

# 多学科团队协作在1例重症异位ACTH综合征高皮质醇血症的护理管理实践

徐伟英 郑芬萍 朱伟芬 徐玉兰 沈丽华 潘红英

异位促肾上腺皮质激素(adrenocorticotrophic hormone, ACTH)综合征是由垂体以外的肿瘤细胞分泌大量ACTH,刺激双侧肾上腺增生并过度分泌皮质醇所致的库欣综合征。重症异位ACTH综合征临床少见,病因诊断困难,预后差,高皮质醇血症导致的病死率远高于肿瘤本身,如不积极治疗干预,病死率可达100%<sup>[1]</sup>。本次研究回顾性分析1例异位ACTH综合征患者的临床资料及诊治经过,旨在提高对重症异位ACTH综合征的护理水平,现报道如下。

## 1 临床资料

患者男,33岁,因“乏力6个月,脸变圆红、血压增高4个月”于2015年10月20日收住内分泌科。患者有向心性肥胖、满月脸、腹部紫纹等典型临床库欣体貌,合并高血压、低钾血症、糖耐量异常、腰椎骨量减少等代谢异常,经昼夜皮质醇节律测定、小剂量及大剂量地塞米松抑制试验、垂体MRI增强和双侧岩下窦取血ACTH测定检查,最终诊断为“异位ACTH综合征”,但原发病灶不明。期间,患者经历低钾心跳骤停、下肢静脉血栓并发肺栓塞、肾上腺一侧切除术后皮质功能减退等多种并发症,经过多学科团队协作积极治疗和精心护理,安全出院,目前病情平稳,积极随访。

## 2 护理

2.1 高皮质醇血症的护理 高皮质醇血症包括精神疾病、糖尿病、高血压、低钾血症、感染、血脂异常、骨质疏松症和身体免疫力低下等,因此,及时精

准地病情观察、积极有效地降低皮质醇水平、及时处理高皮质醇血症,对降低死亡率和相关并发症发生率至关重要。

2.1.1 精神异常护理 研究报道皮质醇水平增高可导致认知、记忆、情感方面的异常,表现为兴奋、抑郁、惊恐发作、自杀倾向、木僵,甚至感觉障碍、幻视、幻听、妄想等精神分裂症样症状<sup>[2]</sup>。皮质醇水平在短期内急剧升高,易诱发精神异常,迅速解决过量的皮质醇问题,尤其在24~72 h内是紧急治疗库欣综合征的当务之急<sup>[3]</sup>。该例患者于11月1日出现猥亵病友家属,并出现情绪波动,强烈要求出院。次日凌晨出现大喊大叫,瞻妄、被害妄想,不听劝说,有暴力倾向,家属不敢近身,遂予肌注氟哌啶醇5 mg,略缓解。口服米非司酮100 mg,每6 h一次,治疗后精神症状得以缓解。继续监测血、尿游离皮质醇的变化,关注药物的不良反应,包括皮质醇不足症状(疲劳、恶心、呕吐、关节痛和头痛)、盐皮质激素作用增强(高血压、低钾血症、水肿)和抗孕激素作用。

针对高皮质醇血症兴奋大脑皮质出现的精神症状,护士每日对患者的心理活动进行动态的评估,判断患者是否有自知力、认知力,情绪情感、意志行为是否协调一致、人格是否稳定,并及时与医生沟通。24 h家属陪护,必要时使用约束具,该患者住院期间未发生意外跌倒、损伤、伤人等事件。

2.1.2 低钾血症的护理 研究报道异位ACTH综合征起病急骤,临床症状重,病情进展迅速,可合并严重的低钾血症导致心律失常,甚至出现心脏骤停<sup>[4]</sup>。患者住院期间存在持续不能纠正的低钾血症,多次复查血钾在2.2~2.43 mmol/L之间,予积极补钾,加强患者心电监护、血电解质的监测。11月2日患者因低钾血症出现心跳呼吸骤停,心肺复苏后至ICU

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2024.005.023

基金项目:浙江省教育厅科学研究基金项目(Y202248711);浙江大学医学院附属邵逸夫医院护理科研基金项目(202141HLGL)

作者单位:310016 浙江杭州,浙江大学医学院附属邵逸夫医院内分泌科

治疗。出院前期,患者精神症状好转,予螺内酯和氯化钾保钾补钾治疗,血钾维持在3.0~3.4 mmol/L。

该患者经积极心肺复苏抢救成功得益于从2014年医院构建了包括病房早期预警系统、快速反应团队(rapid response team, RRT)、院内医疗抢救小组(medical emergency team, MET)的三级干预模式<sup>[4]</sup>,降低了院内病死率,提高了院内急救成功率<sup>[5,6]</sup>。

