

Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment[J]. J Am Geriatr Soc, 2005, 53(4): 695-699.

[11] 张雪晴, 曾慧. 北京版蒙特利尔认知评估量表联合彩色图片用于老年人轻度认知功能障碍筛查[J]. 护理学杂志, 2012, 27(12): 77-78.

[12] Lin F R, Metter E J, O'Brien R J, et al. Hearing loss and incident dementia[J]. Arch Neurol, 2011, 68(2): 214-220.

[13] Brink P, Stones M. Examination of the relationship among hearing impairment, linguistic communication, mood, and social engagement of residents in complex continuing-care facilities[J]. Gerontologist, 2007, 47(5): 633-641.

[14] Mick P, Kawachi I, Lin F R. The association between hearing loss and social isolation in older adults[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2014, 150(3): 378-384.

[15] Pichora-Fuller M K, Mick P, Reed M. Hearing, cognition, and healthy aging: social and public health implications of the links between age related declines in hearing and cognition[J]. Semin Hear, 2015, 36(3): 122-139.

[16] Stern Y. What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept[J]. J Int Neuropsychol Soc, 2002, 8(3): 448-460.

[17] Tun P A, McCoy S, Wingfield A. Aging, hearing acuity, and the attentional costs of effortful listening[J]. Psychol Aging, 2009, 24(3): 761-766.

[18] Peele J E, Troiani V, Grossman M, et al. Hearing loss in older adults affects neural systems supporting speech comprehension[J]. J Neurosci, 2011, 31(35): 12638-12643.

(本文编辑 王菊香)

多系统萎缩合并抗利尿激素分泌不当综合征患者的护理

马洁, 姚倩倩, 李蒙

Nursing care of a patient with multiple system atrophy and syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone Ma Jie, Yao Qianqian, Li Meng

摘要: 对 1 例多系统萎缩合并抗利尿激素分泌不当综合征患者, 给予严格限水、适当补钠、抗感染、降高热等治疗及护理; 同时加强安全防护、心理护理及康复训练; 强化出院指导。结果患者住院 13 d 好转出院; 随访半年, 肺部炎症吸收, 膀胱造瘘定期换药, 未发生泌尿系感染, 体温随环境温度变化波动于 38℃ 左右; 长期常规口服盐胶囊。提出针对罕见、复杂疾病患者, 兼顾疾病、心理、安全、早期康复训练的综合防护措施是有效治疗的保障。

关键词: 多系统萎缩; 抗利尿激素分泌不当综合征; 补充钠盐; 降温; 抗感染; 心理护理; 康复训练

中图分类号: R473.5 文献标识码: B DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2020.11.029

多系统萎缩是一组进行性神经系统变性疾病, 主要累及自主神经、锥体外系和小脑三大系统, 病因尚未明确; 临床表现为小脑共济失调、帕金森病、自主神经功能障碍及锥体束症状的不同组合^[1]。根据 Gilman 等^[2]在 2008 年修订的诊断标准, 多系统萎缩可分为 C 型(小脑共济失调为主)和 P 型(帕金森综合征为主)2 个亚型。抗利尿激素分泌不当综合征(SIADH)是指内源性抗利尿激素分泌异常增多, 引起体内水潴留、尿钠浓度升高和稀释性低钠血症等一系列临床表现的综合征。常见病因包括肿瘤(尤其肺部及纵隔肿瘤)、神经系统异常、药物、肺部非肿瘤性疾病、内分泌疾病等^[3-5]。多系统萎缩合并 SIADH 的具体发病机制目前尚不明确。有研究显示, 多系统萎缩可累及下丘脑及其联系纤维, 使下丘脑抗利尿激素能神经元超敏化, 引起抗利尿激素分泌增加, 导致 SIADH 和低钠血症^[5]。1992 年 Nagumo 等^[6]首次报告了多

作者单位: 西安交通大学第一附属医院内分泌代谢科(陕西 西安, 710061)

马洁: 女, 本科, 主管护师

通信作者: 李蒙, limeng2000@126.com

收稿: 2019-12-25; 修回: 2020-02-10

系统萎缩合并 SIADH 的案例。随后 Samukawa 等^[7]报告了 7 例相似病例, 在我国北京协和医院曾报道 3 例多系统萎缩合并 SIADH 患者的临床诊疗分析^[5], 但未见多系统萎缩合并 SIADH 的护理报道。我院于 2017 年 12 月收治 1 例多系统萎缩合并抗利尿激素分泌不当综合征, 经过精心治疗与护理, 患者好转出院。护理总结如下。

