1 例绿脓杆菌性角膜溃疡外籍患者的护理体会

严 红 （第三军医大学西南医院眼科，重庆 400038）

［关键词］绿脓杆菌；外籍；护理
［中图分类号］R772.21 ［文献标识码］B ［文章编号］1672-5042(2013)05-0574-02

绿脓杆菌性角膜溃疡是一种潜伏期短、发展迅猛的化脓性角膜感染，多继发于角膜异物剔除术后或戴角膜接触镜后[1]。该病以大范围的角膜溃疡形成及基质溶解为特征，发展速度极快，多可导致角膜穿孔甚至失明，治疗非常棘手[2]。由于眼科病房中多为眼部手术后的易感人群，若对绿脓杆菌性角膜溃疡患者的治疗和护理不当，不仅影响患者的预后，而且还容易引起其他患者的院内感染。因此，正确的治疗和护理尤为重要，而患者的积极配合是取得治疗成功的重要基础，对于外籍患者而言，由于语言、环境、文化的差异使得对其的护理更具特殊性。我科于 2012 年 10 月收治绿脓杆菌性角膜溃疡外籍患者 1 例，经过积极治疗后效果良好，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者，女，23 岁，国籍为捷克斯洛伐克，中文系留学生，到中国 1 月余，无宗教信仰。患者主诉：左眼卡痛、分泌物增多伴视力下降 3 d，既往佩戴角膜接触镜 5 年余，入院专科查体：VOD 0.4，VOS 手动/眼前，光定位准，左眼眼睑中度红肿，结膜混合充血(＋＋)，结膜囊内大量黄脓性分泌物，全角膜混浊水肿(＋＋＋)，中央偏颞侧可见 4×3 mm 大小灰白色环形溃疡灶，深达基质层，余眼内结构窥不清，右眼前后节未见明显异常，行左眼结膜囊分泌物细菌培养明确致病菌为绿脓杆菌。

1.2 治疗方法

患者入院后即取结膜囊分泌物送病原菌检测，之后行 0.9% 生理盐水冲洗结膜囊，冲洗时嘱患者头偏向患侧，从结膜由内向外轻柔地反复冲洗，避免直接冲击角膜。入院后局部给予妥布霉素眼液、加替沙星眼液频繁点眼(30 分钟/1 次)，睡前滴妥布霉素眼膏和加替沙星凝胶，局部使用阿托品散瞳，密切监测病情变化，关注主诉症状、溃疡灶大小、视力及眼压等。

1.3 护理措施

1.3.1 入院护理 外语水平能力较好的护士与患者交流，了解其饮食、生活习惯，满足患者需求，尽量取得对中国医护人员的信任，将入院指导及疾病相关知识翻译成英文版，配合医生将相关注意事项告知患者，对其阅读后不能理解处做好解释。

1.3.2 消毒隔离 按照接触隔离标准布置病房，将患者安置于单人病房，房间内配置专用眼液及速干洗手消毒液，并张贴中文接触隔离标识，眼部局部给药前严格消毒，动作轻柔、严格规范操作，防止交叉污染，指导患者向患眼侧卧休息。

1.3.3 病情观察 密切观察病情，责任护士询问患者的自主症状，记录病情变化，包括全身情况及眼部病情变化情况，如眼部分泌物性状及量的变化、角膜溃疡灶情况等。

1.3.4 心理护理 由于角膜上皮的三叉神经极为丰富，刺激症状严重，患者身处异乡，环境陌生，语言沟通有障碍，故英语口语较好的护士积极与其沟通聊天，了解其需求，并给予安慰，同时定时巡视病房，及时告知其病情、治疗与护理的变化，以减轻患者焦虑等不良情绪，争取其积极配合[3]。

1.3.5 饮食指导 指导患者多食营养丰富、易消化、含维生素 A 丰富的食物，改善膳食营养，提高集体的修复力，促使角膜更好的愈合，同时注意患者以往的饮食习惯，帮助患者翻译食谱、协助订餐。

