

神经胶质瘤继发难治性癫痫持续状态并发呼吸遗忘患者的护理

何敏, 王芳

Nursing care of a glioma patient with secondary refractory status epilepticus complicated with respiratory amnesia He Min, Wang Fang

摘要: 对 1 例神经胶质瘤继发难治性癫痫持续状态并发呼吸遗忘患者给予抗癫痫、镇静、氧疗等治疗, 经过 24 d 的精心治疗及护理, 患者病情好转出院。提出控制和终止癫痫持续状态是护理的关键; 出现呼吸遗忘时确保监护仪的报警功能正常, 加强呼唤式护理, 尽早全面监测评估导致延迟撤机的原因并针对性处理, 针对生命体征改变实施预见性护理, 患者处于躁动状态时做好意识状态评估及镇静护理, 给予个体化的心理护理、出院指导, 有助于控制和终止癫痫, 促进呼吸功能好转, 降低护理不安全事件。

关键词: 神经胶质瘤; 颅内占位; 难治性癫痫持续状态; 癫痫; 呼吸遗忘; 护理

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** B **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2021.03.050

胶质瘤起源于神经上皮细胞, 是最常见的神经系统恶性肿瘤, 约占颅内恶性脑肿瘤的 80%, 其 5 年病死率在全身肿瘤中仅次于胰腺癌和肺癌^[1-2], 好发部位以额叶、颞叶、顶叶居多, 而癫痫是其常见并发症之一。癫痫持续状态(Status Epilepticus, SE)指癫痫发作持续 30 min 以上或反复多次发作, 且两次发作之间意识未恢复^[3]。难治性癫痫持续状态(Refractory Status Epilepticus, RSE), 指经过足量、规范的地西洋、丙戊酸钠(商品名德巴金)、苯巴比妥钠等一线抗癫痫药物治疗后, 仍不能控制癫痫发作, 需予以麻醉药^[4-5]。难治性癫痫持续状态是神经科危急重症, 可导致神经元变性坏死, 且存活者往往遗留脑水肿、颅内高压、肺部感染、高热等不同程度的并发症, 有较高的致残率和病死率, 需较长时间的住院监护治疗^[6]。呼吸遗忘指麻醉复苏期间患者气道通畅, 意识清醒但呼吸频率逐渐减慢, 甚至呼吸停止, 经提醒后患者可进行正常的自主呼吸, 但可反复发作呼吸停止^[7]。临床上颅内占位性病变致难治性癫痫持续状态并发呼吸遗忘的危重症患者较为少见, 我科收治了 1 例左侧额叶占位中年男性患者, 经过积极的治疗和护理, 预后较好。护理报告如下。

1 病例介绍

患者, 男, 42 岁, 75 kg。因无明显诱因下突发全身抽搐二十余小时, 当时伴意识不清, 急送我院急诊。头颅 CT 平扫示: 两侧大脑半球对称, 左侧额叶见高低混杂密度影, 较大截面积约 1.9×1.6 cm, 双侧额叶皮层下另见可疑稍高密度影。急诊拟以左侧额叶占位于 2020 年 6 月 20 日收治入院。患者入院当天 GCS 评分 12 分(自动睁眼, 言语不清, 能遵嘱), 双侧瞳孔等大等圆, 直径 2.5 mm, 光反应灵敏; 四肢肌力

