

1 例二次外科换瓣术后耳念珠菌感染性心内膜炎患者的护理

李清

中山大学附属第一医院 广东 广州 510000

摘要:目的 探讨二次外科主动脉瓣置换术后耳念珠菌感染性心内膜炎患者的护理。方法 回顾性分析 1 例二次主动脉瓣置换术后耳念珠菌感染性心内膜炎患者的临床资料及护理措施, 随访愈后。结果 通过密切观察患者病情、保持呼吸道通畅、严格管理出入量、营养支持、严格消毒隔离、早期心脏康复指导等针对性护理措施, 患者康复出院。结论 患者康复出院, 说明这一系列的综合护理干预是有效可行的。

关键词:二次换瓣术后; 耳念珠菌; 护理

Nursing Care of a Patient with Candida Infection Induced Endocarditis after Secondary Surgical Valve Replacement Surgery

Qing Li

The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, Guangzhou Guangdong 510000

Abstract: Objective To explore the nursing care of patients with Candida infection induced endocarditis after secondary surgical aortic valve replacement. Methods A retrospective analysis was conducted on the clinical data and nursing measures of a patient with Candida infection induced endocarditis after secondary aortic valve replacement surgery, and follow-up was conducted for recovery. Results The patient was discharged from the hospital after rehabilitation through targeted nursing measures such as close observation of the patient's condition, maintaining airway patency, strict management of intake and outflow, nutritional support, strict disinfection and isolation, and early cardiac rehabilitation guidance. Conclusion The patient's rehabilitation and discharge indicate that this series of comprehensive nursing interventions is effective and feasible.

Keywords: After secondary valve replacement surgery; Ear Candida; Nursing

人工瓣膜真菌性心内膜炎在临床上是一种相对罕见且病死率很高的疾病, 感染患者预后差, 治疗难度大^[1]。耳念珠菌感染导致的人工瓣膜真菌性心内膜炎极为罕见, 其引起的真菌血症, 全球统计死亡率为 49%~68%^[2], 被称为“超级真菌”。本文探讨 1 名患者在接受二次外科主动脉瓣置换术后耳念珠菌感染性心内膜炎引发心衰、肾衰等全身复杂情况下的护理, 重点强调二次换瓣术后耳念珠菌感染性心内膜炎患者的病情观察、消毒隔离、早期心脏康复指导等针对性护理措施。

一、病例资料

患者为老年男性, 2018-06-04 因 IE 行外科主动脉瓣置换术(生物瓣), 术后恢复良好。2023 年 1 月开始出现反复胸闷、气促伴双下肢水肿, 诊断为: IE, 于 2023 年 6 月 5 日再次行外科主动脉瓣置换术(生物瓣), 术后患者 ICU 治疗。于 2023 年 8 月 14 日转入我院, 诊断为: 1. 感染性心内膜炎 2. 主动脉瓣关闭不全(重度) 3. 主动脉瓣置换术后 4. 二尖瓣关闭不全(重度) 5. 慢性肾功能不全(CKD5 期)。患者入院时全身浮肿、嗜睡、低热、低血压、频发室早二联律伴短阵室速, 入院血培养结果提示: 耳念珠菌感染。入院后予高流量呼吸湿化治疗、去甲肾上腺素升压、利多卡因控制心律失常、床

边血液透析治疗肾衰, 特治星、美平、可乐必妥抗感染, 科赛斯、两性霉素 B 抗真菌治疗。同时予纠正贫血、补充蛋白、强心、利尿、控制出入量等; 经过 47 天的治疗和护理, 患者逐渐好转, 于 2023 年 9 月 29 日康复出院。

二、护理措施

(一) 病情监测

1. 密切监测患者生命体征

床旁心电监护, 严密监测患者心律、心率的变化, 备齐抢救药品、除颤仪等防猝死, 发现室速立即展开抢救。准确使用升压药物, 及时补充液体, 维持有效循环。

2. 严密监测患者精神和意识状态

密切观察患者精神状态的变化, 每班评估患者意识障碍的程度, 观察并记录患者瞳孔大小、对光反射, 是否等大等圆, 有无恶心、呕吐。嗜睡期每日定时唤醒患者护理, 通过言语提问, 检查病人能否正确回答问题。

3. 实验室检验及其他检查

动态观察 NT-pro BNP、肌钙蛋白、肝肾功能、电解质、血常规、血糖结果和变化趋势, 及时给予干预。关注患者胸部 X 线心影的大小和心脏彩超 EF 值的变化, 评估治疗效果及预后。

