

2.5 出院指导 患者此次 TEN 发病原因未明, 但此病多由药物引起, 且患者患有 AOSD, 需长期用药, 嘱患者谨慎用药, 用药时主动联系医生, 确定药物是否容易致敏。刚出院时因机体抵抗力低下, 应注意休息, 加强营养, 防止受凉, 遵医嘱服药, 如出现不适, 随时就诊。指导患者做好皮肤康复锻炼, 疾病早期患者因疼痛等因素缺乏活动, 新生的皮肤出现瘢痕, 影响运动及形象, 取适量瘢痕按摩膏, 顺皮肤纹理进行适度按摩, 并行关节的被动及主动运动锻炼, 也可使用超声按摩治疗, 使皮肤的功能日渐完善。

3 小 结

TEN 起病急, 皮肤黏膜损害严重, 并发症多, 病死率高。加强对皮肤黏膜的护理, 注意预防感染, 认真落实基础护理, 保持皮肤创面的清洁,

严格无菌操作, 感染发生无法避免时积极对症处理; 同时严密观察病情变化及药物的不良反应, 加强营养支持、心理护理及康复指导, 减轻患者的痛苦, 提高治疗效果, 促进患者早日康复。

参考文献:

- [1] 徐大飞, 茆月兰, 陈海波. 成人 Still 病 1 例报道并文献复习[J]. 中国实用内科杂志, 2014, 34(1): 150-152.
- [2] 杨国亮, 王侠生. 现代皮肤病学[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1996: 170.
- [3] 蒋明, 朱立平, 林孝义. 风湿病学(上册)[M]. 北京: 科学出版社, 1995: 926-927.
- [4] 李小寒, 尚少梅. 基础护理学[M]. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 15.
- [5] 陈宝宝, 张梅莲, 杜净红. 21 例重症药疹的临床护理体会[J]. 中国伤残医学, 2014, 22(7): 271-272.
- [6] 陈秀菊, 常鸿, 王勇, 等. 温热生理盐水联合碘伏湿敷会阴伤口的临床研究[J]. 护理研究, 2010, 24(1): 38-39.

难治性癫痫患者行 Wada 试验及术外脑皮层电刺激 1 例的护理

林吒吒, 俞 群

(浙江大学医学院附属第二医院, 浙江杭州 310009)

摘 要: 总结 1 例难治性癫痫行 Wada 试验及术外脑皮层电刺激的护理。Wada 试验及术外脑皮层电刺激术前给予个性化的健康指导及心理护理; Wada 试验后及行术外脑皮层电刺激时严密观察, 维持有效的长程视频脑电图的监测质量, 使致痫灶高效精确定位完成, 及时治疗, 促进康复。经治疗和护理, 术后 6 月随访, 癫痫未发作, 患者及家属对治疗效果满意。

关键词: 癫痫; 脑皮层电刺激; Wada 试验; 护理 doi: 10.3969/j.issn.1671-9875.2017.02.031

中图分类号: R 473.74

文献标识码: B

文章编号: 1671-9875(2017)02-0191-03

癫痫是神经系统常见病多发病, 患病率 7‰, 全球癫痫患者超过 5 000 万, 中国有近 1 000 万, 即使经过正规系统的药物治疗, 仍有约 30% 发展为难治性癫痫^[1]。难治性癫痫虽被各国学者共识, 但因缺乏特定的内涵, 目前尚无明确的定义。吴逊等^[2]对难治性癫痫的定义作了下述概括: 难治性癫痫是指临床症状迁延不愈, 应用恰当的一线抗癫痫药物正规治疗 2 年以上, 且药物血浓度均在有效范围内, 仍不能有效控制, 每月仍有 4 次以上发作的, 影响日常生活, 同时并无进行性中枢神经系统疾病或占位性病变者。手术切除癫痫病灶是治愈部分难治性癫痫的有效方法, 但是手

术的成功依赖于术前对癫痫灶的精确定位。如何避免脑功能区受损, 并最大限度地切除癫痫灶, 以提高患者术后生活质量是手术成功的关键。直接皮层电刺激是一种床边采用神经电生理监测, 利用电极触电行皮层电刺激术以确定致痫灶与功能区关系的技术, 是定位大脑皮层功能区的金标准^[3-4]。Wada 试验又名颈内动脉异戊巴比妥试验, 由于国内缺乏异戊巴比妥钠, 本院采用丙泊酚代替异戊巴比妥钠并借鉴股动脉插管脑血管造影的方法进行 Wada 试验, 通过向股动脉内注射丙泊酚, 在一侧半球暂时性麻醉后可单独对清醒侧半球进行测验, 判断语言、记忆功能的优势半球, 评估运动功能^[5-6]。本院于 2015 年 1 月采用结合术外脑皮层电刺激定位大脑功能区切除难治性癫痫灶 1 例, 效果良好, 有效缓解癫痫发作。

