

※内科护理

# 1例人工瓣膜布鲁菌感染心内膜炎患者的护理

黄 芳,邵燕茹,元芳彬

(广东省人民医院 广东省医学科学院 综合二区,广东 广州 510010)

**[摘要]** 目的 总结1例人工瓣膜布鲁菌感染心内膜炎患者行内科治疗的护理经验,以供临床护士参考。方法 密切观察患者病情变化,及时处理危急值报告,预防栓塞、出血的发生,做好隔离措施,实施睡眠干预,对药物不良反应的及时处理等。结果 患者病情得到控制、症状缓解出院。微信随访8个月,患者均能执行联合、足量、规范、足疗程的抗菌药物治疗,无并发症及严重的药物不良事件发生。结论 护理上加强隔离,密切观察患者病情变化,及时处理危急值报告,预防栓塞、出血的发生是提高治疗成功的关键。

**[关键词]** 人工瓣膜;布鲁菌,心内膜炎,护理

**[中图分类号]** R473.54 **[文献标识码]** B **[DOI]** 10.16460/j.issn1008-9969.2019.20.049

人工瓣膜感染性心内膜炎是心脏瓣膜置换术后严重的并发症,占感染性心内膜炎的20%,年发病率为0.3%~1.2%,具有较高的发病率和死亡率<sup>[1]</sup>。临床上绝大多数人工瓣膜感染性心内膜炎的致病菌为葡萄球菌,其次为链球菌,真菌和支原体也是潜在的致命性致病菌。布鲁菌感染引起心内膜炎是布鲁菌病的一种少见并发症,其发生率很低,病情重,病死率高。而人工瓣膜布鲁菌心内膜炎病例更为罕见,但破坏性强,死亡率高<sup>[2]</sup>。目前我国有布鲁菌感染性心内膜炎护理的报道较少。本院2018年4月收治1例行心脏换瓣手术后,在2年内发生了3次严重的并发症:2次人工瓣膜感染性心内膜炎,1次人工瓣膜布鲁菌心内膜炎的患者,现将内科治疗护理体会报道如下。

## 1 病例简介

1.1 一般情况 患者,女,37岁,无明显诱因反复低热伴乏力,下肢小腿肌肉疼痛,心脏杂音等症状。本医院检查血需氧菌+真菌培养结果提示为羊布鲁氏菌;超声心动图结果:主动脉瓣人工机械瓣,开放正常,主动脉瓣左室流出道面见絮状低回声飘动,表面毛糙,大小6.4 mm×3.3 mm。超声提示:感染性心内膜炎,主动脉瓣人工机械瓣赘生物形成,于2018年3月30日步行入院治疗,入院时体温、呼吸、脉搏、血压正常。患者既往有风湿性心脏病,2016年3月,在当地医院行主动脉瓣、二尖瓣机械瓣置换术。2016年8月,在当地医院诊断为感染性心内膜炎住院,予哌啦西林钠舒巴坦抗感染治疗4周后出院。2016年12月,在本医院住院,诊断为人工机械瓣感染性心

内膜炎伴赘生物形成,心外科会诊无干预指征,仙必他抗感染治疗8周,予出院。2017年下半年患者曾经从事过皮革加工手工工作半年。

1.2 治疗及预后 按世界卫生组织推荐的标准治疗方案及疗程治疗,采用利福平联合多西环素分散片抗感染住院治疗2周,同时华法林抗凝治疗,患者经过抗感染、抗凝、护胃和护肝等对症处理后,症状缓解出院。出院后继续维持原治疗方案,每月回院复诊,定期复查血培养、心脏彩超、凝血指标、肝肾功能,微信随访8个月,恢复良好。

## 2 护理

2.1 控制传染源,切断传播途径 布鲁氏杆菌可经消化道、呼吸道、黏膜等多种途径传播,为二类传染病,传染源主要来源于患者<sup>[3]</sup>,患者住院期间给予单间隔离,床边挂隔离标识,医护人员做好标准预防,各项护理集中操作,进入和离开房间、接触患者血液、体液和被污染的物品后用快速手消毒液消毒并流动水下洗手。患者接触的物品专人专用(如体温计、血压计、听诊器、餐具等),患者产生的生活垃圾、医疗废物及污被服,均双层黄色医疗垃圾袋装入,注明感染性垃圾。患者排泄物、分泌物用2%的健之素消毒液浸泡1h倒入下水道,房间内的桌椅、病床、地面用2%健之素消毒液擦拭,2次/d,早晚开窗通风各1次。同时限制家属探视。

2.2 栓塞并发症风险的预防与动态评估 人工瓣膜布鲁菌心内膜炎多易发栓塞事件且破坏性强<sup>[2]</sup>。患者B超提示:主动脉瓣人工机械瓣赘生物形成,见絮状低回声飘动,存在赘生物脱落的可能。床边重点观察意识、肢体活动、皮肤温度等情况,监测生命体征,1次/4h,动态评估患者有无出现:意识改变、偏瘫、失语、感觉障碍、肢体剧痛、局部皮温下降、动

