

# 肾移植术后钙调神经蛋白抑制剂相关可逆性后部脑病综合征护理二例



谭其玲, 谷波, 李晓琴

四川大学华西医院肾移植病房(成都 610041)

【关键词】 肾移植; 钙调神经蛋白抑制剂; 可逆性后部脑病综合征; 护理

**病例介绍** 患者 1, 男, 28 岁, 血液透析 8<sup>+</sup>月。患者于 2015 年 4 月由公民心脏死亡器官捐献供肾移植, 术后采用他克莫司(1.0 mg, 2 次/d)、吗替麦考酚酯(商品名: 骁悉, 1 000 mg, 2 次/d)、泼尼松(初始剂量 60 mg)三联免疫抑制方案。术后 19 d, 患者出现持续加重性头痛、视物模糊、右眼右下方视野缺失, 短时间内突发 2 次强直性癫痫大发作伴意识丧失, 持续时间约 20~30 s, 抽搐停止后头痛明显, 极度烦躁。在发病期间, 患者情绪不稳定, 记忆力下降, 血压为 112~146/78~95 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa), 他克莫司药物浓度为 3.6 ng/mL, 血肌酐为 125 μmol/L, 均属正常范围; 头部磁共振液体衰减反转恢复序列(magnetic resonance imaging-fluid attenuated inversion recovery, MRI-FLAIR)显示左侧枕叶脑白质水肿, 结合患者临床症状以及影像学检查, 诊断为可逆性后部脑病综合征(reversible posterior encephalopathy syndrome, RPES)。停用他克莫司, 改为环孢素(50 mg, 2 次/d), 口服左乙拉西坦片剂(商品名: 开浦兰, 500 mg, 2 次/d)抗癫痫治疗。药物调整 2 d 后患者自诉头痛好转, 3 周后视物模糊、视野缺损等症逐渐好转, 抗癫痫药物口服 1 月后停止, 癫痫未再发作。术后 2 个月复查头部 MRI 见脑白质水肿完全消失, 其他症状完全好转。

患者 2, 36 岁, 男, 血液透析 3 年。于 2015 年 3 月行亲属活体供肾移植术, 术后采用他克莫司(1.0 mg, 2 次/d)、吗替麦考酚酯(1 000 mg, 2 次/d)、泼尼松(初始剂量 60 mg)三联免疫抑制方案。术后 2 个月突发 1 次强直性癫痫大发作伴意识丧失, 持续约 30 s 后自行缓解, 无头痛、视力下降、视野缺损等症状, 予丙戊酸钠(商品名: 德巴金)控制癫痫后症状未再发作。患者发作时血压正常 125/87 mmHg, 他克莫司药物浓度为 7.9 ng/mL, 血肌酐正常 98 μmol/L; 头部 MRI-FLAIR 显示左侧颞顶叶部分局限性脑白质水肿, 诊断为 RPES。将他克莫司减量(早上 0.5 mg, 晚上 1 mg), 无排斥反应发生。停用丙戊酸钠后, 癫痫未再发作。术后 5 个月复查头部 MRI 见左侧颞顶叶脑白质水肿完全消失。

**讨论** RPES 是一种以急性神经系统功能障碍表现的

疾病, 主要临床症状为头痛、意识障碍、癫痫、视觉障碍和共济失调等; 同时合并有特征性的脑部影像学改变, 表现为大脑皮层顶枕区、额颞叶、小脑或者基底节等区域的皮质下白质为主的弥漫性对称性大片脑水肿。RPES 在实体器官移植患者中发生率较低, 约 0.5%, 多与钙调神经蛋白抑制剂(calcineurin inhibitor, CNI), 即他克莫司和环孢素相关<sup>[1-7]</sup>。我院移植病房近期发现 2 例肾移植术后使用他克莫司引起 RPES 的患者, 经及时诊治和精心护理, 病情好转出院。现将护理经验分享如下。

**神经系统症状的观察和护理:** RPES 主要临床症状为意识障碍、头痛、视觉障碍和共济失调等。因此护士应密切观察患者神经系统症状, 精神有无异常, 神智是否清楚, 记忆力有无下降, 瞳孔大小及对光反射情况; 了解有无头痛以及头痛的性质、程度、部位以及持续时间; 视力变化情况, 视野有无缺损; 有无步态不稳, 口齿是否清晰。如患者头痛不适、步态不稳、视物模糊、视野缺损等异常情况, 嘱患者卧床休息, 予以跌倒/坠床高危评分, 加强安全宣教及巡视, 留陪护, 确保患者安全。

**密切监测血压的变化:** 资料回顾显示约 69% 患者同时合并有高血压<sup>[8-11]</sup>, 本组 2 例患者在发作期间血压均正常。但仍需密切监测患者血压的变化, 每天监测血压 4 次。如血压高, 要及时降压, 以免影响移植肾功能。

**癫痫发作护理:** 癫痫发作多出现在发病初期, 可表现为频繁的痫性发作<sup>[8]</sup>, 本组 2 例患者均有突发的癫痫发作伴意识丧失。癫痫发作时, 护士应快速将缠有纱布的压舌板放于患者上、下白齿之间, 防止抽搐时咬伤唇舌, 对于癫痫持续状态的患者更应防止可能出现的呛咳窒息及自伤行为; 做好安全防护, 加床挡, 必要时使用约束带, 防止患者坠床及意外伤; 备好负压抽吸装置, 及时抽吸口鼻分泌物, 防呛咳窒息; 必要时遵医嘱使用镇静药物。保持病房安静, 有条件的将患者置于单人病室。做好患者家属的健康宣教, 取得理解配合。合理使用抗癫痫药物, 观察疗效。若影像学异常消失, 无需长期和大量使用抗癫痫药<sup>[9]</sup>。常规床旁准备抢救用物。

