

癫痫合并自身免疫性脑炎患儿 10 例的护理

福建医科大学附属协和医院小儿内科（福州 350001） 林萍萍 林丽珍 邓海英

自身免疫性脑炎（AE）是机体自身免疫系统针对中枢神经系统抗原产生的抗原抗体反应，从而引起中枢神经系统损伤的一类疾病。AE 以急性或者亚急性发作的认知功能障碍、癫痫等精神症状及行为障碍等为主要临床特点^[1]。儿童自身免疫性脑炎大多起病急，而且临床表现复杂多样，容易误诊，而一旦延误最佳治疗时机，该病则很难治愈。由于自身免疫性脑炎大多有抽搐、癫痫发作的表现，因此，癫痫患儿合并自身免疫性脑炎时的诊断更加困难，治疗更加棘手。该类患儿由于中枢神经系统受累易出现呼吸困难，加之患儿年幼，咳痰无力，易病并发肺部感染，使得病程长。现将我科收治的 10 例癫痫合并自身免疫性脑炎的患儿的护理情况报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料：2016 年 6 月至 2017 年 8 月，我科收治癫痫合并自身免疫性脑炎患儿 10 例，男 4 例，女 6 例；年龄 4～11 岁，平均（4.0±1.1）岁；平均住院时间（48.6±5.66）d。2 例以头痛、发热就诊，4 例以咳嗽、流涕就诊，3 例以癫痫持续发作就诊，1 例以行为异常就诊。7 例患儿由于通气障碍，采取机械通气，18 d 后均成功脱管。遵医嘱使用糖皮质激素、丙种球蛋白和抗癫痫药物，必要时行血浆置换。行机械通气者加强呼吸道管理，避免呼吸机相关性肺炎的发生，加强基础护理，避免并发症的发生。6 例治愈出院，2 例病情好转转院，1 例病情反复，间断住院，1 例病情危重，放弃治疗。

2 护理

2.1 癫痫发作的护理：患儿癫痫发作时，拉起护栏，并取走床上可能对患儿造成损伤的物品，本组 10 例均有癫痫发作，其中全面强直阵挛性发作 5 例，复杂部分性发作 3 例，部分性发作继发全身发作 2 例。协助患儿取去枕平卧位，头偏向一侧，保持呼吸道通畅，并给予氧气吸入，禁止按压抽搐的肢体，防止骨折或者脱臼的发生；严禁往患儿嘴巴插入任何坚硬的东西，防止牙齿、牙龈损伤或者松动的牙齿滑入气管。遵医嘱予丙戊酸钠、地西洋注射液、苯巴比妥钠静脉给药。10 例经过积极的治疗与护理，未发生不良事件。

2.2 呼吸道的管理：

2.2.1 肺炎的呼吸道管理：本组 4 例入院时有咳嗽、流涕症状，痰液较多，遵医嘱予生理盐水 1 mL+普米克令舒 1 mg 雾化 q8h，雾化后予拍背，并指导家属教会患儿有效咳嗽、咳痰，促进痰液的排出；2 例无力咳痰，予低负压吸痰。

2.2.2 机械通气的护理：本组 7 例由于通气性功能障碍导致血氧饱和度低和呼吸困难，予气管插管接呼吸机辅助呼吸。由于插管可引起呼吸道纤毛运动减弱，口鼻分泌物增多和咳嗽活动受限，加之卧床时间长，痰液排出更加困难，因此，护士在雾化吸入后立即予拍背吸痰，并严格把握无菌操作原则，控制负压大小，避免造成黏膜的损伤，同时，密切观察患儿的生命征，如有血氧饱和度低、面色青紫等发生，应立即暂停吸痰。呼吸机管道、简易呼吸气囊每周更换消毒，定期做痰培养，7 例在使用机械通气 10～18 d 后先后成功撤机，痰培养未见特殊感染菌群。

2.3 用药护理：

2.3.1 抗癫痫药物的护理：结合患儿癫痫病史和脑炎引起的癫痫发作情况，遵医嘱按时、定量给予氯硝西泮、卡马西平、妥泰等口服药，严格观察用药后反应，指导家属不得擅自停药或者更改剂量，尤其是在未发作前规律服药，才能减少癫痫的发作，减少对患儿的伤害。

2.3.2 镇静药物的护理：本组 10 例癫痫发作时均有使用镇静药，而大部分镇静药物对心血管及呼吸有抑制作用，尤其是小儿用药。本组 7 例使用机械通气时，运用了咪达唑仑、苯巴比妥钠、丙泊酚等镇静剂，其中，1 例出现呼吸减慢，2 例出现血压下降，报告医生后立即减慢镇静药物的泵速，同时予扩容、升压处理后症状缓解。

2.3.3 糖皮质激素的使用护理：本组 10 例均使用甲强龙，根据患儿体质量，严格计算药物剂量，使用保护胃黏膜的药物后再使用激素，预防药物性消化道溃疡的发生，观察患儿有无上腹疼痛、呕吐咖啡色胃内容物或者黑便的发生，如有异常，立即报告医生，暂停使用糖皮质激素，并遵医嘱对症处理。本组 10 例中仅 1 例诉腹痛，予口服复方谷氨酰胺颗粒后自行缓解，其余无严重不良反应发生。

