

一例溺水致心跳呼吸骤停成功复苏并发精神障碍患者的康复护理

陈乐之

(浙江大学医学院附属第二医院 浙江杭州 310051)

摘要: 总结一例因淹溺致心跳呼吸骤停成功复苏后并发精神障碍患者的呼吸康复及心理护理,其中呼吸康复的护理要点包括气道廓清技术、误吸的预防及处理、呼吸功能锻炼、及上下肢力量/有氧训练;心理护理的要点包括加强护理观察、建立良好的护患关系及家庭支持、加强睡眠障碍护理、安全管理。经过精心治疗及系统化康复护理 38 天后,现患者各项功能恢复良好,精神状态稳定。

关键词: 溺水;心肺复苏术后;体外膜肺氧合;器质性精神障碍;

在医学上溺水又称淹溺(submersion),是指人淹没于水或其他液体介质中并受到伤害的状况,是重要的急诊理化损伤综合征之一^[1]。缺氧是淹溺后最主要的病理生理改变,水进入呼吸道后,可稀释肺泡表面活性物质,导致肺泡塌陷和肺不张,可造成急性呼吸窘迫综合征(ARDS)^[2]。缺氧可继发性引起心脏、脑、肾脏等脏器功能障碍甚至多器官功能障碍。在淹溺的过程中迷走神经过度兴奋可直接导致心跳停止或心室颤动^[2]。体外膜肺氧合(extracorporeal membrane oxygenation, ECMO)被越来越多的应用于医疗机构,提高了患者的生存率,但存活的患者仍面临远期存活率低、生存质量不佳等问题。有研究表明^[2]ECMO 支持时间越长,患者早期肺损伤可能更为严重并遗留有明显的肺纤维化。心脏骤停时全身组织器官发生严重缺血、缺氧,炎症因子释放,导致机体出现多器官功能紊乱或障碍,称为心脏骤停后综合征(postcardiac arrest syndrome, PCAS)^[4]。心脏骤停后脑损伤(hypoxic ischemic brain injury, HIBI)在 PCAS 中发生率最高,可导致脑器质性精神障碍,主要表现包括意识障碍、情感障碍、认知功能障碍、人格改变、神经衰弱综合征等,各种症状可以混合状态及不典型表现^[5]。这些患者往往伴有饮食障碍、睡眠障碍、排泄障碍、生活自理障碍等护理问题,对护理的要求和依赖性强。2022 年 2 月,我科收 1 例因溺水致心跳呼吸骤停成功心肺复苏后呼吸衰竭并发器质性精神障碍的患者,经一个月的积极治疗与精心护理,患者恢复良好,现将护理体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者,女,44 岁,因“溺水后意识丧失 7 小时”于 2022 年

2 月 7 日入院。患者因溺水意识丧失,20 分钟后家属自行送入当地医院发现呼吸心跳已停,予 CPR20 分钟后恢复自主心跳呼吸,意识状态无好转,为求进一步诊治送至我院。患者入院后收治监护室,予气管插管呼吸机辅助通气,ECMO 支持行肺保护通气。ECMO 运行 6 天后患者肺功能好转成功撤机。入院 14 天后脱呼吸机,改面罩吸氧,7 天后病情稳定转至我科进一步治疗。入我科诊断:“1. 呼吸心跳骤停,心肺复苏术后,缺血缺氧性脑病;2. 重症肺炎 ARDS 急性呼吸衰竭;3. 多器官功能衰竭(肝功能不全,肾功能不全)”。

