

## HIV/AIDS 患者围手术期的护理体会

李代京 文静

目前,全球 HIV 感染者已超过 7000 万,其中我国感染者约 84 万,且呈逐年上升趋势,随着 HIV 感染者日异增多,部分合并外科疾患需要手术治疗的病例也显著增加。HIV 主要侵犯人体 CD4<sup>+</sup> T 淋巴细胞,引起其数量减少及功能缺陷,使机体免疫功能低下,导致各种机会性感染发病率增加<sup>[1]</sup>。目前,对 HIV 感染尚无治愈方法,故医患双方对手术均存在恐惧心理。本院外科自 2004 年以来为 HIV/AIDS 感染者和 AIDS 患者进行多种外科手术,总结出一定的临床护理经验,为 HIV/AIDS 患者术后的护理研究内容提供了客观的参考,现报道如下。

### 一、资料与方法

1. 临床资料:本科室于 2008 ~ 2011 年收治 HIV/AIDS 患者共 32 例,其中男性 25 例,女性 7 例,年龄 19 ~ 65 岁,所有病例均通过中国疾病预防控制中心(CDC)确诊。手术病种为:肝移植术 1 例、腹膜后巨大肿瘤切除术 1 例、下肢粉碎性骨折修复术 1 例、肛周脓肿 8 例、急性阑尾炎 8 例、胆囊结石 5 例、腹腔内占位性病变 2 例、乳腺癌 3 例、胰头占位 1 例、巨大肝癌 1 例和腹部刀扎伤 1 例。

2. 方法:患者术前需行常规检查,包括血常规、凝血四项(凝血酶原时间、活化部分凝血活酶时间和凝血酶时间、纤维蛋白原)、血糖、肝肾功能、心肺功能等检查,根据病情选择超声、CT 等辅助手段以明确病变大小、性质及与周围脏器关系,病变分期等情况,为手术方法提供参考。同时行 CD4<sup>+</sup> T 淋巴细胞计数,以了解患者的免疫状况,若病情允许,尽可能将患者的身体条件调整到其能达到的最佳状态<sup>[1]</sup>。检查完毕后再行麻醉检查,询问是否对麻醉药过敏及耐受情况,在完善相关术前准备,无手术绝对禁忌证的情况下,择期手术,术后常规抗感染、止血对症治疗,所有病例均在术前、术后行 T 淋巴细胞亚群(CD4 和 CD4/CD8)检测,其中有 6 例患者术前行高效抗逆转录病毒治疗(highly active antiretroviral therapy, HAART)。

### 二、治疗结果

术后 2 例患者出现切口感染,2 例切口脂肪液化,1 例出现肺部感染,1 例出现肠梗阻,均采取相应处理。经过护理人员的细心的观察,专业的技术操作以及优质的服务,手术患者均顺利的通过出血期、感染期以及并发症期,所有病例未出现严重并发症或机会性感染,无死亡病例,部分患者外科治疗结束后转感染科进行后续抗病毒治疗<sup>[1]</sup>。

### 三、护理

1. 术前护理:制订并实施护理计划。HIV 感染者普遍有

严重的心理压力,多虑、恐惧、悲观、抑郁,要求对其病情高度保密,在操作过程中,必须对患者表现出足够的尊重,一视同仁的态度,绝不能有歧视的言行出现。了解患者家庭及个人生活情况,取得家属的支持与帮助<sup>[2]</sup>。向患者阐明手术的重要性及必要性,告知手术方法、过程及术中和术后的注意事项。除做好一般患者的常规术前心理护理外,还需要介绍 AIDS 相关知识,帮助患者面对现实,增强信心,调动其积极配合医务人员,并给予营养丰富、易消化食物,以期为患者创造良好的手术条件。

2. 术后护理:制定并实施术后护理计划。手术后将患者安排在单人病房,设置专用的监护设备,严密观察患者的生命体征及神志变化<sup>[3]</sup>。

(1) HIV/AIDS 患者机体免疫功能低下,手术、麻醉对机体是极大的打击,可能导致各种机会性感染发病率增加,所以术后体温的观察是重点。体温升高或持续高热,提示感染存在。每日密切监测患者体温变化,并仔细绘制体温单,根据体温变化曲线的观察,结合其术后白细胞水平变化,是临床发现术后感染征象的敏感指标,及时与医生沟通,给与处理,提供相应的护理措施。

(2) 依据手术种类,放置相应的引流管,引流液观察至关重要,引流液性状的变化提示术后患者疾病的走向。观察过程中发现引流液中有血凝块,且患者伴有心率增快,血压下降等情况,要考虑患者合并有活动性腹腔出血的可能性,需及时报告医生。若术后引流液量在短小时内急剧减少,要考虑腹腔引流管是否有阻塞的可能性,予以适当挤压引流管,保证引流通畅,避免打折、弯曲,保持有效的引流。密切观察是否有胆瘘、吻合口瘘等并发症的发生。

(3) 预防感染:做好基础护理和专科护理,生活护理做到位,严格执行无菌操作,加强雾化吸入,指导并促进患者排痰,预防肺部感染,限制探视及陪护,每日紫外线消毒房间。

3. 职业暴露:因患者均携带 HIV,主要传染源是 HIV 阳性患者的血液,传播途径主要为针刺伤,也可由皮肤黏膜破损沾染血液而感染,所以,护理人员进行有创操作时如:抽血,更换引流袋,进行伤口换药时,必须佩戴防护眼镜、口罩、手套,穿隔离衣。医务人员进行操作时必须注意力集中,严格无菌操作,严格执行消毒隔离措施,使感染的发生率降至最低<sup>[4]</sup>。锐器刺伤时,必须保持沉着镇定,迅速、敏捷地按常规脱去手套,下垂手指,健侧手立即从近心端往远心端挤压伤口,使伤口血液排出体外,以相对减少受污染的程度。同时用刺激性较小的消毒液(0.5% ~ 1.0% 碘伏)冲洗伤口 3 ~ 4 min,再用 2% 碘酒和 75% 酒精消毒受伤部位。同时立即报告医院职业暴露鉴定委员会,进行暴露级别评估,争取在暴露 2 h 内遵循专家意见并实施预防性用药。

讨论 随着 AIDS 患者人群增多,合并外科疾病者也逐

渐增加,此类人群就医需要量加大,本文总结 32 例 AIDS 行手术患者的护理状况,通过对患者术前的心理干预以及术后实施针对性护理措施,进一步积累临床经验,对 HIV/AIDS 术后患者的护理工作提供一定的指导作用。

#### 参 考 文 献

- 1 郑刚,成永达,寸新华,等. 艾滋病患者外科手术 80 例体会. 昆明医学院学报,2010,(5):146-148.
- 2 裯其桂. 18 例 HIV 阳性手术患者的心理干预. 右江民族医学报,2009,(1):133-134.
- 3 马红,沈钺. HIV 阳性垂体瘤患者围手术期循证护理. 国际护理杂志,2007,26(11):1180-1182.
- 4 李力,殷理嘉,季玉铃. HIV 阳性患者手术的护理对策. 解放军护理杂志,2002,19(2):59-60.

(收稿日期:2012-05-18)

(本文编辑:孙荣华)

李代京,文静. HIV/AIDS 患者围手术期的护理体会[J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志:电子版,2012,6(6):640-641.

