

重度抑郁症患者行全胸腹主动脉人工血管置换术 1 例的护理

汪春海, 胡亚玲, 黄金英

浙江大学医学院附属第二医院, 浙江杭州 310009

摘要: 总结 1 例重度抑郁症患者行全胸腹主动脉人工血管置换术的护理。护理要点包括预防性脑脊液引流的护理、巨大切口的出血观察及引流护理、肠系膜上动脉缺血的观察与护理, 给予肺功能观察及康复锻炼, 构建抑郁症患者的运动疗法方案, 给予由护士主导的全程评估及家属参与式抑郁症护理干预。该患者恢复良好, 无并发症发生, 术后第 8 天由心脏外科重症监护病房转入心脏外科普通病房, 术后第 14 天康复出院。

关键词: 胸腹主动脉瘤; 抑郁症; 人工血管置换; 护理 DOI:10.3969/j.issn.1671-9875.2022.02.021

中图分类号: R473.6

文献标识码: B

文章编号: 1671-9875(2022)02-0072-04

全胸腹主动脉瘤(thoracoabdominal aortic aneurysm, TAAA)是指同时侵及胸腹主动脉和腹腔干、肠系膜上动脉以及肾动脉的动脉瘤。文献报道, TAAA 发病率每年为(5~10)/10 万人, 流行病学研究发现有高达 80% 的 TAAA 最终会因动脉瘤体破裂而死亡^[1]。抑郁症则是抑郁障碍中的常见类型, 临床表现为括情感、躯体及认知症状^[2], 是导致心血管疾病发生的主要原因, 我国一项大数据调查显示 22.8% 心血管疾病患者合并抑郁^[3]。国外一项研究表明, 抑郁症患者患动脉瘤等心血管疾病风险较正常人更高^[4]。因此, 控制这类患者抑郁症状对于术后的康复有重要意义。2020 年 5 月, 浙江大学医学院附属第二医院心脏外科收治 1 例 TAAA 合并重度抑郁症患者, 行全胸腹主动脉人工血管置换术、腹腔主动脉人工血管架桥转流术、肠系膜上动脉人工血管架桥转流术、双肾动脉人工血管架桥转流术、股深动脉成形术及双髂动脉成形术, 经过治疗与护理, 患者于术后第 14 天康复出院, 现将护理报告如下。

1 病例简介

患者, 女, 61 岁, 1 月前患者因抑郁症状加重(有服药行为及跳楼姿态)就诊于杭州市第七人民医院, 查胸部 CT 示: 降主动脉走行迂曲伴瘤样增宽, 考虑降主动脉及腹主动脉动脉瘤, 给予降压保守治疗。2020 年 5 月 8 日, 患者至浙江大学医学院附属第二医院就诊, 查主动脉增强 CT 提示: 降主动脉及腹主动脉段明显增粗, 肠系膜上动脉

段及腹主动脉狭窄, 下方见囊状突起, 大小约 7.0 cm×6.8 cm, 密度不均, 可见涡流样高密度, 边缘新月形低密度, 边缘多发钙化、不连续, 考虑降主动脉及腹主动脉瘤体形成, 腹主动脉瘤壁间有中等量血肿形成, 并存在破裂风险。患者自患抑郁症以来, 反复头痛, 伴轻度胸闷心悸, 下肢时有水肿, 考虑与抑郁相关, 未予重视, 无明显胸痛, 无意识障碍, 无四肢麻木、活动障碍。门诊拟以“主动脉壁间血肿”收住心脏外科普通病房, 进一步检查确认为 TAAA、抑郁症。给予利尿, 控制血压及心率, 抗抑郁等治疗。完善术前检查及用药后, 于 5 月 11 日全身麻醉下, 在神经外科医生经腰大池引流置管术后, 行体外循环下全胸腹主动脉人工血管置换术、腹腔主动脉人工血管架桥转流术、肠系膜上动脉人工血管架桥转流术、双肾动脉人工血管架桥转流术、股深动脉成形术及双髂动脉成形术。患者手术过程顺利, 术后留置胸、腹腔引流管各 1 根, 术毕送入心脏外科重症监护病房。入室后, 患者血压偏高, 给予乌拉地尔、艾司洛尔调节血压及心率, 维持收缩压在 100~120 mmHg (1 mmHg=133 Pa), 心率 70~90 次/min, 次日顺利拔除气管插管, 改鼻导管 5 L/min 吸氧, 口服奥氮平、阿普唑仑及坦度螺酮片抗抑郁治疗。于 5 月 19 日拔除胸、腹腔引流管, 并于当日转入心脏外科普通病房继续观察治疗及护理, 期间患者未发生脊髓损伤缺血、切口出血及肠系膜上动脉缺血等并发症, 于 5 月 25 日康复出院。

