

3.3.1 饮食护理 健康的饮食是控制糖尿病的基础,目前国际上推荐的糖尿病健康饮食为低脂、高碳水化合物,同时注意摄入蔬菜、水果、谷物、豆类蛋白和水。有研究显示^[3],每日摄入 >50 g 的纤维素可使血糖水平降低 10%。众多调查显示,我国糖尿病患者的健康饮食行为并不令人满意。日均饮食总热量存在不足或过多的情况,并且三营养素比例不合理现象十分严重。因此教会患者做到以下几点:能估算碳水化合物的量;在同一类食物中,能够按热量进行食物替换;与专业的医护人员或健康教育者一起制定饮食计划,合理分配三餐热量和营养成分;在假日、外出或生日时,能遵守糖尿病饮食原则;外出就餐时能仔细阅读食物成分表,进行热量换算;按时进餐尽量避免推迟用餐时间。

3.3.2 运动指导 合理的运动能改善血糖和血脂水平,并能减轻肥胖和胰岛素抵抗。有氧运动是最佳的运动方式,如散步、慢跑、游泳等。运动原则是适量、经常性和个体化,每日不少于 30 min,每周 5~6 次。运动时需根据检测结果调整饮食和运动量,注意保护足部,携带药物卡片、糖果,防止发生意外。患者与医务人员共同制定具体的运动计划,并通过家属进行督导,持之以恒^[4]。鼓励患者进行规律的体育锻炼、保证充足的睡眠,通过深呼吸、冥想、瑜伽、太极、肌肉放松等,缓解心理压力。

3.3.3 用药护理 治疗技术的原理是从根本上修复患者的免疫系统,一般在治疗 2~3 个月内可见到疗效,因此患者的用药方案开始不变,随着观察时间的延长,会逐渐减量;教育患者按照医嘱规定的药物、剂量、频率和使用方法。明确药物的作用、副作用及处理方法,根据监测结果调整药物剂量、饮食、运动,能预防、识别并处理药物相关的低血糖反应等。

3.3.4 自我监测 根据监测结果指导患者调整饮食、运动、用药方案,长期自我监测能有效降低并发症,因此应加强糖尿病患者的自我监测教育,充分发挥自我监测对糖尿病控制的作用。

3.3.5 生活习惯 吸烟是糖尿病发生的独立危险因素,两者之间存在剂量反应关系,且吸烟能够促进糖尿病患者发生心血管疾病、糖尿病肾病、肺功能损害及足部溃疡。美国糖尿病教育者学会提出,糖尿病患者应积极戒烟以减少危害因素。让患者学会自我心理调节、放松,减少精神和心理压力。糖尿病患者易产生各种心理问题,其抑郁症的发病率是正常人的 3 倍,焦虑的发生率也高于普通人群^[5]。糖尿病患者并存焦虑与抑郁,可通过神经内分泌系统相互影响,导致血糖控制不良。

4 小结

治疗是否成功,护理是关键的因素之一。不仅要重视心理护理、饮食管理、运动管理,还要针对不同患者不同时期的特点进行护理,提高护理质量,减轻患者痛苦,保证整个治疗过程顺利成功。经脐血多能干细胞教育后,糖尿病患者免疫细胞的改变是全方位的,从细胞膜到细胞质乃至细胞核基因的调控都发生了一系列的变化。这项技术具有独特优势,为封闭系统、自体细胞,无需配型、无排斥反应,整体调节和平衡免疫,操作方便,值得临床推广。

参考文献

- [1] 莫孙淑冰,廖进芳,刘均娥.与患者沟通的重要技巧—同感心[J].中华护理杂志,2004,39(5):396-398.
- [2] 何春桂,蔡玉兰,陈顺珍.自体外周血造血干细胞移植治疗恶性血液病及实体瘤 21 例临床护理[J].齐鲁护理杂志,2008,23(14):55-56.
- [3] 陈名道,李荣英.糖尿病饮食治疗的若干不同观点[J].中华内科杂志,2005,44(10):791.
- [4] 王冬梅,董霞,孙淑英,等.2 型糖尿病遵医行为现状调查[J].护理研究,2004,18(7):1151-1154.
- [5] 鲜雪梅,楼青青,朱君亚.糖尿病患者健康行为的研究现状[J].中华护理杂志,2011,46(7):722-723.

