

• 案例分析 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.02.048

1 例罕见二尖瓣置换术后并发贲门失迟缓症病例的护理体会

陈环,孙茂,袁艺,朱昊,孔令文

(重庆市急救医疗中心胸外科 410014)

关键词:风湿性心脏病; 二尖瓣置换术; 贲门失迟缓症; 术后并发症**中图分类号:**R473.7**文献标志码:**C**文章编号:**1672-9455(2019)02-0283-03

风湿性心脏病(RHD)多累及二尖瓣,当 RHD 患者心功能受损时,多认为是由二尖瓣瓣膜病变引起血流动力学异常,心脏动力学增加而造成心脏损伤。瓣膜置换术是 RHD 有效的根治方法,术后常见并发症有心律失常、心包填塞、心力衰竭、肺不张、气胸、胸腔积液、急性冠状动脉综合征等^[1-3]。本例患者贲门失迟缓症是瓣膜置换术后罕见的并发症。由于罕见造成医师开始时忽略了相关临床表现,病情未及时处理,随后护士在护理工作中,对该患者动态病情进行观察,及时发现了贲门失弛缓症的相关表现,从而缩短了治疗期限,对患者的整个治疗过程有突破性的帮助。因此正确认识和处理二尖瓣置换术后的并发症,对提高二尖瓣置换术后患者的治愈率,降低病死率,提高患者的生活质量有重要的临床意义。

1 临床资料

患者于 2017 年 3 月 9 日在全身麻醉体外循环下行二尖瓣置换术,手术顺利,术后予以保护呼吸道、抑酸护胃、抗凝、补液、维持水电解质平衡、营养支持及改善微循环等治疗。患者神清,精神差,口腔进食吞咽困难,予以鼻饲饮食。3 月 13 日查血常规示白细胞升高,考虑术后感染,加用注射用哌拉西林钠舒巴坦钠 5 g 每天 2 次,加强抗感染治疗后效果不佳,血象持续升高,白细胞最高达 37.24 g/L、中性粒细胞数 35.3 g/L、中性粒细胞 94.8%,降钙素原(PCT)为 2.15 ng/mL、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)为 107.86 mg/L,调整抗菌药物为去甲万古霉素+舒普深加强抗感染治疗,效果仍差,多次查血、痰、尿细菌培养均未找出致病菌,且反复发作心力衰竭。患者进食后频发恶心、呕吐的症状也逐渐加重,治疗陷于困境。护士协助患者进食过程中细心观察发现,其消化道症状日益加重,口腔酸腐味道越来越明显且频发胸骨后疼痛,建议为患者进行胃镜检查。医师接纳护士建议并请多学科讨论后,对患者行胃镜检查提示:贲门失迟缓引起囊袋,袋内有大量腐败食物,清除坏死食物后放置胃空肠营养管,调整营养方案行空肠管鼻饲肠内营养液,同时给予患者胃肠动力学支持,随后患者消化道症状逐步好转。坏死食物细菌培养提示真菌感染,调整抗菌药物后患者病情逐步好转,经过 2 个月的积

极治疗患者康复出院。

2 护 理

2.1 术前护理 二尖瓣置换术患者病程长,病情重,治疗总费用高,同时患者对心脏手术的恐惧,以及长期疾病反复的波动性,给患者及家属带来极大的心理压力;责任护士应该主动热情向患者及家属讲解疾病相关知识,治疗方案,注意事项等,向患者分享疾病成功案例,消除患者恐惧心理,增强患者对手术成功的信心;教导患者呼吸功能锻炼;嘱患者多进食高蛋白及易消化食物,保持大便通畅,增强机体抵抗力。使患者以良好的心理及生理状态积极配合手术。

2.2 术后护理

2.2.1 心理护理 术后要严密观察患者的病情变化,及时满足患者合理的要求。在进行各项护理操作和治疗前,做好必要解释,取得患者的配合。增强患者的信任感及安全感。

2.2.2 维护心功能 严密监测血流动力学动态改变,根据病情需要,必要时使用血管扩张药物或正性肌力药物,视血压情况调整血管活性药物用量。RHD 患者心功能多数为Ⅲ级以上,因此术后要注意监测心功能,控制好出入量,输液速度推荐泵控,避免诱发肺水肿、急性左心力衰竭的发生。