2 护理

2.1 预防性脑脊液引流的护理

脊髓缺血损伤导致的截瘫是全胸腹主动脉人工血管置换术后的严重并发症之一, 其发生率在

作者简介: 汪春海(1989—), 男, 本科, 主管护师。

收稿日期: 2021-06-08

通信作者: 胡亚玲, 2198017@zju.edu.cn

2.5%~12.0%^[5]。脑脊液引流可减轻脊髓内压力,增加脊髓供血,有效降低全胸腹主动脉人工血管置换术后急性脊髓缺血的发生率,是临床上治疗脊髓缺血损伤的常用手段之一^[6]。因此,术前请神经外科医生经腰大池置管行脑脊液引流。患者术后带管入心脏外科重症监护病房,脑脊液引流管暂处于夹闭状态,予妥善固定引流管;经评估,患者足背动脉搏动良好;患者6h后麻醉苏醒,评估四肢活动良好。次日下午,患者意识清楚,肌力V级,协助其锻炼脱机并改鼻导管吸氧(5 L/min),氧饱和度良好。术后第4天,患者出现肌力下降,评估肌力IV级,且肌张力增高,报告医生后遵医嘱开放脑脊液引流,保持引流液速度在10 mL/h,在此期间需要维持脑脊液压力在10 mmHg以下,同时关注患者的平均动脉压,使其维持在90 mmHg。脑脊液引流过程中每小时巡视腰大池置管情况,防止患者翻身幅度过大导致导管牵拉甚至脱出,仔细检查引流管有无扭曲、受压、折叠等现象,并且注意随患者的体位变化及时调整引流管位置。观察脑脊液性状、颜色、量等,密切注意患者各项生命体征,观察有无头痛、眩晕、呕吐等症状,一旦发生及时处理。该患者脑脊液引流开放11h共引流出100 mL澄清脑脊液,未出现相关并发症且肌力逐渐恢复,肌张力增高症状缓解,夹闭引流管道,并于次日拔除脑脊液引流管,协助患者平卧位6h,无头晕、呕吐等相关并发症发生。

2.2 巨大切口的出血观察及引流护理

患者手术切口从侧胸切开肋弓进腹部延伸到脐以下,整个切口长达约80 cm,吻合口多、缝合难度大,且术中因体外循环需要进行肝素化,增加了出血风险。因此,入心脏外科重症监护病房后每天定时给患者翻身时,仔细观察切口敷料情况,每天消毒更换敷料,尽量协助患者右侧卧位,以减轻左侧切口的张力,促进切口的愈合。患者术后留置胸腔引流管及腹腔引流管各1根,入病房后进行活化凝血时间监测,测得活化凝血时间为140 s。有报道,活化凝血时间正常参考值在80~120 s,如活化凝血时间180 s,则需要使用鱼精蛋白中和肝素^[6]。而该患者活化凝血时间在可接受范围,无需使用鱼精蛋白中和,但术后24h密切关注引流情况,每小时挤压引流管,准确记录引流液的颜色、性状及量,如有异常及时报告医生处理。该患者术后第1天引流出320 mL淡血性液体,第2天引