1.2 治疗与转归

患者入科时,神志嗜睡,GCS 评分=3+T+5,气切口面罩给氧,氧流量 5L/min,听诊两肺呼吸音对称,粗,少许啰音,ADL0 分。双上肢肌力 2 级,双下肢肌力 0 级,肺部 CT 提示:两肺广泛渗出、局部实变。头颅磁共振平扫+黑水成像+弥散成像(DWI):左侧侧脑室旁少许新发小梗塞灶。在我科继续高压氧、呼吸康复治疗,予护肝、雾化、化痰、补铁、营养神经、益生菌改善肠道菌群等对症支持治疗。患者入科后 4 天拔除气切管,改经鼻导管吸氧,氧饱和度正常范围,1 日后停吸氧,生命体征平稳,无胸闷等不适,感染指标指标稳定,胸部 CT 显示两肺渗出,两侧胸腔积液伴肺组织膨胀不全,对照前片有所吸收。患者住院期间思维紊乱,表演欲强,精神科多次会诊考虑为器质性精神障碍,予德巴金、奥氮平、氯硝西泮、思诺思联用控制精神症状治疗,加强心理护理。现患者现患者神志清,GCS 评分=4+T+6,精神状态较稳定,心肺听诊无殊,ADL 评分 40 分,双上肢肌力 5 级,双下肢肌力 3 级,能在双人搀扶下平地行走 10 米,我科治疗一月后转康复医院继续康复治疗。

2 护理

2.1 呼吸康复,改善肺功能

2.1.1 药物治疗配合气道廓清技术,保持呼吸道通畅

患者入我科时痰液黏稠量多,氧疗状态下氧合波动在 94%~100%,胸部 CT 示两肺渗出,两侧胸腔积液伴肺组织膨胀不全,遵医嘱使用静脉化痰及雾化药物,每次雾化后,予患者取侧卧位体位引流,使病变部位处于高处,痰液向主支气管流动。同时给予胸部叩击,护士利用腕关节的力量进行叩击,由肺底自下而上、由外向内、有节律地叩击背部或胸部,频率为 120 次/分钟^[6]。同时使用回授法指导该患者陪护,以便其对患者进行有效的翻身叩背。患者在翻身拍背后,能够咳嗽咳痰,当痰液位置较深,无法自行咳出时,护士遵循无菌原则在气管切开处进入进行负压吸痰。4 天后,患者痰液量逐渐减少,质稀薄,能自行咳出,气切堵管后氧饱和度正常范围,医生评估后予拔除气切管,改鼻导管吸氧。

2.1.2 误吸的预防及处理,避免吸入性肺炎的发生

患者入科时神志嗜睡,吞咽功能障碍,误吸风险高,医生予置入螺旋型鼻肠管用于鼻饲肠内营养,此种鼻肠管,材料具有特殊的螺旋记忆性能,置入后其远端可自行恢复螺旋状,在胃内 8-12 小时后,在胃蠕动作用下,鼻肠管自行通过幽门进入十二指肠和空肠。鼻肠管置管 12 小时后行 X 线摄片,以证实鼻肠管前端在空肠上段,使从鼻肠管内注入的食物不易返流。责任护士每班评估鼻肠管外露部分的长度,每 4 小时评估胃潴留量,及患者是否存在胃部不适感、恶心呕吐、腹壁紧张等情况。经口进食前评估吞咽能力。发生误吸时,立即停止喂养,头低右侧卧位,清理口腔、气管内容物,吸出胃内容物。患者于入科后 15 天,经医生评估吞咽功能后拔除鼻肠管,改经口进食。住院期间,患者未发生误吸情况。

2.1.3 呼吸功能锻炼,增强呼吸肌耐力和力量

呼吸功能锻炼的目的为增加呼吸肌(包括吸气肌、呼气肌、辅助肌)的耐力和力量,改善呼吸症状。方法包括:腹式呼吸、缩唇呼吸、借助呼吸训练器进行呼吸功能锻炼^[7]。由于患者合并有器质性精神障碍,配合和坚持腹式呼吸和缩唇呼吸难度较大,因此采用了简易呼吸训练器来辅助患者在气切堵管后,进行呼吸功能锻炼。指导患者与陪护呼吸器使用步骤:设定阻力,患者首次使用将呼吸训练器呼气阻力档 1 档,

