

· 短篇及病例报道 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.32.047

1 例烫伤患者术后癫痫持续状态的短篇病例报道

李昌敏¹, 孙丹^{1△}, 杨梅¹, 邓金花²

(1. 第三军医大学西南医院烧伤研究所, 重庆 400038; 2. 重庆第三人民医院肝胆科 400014)

[中图分类号] R473.6

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)32-4603-02

癫痫是大脑神经元突发性异常放电, 导致短暂的大脑功能障碍的一种慢性疾病。它是神经系统的常见病, 据最新流行病学资料显示, 我国癫痫的总体发病率为 7.0%, 1 年内有发作的活动性癫痫患病率为 4.6%。癫痫持续状态(status epilepticus, SE)是指一次性癫痫发作时间在 30 min 以上, 或两次发作之间患者意识不能完全恢复。SE 可能发生于任何类型的癫痫, 发生率约占癫痫患者的 10%, 是神经科急危重症之一^[1-2], 它发展迅速、预后难以预测, 病死率较高^[3]。SE 发病和脑血管病、颅脑外伤、中毒、颅内占位病变、代谢紊乱、不规则服药等多种因素相关^[4-5]。而烫伤术后诱发 SE 的典型病例, 国内尚未见报道。西南医院烧伤研究所 2015 年 6 月 5 日收治 1 例热液烫伤 12% 的患者, 削痂植皮手术后 SE, 经过积极有效救治, 症状控制好, 现将护理体会报道如下。

1 临床资料

患者, 男, 37 岁, 体质量 115 kg, 身高 170 cm。癫痫病史 27 年, 长期服用卡马西平+安普唑仑抗癫痫, 高血压、高血糖病史 3 年, 未做正规治疗。2015 年 5 月 31 日在家中癫痫发作, 跌入旁边豆浆锅中, 被烫伤 12%, 自行在家涂抹“美宝”烧伤膏, 效果差, 6 月 5 日来该院就诊, 门诊以“豆浆烫伤 12%, 2~3 度, 躯干、右上肢、面部”收住入院。患者入院后测得血压 140/90 mm Hg, 精神差, 创面分泌物多, 伴臭味, 反复发热, 体温 38.0~39.4℃。癫痫大发作多次, 发作时间 2~10 min, 予以抗感染, 创面换药疗法。遵神经内科、内分泌科会诊意见, 调整治疗方案为卡马西平 2 片, 口服 3 次/日, 德巴金 0.5 g, 口服 2 次/日, 监测血糖、血压和肝功能等, 并对症治疗。6 月 12 日 9:20 在全身麻醉下行右上肢削痂植皮术, 右大腿为供皮区。术中顺利, 术毕 11:30 安返病房。术后予以心电监护、留置胃管尿管、止血、抗感染、一级护理。6 月 13 日癫痫发作 4 次, 持续时间 1~2 min, 给予安定 10 mg 静脉推注+德巴金 1 mg/kg/h 持续静脉滴注, 效果不佳。16:00 出现 SE, 立即转入重症监护室, 行气管切开术, 特级护理, 0.9% 生理盐水 500 mL+氯硝安定 3 mg, 60 mL/h 持续静脉滴注, 20% 甘露醇 125 mL, 500 mL/h 的速度快速静脉滴注, 效果好, 症状逐渐控制, 20:15 神志恢复, 后未在出现 SE。6 月 14~16 日, 癫痫每天发作 1~3 次, 6 月 17~22 日未再癫痫发作, 6 月 22 日创面基本愈合, 予以出院。

2 讨论

2.1 护理措施 根据患者病情, 成立责任制护理组, 三班轮流进行特级护理。对各项护理措施分清主次, 把抢救患者生命和维护重要器官功能的措施放在第一位, 作为护理重点。

2.1.1 环境 给予患者安静、舒适、安全的环境, 最好安排单人病房, 避免外界不良声音、光线、温度等的刺激, 尤其是同病区病员及家属的围观和议论。医护人员各项治疗护理措施应轻柔, 减少病房人员不必要的走动, 做到“操作轻, 说话轻, 开关门轻”。

2.1.2 保持各种管道固定好和通畅 (1) 呼吸道。呼吸道是人体气体交换的通路和场所, 保持呼吸道通畅是人体正常生理功能的前提和基础。加强气道湿化, 防止痰液黏稠, 及时清理患者气道分泌物和痰液; 固定气管切开导管, 防止管道堵塞和脱落; 给予床旁吸氧, 监测血氧饱和度及动脉血气分析, 及时调整吸氧流量和吸氧方式; 床旁备呼吸机, 必要时予以呼吸机辅助呼吸。(2) 给药通路。给药以静脉和鼻饲为主, 一次性头皮针材质硬, 在患者不能配合的情况下, 容易滑脱和刺破血管, 应给予静脉留置针, 并且要注意避开关节及易活动的部位, 无菌操作, 注意保护血管, 防止药物外渗、堵针和静脉炎。鼻饲通过胃管给予, 必须保证胃管位置正确, 每次鼻饲前都得确认其在胃内, 鼻饲后需用温水冲洗胃管, 保持管道清洁。(3) 尿路。在 SE, 全身或局部的痉挛, 意识丧失, 常常导致大小便失禁。本文患者予以留置尿管, 有效减少尿液的污染和刺激, 同时能利于尿量监测, 为临床补液、病情观察提供可靠依据。尿管需固定妥当, 防止脱落、折叠、堵塞, 做好尿道口和会阴护理, 0.5% 聚维酮碘棉球消毒尿道口 2 次/日, 或 1:5 000 呋喃西林溶液冲洗会阴 2 次/日, 大便需彻底清理干净, 防止大便污染, 逆行性感染泌尿道。

