

氧氟沙星致过敏性休克 1 例

周小玉, 张 晓, 李 杰(解放军防空兵学院门诊部, 河南郑州 450052)

【关键词】 氧氟沙星; 过敏性休克; 抢救

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.01.073 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)01-0115-01

氧氟沙星是喹诺酮类药物的一种, 为广谱抗菌药, 主要用于敏感菌感染引起的中、重度感染。但是对于部分患者, 该药有恶心、呕吐、腹部不适、腹泻等不良反应, 个别患者甚至会出现严重的过敏性休克, 可导致死亡。本院最近发生氧氟沙星静脉滴注引起过敏性休克 1 例, 现报道如下。

1 病例报告

患者, 男, 21 岁。因腹痛、腹泻, 伴发热、呕吐。来本院门诊就诊, 被诊断为急性胃肠炎。患者无过敏史, 给予氧氟沙星 0.4 g 静脉滴注, 约 5 min 后, 突然出现呼吸急促、胸闷、面色苍白、脉搏细弱, 血压 80/40 mm Hg, 立即给予高流量吸氧, 并给予盐酸肾上腺素 1 mg 皮下肌肉注射, 10% 葡萄糖 500 mL + 地塞米松 10 mg + 维生素 C 2 g 静脉滴注, 10 min 后, 血压回升至 100/70 mm Hg, 面色红润, 休克状态缓解。

2 讨 论

该患者在静脉滴注氧氟沙星之前未用任何药物, 因此可以排除其他药物过敏的可能性。氧氟沙星为第 3 代喹诺酮类药

物, 其作用机制为干扰细菌脱氧核糖核酸旋转酶, 影响细菌 DNA 的正常形态与功能, 从而达到抗菌目的, 因其抗菌谱广、疗效显著、使用方便等原因, 在抗菌治疗方面发挥着重要作用^[1]。虽然氧氟沙星的不良反应相对较少, 出现过过敏性休克者更少见, 但是在临床应用中医生应该严格掌握适应证, 合理使用该类药品, 特别是在静脉应用的时候, 医护人员应该密切观察, 防止因出现过敏反应而导致的严重后果^[2]。

参考文献

- [1] 陈新谦, 金有豫, 汤光, 等. 新编药理学[M]. 17 版. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 95-97.
- [2] 白继荣. 护理学基础[M]. 北京: 科学出版社, 2000: 210-211.

(收稿日期: 2011-07-18)

1 例冠状动脉支架置入术后血小板减少的护理体会

朱 洪, 周红梅(重庆市花溪医院心内科 400054)

【关键词】 冠心病; 介入治疗; 血小板减少; 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.01.074 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)01-0115-02

本科 2009 年 6 月 30 日治愈了 1 例冠心病动脉造影术加经皮冠状动脉球囊成形术(PTCA)加支架置入术后 5 d 出现血小板减少和消化道出血的患者, 现将护理体会报道如下。

1 临床资料

1.1 病例介绍 患者, 女性, 77 岁, 体质量 34 kg, 3 年前不明诱因出现胸闷、气促, 以胸骨后压榨样不适为主, 症状每次持续数分钟至数小时不等, 下午较明显, 经平卧休息后或深吸气后可缓慢缓解, 故考虑诊断为冠心病, 为进一步诊断行冠状动脉造影。术中见: (1) 右冠状动脉均衡优势型, 右冠状动脉多处局限性狭窄, 程度约 20%~50%, TIMI3 级; 左冠状动脉前降支近中段狭窄约 50%~70%, TIMI3 级, 回旋支未见异常, TIMI3 级。(2) 双侧颈动脉未见异常, 双侧椎动脉扭曲。(3) 前降支支架植入术两枚。术后安全返回病房, 查体及实验室检查无异常。术后 5 d 在行高压氧过程中出现头昏、恶心、呕吐, 呕吐为咖啡色胃内容物, 伴有全身大汗淋漓, 随之蜷缩在地, 立即测血压为 90/60 mm Hg, 心率 84 次/分, 心电图胸前导联 T 波均较正常时倒置, 查体可见上肢和下肢散在淤斑, 急查生化、肾功能、心肌损伤标志物均未见异常。血常规提示: 白细胞 $3.39 \times 10^9/L$, 红细胞 $2.47 \times 10^{12}/L$, 血细胞比容 22.8%; 血小板计数 $2 \times 10^9/L$; 再次复查血小板手工计数为 $6 \times 10^9/L$ 。立即行消化内科和血液科会诊, 根据病史[术前、术中、术后使用抗凝药