深吸 1 秒,屏气 2~3 秒,口唇紧包咬嘴,持续呼气 3~4 秒,继续吸气 1 秒,屏气呼吸 3~4 秒,完成一组 10~20 次振动正压治疗后(约 5~10min),用力哈气、咳嗽 2~3 次。根据患者呼吸情况,逐渐上调吸呼阻力,每增加 1 档阻力,将使吸气阻力增加 25% 左右,呼气阻力增加至 35%。起初患者即使精神状态良好的时间段,也只能能够在 1 档阻力下配合训练 2~3 分钟,在护士和陪护的督促和鼓励下,也随着患者身体机能的慢慢恢复,逐渐上调呼吸训练器的阻力肌延长训练时间,最终患者能够在最高阻力档位下配合完成每日 1~2 次 5 分钟左右训练。

2.1.4 上下肢力量/有氧训练

从患者入科开始,在医生、康复师及护士的综合评估后,即开展分阶段运动康复训练。第一阶段由康复师对其进行肢体被动运动及肌肉按摩,每日 2 次,每次 30min,并配合双下肢气压按摩,每日 1 次,每次 30min,及每日 1 次神经肌肉电刺激。第二阶段为进行上下肢的力量训练,①上肢运动训练:主要是用力握拳和徒手上举,使用握力器、握力球训练,每日 2 次,每次 30min。②下肢运动训练:采用床上踩电动脚踏车方式锻炼下肢肌力,每天 2 次,每次 30min。第三阶段,根据患者耐受情况,采取床旁坐、立,逐步行走。患者入科时双上肢肌力 2 级,双下肢肌力 0 级,出院时双上肢肌力 5 级,双下肢肌力 3 级,能在双人搀扶下平地行走 10 米。

2.2 脑器质性精神障碍的心理护理

2.2.1 加强护理观察,关注患者情绪变化

脑器质性精神障碍患者的感知、注意、定向、思维、记忆、以至情感和行为往往会产生异常的现象^[5]。加强护理观察十分重要,护士应掌握意识状态观察的方法,观察病人对周围事物或自身的感知有无迟钝,有无错误或丧失;注意力是否集中注意、减退或涣散;病人对时间、地点、人物及自我的定向力如何;思维是否连贯,言语是否清晰等。该患者定向力可,个性豪爽,情绪略偏高,有时不稳定,如护士做治疗时会大哭强烈抗拒;自我感觉良好,对自己身体,家人都很自信,说有很多困惑,对于自己救人溺水等经过没有记忆,对于过往记忆有偏差,如自述双下肢红斑、丘疹是“清明上坟后得的”,与家属记忆不符。护士对患者的观察及反馈,能够建立良好的医患关系的同时,为医生的治疗决策提供更多有效的信息。

2.2.2 建立良好的护患关系,并提供患者良好的家庭支持

对这类病人护理困难较大,主要是建立与病人的良好关系,充分了解病情和心理状态;要以和蔼的态度接纳病人,给予贴心的关怀和照顾,适当满足病人的合理要求,创造良好的治疗气氛,避免刺激性语言对病人的激惹。同时,护士应当做好陪护及家人的心理工作,家庭作为患者的主要支持系统对其身心康复起着不同寻常的作用。由于疫情期间限制家属探视,为家庭支持的建立也增加了难度。但我们仍然可以通过手机视频及安排家属在床边的窗户外的方式让家属陪患者聊天。家人的关心和鼓励对患者消除不良情绪及建立康复信息都起到了一定的正向作用。患者在护士和家人的关心、支持和耐心鼓励下,反抗抵触情绪逐渐减少,多数情况下能够配合治疗及康复训练。

