

DOI: 10.12209/CAIM202210170005

· 中西医结合临床案例 ·

1 例进行性核上性麻痹患者的中西医护理体会

杨楠

(辽宁中医药大学附属医院, 辽宁 沈阳, 110032)

摘要: 本文总结 1 例进行性核上性麻痹患者的中西医护理体会。在完善护理评估和诊断的基础上, 制定护理计划并实施中西医结合护理干预, 包括躯体移动障碍护理、吞咽功能障碍护理、提升睡眠质量、心理护理、语言沟通障碍护理、认知功能障碍护理、预防跌倒、预防误吸、预防压力性损伤等。

关键词: 进行性核上性麻痹; 中西医结合护理; 康复训练; 中医辨证施护

Nursing of integrated traditional Chinese and western medicine for a patient with progressive supranuclear palsy

YANG Nan

(Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang, Liaoning, 110032)

ABSTRACT: This paper summarized the nursing of integrated traditional Chinese and western medicine for a patient with progressive supranuclear palsy. An integrated traditional Chinese and western medicine nursing plan was made followed by the nursing evaluation and diagnosis. Comprehensive nursing interventions were carried including relieving impaired physical mobility, swallowing dysfunction, verbal communication impairment and cognition impairment, improving sleep quality and mental health, preventing falling, aspiration and pressure injuries.

KEY WORDS: progressive supranuclear palsy; nursing of integrated traditional Chinese and western medicine; rehabilitation exercise; nursing by syndrome differentiation

进行性核上性麻痹(PSP)是以脑桥及中脑神经元变性及出现神经元纤维缠结(NFT)为主要病理改变的进行性神经系统变性病。由于本病有头部过伸的肌张力障碍姿势及眼球运动障碍, 也称为眼颈肌张力障碍, 是一种临床少见的中枢神经系统变性疾病, PSP的患病率约为 5.82/10 万^[1], 其发病机理尚不明确, 可能与 Tau 蛋白基因异常有关, 以往认为 4 个重复区的 Tau 蛋白(4R Tau)异常沉积导致了 PSP 的发生^[2]。其主要临床表现为姿势不稳伴反复跌倒、垂直性凝视麻痹、构音障碍及吞咽困难、运动迟缓、轴性僵直及痴呆。此外, 还可表现出多种非运动症状, 例如神经精神症状、睡眠障碍、认知功能障碍和行为异常等^[3-6]。PSP 的进展是不可逆的, 且治疗反应差强人意^[7]。目前, 关于 PSP 患者护理的报道很少。本文总结 1 例 PSP 患者的中西医护理体会, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 患者信息

患者男性, 69 岁, 睡眠障碍 4 年, 反复跌倒 2 年, 语言不利、饮水呛咳 1 年余为主诉, 于 2019 年 3 月 26 日收入科室。

1.2 简要病史

患者 4 年前思虑较多后出现睡眠障碍, 整夜难以入睡, 逐渐加重, 伴有焦虑不安症状, 自服“舍曲林”药物后效果改善不明显, 后给予加米氮平片 45 mg 口服, 睡眠症状逐渐好转, 但逐渐出现双下肢乏力, 步态不稳的症状, 并反复出现向后跌倒, 需要手杖辅助下行走, 多次住院治疗。给予多巴丝肼片、度洛西汀片、米氮平片口服, 效果欠佳, 症状逐渐加重。确诊为“进行性核上性麻痹”。患者西医治疗, 症状改善不理想, 为求进一步治疗, 前来本院治疗。患者主诉“睡眠障碍 4 年, 反复跌倒 2 年, 语言不利、饮水呛咳 1 年余”, 门诊于 2019 年

3月26日以“虚劳病”(进行性核上性眼肌麻痹)诊断收治入院。症见:“入睡困难,步态不稳,下肢无力,语言不利,饮水呛咳,饮食尚可,小便可,大便秘时干。”

1.3 查体

患者神志清楚,形体适中,轮椅推入病室,问答合理,查体合作。头颅无畸形,巩膜无黄染,口唇无发绀,颈软。胸廓对称无畸形,双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音。心界不大,心音低钝,节律齐,心率78次/分,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹部平软,无压痛、反跳痛、肌紧张,肝脾肋下未触及,肝肾区无叩痛,移动性浊音(-)。双下肢无浮肿。舌淡红,苔薄白,脉细弱。

