其对疾病的发生发展和预后有一定的认识,以提高治疗依从性。转移患者周围锐器,避免意外发生,必要时给予保护性约束,根据医嘱及时调整用药。经积极治疗和精心护理,出院时1例精神症状基本缓解、遗留轻度认知功能障碍、MMSE量表评分22分,另1例恢复良好。

2.1.3 发热护理 该类患者可出现中枢性发热或因肺部感染、尿路感染等原因导致体温升高。本组4例体温波动于36.6~41.0℃。护理过程中,保持空气流通,室温维持在26℃左右,清淡饮食、流质或半流质为主,嘱患者多饮水或果汁,避免水电解质紊乱。使用冰袋冷敷额部、腋窝和腹股沟行物理降温。当体温超过38.5℃时,遵医嘱给予复方氨林巴比妥、柴胡肌内注射。出院时患者体温均恢复正常。

2.2 免疫及皮质激素治疗的护理 ①免疫球蛋白治疗。建立单独的静脉通道输注免疫球蛋白,用药前后用生理盐水冲管,并观察有无血清学反应,有无头痛、肌痛、寒颤、面部潮红、呼吸急促等^[8]不良反应。1例输注免疫球蛋白后出现面部潮红,减慢输液速度后症状缓解,无其他不良反应发生。②皮质激素治疗。4例均采用甲泼尼龙1 000 mg静脉滴注冲击治疗5 d,后改为口服醋酸泼尼松50~60 mg,并每周递减5 mg,减至10~15 mg维持6~9个月后停药。激素冲击治疗过程中注意观察患者血压、血糖、心律、应激性溃疡及电解质平衡等。本组2例疑似发生应激性溃疡,经对症治疗后好转。

2.3 并发症护理

2.3.1 肺部感染 患者常因意识障碍、癫痫发作及自主神经功能紊乱诱发呼吸道并发症。本组3例入

院时已有肺部感染,其中 2 例相继出现呼吸衰竭状况行机械辅助通气(1 例行气管插管、1 例行气管切开)。护理措施:保持室内环境干净整洁、空气流通,每日用 150 W 紫外线空气消毒机器空气消毒 2 次,每次 2 h;限制家属探视,操作时严格穿戴口罩、帽子及隔离衣。医务人员及患者家属均严格执行手卫生,防止交叉感染。每 2 小时翻身拍背,促进排痰。每天晨应用口灵漱口液浸泡棉球清洗口腔,每次进食后协助患者用口灵漱口液漱口,减少口咽部细菌吸入肺部造成感染^[9]。定期复查血气分析,维持各项指标正常,出现异常情况配合医生积极处理。经上述处理,3 例肺部感染均好转,气管插管及气管切开患者分别于治疗后 8 d、12 d 顺利拔管。

2.3.2 泌尿系感染及神经源性膀胱 患者病情重、卧床时间长,长期留置尿管,易出现尿路感染,且因中枢神经系统受损易出现神经源性膀胱。本组 2 例留置导尿,1 例出现尿路感染,1 例表现为神经源性膀胱、尿流动力学检查提示逼尿肌反射亢进。护理措施:每日尿道口用碘伏消毒,定时更换尿袋,体位改变时避免尿液反流,根据尿培养结果使用抗感染药物。密切观察神经源性膀胱患者的临床症状,遵医嘱给予抗胆碱药物改善患者排尿功能,并定时间断导尿、预防尿失禁。经过上述处理,1 例完全好转,1 例神经源性膀胱患者部分恢复排尿功能。出院时行尿常规检查及尿细菌培养结果均正常,随访中 1 例神经源性膀胱患者偶有夜间遗尿,其余均无不适。

2.3.3 消化道出血 患者病情可累及脑膜、脑组织、脑室甚至颅骨^[10],易出现应激性溃疡,再加上激素冲击治疗,增加了消化道出血发生概率。本组 2 例出现消化道出血,排柏油样大便,隐血试验阳性,考虑应激性溃疡,遵医嘱静脉滴注泮托拉唑钠抑酸、口服硫糖铝混悬液保护胃黏膜,同时指导患者进食易消化富含营养饮食,监测血常规、血红蛋白含量及凝血功能等。1 周后大便正常,复查大便隐血试验阴性。

2.3.4 皮肤压力性损伤 患者因意识障碍、癫痫持续状态、双下肢乏力等因素致卧床时间较长,易出现肩背部、臀部、内外踝、足跟等受力部位压力性损伤。护理过程中给予卧气垫床,受力部位用翻身枕保护减压,减少局部摩擦,每 2 小时翻身拍背,保持皮肤清洁,保持床单清洁干燥,每日观察并记录受压部位颜色、痛温觉等情况。4 例住院期间均未发生皮肤压力性损伤。

2.4 心理护理 GFAP-A 患者中枢神经系统受累范

围广,病情重,住院时间长、治疗周期长,花费高,患者及家属易出现焦虑、担忧等消极情绪。心理干预:①了解患者及家属的心理感受,通过观察、聆听了解患者认知、个性倾向、心理特征、社会支持等;针对不同个体负性心理,如情绪低落、失控、悲观等,密切观察、安抚患者,以减轻负性情绪。②强化积极应对方式^[11]。待患者病情好转,与患者和家属深入交流,探索患者过去曾经成功处理焦虑的经验,强化积极的应对方式和建设性的思维。本组患者及家属住院期间情绪稳定,能积极配合治疗,出院后可遵医嘱服药和复查,依从性良好。

参考文献:

- [1] Fang B, McKeon A, Hinson S R, et al. Autoimmune glial fibrillary acidic protein astrocytopathy: a novel meningoencephalomyelitis[J]. JAMA Neurol, 2016, 73(11):1297-1307.
- [2] 李小晶,彭炳蔚,侯池,等.以脑膜炎起病的儿童自身免疫性胶质纤维酸性蛋白星形胶质细胞病 1 例[J]. 中华儿科杂志,2019,57(11):882-884.
- [3] Flanagan E P, Hinson S R, Lennon V A, et al. Glial fibrillary acidic protein immunoglobulin G as biomarker of autoimmune astrocytopathy: analysis of 102 patients[J]. Ann Neurol, 2017, 81(2):298-309.
- [4] Long Y, Liang J, Xu H, et al. Autoimmune glial fibrillary acidic protein astrocytopathy in Chinese patients: a retrospective study[J]. Eur J Neurol, 2018, 25(3):477-483.
- [5] Iorio R, Damato V, Evoli A, et al. Clinical and immunological characteristics of the spectrum of GFAP autoimmunity: a case series of 22 patients[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2018, 89(2):138-146.
- [6] 周园园.自身免疫性脑炎临床特征与免疫指标的变化分析[D].石家庄:河北医科大学,2016.
- [7] 黄洁鸿,李惠璐,黄文瑶,等.自身免疫性胶质纤维酸性蛋白星形细胞病的研究现状[J].中国神经免疫学和神经病学杂志,2019,26(6):437-440.
- [8] 任晓蕾,金悦,李玉珍.静脉滴注人免疫球蛋白在神经系统疾病中的应用及其安全性[J].中国执业医师,2009,6(4):3-7.
- [9] 聂智品.呼吸机相关性肺炎的感染途径及病原菌分布调查分析[J].中国临床医生杂志,2018,46(6):681-684.
- [10] 龙友明,高聪.自身免疫性胶质纤维酸性蛋白星形细胞病[J].实用医学杂志,2017,33(11):1721-1723.
- [11] 吕君,沈谢冬.成批创伤性窒息患者心理危机及护理干预[J].护理学杂志,2018,33(6):81-83.

(本文编辑 王菊香)