

加替沙星致不良反应 1 例护理体会

谢磊,李玲,吴莉

[关键词] 药物过敏;加替沙星;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 593.1

[文献标识码] B

加替沙星为薄膜衣片,除去包衣后显白色或微黄色。主要用于由敏感病原体所致的各种轻、中度感染性疾病,包括慢性支气管炎急性发作、急性鼻窦炎等。本品具有严重的不良反应。2009 年 9 月,我院收治 1 例,经治疗和护理,患者康复出院,现将护理体会作一报道。

1 临床资料

患者,男,85 岁,反复咳嗽、咳痰、喘息 10 余年,每年 2~3 月受凉即发作。2009 年 6 月,患者再发 1 周,口服加替沙星 0.2 g 每天 2 次,3 天后症状消失。3 个月后再次发作,口服加替沙星 0.2 g 每天 2 次,共服 9 片,开始出现尿频、尿急,每次小便量 60~100 ml,每 10~40 min 1 次,无血尿及尿痛,痛苦貌。出现症状半天后于 2009 年 9 月 15 日入院。入院时体检: T 38.6 °C, P 90 次/分, R 22 次/分, BP 140/90 mmHg,伴有口渴、多饮、乏力、头晕、恶心,无呕吐。血生化示:丙氨酸氨基转移酶(ALT)92 u/L、天门氨酸氨基转移酶(AST)134 u/L,总胆红素 32.5 μmol/L,直接胆红素 8.2 μmol/L,间接胆红素 24.30 μmol/L,白球比 1.90,尿素氮 11.01 mmol/L,肌酐 142.5 μmol/L,葡萄糖 28.64 mmol/L,肌酸激酶 5 999 u/L,肌酸激酶同工酶 59 u/L,乳酸脱氢酶 39.7 u/L,钾 2.21 mmol/L,氯 83.9 mmol/L。考虑为加替沙星不良反应,立即停药。既往史有慢性支气管炎、三叉神经痛,无过敏史,生活能自理。辅助检查胸片示:慢性支气管炎急性发作。通过降血糖、保肝、保肾、营养心肌、补充水电解质、抗感染等治疗后,10 月 3 日复查生化指标:ALT 96 u/L,AST 60 u/L,总胆红素 28.8 μmol/L,直接胆红素 8.1 μmol/L,间接胆红素 20.70 μmol/L,葡萄糖 8.06 mmol/L,乳酸脱氢酶 262 u/L,继续给予对症治疗,于 2009 年 10 月 16 日康复出院。

2 护理

2.1 心理护理 患者年龄偏大,耳聋,反应较慢。对患者进行耐心、细致的心理疏导,了解患者的感觉,倾听诉说,用温和的态度与患者及家属交流,取得患者的信任,帮助患者树立战胜疾病的信心,告诉患者,现在的一切症状都是因为口服加替沙星引起的,停药后配合治疗很快就会康复。消除其恐惧心理,加强沟通,建立良好的护患关系。

2.2 降温护理 卧床休息,停止服用加替沙星,用 0.9% 生理盐水 100 ml + 赖氨匹林 0.9 g 静脉滴注,鼓励患者多饮水,注意口腔卫生,保持患者皮肤清洁,及时更换衣服、被单,并注意保暖,使患者舒适,1 天后,患者体温恢复正常。

2.3 促进心功能恢复 入院时,肌酸激酶 5 999 u/L,立即卧床休息,保持病室环境安静,空气新鲜,温度适宜,劝患者不要用力,以减少心肌耗氧量,用改善心肌细胞营养、促进代谢,调节免疫功能的药物治疗。加强营养,合理饮食,食用富有营养、易消化食物,补充水、电解质等。

2.4 使用降血糖药物的观察及护理 在饭前 30 min 皮下注射正规胰岛素和鱼精蛋白胰岛素,选择皮肤疏松的部位为宜,如上臂的前外侧、前内侧、大腿内侧等部位,根据所测血糖,调整剂量,开始每天至少监测 2 次血糖,以便准确判断血糖的控制情况,防止发生低血糖反应,随着各器官功能的恢复,血糖指数也逐渐降低,患者出院时,在不用降糖药的情况下,空腹血糖指数正常。

2.5 促进肝肾功能恢复的护理 嘱患者卧床休息,减少活动,给予高维生素、宜消化的清淡饮食,并禁止饮酒及禁食刺激性食物,避免使用对肝肾损害的药物,按医嘱给予护肝保肾药物治疗,经过 1 个月的治疗,患者肝肾功能基本恢复正常。