流出810 mL暗血性液体,性状无异常,床边超声探查无活动性出血的症状,且血红蛋白在80~120 g/L之间波动、血小板计数维持在 $(103\sim 178)\times 10^9/L$ 、国际标准化比值在1.03~1.5之间、部分凝血酶原时间波动在31.6~40.0 s之间,各相关指标均波动在动脉瘤术后正常范围内,之后每日引流量逐渐减少,术后第8天,予拔除胸、腹腔引流管,加压包扎,无渗血发生。

2.3 肠系膜上动脉缺血的观察及护理

全胸腹主动脉人工血管置换术涉及病变范围广,手术方式复杂且体外循环时间长,对脏器血供保护要求极高,虽然术中会进行脏器的保护,但是仍然会有相关脏器因缺血导致的并发症发生,尤其是肠系膜上动脉缺血,是术后严重的并发症之一^[7],临床表现为腹痛、腹胀、呕吐、肠鸣音减弱等。该患者术后第2天拔除气管插管后即予禁食,留置胃管行腹部X线摄片确定位置后行胃肠减压,妥善固定管道,定时挤压,保持胃肠减压的通畅,密切观察胃管引流液的性状、颜色及量,每班评估患者有无腹胀、腹痛、恶心、呕吐情况,评估肛门是否排气,听诊肠鸣音3次,评估肠蠕动是否恢复。患者留置胃管后引流液量少,并于术后第3天后逐渐无液体引流出,听诊肠鸣音为2~3次/min,肛门排气正常,给予患者每天3次米汤,每次100 mL,患者未出现腹胀、腹痛、恶心、呕吐等,且排便正常,于术后第7天拔除胃管,改为半流饮食,转入普通病房后改为普通饮食,患者进食良好,未发生肠系膜上动脉缺血。

2.4 肺功能观察及锻炼

手术采取单肺通气技术与术中选择右侧卧位会不同程度地影响患者双肺功能^[8],术后易出现低氧血症。左侧胸腹联合切口对膈肌造成的损伤以及机械通气的使用均易导致术后膈肌功能障碍,增加脱机困难或延迟脱机的风险^[9]。另外体外循环及机械通气时间过长易导致术后肺不张^[10]。因此,在病情允许情况下,尽早行脱机锻炼并拔除气管插管对于患者肺功能的恢复至关重要。术后早期机械通气予设置合适的呼吸模式,调节合理参数,呼吸机PEEP设置为6 cmH₂O(1 cmH₂O=98 Pa),予呼气末正压通气,以防止肺泡萎缩并尽早行呼吸机脱机锻炼,该患者于术后次日下午3点,在行脱机锻炼后顺利拔除气管插管,改为鼻导管吸氧(5 L/min),持续监测氧饱和度维持在

95%~100%;给予布地奈德 2 mg+异丙托溴铵 1 mg 每天 3 次雾化吸入,雾化结束后予以扣背 1 min,同时进行有效咳嗽,预防肺不张及肺部感染,并每天行床边胸部 X 线摄片,观察双肺有无感染性渗出或胸腔积液等情况。该患者拔除气管插管后第 2 天,出现咳痰无力,查动脉血气分析示二氧化碳分压 50.60 mmHg、氧分压 75.00 mmHg,经扣背,患者痰液仍无法咳出,行经口吸痰,防止痰液堵塞气道。医生床边行膈肌超声检查,评估患者膈肌移动度(位移幅度)约 1.6 cm(成人静息状态下为 2~3 cm,小于 1.1 cm 可诊断膈肌功能障碍),开具体外膈肌起搏(主要用于患者行短期脱机械通气期间及脱机后的辅助治疗^[11])医嘱,在呼吸治疗专科护士的指导下,病房护士对患者进行每天 1 次的体外膈肌起搏治疗,每次持续时间 30 min。经上述措施,该患者呼吸功能得到改善,膈肌移动度逐渐恢复至正常水平,氧分压、二氧化碳分压等指标均在正常范围。