2.2.3 加强睡眠障碍护理,保证充足的睡眠

睡眠障碍是脑衰弱综合征的重要表现有入睡困难、恶梦易醒和睡眠节律的改变。睡眠障碍不仅影响疾病的康复,而且易使疾病恶化,同时也容易引起病人烦躁,苦闷,甚至发生意外事件。所以必须加强睡眠障碍的护理,正确评估病人的睡眠状况、找出失眠的原因,合理安排作息时时间,白天适当活动,除午睡外,尽量不卧床,晚上创造舒适的睡眠环境,帮助病人养成良好的睡眠习惯,注意观察病人睡眠情况,对睡眠不佳者,按医嘱给予药物治疗,保证充足的睡眠。患者由监护室刚转出时,昼夜颠倒,白天嗜睡,夜间精神兴奋,言语多,入睡困难,易醒。在遵医嘱给予药物治疗的同时将患者安排至病房最内侧三人间靠窗的床位,尽可能减少闲杂人员进出时的噪音,同时贴近窗外自然环境,帮助患者区分昼夜,调整生物钟。此外,护士妥善安排治疗操作时间,尽量保持患者白天有足够的活动量,而夜间休息又不被打扰。经过约 10 天的时间调整,患者夜间睡眠质量得到改善,基本每晚能够安睡 6~8 小时,白天精神状态较前改善,无嗜睡等情况。

2.2.4 做好安全管理,防止意外事故发生

这类病人由于缺乏自我保护能力,容易发生自伤或被伤害,应注意安全管理,清除环境中的危险因素和物品,密切观察病人的行为变化,如病人被幻觉、妄想症状困扰时,应尽力将其注意力吸引到病人感兴趣的事物,帮助病人回到现实中来,对有冲动行为的病人,应及早采取措施,并保护他人安全,

同时进行言语安抚,使病人停止冲动行为,如病人不听,应有组织地制止,采取保护性措施,加速治疗及早控制病情,防止意外事故的发生。患者在院期间,无安全事故发生。

小结

近年来随着医疗的发展技术的更新,急危重症患者的生存率已经越来越高,同时伴着现代医学模式的转变,以及临床护理理论与实践的不断发展与完善,我们对急危重症患者的关注和研究不再只停留在生理功能和病理改变的作用机制、治疗的研究,而越来越关注其心理行为改变及其全面康复的问题。作为急诊病房的护士,除了要掌握对危重病人的病情观察和护理能力,对突发事件的应急处理能力,对于这些好不容易抢救回来的病人,我们还需要完善康复护理的相关专业知识,并提升护理的人文关怀精神。通过对这些患者进行早期的康复锻炼、早期精神心理药物及行为干预,来努力提高患者的各项身体机能,缓解患者的精神障碍,促进其自理能力的恢复,改善患者的远期预后。

参考文献

[1] 孟庆义,李立艳,李蕾.淹溺的病理生理机制解析[J].实用休克杂志(中英文),2019,3(03):144-149.

[2] 段蕴铀,丁新民.淹溺的病理生理改变及救治现状[J].中国综合临床,2005(07):669-672.

[3] 马青变,王军红,陈玉娇,白颐,付源伟.成人心脏骤停后综合征诊断和治疗中国急诊专家共识[J].中国急救医学,2021,41(07):578-587.

[4] 张俊谊,刘玲.体外膜肺氧合对重度急性呼吸窘迫综合征患者远期预后的影响[J].中华重症医学电子杂志(网络版),2020,6(01):96-99.

[5] 覃志云,邓秋雁.90例脑器质性精神障碍病人的护理分析[J].国际医药卫生导报,2005(12):126-127.

[6] 武亮,郭琪,胡菱,黄立锋,王明航,喻鹏铭,袁英.中国呼吸重症康复治疗技术专家共识[J].中国老年保健医学,2018,16(05):3-11.

[7] 王冠,庞亮亮,夏婷,许琳琳,苑宗丽,赵濛,印松.呼吸训练器在COPD患者缩唇腹式呼吸训练中的应用[J].现代临床护理,2015,14(11):22-25.