1.4 专科检查

患者意识清楚,智能正常,语言不利,构音障碍,双瞳孔等大正圆,对光反射灵敏,双眼球各项运动充分,无眼震,无复视,无面瘫。咽反射存在,双软腭抬举对称。四肢肌力IV级,双上肢肌张力增高,下肢肌张力正常,双侧指鼻试验欠稳准。双侧肱二头肌、肱三头肌及膝反射对称引出。霍夫曼征R(-)、L(-);巴宾斯基征R(-)、L(-)。颈软,克氏征(-)。

1.5 既往史

患者有前列腺增疾病史;认知障碍、焦虑状态;下肢动脉硬化;陈旧性脑梗死(遗留记忆力减退及下肢乏力)。该患者于外院住院治疗,确诊“进行性核上性眼肌麻痹(Steele-Richardson-Olszewski综合征)。”

1.6 诊断

1.6.1 中医诊断:虚劳病,气血亏虚证。

1.6.2 西医诊断:进行性核上性眼肌麻痹(Steele-Richardson-Olszewski综合征);前列腺增生;认知障碍;下肢动脉硬化;焦虑状态;高同型半胱氨酸血症;陈旧性脑梗死;脑萎缩。

1.7 主要治疗方案

西医治疗原则:本例患者存在非典型帕金森症状表现,经康复医师评定,建议予康复锻炼治疗,以促进肢体功能恢复。给予内科二级护理,普通饮食,每日测量血压1测。经康复医师评定,建议予吞咽训练、运动疗法、作业疗法康复锻炼治疗,以促进肢体功能恢复。

西医药物治疗:①给予盐酸坦索罗辛缓释胶囊0.2mg口服,1次/d;②非那雄胺片5mg口服,1次/d,以治疗前列腺增生症状;③度罗西汀片1片

口服,1次/d,以抗抑郁治疗;④米氮平片1片口服,1次/d,以镇静助眠;⑤丁苯酞软胶囊0.2g口服,3次/d;⑥胞磷胆碱钠片0.1g口服,3次/d,以营养脑细胞及抗氧化治疗;⑦叶酸片1片、维生素B₆片10mg口服,3次/d,以治疗高同型半胱氨酸血症;⑧多巴丝肼片0.125g口服,3次/d,以改善走路不稳症状。⑨给予0.9%氯化钠注射液100mL+奥拉西坦注射液4.00g普通静脉输液,1次/d,以营养脑细胞。

中医治疗:①给予中医予吴茱萸散(双涌泉、双太溪、双太冲、双昆仑)穴位贴敷,1次/d,以温补脾肾,鼓舞气血生化。②给予益智散(气海、关元、双侧肾俞、双侧足三里)穴位贴敷,1次/d,以养心安神。③给予隔物灸法(双足三里、双三阴交、双涌泉、双太冲),1次/d,以助正气,祛邪外出。④给予腹部烫熨治疗,1次/d,以温外脾胃,补益气血。⑤给予麻仁软胶囊1.8g口服,3次/d,以润肠通便。⑥给予体针、眼针、头针针灸治疗,1次/d,以调和阴阳,改善睡眠治疗。⑦给予中药汤剂口服,3次/d,以温补脾肾,补益气血。

1.8 病情变化

2019年3月26日,患者诉长期焦虑状态,口服抗抑郁及助眠药物,睡眠仍欠佳。给予体针、眼针,1次/d,以调和阴阳,改善睡眠治疗。2019年3月27日,患者时有反酸暖气,胃脘部冷痛,考虑脾胃阳气不足,给予腹部烫熨治疗,1次/d,以温脾胃。2019年4月1日,患者诉饮水后呛咳,时有咳吐血性分泌物,咽干,伴咽喉异物感。请耳鼻喉科会诊,会诊意见:电子喉镜检查,电子喉镜检查回报未见异常。2019年4月8日,给予小牛血去蛋白注射液静脉治疗,以营养脑细胞治疗。

2 护理

2.1 护理评估

该患者因病理改变引起皮层功能减退,表现为短程记忆丧失,思维减慢和个性改变;额叶受损导致构音障碍,表现为语言含混不清,不能清楚表达自己的意愿;因延髓麻痹引起吞咽功能障碍^[8];由于运动功能障碍和核上性眼肌麻痹致患者颈部过度后伸和眼部运动瘫痪,不能看到下方有跌倒的危险,患者咽喉部肌肉减弱,增加误吸或肺炎的风险^[9]。