2.5 医护联合制定改善抑郁的运动疗法

指南将运动治疗作为中重度抑郁的二线治疗方法^[12]。根据早期康复运动分级,制定患者早期运动量表,在医生与护士共同主导下完成患者运动分级评估,制定合适的运动方式。患者术后第 1 天行机械通气,评估为一级运动,协助其进行肢体被动活动、踝泵运动、关节舒张运动及每 2 h 翻身治疗。拔除气管插管后予床上坐位,抬高床头角度大于 70°,增加膈肌运动上下幅度利于肺功能恢复及胸腔引流,降低坠积性肺炎的发生率。第 2 天上午患者血管活性药物已停用,经医生评估后可行四级运动。在保证患者下床活动安全的前提下,由 3 名护士共同协助患者先行床上坐起、缓慢转身至下床方向、双腿垂于床沿,适应 1 min,如无不舒适再行下床站立、原地踏步 30 s,最后坐于床旁椅子 30~60 min。在整个过程中,密切关注患者心电监护各项指标,并使用安全带保护患者,预防跌倒发生。文献指出,在可承受范围内增加运动强度,让患者感到一定程度的疲劳,可有效缓解抑郁情绪^[13]。因此,在原方案基础上逐渐增加上下肢主被动运动康复锻炼,并根据患者体力情况设定合适的阻力和时间,评估患者运动时疲劳程度,疲劳程度达到 13 分的时候,嘱其停止锻炼并适当休息。该患者在监护室行早期康复锻炼后,

转入病房已可以由一人搀扶缓慢行走,逐步康复。

2.6 护士主导的全程评估及家属参与式抑郁症护理干预

患者患抑郁症 1 年余,长期服用奥氮平、度洛西汀、阿普唑仑抗抑郁治疗,并于数月前抑郁症发作有服药行为及跳楼姿态。术后第 2 天,患者拔除气管插管后即沉默寡言,表情冷淡,对于治疗护理配合较差。术后第 3 天,患者情绪低落,存在灾难妄想,医生查房时,患者主诉“房子没有了”“看到可怕、黑白的东西”等话语,内容消极负性,夜间入睡困难且常于梦中惊醒,并拒绝任何治疗与护理。请心理卫生科会诊,运用汉密尔顿抑郁量表对患者进行评估,评分为 30 分,为重度抑郁,除继续服用奥氮平、阿普唑仑外,增加坦度螺酮片抗抑郁治疗。由于在新型冠状病毒肺炎疫情防控背景下,家属无法进入监护室探视患者,增加了患者与外界隔绝的情感体验,加重了其抑郁症状。为改善患者心理症状,由护士主导评估,积极调动家属参与其中,通过前期与家属沟通,发现患者最疼爱小女儿的两个孩子,指导家属录制孩子对外婆的鼓励和安慰视频,日常播放给患者看;并增加患者与家属视频通话时间及次数,尽量满足患者需求,让患者感受到家属对其强烈的关心和爱护,感受到亲情的温暖。日常护理工作中,则对患者采用共情护理干预,积极倾听患者的诉求,在语言和行动上体现出对患者的关怀与鼓励,及时了解患者的内心世界,疏导患者的负面情绪,达到治疗目的。该患者术后 1 周开始主动与医护人员交流,抑郁症状较之前有改善,后期对于康复治疗 and 护理较配合,情绪逐渐稳定。

3 小结

TAAA 累及范围广,病情凶险,术式复杂,术后并发症发生率及早期病死率高。而且该患者瘤体大,破裂风险更高,同时合并严重抑郁症,存在自杀倾向,不利于病情的稳定与康复,增加了治疗及护理的困难。护理重点为重视预防性脑脊液引流护理,做好巨大切口的出血观察和引流护理,关注肠系膜上动脉缺血等并发症,促进肺功能锻炼;医生护士主导构建术后运动疗法,改善抑郁症状;采取针对抑郁症患者的个体化沟通模式,安抚患者情绪,缓解抑郁症状,促进患者早日康复。

(下转第 77 页)