

巴管阻塞,远侧淋巴管淤滞、扩张,而治疗胰腺炎使用肠内营养含有长链脂肪酸,使胃肠淋巴回流增加导致淋巴管破裂,乳糜进入腹腔形成乳糜性腹水,只是该例患者乳糜漏较轻,仅在行腹腔镜胆囊切除术中意外发现,术后也仅有少量乳糜性腹水引出。从该病例 1 推测急性胰腺炎所致乳糜漏可能比较多见,只是目前急性胰腺炎治疗大多以保守治疗为主,即使腹腔少量腹水,也不主张积极行腹膜腔穿刺引流,故少量的乳糜漏难以发现及诊断,不过少量的乳糜漏对患者影响也相对较小,无需特殊治疗往往能自行愈合。而病例 2 为重症急性胰腺炎患者,该患者胰腺组织坏死及感染明显,在胰腺坏死组织清除手术治疗后,出现乳糜漏。腹部外科手术出现乳糜漏相对较高,特别是胰腺手术及结肠手术淋巴结清扫后,往往出现在术后 2~3 d,或者肠内营养后 5~8 d,经过积极治疗,7 d 左右乳糜漏能得到控制。ASSUMPCAO 等^[4]对 3 532 例胰腺术后发生乳糜漏的情况进行分析发现,随着清扫淋巴结数目的增加,术后乳糜漏的发生率也增加,淋巴结清扫数目是胰腺术后发生乳糜漏的独立危险因素。从病理生理学角度分析,术后乳糜漏出现应具备 2 个必要条件:(1)淋巴循环途径的破坏或中断;(2)破坏部位淋巴液压力大于组织液压力或体腔内压^[7]。而国外文献报道的共 8 例胰腺炎所致乳糜性腹水,3 例有长期饮酒病史,其中 1 例为慢性胰腺炎,3 例为高脂血症相关胰腺炎,2 例为妊娠合并胰腺炎,其余 2 例为胆囊结石。本文报道的 2 例患者,均存在高脂血症的情况,其中病例 1 为胆囊结石患者,病例 2 有饮酒史。

乳糜漏对患者的危害在于大量脂肪、蛋白质、水及电解质的丢失,患者易出现营养不良。乳糜液中含有大量淋巴细胞,随着淋巴液丢失可引起体内淋巴细胞功能低下而继发感染^[8];同时,低蛋白血症、门静脉高压也是乳糜漏的高危因素^[9]。对于乳糜漏的治疗,主要措施是禁肠内营养、全胃肠外营养、生长抑素的应用及充分的引流,其中全胃肠外营养注重低脂,不适用长链脂肪酸,应使用中链脂肪酸配置,使中链脂肪酸与甘油形成中链三酰甘油,直到引流液变清再逐步恢复到肠内营养。治疗过程中要特别注意营养水平、血糖、水电解质平衡及保持引流管通畅。引流管

建议在乳糜漏控制后再留置 1 周时间,由于引流管留置时间较长,注意引流管的周围皮肤护理。一般经过 1 周治疗能控制乳糜漏。有报道显示,乳糜漏出液 24 h 达 500 mL 以上时应在禁食的同时给予中长链脂肪酸和生长抑素治疗^[10]。本文 2 例患者经过治疗,乳糜漏治愈,随访后无复发。