2.2 护理诊断

PSP的诊断要点:不能完成对称性运动、僵直

(近端重于远端)、颈部姿势异常、早期的吞咽功能障碍、发病早期即出现认知功能障碍(包括淡漠、抽象思维能力下降、语言流畅性下降、额叶释放症状)以及对左旋多巴的无反应或反应性低下,有助于支持临床诊断为 PSP。2016 年我国发布《中国进行性核上性麻痹临床诊断标准》^[8],在 NINDS-SPSP 基础上加以修订,加入年龄>30 岁、矢状位头颅磁共振的 T1 像表现中脑背盖上缘平坦“蜂鸟征”、嗅觉检查联合心脏间碘苄胍闪烁显像等支持条件,并强调早期显著的自主神经障碍和小脑性共济失调及额颞叶局限性萎缩作为临床确诊和理查德森综合征(PSP-RS)型及 PSP 帕金森综合征(PSP-P)型很可能的排除条件。因起病隐匿、症状非特异性、早期缺乏相关生物标志物导致其诊断困难及较高的误诊率。临床上 PSP 需与帕金森病、路易体痴呆、多系统萎缩和皮质基底节变性等疾病相鉴别^[10]。

进行性核上性麻痹评定量表:进行性核上性麻痹评定量表(PSPRS)是由 Golbe 和 Ohman-Strickland 为 PSP 专门设计的评定量表^[11]。该量表专门为常规评价 PSP 的残疾和严重程度设计,PSPRS 包括病史、精神行为状态、球麻痹症状、眼球运动、肢体运动、步态及中轴位评估 6 个领域 28 个评分项,每项评分由 0~4 分(22 项)或 0~2 分(6 项)不等,总分 100 分。该量表使用的局限性:目前只有英文版本;量表中检查中使用刀叉、搭便车手势等检查不符合国人习惯;量表中失眠的分类与睡眠时间评价方法与我国现行失眠诊断标准^[12]有所不同;量表中吞咽障碍检查方法与目前常用的洼田饮水试验、标准吞咽功能评价量表有一定差别;该量表在疾病早期的评价效果尚不清楚,此时可能存在地板效益,也可能不适用于 PSP 晚期的评估;需要进一步修改以提高该量表的信度和效度^[13]。

护理诊断包括:①躯体移动障碍(与上位运动神经元受损有关);②吞咽功能障碍(与延髓麻痹、咀嚼肌无力有关);③失眠(与气血不足,心神失养有关);④焦虑(与担心疾病预后有关);⑤语言沟通障碍(与额叶受损所致构音障碍有关);⑥认知功能障碍(脑皮层功能退化有关);⑦有跌倒的危险(与视觉障碍、步态不稳有关);⑧有误吸的危险(与吞咽功能受损有关);⑨有皮肤完整性受损的危险(压力性损伤评分:10 分,属高危风险)。

2.3 护理目标

患者能有效地进行沟通,能通过语言、躯体语言、书面交流、绘画等来表达自己的需求,生理和心理舒适感增加。能有效配合肢体功能、吞咽功能、认知功能锻炼,营养需要得到满足,掌握移动躯体的正确方法,在帮助下可进行活动,提高自我护理能力,促进肢体功能恢复。患者住院期间避免误吸、跌倒、坠床、压力性损伤等并发症的发生,延缓疾病发展,提升生活质量。

2.4 护理措施

2.4.1 躯体移动障碍护理:①根据患者自身情况制定肢体康复锻炼的计划,选择合适的运动方式、时间、频度及进展速度,在进行功能锻炼时要强调有人陪同,循序渐进,切忌急于求成。②卧床期间做好各项生活护理、基础护理,保持病人舒适体位,加强保护措施,保持肢体功能位,并进行肢体按摩,3 次/d,每日用温开水擦洗双下肢,以促进血液循环。③做好安全护理,各种安全警示标示及宣教到位;拉好床栏,呼叫铃放于伸手可及处,穿棉质衣物,大小合适,穿防滑软橡胶底鞋,病房地面平整、干燥,无阻挡物,病人锻炼时一定要有家属陪伴左右,以防跌倒/坠床。