2.2.3 观察并纠正低血容量和电解质紊乱 由于手术失血、利尿剂的应用(纠正心力衰竭)、低体温等原因,很容易造成患者的血容量降低。此时应积极扩容,必要时输血,以达到患者中心静脉压、血压恢复正常的目的。电解质紊乱特别是严重低钾易导致恶性心律失常,因此要密切注意检测电解质,必要时补钾,使血钾维持约为 4.5 mmol/L,维持电解质平衡。

2.2.4 呼吸系统的护理 术后患者因病情需要 10~24 h 呼吸机辅助呼吸。初期呼吸机可设为容量控制模式,使患者呼吸不受肺顺应性和气道阻力的影响,保持有效的潮气量。设置吸呼比为 1.0:1.5。呼吸频率 16~18 次/分,潮气量 10 mL/kg^[4]。首先在使用呼吸机 30 min 后复查动脉血气,氧分压维持在 90~100 mm Hg,二氧化碳分压维持在 35~45 mm Hg,根据血气分析结果调整呼吸机参数。妥善固定气管插管,定时测量气管插管的长度,对躁动患者可酌情使

用镇静剂;持续湿化气道,及时清除呼吸道的内分泌物。该患者20 h后恢复自主呼吸,动脉血气分析正常,生命体征平稳,咳嗽反射及咽反射良好遂停用呼吸机,拔出气管插管,给予高流量鼻吸及鼻导管吸氧序贯治疗。术后患者长期卧床,注意雾化祛痰同时协助翻身拍背,防预防坠积性肺炎发生。

2.2.5 管道护理 (1)中心静脉管的护理:术后需动态监测患者中心静脉压(CVP),CVP偏低可能提示血容量不足,压力过高则需警惕心包填塞及心力衰竭风险,需及时查明原因并处理^[5]。(2)心包、纵隔引流管的护理:术后患者需要留置心包、纵隔引流管,以引流积液,预防发生心包填塞;引流管应妥善固定,水封瓶必须保持密闭状态;嘱患者翻身或更换卧位时注意管道,防止滑脱、打折或扭曲,术后每15~30 min挤捏心包纵隔引流管1次,防止堵塞,保持引流通畅;严密观察引流液的颜色、性状及引流量(特别是术后24 h内每小时引流量);定期指导患者咳嗽锻炼,观察引流管内的水柱波动情况,并准确记录,若发现异常及时告知医师处理。(3)尿管的护理:尿袋每日更换,会阴护理2次/天,观察尿液量及颜色,预防尿路感染。

2.2.6 躁动患者护理 本例患者术后烦躁、谵妄。处理:(1)术后初期患者为谵妄意识状态,医师与家属沟通并签署保护性约束同意书后,护士对患者使用保护性约束;使用约束观察记录单,定时巡视,观察约束部位的皮肤、松紧、肢体的血液循环。详细记录患者的病情、情绪及行为变化。(2)术后初期可适当对患者进行镇静、镇痛,减轻患者痛苦,增强患者依从性(可选用舒芬太尼十丙泊酚/咪达唑仑)。(3)在患者床头挂防脱管标识,至少每小时巡视观察管道的情况。(4)待患者病情逐步稳定,配合度良好后可取消约束。

2.2.7 神经系统管理 RHD患者多合并房颤等心律失常表现,责任护士要加强对患者意识、瞳孔、精神状态及肢体活动情况的监护,避免脑血管意外未及时发现。必须做到早预防、早发现、早诊断,早处理。

2.2.8 抗凝治疗 抗凝治疗从患者术后第1天开始,应遵医嘱应用抗凝药物,根据INR、PT来决定抗凝药物的剂量。生物瓣换瓣患者需要抗凝6个月,机械瓣换瓣患者则需终生抗凝,剂量需根据PT、INR来进行调整。《2014心脏瓣膜病患者管理指南》推荐对于机械瓣膜置换术后患者建议INR达到3.0^[6];告知患者服用抗凝剂期间,观察有无牙龈出血、呕血、咯血、尿血、便血、皮下瘀斑瘀点等,一旦出现上述症状应立即通知医师,并遵医嘱减量或停药、抽血查INR调整用药的剂量^[7]。定期检测凝血功能及INR,然后在医师指导下调整抗凝药物。