作者简介: 林吒吒(1985-), 女, 本科, 主管护师。

收稿日期: 2016-09-16

现将护理报告如下。

1 病例简介

患者,男,19岁,因反复发作性意识丧失14年于2014年12月入院。患者14年来反复右侧肢体抽搐,抽搐时意识不清,持续约数分钟,醒来后对发作过程不能回忆,每月1次;患者平素分别服用丙戊酸钠、卡马西平等抗癫痫药物控制,但效果不佳。外院增强MRI示:左侧颞叶大片软化灶伴周围胶质增生改变,左侧颞极蛛网膜囊肿。脑电图检查示:监测期间可见少量棘波放电,主要在左侧颞叶,其余部位散在放电。本院视频脑电监测提示高度异常,大量异常放电。患者于2014年12月31日行Wada试验,考虑为左侧优势半球。2015年1月2日在全麻下行开颅左侧电极埋藏术,再次行视频脑电监测评估脑电结果,为左侧颞叶棘波放电。1月8日于病室内行术外大脑皮层电刺激试验,确定癫痫灶为左侧颞叶及海马杏仁核。1月10日在全麻下行开颅左侧颞叶及海马杏仁核致痫灶切除术,术中唤醒监测记忆、语言等功能良好。术后予密切观察病情变化、防止癫痫大发作发生、保证长程视频脑电图的监测质量等护理,于1月20日出院。出院后患者服用左乙拉西坦片、卡马西平片治疗,术后6月,再次来院复查,未有癫痫样症状发作,行24h视频脑电图提示:中度异常,异常放电消失。

2 护 理

2.1 心理护理 由于难治性癫痫是一类复杂的疾病,患者病程较长,本例患者年龄仅19岁但病程已长达14年,患者及家属辗转求医,对疾病治愈有一定的预期值,但由于屡屡受挫,患者及家属情绪低落、挣扎。有学者^[7]认为,癫痫患者普遍存在焦虑、抑郁等负性情绪,对疾病预后期待值多不高。因此,护士与患者及家属建立良好的护患关系,向其宣教Wada试验及皮层电刺激是临床确定癫痫灶的新方法,能精确确定致痫灶,让患者及家属看到治疗的希望。鼓励患者及家属恰当宣泄不良情绪,充分表达心中感受,满足其合理要求。护士术前向患者及家属说明Wada试验及皮层电刺激术的必要性、方法、步骤,以及可能出现短暂性的记忆语言障碍的原因和试验后可能出现的反应,消除患者及家属的顾虑,以取得

其良好的配合,使试验顺利进行。

2.2 健康宣教 由于行Wada试验中需患者配合术者完成评估,而术外皮层电刺激术则是在患者清醒的情况下通过调试大脑皮层电刺激的参数、询问患者的主观感受、观察语言功能及躯体运动情况来精确确定致痫灶,其配合程度将直接影响到试验结果的准确性。因此,试验前的准备十分重要。试验前1d用一组包含图片、图形、文字、单词、短语、数字计算等的卡片教会患者如何识别、回答问题。测试者也能通过对患者语气、语音、语意的了解,与试验中对比,及时发现任何语言功能的改变。熟悉试验中要做的动作,告知患者如何配合。练习时提倡患者家属在场,可请家属帮助患者反复练习,增强信心。

2.3 Wada试验后的护理 由于Wada试验的基础是脑血管DSA检查,因此观察生命体征、意识状态、瞳孔及肢体活动情况。注意患者有无头晕、头痛、呕吐、失语、肌力下降、癫痫等神经系统症状,同时严密观察血压和心率的变化。由于Wada试验应用异丙酚,有学者报道部分患者可能出现呼吸抑制、一过性血压下降、心率下降、注射部位疼痛、恶心、呕吐、呛咳,大笑、眼痛、情感冷漠等症状^[8]。因此术后如出现上述症状应及时报告医生,并做好详细记录。Wada试验后用弹力绷带及沙袋包扎压迫股动脉穿刺点6h,患肢制动24h。观察穿刺局部有无渗血、瘀斑及血肿,肢体皮肤温度、颜色、感觉,足背动脉搏动,腹部体征。本例患者Wada试验后回病室后主诉一过性眼痛不适,VAS评分4分,持续2min,未见其他不良反应症状,予解释、安抚及心理疏导,患者疼痛缓解,VAS评分1分。

2.4 术外脑皮层电刺激的护理 刺激前,病室内充分准备抢救用物,如床边备吸引器、吸痰管、压舌板等。在刺激过程中,患者清醒安静,体位舒适。在行电刺激时,责任护士鼓励患者说话、朗诵、回答问题;仔细观察患者口角、肢体及眼睑等运动反应。当刺激参数为频率55.5Hz,电压80V,脉宽0.2ms,刺激电流强度1mA时,该患者出现主动语言停止,语调变慢,欲言不能等,护士及时将患者的情况反馈给医生。当刺激参数为频率55.5Hz,电压85V,脉宽0.2ms,刺激电流强度