2.4.2 吞咽功能障碍护理:①评估患者的吞咽反射能力,进食时无误咽、呛咳症状;配合康复进行吞咽功能训练,如出现误咽、呛咳症状应警惕肺部感染的发生。②创造良好的进食环境,必要时餐前 30min 使用药物(以提高肌力)根据医嘱给予高热能、高维生素、高蛋白饮食,协助患者进餐,少食多餐,以半流糊状为主,必要时鼻饲做好相关鼻饲护理宣教。③进餐时取座位或床头抬高 45°,进食缓慢,避免同时进行不必要的护理活动。减少干扰,禁止说话,使用调羹代替筷子,上身与餐桌保持近距离,保证食物在视线范围内,吞咽食物鼓励干咽 1~2 次,尽量将口腔内的食物吞咽干净,避免食物残留口腔,进食后保持原位 0.5~1 h。吞咽障碍者不可使用吸管饮水、饮茶,用杯子饮水时,保持水量在半杯以上,床旁备吸引器,以备误吸时急用。每日给予患者口腔护理 2 次。

2.4.3 提升睡眠质量:①为患者创造良好的睡眠环境,保持病室安静、关闭门窗,盖被厚薄适宜,光线适宜,晚上睡觉时可以开地灯。②必要时遵医嘱使用助眠药,观察用药后效果,但要向其解释长期使用安眠药将不再有效,并且会干扰睡眠质量及白天的功能。③睡前减少活动量,养成良

好睡眠习惯,睡前可按摩背部、可用温水泡脚,也可聆听轻音乐、以促进睡眠。④中医给予吴茱萸散(双涌泉、双太溪、双太冲、双昆仑)穴位贴敷,1次/d。⑤睡前可进行穴位按摩,选穴三阴交、涌泉穴,心悸者加内关、心俞穴。

2.4.4 心理护理:①评估患者焦虑的程度:轻度、中度、重度、惊恐发作;与患者探讨所担忧问题(如:经济、安全、健康、疾病预后)制定相关健康宣教内容。②加强心理护理:由于疾病病程较长,给患者和家庭带来极大经济及心理负担,医护人员多与患者交流沟通,介绍疾病的知识及鼓励患者树立康复信心,建立社会支持系统,让其家属与亲友多陪伴,利于顺利度过焦虑抑郁期。③做好患者的心理评估,指导患者自我调节心情方法(听音乐、芳香疗法、放松训练)如:向上看,控制呼吸,放低双肩,放慢思维;或打太极拳,利于改善步态不稳并舒缓心情,保持良好心态。

2.4.5 语言沟通障碍护理:①评估:患者以往和目前的语言能力:包括读、写、理解能力以及受教育水平。②向患者及家属讲解言语障碍的原因,关心体贴尊重患者,避免挫伤患者自尊心的言行;鼓励克服羞怯心理,大声说话,当患者取得进步时及时给予肯定及鼓励,增加患者的自信心;鼓励家属、朋友多与患者交流。③指导沟通方法:可借助符号、图片、描画、手势、交流板等表达方式,尽量调动自己的残存能力;与感觉性失语患者沟通时应减少外来干扰,避免患者精神分散,建议一对一对交流:与运动性失语患者沟通时尽量提问一些简单的问题,可以让患者用“是”“否”或者点头、摇头来回答,语速要慢,给患者足够的时间做出反应;听力障碍者可利用实物图片进行交流。交流时尽量用普通话,语言清晰,通俗易懂,速度要慢,避免用医学术语。④用交流效果促进法,利用患者所熟悉的日常生活用品名称、日常生活动作名称及日常用语为训练内容,进行听理解训练、阅读理解训练、复述训练、朗读训练、命名训练、书写训练。第1、2天训练由护士指导,家属旁听,后续则是患者与家属自主训练。交流时减少背景噪音,正视患者,注意倾听,不催促患者,检查患者的理解程度。使用闭合性的问题,也可借助图画板和手势进行交流。

2.4.6 认知功能障碍护理:①各种认知功能障碍的发生机制和表现形式不同,康复治疗应根据患者的情况灵活选择,每次时间不宜太长,贵在

持续、反复地训练,以延缓认知功能衰退。②康复治疗:记忆训练、智力训练、认知专用康复方法和生活能力训练。③日常饮食宜多样化,多吃健脑食物,高蛋白、高维生素、高纤维、低胆固醇、低脂肪、低糖、低盐饮食。④针对患者的性格特点、文化程度和社会阅历等进行个体化的心理治疗和认知行为治疗。⑤给予益智散(气海、关元、双侧肾俞、双侧足三里)穴位贴敷,1次/d。

