

1例心脏移植术后并发隐球菌脑膜炎感染的护理

王欣华

(北京大学第一医院, 北京 100000)

【关键词】心脏移植术; 隐球菌; 脑膜炎; 护理

【中图分类号】R473.5

【文献标识码】B

【文章编号】ISSN.2096-2479.2018.6.135.02

新型隐球菌性脑膜炎是由新型隐球菌感染脑膜和(或)脑实质所致的大脑神经系统亚急性或慢性感染性疾病, 是大脑神经系统最常见的真菌感染^[1]。近年来, 随着广谱抗生素、激素、免疫抑制药的广泛或不适当应用以及免疫缺陷性疾病及器官移植患者的增加, 新型隐球菌脑膜炎的发病率呈上升趋势。我科收治1例心脏移植术后感染隐球菌脑膜炎患者, 患者经及时抢救康复出院现将病例报道如下。

1 临床资料

患者女, 54岁, 因“心脏移植后头痛、发热、呕吐2月, 加重半月”于2016-09-07入我院神经内科。患者因扩张性心脏病, 心功能不全10年, 于2014年11月于外院行心脏移植手术, 术后长期口服免疫抑制剂, 包括环孢素A、强的松及他克莫司。患者入院前两月开始无明显诱因间断出现头痛, 主要为前额部及头顶顶部疼痛, 每次头痛两小时左右可缓解, 程度较轻, 间断出现低热, 体温最高37.5℃, 两月来间断发热共5次, 可自行退热。入院前半月开始出现持续性发热, 体温最高38.8℃, 头痛程度加重, 伴恶心呕吐, 口服布洛芬可短暂止痛, 当地医院血常规、肺CT检查示左肺上叶舌段斑片影, 给予头孢类抗生素7天, 症状继续加重, 高热持续, 头痛加重伴频繁恶心呕吐, 09-02于外院就诊, 头CT、血常规、PPD、TB-SPOT、G、GM试验均为阴性, 为求进一步诊治来我院就诊。入院查体, 体温38.5℃, 神经系统查体: 神志清楚, 精神状态差, 高级皮层功能正常, 颅神经阴性, 双手静止性震颤, 颈抵抗, 颈胸4横指, 感觉系统、运动系统、自主神经系统均未见阳性体征。入院后完善腰穿检查, 脑脊液压力160 mmH₂O, 有核细胞数360个/mm³, 多个核68%, 单个核32%, 脑脊液生化蛋白1.06 g/L, 糖2.51 mmol/L, 血糖9.7 mmol/L, 氯117.2 mmol/L, 病原学涂片未见细菌、真菌及结核杆菌。当时诊断, 中枢神经系统感染, 脑膜炎, 细菌性可能性大, 结核性不排除。先后给予头孢曲松、美平、万古霉素抗菌治疗, 异烟肼、利福喷丁、利复星、吡嗪酰胺抗结核治疗, 经过该治疗后患者体温仍高, 头痛无明显好转, 复查腰穿, 外观淡黄色透明, 压力230 mmH₂O, 有核细胞数247个/mm³, 多个核40%, 单个核60%, 脑脊液生化蛋白2.00 g/L, 糖1.52 mmol/L, 氯化物106.3 mmol/L。脑脊液较前加重, 查脑脊液新型隐球菌抗原阳性, 考虑不排除新型隐球菌感染, 给予两性霉素B脂质体及氟康唑静脉点滴治疗, 并逐渐停用其他抗细菌及抗结核药物治疗, 两周后复查脑脊液, 外观无色透明, 脑脊液压力175 mmH₂O, 有核细胞数114个/mm³, 多个核2%, 单个核98%, 脑脊液生化蛋白1.26 g/L, 糖2.10 mmol/L, 氯化物122.3 mmol/L, 患者发热缓解, 头痛基本消失, 考虑经抗真菌后病情明显好转, 遂改为氟康唑口服治疗。三月后复查腰穿, 外观无色透明, 脑脊液压力105 mmH₂O, 有核细胞数18个/mm³, 多个核2%, 单个核98%, 脑脊液生化蛋白0.80 g/L, 糖2.96 mmol/L, 氯化物126.8 mmol/L, 将口服氟康唑减量, 继续维持治疗。患者一些列临床表现及辅助检查结果, 以及经抗真菌治疗后的明显改善, 提示隐球菌脑膜炎诊断明确。

2 护 理

2.1 病情的观察

对于新型隐球菌感染患者, 由感染所导致的脑脊液循环障碍, 50%以上新型隐球菌脑膜炎患者会发生颅内压增高, 进行性的颅内压升高是此类患者致残致死的重要原因, 因此, 决定隐球菌性脑膜炎预后最重要的因素之一是控制脑脊液压力^[2], 护士密切监测生命体征、血氧饱和度、动脉血气等的变化, 注意患者的意识状态, 患者脑脊液压力高, 密切观察患者有无头痛, 恶心, 视乳头水肿等情况, 注意生命体征, 意识, 瞳孔的监测, 警惕脑疝的发生。该病例中遵医嘱使用白蛋白、甘露醇等进行脱水治疗, 在用药过程中我们密切关注患者头痛的情况是否有加重, 随时向医生汇报。