1 病例简介

男, 53 岁。因“持续发热 1 月、腹胀 1 周”于 2017 年 12 月以平车推送入院。1 个月前无明显诱因出现体温渐升并维持于 38℃ 左右, 无其他不适, 自服罗红霉素、莫西沙星无好转。尿培养提示大肠埃希菌感染, 给予对症抗感染治疗, 体温无明显改善。复查尿培养提示念珠菌、真菌感染。胸部 CT 提示肺部感染, 近 1 周来逐渐出现腹胀, 加用抗真菌治疗, 体温无下降, 最高可达 39℃。为进一步诊治入住本院。既往因性功能减退 6 年, 行走不稳, 醉酒状, 步基增宽, 尿失禁频繁 2 年, 于外院确诊“多系统萎缩”且因尿潴留留置尿管。1 年前, 因行走不稳伴头晕不适摔倒致“右侧股骨颈骨折”行手术治疗, 术后长期卧床, 手术住院期间查电解质提示血钠偏低, 给予补钠等对症治

疗,院外未监血钠水平。1 年余来无汗,体温随环境温度变化。入院查体:体温 38.2℃,心率 98 次/min,血压 152/98 mmHg。双肺呼吸音粗,双下肺可闻及散在湿啰音。心、腹未及明显异常,双下肢不肿。左上肢肌力 2 级,右上肢肌力 4 级,双下肢肌力 3 级,双侧膝、跟腱反射亢进,双侧 Babinski 征(+),双侧 Rossolimo 征(+),左足踝阵挛阳性,左右侧指鼻试验欠稳准,左右侧跟膝胫实验欠稳准。MRI:脑萎缩改变、桥脑十字征。尿流动力学检查:膀胱逼尿肌收缩力弱,尿潴留,充盈性尿失禁。肌电图:双下肢颈神经 H 反射,右下肢 F 波未见异常,双上肢皮肤交感反应(SSR)潜伏期正常,波幅明显降低,双下肢 SSR 未引出肯定波形;双下肢体感诱发电位;双下肢 H8 潜伏期延长右侧皮层波形分化不良。符合多系统萎缩 C 型(小脑共济失调为主型)。患者入院 1 周持续低钠血症(122 mmol/L 左右),经口服及静脉补钠治疗无明显好转而患者无脱水体貌,实验室检查无血钠浓缩表现,同时患者无水肿。考虑患者低钠血症为等容性。入院后监测血压较院外增高,结合患者低血浆渗透压(257.89 mosm/L)、高尿渗透压(945.34 mmol/L)、低血钠(122 mmol/L 左右)、高尿钠(209 mmol/L),完善甲状腺功能、皮质醇节律、ACTH 等测定均未见显著异常,最终确诊为多系统萎缩 C 型(小脑型)、抗利尿激素分泌不当综合征、肺部感染、泌尿系感染。入院后先后给予哌拉西林他唑巴坦、莫西沙星抗感染治疗后感染明显改善,但体温仍维持在 38~39℃,结合既往多系统萎缩病史,经降低室内温度或给予口服萘普生后体温可降至 37℃。患者因尿潴留行留置导尿期间反复出现泌尿系感染,故住院第 9 天行膀胱造瘘术协助排尿。住院期间给予限制入水量(700~1 000 mL/d)、静脉及口服补充钠盐后血钠基本正常。住院 13 d 好转出院。出院时患者体温 37.5℃,血钠 135 mmol/L,膀胱造瘘口固定良好,仍需卧床,可在家属协助下短距离行走。出院后院外电话随访半年,外院复查胸部 CT 示肺部炎症完全吸收,膀胱造瘘定期换药,多次查尿常规及尿培养均为阴性,未发生泌尿系感染。体温仍随环境温度变化波动于 38℃左右。补钠(常规口服盐胶囊)时血钠水平在正常值下限。

2 护理

2.1 限制入水量 严格限制入水量是治疗本病的关键^[1,3-11],限制入水量以控制病理性水潴留,防止体内液量过多。患者平素日饮水量 1 500~2 000 mL,故向患者及家属解释限制入水量的意义,得到其配合。指导患者住院期间每日液体摄入总量控制在 700~1 000 mL,包括静脉及胃肠道摄入。住院期间给予无汤或少汤高营养食物,如鱼末、肉末、鸡蛋、豆腐、菜泥加软饭或馒头等,每次 100~200 mL,每日 3~4 次。每日除饮食外的饮水量 300~400 mL。同时,重点观察水肿及脱

