

特发性肥厚性硬脑膜炎患儿的护理

冷富华¹, 徐晓霞¹, 孔燕²

Nursing care of a child with idiopathic hypertrophic pachymeningitis Leng Fuhua, Xu Xiaoxia, Kong Yan

摘要: 对1例特发性肥厚性硬脑膜炎患儿给予甲泼尼龙静脉输注、口服醋酸泼尼松片抑制免疫反应,甘露醇静脉滴注脱水降压,以及营养神经等治疗,3周后患儿病情好转出院,随访2个月患儿病情稳定。住院期间密切观察患儿病情变化,加强用药护理、眼部护理、心理护理、安全护理、疼痛护理等,可促进患儿病情康复。

关键词: 肥厚性硬脑膜炎; 中枢神经系统疾病; 用药护理; 眼部护理; 安全护理; 心理护理

中图分类号: R473.72 **文献标识码:** B **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2021.17.040

肥厚性硬脑膜炎是一种以脑和(或)脊髓硬膜局限性或弥漫性纤维性增厚为特征的中枢神经系统罕见疾病^[1]。按病因分为继发性和特发性肥厚性硬脑膜炎,以特发性肥厚性硬脑膜炎为多见。特发性肥厚性硬脑膜炎可能与自身免疫有关^[2],主要好发于成人^[3],以颅神经损害、小脑共济失调、癫痫等为主要表现^[4],可以并发或继发各种症候群,累及视神经可出现复视、视力进行性减退,甚至失明;累及嗅神经可引起嗅觉减退或丧失;累及三叉神经可引起面部疼痛;累及位听神经可引起眩晕、恶心、呕吐、听力减退,甚至丧失^[5-7]。目前国内对成人肥厚性硬脑膜炎有较多报道,对儿童肥厚性硬脑膜炎仅有个案病例报道^[7-8]。儿童语言表达能力及理解能力有限,需要护士密切观察其行为和身体功能改变,从而进行有针对性的护理。2020年7月,我科收治1例特发性肥厚性硬脑膜炎患儿,护理经验总结如下。

1 临床资料

患儿,男,2岁1个月。因“眼球活动异常20余天”入院。患儿既往顽皮好动,入院前有多次头部磕碰史,曾发生1次枕部着地事件。入院1个月前接种“乙脑疫苗”,接种1h后出现呕吐1次,接种4d后再次出现呕吐,伴精神欠佳。入院前20d患儿诉头疼、颈部疼痛,并出现颈部活动受限、眼球活动异常,遂来我院就诊。入院体格检查:患儿神志清楚,精神反应可,哭闹剧烈,头部向右侧转动稍受限,双眼睑无下垂,右眼内聚,外展受限,不能越过中线,右眼上下活动尚可,左眼球无异常。入院后第1天血沉58 mm/h,白细胞 $15.81 \times 10^9/L$,IgE 75.83 U/mL,IgM 2.42 g/L;腰椎穿刺行脑脊液检查,常规组合指标均正常,脑脊液白细胞数 $2.00 \times 10^6/L$ 。入院第2天眼部MRI检查示:左侧眼球后缘局部稍欠规整,双侧视神经周围蛛网膜腔隙稍显著;头颅增强MRI显示:双侧大脑半球硬脑膜广泛增厚强化,双侧额颞顶叶部分软脑膜强化。眼科会诊提示:外展神经麻痹(右侧),视乳头

水肿(双侧)。结合病史、症状、体征及辅助检查,诊断为特发性肥厚性硬脑膜炎、右侧外展神经麻痹。给予甲泼尼龙冲击治疗(230 mg/次,1次/d,静脉滴注3d)、醋酸泼尼松片(20 mg/d,1次/d,口服7d)抑制免疫反应,甘露醇(60 mL/次,连续静脉滴注9d,第1~5天每天3次,第6~8天每天2次,第9天静脉滴注1次)脱水降压,静脉注射人免疫球蛋白(总量2 g/kg,分2次应用)等。治疗3周后,患儿头部向右侧转动无受限,右眼外展明显好转,眼球活动可越过中线;复查头颅增强MRI显示:双侧大脑半球硬脑膜增厚强化及双侧额颞顶叶部分软脑膜强化较前明显好转。住院4周出院,随访2个月患儿病情稳定。

