

意牙病的防护以避免牙科手术;不宜激烈运动,走路、骑车注意安全,避免碰撞,谨防外伤及关节损伤,如有出血倾向应限制活动,及时来院诊治。

3.2 指导病人经常服用维生素 C 及路丁,禁服阿斯匹林、潘生丁、保泰松、消炎痛等抑制血小板功能及使血管扩张、脆性增强的药物^[1]。

3.3 需要使用药物时尽可能采用口服给药。避免或减少肌肉注射,如必须注射时,应采用细针头,注射完毕拔针后至少在针刺部位按压 5min。

3.4 定期来院复查。定期输注新鲜血液或血浆和凝血因子Ⅷ,以维持第Ⅷ因子活性在较高水平。建议其家属在经济条件许可时到专科医院系统治疗,如关节畸形可到有条件医院行关节镜治疗^[2],以恢复其各关节正常功能。

3.5 指导病人日常生活中应随身携带卡片,卡片上写明姓名、血型、常就诊医院、所患何种血友病,以备发生意外昏迷时,可凭此卡片立即接受合理的治疗。

4 小结

血友病是一组遗传性凝血因子缺乏所致的出血性疾病,患

者可表现为轻微外伤后严重出血,大多表现为各关节出血,牙龈、鼻出血,肾脏出血,眼外伤出血,伴外伤性颅内出血文献资料报道较少,在临床上根据病史、症状、体征及 CT 检查,颅内出血不难确诊。因本病例系中学生,由于自幼患病病程长,患者较悲观,其情绪极不稳定,入院早期对治疗护理不配合,而病人用药品种多、时间长,稍有不慎容易导致颅内出血加重或引发其它部位的出血,给护理工作带来一定难度。该病例我们从多方面了解病人情况入手,反复耐心地讲解有关疾病治疗、护理的知识和心理因素对病情的影响,取得了患者的信任、家属的支持,增强了患者战胜疾病的信心,使患者能主动配合治疗护理,通过严密观察病情,精心护理,最终平安出院。

参 考 文 献

- 1 郁知非,沈迪.现代血液病.杭州:浙江科学技术出版社,1992.315~318.
- 2 刘若群,周立,葛智纯,等.一例血友病性膝关节炎行关节镜术患者的护理.中华护理杂志,2001,10:729.

(责任编辑 于杨)

1 例心脏移植并支气管支架置入术患者的护理

邓 琛

(中南大学湘雅三医院 湖南 长沙 410013)

关键词:心脏移植;支气管支架;护理

中图分类号:R473·6 文献标识码:B 文章编号:1006-6411(2006)009-0064-03

心脏移植在发达国家已作为临床常规心脏手术广泛开展,但在我国开展很少,而在同一天同时实施心脏移植术及支气管支架置入术的情况就更为少见。我院于 2005 年 4 月 27 日成功为 1 例心脏病患者实施了同种异体原位心脏移植及支气管支架置入术,经过精心的治疗和护理,患者术后恢复良好,现将护理体会介绍如下。

1 临床资料

患者,女性,18 岁,因关节肿痛 3 年,胸闷、心悸、气促加重 1 年,伴纳差、乏力 1 月,于 2005 年 4 月 10 日入院。入院查体:体温 37℃,脉搏 80 次/min,呼吸 20 次/min,血压 108/70mmHg,体重 30kg,发育欠佳,营养欠佳,慢性病容,自主体位,口唇轻度紫绀,心界的两侧均扩大,律不齐,可闻及早搏。入院诊断为:扩张性心肌病,心功能Ⅳ级,中度肺动脉高压并左主支气管严重软化狭窄致左肺通气功能障碍和混合性睡眠呼吸暂停低通气综合症,入院后完善相关检查,予强心、利尿、护心等治疗,于 2005 年 4 月 27 日在全麻体外循环下行同种异体原位心脏移植术,术中停循环 83min,体外转流 189min,供心自动复跳,于 20:30 手术结束转隔离病房,21:10 患者恢复自主呼吸,完全清醒,于 23:13 在纤支镜下行左主支气管支架置入术,术后应用抗排斥药物、血管活性药物、抗生素及抗病毒药物等治疗,患者术后第 7 天下床活动,于 8 月 15 日出院,出院时查 B 超示心功能恢复良好。

2 术前护理

2.1 心理护理

患者手术前产生恐惧和焦虑心理,怕移植失败,且需终生服用抗排斥反应药物、费用高,并要定期抽血做一系列化验,给家庭带来沉重的经济压力,对此我们首先要为患者创造一个安静、舒适、安全、整洁的环境,让患者安心养病,用诚恳的态度、亲切的安慰、耐心的解释,使其感到安全和可信赖,并向患者介绍移植术的必要性及术后恢复的重要性,并有针对性地讲解有关疾病的医学知识,目前医院的技术力量及技术水平,使患者树立信心,同时加强护患沟通,及时了解其心理变化,用丰富的护理经验、熟练的技术为其服务。向其家人说明治疗的长期性、艰巨性,使家属与我们一起为患者恢复建立良好的心理环境,从而使患者放下包袱,以积极的心态配合治疗。

