

溶栓加经皮冠状动脉支架植入术治疗急性心肌梗死

32 例护理体会

刘丽华 胡艳原玲 (山东省立医院 山东济南 250021)
刘晓华 房秋霞

2002 年 9 月~2003 年 12 月,我们对 32 例急性心肌梗死(AMI)患者行溶栓加经皮冠状动脉支架植入术(PTCA),效果满意,现将护理体会报告如下。

临床资料:本组男 21 例,女 11 例;年龄 38~62 岁,平均 50 岁,合并糖尿病 4 例、高血压 17 例;前壁心梗 16 例,下壁心梗 9 例,下后壁心梗 7 例。本组入选标准为持续胸前区疼痛 ≥ 30 分钟,含化硝酸甘油后不缓解;心电图有相邻两个导联 S-T 段明显呈弯背向上抬高与 T 波形成单向曲线;实验室检查 CK-MB、TnT 升高至正常值的 2 倍。排除标准:心源性休克或血压 $>160/100\text{mmHg}$,不能控制;年龄 >70 岁;2 周内无活动性出血;疑有主动脉夹层;有出血性疾病;感染性心内膜炎;严重肝肾功能障碍;血小板计数 $<100 \times 10^9/\text{L}$ 或伴活动性胃肠道溃疡;有脑出血病史或半年内有脑梗病史。患者入院后均予常规治疗,吸氧、心电监护、每半小时记录 18 导联心电图;阿司匹林 300mg 嚼服,肝素 500U 静推及艾通立 10mg 静推,其后予艾通立 90mg 静滴(前 50mg 30 分钟滴完,后 40mg 90 分钟滴完)。静脉溶栓的同时急性行经皮冠状动脉支架植入术。术中患者平卧,常规皮肤消毒,铺洞巾,1%利多卡因局部麻醉,穿刺股动脉成功,置入 7F 股动脉鞘,肝素 3000U 注入,在导引钢丝保护下,将冠脉造影导管置入左右冠脉开口;根据造影结果,对相关病变进行干预。选择合适指引导管,置入相关冠脉开口处,补充普通肝素 7000U,送入指引导丝(0.014" \times 175cm),通过病变处,达血管远端,选择 2.0mm \times 20mm 高压球囊扩张狭窄处,置入及释放支架。造影结果满意,依次撤出球囊、导丝及指引导管,结束手术。结果从入院到冠脉开通时间为(78.6 \pm 15.3)分钟,再通率 100%,住院期间再发心肌梗死 1 例,死亡 1 例。

溶栓治疗的护理:密切观察患者神志、面色、血压、心率变

化以便及时发现早期出血征象(皮肤粘膜、牙龈等),同时观察患者症状缓解情况,以判断冠脉开通与否及是否发生心梗并发症,以及病情演变情况。

PTCA 术的护理:①术前护理:以浅显易懂的语言向患者及家属讲明治疗的必要性和可能出现的并发症,以缓解其紧张情绪,配合治疗护理。②术中配合:患者术中始终处于清醒状态,应不断给予心理支持,增强患者治疗疾病的信心,同时密切观察其生命体征变化。③术后护理:a. 将患者安置于 ICU 病房,给予吸氧、心电监护,若心率 >100 次/min 或 <50 次/min 或血压过低,可能为循环衰竭、泵衰竭以及腹膜后血肿血容量不足所致,应调节输液速度,补充血容量,鼓励患者多饮水,并给予相应的血管活性药物治疗。询问患者有无胸闷、胸痛,发现异常及时通知医生进行处理。b. 术后患者应保持仰卧位,术侧肢体伸直,以防止鞘管扭曲或断裂。术后测定全血凝固时间 <180 秒,一般术后 4 小时拔管,拔管时可用利多卡因局部麻醉,以免因疼痛反射性的兴奋迷走神经,引起血压下降、心率减慢,拔管时要备好抢救物品及药品。c. 切口处采用绷带 8 字法包扎,局部沙袋压迫 6 小时,平卧 24 小时,术侧肢体制动 12 小时,防止出血。密切观察伤口局部有无渗血、血肿、淤血及足背动脉搏动情况。d. 尽量不做肌肉注射,以免引起皮下血肿。术后为防止血栓形成,予肝素 50mg + 生理盐水 50ml,每小时 3~4ml 微量泵注入,维持 48~72 小时。用药过程中 4 小时监测 1 次凝血指标,据检查结果调整肝素用量;注意观察皮肤、牙龈有无出血。

康复期护理:向患者讲解冠心病的有关知识、治疗及护理方法、注意事项,嘱患者戒烟、戒酒、合理饮食、控制血压,监测血糖及血脂,遵医嘱服药,定期复查,适度活动。

(2004-04-28 收稿)

80 例癫痫患儿脑电图结果分析

陈秀英 张爱萍 张传英 张磊 (山东省立医院 山东济南 250021)

2000 年 5 月~2003 年 5 月,我们对 80 例癫痫患儿行脑电图检查,现将结果分析报告如下。

临床资料:本组 80 例患者中男 50 例,女 30 例;年龄 6 个月至 12 岁,平均 8.5 岁。按癫痫发作的国际分类,本组部分或

局限性发作 26 例,其中简单部分性发作(包括植物性发作)16 例,复杂部分性发作 10 例;全面性发作 45 例,其中强直-阵挛发作 30 例,失神发作 15 例;婴儿痉挛综合征 9 例。均采用丹迪 PL270 型脑电图仪行脑电图检查,电极安放按国际通用的