1.3.6 出院指导 出院前详细讲解药物的用法及注意事项，并译成英文，告知患者定期复查。

2 结果

经过住院期间患者与医护人员的沟通和交流，积极治疗，患者左眼溃疡灶愈合，感染得到有效控制，在院期间患者健眼以及其他病员未发生交叉感染。

3 讨论

绿脓杆菌性角膜溃疡是一类来势凶猛、治疗棘手、预后极差的眼部感染性病变，其临床治疗和护理具有特殊性，由于眼科病房较多为眼部手术后的患者，感染风险高，为防止院内交叉感染，因此对绿脓杆菌性角膜溃疡的患者应采取隔离治疗。每次操作前后应严格消毒手，点眼时动作轻巧，用棉签轻轻拉开下眼睑，避免对眼球施加压力，药液不可直接滴在角膜上以避免对角膜的刺激、损伤。滴药时勿使瓶口触及眼睑及睫毛，以防污染，同时指导患者向患眼侧侧卧休息，避免分泌物溢出而导致眼部交叉感染，眼部给予眼罩遮盖，以防止意外碰撞。减少患者的探视，适当限制患者活动范围，但需解释原因，并取得患者的理解配合。床旁放置专用黄色医疗垃圾袋，使用后的污染物品归类存放，严格按照医疗程序集中消毒处理。

外籍患者中的服务难点包括宗教信仰、饮食习惯、社交礼仪、隐私保护、风俗习惯、就医环境和接待流程等方面，而语言不通是护患间交流困难的首要问题，直接影响病史资料的采集、评估、准确性和主动护理[4]。护理人员的外语水平直接影

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201305062
［收稿日期］2013-06-15 ［修回日期］2013-07-10

响到治疗和护理的质量。针对这些问题应定期开展对护理人员专科知识和操作技能培训,加强其外语学习,提升沟通能力。同时加强多元文化护理理论知识的培训,增加人文社科知识的学习,如不同国籍名族的人文习惯、社交礼仪、饮食文化习俗等多元化护理知识,并将其形成"多元文化护理手册"或局域网络学习平台,以便护士查阅应用用[5]。

外籍患者在住院期间,因语言沟通困难,异国就医,且文化差异,在不同程度上增加患者的陌生感,以及对于医护人员缺乏信任感,都增加了护理方面的困难,因此应该给予个体化的护理,多与患者沟通,了解其需求,尊重其文化习惯,争取患者的积极配合,密切观察患者的病情,同时保持与医师的及时沟通,从而给予患者最佳的医疗服务。

[参考文献]

[1] 蔡敏玲. 绿脓杆菌所致角膜溃疡的护理体会[J]. 广西中医学院学报,2009,12(2):96.
[2] 张丽娟,郝继龙. 绿脓杆菌性角膜溃疡发病机制的研究进展[J]. 吉林医学,2006,27(12):1465 - 1468.
[3] 彭幼清,姚蔓玲,张莉萍,等. 浦东新区外籍患者多元文化护理需求调查及分析[J]. 解放军护理学杂志,2009,26(3B):16 - 18.
[4] 康 英. 多元文化护理中护士容易忽视的问题与对策[J]. 护理学杂志,2007,22(20):13 - 14.
[5] 姜金霞,彭幼清,张晓莉,等. 护理外籍患者中存在问题的调查与分析[J]. 护理管理杂志,2011,11(12):844.

(编辑:杨 颖)

肾脏术后非出血性顽固性低血压 2 例护理

王殿珍,鄢春艳,杨 琴 (第三军医大学西南医院肾科,重庆 400038)

[关键词] 肾脏手术;非出血性;顽固性低血压;护理
[中图分类号] R544.2;R248.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)05-0575-02

经皮肾镜碎石术具有创伤小、操作简单、术后恢复快及并发症少等优点[1];腹腔镜下肾囊肿去顶术治疗肾囊肿具有安全、有效、微创等特点。观察血压是术后患者安全护理的重点。我院 2 例心肺功能良好、术中均无明显出血的患者,分别在左肾经皮肾镜弹道碎石术和后腹腔镜左肾囊肿去顶减压术术后出现低血压 41 d 和 16 d,现将这 2 例肾脏术后非出血性顽固性低血压的护理体会报告如下。