2.2 预防术后并发症的康复指导

教会患者掌握预防术后并发症的方法,术前 3 天开始指导患者进行有效的咳嗽,排痰并做痰培养及咽拭子培养,鼓励患者进高营养,易消化饮食,帮助患者练习床上排便,术前 1 天备皮,术前晚用温水擦浴全身,更换清洁病服,注意保温,防止受凉感冒。

2.3 病室及物品准备

前 5 天对隔离区门窗、墙壁、床、桌、凳等物品表面用 500mg/L 含氯消毒剂进行擦拭及空气喷洒,并用紫外线照射每

日2次,每次照射不少于30min。对能耐受高温的医疗器械和物品要进行高温灭菌,如患者用的呼吸机管、橡胶或硅胶吸痰管、患者服、被褥、床单、枕头、工作人员工作服、隔离衣、口罩、帽子等全部灭菌后使用,而不适合高温消毒的物品则使用溴氯消毒,如监护仪、脸盆、工作人员所用文具等。

3 支气管支架置入术中配合及护理

3.1 物品准备

术前准备手术所需用物,如负压吸引器、冰盐水、利多卡因等,并准备抢救器械及药物,如气管插管包、气切包、镇静剂、肾上腺素、止血药等。

3.2 氧疗

在纤支镜检查时, PaO_2 平均下降1.3~2.7KPa,因此术中给予高浓度吸氧,并密切观察血氧饱和度,尤其是纤支镜过狭窄口时血氧饱和度明显下降,易出现呼吸、心跳骤停,应予以注意并采取相应的急救措施^[1]。

3.3 术中生命体征监测

术中密切观察心率、呼吸、血压及血氧饱和度、神志改变,尤其要注意及时发现并处理各种心律失常。国内外均有报导^[2],因纤支镜检引起喉、气管、支气管痉挛及麻醉药过敏、缺氧或大出血致窒息引起心跳骤停而死亡的病例,其发生率为0.01%~0.03%。

4 术后护理

4.1 感染的预防及护理

术后感染重在预防,从手术开始,我们就制订了一套全面、详细、严格的消毒隔离制度。

4.1.1 病室要求

早期使用层流设备,后期保证病室内空气流通、新鲜,且每8h严格进行病室空气、门窗、桌椅及地面消毒,每日用电子灭菌灯照射病房2次,每次30min,并定期做空气及物表培养^[2]。

4.1.2 物品要求

各种入隔离室物品、检查仪器、药品均要求相对无菌,仪器表面(除显示屏外)以1:200“84”液擦拭;各种物品、药品均高压灭菌处理或溴氯消毒方可入室,任何非无菌设备在室内停留时间尽可能缩短。

4.1.3 工作人员要求

为避免工作人员成为患者的直接感染源,凡进入隔离室人员均经洗手、更换隔离衣、换鞋、戴口罩、帽子及用1:200“84”液浸泡双手后入室,工作人员如体温在37.5℃以上不得进入隔离区,做具体操作时要求戴无菌手套。

4.1.4 管道的护理

尽早地拔除各种有创导管,减少侵入性治疗。各种引流管如纵膈心包引流管及导尿管,须定时挤压,保持引流管通畅,并防止管道脱开、扭曲和受压,引流瓶及一次性引流袋每日更换。动静脉导管须妥善固定,保持导管通畅,并用2%肝素钠溶液每小时3ml持续冲洗导管,防止血栓形成,三通连接处用无菌巾包裹并用止血钳固定,每班更换无菌巾1次,每次开放导管或三通接头后,应及时用0.5%碘伏消毒后再接上肝素帽或输液器,每日更换无菌三通接头、延长管,输液器1次,血管周围皮肤用络合碘消毒5cm×5cm面积,待干后,盖以6cm×7cm大小无菌透明切口膜封闭进针处,每日更换切口膜2次,若有污染应随时更换,以保持置管处的干燥和无菌。

4.2 心脏和循环功能的监测与护理

4.2.1 各项血流动力学的监测

心脏移植后由于供心失去神经支配,在用药与病情判断时随时鉴别,持续予以床旁心电监测,有异常情况时随时做12导心电图,分析心电图时注意区别供心P波和受心P波,密切观察心率与心律的变化,维持心率在100~120次/min,用多巴胺与多巴酚丁胺剂量为2~4μg/(kg·min)以及硝普钠剂量0.1~0.2μg/(kg·min)调节血压,维持平均压在70~85mmHg,每4h监测肺动脉嵌压(PAMP)、心排量(CO)、肺动脉压(PAP)等变化,用前腺素E1剂量为0.1~0.3μg/(kg·min),降低肺血管阻力,预防右心功能不全^[3]。

