

· 病例报告 ·

1 例合并糖尿病患者心脏移植术后感染的预防

付 燕 张 冉 米 裕

【关键词】 糖尿病; 心脏移植术; 术后感染

【中图分类号】 R 654.2; R 473.6 【文献标识码】 B 【文章编号】 1672-2876(2005)04-0253-02

我科于 2004 年 7 月成功为 1 例晚期缺血性心脏病合并巨大室壁瘤及Ⅱ型糖尿病患者实施同种原位心脏移植手术, 术后未发生感染, 恢复顺利。

1 病例介绍

患者, 男性, 47 岁。术前诊断: 冠状动脉粥样硬化晚期缺血性心脏病, 不稳定心绞痛, 陈旧性广泛前壁心肌梗死, 巨大左室室壁瘤, 左心功能不全; Ⅱ型糖尿病。于 2004 年 7 月接受同种原位心脏移植手术。患者继往有 9 年糖尿病病史, 术前采用三餐前 30 min 分别注射胰岛素 12 U、10 U、12 U, 空腹血糖控制在 4.9~5.5 mmol/L, 餐后血糖控制在 10 mmol/L 以下。术后由于应激反应等原因, 空腹血糖最高升至 32.5 mmol/L。经积极、有效的预防和治疗, 未发生感染, 顺利康复。

2 讨 论

心脏移植术后早期, 患者体内各种侵入性管道较多, 加上大剂量免疫抑制剂的应用, 患者免疫力下降, 容易发生继发性糖尿病和各种感染, 若合并原发糖尿病则势必增加感染发生的几率与死亡的风险^[1,2]。预防感染措施直接关系到心脏移植手术成功与否^[3]。除合理应用抗生素外, 采取严密的消毒隔离措施、控制感染途径、做好监测等预防措施也是至关重要的。

2.1 环境的准备

2.1.1 隔离室 为万级层流洁净病房, 内外两间。内为病房, 外为准备间, 内外间之间隔墙上上部为玻璃墙, 并有推拉窗和推拉门, 病人入住前进行彻底清洁。每日用 1% 含氯消毒剂将室内所有物品表面、墙壁、地面擦拭一次, 清洗空气过滤网, 并做空气培养, 后封闭, 连续 3 d 空气培养达标。在病人入住前一天将所需药品、物品经 0.5% 含氯消毒液擦拭后放入隔离室内, 床单、被套等病人被服须经高压蒸汽灭菌, 再次擦拭病室后封闭, 禁止人员进入。调节室内温度为 22~24℃, 湿度为 50%~60%。并尽可能精简室内物品。病人入住后, 物品表面、地面每日用 0.5% 含氯消毒液擦拭两次。术后第 1 周消毒液每日更换 3 次, 拖鞋每日消毒 3 次。1 周后改为每日 1 次。所有药品、物品均在准备间擦拭或浸泡消毒后送入隔离室。各种检查仪器进入隔离室前用 0.5% 含氯消

毒液擦拭。在隔离室门外放垫子一块, 并以消毒液浸泡, 且每日更换, 用于消毒进入隔离室的仪器轮子。封闭隔离室内水池下水道。

2.1.2 规范医护人员入室要求 术后前 3 d, 隔离室内人数同时不超过 3 人, 一般为 1 名医生、2 名护士, 准备间 1 名护士。病人病情平稳的情况下, 医生也在准备间。3 d 后, 隔离室内改为 1 名护士。总之, 应严格控制进入隔离室的人员数量。医护人员入室前更换洗手衣和隔离衣, 戴好口罩、帽子, 穿拖鞋, 清洁双手并以 75% 酒精浸泡 3 min。

2.2 病人血糖的控制与监测 严格遵医嘱使用胰岛素。术后第 1 天患者空腹血糖即明显升高, 最高时达 32.5 mmol/L, 以微量泵持续静脉输入胰岛素 1~2 U/h。护士应严格核对, 确保输入剂量准确, 并注意观察病人精神状况。血管活性药物、胰岛素等均以生理盐水配制。定时监测血糖, 并及时报告医生, 根据血糖情况随时调整胰岛素用量。术后第 7 天血糖控制满意后改为餐前皮下注射, 始终将空腹血糖控制在 7.1 mmol/L 以下。血糖监测采用指血快速血糖检测方法, 因采血较频繁, 每次采血前后均以安尔碘消毒皮肤 2 次, 并注意更换手指, 避免破溃感染。

