

抗 N-甲基-D 天冬氨酸受体脑炎患者行卵巢畸胎瘤切除术的护理

赵艳, 龚晨

(首都医科大学附属北京天坛医院手术室, 北京, 100050)

[摘要] **目的** 总结抗 N-甲基-D-天冬氨酸(N-methyl-D-aspartate, NMDA)受体脑炎患者行卵巢畸胎瘤切除术的护理要点。**方法** 对 5 例抗 NMDA 受体脑炎行腹腔镜卵巢畸胎瘤切除术患者充分术前评估, 根据患者特征和症状做好术中管理, 注意静脉血栓防护, 口腔护理, 癫痫及中枢性通气障碍的护理, 保证无菌及无瘤操作。**结果** 5 例患者术中完整剥除畸胎瘤, 术后患者均恢复自主呼吸, 其中有 4 例患者于术后第 2~23d 病情好转, 神经功能逐渐恢复。3 例患者术后 3~5 周血清抗 NMDA 受体抗体检测转为阴性。**结论** 充分的术前评估, 结合疾病特征做好术中管理, 严格执行无菌、无瘤技术操作能确保抗 NMDA 受体脑炎行腹腔镜卵巢畸胎瘤切除术手术护理安全。

[关键词] 抗 N-甲基-D-天冬氨酸受体脑炎; 卵巢畸胎瘤; 手术护理

[中图分类号] R473.71 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8283(2018)06-0044-04 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2018.06.010

Intraoperative nursing care for removal of ovarian teratoma associated with anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis

Zhao Yan, Gong Chen//Modern Clinical Nursing, -2018, 17(6):44.

(Beijing Tian Tan Hospital Capital Medical University, Beijing, 100050, China)

[Abstract] **Objective** To summarize the intraoperative nursing care for removal of ovarian teratoma associated with anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis. **Method** The main points of intraoperative nursing care for removal of ovarian teratoma associated with anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis including sufficient assessment before operation, management in the operation according to the characteristics and symptoms of the patient, attention to protection of venous thrombosis, oral nursing, nursing of epilepsy and central ventilation disorder, aseptic technique and tumor free technique. **Results** The ovarian teratoma were removal completely. Spontaneous breathing was restored in all patients after operation. The psychiatric symptoms were relieved in 4 patients from second to 23d after operation. Serum anti-NMDA receptor antibody test turned negative in 3 patients from 3~5 weeks after operation. **Conclusion** The key point to offer safe and accurate nursing care lies on sufficient assessment before operation, management in the operation according to the characteristics and symptoms of the patient and strict implementation of aseptic, tumor free technique.

[Key words] anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis; ovarian teratoma; surgery nursing

抗 N-甲基-D-天冬氨酸 (N-methyl-D-aspartate, NMDA) 受体脑炎是一种特异性抗原抗体相关性自身免疫性脑炎^[1-2], 也被认为是一种副肿瘤边缘性脑炎。其临床症状包括精神异常、记忆障碍、意识水平下降、运动障碍、自主神经功能障碍及中枢性通气不足等。抗 NMDA 受体脑炎发病与卵巢畸胎瘤高度相关^[3], 多发生于年轻女性。对抗 NMDA

受体脑炎合并卵巢畸胎瘤患者, 第一时间切除肿瘤, 可降低患者血清和脑脊液中自身免疫性抗体水平^[4]。2010 年许春伶等^[5]报道了国内首例抗 NMDA 受体脑炎病例; 2013 年李小丹^[6]等和 2015 年刘芳^[7]等报道重症抗 NMDA 受体脑炎内科护理要点, 均只涉及内科相关护理, 对手术期护理内容尚未提及, 近年对该类患者手术期综合护理相关文献报道甚少。该疾病病情复杂、危重, 具有潜在的致死性, 手术切除肿瘤是治疗的关键, 关注手术护理重点对手术护士提出较大挑战。本院 2013 年 4 月至 2017 年 12 月共收治 5 例抗 NMDA 受体脑炎

[收稿日期] 2018-03-05

[作者简介] 赵艳(1975-)女, 北京人, 主管护师, 本科, 主要从事妇科内镜手术护理与教学工作。

行腹腔镜卵巢畸胎瘤切除术患者,现将手术护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2013 年 4 月至 2017 年 12 月本院抗 NMDA 受体脑炎行腹腔镜卵巢畸胎瘤切除术的 5 例患者,年龄 22~31 岁,平均 (28.40 ± 3.64) 岁,均为女性。5 例患者均以精神行为异常为首发症状就诊,其中 3 例在首发症状前 3~14d 出现前驱症状,包括头痛、发热、上呼吸道感染;5 例患者均有运动障碍、认知障碍、自主神经功能紊乱、癫痫发作和脑脊液抗 NMDA 受体抗体阳性,其中 4 例血清抗 NMDA 受体抗体阳性;合并低通气需呼吸机辅助通气 2 例。