4.2.2 应用血管活性药物的护理

正确及时地使用血管活性药物,配制及输注硝普钠过程中要避免光,配制的液体大于8h应重新配制,掌握血管药物的血药浓度,血管活性药物输注通道要有醒目标记,各班护士严格交接班,以输液泵或推注泵控制给药速度,绝对禁止自血管活性药物的输液管道内推注其它药物,以避免多巴胺在短时间内大量进入体内引起血压骤升,心率加快,诱发快速室性心律失常。患者刚开始使用血管活性药物时,护士要严密观察血压、心率、心律的变化,如血压过低或过高,应及时报告医师并调整药物的输液速度。

4.3 呼吸功能的监测与护理

4.3.1 拔管前的护理

该患者术后曾3次脱离呼吸机后发生CO₂储留,高碳酸血症,进而导致急性呼吸衰竭并重度肺动脉高压、严重心律失常,因此在上机期间要严密观察呼吸系统的各监测指数,并根据患者的血气结果随时调整呼吸机参数,患者于5月1日脱机拔管。由于该患者插管时间较长,气道护理的工作就尤为重要,在操作中一定要严格遵守无菌操作技术,吸痰前洗手、带无菌手套,并选用细软的无菌橡胶或硅胶吸痰管,在每次吸痰前给予膨肺,以促进肺底的痰液排出,呼吸机管道每天更换1次。

4.3.2 拔管后的护理

拔管后须密切观察患者的呼吸变化及痰液的排出情况,因放置支架后粘稠痰液易粘附在支架网上,难以排除,故应鼓励患者进行有效咳嗽、协助翻身、拍背。拍背方法:将五指并拢,掌指关节屈曲呈120°角,指腹与大小鱼际肌着落,利用腕关节用力,由下至上,自边缘到中央,有节律地叩拍患者背部,同时嘱患者深呼吸,但切忌用力过猛,以防止支架移位,并定时予以雾化吸入,常规配方为:生理盐水20ml、糜蛋白酶4000U、庆大霉素8万U,也可加入药敏试验所提示的敏感抗生素。该患者营养状态欠佳,咳痰无力,嘱其先用右手食指和中指按压总气管,以刺激气管引起咳嗽,工作人员同时配合用手按压患者的上腹部,这样可以加强膈肌反弹的力量,排痰效果较好。

4.4 饮食护理

心脏移植术后的营养极为重要,营养质量关系到术后恢复,患者术前呈衰竭状态,营养状态较差,术后应用多种抗生素又易导致肠道正常菌群失调,由于患者食欲差,体质消瘦,营养不良,须由专职营养师调配膳食,选择低盐、易消化、营养丰富的食物,每日补充足够的热量和蛋白质,且嘱咐患者不能食用太热的食物,以防止支架变形,不能进食期间予以静脉高营养,以改善患者的营养状况,为抗感染和耐受免疫抑制剂治疗打下基础。

4.5 免疫排斥反应的观察及应用抗排斥药物的护理

资料表明^[3],心脏移植术后30d内死于排斥反应者占总死亡率的27%,30d后占38%,因此,对排斥反应观察和处理非常重要。排斥反应在临床上主要有3种类型:①超急性排斥反应;

②急性排异反应;③慢性排异反应。在工作中严格掌握服药时间,剂量准确,每2天测定1次血中环孢霉素浓度,维持血中有效浓度在20~300ng/L,根据血浓度和肾功能调整用药剂量,保证免疫效果,防止毒副作用发生。环孢霉素A主要经肝代谢,其副作用有肾毒性和高血压,应定期测量肾功能和肝功能,严密观察血压变化,如血压过高,应用降压药物。

4.6 心理护理

患者因为术后恢复时间较长及各种有创操作的实施(如纤支镜检查)产生了恐惧治疗的心理,对此我们首先要向患者解释各项治疗的重要性和必要性,并尽可能的和患者进行及时的心理沟通,也可以让家属与其进行视频对话,通过亲情的鼓励,增强患者战胜困难的信心。在患者身体条件允许的情况下,可以指导患者进行一些轻松的活动,如做简单的恢复训练、看电视、下棋等,使患者以放松的心态面对各项治疗。

5 出院指导

5.1 告知患者术后终生服用免疫抑制剂的重要性,一定要遵医嘱按时服用,以免发生排异反应。因需服用免疫抑制剂,患者不宜服用增强免疫的大补食品,如人参、西洋参、阿胶等。