2.2 发热反应

该患者入院后出现持续不规则的高热, 体温最高达38.8℃, 给患者物理降温, 头戴冰帽、身铺冰毯、大动脉处放置冰袋等降温, 每2 h测量记录体温避免冻伤。严密观察患者的血象、脑脊液报告的实验室资料, 注意患者的病情变化以便协助诊断治疗。应用两性霉素B后患者可出现高热、寒战, 占总病例数的80%^[3]。患者一旦出现寒战或高热时, 首先要区分寒战或高热的原因, 是药物引起还是疾病引起的, 如果是药物引起的, 一般在服药30 min~2 h后出现, 用药结束后寒战或高热现在会逐渐消失。

2.3 用药观察

患者病情复杂多变, 治疗以抗结核、抗病毒、抗菌、脱水、外周营养补液、口服免疫抑制剂等多种药物治疗, 因此, 治疗期间药物的副作用观察尤其重要。在本患者的用药过程中出现了低血钾, 最低2.51 mmol/L, 贫血, Hb68 g/L, 在发生低血钾时我们给予了心电监护, 随时关注心电图变化, 护士动态观察血钾的变化, 及时汇报危急值结果, 遵医嘱及时给予口服及静脉补钾药物, 并正确指导食用含钾高的水果或果汁。出现贫血会加重本患者心功能不全, 因此, 我们给予抬高床头, 随时关注患者是否有憋气、呼吸困难等情况, 并遵医嘱及时给予血制品输注, 密切观察输血反应。另氟康唑的应用会影响他克莫司的血药浓度变化, 进而影响其免疫抑制疗效或对肾功能产生影响。在该患者应用氟康唑过程中, 他克莫司血药浓度有明显上升, 并伴有肾功能的加重, 这时我们严格关注患者是否有排尿减少、水肿、呼吸困难的情况发生, 经过后续的药物调整, 患者的肾功能逐渐恢复。详细记录24 h出入量。由于护士观察及时准确避免了严重不良事件的发生。

2.3 腰穿的护理

患者在治疗过程中因频繁穿刺而产生抗拒、恐惧心理, 担心穿刺过多丢失脑脊液加重头痛, 担心过多次数的腰穿会导致要不疼痛。穿刺前我们和医生一起告知患者进行腰穿的必要性, 告知患者腰穿的注意事项, 腰穿术后指导患者去枕平卧2 h后即可翻身, 取舒适卧位, 利于预防压疮^[4]。本病例患者情绪一度消极, 但经过一定的治疗和护理, 使患者及时调整了心态, 积极配合检查。

2.4 PICC护理

由于患者应用两性霉素B(脂质体)、氟康唑、甘露醇、甘油果糖, 脂肪乳、氨基酸等药物, 其对血管均有一定的刺激性,

治疗时间又较长,为防止药物对血管的损害,第一时间采用经外周静脉导入中心静脉置管(PICC)。导管堵塞是PICC最常见并发症,隐球菌脑膜炎患者每天要常规应用甘露醇脱水3~4次,给予脂肪乳等营养支持治疗,而且两性霉素B要用微泵维持12 h以上,容易因药物沉淀引起堵管^[5]。因此预防PICC导管堵塞,选择正确合适的冲管、封管方法显得尤为重要。除输液前后用10 mL预充式封管液脉冲式冲管外,在输入甘露醇,脂肪乳等高浓度药物后也给予冲管,并在两性霉素B输入过程中给予间歇式冲管,未发生堵管。

2.6 心理护理

由于患者及家属对疾病的转归存在未知,产生焦虑、抑郁情绪,针对这些心理特点,我科护士运用护理部提出的“321”护理理念,对患者主动关心心理变化、主动观察病情变化、主动帮助生活起居、耐心解释患者疑问、耐心倾听患者诉求、热情帮助患者,让患者在住院期间得到了全方位的护理,减轻了患者家属的陪护负担,同时也避免了发生院内感染。适时给予患者及家属介绍疾病的相关知识及治疗成功的病例,避免告知此病的病死率及预后。使患者及家属树立了战疾病的信心,积极配合医生护士治疗及护理。

3 结 论

心脏移植术后隐球菌感染少见,但感染后若不及时处理,后

果较为严重。此外它具有复杂多变,无特异性等临床特征,给临床诊断治疗护理工作带来了较大的困难。临床医师和护理人员通过对本患者的抢救、治疗和护理,对心脏移植术后隐球菌感染早期判断、及时抢救有了更加充分的认识和重视。作为临床护士,既要了解患者的病史和住院期间的临床症状,也要掌握隐球菌感染早期的临床症状与表现,这样才能对患者的病情进行全面评估,才能与临床医生配合一起管理好患者,挽救患者生命,并通过延续护理随访,提供健康指导,提高患者生活质量,取得患者满意。

