

1 例双肺移植合并房缺修补术的护理体会

耿丹丹

关键词: 肺移植; 房间隔缺损; 护理

中图分类号: R473.6

文献标识码: B

文章编号: 1006-6411(2018)18-0148-03

肺移植是治疗终末期肺病的最后手段,其适应证也包括先天性心脏病引起的艾森曼格综合征,是目前有效的治疗手段。我院于2016年7月成功地为一例艾森曼格综合征患者实施了同种异体双肺移植并同期房间隔缺损修补术,手术顺利完成,术后患者恢复良好。现将围术期护理经验总结报告如下。

1 临床资料

患者女性,42岁,体重44 kg,身高158 cm。患者7年前无明显诱因下开始出现晕厥症状,数分钟后意识可恢复,嘴唇逐渐出现发绀,运动时明显。入院后复查心脏超声示:房间隔中部连续性中断,回声失落约为28 mm×30 mm×34 mm;肺动脉增宽,主肺、右肺、左肺动脉内径分别约为52 mm、38 mm、28 mm。肺动脉收缩压约为92 mmHg。右心导管检查示:外周血压114/75 mmHg(88 mmHg), SaO_2 88%;右房压4/0(2) mmHg;右室压94/-2(31) mmHg;主肺动脉93/26 mmHg(47 mmHg), SaO_2 71%; Qp/Qs 1.53;肺阻力(PVR)12.375 Wood;PAWP4 mmHg;CI2.4 L/(min·m²)。术前动脉血气示:pH7.3, PaO_2 53 mmHg, PaCO_2 68

mmHg。经过积极的术前准备,于2016年7月29日在全麻双腔气管插管体外循环下行房间隔缺损修补术及异体双肺移植术,手术时间540 min,体外循环294 min,阻断30 min。患者术后转入心外ICU隔离监护,予呼吸机机械通气,同时予以强心、抗感染、免疫抑制及营养支持等治疗。术后65 h拔除气管插管,予以BiPAP(双水平气道正压通气)无创呼吸机辅助呼吸,后逐渐改为双腔鼻导管吸氧。患者术后32 d顺利康复出院。

2 护理措施

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 肺移植患者术前有焦虑、期望、恐惧、自暴自弃等多种心理问题交叉存在^[1]。面对这种复杂的心理状态,医护人员需主动介绍ICU的环境,监护治疗的仪器设备,特护组的医务人员等技术准备及医疗条件,从而增强患者对医护人员的信赖。同时积极消除应激源,充分利用社会支持系统使其感受到社会和家庭的温暖,以消除患者的后顾之忧。

2.1.2 呼吸道准备及康复训练 呼吸锻炼可改善肺功能、提高运动耐力、增进机体的抵抗力和恢复能力^[2]。由于患者体质较差,轻度活动或不活动即有气促,所以根据患者情况应选择合适的锻炼方法。术前1周指导患者训练深呼吸和有效咳嗽,分别坐位练习胸式深呼吸和平卧位练习腹式呼吸,每日2-3次,每

工作单位: 210000 南京 江苏省人民医院心脏大血管外科

耿丹丹: 女,本科,护士

收稿日期: 2017-11-03

血肌酐、尿素氮检查,做到早期发现、早期诊断、早期处理。该例患者在此次用药之前行过6周期的HD-MTX静滴联合口服替莫唑胺化疗,对于曾经接受多周期大剂量MTX治疗的患者,不能排除已有潜在的肾功能损害,再次应用时应格外警惕肾功能的损伤。③严密监测MTX给药后血药浓度,并根据检测结果,决定亚叶酸钙解救的给药剂量和持续时间。MTX不良反应的发生率和严重程度与MTX血药浓度及持续时间有着直接关系^[6],血药浓度的监测能够指导医生早期采取措施,减轻MTX的副作用。

4 结论

HD-MTX治疗PCNSL的疗效已经得到肯定,是目前公认的有效化疗药物^[4,7]。但由于个体对MTX的敏感度及排泄存在较大的个体差异,因此在用药过程中要密切观察患者病情。对于MTX的肾毒性,我们在临床工作过程中要做到早期预防、早期发现、早期治疗,把对患者的伤害降到最低。MTX引起的急性肾功能不全在临床中虽然少见,但如果不及时处理,后果会比较严重,一定要引起医务工作者的高度重视。