2.4.7 预防跌倒的护理:①遵照护理措施做好防护,床头安放警示标识。②减少床单位附近障碍物、危险品,保持地面清洁、干燥不可有水,以免发生跌倒。③生活所需品有序放于床头或易取之处,呼叫器置于床头,以备有需要时随时按响。④告知患者家属需24 h有人陪伴、加以床挡,预防坠床的发生。离开病房时需通知主治医师及责任护士。⑤指导患者裤腿不宜过长,避免发生牵绊。⑥选择大小适宜的鞋袜,且在行走时要穿防滑鞋不可穿系带鞋或拖鞋。患者及家属表示了解。

2.4.8 预防误吸的护理:①保持进食时环境安静,避免分散患者注意力,避免在进食时与其交谈。鼓励患者自行进食,并对患者及家属宣教误吸风险及进食策略。指导患者控制一次吞咽量和吞咽速度,少量多餐^[9]。②液体稠度的调整:根据V-VST、吞咽造影检查结果,针对单纯饮水呛咳的患者,可以加凝固粉将液体(果汁、牛奶、茶、汤等)增稠,减少误吸和呛咳的机会。③食团在口中位置:最好把食物放在健侧舌后部或健侧颊部,这样有利于食物的吞咽。④食物质地调整:根据评估来选择食物质地,如软食、切碎的食物、爽滑的浓流质、稀流质。⑤控制进食速度与每口进食的量,要叮嘱患者吞咽每口食物,结束后再进行下一口食物的进食,并且控制每口进食的分量,不宜过多。⑥进食时取坐位或床头抬高30°~45°,尽量保持坐姿,尽量在餐桌上进食。上身与餐桌保持较近距离或靠在餐桌上,腰部垫软枕保持舒适坐姿,肘部放于桌上,保持下颌向下或自然位置以关闭气道;升高餐盘高度以保证食物在视线范围内^[9];对于不能保持坐位的患者,一般至少取躯干30°仰卧、头部前屈。偏瘫侧肩部以枕垫起。喂食者位于患者健侧。该体位可利用重力使食物易于摄入和吞咽;颈部前屈可使颈前肌群放松,有利于吞咽,防止误吸。⑦进餐后保持姿势30min,避免翻身、叩背、吸痰等,进餐后清洁口腔。⑧必要时遵医嘱给予留置胃管或胃造瘘。

2.4.9 预防压力性损伤的护理:①评估患者的皮肤状况及肢体活动、全身营养状况。②保持衣被清洁、干燥,床单平整,及时更换汗湿、渗湿的衣被,皮肤瘙痒者,禁用手抓挠。③洗澡时使用中性肥皂,水温不宜过高,避免物理、化学刺激、避免用力擦、搓。④向患者家属讲述压疮发生的危险因素,如局部长期受压,汗液、渗出液浸渍等。⑤指导并教会家属正确使用便器:使用便盆时,抬高患者臀部,不可强行塞入、拖出。便器放置时间不宜过长,不宜超过 30 min。⑥指导护理波动床的使用。

2.5 护理评价

患者积极配合各项治疗和护理措施,坚持肢体功能、吞咽功能、认知功能等锻炼,日常生活能力逐渐增强,能够有效地表达出基本需求,心理状态良好,患者住院期间未发生误吸、跌倒、坠床、压力性损伤等并发症。

2.6 随访

住院期间,科室将相关疾病的护理措施制成小图册发放给患者家属,家属全程参与康复训练。出院时,医护人员与患者及家属共同讨论患者独立下床活动的利弊。指导患者及家属要定期来复查,按时服药,加强营养,避免劳累,注意休息,鼓励患者及其家属继续保持跌倒防护意识,尤其在过马路、上下车时注意安全,专人陪护及安全防护等措施。建议患者在病情加重时,借助固定带和他人的协助移动身体。建议患者安装家庭用安全转移设备、扶手,移除房间中低矮的、可能会注意不到的家具等^[9]。鼓励患者多参加社会活动,多动手动脑,如多读书写字、学习新语言,培养多种业余爱好,参观博物馆,猜字谜、拼图游戏、下棋等。锻炼表达和理解能力,以及解决问题、适应社会的能力,以有效地降低疾病的复发。患者出院后分别于 1 月、3 月、6 月定期电话回访。