10/20系统。用单、双极描记,3岁以下不合作者口服10%水合氯醛于睡眠状态下记录,合作者做过度换气诱发试验,纸速3cm/s,滤波30Hz,灵敏度1cm=100 μ V。按《临床脑电图学》(黄远贵主编,陕西科学技术出版社)制定的标准,本组患者正常脑电图14例;异常66例,其中轻度异常23例,中、重度异常43例。异常脑电图表现为:①基本节律: α 波指数减少,不规则,波幅下降,频率变慢。②痫样放电:棘波、尖波、棘-慢综合波、多棘-慢综合波、尖-慢综合波。③局灶性慢波增多,波幅升高。④慢波中间伴有散在性尖波、棘波、尖-慢综合波、棘-慢综合波。脑电图中可见一种以上异常波,过度换气后异常波不同程度增加。

讨论:癫痫的诊断主要依靠临床表现和脑电图的痫样放电。癫痫患者在临床发作间歇期,很少有特征性体征,而脑电图能够在此期间查获异常的脑生物电现象,故对癫痫的诊断有重要价值。脑电图的痫样放电,即棘波、尖波、棘-慢综合波、多棘-慢综合波、尖-慢综合波与慢波爆发有助于确诊癫痫,但

是脑电图正常并不能完全排除癫痫。据统计,5%~20%的癫痫患者脑电图表现为正常。脑电图诊断的灵敏度取决于诸多因素,如发作类型、发作频率、是否应用抗癫痫药物及描记时机等。为了进一步提高脑电图诊断癫痫的灵敏度,我们体会应注意以下几点:①详细询问病史。对疑为癫痫患者,描记时间一定要长(>20分钟),尤其是对脑电图正常者,时间越长越利于痫样放电的检出。②合作的患儿,均要做过度换气诱发试验,以暴露其潜在的异常电活动或使原来的异常电活动变得更加明显,必要时休息3~5分钟再次检查。③脑电图检查过程中应密切观察患儿情况,尤其是做诱发试验时应备好急救药品及抢救器械。若遇临床发作,但患儿无窒息及摔伤危险时,可不中断记录(失神小发作更能提高痫样放电的检出);若遇大发作,应立即除掉电极,使患儿平卧,保证呼吸道通畅,防止舌咬伤,同时密切观察患儿意识、呼吸、肢体抽搐等情况,刺激人中、内关穴,给予紧急处理。

(2004-03-17 收稿)

243 株真菌感染菌株的耐药性分析

王 慧 (濮阳市安阳地区医院 河南安阳 455000)

随着抗生素、免疫抑制剂及侵入性诊疗措施的广泛性应用,深部真菌感染呈逐年上升趋势,耐药菌株也随之增多。2003年1月~2004年1月,我们对本院分离的243株真菌进行了菌种及耐药性分析,现报告如下。

资料与方法:检测标本主要来自呼吸内科、老干部科、ICU病房及其他科室送检的痰、粪便、分泌物、胸腹水、血液等。将标本接种于沙保弱培养基(胸腹水、脑脊液及血液标本注入复星双相培养瓶中,置35℃温箱孵育,阳性者转种于沙保弱培养基,阴性者盲传)35℃培养48小时后出现酵母样菌落,涂片革兰染色镜检证实为酵母样真菌后,按真菌鉴定的操作程序(全国临床检验操作规程第2版)鉴定。用无菌生理盐水0.3~1ml配成4号麦氏管浓度的菌悬液备用;真菌药敏板为康泰生物技术公司提供的真菌MIC显色药敏测定板

(FunGus-7),取真菌培养液1瓶,真菌药敏板1块,先取100 μ l培养液滴于药敏板阴性对照孔(NeG孔),然后取100 μ l配好的菌悬液加入培养液中混匀,分别取100 μ l加入药敏板其余各孔中,35℃培养7~10小时,每孔各加显色剂1滴;35℃温育10分钟后肉眼观察结果,淡蓝色为耐药,紫红色或淡紫色为敏感。进行药敏试验的药物包括:5-氟胞嘧啶(5-FC)、两性霉素B(AMB)、制霉菌素(NYT)、咪康唑(MIC)、酮康唑(KET)、益康唑(ECO)、氟康唑(FLU)。质控菌株(白色念珠菌ATCC14503、热带念珠菌ACTT14085)购于河南省临床检验中心。

结果:243株真菌标本来源及种类见表1,对7种抗真菌药物的耐药性见表2。

表1 243株真菌标本来源及种类

标本	真菌种类(n)							合计(%)
	白色念珠菌	热带念珠菌	克桑念珠菌	滑球拟酵母菌	副秃发念珠菌	皮托球拟酵母菌	高里念珠菌	
痰	156	18	2	1	1	0	0	73.3
粪便	10	11	1	1	1	0	0	
尿液	12	5	2	1	0	1	1	
分泌物	4	2	1	0	1	0	0	
咽拭子	2	1	1	1	0	0	0	
胸腹水	1	1	0	0	0	1	0	
胆汁	1	1	0	0	0	0	0	
血液	1	0	0	0	0	0	0	
合计(%)	76.9	16.0	2.8	1.6	1.2	0.8	0.4	