1 资料与方法

病例 1:患者,女,67 岁,因左肾积水、左侧输尿管上段扩张、术前血压 98/68 mmHg,血肌酐 301 umol/L,尿常规白细胞 2 +,于 2011 年 08 月 02 日在全麻下行左肾经皮肾镜弹道碎石术,术中出血仅 20 mL、血压术后予抗炎、止血、补液等治疗,术后 9 h 血压 110 ~ 100/55 ~ 72 mmHg,心率 88 次/分,中心静脉压值为 7 ~ 9 cmH_2O。术后第 10 h,患者体温 38.6 ℃,经对症处理 8 h 后降至 36.9 ℃,未再出现发热。心率 106 次/分;血压降至 64/44 mmHg,此后,在术后 18 d 里,用多巴胺从 2.52 ~ 12.08 $\mu g \cdot kg^{-1} \cdot min^{-1}$,将血压维持在 110 ~ 90/55 ~ 74 mmHg,术后 19 d 增加去甲肾上腺素 0.16 $\mu g \cdot kg^{-1} \cdot min^{-1}$静滴,减少多巴胺 4.52 $\mu g \cdot kg^{-1} \cdot min^{-1}$,术后 25 d 停用多巴胺和去甲肾上腺素,改用间羟胺注射液从 0.63 $\mu g \cdot kg^{-1} \cdot min^{-1}$逐渐减量到 0.13 $\mu g \cdot kg^{-1} \cdot min^{-1}$静滴,术后 41 d 停用间羟胺。

病例 2:患者,女,36 岁,因左侧肾囊肿、术前血压 101/70 mmHg,于 2012 年 6 月 26 日在全麻下行后腹腔镜左肾囊肿去顶减压术和输尿管镜左侧输尿管置入术,术中出血5mL,术后血压 101/51 mmHg,未用升压药,中心静脉压 7 ~ 10 cmH_2O,术后予抗炎、止血、补液等治疗。术后 2 h,血压 88/46 mmHg,医嘱予多巴胺从 1.21 ~ 3.6 $\mu g \cdot kg^{-1} \cdot min^{-1}$静滴 18 h,血压维持在 93 ~ 106/56 ~ 65 mmHg,术后 19 h 后加用间羟胺 0.73μg/kg. min 静滴,减少了多巴胺用量,持续使用多巴胺和间羟胺,分别用量在 1.09 ~ 2.55 $\mu g \cdot kg^{-1} \cdot min^{-1}$、0.29 ~ 0.85 $\mu g \cdot kg^{-1} \cdot min^{-1}$,血压维持在 99 ~ 110/58 ~ 70 mmHg,16 d 后停药。

2 结果

病例 1:在术后 41 d 内,先后使用用多巴胺、去甲肾上腺素、阿拉明等升压药,血压维持在 119 ~ 93/55 ~ 79 mmHg,血肌酐从 356 μmol/L,降到 115 μmol/L,术后 44 d 患者出院。病例 2:在术后早期多巴胺和间羟胺注射液联合用药,血压维持在 99 ~ 110/58 ~ 70 mmHg,患者术后 16 d 出院。2 例患者均无护理并发症。

3 讨论与护理

经皮肾镜弹道碎石术中需要通过输尿管镜灌注大量的生理盐水持续术野进行冲洗,冲洗液大量吸收会加重心脏负荷,还可能造成患者体温下降等,要关注有无心衰和早期体温不升等[1]。本文 2 病例发生术后低血压原因均不明确,可能与全身麻醉所致外周血管扩张、手术操作所致内脏神经反射、患者机体适应能力下降,以及术前禁食禁饮所致血容量不足等有关。病例 1 术后 10 h 出现短时间体温上升,血压下降,与肾脏手术致细菌进入血液一过性的感染性休克相关。血容量不足也可使血压下降,但此 2 例患者监测中心静脉压均无血容量不足的征象;疼痛的剧烈刺激可使肾上腺素分下降泌增加,交感神经兴奋,血

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201305063
[收稿日期] 2013-05-10 [修回日期] 2013-05-26