

※传染病护理

1 例黄热病疫苗引发的嗜内脏损害反应患者的护理

王希 徐伟丽

【摘要】 本文报告了 1 例罕见的黄热病疫苗引发的嗜内脏损害反应患者的抢救与护理。重点总结了休克期护理、肝功能损害的护理、癫痫发作的护理、心理护理及隔离方面的经验和体会。

【关键词】 黄热病疫苗; 嗜内脏损害反应; 护理

【Key words】 Yellow fever vaccine; Viscera demagement; Nursing care

黄热病是一种由黄热病病毒所致的病期短变化大的急性传染病,主要媒介在城市是埃及伊蚊,在农村为趋血蚊和非洲伊蚊,传播途径是经蚊的叮咬,人群普遍易感。临床表现差别悬殊,轻型仅有发热、头痛、肌痛、恶心、轻度蛋白尿等;重型除发热外,可有黄疸、出血、明显蛋白尿,且可并发细菌性败血症、肺炎、心率不齐、心衰、肾衰、肝衰等。病死率一般为 2%~5%,重型可达 50%^[1]。此病是国际卫生条例规定的最严重的 3 种传染病之一(另外两种是霍乱和鼠疫)。在 18 世纪和 19 世纪,此病是世界上最严重的疫病之一。至今此病仍流行于非洲和美洲,但从未在亚洲和澳大利亚被报道过^[2]。

由于黄热病尚无特效的治疗方法,世界卫生组织美洲办事处特别强调通过监测、媒介控制、预防接种来预防城市黄热病的发生。黄热病减毒活疫苗 17D 株是一种有效的疫苗,经长期使用证明该疫苗相当安全。但也有个别接种者在接种后出现黄热病感染,发生嗜内脏损害反应^[3]。1996~2001 年,全球报告了 7 例黄热病疫苗接种后发生严重不良反应。现有的证据提示,这些病例是由疫苗型病毒引起的,而并非疫苗病毒逆转为野生型病毒所致,这已经引起了对黄热病疫苗安全性的担心^[4]。我科于 2004 年 8 月 19 日收治了 1 例黄热病疫苗接种后发生严重不良反应的患者,经过 2 个多月的治疗和护理,康复出院。现将护理体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男,60 岁,2004 年 8 月 11 日行黄热病疫苗皮下注射(具体剂量不详),当时无不适症状。8 月 13 日始觉左上臂接种疫苗处出现麻木感,未经治疗而好转。8 月 16 日出现发热,体温最高 38.6℃,伴恶心、呕吐、腹泻、全身乏力,随后皮肤出现黄染,遂于 8 月 19 日就诊于我院急诊,当时心率 120 次/min,律齐,双肺(-),血压 60/50mm Hg,血氧饱和度(SpO₂)93%。入院后患者一直处于休克状态,在血管活性药物维持下血压 85~88/40~50mm Hg,且肝功能损害明显,尿少(15ml/h)。

1.2 治疗及转归

患者当日晚间收入 ICU 抢救治疗,即刻给予监测生命体征,并实施下列措施:①循环功能支持:调整前负荷,应用血管活性药物,纠正休克。②呼吸功能支持:呼吸机辅助呼吸。③肝功能支持治疗:降低胆红素,血浆置换等。④维持肾脏功能。⑤控制感染。⑥纠正心律失常。⑦维持水电解质平衡等。在全科医护人员的共同努力下,患者病情明显好转,于入院第 49 天(10 月 6 日)转出加强医疗病房,第 64 天(10 月 21 日)痊愈出院。

2 护 理

2.1 休克期护理

患者转入我科时已处于严重的休克状态,需要对其进行呼吸系统及循环系统的支持。在患者进行气管插管初期,为降低机体耗氧,减少其痛苦,采用了静脉泵入吗啡镇静的办法。至入院第 12 天,患者已基本脱离休克期。