物(皮下注射低分子肝素钙、口服波立维片)、临床表现、血常规考虑为消化道出血和血小板减少症, 立即输红细胞和血小板, 抢救成功。

1.2 出血原因

1.2.1 抗凝药物的使用 应用肝素最常见的不良反应是出血, 特别是老年女性更容易出血^[1]。该患者为老年女性, 体型消瘦, 既往有胃病史和高血压病史, 为支架置入术后肝素出血的高危患者。

1.2.2 高水平肝素检测的不准确性 临床上应用的肝素主要来源于牛肺或猪肠, 肝素相对分子质量大小不一, 其抗凝活性和药代动力学特性也各不相同, 这就导致血浆肝素浓度与活化部分凝血酶时间(APTT)不一致。APTT 对于高水平肝素监测不准确, 结果发生了在 APTT 监测值正常情况下的肝素出血现象。

1.2.3 血小板减少症 (1) 血小板减少症是在肝素抗凝治疗中较为常见的并发症, 多发生于给药后的第 3~10 天, 发生率为 5%, 停药后可持续数日。本例患者是在术后使用肝素第 5 天突然出现血小板减少, 最重时血小板降至 $10 \times 10^9/L$ 以下。(2) 文献报道波立维片最严重的不良反应是白细胞减少及血栓性血小板减少性紫癜。

1.3 护理措施

1.3.1 术前护理 (1)心理护理:术前责任护士根据患者病情、心理状态,用通俗易懂的语言介绍手术的必要性、安全性、手术方法、治疗措施、大致过程及术中和术后配合,院方所做的准备及对患者手术的重视程度、大致费用及可预见的结果等。并向患者介绍典型病例,让术者患者谈体会,有针对性地运用鼓励、安慰、祝愿的语言与患者谈心,消除疑虑,减轻恐惧、紧张心理,以最佳心态接受治疗^[2]。(2)用药护理:指导患者口服药的注意事项及不良反应,如:波立维片的作用是抗血小板聚集的,应在饭后服用,服用过程中应观察有无皮下出血、牙龈出血等现象。(3)饮食护理:给予富有营养、高蛋白和多维生素易消化饮食。禁食核桃、瓜子等坚硬食品。血小板减少性紫癜患者如长期用肾上腺皮质激素治疗,则应及时补充钙剂,并注意补充适量的钾盐,可多吃含钾量高的食品如桔子等。消化道出血患者暂时禁食,静脉高营养。恢复期逐渐进流食、半流食。(4)术前指导:术前 1~2 d 指导并协助患者皮肤擦浴,更换干净衣服;术前 6 h 禁食水,以免术中呕吐;训练床上排小便。为了防止术后排尿困难引起尿潴留及水、电解质紊乱,术前 1~2 d 指导患者练习床上排尿,做抗生素和碘过敏试验;左侧肢体放置静脉留置针以备术中用药;术区备皮;术前排空膀胱;保证患者充足睡眠,必要时应用镇静剂。简单向患者及家属讲清手术的目的、手术过程及术中可能出现的轻微不适,指导患者密切配合医生进行手术,征得患者及家属的同意并签字。

1.3.2 术中护理 术中密切观察患者的面色和表情,行心电图监护,严密监测生命体征变化,保持输液通畅,随时询问患者感受,强调一旦有不适应症状应及时告知医护人员,术毕采取正确方法包扎,安全运送^[3]。

