

·病例报告·

主动脉夹层合并脑梗死患者的康复治疗:1例报告

张丽¹ 钱瑶¹ 苏彬¹ 宋达¹ 许忠梅^{1,2}

1 病例资料

患者,男,55岁。2019年4月21日患者因A型主动脉夹层、肠系膜动脉夹层在市人民医院心胸外科行肠系膜上动脉夹层术、左肾动脉造影、支架植入术。术后发现对答不暢,左口角歪斜,左侧肢体活动不能,查头颅CT未见出血灶,右侧额颞顶枕叶低密度影。患者病情稍稳定后于2019年5月15日全麻体外循环下行升主动脉置换、全弓置换、术中主动脉支架置入,患者病情好转后为进一步康复治疗,于2019年5月29日转入我院治疗。

患者既往有高血压史十余年,血压最高180/110mmHg,平时不规律服药。

入院查体:患者生命体征平稳,精神萎靡。两肺叩诊呈浊音,双肺听诊呼吸音粗,两肺可闻及少许湿罗音,未闻及胸膜摩擦音。心前区无隆起,心界向左下扩大。心率85次/分,律齐。胸部可见一长约50cm手术瘢痕。左腹股沟可见一长约10cm手术瘢痕。

复查CT示:右侧额颞顶枕叶皮层下白质密度减低,范围增大,主动脉夹层支架植入术后改变,心影增大,冠状动脉壁钙

化,心包积液较前增多,前纵隔内血肿,两侧胸腔少量积液伴邻近肺组织膨胀不全,两肺炎症,左肺下叶局部肺实变,两肺上叶局限性肺气肿。

入院诊断:①主动脉夹层术后;②主动脉支架置入术后;③脑梗死;④高血压病三级;⑤肺部感染。

2 康复评定

每阶段的评定结果见表1。

根据ICF模式初步提出该患者存在的康复问题有:①躯体损伤:左侧上下肢无力,左肩关节活动受限,心包积液,肺部感染;②功能障碍:平衡功能差,不能坐、站、走,呼吸模式异常,咳嗽咳痰无效,吞咽功能差,日常生活活动(activities of daily living, ADL)受限;③社会参与:回归生活、工作困难。

3 康复目标

近期目标增强左侧肢体力量,维持关节活动,建立合理呼吸模式,改善肺功能,预防并发症。远期目标争取ADL独立,回归家庭。

表1 患者康复过程及评定情况

时间	肌力	关节活动度 (左)	平衡功能 坐位/站位	Brunnstrom分期(左) 上肢-手-下肢	纽约心 功能分级	改良呼吸 困难指数	6min 步行测试	洼田饮水试验 (profile)	BI
0周	右:5级 左:上肢0级下肢2级	被动肩前屈80°, 外展90°	0级/0级	I - I - II	Ⅲ级	4级	NT	Ⅲ	20
2周	右:5级 左:上肢2级下肢3级	被动肩前屈90°, 外展90°	2级/0级	Ⅲ-Ⅲ-Ⅳ	Ⅲ级	2级	NT	Ⅱ	40
8周 出院	右:5级 左:上肢4+级下肢4+级	主动肩前屈 110°,外展110°	3级/3级	V - V - V	I级	1级	383m	I	90
随访	右:5级 左:上肢4+级下肢5级	主动肩前屈 150°,外展150°	3级/3级	V - V - V	I级	1级	420m	I	100

4 康复治疗

对患者及家属进行宣教,结合患者临床表现及康复评定结果,康复小组制定以下治疗计划。

4.1 治疗计划

入院—2周:此时患者卧床状态、意识清,24h吸氧(3.5L/

min),24h佩戴胸围。①物理因子治疗:气压预防深静脉血栓,每日1次,每次20min。②运动功能:对右侧肢体进行沙袋抗阻训练,每组15个,每日3组,约5min;对左侧上肢进行每一关节各轴向活动约15次的被动活动,左侧下肢进行助力运动,每日1次,约10min;头、颈、躯干控制训练,坐位平衡