参 考 文 献

- [1] 季静,韩颖,化罗明,等.大剂量甲氨蝶呤化疗副作用观察及处置[J].医学研究与教育,2012,29(6):32-34.
- [2] 韩峰,张嵘,施蓓,等.大剂量甲氨蝶呤致急性肾功能不全2例[J].中国医院药学杂志,2009,29(2):175.
- [3] 杨薇,顾健.大剂量甲氨蝶呤化疗相关急性肾衰竭[J].药物不良反应杂志,2010,12(6):426-428.
- [4] 崔向丽,林松,朱乐亭,等.大剂量甲氨蝶呤治疗原发性中枢神经系统淋巴瘤的血药浓度监测及不良反应分析[J].中国临床药理学杂志,2011,27(3):218-222.
- [5] 李华.1例IV度口腔溃疡的护理体会[J].当代护士(中旬刊),2015,2:155.
- [6] 韦小乐,韦琴,雷永红,等.1例大剂量甲氨蝶呤致肾功能衰竭患儿的护理[J].中国实用护理杂志,2013,29(28):34-35.
- [7] 崔向丽,林松,贾文清,等.NCCN2009颅内原发淋巴瘤诊疗指南(译文)[J].中国神经肿瘤杂志,2009,7:311-314.

(本文编辑:曹思军)

次 15 min 左右;指导患者深吸后,用胸腹的力量作最大的咳嗽,咳嗽的声音应以胸部震动而发出,每口练习 2 次,每次 20 次。以上训练的目的在于利于术后肺功能恢复和肺部分泌物的排出。同时帮助患者进行床上进食及大小便的练习,以适应术后生活,利于术后康复。

2.1.3 ICU 准备 隔离室使用 1% 过氧乙酸熏蒸消毒,墙壁、地面、所有物品表面用消毒湿巾擦拭,多功能灭菌机消毒。患者的日常用品、餐具放消毒柜内消毒备用。仪器、呼吸机调试好备用,准备好各种抢救药品、常规药品、特殊药品、抢救器械及物品并定位放置。房间保持温度在 20℃ 左右,湿度 50%–60%。

2.2 术后护理

2.2.1 循环系统监测与护理 术后患者进入监护室的独立隔离病房,立即予以持续心电图监护,血氧饱和度监测,置置桡动脉测压管连续监测动脉血压,通过 Swan-Ganz 导管监测肺动脉压、肺毛压、中心静脉压等循环系统有关指标的监测。每 15–30 min 观察 BP、HR、PAP、CVP、SaO₂ 并准确记录,待平稳后改为每小时 1 次,注意各项有创监测改变体位后应重新调零,保持心脏、腋中线与第 4 肋间在同一水平,准确测量。肺移植后供肺都有不同程度的缺血再灌注损伤(IR),主要表现为大量泡沫样痰、肺功能减退等肺水肿表现,所以预防减轻 IR 对肺移植的成功至关重要。本病例有房间隔缺损,左心功能较差,故术后予以血管活性药物强心,利尿剂联合新活素增加尿量,以减轻心脏前负荷以及肺循环压力,保持心率在 100 次/分左右,同时适当输注血浆及高浓度白蛋白,从而增加血浆胶体渗透压,减轻肺渗出。另外严格控制患者输液总量,保持总出入量为负平衡状态,并观察球结膜、四肢有无水肿。准确记录出入量包括胸腔引流液、胃液、尿液的量及颜色,直到病情稳定。经积极处理后,本例在术后第 2 天仍然出现了肺水肿,双肺可闻及明显湿啰音,气管插管内有粉红色泡沫痰吸出,继续予以激素治疗、加强利尿,适当增加 PEEP,术后第 3 天逐渐好转。

2.2.2 呼吸系统监测与护理 肺移植后早期可能发生一系列肺部并发症:IR、排斥反应、肺部感染、气管吻合口裂开和气胸等,因此机械通气的原则是采用保护性辅助通气。术后予以经口机械通气,通气方法是在合理使用呼气末正压(PEEP)的基础上采用小潮气量、低气道压通气方法。根据患者病情设置压力控制模式或压力支持模式。入室后立即进行血气分析 1 次,以后每小时做 1 次,稳定后每 4 h 做 1 次,并根据结果随时调整呼吸机参数,维持氧分压和二氧化碳分压在正常范围,同时使吸气时气道峰压值保持在 30 cmH₂O 以下。术后吸痰动作需轻柔,压力适中,严格控制吸引时间,并于吸痰后给予 3 min 纯氧吸入,避免血氧饱和度下降幅度过大。拔管前使用纤支镜吸痰一次,不但可以将深部痰吸尽,及时进行痰培养,还可以观察吻合口情况,鉴别排斥反应和肺部感染^[3]。患者于术后 65 h 拔除气管插管,但不久又出现呼吸困难,血气提示 II 型呼衰,双肺布满湿啰音,故予以 BiPAP 无创辅助通气,原因考虑有:1、肺水肿;2、术中膈神经损伤导致膈肌运动障碍;3、