本文编辑:谭峰 2012-04-10 收稿

外周造血干细胞移植 6 例临床护理

金燕,王建虹

(山东省立医院 山东济南 250021)

中图分类号:R473.5 文献标识码:B DOI:10.3969/j.issn.1006-7256.2012.28.058 文章编号:1006-7256(2012)28-0095-03

2009 年 12 月~2010 年 12 月,我们对 6 例行造血干细胞移植患者给予积极治疗和精心护理,效果满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组行造血干细胞移植患者 6 例,均为男性,年龄 7~52 岁,平均 32 岁。其中小学 2 例,初中 1 例,高中 1 例,大专及以上 2 例;多发性骨髓瘤(MM)4 例,行自体造血干细胞移植;急性淋巴细胞白血病(ALL)2 例,行异基因造血干细胞移植。

1.2 方法 ①自体移植预处理方案是使用美法仑。②异基因造血干细胞移植预处理方案:白消安+环磷酰胺(BU+万方数据

CY)。其中预防移植物抗宿主病(GVHD)采用环孢素 A(CSA)+短程甲氨蝶呤。

2 结果

本组患者均在无菌层流室度过了无细胞期,平均 30 d 出仓。在整个移植后造血功能恢复期未出现败血症、肺炎、出血性膀胱炎、肝静脉闭塞症等,所有患者复查血常规、骨髓象完全正常达到临床治愈。

3 护理

3.1 术前准备 ①层流室:彻底清洁、打扫层流室,使用 1:2 000 氯己定擦拭地面、墙壁和房间 2 遍,清洗更换通风口的

过滤网;使用 1% 过氧乙酸 20 ml/m² 喷雾进行空气消毒,密封 12 h 后进行空气细菌培养,经细菌学检测符合无菌层流室 100 级要求后患者方可进入;每日用 1:2 000 氯己定擦拭每个层流室,擦拭顺序为 100 级、10 000 级和 100 000 级;每日更换隔离衣帽子与口罩,消毒、更换拖鞋,若有污染及时更换,每进出一次更换脚套。②患者:指导患者入室前修剪指、趾甲、理发,口服肠道不吸收抗生素,减少肠道内自身菌群感染;使用 1:5 000 氯己定 50 ml 药浴 30 min,水温 38~45℃;反复擦拭腋窝、肛周、腹股沟等皮肤皱褶处,更换无菌病号服、鞋、口罩后,使用无菌大单包裹进入无菌室。③物品:患者入室后所用的物品均需高压灭菌处理,不能高压灭菌的使用环氧乙烷灭菌。

3.2 饮食护理 指导患者无菌饮食,进食清淡、易消化食物;指导患者家属选择新鲜绿色蔬菜、海鲜和肉类,保持菜板清洁;使用微波炉加热 3~5 min,护士接触食物时,戴无菌手套保持食物清洁。

3.3 皮肤护理 ①眼鼻部护理:每日给予患者氯霉素和利福平滴眼液,交替使用;红霉素膏涂抹鼻腔部,并延长至移植后 6 个月。②口腔护理:患者发生口腔黏膜炎的主要原因有:粒细胞减少造成局部感染;破坏口腔黏膜表面;预处理阶段造成直接损伤;整个消化道受到刺激而引起疼痛^[1]。患者积极配合护士进行口腔护理,加强自我漱口意识。指导患者每日使用 5% 碳酸氢钠溶液和益口漱交替漱口,停留 2 min,4 次/d,预防溃疡发生或减少继发感染,坚持使用至移植后 3 个月;指导患者血小板为 $2.0 \times 10^9/L$ 时,使用软毛刷牙。③肛周护理:指导患者每次大便后使用 1:2 000 氯己定清洗肛周,然后涂莫匹罗星软膏;每日 0.05% 碘伏水坐浴,因碘在溶液中逐渐释放,可氧化细胞质的活性基因,作用强而快,对细菌、芽孢、真菌、病毒等都有杀菌作用,且碘伏对皮肤黏膜无刺激性,有明显的收敛作用,能迅速减少创面的脓性分泌物,在表面形成一层保护膜不易被尘埃再次侵入,起到保护作用^[2,3]。