5.2 预防感染。出院后要注意避免到人群密集的公共场所;避免接触上呼吸道感染的人员;不饲养宠物;注意根据天气情况及时增减衣物,避免感冒。

5.3 生活有规律,注意卫生,合理搭配饮食,控制体重于适宜水平。禁烟、酒及刺激性食物,多食蔬菜水果,保持大便通畅,防止便秘。

5.4 指导自我监测。了解排异反应的症状,注意自我观察体温、脉搏与血压,发现异常或身体不适及时返院复查,并遵医嘱定期复查。

参 考 文 献

- 1 张伟.气道内支架介入术治疗的并发症及其防治.国外医学·呼吸系统分册,2001,21(4):221~222.
- 2 马建中,刘桂芳,刘海芝,等.1例同种异体原位心脏移植患者消毒隔离控制及护理.现代护理,2004,10(9):879.
- 3 杨秀玲,王晓武,郑霄,等.11例心脏移植患者的术后监护.中华护理杂志,2003,38(7):507.

(责任编辑 于杨)

肾移植术后口服普乐可复导致癫痫1例报告

李莹

(中国人民解放军第463医院 辽宁 沈阳 110042)

摘要 报告了1例肾移植术后因口服普乐可复导致的癫痫及护理。普乐可复导致的中枢和外周神经系统功能异常(如失眠、震颤、头痛和感觉异常,严重的如精神错乱、精神病、癫痫发作、昏迷和失语),多见于肝脏移植术后。肾移植术后使用普乐可复的169人中,仅有1例患者出现了癫痫这一严重的中枢神经系统障碍。通过及时停药、对症治疗,认真周到的护理,癫痫病情迅速得到控制,未发生任何并发症及后遗症,患者移植肾工作正常,顺利如期康复出院。

关键词: 肾移植;普乐可复;癫痫;护理

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1006-6411(2006)009-0066-02

1 病例介绍

患者女,55岁,2004年8月因尿毒症收入我科,经检查无手术禁忌症,同月在硬膜外麻醉下行同种异体肾移植术,术后患者出现心衰、肺内感染,经积极治疗病情好转。因患者术后使用抗排异药环孢素后出现肝功能改变:总胆红素 $34.9\mu\text{mol/L}$,直接胆红素 $17.5\mu\text{mol/L}$,均较正常值高,考虑为药物肝毒性所致。于手术后第23天,医嘱改环孢素为普乐可复3mg,1次/12h。在第4次口服普乐可复15min后患者出现烦躁不安并伴重度抽搐,遵医嘱给予氟哌定醇5mg肌注后患者症状缓解。之后每隔3h患者又抽搐2次。经急查血离子、血气分析、脑部CT均未见异常。在出现3次抽搐后患者进入昏睡状态,意识不清,但呼之能应,无发热、呕吐、尿量正常、四肢活动正常。经神经内外科会诊排除神经系统疾病,考虑为普乐可复药物引起的癫痫。于是医嘱停用普乐可复继续使用原用的环孢素,并予保肝、利尿、抗炎等对症治疗。在癫痫期间患者共抽搐8次,抽搐时患者血压升高、心率增快、四肢关节强硬、双眼圆睁、牙齿咬合严重。在停用普乐可复16h后患者停止抽搐,并且未再次出现抽搐,直至20d后痊愈出院。目前患者身体恢复很好,移植肾工作正常。

2 治疗

①患者癫痫期间按医嘱使用镇静、安眠及抗癫痫药物。②为防止水、电解质紊乱,间断少量静滴碳酸氢钠及静注钙剂。③患者癫痫期间反复出现心前区不适及心电图S-T段和T波改变,给予硝酸甘油静脉缓慢泵入以缓解冠状动脉供血不足。④癫痫发作血管紧张度增强,导致肾动脉血流灌注降低尿量减少,给予多巴胺持续静滴维持血压,以及为防止抽搐并发脑水肿给予定时利尿剂利尿治疗。⑤患者癫痫期间出现心率增快,呼吸急促给予强心抗心衰治疗。⑥应用广谱抗生素,预防感染。

3 护理

3.1 心理护理 患者肾移植术后病情始终不太稳定,由于心功能不好多次出现心力衰竭,以及部分肾小管坏死出现水肿少尿,术后已行1次血液滤过及3次血液透析治疗。患者思想包袱重、经济压力大,一直处于焦虑紧张状态。加之突发的癫痫,使患者情绪极为低落,甚至想到轻生。此时患者家属也心情沮丧,焦躁不安。在这种状况下,我们首先说服患者家属,向其分析发生癫痫为药物导致的可能性,使其对停药后癫痫即消失产生希望,从而消除癫痫后果严重的顾虑,给患者有力的心理支