2.1.3 病情观察 严密观察患者癫痫发作症状、意识状态、体温、心率、呼吸、血压、尿量、氧饱和度等, 做好汇报和护理记录。遵医嘱正确留取各种标本, 跟踪检验报告结果, 重点监测肝功、肾功能损害, 白细胞数目, 电解质等。

2.1.4 发作护理^[6] (1) 患者取平卧位或头部抬高 30°; (2) 在患者上下臼齿间放置开口器或压舌板, 防止舌咬伤; (3) 穿宽松棉制衣裤并松衣领腰带; (4) 为避免骨折和脱臼, 不可强行按压患者肢体, 尤其是特殊部位; (5) 置床挡, 防止坠床。

2.1.5 脑保护 SE 患者出现高热症状的情况比较多, 脑组织代谢增加和颅内压升高等问题也会随之出现。(1) 吸氧, 保证机体氧的有效供给, 防止脑组织由于供养不足发生病理损伤。(2) 脑部物理降温, 头部置冰帽, 防止脑组织因耗氧增加出现进一步损伤。

2.1.6 术后护理 植皮术后一般护理常规, 即严密观察术区和供皮区渗血、渗液情况, 防止局部压迫, 过度牵拉, 引起出血, 导致皮片存活不良; 观察术肢端温度、感觉和血运等, 防止敷料包扎过紧引起肢体缺血, 出现不良后果。

2.1.7 其他 (1) 营养护理, 患者意识障碍, 禁止口服药物和食物。鼻饲要注意食物和水的量及温度, 避免过冷、过热刺激胃肠道, 加重癫痫发作, 一次鼻饲量不超过 200 mL, 鼻饲前要回抽胃内容物, 防止食物蓄积, 鼻饲后可将患者床头抬高 30°。静脉营养时, 合理选择使用血管, 最好使用中心静脉, 输注氨基酸、脂肪乳等高浓度药物要注意输注的速度和配伍反应等。(2) 基础护理, 保持皮肤干爽, 防止褥疮, 床单元要勤整理, 如有污染及时更换床单被套, 骨隆突出处垫软枕, 对腋窝、腹股沟、臀沟、后枕部等均匀涂抹爽身粉, 经常检查肢体约束部位的血

运及皮肤完整性,防止损伤。口腔护理 2 次/日,并及时清除口腔分泌物,防止口腔细菌的滋生,检查口腔黏膜,重点检查有无舌咬伤。(3)心理护理和健康教育,与患者家属做好沟通,每班次与家属交代患者病情,了解家属的真实想法,消除家属的顾虑。家属探视时耐心解答家属的疑问,尽量满足家属的合理要求。对家属宣教癫痫的相关知识,让家属了解基本的癫痫日常生活的注意事项,了解常见的癫痫诱发因素和基础救护措施,树立“防病重于治病”的积极观念。

2.2 护理体会 癫痫发作不可预见,具有突发性,常常导致摔伤、烧伤、烫伤、窒息等意外伤害,后果严重,致残、致死率高。服药依从性差、心理因素、生活不规律、不良嗜好、寒冷、高温、噪音、疼痛等众多因素均易诱发癫痫发作^[7]。对有癫痫病史的患者行外科手术,要积极避免诱发因素,做好充分的术前准备,全面评估患者手术耐受力,控制好高血压、高血糖等基础疾病。综合评估烫伤创面感染、溶痂和肉芽生长情况,选取最优的手术时机和手术方式。做好患者和家属的知识宣教,及时与其沟通,重视心理护理,缓解患者紧张心情,减少或避免不良情绪的刺激,有利于预防癫痫的发作。SE 发病和脑血管病、颅脑外伤、中毒、颅内占位病变、代谢紊乱、不规则服药等多种因素相关,分析本病例资料,推断 SE 的出现与代谢紊乱、不规则服药等因素关系最大。一方面,术前禁食 12 h,禁水 6 h,术后禁食水 6 h,虽有静脉补充糖分及电解质等,但打破了患者常规的生活规律,难免引起不同程度的代谢紊乱;另一方面,术日的口服抗癫痫药物由于遵守手术需禁食、禁水的常规要求,而未能给予,导致了不规则服药的诱因出现。基于以上两方面,作者认识到 SE 的发生也非偶然,只是烫伤术后出现 SE 的情况实属