2.3 严格无菌操作 医护人员在为病人做无菌操作前尤其是有创操作前, 先洗手、用 75% 酒精浸泡双手 3 min 后戴无菌手套, 吸痰前洗手、戴无菌手套。紧急情况下, 可将施乐消毒液倒在手上, 搓洗双手后进行操作。操作过程中, 严格执行无菌操作原则, 并注意操作迅速、轻柔、准确。

2.4 各种管道的护理 每日更换输液器、输血器、三通、肝素帽、微量泵注射器、延长管、动脉和静脉测压管、换能器、纵隔引流瓶、各种引流袋。切口、动脉和静脉穿刺部位每日消毒、更换敷贴。尽早拔除各种侵入性管道, 本例患者分别于术后 15 h、20 h 拔除气管插管和漂浮导管。

2.5 监测 术后 1 周内每日做咽拭子、痰细菌、霉菌培养。术后 1 周内空气培养每日 1 次, 一周后每周 2 次。各种侵入性管道拔除后均送检做细菌培养。应注意标本留取要及时、方法正确、操作规范, 保证检验结果的准确性。

2.6 做好基础护理 每日更换经高压蒸汽灭菌的床单、被罩、枕套、衣服、毛巾, 床上不使用棉褥和棉絮, 以减少室内悬浮物。每日刷牙 2 次, 每次进食后用口泰液漱口, 每日检查口腔黏膜 2 次。餐具每餐前后清洗并用微波炉消毒。每日用温水全身擦浴 1 次, 每 3 d 洗头 1 次, 每晚温水泡脚 1 次, 擦浴时注意检查皮肤情况, 本例病人在手术后第 8 天胸部、背部出现痤疮, 用安尔碘消毒局部, 每日 4 次, 擦浴时避免痤疮

疮破溃。擦浴、洗头前后 30 min 将室内温度调至 24~26℃, 避免受凉。每日用 0.2% 新洁尔灭溶液会阴消毒 2 次, 便后随时擦洗消毒, 便器每次用后浸泡于 1% 含氯消毒液中。

2.7 饮食与营养 自手术后第 2 天起, 每日称体重, 观察、了解病人食欲情况, 营养师根据具体情况制订病人每日所需热卡及碳水化合物总量, 合理安排每日进食次数和量, 必要时静脉输入白蛋白、氨基酸等, 维持和增强机体抵抗力。食物经微波消毒、水果彻底洗净去皮后方可食用。

参考文献

- 1 李增祺, 廖崇先, 廖东山, 等. 16 例心脏移植术后早期感染的防治. 中华器官移植杂志, 2001, 22(4): 225-226.
- 2 王春生, 陈昊, 洪涛, 等. 原位心脏移植的手术体会. 中华胸心血管外科杂志, 2002, 18(5): 274-277.
- 3 蔡学联. 12 例心脏移植患者感染的预防与监测. 中华医院感染学杂志, 2004, 14(2): 189.

(收稿日期: 2005-08-24)

· 护理园地 ·

脑疝病人的急救护理体会

张秋兰

【关键词】 脑疝; 急救; 护理

【中图分类号】 R 473.6 【文献标识码】 B 【文章编号】 1672-2876(2005)04-0254-01

脑疝是颅内压增高造成的一种危急状态, 也可因高颅压患者作腰穿术中不慎而诱发。一旦发生, 必须紧急抢救, 否则将危及患者生命。2002 年 10 月~2004 年 10 月, 我科共救治脑疝病人 8 例, 现将抢救护理体会报告如下。