（二）保持呼吸道通畅

1. 舒适体位

出现持续性低血压、伴皮肤湿冷等低血容量表现时，迅速采取平卧位或休克体位增加回心血量。长期半卧位易导致心排量减少，病情相对平稳时，患者可采取自感舒适体位，以半卧位角度 30° 以下为宜。

2. 合理氧疗

及时调节高流量呼吸湿化治疗仪参数，选择合适的温度、流速和氧浓度，根据血氧饱和度、动脉血气分析结果逐步调整给氧方式。

3. 保持胸腔有效引流

妥善固定胸腔引流管，防止脱管和堵管。引流袋低于胸腔穿刺点 30-50cm，防止引流液逆流导致感染。持续缓慢引流胸水，每日引流量控制小于 2000 ml，防止大量和快速引流带来的严重反应。引流时密切观察患者的生命体征、引流的速度及引流液的颜色，若引流液呈鲜红色的血性胸水，及时通知医生进行处理。

（三）严格管理出入量

1. 控制患者 24h 出入量

准确记录患者 24h 出入量，为确保记录的科学性、准确性需给患者提供刻度准确的量杯及记录表^[3]，指导患者及家属准确测量和记录 24 h 饮食中液体摄入量 and 尿液排出量。控制每日液体入量在 1500ml 以内，补液速度 ≤ 1ml/kg/h。床边血液透析治疗排除体内过多的水份和尿毒症毒素。保证每日出入量负平衡 1000-2000ml，肺淤血、水肿严重时根据患者血压、电解质耐受情况负 3000-5000ml/d，以减少水钠潴留，缓解症状。当肺部湿罗音、水肿明显消退期逐渐减至负 500ml，并逐步过渡到出入量大体平衡。注意防止低血压、电解质紊乱的现象出现。

2. 测量体重

安排在每日晨起、餐前、排尿后，同一时间、着同类服装、用同一体重计测量体重。根据体重情况判断患者体内液体潴留情况，若患者每日体重增长达到 1 公斤或 3 天内增加超过 2 公斤可判断患者体内液体潴留，需及时通知医生调整用药。

（四）饮食护理

给予低盐、低钾、优质蛋白饮食，适当补充热量，同时控制水、钠的摄入。早期给予肠内营养液：瑞高/能全力 500mlBid、能全素粉 22.5gTid 鼻饲。后期患者可经口进食，限制钠摄入量 2-3g/d，补充热量 84-126KJ/kg/d(20-30kcal/kg/d)，补充蛋白 1.0-1.5g/kg/d。少食含钾类食物，如：紫菜、菠菜、香蕉、香菇、摘菜等。每班听诊患者肠鸣音、检查有无腹胀，观察大便次数、颜色、性质和量。

（五）皮肤护理

注意检查受压部位皮肤，包括无创血压袖带、经皮血氧饱和度监测仪等受压部位皮肤。持续使用气垫床减压，保持床褥干燥、清洁、柔软、平整。嘱患者着柔软、宽松的衣物。骶尾、足底垫水垫和泡沫敷料，减轻局部压力。Q2h 协助与指导患者更换体位。使用便盆时动作轻柔，不可强行推、拉、防止擦伤皮肤。

（六）耳念珠菌感染控制护理

1. 接触预防

患者单间、标准和接触隔离。在患者病房门口悬挂隔离标识，备齐手套、隔离衣、面屏、护目镜等一次性防护用品。隔离房内设置专用治疗车、听诊器、体温计、医疗废物箱、感染性织物箱，尽量使用一次性医疗设备，减少设备共用，接触过的废物集中处理。

2. 强化环境消毒

患者接触的环境、物品进行严格消毒。日常使用含氯消毒剂 1000mg/L，每日 3 次，进行擦拭消毒。皮肤消毒选用 4% 洗必泰。出院后进行终末消毒，患者接触过的物品及环境连续 2 天使用含氯消毒剂 10000mg/L 和紫外线照射辅助进行消毒^[4]，同时使用 3% 过氧化氢对空气进行彻底终末消毒。

3. 强化人员管理

减少探视和接触人员的数量，固定陪人。医护人员交接班检查、诊疗、护理操作安排在其他病人之后，接触患者前穿隔离衣、戴手套，存在溢出或泼溅风险时佩戴护目镜和面屏。接触过患者的物品在患者房间内丢弃。接触患者后进行严格、规范的手卫生消毒。严格培训和监督接触患者的保洁人员。尽量避免患者转运，必须转运时，与转运人员交接，做好标准和接触隔离。

