

次性口罩, 加强对呼吸机、雾化吸入装置、氧气湿化瓶、鼻导管等的消毒管理, 是降低肺部感染的重要措施之一。保持病室环境的清洁, 定时通风换气, 保持适宜的温度, 做好空气消毒, 以防院内感染。

4.3 早期发现感染的征象

对于高龄、有基础疾病的患者作为重点观察对象。首先观察体温热型, 并做好记录, 要善于区别脑卒中患者的发热特点, 特别是脑卒中病危期过后, 出现发热, 首先要考虑感染的可能, 尤其对伴有呼吸道症状者要配合医生做好患者相应的检查, 包括 X 线检查、血常规、血及痰的病原学检查等。

4.4 合理使用抗生素, 减少院内感染发生

肺部感染病原菌以革兰氏阳性菌为主, 其次为球菌等, 强调早期、足量、联合用药原则, 痰液培养有结果后, 再依据菌种及药敏用药^[9]。护理人员应正确掌握抗生素的给药时间, 观察抗生素的毒副反应, 并注意及时停药, 为医生提供信息, 防止二重感染。

4.5 重视基础疾病的治疗, 加强支持疗法

本组中年龄 > 60 岁, 意识障碍, 心力衰竭患者等的肺部感染明显高于其他, 提示脑卒中的基础疾病是感染的内在因素。COPD 患者常存在呼吸道的慢性感染, 引起气道阻塞和痰液引流不畅, 吸烟可以损害呼吸道的功能, 是 COPD 的重要成因, 加之心功能不全存在肺淤血, 是并发肺部感染的高危因素。积极治疗基础疾病有助于减少感染的发生, 护士应积极配合医生做好患者基础疾病及并发症的治疗与护理, 对于 COPD 或吸烟患者做好健康

教育, 根据患者及家属的不同文化层次, 采用不同的教育方式, 使其以积极的态度改善生活方式, 提高生活质量。脑卒中多发生于中老年人群, 加上病后长期卧床, 进食差等情况, 极易引起营养不良, 因此, 加强营养支持疗法很重要, 应对有意识障碍和吞咽困难者及时鼻饲饮食, 但应注意放置胃管的长度和鼻饲流质的温度, 每次注入前要判断胃管是否在胃内, 并要注意速度, 不要过快, 以防引起患者不适和呕吐, 给予患者补充维生素、白蛋白等营养物质, 提高患者机体的免疫功能和能量代谢的需要, 有助于肺部感染的控制, 改善患者的预后。

5 小结

脑卒中患者的肺部感染的相关因素很多。对此, 要积极采取有效的预防措施, 加强肺部感染的观察和护理, 以提高脑卒中患者的生存质量。

参 考 文 献

- 1 胡必杰. 实用内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1997. 1442~1424.
- 2 中华医学会呼吸分会. 医院内获得性肺炎诊断及治疗指南(草案)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1999, 22(4): 201~202.
- 3 刘芳龄, 封锦芳, 王凤红, 等. 脑血管病与感染(附 118 例报告)[J]. 中国神经疾病杂志, 1999, 25(4): 222~224.
- 4 王亚霞, 魏琴, 刘亚新, 等. 25 例脑梗死病人医院感染危险因素分析[J]. 护理研究, 2004, 9(18): 1536.
- 5 秦汉梅, 沈继奋, 林捷, 等. 老年医院获得性支气管-肺感染疾病分析[J]. 临床内科杂志, 2001, 18(6): 458~460.

(收稿日期: 2005-11-07)

心脏移植围手术期感染的预防和护理

薛培青 武丽娟

关键词 外科伤口感染/预防和控制; 心脏移植; 围手术期护理

中图分类号 R630.1; R654.2; R473.6

Key words surgical wound infection/prevention & control; heart transplantation; perioperative nursing

心脏移植术是终末期扩张性心脏病唯一有效的治疗方法。然而, 自身免疫能力的抑制使感染成为心脏移植术后早期最常见的并发症之一, 感染引起的死亡占移植后死亡率的 25%^[1], 故心脏移植

围手术期感染的预防与护理非常重要。我院于 2001 年 1 月~2005 年 4 月成功地为 4 例患者施行了同种异体原位心脏移植术, 未发生围手术期感染。现将围手术期预防感染的护理报道如下。