**加强心理护理:** 患者由于头痛、抽搐、视物模糊、记忆力下降等临床症状, 疾病的折磨以及对病情的不了解, 担心预后, 害怕失明、死亡, 从而产生紧张、焦虑甚至恐惧心理。患者情绪不稳定, 表现出时而情绪烦躁, 时而郁郁寡

欢,不配合治疗和护理,甚至对护士发脾气。护理人员要有耐心,理解患者的心情,体谅患者的反应,关爱患者。向患者及家属介绍疾病的相关知识和治疗情况,使患者及家属对病情和治疗有全面的了解,缓解他们的焦虑恐惧心理。告知患者情绪对疾病的影响,合理调节自己的不良情绪,树立战胜疾病的信心。

预防排斥反应:由于他克莫司有更换或减量,一定要密切观察患者有无排斥反应的发生。观察体温、体重及24 h尿量的变化情况,观察移植肾区有无胀痛不适。动态监测患者免疫抑制剂的血药浓度、血肌酐、电解质、血常规等变化。一旦发现异常,及时处理。

RPES发病机制目前尚不十分清楚,可能与高血压脑病、子痫、自身免疫性疾病、免疫抑制剂和细胞毒性药物等各种致病因素引起血管内皮损伤,破坏血脑屏障,或血管收缩舒张功能失调,从而导致脑水肿<sup>[12-13]</sup>。治疗RPES最有效的方案为暂时停止或更换CNI制剂,合并高血压的患者需要控制血压。RPES治疗结局较好,死亡率约为1.31%,伴有部分神经功能障碍约(5.26%)<sup>[1]</sup>。

RPES是肾移植术后少见的并发症,护理人员应加强对RPES的认知,及时观察患者的临床症状,为医师提供详尽的诊疗信息,使疾病得到早期诊断和治疗。密切观察病情变化,做好抢救仪器和药物的准备,及时采取抢救措施和心理疏导,减轻患者的痛苦和经济负担,减少护理工作量,提高患者满意度,促进患者早日康复。

#### 参考文献

- 1 Fugate JE, Rabinstein AA. Posterior reversible encephalopathy syndrome: clinical and radiological manifestations, pathophysiology, and outstanding questions. *Lancet Neurol*, 2015, 14(9): 914-925.
- 2 Haughey D, Narsipur SS. Posterior reversible encephalopathy syndrome after renal transplant: a simple solution for a complicated patient. *Case Rep Nephrol dial*, 2014, 5(1): 20-25.
- 3 Hayes d, Adler B, Turner TL, *et al.* Alternative tacrolimus and sirolimus regimen associated with rapid resolution of posterior reversible encephalopathy syndrome after lung transplantation. *Pediatr Neurol*, 2014, 50(3): 272-275.
- 4 Hodzic E, Brcic M, Atic M, *et al.* Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) as a complication of immunosuppressive therapy in renal transplantation in children. *Med Arh*, 2014, 68(3): 218-220.
- 5 Barbas AS, Rege AS, Castleberry AW, *et al.* Posterior reversible encephalopathy syndrome independently associated with tacrolimus and sirolimus after multivisceral transplantation. *Am J Transplant*, 2013, 13(3): 808-810.
- 6 Apuri S, Carlin K, Bass E, *et al.* Tacrolimus associated posterior reversible encephalopathy syndrome-a case series and review. *Mediterr J Hematol Infect Dis*, 2014, 6(1): e2014014.
- 7 Akutsu N, Iwashita C, Maruyama M, *et al.* Two cases of calcineurin inhibitor-associated reversible posterior leukoencephalopathy syndrome in renal transplant recipients. *Transplant Proc*, 2008, 40(7): 2416-2418.
- 8 刘珠凤, 杨永盈, 吕雪琴. 可逆性后部白质脑病综合征患者的临床护理研究. *齐鲁护理杂志*, 2010, 16(3): 64-66.
- 9 霍贵玲, 朱传贤, 张玉雪, 等. 可逆性后部脑病综合征 25 例临床护理. *齐鲁护理杂志*, 2010, 16(18): 87-89.
- 10 王超男, 毛春节, 魏瑞理, 等. 可逆性后部白质脑病综合征的护理. *解放军护理杂志*, 2008, 25(12): 56-57.
- 11 谢荣堂, 贾晓军, 赵玉芳. 可逆性后部脑病综合征 8 例临床分析. *解放军医药杂志*, 2013, 25(4): 28-30.
- 12 曾毓璟, 高力, 张诚, 等. 他克莫司相关可逆性后部脑病综合征 1 例并文献复习. *中国药房*, 2013, 24(38): 3559-3561.
- 13 张普力. 产后可逆性后部脑病综合征的临床 CT 诊断 (附 16 例分析). *中国医药指南*, 2011, 9(31): 30-32.

收稿日期: 2016-05-14 修回日期: 2018-03-02

本文编辑: 凌雪梅