2 护理

2.1 密切观察病情变化 给予一级护理、持续心电监测及血氧饱和度监测,单间安置患儿,观察患儿精神、神志,有无异常哭闹、烦躁不安、难以安抚等情况。密切观察患儿有无站立不稳、步态蹒跚、行走时两腿分开等小脑共济失调表现;观察有无面部、口角抽动,肢体抽搐、强制性痉挛发作等癫痫发作表现^[9];动态观察患儿瞳孔、眼球活动度,有无视力进行性减退、听力减退等视神经、听神经受累表现;观察患儿有无吐字不清、声音嘶哑等舌咽、迷走神经受累表现^[1],有无面瘫等面神经受累表现,“咬人、挠人”等精神行为异常。根据患儿病情进展采取相应的预防性护理措施,床旁放置吸痰器、吸氧装置,治疗室惊厥抢救盒内备齐地西洋等急救药物。本例患儿经精心护理,预后良好,未发生相关并发症。

2.2 疼痛护理 入院后评估患儿疼痛情况,包括疼痛部位、性质、强度、持续时间、伴随症状等。疼痛评分 ≥ 4 分,遵医嘱给予甘露醇静脉滴注,以降低颅内压,每30~60分钟复评1次。当疼痛评分 ≤ 3 分时,每日评估1次。同时指导家长采取非药物干预措施,如讲故事、听儿歌、玩玩具等,转移患儿注意力,以减轻疼痛症状。治疗3d后,患儿头痛、颈部疼痛缓解,无明显剧烈哭闹,6d后疼痛消失。

2.3 饮食、睡眠护理 指导家长安抚患儿,保证患儿规律、充足的睡眠,每天10h左右。睡前讲故事,根据患儿舒适感采取合适体位,勿碰触颈部疼痛处。护理及治疗相对集中进行,减少不必要的打扰。观察患

作者单位:青岛市妇女儿童医院 1. 神经内科 2. 护理部(山东 青岛, 266011)

冷富华:女,本科,主管护师,护士长

通信作者:徐晓霞, xuxiaoxia163.aini@163.com

收稿:2021-03-15;修回:2021-04-29

儿有无恶心、呕吐、腹泻等胃肠道症状,指导患儿家长给予清淡易消化饮食,如牛奶、面条、青菜、鸡蛋等,保证每日营养供给。本例患儿治疗护理期间未出现胃肠道症状,睡眠良好。

2.4 安全护理 患儿年龄小,且疾病导致颈部及眼球活动受限,存在跌倒、坠床风险。床头悬挂跌倒坠床警示卡,给家长发放预防跌倒的健康教育宣传单,告知家长患儿有跌倒、坠床风险,给予安全指导,对跌倒、坠床情景进行演示,强调专人看护,需要时刻陪伴患儿,患儿行走时需要家长搀扶;嘱家长勿让患儿在病床上蹦跳,睡觉时拉起床档。保持病室及卫生间光线充足,提供足够的照明;及时清除病房、床旁、通道及卫生间的障碍物,保持地面清洁干燥,以预防跌倒发生。

2.5 眼部护理 特发性肥厚性硬脑膜炎易损伤视神经及动眼神经^[8],可能发生不同程度的视力下降和(或)复视等。教会家长注意保护患儿眼睛,避免长时间看手机或其他电子设备;避免强光刺激,白天光线强时及时遮拉窗帘,夜间保持病室光线柔和;避免用力挤眼、揉眼等,保持眼部清洁。遵医嘱按时给予妥布霉素滴眼液(3次/d),并观察患儿用药后有无流泪增多、眼睑水肿等不良反应。每日与患儿交谈、玩耍,动态观察患儿视力及眼球活动情况。定期请眼科会诊,完善视网膜病变检查。本例患儿治疗3周后,右眼外展明显好转,眼球活动可越过中线,无继发眼部感染,无视力受损等表现。