1 临床资料

心脏病双瓣膜病变 1 例, 扩张性心肌病患者中有 1 例曾安装永久性心脏起搏器。

2 移植前准备

2.1 患者准备

向患者及家属介绍有关心脏移植术的医学知识, 术后需住移植监护室, 说明监护室有关控制感染的管理要求, 为术后配合治疗和护理奠定基础。术前 3 天训练咳嗽、排痰, 并进行痰培养和咽拭子培养。嘱患者饭后、睡前刷牙后用漱口液含漱, 预防口腔感染。同时给予高营养的食物, 增强抗感染的能力, 并练习床上大小便, 以便术后尽早拔除尿管。

2.2 皮肤准备

术前常规予修剪指(趾)甲、剪短头发、备皮, 备皮时注意勿损伤皮肤, 以减少术后感染的机会。手术当天术前 4h 起予 1 : 20 碘伏溶液擦洗全身, 更换无菌衣裤, 并用无菌床单, 被套盖住全身后送手术室。

2.3 术前应用抗生素预防感染

术前 1 周预防性使用抗生素, 呼吸道予雾化吸入治疗。术前请相关科室会诊, 发现隐性病灶及时给予相应的处理, 消除潜在感染。

2.4 隔离病房的准备

隔离病房包括隔离室和准备室, 室内备有多功能监护仪、呼吸机、除颤仪、微量泵、空气净化器、紫外线消毒灯、变温毯。准备室内备有冰箱、微波炉、摄片机、各种急救器材和药品、治疗及换药用物。术前 3 天, 室内一切物品均先清洗, 墙壁、地面、床架、床头柜、监护仪表面等用 1 : 20 次氯酸溶液擦拭, 室内用乳酸熏蒸空气消毒, 密闭 24h。隔离病房准备好后, 护士穿隔离衣、戴无菌口罩帽子、换消毒鞋进入室内做空气培养。手术当天上午入室铺麻醉床。本组术前 3 次空气细菌培养均为阴性, 各种管道细菌培养均达到要求。

3 移植后护理

3.1 呼吸道管理

心脏移植最常感染的部位是肺, 在未拔除气管插管前, 为防止感染每 15 ~ 30min 吸痰 1 次, 吸痰前洗手, 戴无菌手套, 吸痰管一次性使用, 选择粗细合适的吸痰管, 吸痰负压适中, 每次不超过 15s。拔除气管插管后改为双鼻塞吸氧, 同时给予胸部物理治疗, 2 ~ 4h 翻身、拍背 1 次, 4 ~ 6h 雾化吸入 1 次。术后第 2 天病情平稳, 可扶患者坐起, 拍背并

患者进行深呼吸和有效咳嗽、咳痰, 以防肺不张, 密切观察痰液的性状。如咳嗽无力, 疑有早期肺不张者及早用纤维支气管镜吸痰。本组无 1 例行纤维支气管镜吸痰。

3.2 管道护理

3.2.1 动静脉导管的护理 妥善固定, 保持通畅, 用 2% 肝素溶液每 4h 冲管 1 次, 以防止血栓形成。每次开放导管或三通后, 及时用 75% 酒精消毒后再接上肝素帽或输液器。每天更换延长管、三通、输液器、无菌敷贴, 如有污染随时更换。所有动静脉导管尽可能及早的拔除, 以减少感染的机会, 所有动静脉导管拔除后均需做细菌培养。本组术后 72h 均拔除动静脉导管, 细菌培养均达到要求。

3.2.2 心包纵膈引流管、导尿管的护理 各引流管予妥善固定, 保持通畅, 防止管道脱开、扭曲和受压, 注意观察引流液的颜色、量及性质, 及时更换贮液瓶, 严格无菌操作。术后尽早拔除导尿管, 鼓励患者自行排尿, 防止逆行感染。

3.3 环境管理

3.3.1 隔离室人员的管理 工作人员入监护室前洗手, 更换无菌工作衣, 换上消毒鞋, 戴口罩、帽子, 严格控制室内人员在 4 人以下, 尽量减少进出监护室的次数。

3.3.2 做好隔离室内的消毒工作 空气净化器 24h 持续消毒, 同时每天紫外线照射 3 次, 每次 1h, 室内的仪器、台面、墙壁、地面, 用 1 : 20 次氯酸溶液擦拭, 每天 3 次。每天行空气及物表细菌培养 1 次。本组 4 例患者除 2 次空气培养超标外(1 次在术后 12 天, 1 次在术后 14 天), 全部达到要求。分析原因: 1 次因媒体采访入室人员较多; 1 次可能与消毒时间不够有关。