3 讨论

3.1 康复训练要点

传统疗法的中医针灸治疗配合现代疗法的康复锻炼,以有效促进患者肢体功能恢复,依托 MDT 多学科团队配合,弥补单一治疗的不足,使患者受益最大化。本病康复训练要点包括:①记忆训练:鼓励回忆过去的生活经历,通过动作、语言、声音、图像等信息刺激,恢复或提高患者记忆力,如配对游戏、拼图活动、问答活动等;由简单到

复杂反复进行训练,可通过制定作息计划、挂放日历等,帮助记忆。②智力训练:鼓励患者读报,内容不限,阅读后要简要复述;一些需要自己动手动脑的活动,如拼图、按图纸堆积木等。③认知专用康复方法:针对注意、记忆、逻辑推理等认知域进行难度自适应训练,来提升个体认知功能。认知训练有效性的神经基础是大脑可塑性,表现为灰质密度和白质纤维完整性增加、脑区功能效率提升、大脑功能网络连接增强以及多巴胺受体密度改变等^[14]。④生活能力训练:应尽可能地积极进行日常生活能力的训练,如自己穿脱衣服、进食、如厕、洗脸、梳头、刷牙、出行、服药等。⑤综合概括能力训练:选取几张图片,每张图片分别属于不同的类别,让患者将同一类物品放在一起,并找出该类物品对应的单词,如苹果、梨为水果类^[9]。⑥运动疗法:松弛训练、关节活动度训练、姿势训练、协调平衡训练、步态训练等。⑦作业疗法:增强患者日常生活能力训练。

3.2 中医辨证施护

PSP 其本质为 Tau 蛋白异常聚集致神经系统病变性疾病,其神经病变累及大脑皮质及皮质下层结构。因此本病病位在脑,与肝肾脾三脏功能密切相关。祖国医学文献中无该病的记载,根据其临床表现,可以归属于“呆症”“痿证”“颤证”等范畴,治疗以滋肾填髓、养肝润筋、化痰通络、补气养阴为法。

3.2.1 隔物灸法:取穴双足三里、双三阴交、双涌泉、双太冲,开展隔物灸治疗,利用艾灸的温热作用,缓解肌肉的痉挛,且穴位于四肢末端,气血起止之处,灸之可起到调和气血,平衡阴阳,以助正气,祛邪外出的目的^[15]。

3.2.2 烫熨疗法:选取足阳明胃经,烫熨疗法治疗原则:强调温补脾胃,脾胃五行属土,为“后天之本”“为气血生化之源”,温补脾胃,达到扶正培元,补益气血的目的。隔姜烫熨:姜味辛,性微温,归肺、脾、胃经,取其温中之效,选取足阳明胃经腹内支脉:从胃口向下,沿腹里至腹股沟动脉部与前外行者会和,以达到温经通络,调补脾胃,补益气血的目的。

3.2.3 穴位贴敷:选穴双涌泉、双太溪、双太冲、双昆仑,给予吴茱萸散穴位贴敷。脏腑气血虚衰,肝肾阴虚,则虚阳上扰而致失眠。通过中医辨证,以吴茱萸为主药,用醋调之,可增加药物中生物碱的溶解度,提高治疗效果。同时醋为酸性,具

有收敛作用,以防药力耗散,同时,有助于吴茱萸刺激穴位,加强引火下行,从而达到滋阴降火,调和阴阳,安神定智目的,配以补益心脾、滋阴降火、健脾和胃等辅药,共奏调和阴阳,滋阴降火,健脾安神之功效。涌泉穴为肾经“井”穴,太冲为肝经原穴、腧穴,为本经聚集之处有疏肝理气;肝气和,脾胃舒。太溪穴,为肾经原穴、腧穴。具有肝肾同源,互相滋养,增强引火下行、滋阴泻火之功^[16]。