[收稿日期] 2019-05-08

[作者简介] 黄 芳(1972-),女,湖南郴州人,本科学历,主管护师。

脉搏消失、腰痛等症状。指导患者卧床休息及床边慢步活动,避免剧烈运动或突然改变体位,出现异常及时报告。床边备急救车、除颤仪、呼吸气囊等急救物品应急。患者住院期间,生命体征平稳,没有出现突发病情变化,院内院外均未出现赘生物脱落栓塞并发症的发生。

2.3 睡眠指导 低质量的睡眠会导致机体活动能力减弱,诱发心律失常、心力衰竭等高危疾患<sup>[4]</sup>。患者入院时采用了匹茨堡睡眠质量指数量表评估,总分6分,睡眠效率是82.35%,睡眠质量较差,其主要原因:病情长,反复入院,担心疾病的治疗及预后,入睡困难、易醒。对其进行个性化睡眠干预。

2.3.1 心理护理 关心、体贴、多巡视患者,主动向患者及家属介绍布鲁菌病及布鲁菌感染心内膜炎的相关知识,预防措施,讲解治疗方案中抗菌药物的作用、疗程、使用方法、长期联合用药的重要意义,服药过程中可能会出现不良反应及应对措施,药物治疗费用,每日发放住院费用清单等,让患者感觉到护士随时都能提供帮助,减轻其担心、烦躁等不良情绪。

2.3.2 睡眠时间合理安排 与患者一起制定作息时间表:6:50起床,13:00-14:00午休,晚上22:30上床睡觉。白天进行活动,如看电视、收听广播、手机聊天、病房内散步等,保持白天自然清醒状态,促进夜间睡眠。

2.3.3 睡前护理 睡前进行(22:00-22:30)躯体扫描冥想指导:患者平躺于病床上,双手自然放于腹部,闭目呼吸进入冥想状态,感觉吸入体内的空气慢慢飘起,且逐渐变暖,达到头部时温暖得让人陶醉。温暖笼罩整个头部。影响睡眠的活跃因子在温暖气体的“抚摸”下渐渐平静下来,进入睡眠状态,一个个的活跃因子仿佛打着细微的鼾声……头部随即放松下来。然后温暖的气体在体内慢慢向下游走。依次扫描躯体每个部位,温暖气体所到之处均得到放松且一直保持,直到全身完全放松。每次10~15 min。放松完成后直接准备睡眠。

2.3.4 营造舒适的睡眠环境 控制病房的温度、湿度和光线,夜间查房时做到四轻,减少噪音的来源。经过2周时间干预,患者出院时睡眠质量指数总分4分,睡眠效率是86.24%。

2.4 用药指导与监测 患者长期使用多西环素和利福平抗感染,同时服用华法林抗凝治疗,华法林易受到药物与食物的影响,治疗安全窗窄,华法林与利福平合并使用时,华法林剂量增加可达到数倍<sup>[5]</sup>,因此在服药过程中,密切监测INR值,观察患者是否有出现服用华法林时的出血,不服用华法林时的血栓性卒中<sup>[5]</sup>,及时发现华法林不良反应事件的发生。患者住院期间出现3次凝血指标报危急值,立即报告医生,调整华法林用量,通过对皮肤黏膜、牙龈、尿、消化道等方面的观察,患者未出现华法林不良反应事件的发生。

2.5 院外监督与管理 医护人员通过微信在线随访干预,主要内容有:饮食指导;药物服用;各项指标定期检测(凝血指标、肝肾功能等);自我症状的监测;疾病相关预防等。督促患者规律服药,患者自我症状监测,抽血结果及时反馈在微信上,使患者在不同时间,不同地点接受到针对自身问题的指导和教育。在医护微信的监督和管理下,患者能有效干预自己的行为,及时处理轻度的不良反应,没有出现擅自停药,或随意增减药量,华法林剂量及时调整,按时服药,定期复诊,效果良好。

#### [参 考 文 献]

- [1] 张静静,张金国,杜艳艳.风湿性心脏瓣膜病瓣膜置换术后并发感染性心内膜炎一例报道并文献复习[J].中国全科医学,2017,20(19):2423-2425.
- [2] 黄成功,舒礼良,黄辰,等.人工瓣膜布鲁菌心内膜炎的临床分析[J].中华胸心血管外科杂志,2016,32(2):104-105. DOI:10.3760/cma.j.issn.1001-4497.2016.02.010.
- [3] 唐彩平,孟雷.一例布鲁氏菌感染心内膜炎的警示[J].中国实用护理杂志,2015,10(31):142.
- [4] 王雪梅.护理干预对心内科住院患者睡眠质量的影响[J].现代诊断与治疗,2015,26(11):2638-2639.
- [5] 檀慧杰,石伟龙,胡永芳.1例利福平与华法林相互作用的案例报道及文献分析[J].中国药理学杂志,2015,50(6):550-553.

[本文编辑:陈伶俐]