

# 护理诊断、结局与措施分类在 1 例心脏移植病人中的应用



徐晓君,周家梅,莫兴余,罗明先,刘竹君,李秀毛,牟胜旭,姚卫

关键词:心脏移植;护理诊断;护理措施;护理结局

中图分类号:R473.6 文献标识码:B doi:10.12104/j.issn.1674-4748.2018.35.053 文章编号:1674-4748(2018)35-4474-03

心脏移植是唯一被证实对终末期心力衰竭有效的外科治疗方法<sup>[1]</sup>,被广泛应用于临床,在临床中如何提高心脏移植病人的护理质量一直是护理人员思考的问题。护理诊断、结局和措施链接(NANDA-NOC-NIC 链接,即 NNN 链接)是由美国爱荷华大学提出的标准化护理语言的链接<sup>[2]</sup>。NANDA 的每一个护理诊断都包含诊断的名称与定义、建议的护理结局,每一个结局后面都列出了这个结局可能需要采取的措施,包括主要措施、建议措施、选择措施<sup>[3]</sup>。本科将此链接用于 1 例心脏移植病人的护理,根据病人自身疾病特点按照护理程序的工作方法,为心脏移植的病人制订个性化护理计划。现报告如下。

## 1 病例介绍

病人,男,54 岁,因“心悸、气促 4<sup>+</sup> 年,胸痛 9 个月,咳嗽 3 d”入院。查体:意识清楚,慢性病容,口唇及四肢末梢未见明显发绀,双肺呼吸音粗,心尖搏动未见异常,心界向双侧扩大,心率 88/min,血压 92/62 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),律齐,心音低钝,未闻及各瓣膜杂音,腹软,无压痛反跳痛,双下肢未见水肿,周围血管征未见异常。心电图示 ST-T 改变,左心室高电压,左心房肥大;胸部 X 线片示心脏增大,心脏彩超示左房增大、左室壁运动减弱、二尖瓣三尖瓣及主动脉瓣轻度反流、肺动脉高压、左心功能减低。既往诊断“酒精性心肌病、冠心病、扩张型心肌病”。吸烟、饮酒 30 年,冠心病服药史不详。术前诊断:①扩张型心脏病、全心衰竭、心功能Ⅲ级;②冠状动脉粥样硬化性心脏病;③支气管哮喘合并肺部感染;④酒精性心肌病。病人扩心病诊断明确,具备心脏移植指征,于 2017 年 4 月 29 日在全身麻醉体外循环下施行心脏移植术,手术过程顺利,术毕安全返回监护室。

## 2 护理诊断、结局与措施分类的应用

### 2.1 术前问题

#### 2.1.1 术前护理问题一

2.1.1.1 护理诊断 心输出量减少。主观依据:病人主诉心悸、气促。客观依据:心脏彩超提示左心增大,左室壁运动减弱,肺动脉高压,左心功能减低。

作者简介 徐晓君,护师,硕士研究生,单位:563000,遵义医学院附属医院;周家梅(通讯作者)、莫兴余、罗明先、刘竹君、李秀毛、牟胜旭、姚卫单位:563000,遵义医学院附属医院。

引用信息 徐晓君,周家梅,莫兴余,等.护理诊断、结局与措施分类在 1

2.1.1.2 护理措施 ①血流动力学调节:监测和记录心率、心律、脉搏、外周血管搏动、毛细血管充盈度以及肢体末梢的温度。病人入院时血压偏低,尤其应注意病人血压的变化,遵医嘱给予增强心肌收缩力的药物,并在适当时候给予血管收缩剂。②氧疗:监测氧流量,选择合适的用氧装置提高病人的舒适度,教会病人持续氧疗的重要性,指导病人及家属用氧安全,每日监测氧疗的有效性(血氧饱和度、动脉血气)。③体液监测与管理:遵医嘱给予静脉输液治疗或应用利尿剂,用利尿剂期间密切监测出入量、尿量、体重,特别是电解质浓度,输液时将每日液体分配到各时段,维持适当的输液速度,每小时总结出摄入量并记录,根据病人中心静脉压、液体负荷、潴留情况(肺部湿啰音、水肿)调整出入量。

2.1.1.3 结局评价 ①心脏泵血效果:收缩压和舒张压、心率、心脏指数、射血分数。②循环状况:血压、脉压、中心静脉压、皮肤温度和颜色、动脉氧分压。

2.1.1.4 护理结局 手术当日病人肢端温暖,血压为 121/80 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),心率 78/min,中心静脉压 7 cmH<sub>2</sub>O(1 cmH<sub>2</sub>O=0.098 kPa),动脉氧分压 88 mmHg。