2.1.1 密切监测生命体征: 本患者病程短且病情发展迅猛,入院时心率 122 次/min,血压 63/37mm Hg,SpO₂ 93%,在短时间内便处于严重的休克状态,需要持续泵入大剂量血管活性药物:多巴胺(Dopa) 5~15μg/(kg·min),去甲肾上腺素(NE) 0.05~1.1μg/(kg·min)以维持血压在 60~180/40~90mm Hg,中心静脉压在 5~10mm Hg。患者循环功能不稳定,血压变化较大且无任何征兆,故密切注意其血压变化及循环功能。患者入院后即给予面罩吸氧,后一度出现 SpO₂ 下降到 85% 以下,呼吸频率增快到 35~45 次/min,给予气管插管,呼吸机辅助呼吸,呼吸状况有所改善,9 月 1 日顺利脱机拔管。因患者生命体征变化较大,我科选取了经验丰富的护士,组成专门的护理小组进行护理,及时发现患者的每一次循环和呼吸变化,及时通知医生,为抢救赢得了时间。

2.1.2 维持血压,及时准确用药: 患者抢救期间,对血管活性药物相当敏感且相当依赖,加减药物和更换微量泵中药液时,血压均出现较大的波动,血压可下降 40~70mm Hg。根据以往经验,护理小组采取了双泵更换的方法。即在微量泵中前一组药液尚未泵完时予另一组同剂量药液泵入,当血压较平日血压高 30~40mm Hg 时,将即将泵完的药物分 2~3 次递减至停用,10~20min 后血压可恢复至平日血压水平,且不出现血压下降,维持了患者循环稳定。此外,在配制血管活性药物时,我们只抽取药物纯液,不再进行稀释。计算

方法如下。

$$\frac{\text{泵入量}[\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})] \times \text{体重}(\text{kg}) \times 60}{\text{药物浓度}(\text{mg}/\text{ml}) \times 1000}$$

所得出为微量泵应显示的毫升数。应用此计算方法, 既保证泵入剂量又降低了泵入的毫升数, 减少了换泵的次數, 间接维持其循环的稳定。

2.1.3 尿量观察: 入院时, 患者尿量明显减少(15ml/h), 肌酐 3.0mg/dl, 尿素氮 42.3mg/dl。急性肾衰诊断明确。后加用血管活性药物(Dopa、NE)后, 血压维持在 130~150/70~90mm Hg, 尿量维持在 80~100ml/h, 但肌酐, 尿素氮仍高于正常水平, 仍存在肾功能损害。故护理上密切观察其尿量变化, 尿量减少时及时通知医生, 结合实验室检查, 与医生共同讨论病情变化, 及时调整护理措施。9月15日, 患者肌酐、尿素氮恢复正常水平。

2.2 肝功能损害的护理

自发病以来, 患者肝脏功能损害进行性加重, 血清总胆红素, 直接胆红素进行性升高, 患者精神状态进一步恶化, 由精神恍惚转为嗜睡, 逐渐出现浅昏迷, 总胆红素最高达 26.24mg/dl, 直接胆红素最高达 19.26mg/dl, 转氨酶仅 30~40U/L。严重的肝功能衰竭成为决定患者预后最主要的因素。8月26日, 为避免胆红素进一步升高及持续升高的胆红素对各脏器的损害, 决定行血浆胆红素吸附及血浆置换治疗。先后行血浆胆红素吸附治疗 5 次, 血浆置换 3 次。将总胆红素控制在 20mg/dl 左右。患者精神状态逐渐好转, 循环功能趋于稳定, 9月11日起黄疸持续下降, 转氨酶上升, 肝功能亦逐渐恢复。

血浆置换是将患者的血液在体外分离成血浆和血细胞成分, 弃去血浆, 再把细胞成分和与弃去血浆等量的健康血浆一起回输体内, 借以去除病理性物质(本病例主要为胆红素)的一种新的血液净化疗法^[9]。血浆吸附与血浆置换效果类似, 不同之处在于将血液经过特殊制成的吸附棒, 以去除过多的胆红素, 再将自体血浆与血液中的细胞成分回输, 避免使用过多的血液制品, 减少了感染的危险。