1.3.3 术后护理 (1)加强监护:术后将患者送至心脏重症监护病房专人护理,给予心电、血压、血氧饱和度监测和氧气吸入^[4]。密切观察神志、生命体征、心率、心律、尿量等变化;穿刺侧肢体平伸、制动 12 h,穿刺部位盐袋压迫 6 h,注意穿刺部位有无渗血、出血、血肿形成;观察足背动脉搏动情况;注意插管肢体的皮肤温度、湿度、有无肿胀、发绀、胀痛等,以了解其供血情况。术后 24 h 保留静脉通路,待患者生命体征平稳,解除肢体制动,患者活动后无不适方可搬出监护病房。(2)鼓励多饮水:支架术后为了预防血容量不足及加速造影剂的排泄,一定要鼓励患者多饮水^[5]。一般 4 h 内摄入量保持在 1 000~2 000 mL,必要时通过静脉补液。(3)静脉注射护理:静脉注射时止血带勿扎得过紧、过久,动作要轻、快,以免增加出血点。各种注射要注意压迫进针部位以免渗血^[6]。血小板减少性紫癜在应用葡萄糖酸钙治疗过程中,静脉滴注时要保持静脉输液管道通畅,防止药液外渗所致皮肤组织坏死。静脉注射丙种球蛋白时要严密观察患者病情变化,注意患者呼吸、血压和脉搏,观察患者有无过敏反应。(4)出血的护理:观察患者有无鼻黏膜出血、牙龈出血、消化道和泌尿道出血。发现柏油样便应详细记录大便次数及性状,留取大便标本并报告医生。腹痛者禁用

热水袋,以防肠出血。鼻衄用油沙条或脱脂棉球填塞,齿龈出血局部用明胶海绵或巴曲亭,关节出血局部冷敷加压包扎。(5)口腔皮肤护理:保持口腔、皮肤清洁,洗漱时避免摩擦、碰伤。如皮肤有血性疱疹破溃时应及时处理,防止出血和感染。(6)预防并发症:遵医嘱应用抗生素及抗凝、扩血管药物,严密观察病情,预防并发症的发生^[7]。解除制动后,鼓励患者尽早下床活动,预防下肢静脉血栓形成。更换敷料后,告知患者 3 d 内保持穿刺部位干燥清洁,避免污染,避免用力蹲起,防止出血。

2 讨 论

冠状动脉支架置入术后消化道大出血和血小板减少给患者来了精神痛苦和经济损失,如大面积淤斑、长时间卧床、加用止血药及输血等。因此,支架置入术前后一定要做好护理评估,询问出血性疾病史和胃病史,对老年患者应常规检查便潜血,抗凝、抗血小板药应遵循个体化用药原则。严密观察患者的动态病情变化和各项检查指标。对血小板减少者可停药观察,不要急于补充血小板治疗,并应注意识别过量输液或输入库血引起的稀释性血小板减少。指导肝素用药,监测凝血最好选用凝血酶原时间。抗血小板药物使用 1 周以上再考虑经皮冠状动脉介入治疗术,以便术前及早发现血小板减少症并作出相应处理。总之,预防支架置入术后急性、亚急性血栓形成是一个尚未完全解决的问题,如何在“防栓”与“止血”的矛盾中找到一个有效预防血栓形成的联合用药方案,需要不断积累经验。

参考文献

[1] 张琳,涂国红.老年冠心病患者冠状动脉支架术后抗凝的观察与护理 28 例[J].中国实用护理杂志,2004,20(3):9-10.
 [2] 朱永慧.冠状动脉支架置入术后迷走神经反射的观察与护理[J].中国实用护理杂志,2006,22(3):20-21.
 [3] 李颖.介入性心脏病变的护理和康复[J].中国实用护理杂志,2000,16(4):13.
 [4] 郭晓萍,梅静.经桡动脉行冠状动脉介入治疗老年冠心病护理体会[J].华北国防医药,2008,20(6):95-97.
 [5] 刘书红.经桡动脉行冠状动脉介入的护理 10 例[J].实用护理杂志,2003,19(8B):226.
 [6] 周景昱,吕安林,贾国良,等.274 例经皮桡动脉穿刺介入术治疗冠心病[J].中国介入心脏病学杂志,2003,11(3):135-137.
 [7] 乔树宾.经桡动脉途径进行冠状动脉腔内成形术和支架植入术[J].海南医学,2002,13(2):43-45.

(收稿日期:2011-07-16)