为 IV 级, 肌张力正常; 生理反射存在, 病理反射未引出。该患者在癫痫持续状态早期阶段治疗应用丙戊酸钠 48 mg/h 持续静脉泵入, 癫痫发作时用地西洋 10 mg 静脉注射。在癫痫持续状态稳定阶段治疗应用丙戊酸钠 48~192 mg/h 持续静脉泵入, 癫痫发作时苯巴比妥钠 100 mg 肌内注射, 控制癫痫效果不佳, 加用卡马西平 200 mg 口服。在难治性癫痫持续状态阶段加用丙泊酚 50 mg/h 持续静脉泵入, 苯巴比妥钠 4~12 mg/h 静脉泵入, 患者抽搐发作频率、程度较前稍有所好转, 但仍时有发作。完善相关检查后, 入院第 9 天在全麻下行“左侧额叶占位切除术”, 术毕返监护室, 呼吸机辅助呼吸, 模式 SIMV, 潮气量 600 mL, 呼吸频率 12 次/min, 氧浓度 40%, 术后 1 h 苏醒, GCS 评分 9 分(呼之睁眼、气管插管、能遵嘱)。丙戊酸钠以 48 mg/h 静脉泵入预防癫痫发作。考虑患者病情较重, 遵医嘱当日不予脱机拔管, 术后 6 h 患者烦躁不安, RASS 评分 +2 分, 遵医嘱予丙泊酚 50 mg/h 静脉泵入, 双上肢保护性约束, 1 h 后 RASS 评分 0 分, 患者安静入睡。次日 7:00 停止丙泊酚静脉泵入, 8:00 开始行 SBT 试验, 氧气以 5 L/min 流量经气管插管吸入, 发现患者每分钟自主呼吸次数逐渐减少, 甚至呼吸停止, 需要由医护人员提醒, 嘱其吸气呼气方能继续呼吸, 因此考虑患者存在呼吸遗忘, 由护士密切监测并定时提醒患者呼吸, 经过 9 h 特别护理, 患者呼吸好转, 于 17:18 顺利拔除气管插管, 之后持续监测呼吸, 未再发生呼吸遗忘现象。患者间断癫痫发作, 每天 3~4 次, 每次约 20 s 左右, 意识清醒, 丙戊酸钠以 48~192 mg/h 持续静脉泵入, 逐渐好转, 未见癫痫发作, 入院第 17 天停止丙戊酸钠静脉泵入, 改口服 500 mg, 2 次/d。入院第 24 天患者病情好转出院。

2 护理

2.1 癫痫的护理

2.1.1 癫痫预防护理 癫痫发作时, 易加重脑组织缺氧、缺血、水肿, 从而导致病情变化, 增加死亡的风

作者单位: 南京大学医学院附属鼓楼医院神经外科(江苏 南京, 210008)

何敏: 女, 本科, 护士

通信作者: 王芳, wfxhch@163.com

科研项目: 南京大学医学院附属鼓楼医院资助项目(ZSB1286)

收稿: 2020-09-07; 修回: 2020-11-26

险,延长住院时间,因此,预防癫痫发作、降低癫痫发病率和并发症对颅内占位性病变患者的预后至关重要^[8]。患者入院后癫痫持续状态,遵医嘱丙戊酸钠 48~192 mg/h 持续静脉泵入,丙泊酚 50 mg/h 静脉泵入,预防癫痫。使用丙戊酸钠的时间长、剂量大,须严密关注丙戊酸钠浓度,警惕丙戊酸钠性脑病,患者在入院第 11、14、20 天测丙戊酸钠浓度分别 89.8 $\mu\text{g}/\text{mL}$ 、58.5 $\mu\text{g}/\text{mL}$ 、37.3 $\mu\text{g}/\text{mL}$,未发生丙戊酸钠性脑病。使用丙泊酚时间长达 1 周,要警惕丙泊酚输注综合征,其临床表现主要为突发心动过缓并引起代谢性酸中毒、高脂血症、高钾血症、肌红蛋白尿和横纹肌溶解症,以及出现横纹肌溶解症所继发的急性肾衰竭,甚至发展为难治性心力衰竭而导致患者死亡^[6]。本例患者血生化、电解质等检查结果未见异常,未发生丙泊酚输注综合征。