前胸壁横切口离断辅助呼吸肌,导致呼吸无力。我们使用 Respironics V60 呼吸机,选用面罩给氧,设置参数为:吸气压(IPAP) 15–20 cmH₂O,呼气压(EPAP) 5–8 cmH₂O,呼吸频率 15–20 次/分,氧浓度 40%–80%。BiPAP 无创呼吸机操作简单,患者容易接受,不良反应少,不仅能改善心力衰竭患者的通气功能,也能改善心功能^[4]。使用无创期间注意在病情允许的情况下间断摘下面罩鼓励患者咳痰及进食,时间不宜过长,以免 PEEP 中断过久导致肺水肿复发。无创间断使用 2 d 后,患者低氧血症得到纠正,肺部湿啰音基本消失,无二氧化碳潴留,遂逐渐过渡为双腔鼻导管吸氧。

2.2.3 抗排斥反应治疗及护理 术后急性排斥反应多发生于术后 1 周,最早可在术后 4–5 d 出现^[5]。其主要临床表现为体温升高,超过原体温 0.5℃,伴有胸痛、乏力、全身不适、咳嗽和程度不等的呼吸困难。胸片上可见肺门周围出现间质浸润阴影^[6]。在护理过程中需密切观察患者有无发热、疲劳加重、突然呼吸困难、动脉血氧分压明显下降等征象,及时汇报医生予以处理。本例术后予以骁悉、他克莫司联合强的松抗排斥反应,因药物对肝肾功能有影响,且影响机体免疫力,故予以定期及时监测药物浓度,以及时增减药量,防止出现急性排斥反应。同时密切观察患者尿液性状、尿量及肝功能变化,及时发现可能出现的肝肾损害。

2.2.4 感染的预防及护理 感染是肺移植受者死亡的主要原因,术后 1 年内死亡原因较多的是感染^[7]。因患者使用免疫抑制剂及激素,免疫功能受到抑制,抗感染能力降低^[8]。早期多为细菌感染,以革兰阴性菌为主^[9]。除了定期复查血常规、痰培养、血培养以明确细菌学诊断,以及使用抗生素预防感染,预防感染显得尤为重要。本例患者术后有 Swan-Ganz 漂浮导管、深静脉置管、桡动脉置管、气管插管及左右胸腔引流管,均在病情允许的情况下尽早拔除,且均留取导管培养,以去除潜在的感染途径。进入隔离病房的所有人员均执行严格的手卫生,穿隔离衣、戴口罩,拒绝有呼吸道感染的人员探视。地面、仪器表面使用消毒剂擦拭,每日两次。空气用循环风紫外线空气消毒器持续消毒。患者使用的床单被套和衣服必须经过消毒灭菌。

2.2.5 生活护理 患者拔除气管插管后初期给予全流质饮食,观察大便性状及频次,待消化功能渐恢复,可根据患者的喜好选择半流饮食,再逐渐过渡至正常饮食。鼓励患者进食高蛋白、维生素和纤维素含量高的食物,促进伤口愈合,保持大便通畅。

3 小结

肺移植是治疗终末期肺疾病的唯一方法。本例患者在 ICU 经抗感染、抗排斥、加强营养等治疗后,术后第 32 天顺利出院。所以在肺移植护理工作中,要树立整体观念:术前加强心理护理,使患者对术后可能发生的各种情况有心理准备,增强信心;术后密切观察患者的生命体征、引流,了解循环及呼吸情况的变化,积极配合医生稳定病情,在拔管之后指导使用无创呼吸机,加强呼吸功能锻炼,同时做好心理护理及健康宣教。

1 例腭裂早产低出生体重儿营养支持的护理体会

陈红蕾 解红文

关键词: 腭裂; 低出生体重儿; 营养支持

中图分类号: R473.72

文献标识码: B

文章编号: 1006-6411(2018)18-0150-03

早产低出生体重儿是指孕龄 37 周以下, 出生体重小于 2 500 g 的新生儿, 营养因素在影响早产儿尤其是低出生体重儿生长发育的各种变量中所占的比例达 45%, 与早产儿结局有着至关重要的关系^[1]; 腭裂是发生在口腔颌面部最常见的先天性畸形, 其发病率可达 0.1%。根据缺损程度的不同, 可分为三度。I 度为软腭及悬雍垂裂, II 度为软腭及部分硬腭裂开, III 度为悬雍垂至一侧牙槽突完全裂开。患儿由于喂养困难, 进食时消耗体力过大, 易造成营养缺乏, 导致营养不良^[2]。如何合理喂养, 成为了决定早产儿成活率及生活质量的关键。本科于 2017 年 8 月 16 日收治 1 例腭裂早产低出生体重儿, 早期给予肠外营养支持及鼻饲喂养治疗, 并逐渐过渡到全胃肠营养, 最终达到顺利经口喂养的目标。通过住院期间的对症治疗及精心护理, 患儿在第 30 天康复出院。现将其住院期间营养支持治疗中的护理经验报告如下。

