

免污染容器表面和化验单,外送时应专人取送,并标明传染标本,标本要经消毒处理后才能弃去。患者的排泄物、分泌物用 10%漂白粉液按 1:2 的比例搅拌均匀,消毒 30 min 后倒入下水道,出院后便盆焚烧处理。

**5.4 产床、地板、墙壁应用 75%乙醇或含氯消毒剂擦拭,病房每日用臭氧消毒机消毒。**

**6 小 结**

近几年,HIV 感染孕产妇的数量在增加,在妇女保健工作中,应加强妇女防治 HIV 感染的宣传教育工作。如发现 HIV 感染的育龄妇女,应劝其不生育,如已妊娠,应及时终止。如妊娠妇女坚持妊娠,从妊娠到分娩要采取一系列预防性控制工作。对医务人员来讲应加强 HIV 知识及职业防护技能的培训,对防治 HIV 避免医源性感染也是十分有必要的。只要医

务人员在临床工作中严格遵守安全操作规程,正确掌握预防和控制 HIV 职业暴露的防护技术,工作中严谨认真、努力杜绝或减少意外损伤事故的发生,就会减少职业暴露和机会,就能把 HIV 感染医务人员的危险性降到最低。

**参考文献**

[1] 罗玉蓉,刘阳,张绍花,等.湘西自治州 27 317 名无偿献血者抗-HIV 的检测 results 分析[J]. 检验医学与临床,2009,6 (11):880-881.  
[2] 蓝惠玲.助产士对 HIV 感染孕产妇的自我防护和管理 [J]. 现代医院,2008,8(8):8-9.

(收稿日期:2010-03-27)

**1 例成人主肺动脉窗介入治疗的护理**

顾赛男,曹爱芳(上海市长海医院心血管内科 200433)

**【关键词】** 主肺动脉窗; 介入治疗; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.18.059

中图分类号:R543.2

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)18-2020-01

主动脉瘤的血液动力学改变类似于动脉导管未闭、室间隔缺损和永存动脉干,分流量主要与缺损大小和肺血管阻力有关。现将本院 1 例成人主肺动脉窗介入治疗的护理体会报道如下。

**1 临床资料**

患者,女,35 岁。因反复心慌、气促 6 年余,加重 4 d,于 2009 年 8 月 17 日收入本院内科。患者 2003 年 10 月无诱因出现心慌、气促,上述症状于 2005 年分娩第 2 胎后渐加重。2009 年 8 月就诊当地医院,心脏彩超示主动脉-肺动脉之间有一大小为 8 mm 的缺损,缺损处可见高速连续双期的过隔血流。遂入本院治疗。入院后体检:听诊肺动脉瓣听诊区可闻及 4/6 级收缩期雷鸣样杂音,向左腋下传导。主动脉瓣听诊区可闻及舒张期 2/6 级杂音,二尖瓣听诊区可闻及 3/6 级全收缩期杂音。复查心脏彩超:主-肺动脉间隔见一宽 7 mm 缺损,彩色显示呈左向右分流,心脏 EF 42%。确诊为先天性心脏病,主肺动脉窗。经积极术前准备,于入院第 2 天在局麻下行主肺动脉窗封堵术。术中建立右股动脉→主动脉→主-肺动脉缺损→肺动脉→右股静脉轨道,送入 14 mm A6B2 型室缺封堵器,重复主动脉根部造影见封堵器位置良好,少量残余分流<sup>[1]</sup>。听诊胸骨左缘舒张期杂音消失,收缩期杂音减轻,释放封堵器。术后返回病房。考虑置入的封堵器较大,为防止血栓形成,给予肝素抗凝,24 h 后改用半衰期较长的低分子肝素皮下注射,术后第 1 天伤口无渗血渗液,复查血常规血小板  $82 \times 10^9/L$ ,术后第 3 天患者全身出现散在的出血点停药阿司匹林,停低分子肝素皮下注射,术后第 6 天复查心脏彩超:封堵器位置良好,未见明显穿隔血流,无残余瘘,血小板  $34 \times 10^9/L$ ,查体新生出血点少,术后第 9 天血小板计数  $52 \times 10^9/L$ ,全身无新生出血点后出院。

**2 术前护理**

**2.1 心理护理** 患者小学文化程度,对介入治疗缺乏了解,存在紧张、焦虑的心态,护士向患者简单介绍手术方法及手术的先进性,消除患者的不良情绪<sup>[2]</sup>。

**2.2 术前准备** 患者术前做好血液检验、胸片、心电图、心脏彩超等检查。一一向患者说明检查的目的及注意事项,并联系好按时接送。手术前 1 d 向患者做好术前宣教,佩戴手腕识别带,给予外周静脉留置针。因患者需穿刺股动脉,术后术侧肢体制动 12~24 h,指导患者做好床上大小便训练。做好青霉素及碘过敏试验,手术当天对脐以下及膝以上备皮。

**3 术后护理**

**3.1 心电、血压监测** 患者主肺动脉窗封堵术后需要严密观察有无严重并发症的发生,包括封堵器脱落、心脏压塞、心律失常等<sup>[2]</sup>,需要观察心电、血压变化。返回病房后立即行床边心电图,并予心电遥测密切跟踪观察心电图示波的变化,每 30 分钟测血压 1 次,连续 6 次,同时观察电解质的变化特别是血钾值,以免恶性心律失常发生。本例患者心电遥测示:窦性心律偶发房早。血压均在正常范围。

**3.2 股动脉及股静脉穿刺点的观察** 患者返回病房时右侧股动脉保留动脉鞘管,使用 3M 10.5 cm×10 cm 的透明敷料妥善固定动脉鞘管,并且严密观察股动脉穿刺处有无渗血渗液,术后 2 h 拔除动脉鞘管,穿刺处加压包扎,并用 1.0 kg 沙袋压迫 6~8 h,术侧肢体制动 12~24 h<sup>[3]</sup>。协助患者做好卧床大小便的护理。患者伤口无渗血渗液,足背动脉搏动好。

**3.3 血小板减少的护理** 患者术后第 3 天,全身见散在的针尖样红色皮疹,查血小板最低值为  $34 \times 10^9/L$ 。考虑为少量残余瘘使血小板消耗性减少。遵医嘱停用抗凝、抗血小板药物,口服利血生促进血小板增生,并嘱其卧床休息减少活动。如血小板低于  $20 \times 10^9/L$  时应绝对卧床休息,避免外伤<sup>[4]</sup>。观察患者有无巩膜、牙龈出血情况,观察尿液、粪便的性质及有无出血。定期监测血小板计数及凝血酶原时间等。指导患者多吃带皮的新鲜水果和各种蔬菜。修剪指甲,以免皮肤抓伤。保持床单平整、清洁。

**3.4 观察有无溶血的发生** 术后 3 d 特别是 24 h 内要注意尿液颜色的变化来观察有无溶血发生。一般认为,封堵术后出现溶血与红细胞受机械性破坏增多有关,高速(下转第 2030 页)