2.1.2 癫痫持续状态的护理 控制和终止癫痫持续状态是护理的关键。癫痫持续状态时保持呼吸道通畅,双鼻腔持续氧气吸入 3 L/min,密切观察血氧饱和度和有无下降,有无呼吸抑制,必要时报告医生,行气管插管或气管切开,机械通气。该患者入院第 1 天癫痫发作,发作时嘴角抽搐,多为双上肢肌阵挛发作,神志尚清,发作持续 10~20 s,遵医嘱予地西洋 10 mg 静脉注射,约 5 min 后缓解,10 min 后再次发作,发作情况同前,遵医嘱予卡马西平 200 mg 口服、丙戊酸钠以 48 mg/h 静脉泵入,约 5 min 后缓解,后又每 5~10 分钟发作 1 次,每次 10~20 s,未再予特殊处理。入院第 2 天每次发作持续 10~20 s,每 30~40 分钟发作 1 次,入院第 3 天每次发作持续 10~20 s,约 2 h 发作 1 次,遵医嘱加用地西洋静脉注射、苯巴比妥钠肌内注射,并加大抗癫痫药物剂量。入院第 4 天,加用苯巴比妥钠以 4 mg/h 静脉泵入,一直持续至入院第 9 天,每次发作持续 15 s,每 2~3 小时发作 1 次。术后当天予丙戊酸钠 48 mg/h 静脉泵入,生理盐水 250 mL+丙戊酸钠 0.8 g 静脉滴注,2 次/d,预防癫痫,未见癫痫发作;术后第 2 天发作 5 次,每次约 20 s,遵医嘱丙戊酸钠调至 125 mg/h 静脉泵入,卡马西平 200 mg 口服,2 次/d;术后第 3~6 d 每天发作 3~4 次,每次约 15 s,丙戊酸钠改为 48 mg/h 静脉泵入;术后第 7 天停止丙戊酸钠静脉泵入,改为 500 mg 口服,2 次/d,后未见明显发作。该患者发作时心率波动在 90~136 次/min,呼吸波动在 28~40 次/min,血压无法测出,血氧饱和度 0.90 左右,发作时加大氧流量至 8 L/min,呼吸道通畅,意识清,无跌倒、外伤、窒息等意外事件发生。发作间歇期心率 69~81 次/min,呼吸 16~22 次/min,血压 124~146/72~87 mmHg,血氧饱和度 0.98~1.00。

2.2 呼吸遗忘的护理

2.2.1 呼吸遗忘的原因 呼吸遗忘往往不易被察觉,长时间呼吸遗忘会使患者通气量减少而低氧,如

果不及时发现容易发生低氧血症甚至因呼吸衰竭而死亡。发生呼吸遗忘的原因可能是拔除气管插管后减少了对气道的刺激,肌松剂、麻醉药的残留,机体的保护性反射未完全恢复,呼吸功能尚未完全恢复以及原发病的影响等。该患者术前用丙泊酚长达 7 d,共计 5 000 mg,术中接受了多种全身麻醉类药物,麻醉药物对呼吸可能有一定的抑制作用,且术毕返室后又因烦躁再次给予丙泊酚镇静,虽然使用剂量不大,但麻醉药物芬太尼的作用存在明显个体差异,有研究报告不同剂量的芬太尼应用后导致呼吸遗忘,丙泊酚对呼吸亦有一定的抑制作用^[9-10]。

2.2.2 设备与监测 确保监护仪的报警开关呈打开状态,报警设置准确,报警音量响亮清晰,加强血氧饱和度的监测,密切观察患者呼吸频率及深浅度。一旦发现血氧饱和度下降、呼吸频率下降或出现报警,立即查看患者,对患者实施呼唤式护理。

2.2.3 呼唤式护理 予患者特级护理,在患者熟睡、呼吸浅慢、呼吸周期延长或者血氧饱和度有下降趋势时,采取呼唤措施:“醒醒,睁开眼睛,听到我说话吗?能听到请点点头;好的,吸气一呼气,保持呼吸,用你最大的力气握我的手,很好,左脚抬起来,右脚抬起来……”通过互动使患者处于清醒状态,减少患者呼吸遗忘情况的发生。