3.2.4 穴位贴敷:选穴气海、关元、双侧肾俞、双侧足三里,给予益智散穴位贴敷。益智散穴位贴敷治疗体现了“善治者,治于皮”的治疗原理,“理本内治,用本经络,药同内治”。方中组成杜仲、牛膝补益肝肾,共为君药。桃仁、红花活血化瘀;半夏燥湿化痰,三药合用共奏祛痰化瘀之功效,均为臣药。姜汁及醋汁调制可增加药物透皮功能,贴敷于气海、关元、双侧肾俞、双侧足三里穴位,将药之功效经由穴位-经络-脏腑系统途径,行于气血津液之间,达到表里内外一贯之妙^[17]。

3.2.5 发挥中医食疗的优势:给予辩证施膳,建议食用温补脾胃的食物,如:羊肉、鸡肉、红枣、板栗、核桃等,食疗方:当归羊肉汤,鸡肉板栗汤,红枣桂圆汤。多采用补肾健脑之品,如:核桃、黑芝麻、花生、鱼脑、芝麻、山药、蘑菇等有益大脑健康的食品。忌食生痰产瘀之品,如高糖、高脂肪、高胆固醇之品。食疗方:杞子炒肉丝以滋阴益肾,松子仁米粥以滋补肝肾,山药炖乳鸽以补肾益精。

3.3 并发症观察要点

临床上多数患者死于并发症,因此护理人员不仅要做好患者的安全护理、气道护理、基础护理、心理护理、饮食护理及康复指导外,对于患者病情发展可能进一步加重所产生并发症的护理就极为重要。常见并发症包括:①假性延髓性麻痹症状引起吸入性肺炎(最常见);②心血管疾病:肺动脉栓塞、心肌梗死、充血性心力衰竭;③肾脏感染、泌尿系感染;④认知功能减退;⑤情感活动减少等。

本病存活期1~20年,平均约5~9年^[7],肺炎、肺栓塞、呼吸衰竭和尿路感染是常见的死亡原因。这就要求医护人员对病情发展要具有预判能力,最大限度地通过护理降低并发症的发生。由于PSP的病程比较长,患者不能长时间生活在医院,住院治疗使患者的病情得到缓解,但患者最终得回归家庭,回归社会,所以在住院期间患者家属一直协同医护人员一起进行康复训练,也要教授

给患者及家属更多的护理知识及应激处理,使护理工作得以持续跟进,为患者回归家庭、回归社会创造有利条件。

PSP是临床罕见的神经变性病,患病率约为5.82/10万,以进行性平衡障碍伴早期向后跌倒和核上性眼肌麻痹为主要临床表现的神经退行性疾病,其发病机理尚不明确。PSP的起病隐匿、临床表现复杂多样,因此,有效恰当的护理措施尤为重要。通过此例病例的分享,根据患者的发病症状及临床表现在跌倒防护、躯体移动障碍、构音障碍、吞咽障碍、认知障碍、心理护理及并发症预防等方面进行护理方法和经验总结。在中医理论的指导下,基于中医辨证施护,为同行提供中医护理思路,能够最大限度减少疾病的发生发展,延长患者生存时间,提高患者的生活质量。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] KAWASHIMA M, MIYAKE M, KUSUMI M, et al. Prevalence of progressive supranuclear palsy in Yonago, Japan [J]. *Mov Disord*, 2004, 19(10): 1239-1240.
- [2] ISSA R, BARAKAT A, SALMAN R, et al. Vein of Galen Malformation, a cause of Intracranial Calcification: Case Report and Review of Literature [J]. *J Radiol Case Rep*. 2019, 13(3): 13-18.
- [3] GERSTENECKER A, DUFF K, MASTB, et al. Behavioral abnormalities in progressive supranuclear palsy [J]. *Psychiatry Res*. 2013, 210(3): 1205-1210.
- [4] BROWN R G, LACOMBLEZ L, LANDWEHR-MEYER B G, et al. Cognitive impairment in patients with multiple system atrophy and progressive supranuclear palsy [J]. *Brain*, 2010, 133 (Pt 8): 2382-2393.
- [5] OU R, WEI Q, HOU Y, et al. Suicidal and death ideation in patients with progressive supranuclear palsy and corticobasal syndrome [J]. *J Affect Disord*, 2020, 276: 1061-1068.
- [6] OU R, SONG W, WEI Q, et al. Characteristics of Nonmotor Symptoms in Progressive Supranuclear Palsy [J]. *Parkinsons Dis*, 2016: 9730319.
- [7] COUGHLIN D G, LITVAN I. Progressive supranuclear palsy: Progressive supranuclear palsy: Advanc-