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2021.02.019

1 无锡市同仁康复医院康复治疗部,江苏无锡,214151; 2 通讯作者
第一作者简介:张丽,女,硕士,初级治疗师; 收稿日期:2019-09-11

训练,每日1次,约10min。辅助患者完成床上健侧翻身和患侧翻身坐起训练,3—5次/天。③心肺功能:建立腹式呼吸为主的呼吸模式、缩唇呼吸;同时进行上胸廓的呼吸训练,防止胸廓塌陷,每日2次,约10min/次。在保护患者伤口的前提下进行咳嗽训练,体位引流、震颤、叩拍及主动循环呼吸技术(active cycle of breathing techniques, ACBT)帮助患者排除分泌物、利用呼气正压设备Acapella辅助排痰,每日2次,约30min/次。④吞咽:基础训练(口唇运动、颊肌运动、舌体运动训练),每日1次,约10min。⑤ADL训练:坐位健侧穿衣训练、刷牙训练,每日1次,约5min。

3—8周:此时患者意识清,配合良好,解除胸围对胸廓活动的限制。①物理因子治疗如上。②运动功能:对左侧上肢进行各关节的助力运动,左侧下肢进行渐进抗阻训练,每日1次,约10min;坐站训练,站姿重心转移训练、平衡策略训练,每日1次,约10min;助行器使用、上下台阶训练,行走稳定性、跨越障碍物等训练,每日1次,约10min。③心肺功能:吹蜡烛,吸气肌练习,每日1次,约10min;四肢联动,每日1次,约20—30min。④吞咽:治疗性进食训练(体位、食物形态位置及量、进食习惯及环境、吞咽方法),每日1次,约10min。⑤ADL训练:利用磨砂板、插板、拧螺丝进行手精细训练等,每日1次,约10min。

出院:注意加强营养,坚持康复训练,定期电话指导监督,出院12周后就地随访评估。

4.2 注意事项

康复治疗过程中严格按照控制血压、心率平稳原则,功能训练按照短时间、低强度原则,以患者耐受为宜,避免做引起血压波动较大的动作。康复活动全程在心电监护下完成,活动后血压控制在140/80mmHg以下,心率在95—105次/min, Borg指数3—4分为宜。尽量不要牵扯到患者伤口。

5 讨论

A型主动脉夹层(aortic dissection, AD)发病较为凶险,目前以弓部手术治疗为主^[1]。与西方国家相比,我国患者更趋年轻化,男性多于女性^[2]。发病因素仍不明确,但70%—90%的AD患者合并高血压^[3]。目前我国高血压患者自我管理意识不强,文献报告约50%的患者未能达标治疗^[4]。未达标患者发生AD的风险更高^[5],其可能机制包括组织病理学改变、血流动力学改变及分子机制改变^[6]。本例患者即为长期高血压控制不佳的中年男性,有长期的吸烟饮酒史,均为AD的危险因素。

AD患者常首诊于神经内科^[7],最常见的神经系统表现为脑梗死^[8]。高龄、脑梗死为术后发生永久性神经系统功能不全的危险因素,临床转归情况较差^[9]。本例患者AD合并脑梗死,主要表现为左侧偏瘫无力。文献表明AD合并的脑梗

死往往呈半球性,且主要分布在右侧,可能与右侧颈动脉起源靠近主动脉弓,容易受到撕裂夹层的影响^[10]。其次患者术中体外循环、主动脉置换期间会影响组织供血,易造成患者脑供血不足^[11]。虽然脑梗死是不可逆的,但偏瘫等症状经过康复能达到可接受的恢复程度^[12]。专人护理模式联合高压氧康复治疗对AD术后缺血缺氧性脑病患者脑功能的恢复具有重要作用^[13]。尽早开展康复治疗和规范的护理管理可降低患者术后并发症的发生,缩短康复时间,提高生活质量^[14]。

除了基础康复训练,在患者治疗措施中需注意:①心率的血压的控制:专家共识指出^[15]运动前血压控制在130/80mmHg以下,心率控制在60—80次/分。我们康复过程遵守血压心率平稳原则,进行短时间、低强度的治疗。②循序渐进的运动疗法:既往AD术后禁忌运动疗法,以免诱发夹层破裂,但新的进展表明^[16],轻缓的被动肢体训练,可预防或减轻异常模式的发生。在严格控制患者血压、心率基础上可进行早期下床活动。本例患者早期进行被动肢体训练,辅助完成床上健侧翻身和患侧翻身坐起训练,同时进行头颈控制训练、口唇运动训练。后期加入主动关节、抗阻、坐站及步行等锻炼。③心肺干预:术后早期有效排痰可降低肺部感染的发生率^[17],治疗师尽早的辅助患者恢复腹式呼吸为主的呼吸模式。有研究建议患者可进行3—5Mets间的日常中等运动^[18],进而设置了吹蜡烛、四肢联动、功能性ADL等训练。④心理治疗:AD患者容易产生焦虑、恐惧等负面情绪,导致血压升高、心率加快,影响后期康复和生活质量^[19]。治疗师在康复前进行健康宣教,帮助患者认识疾病及术后康复的重要性,激发主动参与。