不良反应及其护理措施: ①过敏反应: 首先将血流速暂时调慢, 及时给予抗过敏药或对症处理。②低血压及心率增快: 密切监测动脉压及静脉压, 仔细检查整个通路并根据不同情况及时处理, 连续动态监测心率。③电解质紊乱: 严密观察患者状况, 了解患者电解质情况, 及时追查电解质化验回报, 为医生提供第一手资料。

此外, 我们还使用中药导泻的方法以达到降黄的目的。患者服用中药后腹泻次数较多(4~5次/d), 腹泻量较大(200~400ml/次), 为保证患者的舒适, 对床单位进行及时清洁和整理, 更换床单, 保证其皮肤的完好。治疗期间患者未出现肛周及臀部皮肤的破损。

2.3 癫痫发作的护理

8月24日患者出现精神障碍, 考虑胆红素过高引起, 不排除病毒的嗜神经损害。所以, 护理上严密观察患者的意识变化。9月19日患者无明显诱因癫痫发作, 心率 55 次/min,

双眼右侧凝视, 呼唤无反应, 血压 70/40mm Hg, 发作时喉头痰鸣音明显。护士第一时间发现后, 在呼叫医生的同时, 予留置口咽通气道以防止舌后坠、舌咬伤, 保证痰液引流。因患者癫痫发作时双上肢屈曲, 护士采取了约束患者四肢等措施对患者进行了保护, 以防撞伤和坠床, 直至患者苏醒。同时及时配合医生抢救, 遵医嘱给予解痉、镇静药物。20 min 后, 患者症状完全消失, 恢复平静。此次癫痫发作未存留任何后遗症, 也未再发生过。

2.4 心理护理

初期: 患者病情危重, 转入我科时已处于休克状态, 随后又进行了经口气管插管, 这样就更增加了医护人员与患者沟通的难度。因此病罕见, 我们首先想到患者可能会出现恐惧心理, 所以, 向患者解释病情的同时, 尽量多给予鼓励和安慰, 使其具备积极健康的心态。全体医护人员也表现出极大的自信和热情, 使患者体会到被关注和被照顾, 从而产生安全感, 以更好地配合治疗。

中期: 黄热病在亚洲未见过报道, 所以在治疗和护理上没有太多的经验可供参考和借鉴, 一切均需医护人员自己摸索着进行。这就要求我们以纯熟的专业技能赢得患者的信任, 通过与患者及家属的交流和实际的工作成果, 使患者对医护人员完全信赖和配合, 使治疗护理工作能够顺利地进行。

晚期: 患者处在恢复期, 我们的重点工作就是使其感到身体上舒适, 精神上愉悦。由于 ICU 病房的特殊性, 每天的探视时间只有半个小时, 且不允许家属陪伴, 护士是与患者接触最为密切的人。我们认真倾听患者的感受, 及时解决患者的需求, 使患者在恢复期间体会到全身心的关怀, 细致的照顾。

2.5 隔离

因为本病由昆虫传播, 为了保护工作人员和其他患者, 避免疾病流行, 隔离也成为了护理工作中非常重要的一环。我们将患者安放于单独房间, 在床上架起蚊帐, 医务人员出入房间时注意关门, 在保证纱窗完好无损的前提下开窗通风, 并在单间及整个病房内使用电蚊香, 蚊香片每晚更换 2 次。从而在最大限度上避免疾病的传播。

致谢 本文得到朱力护士长、邴老师和周翔医生的大力帮助, 谨此致谢!

参 考 文 献

- 1 王鲁平. 黄热病减毒活疫苗(17D)的不良反应. 药物不良反应杂志, 2003, 4: 245-247.
- 2 甘绍伯. 我国热带病现状. 临床和实验医学杂志, 2003, 2(1): 148-150.
- 3 孙杰, 孙传印. 与 17D-204 黄热病疫苗接种有关的发热及多器官功能衰竭 4 例报道. 国外医学内科学分册, 2003, 30(4): 46-48.
- 4 王真行. 黄热病疫苗接种后的不良反应. 国外医学. 预防. 诊断. 治疗用生物制品分册, 2002, 25(2): 54-55.
- 5 王英杰. 中间型人工肝——血浆置换. 中华肝病杂志, 2003, 11(1): 41.

(本文编辑 马云会)