3.4 置管护理 ①定时换药:锁骨下静脉插管使位于上腔静脉,妥善固定,保证大剂量化疗药安全、准确、及时、有效的输入,同时保护周围静脉。置管后每天换药 1 次,3 d 后改为隔日换药 1 次。换药时先使用 0.5% 碘伏消毒 3 遍,然后 75% 乙醇脱碘 3 遍,插管中心 1 cm 处不需脱碘。碘伏是一种广谱、高效、无毒的新型消毒剂,能缓慢、持久的释放有效碘,达到杀菌作用^[4]。②处理渗血、渗液:置管处若有渗血可加敷藻酸盐吸收渗血,促进局部愈合;有红肿、渗液时可加用德湿银,德湿银采用金属银的缓释原理,无细胞毒性,可杀灭所有的致病微生物,持续作用 3~4 d。③保持管路通畅:每隔 6 h 使用生理盐水脉冲式冲管 1 次。本组患者平均置管 40 d,未出现堵塞、脱管、药液外渗及局部感染等症状,拔管后细菌培养均阴性。

3.5 预处理注意事项 各种化疗药物遵循现用现配,无菌操作,剂量准确原则。①美法仑:输注美法仑前静脉注射 5 mg 地塞米松,从配置到输毕时间应 < 1.5 h。从输液开始前 10 min 至结束 3~4 h 给予冰盐水含漱,注意观察患者有无过敏反应。本组患者仅有 1 例舌系带处出现 1 处米粒大小溃疡,给予华素片含化 2 d 愈合。②CY:输注 CY 前 3 h 至输入后 24 h,匀速输入大剂量液体,按时给予美司那、呋塞米、碳酸

氢钠溶液碱化尿液,使 pH 值维持在 6.8~7.5;同时鼓励患者大量饮水,督促排尿 1 h 1 次,使尿量保持 250~300 ml/h。

3.6 外周造血干细胞回输护理 若患者血红蛋白 < 70 g/L 或血小板 < $20 \times 10^9/L$ 时,输注浓缩红细胞或血小板悬液。输注前应用 Co60 照射处理,输注时密切观察患者生命体征和输血反应。①自体干细胞回输:注意保持管路通畅,严格执行无菌操作。造血干细胞从 -196℃ 液氮取出后立即放入 37~40℃ 的水浴箱,解冻约 1~1.5 min,以免重结晶对细胞的损害,在 15 min 内回输完毕,使用 20 ml 生理盐水冲洗每个空袋^[5]。②异基因干细胞回输:起始 5 min 内应慢滴,观察患者有无恶心、呕吐、心悸等反应,如无反应可加快输液速度至 80~100 d/min,于 0.5~1 h 内输入。输毕使用生理盐水冲洗空袋,防止干细胞黏附袋中。

3.7 心理护理 患者在一个相对封闭的环境中,没有家属的陪伴,会感到沮丧、孤独、恐惧,护士应在患者入院时介绍环境、移植的流程及注意事项。与患者沟通感兴趣的事情,与其建立共同的语言,了解担心的问题和潜在的问题,及时发现,尽早解决。层流室内配有电视对讲机或通过双层可视玻璃,鼓励患者随时与家属对话,并按患者要求携带杂志、手机、收音机等。

