维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253-3626(2005)01-0158-02

低钠血症性垂体腺瘤的分析及护理

陈莉萍

(重庆医科大学卫生学校,重庆 400016)

垂体腺瘤引起的水盐代谢紊乱以尿崩症较为多见而低钠血症较为罕见,我们近年来收治 5 例,针对该病提出护理要点。

1 临床资料

5 例中,男 3 例,女 2 例;年龄 33.7~67 岁,平均年龄 59.5 岁;肿瘤直径为 2~3.2cm;术前血 K^+、Na^+、Cl^- 及血渗透压低于正常;而尿 Na^+ 及尿渗透压明显高于正常;5 例均无皮肤色素沉着、脱水、低血压等表现。经限水治疗,血 Na^+、血渗透压有所上升,尿 Na^+、尿渗透压有一定程度下降,但未达正常范围。例 1 为经额入路部分切除肿瘤;例 2、4、5 为经蝶入路,例 3 为经额、经蝶入路全切肿瘤。术后 3~7 天,血 K^+、Na^+、Cl^-、血渗透压、尿 Na^+ 及尿渗透压均恢复正常。例 2 术后出现尿崩症,除例 3 外均未用脱水剂,该组病人术后均用地塞米松治疗。

病例	1		2		3		4		5	
年龄	65		66		33.7		66		67	
性别	男		男		女		女		男	
肿瘤大小	3×2.6×2.5		2.6×2.3×1.7		3.2×2.8×2.7		2.8×2.3×2.2		2×1.5×1	
实验室检查	术前	术后	术前	术后	术前	术后	术前	术后	术前	术后
K^+(mmol/L)	3.8	4.6	4.1	4.5	4.4	5.0	4.6	5.4	4	4.9
Na^+(mmol/L)	116	137	132	136	126	135	118	135	14	140
CL^-(mmol/L)	87	97	95	98	97	97	80	97	86	98
血渗透压(mOsm/L)	230	260	265	280	250	280	260	295	280	303
尿 Na^+(mmol/L)	108	*	95	*	82	*	61	*	75	*
尿渗透压(mOsm/L)	560	<50	670	62	560	50	345	60	260	82

*示未测

2 结 果

5 例均为垂体大腺瘤,其中 4 例年龄超过 65 岁,其低钠血症为腺瘤引起水钠潴留所致。限制水份摄入可改善低钠血症。手术切除肿瘤能得到迅速纠正。

3 讨 论

垂体腺瘤发生低血钠症者临床上较为罕见,近 30 年国内外文献仅发现 6 例。近 6 年来我们发现的 5 例有低钠血症的垂体腺瘤也仅占本院同期垂体腺瘤的 2.1%。本组有 4 例年龄超过 65 岁,占同期垂体腺瘤老年患者的 21.4%,且 5 例垂体腺瘤的直径≥2cm,与文献报到相似[1,2]说明垂体腺瘤较大的老年患者更易在术前发生低钠血症,本组 5 例均为垂体大腺瘤,且 4 例是老年病人,因未测定肾上腺皮质功能,故不能除外肾上腺皮质功能减退的可能,但 5 例均无与慢性肾上腺功能不全所致的 Addison 氏综合征的低钠血症明显不同。本组术后低钠血症得以迅速、完全纠正,进一步说明术前的低钠血症与肾上腺皮质功能关系不大,并且限水治疗均有效。因此,本组病例发生低钠血症的原因仍是 ADH 分泌过多,产生水钠潴留,导致稀释性低钠血症。

垂体腺瘤引起稀释性低钠血症的可能机制(1)肿瘤直接刺激视上核和室旁核过多分泌 ADH。本组 5 例均为垂体大腺瘤,刺激视丘下部,使 ADH 分泌过多有关。(2)抑制 ADH 分泌的反馈环节受损。下丘脑前部有渗透压感受器,如肿瘤压迫损害该感受器,血渗透压降低时不能反馈抑制 ADH 分泌。另外,发生低钠血症性垂体腺瘤以老年患者占多数这可能与脑组织结构退行性变导致 ADH 分泌的负反馈调节功能减退有关。