2.6 用药护理 遵医嘱及时正确应用激素、丙种球蛋白等药物。静脉滴注人免疫球蛋白期间,观察患儿有无烦躁、异常哭闹情况;注意生命体征变化,预防性开通2条以上静脉通路;输注前30min内减慢滴速,每15分钟巡视1次,无不良反应每小时巡视1次。甲泼尼龙冲击治疗期间,密切监测生命体征,每小时记录心率、呼吸、血氧饱和度,测血压每天2次。一旦生命体征出现异常,及时通知医生,必要时遵医嘱停止用药。甲泼尼龙片口服期间,嘱家长遵医嘱协助患儿每天7:00~8:00按时服药,以减少药物对肾上腺皮质激素的抑制作用。指导家长给予清淡、易消化饮食,每日观察大便颜色及性状。保持患儿口腔清洁,用药期间保证饮水量,以预防口腔感染和溃疡发生^[10]。观察患儿身体皮肤颜色,有无面色潮红表现;每周复查血糖、血常规、肝肾功能等。长期使用皮质激素类药物会使机体抵抗力下降,容易发生感染。需保持病室清洁、整齐,温湿度适宜,空气新鲜,每日开窗通风2次,尽量减少探视人员及探视次数。

2.7 心理护理 向患儿家长提供特发性肥厚性硬脑膜炎相关知识手册和治疗最新动态,使之了解疾病临床表现、治疗过程及预后等,提高家长对疾病的认识。帮助患儿及家长疏导焦虑、恐惧、紧张等不良情绪,让患儿及家长感受到关爱,增强应对不良情绪的能力。

患儿年龄较小,治疗过程中有创检查等疼痛会影响患儿身心舒适度,再加上表达及理解能力欠缺,住院过程会产生强烈的恐惧感。为患儿营造温馨舒适的环境,房间摆放玩具、充满趣味的主题墙等,以此消除患儿对医院的恐惧心理。护士每天不定时段与患儿及家长交流、倾听、玩耍,增加互动,交流过程中,护士注重方式、语言,避免引起患儿情绪紧张。

2.8 出院指导 告知患儿家长甲泼尼龙片为激素类药物,出院后根据病情需要继续应用1~2个月,指导家长观察药物不良反应,定期随访及眼科检查,同时监测血常规、肝肾功能等指标,以保证治疗方案顺利进行。长期应用激素会使机体抵抗力下降,易发生感染,预防感染在居家护理中非常重要。指导家长保持家中温湿度适宜,给患儿合理增减衣服,少去人多密集场合,注意手卫生,避免再次感染。

3 小结

目前国内对儿童特发性肥厚性硬脑膜炎的报道相对较少,在临床护理工作中需不断总结护理经验。对特发性肥厚性硬脑膜炎患儿进行护理时,护士需要掌握疾病的临床表现、病情变化及并发症表现,同时需要加强病情观察、用药护理、眼部护理、心理护理等,给予预见性护理,防止并发症发生。

参考文献:

- [1] 沈瑶瑶,戴庭敏,吴伟,等.肥厚性硬脑膜炎的临床诊治[J].中华内科杂志,2016,55(3):234-236.
- [2] Kanzaki S, Inoue Y, Watabe T, et al. Hypertrophic chronic pachymeningitis associated with chronic otitis media and mastoiditis[J]. Auris Nasus Larynx, 2004, 31(2):155-159.
- [3] Yonekawa T, Murai H, Utsuki S, et al. A nationwide survey of hypertrophic pachymeningitis in Japan[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2014, 85(7):732-739.
- [4] 黄光.特发性肥厚性硬脑膜炎[J].中华内科杂志,2006,45(1):67-68.
- [5] Horiguchi T, Gotoh K, Yoshida K, et al. A successful case of hypertrophic cranial pachymeningitis treated by optic nerve decompression[J]. No Shinkei Geka, 1996, 24(3):281-285.
- [6] Nikoskelainen E K, Huoponen K, Juvonen V, et al. Ophthalmologic findings in Leber hereditary optic neuropathy, with special reference to mtDNA mutations[J]. Ophthalmology, 1996, 103(3):504-514.
- [7] 刘素梅,叶晓娟,朴东振,等.肥厚性硬脑膜炎1例报告[J].中风与神经疾病杂志,2016,33(10):946-947.
- [8] 孙明明,周欢粉,杨沫,等.以眼科表现为首发症状的特发性肥厚性硬脑膜炎八例[J].中华眼底病杂志,2020,36(4):262-268.
- [9] 叶松岩,吴颖颖.10例抗NMDA受体脑炎患者的护理[J].护理学杂志,2015,30(13):36-38.
- [10] 李邻峰,顾恒,温海,等.规范外用糖皮质激素类药物专家共识[J].中华皮肤科杂志,2015,48(2):73-75.