2.6 出院指导 患者病情稳定,出院时向患者及家属详细交代出院后注意事项。不再口服加替沙星,如用其它药物发现不良反应,要立即停药,门诊随访。

[收稿日期] 2010-05-26

[作者单位] 安徽省太和县人民医院 护理部,236600

[作者简介] 谢磊(1964-),女,主管护师。

3 讨论

由于患者年龄偏大,各器官的功能和年轻人相比要弱,加替沙星具有严重的不良反应,虽用药不多,也容易发生中毒反应。本文1例经及时停药、抗感染、降血糖、营养心肌、保肝保肾补水和调整电解

质等有效治疗,再加上及时的心理疏导和精心护理,1个月后出院时,精神良好,双肺呼吸音清晰,无干湿性罗音,辅助检查各项值均在正常范围内,无咳嗽、咳痰及口渴乏力等。心腹(-),BP 130/80 mmHg,复查血糖示3.47 mmol/L。

(本文编辑 刘畅)

[文章编号] 1000-2200(2011)01-0086-02

· 护理学 ·

急性冠状动脉综合征9例急救与护理体会

郭荣贞

[关键词] 冠状动脉疾病;急性冠状动脉综合征;急救;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 543.3 [文献标识码] B

急性冠状动脉综合征(acute coronary syndrome, ACS)包括ST段抬高型心肌梗死[即Q波型急性心肌梗死(QMI)]、非ST段抬高型心肌梗死(NSTEMI)、不稳定型心绞痛(UA)和心脏缺血性猝死^[1],是国际公认的急性心血管疾病,具有发病急、病情重、不稳定、变化快、易发生心源性休克、心律失常甚至猝死的特点。因此对护理、抢救工作提出了新的挑战。2009年6~12月,我科收治9例ACS患者,现就其急救与护理作一报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组9例,男7例,女2例;年龄49~87岁。9例符合ACS诊断标准,临床表现主要是胸闷、心绞痛(呈压榨感)、呼吸困难、大汗、乏力、纳差、恶心、呕吐。2例出现心源性休克、心律失常、心功能不全等表现。其中STEMI 5例(主动脉夹层1例),NSTEMI 1例,UA 2例,心源性猝死1例。

1.2 急救 (1)立即安置在冠心病监护病房(CCU),行心电图、血压、呼吸监护并做好记录。吸氧有利于提高血氧含量(氧流量2 L/min),改善缺血心肌的氧供,从而限制梗死范围的扩大。绝对卧床,谢绝探视,保持环境安静,防止不良刺激。急性心肌梗死(AMI)常伴有烦躁不安、恐惧感或濒死感而使梗死范围扩大,加重病情。应用吗啡肌内或静脉注射,以达到有效的止痛效果,能减少梗死范围扩大和并发症的产生。(2)9例均给予扩张冠状动脉、

抗凝、抗血小板及他汀类药物。口服硝酸酯类:舌下含服硝酸甘油0.3~0.6 mg或硝酸异山梨酯5~10 mg,血管紧张素转化酶抑制剂及静脉滴注硝酸甘油等治疗,并即刻给予口服肠溶阿斯匹林、低分子肝素皮下注射等。(3)在以上治疗的基础上,其中4例进行溶栓治疗,均在症状发作后12 h内进行,伴有主动脉夹层的AMI患者禁忌溶栓,NSTEMI也禁忌溶栓。溶栓前后记录心电图ST-T的改变。尿激酶150~200万u溶于生理盐水100 ml中,于30 min内静脉滴注。溶栓后给予肝素12 500 u加生理盐水500 ml输液泵滴注,监测凝血三项、心肌酶谱。

1.3 结果 除1例在48 h内死亡外,余8例通过心电图检查,止痛、溶栓、扩血管、抗凝、抗血小板聚集等处理后,患者转危为安。心电图示:抬高的ST段及QRS波群予以纠正,心肌酶、心肌肌钙蛋白也趋于正常。

2 护理

2.1 CCU重点观察及治疗 疑为ACS患者经急诊初步诊断后立即送入CCU,立刻吸氧、心电、血压、血氧饱和度监测,迅速建立静脉通道,床旁监测心肌损伤标志物,如心肌酶谱和肌钙蛋白。因为心电图的检查和心电监护是ACS诊断和治疗的基石,对于ACS患者的诊断、危险分层和预后估计均有指导意义^[3]。备好急救器械和药品,必要时行心电除颤抢救。及时用药,随时做好抢救准备,制定特别护理计划。护理人员必须加强对有关ACS疾病知识的理解,掌握ACS的诊治规程及心电图的操作技术。以保证抢救诊断、治疗、护理过程的顺利进行。

[收稿日期] 2010-03-05

[作者单位] 贵州省六盘水市第二人民医院 内科,553400

[作者简介] 郭荣贞(1970-),女,彝族,主管护师。