在PT、OT、ST的共同干预下,本例患者配合积极,达到生活自理能力,已回归家庭。综上所述,AD伴脑梗死应尽早地开展心脏康复结合偏瘫康复,在治疗过程中注意严格监控生命体征、治疗患者的基础疾病、兼顾心理生理等,积极建立生物-心理-社会医学模式,帮助患者功能恢复。但这类患者的整体临床康复情况,还需要长期的临床观察及进一步研究。

参考文献

- [1] Kitamura T, Nie M, Horai T, et al. Direct true lumen cannulation ("Samurai" Cannulation) for acute Stanford type A aortic dissection [J]. Ann Thorac Surg, 2017, 104(6): e459—461.
- [2] Wang WG, Duan WX, Xue Y, et al. Clinical features of acute aortic dissection from the registry of aortic dissection in China[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 2014, 148(6): 2995—3000.
- [3] Gawinecka J, Schönrath F, von Eckardstein A. Acute aortic dissection: pathogenesis, risk factors and diagnosis[J].

- Swiss Med Wkly, 2017, 147: w14489.
- [4] Oparil S, Acelajado MC, Bakris GL, et al. Hypertension [J]. Nat Rev Dis Primers, 2018, 4: 18014.
- [5] Dong N, Piao H, Li B, et al. Poor management of hypertension is an important precipitating factor for the development of acute aortic dissection[J]. J Clin Hypertens (Greenwich), 2019, 21(6): 804—812.
- [6] 赵雪敏, 李骊华. 高血压导致主动脉夹层发病机制的研究进展[J]. 心血管病学进展, 2018, 39(6): 937—940.
- [7] 乔杉杉, 韩燕飞, 蔡桂兰, 等. 以神经系统症状起病的主动脉夹层4例报道及文献复习[J]. 卒中与神经疾病, 2019, 26(1): 96—99.
- [8] 于海华, 冯凯. 急性主动脉夹层合并急性脑梗死的临床特点分析[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2018, 20(8): 847—849.
- [9] 赵永波, 岳月红, 王彦芝, 等. 老年急性Stanford A型主动脉夹层患者弓部手术后脑部并发症发生情况及危险因素[J]. 中国老年学杂志, 2018, 38(11): 2580—2583.
- [10] Stöllerberger C, Schäffl DL, Korn M, et al. Atrial fibrillation and stroke as initial manifestations of painless type A aortic dissection[J]. Neurologia i Neurochirurgia Polska, 2017, 51(6): 507—509.
- [11] 张建桥, 孔萍萍, 谢婉莹. 56例DeBakey I型主动脉夹层杂交手术后神经系统功能损伤患者的护理[J]. 护理学报, 2016, 23(23): 64—66.
- [12] 刘俊, 唐朝芳. 急性主动脉夹层合并脑梗死患者的临床特点和外科治疗效果[J]. 卒中与神经疾病, 2019, 26(3): 330—333.
- [13] 冼晓琪, 刘梅芳, 刘小玲, 等. 主动脉夹层术后缺血缺氧脑病的护理与康复研究[J]. 实用医技杂志, 2016, 23(5): 549—551.
- [14] 杨小红, 刘娜, 刘晓云. 术后早期康复护理干预对主动脉夹层手术预后的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(10): 1124—1127.
- [15] 中国医师协会心血管外科分会大血管外科专业委员会. 主动脉夹层诊断与治疗规范中国专家共识[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2017, 33(11): 641—654.
- [16] 万珍, 秦卫, 刘萍, 等. 院内外连续性干预对主动脉夹层患者术后认知功能障碍改善情况的作用[J]. 岭南心血管病杂志, 2017, 23(3): 336—338.
- [17] 王华芬, 陈林招, 余珍玲. 肺保护性通气结合肺复张治疗急性A型主动脉夹层术后并发急性呼吸功能不全患者的监测与护理[J]. 中国实用护理杂志, 2016, 32(7): 517—519.
- [18] Delsart P, Maldonado-Kauffmann P, Bic M, et al. Post aortic dissection: Gap between activity recommendation and real life patients aerobic capacities[J]. Int J Cardiol, 2016, 219: 271—276.
- [19] 马红霞, 朱永会. 心理护理干预对主动脉夹层患者康复的意义[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 18(12): 135—136.