2.2.9 防止感染 术后需预防性使用抗菌药物。抗

菌药物使用需定时、定量,以确保血药浓度在有效范围内;同时密切监测患者体温及感染指标变化(血常规、PCT、hs-CRP)。本例患者术后反复高热,血象居高不下,感染严重,持续时间长,寻找感染源过程曲折,患者体温未及时得到控制,因此术后体温变化对病情的指导至关重要,一旦出现高热持续得不到控制,常规检查及经验无法解释时,需另寻思路,通过仔细的临床观察和查体寻找感染源,以免耽误病情、导致无法挽回的结果。

2.2.10 饮食护理 拔出气管插管6 h后,患者饮水后出现恶心、呕吐,吞咽困难、腹胀等症状,当时考虑为麻醉反应,未引起重视,护士协助患者去枕平卧头偏向一侧防误吸处理。第2天为其进行口腔护理时,闻及少量腐臭味,询问得知患者术后一直未解大便,告知医师予以服用促进胃肠动力药,灌肠后,患者腹胀情况未得到明显缓解,遵医嘱暂禁食,术后11 d口腔护理时腐臭味较前明显加重,且患者诉胸骨后疼痛明显,考虑并发术后消化道问题,多科会诊后请消化内科对该患者行胃镜检查提示:贲门失迟缓引起囊袋,袋内有大量腐败食物,清除坏死食物后放置胃空肠营养管,调整营养方案行空肠管鼻饲肠内营养液,留置空肠营养管辅助进食,并行胃肠减压,缓解腹胀症状,同时让患者舌下含化硝酸甘油,缓解食管痉挛性疼痛,同时给予患者胃肠动力学支持,并严密监测患者胃肠减压引流液情况,初期患者胃肠减压引流液呈黑褐色,约300 mL/d,置管后3~5 d胃肠减压引流液逐渐减少,颜色变清,遂予以佳维体80 mL/h持续经空肠营养管滴入,待肛门通气排便,肠道功能恢复后拔出空肠营养管,口服少许清水进行观察,无不适后再进食米汤、蔬菜汁、果汁等无渣纯流质饮食,每次50~150 mL,每2~4小时1次;协助患者坐立位进食,进食后至少20 min再平躺,并观察有无腹痛、腹胀、腹泻、发热等不适;第3天开始进食半流质饮食,如稀粥、面条、瘦肉粥、蒸蛋等;注意少食多餐,忌油炸、辛辣食物。术后2周开始进食少纤维、容易吸收的软食,注意细嚼慢咽,同时增加水分摄入量;忌暴食暴饮,避免进食生冷、硬、辛辣刺激食物;出院后由软食逐步过渡为正常饮食。

2.2.11 术后健康宣传教育 术后责任护士需加强患者健康宣传教育工作,使患者保持积极乐观的心态,合理安排康复锻炼及休息时间,加强营养,根据医嘱服用抗凝药物,定期到医院检测凝血象及INR,嘱其一旦出现咽痛、发热、乏力、咳嗽、咳痰等感染症状,及时就诊。教会患者自我保健方法:(1)保持正确坐姿,当身体直立或座位时,胸骨应尽可能挺起,将两肩稍向后展,早期这种姿势可能不适,要尽量坚持,以免以后挺胸站立时,胸部有勒紧的感觉。(2)两上肢水

平上抬:练习双上肢水平上抬,既不影响骨骼愈合,又使上肢肌肉保持一定张力,避免肩部僵硬,出院后 1 个月内,每天坚持做 2 次。

3 结 论

贲门失弛缓症是因肠肌神经丛节后抑制性神经元的缺失,因而一氧化氮及血管活性肠多肽释放缺失,导致食管下段括约肌松弛功能下降^[8]。目前临床主要采用肉毒杆菌毒素注射、胃镜下支架植入术、经口内镜下肌切开术、内镜下治疗、气囊扩张术等治疗手段。外科手术后出现贲门失弛缓症的并发症极其罕见,目前通过万方数据库及 Pubmed 数据库检索到的文献仅有极少的个案报道:AGGARWAL 等^[9]曾于 2009 年报道了 1 例胸腹主动脉瘤腔内隔绝术后出现吞咽困难的贲门失弛缓症,该患者最终接受内镜下注射肉毒杆菌毒素治疗后好转。KAHLBERG 等^[10]也于 2017 年报道了 1 例 60 岁男性在接受双肺移植术后 3 个月出现贲门失弛缓症,未经任何治疗,术后 2 年自行好转。但是该病病因不明确,按照公布的指南更是被认为“不治之症”。但上述文献报道的 2 例及本研究患者均最终好转,由此推测,随着术后时间的推移,全身情况的纠正,术后并发贲门失弛缓症的情况可能会自行好转。