2.2.4 撤机护理 患者术毕返监护室时呼吸机模式 SIMV,潮气量 600 mL,呼吸频率 12 次/min,氧浓度 40%,PEEP 2 cmH₂O。术后 1 d 8:00 开始行 SBT 试验,呼吸机模式改为 SPONT 模式,2 min 后呼吸机报警显示“窒息”,提醒患者呼吸后患者恢复正常呼吸,5 min 后再次报警提示“窒息”……考虑患者因呼吸遗忘可能导致延迟撤机,安排特护专人陪在患者床旁,评估患者呼吸深度、频率,结合呼吸机、监护仪等设备的辅助报警,实施呼唤式护理。历经 9 h,患者呼吸好转,医生予拔除气管插管,双鼻腔氧气吸入 3 L/min,之后未发生呼吸遗忘现象。

2.2.5 药物护理 本例患者术前及术中均使用肌松剂。为避免肌松剂残留,遵医嘱给予 2 种肌松拮抗剂,生理盐水 100 mL+纳洛酮 0.4 mg 静脉滴注,生理盐水 100 mL+盐酸纳美芬注射液 0.5 mg 静脉滴注。均无不良反应发生。

2.3 生命体征监护 颅脑术后 24 h 内为出血高峰期^[11],密切观察患者的生命体征、意识、瞳孔、肌力变化,同时观察引流液的色、量、性状,伤口敷料是否干燥。保持呼吸道通畅,保证血氧饱和度 0.96 以上,防止因脑组织缺氧而引起脑组织水肿,导致颅内压升高。患者术毕返室血压 176/105 mmHg,根据患者体质量精准用药,避免血压忽高忽低,血压过高可能引起出血性脑卒中,过低则可能引起缺血性脑卒中。根据血管活性药计算公式,佩尔地平剂量 = 体质量 (kg) × 0.3 = 75 × 0.3 = 22.5,先抽生理盐水 27.5

mL,再抽佩尔地平 22.5 mL(避免污染生理盐水),配制成 50 mL。起初佩尔地平 0.5 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 静脉泵入,用药后 2 h 患者血压降至 138/96 mmHg,佩尔地平调至 0.2 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 静脉泵入维持。患者基础血压 135/80 mmHg,遵医嘱收缩压维持在 140 mgHg 左右。术后 3 d 停止佩尔地平静脉泵入,改为硝苯地平控释片(商品名拜新同)30 mg 口服,1 次/d。皮下引流管术后当天引出淡血性液体 110 mL,术后 1 d 引流出淡血性液体 60 mL,术后 2 d 拔除引流管,拔除后 30 min、1 h、4 h 观察伤口敷料有无渗出。患者头部伤口敷料外观干燥无渗出。经过积极处理,该患者术后血压 130~146/61~85 mmHg,无脑出血、意识改变发生。

2.4 躁动的护理 研究指出,造成患者全麻苏醒期躁动的主要原因包括术前过于紧张焦虑、麻醉诱导效果不佳、麻醉药物的不良反应、疼痛不适、导管机械性刺激等^[12-13]。严重的躁动行为可导致血压升高、心律失常、颅内出血、非计划性拔管等。采用 RASS 评分评估患者状态,进行双上肢保护性约束,防止非计划性拔管的发生;拉好床栏,防止患者坠床、跌倒的发生;向患者做好解释,减轻患者恐惧情绪;遵医嘱丙泊酚以 50 mg/h 静脉泵入,每小时评估并记录 RASS 评分,防止镇静过深或不足。该患者用药后 1 h RASS 评分 0 分,安静入睡,次日晨停止用药,无不良反应,未发生非计划拔管。

2.5 患者及家属的心理护理 为缓解家属焦虑情绪,加强与家属的沟通,患者在病房时,提供家属渴望了解的与疾病相关的知识和内容,耐心解答家属的疑问,提高其照料能力;在监护室时,医生每天与家属面对面沟通病情 1 次,每天安排 30 min 探视,告知家属患者目前的生命体征、癫痫发作、进食、睡眠情况等,以减轻患者及家属的分离性焦虑^[14]。家属焦虑情绪明显减轻,以积极地心态照顾患者,患者亦积极配合医护人员进行治疗和护理。