水征象,注意与其他疾病引起的低钠血症相鉴别^[9]。如有水肿,需考虑是否存在心力衰竭、肾衰竭、肝硬化等引起的高容量性低钠血症。如有脱水,则考虑脑耗盐综合征等低容量性低钠血症可能。本例患者皮肤黏膜颜色正常,皮肤弹性正常,无皮肤黏膜失水征象无全身水肿,符合 SIADH 引起的等容量性低钠血症。

2.2 低钠血症的护理 低钠血症可导致患者出现精神症状和意识改变,表现为烦躁、嗜睡、昏睡、昏迷,患者的症状和体征取决于血钠降低的程度与速度^[3]。本例患者入院时血钠 122 mmol/L,出现腹胀、乏力不适。入院后,严密观察患者意识状态、体温、心率、呼吸、血压、意识、瞳孔变化、有无恶心、呕吐、头痛、乏力不适。①给予补充钠盐。口服盐胶囊(每粒含钠约 1 g),2 粒/次,3 次/d。经限水及补钠治疗 2 d 后血钠升至 135 mmol/L,腹胀、乏力明显减轻。SIADH 引起稀释性低钠血症为慢性低钠血症,需长期适量摄入钠盐,故该患者口服盐胶囊长期服用。②观察血清钠、血浆渗透压、尿钠及红细胞压积。患者入院第 1 周出现持续低钠血症(122 mmol/L 左右),每天 2 次监测血清钠,1 周后根据病情变化遵医嘱监测。收集 24 h 尿液检测电解质时间,取标本时将 24 h 尿液充分混匀后取样,并将总尿量记于尿标本试管,与血标本一起送检。

2.3 高热的护理 患者入院给予抗感染治疗后,体温下降不明显,仍维持在 38~39℃,综合病史(体温随环境温度变化)并经会诊后考虑多系统萎缩累及体温调节中枢所致。故该患者出现高热时,将室温调至 20~22℃;按发热护理常规给予物理降温^[12]配合解热药物萘普生 200 mg,口服。经对症处理,患者体温逐渐降至 37.0℃左右。监测体温,6 次/d;注意患者体温与室内温度变化的规律,预防体温过高或过低。

2.4 预防感染 患者病情重,病程长,长期卧床及导管的置入,易导致肺部感染、尿路感染及压疮等,故住院期间加强皮肤、管路、床单元及环境等基础护理^[13]。保持室内空气清新、流动,开窗通风,2 次/d,30 min/次。紫外线空气消毒 2 次/d,1 h/次。保持床单元清洁、平整,使用气垫床,皮肤受压部位给予减压贴预防压疮,每 2 小时翻身拍背。患者因多系统萎缩导致膀胱逼尿肌收缩力弱,尿潴留,充盈性尿失禁,在外院给予留置导尿。住院后更换导尿管,加强留置尿管护理,及时向医生报告尿量、尿比重,以便医生了解病情及时调整治疗方案。患者反复发生泌尿系感染,住院第 9 天行膀胱造瘘术后,口服莫西沙星,400 mg/d;强化造瘘口护理,泌尿系感染好转。

2.5 安全防护 患者四肢乏力、瘫软,属跌倒、坠床高危患者。对患者及其家属进行安全防范措施宣教并于床头放置跌倒、坠床高危标识牌,加强巡视,及时回应患者呼叫。患者既往立卧位实验示卧位血 129/79 mmHg,坐位血压 99/74 mmHg,收缩压卧位与坐

位相差 20 mmHg,易发生体位性低血压。指导患者及家属避免突然采取直立体位,平卧时抬高床头 15~30°^[14],或取半卧位,活动时缓慢改变体位,住院期间家属能够回述预防跌、倒坠床方法,未发生跌倒、坠床等安全不良事件。

2.6 心理护理 患者病情重,病程长,长期卧床,多系统萎缩至言语不清,生活自理能力低下,生活质量差,住院初期情绪不稳,不愿与人交谈,偶有烦躁、不配合治疗。因此,加强与患者、家属沟通,以了解患者心理需求,同时细心讲解疾病病因、治疗、护理的相关知识,开导患者,鼓励患者说话,训练发声和语言功能^[15],逐步解除了患者及家属的心理负担,并说出身心的不适及期望。住院 1 周后至出院期间情绪稳定,配合治疗;虽仍言语欠清晰,但已愿与医护人员交流,基本能表明语意。