2.1.3 肺栓塞及下肢深静脉血栓的护理 2015年内分泌学会欧洲指南要求加强对皮质醇增多症患者静脉血栓并发症的管理<sup>[7]</sup>,建议评估患者静脉血栓形成的危险因素。研究表明早期有效识别出高危患者,采取规范的、有针对性的预防措施,可以有效降低肺栓塞的发生率和病死率<sup>[8]</sup>。我院多学科肺栓塞快速反应(multidisciplinary pulmonary rapid response, PERT)工作小组的成立和防范体系的实施,使得该患者得到了规范化的诊断和治疗,相关病死率下降<sup>[9]</sup>。

患者入院24 h内进行静脉血栓风险评估。患者体型肥胖,且有高血压,高皮质醇血症,入院后存在卧床制动、下肢深静脉血栓、心律失常、高血脂等危险因素,Padua评分5分(为高危危险等级),发生肺栓塞的风险明显增高。因此要对该患者加强静脉血栓基础预防和病情观察。听双侧呼吸音、测量血氧饱和度、关注患者是否有咳嗽、咳痰、呼吸困难等不适。及时测量血压、关注是否有胸闷、心悸等不适。测量双下肢周径,评估是否有肿胀、皮温、足背动脉搏动等情况。根据患者情况进行实验室检查D-二聚体、血气分析、肺动脉血管CT造影检查、核素V/Q扫描、下肢血管B超等检查、低分子肝素抗凝治疗。绝对卧床,在使用抗凝剂过程中,观察患者有无巩膜、牙龈、皮肤出血、痰中带血等出血情况,观察大小便的颜色,监测患者的凝血功能。患者腹部注射抗凝药物时还需关注有无皮肤瘀斑等情况,动态评估患者血栓和出血情况。出院后向患者宣教及时复查凝血功能,调整抗凝治疗。服华法林期间加强饮食宣教,密切监测国际标准化比值,避免因药物或食物而导致国际标准化比值的波动。

2.2 肾上腺切除术的护理 重症异位ACTH综合征的治疗难度大,在病因不明确时行抢救性肾上腺切除术是治疗重症异位ACTH综合征的有效方法,缓解过量激素带来的诸多严重代谢障碍及临床症状<sup>[10,11]</sup>。

该患者术后第一天出现头晕、大汗淋漓、短暂

无意识反应、血压无法测得的肾上腺危象表现,立即予两路静脉快速补液、地塞米松10 mg静脉注射,并予氢化可的松静脉使用替代治疗。根据患者血压、心率、精神状态、恶心呕吐、胃纳、电解质等情况,调节氢化可的松剂量,患者病情逐渐平稳。

肾上腺切除由于术后血皮质醇及血ACTH短时间内急剧下降,虽然患者血化验激素水平在正常范围,但相对于术前高皮质醇血症,术后的激素水平还是相对偏低的,较易诱发肾上腺危象。为此早期识别危象及护理非常重要,需密切观察患者术后是否出现低血压、恶心或呕吐、严重的疲劳、低钠血症、低血糖和高钾血症等临床症状<sup>[12,13]</sup>。根据患者症状及检查结果及时给予适量的皮质醇类药物替代治疗。

2.3 出院宣教及延续护理 根据2015年欧洲内分泌学会临床实践指南,做好患者的出院宣教,并长期随访是有效的延续护理的关键<sup>[7]</sup>。出院后重点定期监测患者血压,每隔6~12个月复查电解质、昼夜皮质醇节律、地塞米松抑制试验情况。长期随访脊椎和髋部的骨量,充足钙和维生素D摄入,防治骨质疏松。尤其关注色素沉着、体重、瘀伤和外观。宣教患者症状缓解仍需内分泌科定期复诊,复查激素水平,关注皮质醇相关代谢异常。

#### 参考文献

- 1 Karageorgiadis AS, Papadakis GZ, Biro J, et al. Ectopic adrenocorticotrophic hormone and corticotropin-releasing hormone co-secreting tumors in children and adolescents causing cushing syndrome: A diagnostic dilemma and how to solve it[J]. *J Clin Endocrinol Metab*, 2015, 100(1): 141-148.
- 2 贾晓凡, 鲜彤章, 潘琦, 等. 临床病例讨论: 以躁狂发作为首表现的异位促肾上腺皮质激素综合征[J]. *北京医学*, 2019, 41(4): 306-309.
- 3 Young J, Haissaguerre M, Viera-Pinto O, et al. Management of endocrine disease: Cushing's syndrome due to ectopic ACTH secretion: An expert operational opinion[J]. *Eur J Endocrinol*, 2020, 182(4): R29-R58.
- 4 朱涛, 庄一渝, 朱小莹, 等. 院内急救三级干预模式的构建及其作用探讨[J]. *中华急诊医学杂志*, 2014, 23(11): 1287-1290.
- 5 Tirkkonen J, Ylä-Mattila J, Olkkola KT, et al. Factors associated with delayed activation of medical emergency team and excess mortality: An Utstein-style analysis [J]. *Resuscitation*, 2013, 84(2): 173-178.