### 2.1.2 术前护理问题二

2.1.2.1 护理诊断 知识缺乏。

2.1.2.2 护理措施 ①疾病过程宣教:病人家庭社会支持系统较好,接受程度较高,给病人解释心脏移植的相关知识、向家属提供有关病人疾病的信息,教会病人或家属测量血压、数脉搏和心肺复苏术。②药物管理:病人目前对冠心病药物知识的掌握情况不佳,告知病人每种药物的名称(化学名和商品名)、功效(疗效和副作用)、剂量、用法和服药注意事项,适当告知病人不按医嘱用药或突然停药后果。③协助戒烟限酒:病人吸烟饮酒 30 年,一直未成功戒断,给病人明确一致的戒烟限酒建议,告知病人有关尼古丁的一些替代品(口香糖、戒烟贴片)以帮助减轻生理戒断症状,协助病人制订戒烟计划和确认促使其吸烟的诱因(周围朋友吸烟、经常出去吸烟饮酒的地方),制订抑制吸烟饮酒欲望的可行性方法(与不吸烟的朋友一起、放松锻炼),鼓励维持无烟生活方式。

2.1.2.3 结局评价 ①心脏病管理:病人能描述疾病病因、致病因素、危险因素,能自行测量血压和脉率,完成心脏康复计划。②处方药物宣教:病人能认识药物的正确名称和外表,描述其作用、副作用、注意事项、不良反应、正确的服药方法及用

## 2.2 术后问题

### 2.2.1 术后护理问题一

#### 2.2.1.1 护理诊断 有出血的危险。

2.2.1.2 护理措施 ①出血预防:密切观察心包及纵隔引流量、颜色、性质,尤其是术后 5 d 内每 h 记录 1 次引流量,之后每隔 8 h 1 次;观察全身皮肤黏膜,有无出血点或瘀斑。②减少出血:术后 2 h 内复查活化凝血时间(ACT),若 ACT 延长遵医嘱补充鱼精蛋白、新鲜血浆,使凝血功能在短时间内恢复;术后 3 h~4 h 内引流量>200 mL,且无减少趋势并有血压下降、脉搏加快时立即遵医嘱应用止血药;密切观察有无急性心脏压塞的征象(心包引流突然减少或停止,病人出现烦躁不安、血压降低、脉压减小、心音快、心尖搏动弥散、颈静脉怒张),立即协助医生行床旁 X 线检查,一旦确诊立即协助医生行心包穿刺。

2.2.1.3 结局评价 ①临床表现(生命体征、皮肤黏膜);②实验室和影像学检查(血常规、凝血、X 线);③引流液情况(量、颜色、性质);④伤口情况(术区敷料)

2.2.1.4 护理结局 ①病人术后生命体征平稳;②术后第 1 天引流液每小时约 5 mL,术后第 5 天拔除心包引流管,术区敷料干燥。

### 2.2.2 术后护理问题二

#### 2.2.2.1 护理诊断 低效型呼吸形态。

2.2.2.2 护理措施 ①人工气道管理:给予病人半卧位,抬高床头 30°~45°;每日更换呼吸机湿化水并确认温度;每天 2 次口腔护理,更换气管插管固定胶带,并确认气管插管深度和气囊压;定期翻身、叩背,定时肺部物理治疗,听诊两肺呼吸音,按需吸痰,并注意无菌操作,保持呼吸道通畅;每班至少查 1 次血气分析,密切观察病人生命体征、面色、血氧饱和度和酸碱平衡变化。②拔除气管插管:使用镇静镇痛期间每天早上 06:00 停镇静镇痛药,在医生和康复治疗师的协助下给病人做每日唤醒和自主呼吸功能锻炼,然后根据病人呼吸情况适当调节呼吸机参数,逐步过渡直至成功撤离呼吸机。

2.2.2.3 结局指标 ①病人气道分泌物减少、维持正常血氧饱和度;②逐渐脱离机械通气的支持;③能维持正常的呼吸频率、节律和深度。

2.2.2.4 护理结局 病人术后第 3 天成功拔除气管插管,并能维持正常呼吸。

### 2.2.3 术后护理问题三

#### 2.2.3.1 护理诊断 活动无耐力。

2.2.3.2 护理措施 ①运动疗法:从术后第 1 天开始医生、护士和康复治疗师根据病人的意识、血流动力学、呼吸功能恢复情况制订早期活动计划,共 5 个阶段(主动或被动的四肢关节活动包括前屈、后伸、内收、外展、内旋、外旋,支撑坐起,移坐于床旁椅,扶床行走或使用辅助器械行走,室内自由行走)。活动循序渐进,病人在任何步骤中突然出现不稳定的情况即暂停活动,退回前一阶段的运动。②协助自理:协助病人穿衣、修饰(洗脸、梳头、刷牙)、进食、如厕、卫生、移动。③提高自我效能:

2.2.3.3 结局指标 ①关节活动:活动时的心率、血压、呼吸、心电图、血氧饱和度维持正常。②自理:生活基本自理,能够利用器具协助活动。③精神活动能量:表现出正常的食欲、集中注意力、能够遵从药物和治疗方案。④生理方面不活动的后果:压疮、静脉血栓、便秘、肠蠕动减退、坠积性肺炎。

2.2.3.4 护理结局 病人术后第 3 天开始主动关节活动,术后第 4 天肠鸣音恢复,术后第 7 天能在护士协助下离床活动,术后 20 d 转出监护室,未发生相关并发症。

### 2.2.4 术后护理问题四

#### 2.2.4.1 护理诊断 有感染的危险。

2.2.4.2 护理措施 ①控制感染:加强基础护理和生活护理,尽可能减少一切不必要的侵入性操作,动静脉置管、输液、输血时严格无菌操作,预防性应用抗生素及抗病毒药物。②预防感染:建立单独的移植层流监护病房,采取专护的管理模式(专科护士均有 5 年以上的心外科工作经验、具备较强的移植基础知识、监护及护理操作技能和敏锐的观察能力),控制室内温湿度,日常用品入室消毒,室内日常用品按规定进行消毒,进入移植监护病房者均严格执行消毒隔离制度、接触病人前后洗手并用含乙醇的消毒液消毒双手,减少家属的探视,排气后鼓励病人进食,进食欠佳时给予静脉高营养治疗。

2.2.4.3 结局评价 ①临床症状(生命体征、伤口情况);②实验室和影像学检查(血常规、血培养、C 反应蛋白、降钙素原、痰标本、X 线片等)。

2.2.4.4 护理结局 术后前 3 d 体温波动在 37.5℃左右,白细胞计数稍高,之后体温波动在 36.1℃~36.8℃,白细胞计数趋于正常,术区敷料干燥,伤口无明显红肿,余无特殊。

### 2.2.5 术后护理问题五

#### 2.2.5.1 护理诊断 潜在并发症:排斥反应。

2.2.5.2 护理措施 ①监测排斥反应:告知病人及家属急性排斥反应出现于术后 2 周~10 周,1 个月内达到危险高峰,慢性排斥反应多发生在移植 1 年后,康复期若再次出现乏力、食欲减退、活动后心悸气短等,尤其是 3 个月内病情趋于平稳时突然出现上述症状,高度警惕排斥反应的发生。②处方药物宣教:病人采用三联免疫治疗方案(环孢素、骁悉、泼尼松),严格遵医嘱应用免疫抑制剂。环孢素早晚 125 mg 口服,不良反应有牙龈增生、多毛症、高血压,用药期间密切监测肝肾功能;骁悉早晚 0.75 g 口服,不良反应有腹胀、腹泻、贫血、感染;泼尼松每日晨 10 mg 口服,不良反应有高血压、糖尿病、诱发或加重感染等。定期抽血测定体内环孢素血药浓度的谷值和峰值。告知病人移植术后需终身服用抗免疫抑制药,不可随意减量、漏服、停药,定期到医院复查。

2.2.5.3 结局评价 ①临床症状(体温升高、乏力、心悸);②心内膜活检、超声心动图。

2.2.5.4 护理结局 生命体征平稳,病人超声心动图示左心房增大、左心功能可,其余无特殊。

## 3 讨论

准化护理语言是未来护理事业发展的必经之路<sup>[4]</sup>。杨亚<sup>[5]</sup>以护理结局和护理措施链接(NNN 链接)为基础筛选出冠心病病人最适合的护理诊断、结局和措施。刘宸希等<sup>[6]</sup>应用 NNN 链接确定老年腹外疝病人术后常用的护理诊断、结局和措施,也为腹外疝护理的研究领域提供了新知识。我科首先用北美国际护理诊断协会研发的护理诊断(NANDA)找出适合心脏移植病人的护理诊断,然后用护理结果分类系统(NOC)找出符合病人目前情况的目标或结局,最后用护理措施分类(NIC)在近 20 条的护理活动中找出适合病人的最可能达成目标的护理措施,从而制订护理计划,这种护理程序不仅有利于培养护理人员的评判性思维,也为临床开展心脏移植循证护理的研究提供了新视角。但本科用护理结局分类中的指标进行评价时,并未对结局用 Likert5 级分制测量,未来仍需进一步收集资料评价和检验。

参考文献:

[1] 李燕君,曾珠.心脏移植护理学[M].北京:人民卫生出版社,2014:1.