但对该并发症的识别至关重要,就本例患者而言,之所以反复发生心力衰竭,感染长时间得不到控制,是因为未找到正确的感染源,医护人员初期按照常规思维误以为是气管插管后的刺激所致吞咽困难、恶心、呕吐,未给予对症处理,而且由于术后贲门失弛缓症的罕见,未联想到该病的发生;以致患者食物残渣腐烂,加重感染,增加了心力衰竭的发生率,增加患者痛苦,延长住院周期。但在护理过程中,及时发现了患者病情的动态发展,引起重视,经过调整诊疗思路后的一系列检查和积极治疗,最终化险为夷。由此

• 案例分析 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.02.049

1 例 G6PD 缺乏症溶血患儿血涂片出现泡红细胞、海因小体、咬红细胞的报道

谢祖林,蓝秋星,黎华连,张莹桃,欧红娟
(广西壮族自治区柳州市人民医院检验科 545006)

关键词:G6PD 缺乏症; 溶血; 红细胞形态

中图法分类号:R720.5

文献标志码:C

文章编号:1672-9455(2019)02-0285-03

葡萄糖 6-磷酸脱氢酶(G6PD)缺乏症是南方地区一种最常见的酶缺陷性溶血性贫血,发病可因食入蚕豆和某些药物等因素引起的急性溶血性贫血,合并红细胞形态学改变,如出现泡红细胞、海因小体、咬红细胞等,但这些形态学改变临床上鲜有报道。本研究发

可见在对患者曲折漫长的治疗经过中,临床护士的悉心照顾和对病情的密切监测,对促进患者康复有时可以起到决定性的作用。

参考文献

- [1] 李峰,高伟.二尖瓣置换术治疗风湿性心脏病 45 例分析[J].新疆医学,2012,42(8):69-71.
- [2] 薛金贵,李芹,王肖龙,等.中西医结合治疗风心病二尖瓣置换术后心衰临床观察[J].中国中医急症,2011,20(3):375-376.
- [3] 余茂生,洪浪,盛国太,等.二例风心病换瓣术后并发急性冠脉栓塞的救治[J].江西医学院学报,2004,44(1):60-60.
- [4] 张美琪,顾小红,张丽美.心脏瓣膜置换术后呼吸机治疗期间的监护[J].护士进修杂志,2008,15(23):1408-1409.
- [5] 蒋文英.肝脏移植术后动、静脉管道的术后护理[J].中国实用护理杂志,2007,23(9):36-37.
- [6] 王春生.《2014 心脏瓣膜病患者管理指南》外科治疗更新解读[J].浙江医学,2014,10(20):1671-1673.
- [7] 王美玉,葛志华.风心病双瓣膜置换术的监护[J].河北医学,2001,12(23):958-959.
- [8] 康雪兰,张学彦.贲门失弛缓症的内镜下治疗进展[J].胃肠病学和肝病杂志,2013,22(5):475-477.
- [9] AGGARWAL P, BANSAL V, AGGARWAL N, et al. The case of self-resolving type III achalasia after bilateral lung transplant[J]. Neurogastroenterol Motil, 2017, e13048.
- [10] KAHLBERG A, MARROCCO-TRISCHITTA M M, MARONE E M, et al. An unusual case of dysphagia after endovascular exclusion of thoracoabdominal aortic aneurysm [J]. Journal of Endovascular Therapy, 2009, 16(2):238-242.

(收稿日期:2018-06-24 修回日期:2018-09-11)

现 1 例 G6PD 缺乏症因服用药物发生急性溶血而 G6PD 检测结果正常,但红细胞发生形态学改变者,现报道如下。

1 临床资料

患儿,男,2 岁零 9 个月,因发热、流涕 2 d,面色苍