参考文献

- [1] CARDENAS A, CHOPRA S. Chylous ascites[J]. Am J Gastroenterol, 2002(97):1896-1900.
- [2] ALMAKDISI T, MASSOUD S, MAKDISI G. Lymphomas and chylous ascites: review of the literature[J]. Oncologist, 2005, 10(8):632-635.
- [3] GOMEZ-MARTIN J M, MARTINEZ-MOLINA E, SAN-JUANBENITO A, et al. Chylous ascites secondary to acute pancreatitis: a case report and review of literature [J]. Nutr Hosp, 2012, 27(1):314-318.
- [4] ASSUMPCAO L, CAMERON J L, WOLFGANG C L, et al. Incidence and management of chyle leaks following pancreatic resection: a high volume single-center institutional experience[J]. J Gastrointest Surg, 2008, 12(11):1915-1923.
- [5] 向德森, 肖杰, 冉文华, 等. 持续负压吸引在肝癌切除术后淋巴漏中的应用[J]. 中国医药导刊, 2015, 17(4):329-332.
- [6] EMILY K S, EDMUND E. Acute chylous ascites mimicking acute appendicitis in a patient with pancreatitis[J]. World J Gastroenterol, 2009, 15(38):4849-4852.
- [7] 俞耀军, 郑志强, 林胜璋, 等. 胃癌淋巴清扫术所致淋巴漏的防治[J]. 中华普通外科杂志, 2005, 20(8):495-496.
- [8] 施其龙, 朱革非. 腹部手术后 9 例乳糜漏的治疗[J]. 中华全科医学, 2010, 8(8):983-984.
- [9] XU W, ZHAI B, WANG D. Risk factors and treatment of lymphatic fistulas after the radical operation of gastric cancer[J]. Chinese J Curr Adv Gener Surg, 2010, 13(5):364-366.
- [10] 谭其玲, 马登艳, 谷波. 8 例肾移植术后并发淋巴漏患者生长抑素治疗的护理[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(12):1226-1227.

(收稿日期:2019-12-26 修回日期:2020-03-22)

• 案例分析 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.15.052

1 例经股动脉介入诊疗术后并发假性动脉瘤患者的护理分析

熊丽媛¹, 吴绍萍¹, 瞿筱甦^{2△}

重庆市中医院心血管内科, 重庆 400021

关键词:假性动脉瘤; 芒硝; 介入; 护理; 封堵

中图分类号:R248.1;R73

文献标志码:C

文章编号:1672-9455(2020)15-2268-03

假性动脉瘤(PSA)主要是由于医源性损伤导致

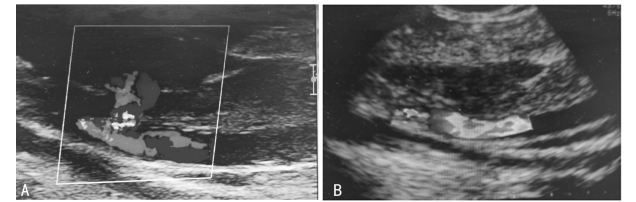
的动脉壁破裂之后与周围组织形成的血肿,表现为局

△ 通信作者, E-mail:lanax@foxmail.com.

部疼痛、可触及搏动性肿块和收缩期震颤,并伴有收缩期杂音,收缩期动脉血通过瘤颈部进入瘤腔,舒张期返流入动脉内^[1-3]。PSA 一般不能自愈,且可引发血栓、动脉瘤体破裂大出血、皮下组织坏死等不良事件,所以,一经发现,应积极处理^[4]。超声引导下凝血酶原封堵术(UGTI)在处理 PSA 上较为安全有效^[5],故临床上常用,但 UGTI 术后易出现局部淤青和血肿症状,护理时常对其重视不够。2019 年 9 月,本院心血管内科收治 1 例老年女性患者,经股动脉途径行冠状动脉造影+肾动脉造影+肾动脉支架植入术后右侧股浅动脉 PSA 形成,伴右侧大腿大面积淤青与肿胀,经积极治疗和护理,痊愈出院,现将护理过程报道如下。