3.8 并发症护理 ①黏膜炎护理:使用甲氧蝶呤预防 GVHD,首次给药必须在干细胞输入 24 h 后,使用灭菌的冰盐水含漱口,输注后应用亚叶酸钙漱口,每天 20 ml。本组患者出现口腔白斑 1 例,加用制霉菌素含化 3 d 好转,5 d 后愈合。②皮疹护理:观察及时记录患者皮肤情况。皮疹分为 4 度。1 度:最早出现在面部、躯干、手掌、足底,有风疹样的皮疹;2 度:皮疹增多出现红皮病,皮肤干燥有脱屑;3 度:全身出现红皮病;4 度:红皮病发生进展,出现水泡和皮肤脱落。若患者皮肤有瘙痒不适,指导其勿抓破,可外敷碘伏银离子敷料。本组患者出现 1 度皮疹 1 例,应用甲泼尼龙 2 d 后治愈。③消化道护理:a. 胃肠道反应:表现为恶心、呕吐、食欲缺乏、腹痛、腹泻等症状,腹泻是主要症状,常为水样便,可有肠黏膜上皮脱落伴有痉挛性腹痛,部分患者发生肠梗阻。密切观察患者有无腹痛、水样便;记录大便次数颜色性状量,及时留取样本行常规和细菌学化验;根据医嘱进行补液,必要时给予肠外营养液。应用化疗药物前遵医嘱给予地塞米松、比立、康泉等药物;化疗时指导患者进食高营养、高维生素、易消化、清淡饮食,保持大便通畅。本组患者均有轻度腹泻、水样便,经口服十六角蒙脱石和调整饮食后痊愈。b. 肝静脉闭塞症:主要表现为肝功能异常,肝脏肿大,腹水,转氨酶升高,黄疸,腹围和体重增加,严重者出现肝坏死。护士应密切观察患者有无腹痛、黄疸、腹水,每天测量体重、腹围 2 次,遵医嘱应用凯时、熊去氧胆酸、丹参酮等。本组患者无 1 例发生肝静脉闭塞症。

参考文献

- [1] 施继敏. 造血干细胞移植相关性口腔黏膜炎的研究现状及治疗进展[J]. 国外医学:输血及血液学分册, 2002, 25(3): 261-264.
- [2] 叶淑珍, 王明珍, 向华. 碘伏治疗四肢皮肤擦伤的疗效观察[J]. 护理研究, 2002, 2(16): 102.

[3] 李素光,任连会. 碘伏的临床应用现状[J]. 护理进修杂志,2004,13(19):75-76.

[4] 达万明,裴雪涛. 外周血干细胞移植[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:98.

[5] 颜霞. 最新血液科临床护理质量安全控制规范与现代护理技术标准工作手册[M]. 北京: 卫生科技出版社, 2008:160.

本文编辑:谭 峰 2012-04-19 收稿

PBMV 后反射性低血压 24 例临床护理

田 洁

(南京市胸科医院 江苏南京 210029)

中图分类号:R473.5 文献标识码:B DOI:10.3969/j.issn.1006-7256.2012.28.059 文章编号:1006-7256(2012)28-0097-02

经皮球囊二尖瓣扩张术(PBMV)是一种介入性治疗技术,系日本心外科医生 Inoue 于 1984 年首创,并在全世界迅速推广和应用^[1]。由于 PBMV 与外科手术相比,具有创伤小、痛苦小、康复快和不遗留手术疤痕等特点,深受患者欢迎,但手术过程中由于各种原因导致的血管迷走神经反射引起的反射性低血压、心率减慢,是一种极其危险的急症,甚至会危及生命^[2]。1990 年 1 月~2010 年 12 月,我们对 24 例 PBMV 后反射性低血压患者给予精心护理,效果满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 PBMV 后反射性低血压患者 24 例,男 9 例、女 15 例,年龄 27~57 岁。均为 PBMV 治疗风湿性心脏病二尖瓣狭窄患者,其中左房间隔 4 例,球囊导管充盈完全阻塞二尖瓣口 4 例,术中即将结束时 10 例,鞘管拔出后 6 例。均发生在术中,表现为突然胸闷、恶心、呕吐、面色苍白、全身大汗、四肢发冷等低血压休克症状。心电监护示:心率迅速减慢,2~5 min 内下降至 30~50 次/min,血压低于 90/60 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa)。