[2] 詹森,吴袁剑云,译.护理诊断、结局与措施:衔接北美护理诊断协会护理诊断(NANDA)、护理结局分类(NOC)与护理措施分类(NIC)[M].2 版.北京:北京大学医学出版社,2009:1.

[3] 布勒切克,吴袁剑云,应菊素,译.护理措施分类[M].北京:北京大学医学出版社,2009:1.

[4] 穆尔海德,吴袁剑云,吴瑛,译.护理结局分类[M].北京:北京大学医学出版社,2006:1.

[5] 杨亚.冠心病住院患者常用护理诊断、结局和措施的理论研究[D].南京:南京中医药大学,2015:1.

[6] 刘宸希,李萍,康俊凤,等.老年腹外疝患者术后护理诊断、护理结局、护理措施及其链接的研究[J].中国实用护理杂志,2015,31(6):414-417.

(收稿日期:2018-02-12)

(本文编辑 卫竹翠)

# 1 例阑尾粪石嵌顿合并腹茧症病人的护理

戴小容,邢梦辰



关键词:腹茧症;阑尾粪石嵌顿;护理

中图分类号:R473.6 文献标识码:B doi: 10.12104/j.issn.1674—4748.2018.35.054 文章编号:1674—4748(2018)35—4476—02

腹茧症(abdominal cocoon, AC)是一种临床极少见的腹膜病变,目前病因仍不明<sup>[1]</sup>。由 Foo 等<sup>[2]</sup>于 1978 年首先报道并命名。由于本病临床表现缺乏特异性,术前诊断困难<sup>[3]</sup>。以全部或部分小肠被一层灰白色质韧厚硬的纤维外膜包裹为其特征,常以腹部包块或肠梗阻为首发症状<sup>[4-5]</sup>。我科于 2018 年 1 月 23 日收治了 1 例急诊行剖腹探查术中诊断为急性小肠梗阻、腹茧症、阑尾粪石嵌顿的病人,经过精心治疗护理,临床效果满意。现将护理总结如下。

## 1 病例介绍

男,45 岁,因“左下腹痛伴肛门停止排便、排气 3 d”急诊入院,病人 3 d 前无明显诱因出现左下腹痛,呈阵发性绞痛,疼痛不向他处放射,伴肛门停止排便、排气,无恶心、呕吐,无畏寒、发热,无皮肤、巩膜黄染,小便无异常,到当地医院救治,予抗感染补液治疗后病人症状无好转,急诊来我院就诊。查血:白细胞(WBC)11.65×10<sup>9</sup>/L,中性粒细胞(N)77.6%,淋巴细胞(L)17.4%,血红蛋白(Hb)154 g/L,血小板(PLT) 262×10<sup>9</sup>/L,C 反应蛋白(CRP) 12.6 mg/L。查腹部 CT:左侧腹腔部分肠管壁增厚,肠间隙模糊不清,周围液性密度影,似呈包裹状,结构

不清,肠腔内容物较多,局部高密度内容物,肠腔稍扩张,腹腔少量积液,脾周少量积液,为求进一步诊治收住入院。入院后予完善各项检查,急诊在全身麻醉下行剖腹探查术,术中见小肠广泛粘连,表面附有纤维包膜,仔细分离小肠粘连,见距回盲部 1.8 m 小肠,浆膜破损,有少量黄绿色液体渗出,阑尾内充满粪石,结肠、胃、肝、胆、脾未见明显异常,术中诊断为急性小肠梗阻、腹茧症、小肠破裂、阑尾粪石嵌顿,决定行小肠粘连松解+小肠修补+阑尾切除术。手术过程顺利,术后病人安全返回病房,予一级护理、禁食,遵医嘱予心电监护及氧气使用、抗感染、抑酸、营养支持治疗,经过精心的治疗及护理,于 2018 年 2 月 3 日康复出院。

## 2 结果

病人术后经过积极治疗与活动,术后第 4 天恢复肛门排气,予保留胃管,第 5 天拔除胃管,嘱进食少量流质饮食,当日可给少量饮水(从 10 mL~20 mL 开始,逐渐增加至 30 mL~50 mL),无腹胀、呕吐等不适,第 2 天进食流质(50 mL~80 mL),停用抑酸补液;第 3 天进食忌脂半流质,开始时每日 5 餐或 6 餐,逐渐减少进食次数并增加每次进餐量。第 9 天拔除腹腔引流管。停补液治疗,拔除深静脉置管,观察 1 d 无不适予以出院。

## 3 护理

3.1 病情观察 按全身麻醉后护理常规,嘱病人禁食禁饮,2

作者简介 戴小容,主管护师,本科,单位:214000,江苏省无锡市人民医院;邢梦辰单位:214000,江苏省无锡市人民医院