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.32.048

首例,临床经验不足,预见性的准备不够充分,虽在积极的救治下,取得了满意的效果,但也给临床工作者了警醒,要重视有癫痫病史的手术患者,做好全面的准备,避免诱发因素,防止术后诱发 SE。

参考文献

- [1] 时新艳.全面惊厥性癫痫持续状态患者初始治疗失败的相关因素分析[J].中国实用神经疾病杂志,2014,17(14):77-78.
- [2] 刘永红,李力,李小宁,等.部分性癫痫间持续状态的诊治(附 3 例病例随访研究)[J].卒中与神经疾病,2013,20(1):27-28.
- [3] 申浩,常亮,管军,等.昏迷患者非惊厥性癫痫持续状态的临床特点[J].临床神经病学杂志,2013,26(3):228-230.
- [4] 武晓芳.癫痫持续状态相关危险因素分析[J].安徽医学,2015,36(6):712-714.
- [5] Neligan A,Shorvon SD.Prognostic factors,morbidity and mortality in tonic-clonic status epilepticus:a review[J].Epilepsy Res,2011,93(1):1-10.
- [6] 廖元星.癫痫持续状态患者的急救护理效果[J].中国现代药物应用,2015,9(16):190-191.
- [7] 王来利.癫痫病患者诱发因素的调查及干预效果[J].内蒙古中医药,2014,33(31):18-19.

(收稿日期:2016-06-28 修回日期:2016-08-16)

肺部受累的 IgG4 相关性疾病 1 例并文献复习

张宇¹,黄少祥¹,许建春²,张立东³

(天津市第五中心医院:1.呼吸内科;2.药剂科;3.病理科,天津 300450)

[中图分类号] R563.9

[文献标识码] A

[文章编号] 1671-8348(2016)32-4604-03

IgG4 相关性疾病是一种累及多个系统的硬化性疾病,特点为血清 IgG4 水平升高,组织中大量 IgG4 阳性浆细胞浸润,这种疾病可以局限于一个或两个器官,或者多个器官并存。最初的相关报道集中在胰腺,Yoshida 等^[1]于 1995 首先提出了自身免疫性胰腺炎(AIP)的概念,随后研究发现在 AIP 患者,血清 IgG4 水平往往显著升高,并且胰腺外病变同时存在,提出了 IgG4 相关性疾病的概念^[2-3]。近年来,国内外关于 IgG4 相关性疾病的报道逐渐增多,但肺部受累的病例仍较少。现将本院就诊的 1 例表现为肺部受累的 IgG4 相关性疾病报道如下,并对相关文献进行复习。

1 临床资料

患者,男,68 岁,主因“间断咳嗽、痰中带血 5 个月,加重 3 d”于 2015 年 3 月 29 日收入本院。患者 5 个月前无明显诱因出现咳嗽,伴有少量白痰,痰中间断带有少量鲜红色血丝,无发热、胸痛及活动后气喘。于 2014 年 11 月 2 日行胸 CT 示:右上肺可见团块影,边界不清,其内可见含气支气管及空泡,周围可见磨玻璃影,见图 1A、B。考虑感染性病变,给予“莫西沙星”抗感染治疗 1 个月,症状好转,未再咳嗽及咯血,复查胸 CT 右上肺团块影无明显缩小,于本院行 B 超引导下经皮肺活检

病理提示:肺组织炎性改变,未见肿瘤细胞及肉芽肿等特征性改变,故未再进一步治疗。3 d 前患者无明显诱因再次咳嗽、伴有少量白痰,带有少量鲜红色血丝,无发热及胸痛等,再次门诊复查胸 CT:右肺上叶团块影,较前病变范围进展,见图 1C、D。为进一步诊治收入我科。发病以来患者饮食、睡眠好,二便正常,体质量无明显变化。患者既往体健,既往有吸烟史 30 年,平均 10 支/天。否认粉尘接触史及特殊化学物质接触史。体格检查无阳性体征。

入院后初步考虑肺部感染性疾病,给予“头孢唑肟”抗感染治疗,并进一步检查血常规白细胞为 $8.978 \times 10^9/L$,中性粒细胞%(N%)为 66%,血红蛋白(Hb)为 118 g/L,单核细胞绝对值 $0.604 \times 10^9/L$;红细胞沉降率为 58 mm/h;C-反应蛋白为 31.5 mg/L;血气分析正常,尿常规及便常规未见异常、肺部肿瘤标志物 5 项(糖基类抗原 19-9、糖基类抗原 125、癌胚抗原、神经元特异性烯醇化酶、非小细胞肺癌相关抗原)均正常;风湿免疫全项及抗中性粒细胞胞质抗体(ANCA)正常;混合淋巴细胞培养+干扰素测定未见异常。进一步行支气管镜镜检查镜下未见明显异常,肺泡灌洗液培养阴性,支气管刷检涂片抗酸染色阴性、未见真菌、未见肿瘤细胞。甲状腺功能未见异常。