1 临床资料

患者,女,72 岁,因“发作性头晕伴胸闷 3 年,加重 2 d”于 2019 年 9 月 29 日以“高血压亚急症、可疑冠心病观察”收入本科,入科时收缩压 203 mm Hg,舒张压 104 mm Hg,入科后完善相关检查,CT 提示右侧肾动脉重度狭窄,彩超提示双侧颈部斑块形成,给予降压、抗血小板聚集、抗凝、调脂、稳定斑块等对症治疗,血压控制在收缩压 128~159 mm Hg,舒张压 56~92 mm Hg,于 10 月 10 日在局部麻醉下经右侧股动脉行冠状动脉造影+肾动脉造影+肾动脉支架植入术,术后 24 h 严格卧床,术肢制动,24 h 后指导患者床边活动。于 10 月 15 日发现右侧股动脉穿刺处肿块形成伴右侧大腿大面积淤青,肿块处可触及搏动感,急查彩超提示:右侧股浅动脉 PSA 形成,约 15.0 mm 厚,开口处宽约 2.5 mm,见图 1A。手术医生予重新压迫,限制患者卧床,术肢抬高制动,48 h 后查看患者 PSA 处无明显变化,压迫无效,遂行 UGTI,术后第 2 天复查彩超提示右侧股浅动脉浅面见一低回声包块,较厚处约 10.6 mm,未见 PSA 征象,见图 1B。



注:A 表示行 UGTI 术前;B 表示行 UGTI 术后。
图 1 右侧股浅动脉 PSA 超声图

2 护理过程

- 2.1 芒硝联用冰片中药封包促进局部肿块消散 患者在 10 月 17 日行 UGTI 后局部包块待吸收,本科将芒硝 240 g 加冰片 10 g 混匀后装进一次性无纺布袋中,用封口机夹闭,于右侧大腿肿块处行中药封包治疗,连续使用 3 d 后局部肿块明显缩小。芒硝性寒且味苦,具有消肿、泄热、消坚散结等作用,冰片性寒且味辛、苦,具有活血化瘀、消肿止痛等作用^[6],两者联用能够促进局部肿块消散,且冰片有降温效果,可缓解患者疼痛,提高舒适度。
- 2.2 红外线炎症治疗机(HYJ)联用药物缓解患者疼

痛 在 10 月 15 日重新压迫之后,患者诉 PSA 压迫处疼痛不适,采用面部表情评分法疼痛评分为 6 分。HYJ 是通过高频电磁波的热效应,扩张静脉血管,改善局部血液循环,增加细胞膜的渗透性,增加静脉回流量^[7],可有效改善微循环,促进炎症的吸收,缓解患者疼痛,遂给予 HYJ 局部照射,30 min 后复评患者疼痛评分为 4 分,10 月 17 日行 UGTI 后予 HYJ 每日照射肿块处,10 月 18 日患者诉局部肿块疼痛较前缓解,仅在按压时出现,疼痛评分为 1 分。

2.3 踝泵运动预防术侧肢体深静脉血栓形成 在二次压迫制动期间,需采取措施预防深静脉血栓的形成,常规的气压治疗仪是通过充气与放气起到按摩下肢,促进下肢血液回流,预防深静脉血栓形成的作用,但回流血液会加大动脉破口处的压力,有造成 PSA 破裂或出血增多的风险,不利于 PSA 压迫处的止血,所以,右下肢不适合行气压治疗。遂鼓励患者行踝泵运动,操作方法:踝关节背伸、跖屈和旋转活动,先最大角度向上勾脚,使脚尖朝向自己,保持 10 s,后用力绷脚,脚尖用力向下踩,在最大位置保持 10 s,最后踝关节旋转 10 s^[8]。早期患者因害怕 PSA 出血不敢行术肢踝泵运动,由护士协助完成,保证患者在安全范围内进行术肢活动,有效预防下肢深静脉血栓形成。

2.4 每日对比腿围、淤青面积并观察疗效 10 月 15 日发现 PSA 后,立即用记号笔在肿胀最明显处标示出测量位置和淤青范围,每日进行测量,以患者左侧大腿围 42 cm 为参照,观察肿胀和淤青是否消退,并做好记录。通过以上护理措施,患者右侧腿围和淤青面积逐渐缩小,自诉皮肤紧绷感消失,局部可见皮纹及褶皱,膝关节可弯曲度增大。见表 1。