1.5 mA 时,患者出现面部麻木、蚁行感,全身过电感,手指、眼睑、口角等抽动强直,此时床边抢救设备准备齐全,警惕患者出现癫痫发作。当刺激参数为频率 60.0 Hz,电压 85 V,脉宽 0.2 ms,刺激电流强度 1.5 mA 时患者出现癫痫大发作,表现出意识丧失、双眼上翻、四肢抽搐,医生及时停止电刺激,积极抢救。护士在行刺激定位时密切观察患者是否有发作的预兆和表现,遵医嘱备好抗癫痫药物及抢救用物。患者在电刺激停止后,癫痫症状消失,于 1 min 51 s 后意识清醒,患者对发作过程不能回忆。

2.5 行长程视频脑电图的护理 为保证长程视频脑电图的监测质量,癫痫一旦发作,立即掀开被子,充分显示患者全身。调整镜头,保证图像质量。观察记录患者发作的全过程,包括有无先兆、起始时间、持续时间、发作的起始部位、扩展部位、状态以及发作后有无意识、肢体及语言障碍等^[9]。本例患者癫痫小发作时,时间短,持续 45~62 s,表现为发呆、咀嚼动作,自行缓解,不影响脑电图正常描记,继续脑电监测。患者癫痫大发作时,予放置床档,以免坠床,解开衣领,头偏向一侧,将缠有纱布的压舌板置于上下磨牙之间,以免咬伤舌头;立即清除口腔、鼻腔内分泌物和呕吐物,以免误吸导致窒息,并给高流量吸氧,保持呼吸道通畅。在保护好患者安全的同时保护好脑电监测导联,以免脱落、打折、离断等。本例患者在癫痫大发作后发现脑电波紊乱,予及时重新检查导联连接情况,从而保证视频脑电图的高监测质量,遵医嘱肌内注射苯巴比妥钠注射液 0.1~0.2 g。由于本例患者癫痫发作时得当的护理措施,视频脑电监测质量满意,为成功切除致痫灶提供了依据。

2.6 癫痫灶切除术后的护理 严密观察和记录生命体征的变化,注意有无意识障碍、瞳孔异常、头痛、呕吐等颅内压增高症状。妥善做好头部切口管理、引流管护理,加强基础护理及康复护理,防止肺部感染、下肢深静脉血栓等并发症发生。本例患者未发生上述并发症。

2.7 出院指导 患者虽然成功切除了癫痫灶,彻底去除了大脑异常放电源,但是服用抗癫痫药物仍旧是该患者控制癫痫症状发生的主要治疗

方法^[10]。因此,护士向患者及家属讲解有关癫痫治疗的基础知识、抗癫痫药物的作用、按医嘱规范用药的重要意义、擅自停换药物和私自减量对机体的损害、良好日常生活行为的必要性;并以科学的数据、事实向患者强调规范用药、定期复诊的重要性,提高患者及家属的重视程度。患者在随访治疗期间规范服药,无癫痫症状发生。

3 小 结

Wada 试验及术外脑电刺激术是精确确定脑功能区的先进手段,在癫痫致痫灶的准确定位以及癫痫外科手术的顺利进行中起着举足轻重的作用。在行 Wada 试验及脑皮层电刺激前,做好患者心理护理,给予充分的告知和逼真的演示;患者在行 Wada 试验及脑皮层电刺激时,嘱患者心境平和,配合医护人员,以达到精确定位癫痫灶、成功切除致痫灶的目的,医护人员及时动态评估,严密观察患者的反应,配合抢救,做好安全护理工作;出院后做好用药指导及随访。

参考文献:

- [1] 沈鼎烈,王雪峰.临床癫痫学[M].上海:上海科学技术出版社,2007:11-57.
- [2] 吴逊,沈鼎烈.难治性癫痫[J].中华神经科杂志,1998,31(1):4.
- [3] 董长征,赵文清,李史玲,等.皮层脑电图监测在致痫灶切除术中的应用(附 96 例报告)[J].中国神经精神疾病杂志,2009,35(11):670-672.
- [4] Qiao L, Yu T, Sun W, et al. Cortical language mapping using electrical cortical stimulation for Mandarin-speaking patients with epilepsy: a report of six case studies[J]. Epilepsy Behav, 2010, 19(3): 343-347.
- [5] Mikati MA, Naasan G, Tarabay H, et al. Intracarotid propofol testing: a comparative study with amobarbital[J]. Epilepsy Behav, 2009, 14(3): 503-507.
- [6] 马云霞,刘献增,孙中生.Wada 试验在癫痫外科术前评估中的应用[J].中华行为医学与脑科学杂志,2010,19(12):1139-1141.
- [7] Prachi M, Martha S. Treatment for patients with comorbid epilepsy and depression: a systematic literature review[J]. Epilepsy and Behavior, 2013(28): 36-40.
- [8] 祁文静,于瑶,刘献增,等.经颈内动脉注射异丙酚行 Wada 试验的初步研究[J].山东医药,2012,52(8):25-28.
- [9] 李长荣,杨博.长程视频脑电监测中癫痫发作的护理[J].健康必读杂志,2011,6(6):168.
- [10] 洪震.抗癫痫药物应用专家共识[J].中华神经科志,2011,44(1):56-65.