- es in diagnosis and management [J] Parkinsonism Relat Disord, 2020, 73: 105-116.
- [8] 中华医学会神经病学分会帕金森病及运动障碍学组, 中国医师协会神经内科医师分会帕金森病及运动障碍专业委员会. 中国进行性核上性麻痹临床诊断标准[J]. 中华神经科杂志, 2016, 49(4): 272-276.
- STUDY GROUP OF PARKINSON'S DISEASE AND MOVEMENT DISORDERS CHINESE SOCIETY OF NEUROLOGY, SPECIAL COMMITTEE OF PARKINSON'S DISEASE AND MOVEMENT DISORDERS CHINA NEUROLOGIST ASSOCIATION. Clinical diagnostic criteria of progressive supranuclear paralysis in China [J]. Chin J Neurol, 2016(4): 272-276. (in Chinese)
- [9] 姜建芳, 江云, 沈利英. 9例进行性核上性麻痹患者的护理[J]. 中华护理杂志, 2014, 49(7): 886-888.
- JIANG J F, JIANG Y, SHEN L Y. Nursing care of 9 patients with progressive supranuclear palsy [J]. Chin J Nurs, 2014, 49(7): 886-888. (in Chinese)
- [10] 徐玉, 沈静萍, 谷建芳, 等. 进行性核上性麻痹临床特征及误诊分析[J]. 临床误诊误治, 2021, 34(11): 12-16.
- XU Y, SHEN J P, GU J F, et al. Clinical characteristics and misdiagnosed analysis of progressive supranuclear palsy [J]. Clin Misdiagnosis Mistherapy, 2021, 34(11): 12-16. (in Chinese)
- [11] 林卫, 陈宁园. 进行性核上性麻痹评定量表介绍及应用研究[J]. 中国医药科学, 2017, 7(2): 22-27.
- LIN W, CHEN N Y. Introduction and application research of progressive supranuclear palsy rating scale [J]. China Med Pharm, 2017, 7(2): 22-27. (in Chinese)
- [12] 中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组. 中国成人失眠诊断与治疗指南[J]. 中华神经科杂志, 2012, 45(7): 534-540.
- STUDY GROUP OF SLEEP DISORDERS CHINESE SOCIETY OF NEUROLOGY. Guide to diagnosis and treatment of adult insomnia in China [J]. Chin J Neurol, 2012(7): 534-540. (in Chinese)
- [13] HEWER S, VARLEY S, BOXER A L, et al. Minimal Clinically Important Worsening on the Progressive Supranuclear Palsy Rating Scale [J]. Mov Disord, 2016, 31(10): 1574-1577.
- [14] 徐丽, 余茜. 认知障碍的康复治疗方法研究进展[J]. 实用医院临床杂志, 2015, 12(3): 189-192.
- XU L, YU Q. Advances in the research of cognitive rehabilitation therapies [J]. Pract J Clin Med, 2015, 12(3): 189-192. (in Chinese)
- [15] 曾莹莹. 综合疗法治疗进行性核上性麻痹1例[J]. 针灸临床杂志, 2009, 25(4): 24-25.
- ZENG Y Y. A case of progressive supranuclear paralysis treated by comprehensive therapy [J]. J Clin Acupunct Moxibustion, 2009, 25(4): 24-25. (in Chinese)
- [16] 芦霜, 卢昕, 陈民. 加味吴茱萸散穴位贴敷治疗老年失眠临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2011, 38(12): 2416-2417.
- LU S, LU X, CHEN M. Clinical observation on treating senile insomnia with modified Wuzhuyu Powder by acupoint application [J]. Liaoning J Tradit Chin Med, 2011, 38(12): 2416-2417. (in Chinese)
- [17] 王金侠, 白若岑, 陈民. 补肾祛痰化瘀复方联合益智散穴位贴敷对高龄肾虚痰瘀型MCI患者疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2018, 45(7): 1473-1475.
- WANG J X, BAI R C, CHEN M. Observation on efficacy of Bushen qutan Huayu recipe combined with Yizhi Powder acupoint application in elderly patients with MCI in the elderly [J]. Liaoning J Tradit Chin Med, 2018, 45(7): 1473-1475. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。