1.2 手术方法

5 例患者均在全麻气管插管下行腹腔镜卵巢畸胎瘤切除术,患者取人字位或截石位,消毒铺巾后脐孔置气腹针,建立气腹,取头低足高位,术中超声监测协助定位,明确畸胎瘤位置,单极电钩打开卵巢上皮,暴露肿瘤包膜,分离钳分离粘连,完整切除肿瘤并取出,创面出血处双极电凝止血或丝线缝合,温盐水冲洗清理腹腔,放置引流,清点纱布、器械无误,放气拔镜,缝合皮肤。

2 结果

本组 5 例患者手术时间为 45~55min,平均 (50.80 ± 3.76) min。术中完整剥除畸胎瘤,术中出血为 20~30mL,平均 (24.00 ± 5.47) mL。2 例患者肢体水肿,术后无改善。术后 3 例患者恢复自主呼吸后在手术间拔除气管插管。2 例术前带经鼻气管导管或气切管患者恢复自主呼吸后保留气管导管或气切管,需呼吸机进行辅助通气。4 例患者于术后第 2~23 天病情好转,神经功能逐渐恢复;口面部及四肢不自主活动逐渐减少直至消失,记忆力、理解力恢复,治疗后好转出院,1 例病情无改善。3 例患者术后 3~5 周血清抗 NMDA 受体抗体检测转为阴性。住院时间 33~70d,平均 $(47.6.0\pm 15.14)$ d。

3 讨论

3.1 抗 NMDA 受体脑炎患者与卵巢畸胎瘤的相关性

2005 年 VITALIANI 等^[8]最先报导,在部分伴有卵巢畸胎瘤脑炎患者体内存在一种主要表达于大脑海马神经元细胞膜的不明抗体,2007 年 DALMAU^[9]等在 12 例卵巢畸胎瘤患者血清和脑脊液中发现抗 NMDA 受体抗体,而首次将其命名,并以此作为该病的诊断标准。抗 NMDA 受体脑炎是一种可逆的自身免疫性脑炎,卵巢畸胎瘤中存在含有 NMDA 受体亚单位的神经组织,该神经组织可能作为抗原物质诱导产生抗体。抗 NMDA 受体脑炎的症状较重,表现为严重精神障碍,甚至呼吸衰竭,具有潜在的致死性,其预后和早期诊断、早期治疗关系密切;发现肿瘤并尽早切除是治疗该病的关键,SEKI 等^[4]认为,早期肿瘤切除是促进该病患者完全康复的重要措施,与未行肿瘤切除的患者相比尽早手术能够缩短通气不足和运动障碍的持续时间。抗 NMDA 受体脑炎合并的 4%肿瘤为其他肿瘤如肺癌、乳腺癌、睾丸癌等^[10]。

3.2 护理

3.2.1 术前评估 抗 NMDA 受体脑炎患者前驱期无明显的特殊临床症状,多表现为感冒后的病毒感染样症状^[11],如发热、头痛、乏力、恶心,多数患者在出现神经精神症状后就医,首诊多为神经内科。患者病情可迅速发展,出现严重神经功能障碍及中枢性呼吸抑制,甚至肺部感染,并伴有自主神经功能障碍,如心律失常等。由于患者术前状况差别大,因此评估患者意识、生命体征、呼吸循环功能、精神行为异常及自主神经功能紊乱等情况尤为重要,总结如下,①本组 5 例患者均出现精神行为障碍,表现形式多样,如出现幻觉、错觉、焦虑、激惹、躁狂、喊叫、胡言乱语、打骂他人、挑衅等,易被误诊为精神分裂症。②出现神经病学症状:运动障碍 3 例,患者有口、面、舌异常不自主运动,如反复咀嚼、伸舌、噘嘴、挤眉弄眼,观察患者口唇舌体黏膜有无损伤;5 例患者均有手足徐动、肢体不自主动作、肢体活动不利、肌颤、肌阵挛,有自伤或伤