(下转第471页)

子午流注择时循经平衡火罐、穴位敷贴两者联合应用,能够减少口服药物对肝脏的首过效应,避免胃肠道不良反应,提高患者生活质量,促进患者肺功能改善。本研究虽然取得一定效果,但是临床关于子午流注择时循经平衡火罐联合穴位敷贴应用于AECOPD患者中的报道较少,且本研究选取样本量例数偏少,观察时间较短,尚需在往后研究中增加样本量、延长观察时间进行长时间的研究,以深入探讨子午流注择时循经平衡火罐联合穴位敷贴的远期效果。

综上所述,AECOPD患者接受子午流注择时循经平衡火罐联合穴位敷贴,能够有效改善患者病情和患者肺功能,促进生活质量提升。

#### 参考文献

- 赵岩,王吉元,孙雪松.宣肺平喘方治疗慢阻肺急性加重期痰湿阻肺证患者的临床疗效观察[J].世界中西医结合杂志,2019,14(11):1605-1608,1615.
- 李春颖,王胜,朱春冬,等.二陈汤加减联合穴位贴敷辅助治疗慢阻肺急性加重期疗效观察[J].辽宁中医药大学学报,2019,21(12):161-164.
- 苟萍,李仁东,张丽娟.自拟清肺宽胸理气汤对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者的疗效分析[J].中国现代医学杂志,2020,30(2):99-103.
- 李爱玲,程莲花.内皮素,内源性硫化氢与慢性阻塞性肺疾病急性加重期合并呼吸衰竭相关性分析[J].陕西医学杂志,2022,51(1):51-54,66.
- 慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)诊治专家组.慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)诊治中国专家共识(2017年更新版)[S].国际呼吸杂志,2017,37(14):1041-1057.
- 中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会.慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南(2011版)[S].中医杂志,2012,53(1):80-84.
- 李静芬,田景炜,陈瑞,等.圣乔治呼吸问卷对慢性阻塞性肺疾病患者生活质量的调查[J].现代生物医学进展,2016,16(36):7091-7094.
- 盛海燕,朱宜青,周婷婷.择时循经平衡火罐对慢性阻塞性肺疾病病人肺康复的影响[J].护理研究,2020,34(16):2971-2973.
- 倪涌晨,黄玮,金咏梅.子午流注择时耳穴贴压联合太极拳锻炼对慢性阻塞性肺疾病患者血气指标及运动耐量的影响[J].中医药导报,2021,27(11):125-127.

(收稿日期 2023-09-16)

(本文编辑 葛芳君)

(上接第468页)

- 庄一渝,周艳,周丽萍,等.快速反应系统对住院危重患者抢救成功率的影响[J].中华护理杂志,2014,49(5):569-573.
- Nieman LK, Biller BM, Findling JW, et al. Treatment of Cushing's syndrome: An endocrine society clinical practice guideline [J]. J Clin Endocrinol Metab, 2015, 100(8): 2807-2831.
- 陈央,周海霞,胡月红,等.老年和非老年肺栓塞的危险因素及Caprini血栓风险评估量表的预测价值[J].中华医学杂志,2017,97(10):755-760.
- 余红梅,潘红英,占玉芬,等.全院联动静脉血栓形成防治信息化体系的建立与实践[J].中华护理杂志,2020,55(3):373-378.
- 樊华,李汉忠,徐维锋,等.重症异位促肾上腺皮质激素综合征的外科治疗[J].中华泌尿外科杂志,2017,38(4):268-271.
- 张育才,任玉倩.儿童肾上腺危象的早期识别与治疗[J].中国小儿急救医学,2015,22(10):672-675.
- 徐浩,卫超,许盛飞,等.异位促肾上腺皮质激素综合征行双侧肾上腺切除术发生肾上腺危象1例报道[J].现代泌尿生殖肿瘤杂志,2022,14(4):242-244.

(收稿日期 2023-10-08)

(本文编辑 葛芳君)