1 病情观察

1.1 小脑幕切迹疝 表现为意识障碍进行性加重, 双侧瞳孔不等大, 患侧瞳孔初期短暂缩小, 继而进行性散大, 对光反射迟钝或消失。病变对侧出现中枢性瘫痪, 生命体征严重紊乱, 前驱期病人出现头痛加剧, 呕吐频繁, 烦躁不安等。

1.2 枕骨大孔疝 通常有急性和慢性两种。急性者多突然发生, 或在慢性的基础上由于某种诱因而急性发作, 如用力排便或腰穿致脑疝程度加重。病人常很快出现潮式呼吸或呼吸停止, 双侧瞳孔缩小, 继之散大, 脉搏微弱快速, 血压下降, 最终心跳停止, 需紧急抢救。慢性病例则表现为颅内压高, 枕下部疼痛, 颈项强直, 强迫头位, 生命体征紊乱不明显。

2 脑疝病人的急救

2.1 对颅内压增高病人, 要准备好抢救物品, 随时观察意识、瞳孔、血压、呼吸、脉搏等的改变, 及时发现脑疝, 早期治疗。一旦发生脑疝, 立即通知医生, 建立静脉通路, 同时快速静脉滴注脱水药, 如 20% 甘露醇 250~500 ml, 并配以激素应用。有时可合用速尿以加强脱水作用。遵医嘱迅速细致地处理, 使脑疝症状能获得缓解, 如病变部位和性质已明确, 应立即施行手术清除病灶, 同时根据医嘱立即备皮、备血, 做好药物过敏试验, 准备术前和术中用药等。尚未定位者, 协助医生立即进行脑血管造影、头颅 CT、或 MRI 检查, 协助诊断。对小脑幕切迹疝, 若暂时不能明确诊断或未查明原因且病变

不能手术者, 可行颞肌下去骨瓣减压术。对枕骨大孔疝, 除静脉快速滴注脱水药外, 还应立即行额部颅骨钻孔脑室穿刺, 缓慢放出脑脊液, 行脑室持续引流, 待脑疝症状缓解后, 可开颅切除病变。

2.2 除去引起颅内压增高的附加因素: ①迅速清除呕吐物及呼吸道分泌物, 保持呼吸道通畅, 保证氧气供给, 防止窒息及吸入性肺炎等加重缺氧; ②做好血压、脉搏、呼吸的监测。血压过高或过低对患者的病情极为不利, 故必须保持正常稳定的血压, 从而保证颅内血液的灌注; ③保持良好的抢救环境, 解除紧张, 使之配合抢救, 同时采取适当的安全措施, 以保证抢救措施的落实; ④高热、水电解质紊乱和酸碱平衡失调等因素均可进一步促使颅内压升高, 也应给以重视。

2.3 对呼吸骤停者, 在迅速降颅压的基础上按脑复苏技术进行抢救: ①保持呼吸道通畅, 给予气管插管, 必要时行气管切开; 呼吸支持, 可行口对口人工呼吸或应用简易呼吸器或人工呼吸器, 加压给氧; ②循环支持: 如心跳停止立即行胸外心脏按压, 保持心脏泵血功能; ③药物支持: 根据医嘱给呼吸兴奋剂、升压药、肾上腺皮质激素等综合对症处理。

2.4 昏迷病人 要保持呼吸道通畅, 及时吸痰。排痰困难者, 可行气管切开, 防止二氧化碳蓄积而加重颅内压增高。观察电解质平衡的情况, 严格记录出入液量。患病 3 d 后不能进食者可行鼻饲, 并做好胃管的护理, 留置胃管后应每日 2 次口腔护理, 定时翻身, 认真做好各项基础护理, 保持床铺平整、干净、柔软, 保持局部皮肤干燥, 预防褥疮发生。对有脑室穿刺引流的病人, 严格按脑室引流护理。大便秘结者, 可选用缓泻剂疏通, 有尿潴留者, 留置导尿管, 做好尿、便护理。

通过对 8 例脑疝患者的临床观察、分析及抢救护理, 深切体会到: 及早发现脑疝的先驱症状是赢得抢救时间的关键, 而娴熟的急救护理技术是挽救生命的重要保证。