1.2 手术方法 患者平卧于 X 线检查台上,保持脊柱平直。在局麻下行右股静脉穿刺,在 X 线监控下将导丝送入右心房,将穿刺鞘管和穿刺针沿导丝送入房间隔,穿刺成功后将导丝送入左房,撤除鞘管,使用 14F 扩张管扩张房间隔穿刺孔 2~3 次,然后换球囊导管扩张二尖瓣球囊,术毕撤出所有导管。

2 结果

本组 23 例患者在发生反射性低血压后,经阿托品、多巴胺、扩容处理,血压在 60 min 内升至正常,30 min 后心率恢复正常,颜面潮红,生命体征完全恢复,仅 1 例患者在临时起搏状态下完成手术。

3 护理

3.1 术前心理指导 精神过度紧张可增加交感神经兴奋性,促进血液儿茶酚胺的释放,肾上腺素是造成血管迷走神经反射的首要因素。加强术前与患者交流沟通,尽可能解答患者问题,必要时让手术成功者进行现身说法,提高患者对手术的感性认知,解除对手术产生的思想顾虑和恐惧心理,稳定其情绪,必要时使用镇静剂。

3.2 术中护理

3.2.1 避免血容量不足 血容量不足可引起下丘脑-视上核和室旁核神经元分泌血管紧张素,导致血管平滑肌收缩,使

血管对牵拉刺激敏感,易引起反射^[3]。本组 6 例患者因术前禁食时间长,术中出汗多,突然出现烦躁,面色苍白,出冷汗等低血糖反应。因此,对禁食时间 >6 h 的患者,术中给予生理盐水 100~200 ml/h 静脉补液,以维持有效循环血量。保证导管室舒适,调整室内温度,避免患者术中大量出汗导致血容量减少。

3.2.2 避免心率减慢 由于操作时间长,本组 4 例患者在房间隔穿刺时,发生心率减慢、血压下降,考虑为穿刺点位置靠近卵圆孔上方,刺激卵圆孔上方的迷走神经丛所致^[4]。本组仅 1 例患者心率 <40 次/min,血压下降,静脉注射 2 mg 阿托品,无效后立即行临时起搏,患者心率恢复后拔除电极。若患者出现心率减慢,立即提醒医生回抽造影剂,放空球囊,待病情稳定后再进行操作。

3.2.3 病情观察 护理人员应具备良好的专业知识,掌握血管迷走神经反射发生的特征。术中严密观察患者,一旦发生意外立即通知医生停止操作,协助患者去枕平卧位,避免呕吐引起窒息。给予氧气吸入,遵医嘱快速静脉推注阿托品 0.5~1 mg,多巴胺 10~20 mg;若患者 1~2 min 内心率无变化,给予阿托品 1~2 mg,必要时安装临时起搏器。在短时间内大量快速补液,给予多巴胺 100~200 mg+250 ml 生理盐水静脉滴注。本组 4 例患者由于球囊导管进入二尖瓣口受到导管机械性刺激,出现心动过缓、低血压,考虑球囊导管进一步加重原本狭窄的瓣口梗阻,因此首次瓣口扩张时应给予 20~30 ml 造影剂,1~2 s 快速进行,尤其针对重症患者病程长、瓣口狭窄严重、弹性差,左心室萎缩患者^[5]。

3.3 拔管护理 PBMV 使用的导管直径为 14F,术后拔管和局部按压过度均可导致血管迷走神经反射。因此,在拔管前向患者说明拔管方法,采取试验性按压导管,观察患者有无疼痛、心率和血压等变化。对疼痛敏感者,在导管周围给予利多卡因充分麻醉后拔管。拔管动作不易过快及按压力度不易过大,以免血管内压力突然下降,引起患者反射性低血压。

4 小结

二尖瓣狭窄行介入治疗引起反射性低血压和心率减慢,其发展迅速,如不及时抢救,后果极为严重。目前认为血管迷走性抑制性晕厥,即过渡性迷走神经反射,主要发生机制是各种刺激因素作用于皮层中枢和下丘脑,通过增加胆碱能自主神经的张力,引起内脏及肌肉内小血管强烈的反射性扩张,导