人的危险,加强肢体约束同时保护患者,避免意外碰撞受伤;认知障碍 5 例,患者均出现记忆功能下降或缺失、语言功能受损,甚至缄默,因无法交流,入手术室需专人不离身陪护;自主神经功能紊乱的 5 例患者均出现高热、血压波动、心律失常、呼吸急促;3 例患者有多汗、流涎。③ 5 例患者均有癫痫发作,且逐渐加重,术前术后均给予镇静治疗。④ 2 例患者出现中枢性通气障碍,经口气管插管及气管切开各 1 例。在接触患者前,需了解患者以上可能的异常表现,以减少转运时各种不良刺激因素,确保患者安全。评估肢体活动情况,四肢不自主动作、肢体肌张力高转运过程均需进行肢体约束。

3.2.2 入室准备 ①建立静脉通路:入手术室后重新建立外周静脉通路,以应对术中用药与急救。该手术选择上肢前臂外周静脉,1 例上肢静脉血栓患者根据彩超结果最终选择左侧肘正中静脉穿刺;5 例患者均有肢体不自主运动,为确保穿刺一次成功,避开关节及活动部位,妥善约束患者四肢并加强对穿刺侧肢体的约束、看护。②体位管理:患者采用人字位或膀胱截石位,膝下棉垫及明胶垫保护,约束带妥善固定,注意动作要轻柔,不合作及肌张力异常患者麻醉后不可强制摆放,以免造成损伤。③手术物品准备:因患者病情危重,患者入室前除了将各仪器设备、器械物品、麻醉药品等准备就绪,需提前准备 B 超设备,因本组 5 例患者中卵巢畸胎瘤最大为 $2\text{cm}\times 3\text{cm}\times 3\text{cm}$,最小仅有 $1\text{cm}\times 1.2\text{cm}\times 1.2\text{cm}$,占位较小,术中需超声协助定位,以确保定位精准,减少卵巢正常组织损伤,保证卵巢功能恢复。

3.2.3 癫痫的处理 5 例患者术前均有癫痫发作,1~2 次/天,常规应用抗癫痫药物治疗控制症状,分别给与咪达唑仑 5mL/h 泵注或苯巴比妥钠 0.1g $\text{Q}8\text{h}$ 肌肉注射控制癫痫,但仍有癫痫发作,2~5d 发作 1 次。1 例患者在入手术室麻醉诱导前突发躁动,癫痫样抽搐,手术医生、器械护士立刻协助麻醉医生保护固定患者,巡回护士遵医嘱给与事先准备好的镇静药异丙酚 100mg 静脉注射,症状缓解后进行麻醉诱导。

3.2.4 静脉血栓防护 2 例患者术前为外周静脉

血栓,1 例为双上肢,1 例为双下肢,均表现为相应部位指压性水肿,术前予肝素抗凝治疗。为预防肢体约束及长期卧床造成血流减慢引起血栓,手术体位严格按照舒适体位摆放,骶尾部、小腿垫明胶垫,避免直接压迫腘窝,肢体约束应力度适中;既要避免压力过大引起水肿加重及可能的皮下出血,又要避免因约束不到位患者术前和术中躁动造成外伤甚至是静脉血栓脱落;术前无血栓患者可使用弹力袜预防。术中膀胱截石位影响下肢血液循环,术后忌立即平放下肢及搬动患者,做到先放一侧下肢后,予以被动活动并观察生命体征无明显改变后再放另一侧,搬动肢体时动作轻抬轻放。术后随访 3 例术前无血栓患者未发现新发血栓,2 例血栓患者经抗凝治疗后血栓消失。

3.2.5 口腔护理 3 例患者表现口周咀嚼、流涎、口腔内分泌物增多,术后备好负压吸引、注意吸痰,并注意口腔黏膜保护,特别是术前已行气管插管患者。本组有 1 例患者因中枢性呼吸障碍,入院时已有舌体及舌底多处破溃,创口边缘炎症反应明显,舌系带周围黏膜依然有创口,周围有炎症反应及出血,因此在吸痰过程中应操作轻柔,避开创口。该例患者未发生黏膜损伤加重。

3.2.6 中枢性通气障碍的护理 本组 2 例患者中枢性通气障碍,转运途中用简易呼吸气囊或转运呼吸机辅助患者通气,保证氧气供给;携带便携式血氧饱和度监测仪,密切监测患者血氧饱和度和心率;因患者术前已存在通气不足,术中大量 CO_2 吸收入血可引起高碳酸血症及血流动力学改变,呼吸末 CO_2 可进一步升高;术中严格控制气腹压力不超过 12mmHg ,并密切观察患者生命体征,呼气末 CO_2 浓度维持在 $30\sim 45\text{mmHg}$ 。术前无中枢性通气不足的患者自主呼吸恢复正常后可在手术间拔除气管导管,2 例术前呼吸中枢性通气不足者,保留气管导管或气切管,术后转运时应用简易呼吸气囊或转运呼吸机辅助患者通气,保证氧供。