参考文献

- [1] 刘 婧.新型隐球菌性脑膜炎1例[J].武警医学,2016,27(11):1142.
- [2] 赵 杰.分流手术治疗新型隐球菌性脑膜炎的体会与文献回顾[J].中南大学学报(医学版),2016,41(5):541.
- [3] 郝素琴,庄春香.两性霉素B联合氟胞嘧啶治疗新型隐球菌脑膜炎1例的护理[J].中国临床护理,2013,5(1):92.
- [4] 廖婵娟.腰椎穿刺术后翻身时间的探讨[J].中外健康文摘,2011,8(48):72.
- [5] 杨雪梅.PICC置管在艾滋病并发隐球菌脑膜炎患者中的应用及护理[J].医学美学美容,2014,22(10):50.

本文编辑:刘欣悦

(上接134页)

5 相关护理措施

5.1 伤口观察

每日查看外层敷料渗液情况,如果渗液超过敷料的1/2,要及时更换,避免发生渗漏,造成伤口周围皮肤发生浸渍。

5.2 体位管理

压疮早期损害发生于附着于骨突处部位的肌肉组织,随压力增加和时间延长,由深部向浅层组织发展,在压疮形成过程中可承受的压力与压力持续时间成反比,压力越大,软组织能耐受压力的时间就越短^[1]。该患者至少每两小时更换体位一次,以减少身体易受压部位承受压力的时间和强度。侧卧时尽量选择30°角,目的是尽量扩大受压面积,减少局部压力对软组织产生的危害。充分抬高足跟、合理使用气垫床、保证有足够的支撑力^[2]。

5.3 家属健康指导工作

给予患者家属进行预防和治疗压疮的宣教,使其了解压疮发生、发展、预防及治疗的知识。每日一次从头到脚检查皮肤,重点检查压疮高发部位如骶尾部、坐骨、大转子、足、跟脚部等^[6];避免使用环状或圈型装置进行减压;每次重新变换体位或转移患者时,应抬起患者身体,避免拖、拉、拽;坐位时尽量在轮椅上防止减压垫,每次坐位时间不超过2 h,若压疮未愈合,每天坐位少于3次,每次少于1 h^[2]。清洁皮肤时,避免热水及用力擦拭皮肤,皮肤清洁后使用合适的润肤露;骨突出避免按摩,按摩会增高局部皮肤温度和增加组织耗氧,对压疮预防有害无益^[7]。日常补充足够量的蛋白质,保持正氮平衡,提供每日所需液体摄入,提供充足的维生素和矿物质^[1]。

6 进展情况

医护人员共同努力配合,积极治疗原发病和给予营养支持。护士从患者伤口评估、各种敷料合理选择、定期换药等几方面工作的完成,2016年6月9日再次评估伤口,伤口大小:2 cm×3

cm;伤口基底颜色:100%红色组织。伤口边缘:部分上皮化。患者低钾血症、低钠血症、低蛋白血症均已纠正。

7 结 论

随着人口老龄化和慢性疾病、肿瘤、创伤的高发,压力性损伤的发生率呈上升趋势,如何有效预防和处理压力性损伤成为全球医疗护理面临的新挑战,预防胜于治疗。医务人员必须从伤口特性充分评估、敷料合理选择、换药技巧合理等几方面认真学习和探讨,提高伤口处理能力。同时,全身因素的评估在压力性损伤的处理中至关重要,要结合患者全身情况、基础疾病、营养状况制定相应的个性化措施。另外,患者家属的经济状况、依从性及社会支持系统也是医务人员在面对压力性损伤治疗时不可回避的问题,医护人员需要做好疾病相关的健康宣教工作,真正做到以预防为主体的压力性损伤管理。

参考文献

- [1] 蒋琪霞.压疮护理学[M].北京:人民卫生出版社,2015:3-4.
- [2] 谢怡洁.含银敷料在伤口治疗中的作用研究进展[J].医学研究生学报,2012,25(8):889-892.
- [3] 蒋琪霞.湿性愈合理念和方法在压疮处理中的应用进展[J].护理研究,2009,23(10B):2635-2639.
- [4] 丁彦明.中国压疮护理指导意见(2013版):37.
- [5] 蒋琪霞.负压伤口治疗知情同意书的制定及应用研究[J].护理研究,2012,26(26B):3306-3308.
- [6] Dealey C.Challenges in pressure ulcer prevention[J].international Wound,2013,(6):20.
- [7] Guy H.Does massage help to prevent pressure ulcers[J].Nurse Times,2011,(8):16-29.

本文编辑:刘欣悦