1 病例介绍

患儿, 女, 出生 20 min, 因“呼吸急促伴呻吟、呛咳及呕吐 2-3 次”拟“低出生体重儿、腭裂(II 度)”于 2017-08-16 13:08 收入院, 患儿系 G3P1, 孕 34W⁺, 羊水清, 胎盘完整。Apgar 评分 1

分钟 9 分, 5 分钟 10 分, 出生体重 1 690 g。入室时患儿神志清, 反应欠佳, 精神萎, 早产儿貌, 呼吸急促、呛咳, 呕吐 2-3 次, 为粘液, 不含胆汁及血丝, 量约 10 ml, 非喷射性。查体: T: 36.0℃, P: 130 次/分, R: 60 次/分, SpO₂ 93%, 软腭及硬腭裂开, 上牙床及上唇未裂开, 血红蛋白 110 g/L, 头围 32 cm。予远红外抢救台保暖, 心电监护, 头罩吸氧, 禁食, 洗胃, 侧卧位保持呼吸道通畅, 给予复方氨基酸 20 ml+加 5%葡萄糖 70 ml 混合后静脉输注; 第 2 天患儿呼吸浅快 50 次/分, 置入鼻胃管, 鼻饲母乳 1 ml/次, 3 h 1 次, 继续肠外营养治疗; 第 4 天患儿血糖 2.0 mmol/L, 体重 1 660 g, 遵医嘱置入 PICC 管, 继续肠内+肠外营养治疗, 母乳 3 ml/次, 3 h 1 次; 第 8 天, 患儿生命体征平稳、体重 1 700 g, 吸吮有力、头围 33 cm, 继续肠内+肠外营养治疗, 母乳 10 ml/次 q3 h; 第 15 天, 患儿生命体征平稳, 体重 1 770 g, 给予口腔运动干预 3 次/天, 5 分钟/次, 全肠内营养治疗, 奶量增加至 20 ml/次, Q3h; 第 25 天, 患儿吸吮有力, 体重: 1 880 g, 遵医嘱拔除鼻胃管, 给予经口喂养, 母乳 30 ml/次, Q3h 喂养, 第 30 天, 患儿体重 2 000 g、头围 35 cm, 奶量增至 40 ml/次, 遵医嘱, 予出院。

2 护理

2.1 营养支持护理

2.1.1 肠外营养支持护理 低出生体重儿其胃肠功能发育还未成熟, 消化功能较差, 胃容量也不大, 肠内营养无法有效满足体格正常发育的实际需要, 所以就需要通过静脉长时间输入高浓度营养液, 让体格发育和生命活动的实际需求得以有效满

工作单位: 212001 镇江 江苏省镇江市妇幼保健院

陈红蕾: 女, 本科, 护士, 护理部干事

解红文: 通信作者

收稿日期: 2017-11-08

参 考 文 献

- [1] 曹晓东, 陈静瑜, 黄云娟, 等. 肺移植手术等待期间患者心理状态及护理干预的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(11): 1042-1044.
- [2] 蹇英, 朱雪芬, 黄佳慧. 综合呼吸功能锻炼在肺移植术前病人中的应用[J]. 现代护理, 2006, 3(11): 99.
- [3] 刘君, 崔飞, 蔡瑞军, 等. 纤维支气管镜在肺移植术后管理中的应用[J]. 第一军医大学学报, 2005, 25(12): 1543-1545.
- [4] 朱雪芬, 吴波, 朱亭立, 等. BiPAP 无创通气在特发性肺动脉高压双肺移植术后的应用与护理[J]. 护士进修杂志, 2015, 30(12): 1094-1096.
- [5] 吴向东. 6 例肺移植患者的康复护理[J]. 当代护士(下旬刊), 2010, 3: 22-23.
- [6] 郑明峰, 陈静瑜, 鲍健, 等. 单肺移植治疗终末期肺气肿的围手术期影像学改变[J]. 中华放射学杂志, 2004, 38(5): 481-483.
- [7] Christie JD, Edwards LB, Kucheryavaya AY, et al. The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation. Twenty-eighth Adult Lung and Heart-Lung Transplant Report - 2011 [J]. J Heart Lung Transplant, 2011, 30(10): 1104-1122.
- [8] Mortensen E, Hellinger W, Keller C, et al. Three cases of donor-derived pulmonary tuberculosis in lung transplant recipients and review of 12 previously reported cases: opportunities for early diagnosis and prevention [J]. Transpl Infect Dis, 2014, 16(1): 67-75.
- [9] 许阳红, 王大鹏, 臧芝栋, 等. 肺移植患者痰液培养与药敏实验结果分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2016, 26(15): 3495-3497.

(本文编辑: 曹思军)