3.2.7 体温管理 5 例患者自主神经功能紊乱出现高热、多汗,转运时及时更换清洁干燥衣裤,并擦拭汗液,避免途中受凉;术中及时擦拭全身汗液,手术床上加铺敷料,保持敷料平整干燥;使用电外科设备,擦干粘贴负极板部位皮肤的汗液,确

保负极板粘贴牢固,严防电灼伤发生。患者麻醉状态下容易导致体温下降,保持手术间温度 22~24℃、湿度 40%~60%;术中患者使用加温液体输注,温生理盐水作为盆腔冲洗液体(36℃左右,接近正常体温),同时温生理盐水有利于卵巢畸胎瘤内油脂的充分冲洗,有效保持体腔温度;进行术中体温监测,随时擦拭汗液,注意患者双侧肩部及胸部保暖,减少暴露,以免术中低体温。5 例患者手术过程体温维持正常,无寒战发生。

3.2.8 保证无菌及无瘤操作 卵巢成熟性畸胎瘤其内容物为毛发团和油脂最多见,术中肿瘤彻底取出并不污染盆腔十分重要,使用自制无菌标本袋,术中分离、剥除畸胎瘤均在标本袋中操作完成,以防肿瘤内容物污染盆腔,并将标本袋自戳卡完整取出,及时检查标本袋完整性,温生理盐水反复冲洗盆腔,充分吸出畸胎瘤部分油脂及毛发等内容物,确保手术无菌无瘤。

4 小结

充分做好术前评估,根据患者疾病特点及症状加强术中管理,严格执行无菌、无瘤技术操作,是抗 NMDA 受体脑炎患者行腹腔镜下卵巢畸胎瘤切除术安全及良好预后的保证。

参考文献:

- [1] 王德新,刘磊.自身免疫性脑炎现代概念与分类[J].中国实用内科杂志,2012,32(11):824-825.
- [2] MANN A P, GREBENCIUCOVA E, LUKAS R V. Anti-N-methyl-D-aspartate-receptor encephalitis: diagnosis, optimal management, and challenges[J]. Ther Clin Risk Manag, 2014, 10(7):517-525.
- [3] DALMAU J, GLEICHMAN A J, HUGHES E G, et al. Anti-NMDA-receptor encephalitis: case series and analysis of the effects of antibodies[J]. Lancet Neurol, 2008, 7(12):1091-1098.
- [4] SEKI M, SUZUKI S, IIZUKA T et al. Neurological response to early removal of ovarian teratoma in anti-NMDAR encephalitis[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatr, 2008, 79(3):324-326.
- [5] 许春伶,赵伟秦,李继梅,等.抗 N-甲基-D-天冬氨酸受体脑炎一例[J].中华神经科杂志,2010,43(11):781-783.
- [6] 李小丹,邵笑,段瑗京,等.抗 N-甲基-M-天冬氨酸受体脑炎患者的护理[J].中华现代护理杂志,2013,19(9):1044-1046.
- [7] 刘芳,龚立超,杨倩倩.9 例重症抗 NMDA 受体脑炎病人的护理[J].护理研究,2015,29(4C):1526-1528.
- [8] VITALIANI R, MASON W, ANCES B, et al. Paraneoplastic encephalitis, psychiatric symptoms, and hypoventilation in ovarian teratoma[J]. Ann Neurol, 2005, 58(4):594-604.
- [9] DALMAU J, TUZUN E, WU H Y, et al. Paraneoplastic anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis associated with ovarian teratoma[J]. Ann Neurol, 2007, 61(1):25-36.
- [10] TITULAER M J, MCCracken L, GABILONDO I, et al. Treatment and prognostic factors for long-term outcome in patients with anti-NMDA receptor encephalitis: an observational cohort study[J]. Lancet Neurol, 2013, 12(2):157-165.
- [11] IIZUKA T, SAKAI F, IDE T, et al. Anti-NMDA receptor encephalitis in Japan: long-term outcome without tumor removal[J]. Neurology, 2008, 70(7):504-511.

[本文编辑:李彩惠]

~~~~~