2.7 康复训练 患者多系统萎缩,四肢肌力均有不同程度下降,左足踝阵挛阳性。卧床时,保持肢体处于功能位,当班护士给予每 2 小时变换 1 次体位,以刺激全身反应与活动,抑制痉挛。责任护士每日进行床上运动训练,行四肢关节的被动运动,维持关节活动度,促进血液循环,防止关节僵硬和肢体挛缩畸形。同时配合精细动作训练,包括扣纽扣、系鞋带、写字等,鼓励患者自己进食、饮水,做力所能及之事,促进肢体协调功能的恢复,指导患者及家属共同参与核心稳定性训练及平衡功能训练^[16],预防跌倒。患者起初动作迟缓,协调性差,初期训练时间为每日 2 次,每次 5~10 min,当患者完成训练动作后给予鼓励,使其增加康复信心和训练耐受度,后逐步调整训练时间至每次 30 min。入院 1 周后至出院时,未再出现肢体痉挛;患者入院 10 d 后可自行进食、饮水,并可在家属协助下短距离(3~5 m)行走或如厕。

2.8 出院指导 嘱患者及家属出院后坚持限水,患者出院时血钠 135 mmol/L,24 h 入水总量控制在 1 000~1 500 mL。出院后继续无汤或少汤高营养食物;每日除饮食外的饮水量 400~500 mL。坚持口服盐胶囊补钠,2 粒/次,3 次/d。每 1~2 周复查电、尿解质,明确低钠血症情况,以便调整限水量及其他治疗方案。教会家属翻身拍背方法,促进痰液排出,坚持康复训练。

3 小结

多系统萎缩合并 SIADH 临床较罕见,SIADH 引起的低钠血症可造成患者恶心、呕吐、乏力等不适,严重可出现精神症状或意识障碍,甚至昏迷。如不及时治疗,可造成严重后果。严格限制饮水量是治疗护理 SIADH 的最关键措施,同时适当补充钠盐。护士需做好患者饮食护理,控制入量,正确采集标本,加强

患者的基础护理,预防感染,做好安全防护,避免安全不良事件发生。注意患者的心理反应,给予心理疏导,并为患者提供循序渐进的肢体功能训练,提高患者的生活质量。

参考文献:

- [1] 苏婷婷,刘洁,高路,等.多系统萎缩合并抗利尿激素分泌不当综合征一例[J].中华内分泌代谢杂志,2019,35(6):68-71.
- [2] Gilman S, Wenning G K, Low P A, et al. Second consensus statement on the diagnosis of multiple system atrophy[J]. Neurology,2008,71(9):670-676.
- [3] 余学峰.内分泌代谢疾病诊疗指南(第 3 版)[M].北京:科学出版社,2013:57-61.
- [4] Aylwin S, Burst V, Pert A, et al. "Dos and don'ts" in the management of hyponatremia[J]. Curr Med Res Opin,2015,31(9):1755-1761.
- [5] 谢曼青,张燕,王含,等.多系统萎缩伴抗利尿激素分泌不当综合征三例临床分析[J].中国现代神经疾病杂志,2017,17(2):133-137.
- [6] Nagumo K, Kita K, Kitano K, et al. Shy-Shy-Drager syndrome and the syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone[J]. Rinsho Shinkeigaku, 1992, 32(2):177-181.
- [7] Samukawa M, Hirano M, Sakanoto H, et al. Risks of inappropriate secretion of antidiuretic hormone in multiple system atrophy[J]. Mov Disord,2011,26(14):2572-2573.
- [8] 彭航娅,王曼曼,黄艳露,等.精神因素致一过性抗利尿激素分泌不当综合征一例[J].新医学,2016,47(8):571-573.
- [9] Verbalis J G, Greenberg A, Buret V, et al. Diagnosing and treating the syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion[J]. Am J Med,2016,129(5):537. e9-537. e23.
- [10] Cuesta M, Garrahy A, Thompson C J. SIADH:practical recommendations for diagnosis and management[J]. J Endocrinol Invest,2016,39(9):991-1001.
- [11] 卢兰姣.颅脑损伤后抗利尿激素分泌不当综合征病人的护理[J].中华护理杂志,2004,3(5):346-348.
- [12] 罗细玲,许庆敏,冯顺坚,等.中枢性高热临床护理的研究进展[J].临床肺科杂志,2011,16(1):95-96.
- [13] 杨柳燕.颅脑外伤后中枢性低钠血症 20 例临床护理[J].齐鲁护理杂志,2010,16(29):81.
- [14] 励莉,崔晓,陈沪蓉.1 例多系统萎缩伴运动功能障碍的护理[J].中国伤残医学,2015,20(8):205.
- [15] 汤晓红.C-型多系统萎缩患者的护理[J].护理学杂志,2011,26(11):28-30.
- [16] 蔡超群,唐春妮.脑卒中肢体功能障碍患者跌倒预防的核心稳定性康复训练[J].护理学杂志,2017,32(23):96-98.

(本文编辑 王菊香)