4. 抗菌药物的使用与观察

控制耳念珠菌感染的关键在于正确使用抗菌药物，两性霉素 B 是危重症深部真菌病患者首选^[5]。为免进一步损害肾功能，使用时遵医嘱从最小剂量 1mg 起始，每日增加 5mg，逐渐增加至 25mg 维持剂量。使用时需反复评估，每日复查肾功能指标，密切观察患者有无胃肠道反应、肝损害、输液反应等。

5. 口腔护理

于晨起、餐后、睡前使用氯己定、3% 碳酸氢钠溶液和制霉菌素 5000 万 U 交替漱口，指导患者口腔含漱每次含 20ml，3-5min，以鼓腮振动的方式，反复冲击抬高舌尖片刻，让漱口水充分接触黏膜皱襞部位。每班检查患者口腔黏膜的变化，观察口腔黏膜、牙龈、舌苔有无白色附着物等真菌感染的迹象，并做好记录。

6. 会阴抹洗

常规使用 0.05% 苯扎氯铵溶液每日 2 次进行会阴抹洗，保持会阴及尿道口清洁干燥，预防尿路感染。

（七）开展早期心脏康复训练

1. 制定活动计划

评估患者心功能情况,根据静息和活动时生命体征情况从被动过渡到主动,循序渐进逐渐增加活动量,指定安排及目标:①呼吸训练:卧床阶段每日晨起进行深呼吸练习,可耐受后尝试使用呼吸功能锻炼器,观察并记录每次呼气和吸气训练维持时间。每日间断进行深呼吸后短促有力的咳嗽训练。②有氧运动:卧床阶段每日晨起训练一次,根据患者博格评分和METS评分结果,及时调整锻炼计划。初始阶段以被动运动为主,辅助手臂旋转、手肘运动,不予自主翻身。博格评分达13分后,增加自主翻身动作,可耐受后尝试坐起、增加握力球、下肢锻炼,并逐渐增加抬腿运动:单次15次以上,间断训练。心功能好转后逐渐尝试床边站立和床边活动。

2. 活动中监测

活动时佩戴遥测心电、血压和血氧饱和度监测仪,观察运动时生命体征变化。若患者出现呼吸困难、心悸、头晕、疲劳、大汗、面色苍白、低血压等情况时停止活动。如患者经休息后症状仍未缓解,应及时通知医生查看。

(八) 个体化心理护理

成立心理护理管理小组(由3名工作5年以上的医护人员组成,所有人员均为心理护理方向的专科护士,

具有良好的沟通能力和心理护理经验)。嗜睡期每日唤醒患者,采用音乐疗法,每日3次,每次30min播放患者平日喜欢的音乐和粤剧。清醒初期患者出现孤独依赖型心理。护理时予热情照顾、细心照料,陪患者拉家常,了解其心理活动,尽量满足患者在治疗上、生活上的需要,使患者感到舒适、安全^[6]。随着病情的好转,逐渐消除患者的依赖心理,鼓励患者从做一件小事开始认识自己的能力,激发自信心。最后患者成功摆脱依赖和孤独心理,积极主动进行康复训练。

三、护理体会

本案例中,我们成功地应对了1例二次外科主动脉瓣置换术后耳念珠菌感染性心内膜炎引起心衰、肾衰的复杂情况。通过全面评估患者状况、采取针对性护理措施:密切监测患者病情、保持呼吸道通畅、严格管理出入量、提供合适的营养支持、严格的消毒隔离措施、心脏康复和心理指导。经过我们的精心护理,患者的全身不适症状明显缓解,耳珠菌念感染得到了有效控制,心、肾功能逐渐好转,有效地控制了患者的病情并促进其康复。这一经验对于类似病例的护理具有一定的参考价值。

参考文献:

- [1] 杨嵩,张宝,王翠苹,等.心脏人工瓣膜术后真菌性心内膜炎2例报告及治疗策略文献综述[J].中国感染控制杂志,2018,17(11):993-997.
- [2] 王辉,宁永忠.成人耳念珠菌感染诊治防控专家共识[J].临床检验杂志,2020,38(8):564-570.
- [3] 杨健.感染性心内膜炎患者的护理分析[J].健康必读,2021(10):219-220.

- [4] 魏然.围术期护理在感染性心内膜炎患者瓣膜置换中的应用分析[J].实用医技杂志,2020(10):1407-1408.

- [5] 宋明华.临床应用的两性霉素B活性及毒性研究进展[J].生物化工,2022,8(5):166-169.

- [6] 刘卓言,洪晓强.老年患者术后感染的心理护理[C].第十七届中国医院管理学术年会论文集,2011:155-156.