3.3.3 送入隔离病室的药品、物品表面均须用 1 : 20 次氯酸溶液擦拭, 患者的饭菜及饮用水经微波炉消毒后方可食用, 患者的毛巾、脸盆、便器均消毒后使用。

3.4 一般护理

口腔护理每天 3 次, 朵贝氏液漱口每天 3 次, 会阴护理, 床上温水擦浴, 每天 2 次, 每天更换消毒的床单、被服、衣裤, 保持皮肤清洁, 预防压疮, 患者按要求入住隔离室时间为 1 个月, 1 个月后住单人房间, 患者出病室时需穿隔离衣, 戴口罩、帽子, 最大限度地减少感染的机会。

的必需手段, 加上广谱抗生素, 易致菌群失调, 常见的感染菌有细菌、病毒、真菌^[2]。因此, 术后半月内每天查血常规、心脏彩超, 做血、尿、大便、痰及咽拭子培养, 涂片找真菌、细菌, 以监测可能发生的早期感染。半月后隔天做 1 次, 深静脉导管及心包、纵膈引流拔除时常规送细菌学培养。本组 1 例术后 7 天白细胞达 $14.2 \times 10^9/L$, 尿培养为白色念珠菌生长, 延用氟康唑 3 天后白细胞逐渐恢复正常, 延长隔离 4 天, 分析原因与患者应用免疫抑制剂, 抵抗力下降有关。

3.6 出院健康教育

3.6.1 向患者及家属指导正确的服药方法与时间, 反复强调术后必须终身服用免疫抑制剂的目的及重要性, 避免因漏服或少服而发生排斥反应。

3.6.2 要加强个人防护, 训练自我察觉有无感染征象, 与患者一起评估心脏的危险因素。

3.6.3 定期检查, 以便对各种病情早发现、早治疗, 如身体出现不适时, 勿乱服药, 就诊时应出具心脏移植病史资料。

3.6.4 增强体质, 注意个人卫生, 少到人群密集、空气污浊场所, 不与上呼吸道感染的人接触, 尽量避免感冒发生。

参 考 文 献

- 1 李增祺, 廖崇先, 廖东山, 等. 16 例心脏移植感染的防治[J]. 中华器官移植杂志, 2001, 22(4): 224.
- 2 杨惠琼, 巫秋霞. 一例心脏移植术的护理[J]. 岭南心血管杂志, 2000, 6(1): 59.

(收稿日期: 2005-11-15)

87 例 AMI 紧急 PTCA 加支架植入术的护理

向 岚 曹 萍

摘要 目的 加强 AMI 介入治疗术前、术后的护理, 减少并发症, 提高病人生存质量。方法 对 87 例 AMI 紧急 PTCA 加支架植入术, 术前加强心理护理及术前准备工作, 术后密切观察病情, 做好拔管护理, 积极预防并发症, 加强健康指导。结果 术后病人安全度过卧床期。其中 7 例术后穿刺局部渗血、血肿形成, 5 例拔管后出现低血压等, 经积极治疗护理痊愈。结论 PTCA 加支架植入术是治疗心肌梗死的主要手段, 正确的护理措施可有效防止并发症的发生, 降低病死率, 提高生存质量。

关键词 心肌梗死/外科学; 血管成形术, 经腔, 经皮冠状动脉/护理; 支架

中图分类号 R618; R654.1; R654.3

Key words myocardial infarction/surgery; angioplasty, transluminal, percutaneous coronary/nursing; stents

急性心肌梗死(AMI)是严重威胁中老年人生命的心脏内科常见急症, 由于其发病急, 病程进展快, 病死率高的特点, 是国内外心血管专家重点关注的疾病之一^[1]。近年来治疗 AMI 的方法有了重大的进展, 其中经皮穿刺冠状动脉腔内成形术(PTCA)及支架植入术已成为冠心病的主要治疗手段。虽然其创伤小, 但术后并发症时有发生, 故对护理要求极高。只有充分掌握适应证, 选择最佳时机, 做好术前及术后护理, 才能减少术后并发症的发生, 有效提高病人生存质量及生存率。本文总结了 87 例 AMI 实施介入治疗后的护理。现介绍如下。

1 临床资料

2002 年 10 月~2004 年 9 月我科为 87 例 AMI 病人实施了 PTCA 及支架植入术, 男性 75 例, 女性 12 例, 年龄 43~76 岁, 平均 60 岁。急性下壁心肌梗死 41 例, 急性前壁、前间壁心肌梗死 29 例, 正后壁 11 例, 高侧壁 6 例。其中伴高血压 7 例, 心律失常 12 例, 心力衰竭 2 例, 心源性休克 2 例。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 由于病人病情危重, 为争取时间, 应向病人及家属做好解释, 简要说明手术的必要过程, 以及手术中配合的事项, 消除病人存在的恐惧和紧张的心理, 同时对病人提出的问题做到心