表 1 患者腿围、淤青面积变化				
项目	10 月 15 日	10 月 16 日	10 月 17 日	10 月 18 日
腿围(cm)	48	46	45	44
淤青面积(cm×cm)	34×14	31×13	28×12	24×10

3 讨 论

因现代医疗介入技术的发展,经股动脉途径行介入诊疗的患者不在少数,PSA 也时有发生,多数是由于术者反复穿刺、压迫位置不当、术后沙袋移位、患者依从性差及抗凝药物的使用等因素造成^[9],通过对本例患者的护理,得出以下经验:(1)芒硝加冰片进行中药封包治疗可有效促进局部血肿和淤青的消散,缓解患者疼痛症状,提高舒适度^[6],本科室在查阅相关文献的基础上,改良了芒硝与冰片的使用比例,使患者舒适感更好,治疗效果佳。(2)HYJ 能扩张血管,改善局部组织微循环和营养代谢,促进增生组织胶原纤维的断裂、分解和吸收,使慢性炎症造成的硬化组织脱水、萎缩、软化,有效减轻或消除疼痛,消除肿块和硬结^[10]。本病例的护理过程表明:芒硝加冰片中药封包技术联用 HYJ 照射可有效缓解介入术后的局部肿胀淤青,促进 PSA 封堵后局部包块的消散,具有一定的

临床借鉴意义,但是否可常规应用于介入术后患者术肢的护理以预防局部肿胀的发生,仍待进一步研究。

参考文献

- [1] 曾志华,彭家芹. 股动脉假性动脉瘤的治疗和护理[J]. 医学信息,2014(19):278-279.
- [2] POLYTARCHOU K, KRATIMENOS T, VARVAROUSIS D, et al. Ulnar pseudoaneurysm complicating infective endocarditis. The role of endovascular stenting[J]. Hellenic J Cardiol, 2019, 59(6):349-351.
- [3] 王娟娟,高慧平,白丽娟. 1 例高龄女性经桡动脉采血并发假性动脉瘤的护理[J]. 当代护士(下旬刊),2019,12(7):141-142.
- [4] 宋平,罗明,王远,等. 经股动脉介入术后致假性动脉瘤 2 例[J]. 中国临床神经外科杂志,2018,23(4):85.
- [5] 金壮,曹军英,张筠,等. 彩色多普勒超声诊治老年股动脉假性动脉瘤的临床价值[J]. 医学影像学杂志,2017,28

(1):63-66.

- [6] 马俊珍,夏桂兰. 芒硝加冰片治疗关节腔积液的护理体会[J]. 医学信息,2014,(36):156-157.
- [7] 张洁,李爱敏,常志伟,等. 微波热疗联合置管肢体运动预防肿瘤患者 PICC 置管后静脉血栓[J]. 护理学杂志,2019,34(8):71-72.
- [8] 胡建利,施雁,陈明君,等. 踝泵运动口令视频在下肢深静脉血栓预防中的应用效果[J]. 解放军护理杂志,2019,36(7):89-90.
- [9] 许春芳,郝婧,杨红梅,等. 冠状动脉介入诊疗术后并发假性动脉瘤的救治与标准护理流程[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志,2015,10(8):759-760.
- [10] 陈富梅. HYJ 微波治疗带状疱疹后遗神经痛的疗效观察[J]. 检验医学与临床,2013,10(5):588-589.