2.3.4 利妥昔单抗的使用护理：利妥昔单抗在滴注过程中极易发生严重不良反应，包括过敏性休克、支气管痉挛、呼吸困难、低氧血症等，甚则危及患儿安危。按照药物使用说明，将利妥昔单抗瓶装制剂避光保存于 2～8℃ 的冰箱内，配制好的药液室温下可保持 12 h，冰箱内可保存 24 h^[2]。由于本品不含有抗微生物防腐剂，因此配制溶液应严格遵从无菌操作原则。配药时，护士在无菌条件下抽取所需剂量的利妥昔单抗，置于生理盐水或 5% 葡萄糖溶液的输液袋中，稀释到需要的浓度。轻柔地颠倒注射袋使溶液混合并避免产生泡沫。静脉输注前准备好抢救物品，包括抢救车、按压

板、简易呼吸气囊、除颤仪、心电监护仪、氧气吸入装置、负压吸引装置等,并准备好相应的药物,如肾上腺素、多巴胺、抗组胺药和糖皮质激素。

2.3.5 丙种球蛋白的使用护理:输注丙种球蛋白前,测量患儿体温,腋温高于 37.5℃者禁止滴注,滴注前后用生理盐水冲管,与其他药物分开滴注,滴注过程中观察患儿有无过敏、皮肤瘙痒、皮肤红斑或者胸闷、呼吸困难等表现,有不良反应者立即报告医生,本组 10 例中有 1 例出现颈胸部发红瘙痒,立即停止用药并遵嘱静脉推注葡萄糖酸钙注射液后症状缓解。

2.4 口腔护理:本组 2 例昏迷,禁食期间每日予洗必泰进行口腔护理, bid, 气管插管期间予洗必泰进行口腔护理, qid。有 2 例发生鹅口疮,遵嘱予制霉菌素进行口腔护理,4 周后鹅口疮治愈。

2.5 血浆置换的护理:血浆置换是自身免疫性脑炎患者的治疗方案之一^[3]。本组 5 例进行血浆置换,通过在股静脉留置双腔血滤导管,经该导管行床边血浆置换。置换时,加强患儿的保暖,并密切观察生命征,置换过程中护士协助患儿外展下肢并保持管路通畅,从而保证置换的顺利进行。同时,认真做好股静脉穿刺处皮肤的护理,观察是否有出血、渗出、管道松动、移位等,有异常者及时处理。本组有 1 例置换开始 10 min 和出现血压下降,予减慢置换速率和快速补液后,血压逐渐回升。

3 讨论

近年来,自身免疫性脑炎已经被越来越多的临床医生关注;但是该病的发病率仍然很高,如未得到及时、有效的治疗,病程会迁延不愈,同时会导致高致残率。自身免疫性脑炎现在缺乏统一、标准的治疗方案,各类免疫调节药物的应

用也多凭经验给药^[4]。它的治疗还处在探索阶段,因此,早发现、早诊断、早治疗,加强药物监测和全面有效的护理,是患儿康复的关键,该病的康复是个漫长的过程,最长可达数年^[5]。癫痫患儿病情反复,抽搐时而发生,不但影响患儿的诊断,也使得病情更加复杂,当癫痫合并自身免疫性脑炎时,临床表现也更复杂,病程更长,治疗更加困难,护理难度也更大。因此,要求更加及时、安全、有效的护理措施,才能减轻患儿的痛苦,减少并发症的发生。而目前关于癫痫合并自身免疫性脑炎的护理报道不是特别多,本文总结了相关的一些护理要点,促进患儿的康复。该疾病的治疗在不断跟进和完善,治愈率不断提高,而护士精湛的临床操作技术和敏锐的观察力是促进患儿康复的关键,因此,不断提高护理水平和护理质量,促进护理技术的发展和护理理论的更新,才能促进患儿的快速康复,提高患者的满意度。

参考文献

- [1] 陆卉,张雅静.自身免疫性脑炎临床鉴别诊断及治疗[J].中华医院感染学杂志,2014,24(6):1423-1425.
- [2] 侯丽娜.利妥昔单抗用于自身免疫性脑炎患儿的临床观察及护理[J].中国实用护理杂志,2014,30(24):40-41.
- [3] 王佳伟.抗 N-甲基-D-天冬氨酸受体脑炎研究现状[J].中国现代神经疾病杂志,2014,8(14):658-659.
- [4] 陈红君,余自成,周蓉,等.吗替麦考酚酯在自身免疫性疾病患者体内的药代动力学研究[J].中国临床药理学杂志,2015,31(2):102-105.
- [5] Hung T Y, Foo N H, Lai M C. Anti-N-methyl-d-aspartate receptor encephalitis[J]. Pediatric Neonatal, 2011, 52(11):361-364.