4 护 理

4.1 专科护理

患者均在全麻下行肿瘤切除术,术毕由手术室送回病房,搬动过程中动作要轻、稳,由专业护士稳定病人头部,防止头颈过度扭屈或震动,按全麻术后护理,持续心电生命体

作者介绍:陈莉萍(1965-),女,主管护师,
主要研究方向:护理临床与教育研究。

维普资讯 http://www.cqvip.com

征监护,计格拉斯哥评分。神志清醒后取头高足低位,头部抬高 30 度,注意视力改变情况,并做好详细的病情记录。术后例 1、3 留置导尿,按留置导尿常规护理,严密观察尿量、尿色、尿比重,导尿管一般为 2～3 天于术后患者清醒经夹管后有尿意即可尽早拔除,鼓励患者自行排尿,以减少感染机会。

4.2 病情观察

垂体腺瘤较大的老年患者易在术前发生低钠血症,而老年人患垂体瘤时,垂体功能障碍往往被忽略,一旦发现,肿瘤已较大。故对不明原因的低钠血症患者,尤其是老年病人,在补钠难以纠正低钠血症时,应临床积极观察,加强识别,排除其它因素,考虑是否有垂体肿瘤的可能。

4.3 协助处理

准确、准时记录每日出、入水量。术后三天内密切观察血电解质及血、尿渗透压变化,以配合医生适时纠正水电解质失衡。术后常规应用糖皮质激素,一般应用地塞米松 10mg/日,加入液体中静脉点滴,有助于改善因垂体功能低下所致的激素水平下降,防止脑水肿。

4.4 限水治疗

一旦明确诊断入水量应限制在 500～1000ml/天之内,术后一般应继续限水,若低血钠已纠正,可不必刻意限水。术前本组病例经限水处理后,低钠血症均有所改善;术后例 2 出现尿崩症,未限制病人饮水,同时每天输液 1000ml,未发生低钠、低氯,说明术后导致水潴留的病因已完全解除。

4.5 心理护理

本组病例以老年患者居多,术后需监护,身边无亲人照顾,出现不同程度的孤独、无奈、焦虑、抑郁等情绪,而这些不良情绪均能加重病情,因此,护理人员除积极处理躯体不适外还应加强心理护理。我们通过安慰患者并及时告知治疗的进展和效果,帮助其放下思想包袱,坚定战胜疾病的信心,积极配合治疗。

4.6 营养支持

术后清醒且病情平稳及时给予流汁饮食,如米汤、牛奶、肉汤、菜汤、果汁等。第二、三天给予半流汁饮食,如稀饭、面条、馒头等,以后逐渐过渡到普通饮食。根据病人的基础代谢和营养状态指导家属或营养食堂给予高能量、高维生素、高蛋白、易消化饮食,适当增加食盐的量,给予含钾多的食物,防止便秘。该组患者中无一例发生便秘。

4.7 病因治疗

本组 4 位老年患者术前限水治疗多日未能完全纠正低钠血症,分别行肿瘤部分切除和全切除术,术后低钠血症迅速改善、血渗透压升至正常范围。例 4、5 尿钠和尿渗透压也维持正常,证明其发生低钠血症与垂体肿瘤的局部压迫有直接关系,同时也说明仅靠限水治疗有时不能完全消除低钠血症。

总之,垂体大肿瘤患者,尤其是老年病人可以低钠血症为临床表现。虽然此类病例少见,但值得大家借鉴,准确的诊断、处理,减轻患者痛苦,提高护理质量。

参 考 文 献

[1] Yamashiro S, Fuwa I. H, et al. Initial and postoperative hyponatremia associated with pituitary adenoma: a case report [J]. Acta Neurochir, 1997; 139(10): 987－99.

[2] Martin JB, Riskind PN. Neurologic manifestation of hypothamic disease[J]. Prog Brain Res, 1992; 93: 31－42.