(收稿日期:2019-12-28 修回日期:2020-03-20)

• 案例分析 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.15.053

2 例难治性抑郁症患者治疗后五羟色胺中毒的临床分析

周佳¹,朱瑜^{2△}

北京回龙观医院:1. 医学检验中心;2. 心身医学科,北京 100096

关键词:五羟色胺; 中毒; 难治性抑郁症; 血药浓度

中图分类号:R595

文献标志码:C

文章编号:1672-9455(2020)15-2270-03

抑郁障碍(MDD)是一种常见的精神疾病,我国 2013 年 MDD 的患病率为 3.3%^[1],2019 年已上升至 6.6%^[2]。抗抑郁药物治疗对疾病的改善具有重要的作用。目前,选择性五羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)、五羟色胺及去甲肾上腺素再摄取抑制剂(SNRIs)被诸多指南列为 MDD 的一线治疗用药^[3]。但抗抑郁药物治疗中有 30%~40% 的患者疗效不佳^[4]。临床上将经历两种不同类型的抗抑郁药足量足程治疗仍然无效的患者归类于难治性抑郁症(TRD)患者^[5]。现将本院收治的 2 例 TRD 患者的诊治过程报道如下。

1 临床资料

病例 1,男性,汉族,首诊时 43 岁。2016 年 8 月因“心烦、夜眠差 1 个月”首诊,自述从 2016 年 7 月无明显诱因逐渐出现心烦、入睡困难、早醒的症状。首诊诊断为焦虑状态,予劳拉西泮进行治疗,剂量为 0.5 mg,3 次/天,遵医嘱服药 2 周。2016 年 9 月 1 日患者复诊,自诉症状加重,心烦、失落、疲乏,对事物缺乏兴趣,不伴有自杀观念。更改诊断为不伴有躯体症状的中度抑郁发作,予盐酸帕罗西汀 40 mg/d,同时给予劳拉西泮 0.5 mg,3 次/天进行治疗,2 周后复诊时症状改善,停用劳拉西泮。服用帕罗西汀 3 个月后减量至 20 mg/d 维持,遵医嘱服药。

2017 年 4 月病情反复,表现基本同前。2017 年 4 月 26 日门诊将帕罗西汀加量至 40 mg/d 进行治疗,

至 2017 年 7 月 8 日复诊时症状仍无改善,心烦较前加重,将帕罗西汀 40 mg/d 减量至 20 mg/d,予草酸艾司西酞普兰 20 mg/d 治疗,予劳拉西泮 1 mg,3 次/天,以改善心烦焦虑症状。2017 年 7 月 22 日复诊时诉症状加剧明显,无法坚持,烦躁不安,考虑换药方案不能耐受,故减停草酸艾司西酞普兰,维持帕罗西汀 20 mg/d,劳拉西泮 1.0 mg,3 次/天。2017 年 10 月 7 日复诊,诉心烦较前改善,仍有疲乏感、情绪低落症状,故将帕罗西汀加量至 40 mg/d 治疗。2017 年 10 月至 2018 年 3 月门诊复诊均未能实现临床治愈,2018 年 3 月 16 日门诊调整治疗方案,予草酸艾司西酞普兰 20 mg/d,帕罗西汀 40 mg/d,富马酸喹硫平 0.6 g/d 治疗,坚持足疗程治疗 16 周。2018 年 7 月复诊时上述症状较前次就诊时无明显改善,自觉心烦难以正常工作,已经长期请假在家。2018 年 10 月 8 日门诊复诊考虑患者为 TRD,在原基础上联用枸橼酸坦度螺酮 10 mg,3 次/天,以及劳拉西泮 1.0 mg,3 次/天治疗,该治疗方案维持 30 周。2019 年 5 月 5 日,复诊时患者诉难以忍受的心烦和坐立不安,仍对事情没有兴趣,无法正常料理生活。就诊当日帕罗西汀血药浓度 232 ng/mL(参考范围 30~150 ng/mL),因考虑患者血药浓度明显高于参考范围,予治疗剂量调整,嘱患者将帕罗西汀由 40 mg/d 减量至 20 mg/d 治疗。2019 年 6 月 7 日复诊时患者诉心烦较前减轻。2019

△ 通信作者,E-mail:raynyu@126.com。