2.6 出院指导 指导患者及家属出院后准确服用抗癫痫药物:丙戊酸钠和卡马西平每日 2 次,每次各 1 片,不可擅自停药。出院 2 周至 1 个月至我科门诊复诊,调整抗癫痫药物剂量,根据检查结果逐步减量、停药,不可私自随意减量、停药,以免诱发癫痫复发。抗癫痫药物有肝功能损伤和血细胞减少、血小板减少等不良反应,服药期间每月复查肝功能和血常规。如有不适,随时复诊。患者及家属表示理解并遵守。

3 小结

对于神经胶质瘤继发难治性癫痫持续状态,缺少明确、有效、统一的治疗方案,亦无明确的指南,这也给护理带来新的挑战。本例患者抗癫痫类药物使用时间长、剂量大,超过 2018 年成人全面惊厥性癫痫持续状态治疗中国专家共识^[15]中推荐的范围,且术后

并发呼吸遗忘,导致延迟撤机。我科医护人员通力合作,安排特护人员陪护,评估患者呼吸深度、频率,结合呼吸机、监护仪等设备的辅助报警,强化呼唤式护理,最终顺利脱机。本例患者呼吸遗忘的护理过程中,安排专人实施呼唤式护理,十分必要,但加重了护理人力资源紧张。今后可加以改进,如应用录音笔、平板计算机、智能手机等仪器设备实施唤醒护理。

参考文献:

- [1] 中国医师协会神经外科医师分会脑胶质瘤专业委员会,胶质瘤多学科诊治(MDT)中国专家共识[J]. 中华神经外科杂志,2018,34(2):113-118.
- [2] Elazab A, Bai H, Abdulazeem Y M, et al. Postsurgery glioma growth modeling from magnetic resonance images for patients with treatment[J]. Sci Rep,2017,7(1):1222.
- [3] Glauser T, Shinnar S, Gloss D, et al. Evidence-based guideline: treatment of convulsive and status epilepticus in children and adults: Report of the Guideline Committee of the American Epilepsy Society[J]. Epilepsy Curr, 2016,16(1):48-61.
- [4] 吕梦娜,张洪. 难治性癫痫持续状态研究进展[J]. 中华实用诊断与治疗杂志,2015,29(3):212-214.
- [5] Shorvon S, Ferlisi M. The treatment of super-refractory status epilepticus: a critical review of available therapies and a clinical treatment protocol[J]. Brain, 2011, 134(10):2802-2818.
- [6] 马秀芳. 成人超难治性癫痫持续状态的临床特点、治疗及预后分析[D]. 长春:吉林大学,2019.
- [7] 梅伟乐,繆彩龙,杨静. 全身麻醉苏醒延迟 238 例患者的护理[J]. 护理与康复,2016,15(3):251-253.
- [8] 李冬梅. 颅脑外伤性癫痫患者临床观察与护理对策[J]. 中国实用神经疾病杂志,2016,19(18):140-141.
- [9] Dahan A, Yassen A, Bijl H, et al. Comparison of the respiratory effects of intravenous buprenorphine and fentanyl in humans and rats[J]. Br J Anaesth,2005,94(6):825-834.
- [10] 曹美芬,于瑾. 芬太尼麻醉致呼吸遗忘 1 例[J]. 临床军医杂志,2007,35(2):224.
- [11] 中华医学会神经外科学分会. 神经外科围手术期出血防治专家共识(2018)[J]. 中华医学杂志,2018,98(7):483-495.
- [12] 党炳文,霍建臻,惠勇,等. 多措施改善全身麻醉苏醒期躁动的临床效果[J]. 临床医学研究与实践,2019,4(35):105-106,111.
- [13] 宁海涛,辛险锋. 全麻患者苏醒期躁动相关因素分析[J]. 黑龙江医药科学,2015,38(1):126-127.
- [14] 王剑英,管晓萍,张利岩,等. 颅内肿瘤患者亲属照顾者心理体验的质性研究[J]. 护理学杂志,2012,27(2):71-73.
- [15] 王学峰,王康,肖波. 成人全面性惊厥性癫痫持续状态治疗中国专家共识[J]. 国际神经病学神经外科学杂志,2018,45(1):1-4.

(本文编辑 赵梅珍)