

4 例肺移植患者的护理

李文莉

(天津市第一中心医院,天津 300192)

摘要 总结4例肺移植患者的护理,术前做好心理护理,准备好无菌环境;术后密切监测患者的循环功能,加强呼吸道的管理,做好排斥反应及感染的预防,术后进行康复锻炼,以促进患者的康复,提高患者的生存质量。

关键词 肺移植;围手术期;护理

中图分类号 R617 文献标志码 B DOI:10.3969/j.issn.1006-9143.2016.06.022 文章编号 1006-9143(2016)06-0520-03

目前,针对终末期肺病如慢性阻塞性肺气肿、肺纤维化、特发性间质性肺炎、尘肺、矽肺等,最有效的治疗手段是肺移植^[1]。随着肺移植手术技术、围手术期管理及免疫抑制剂的迅速发展,肺移植患者的存活率明显提高。但肺移植术后早期患者病情变化快、并发症多,处理不当对患者预后及其不利,因此手术前后的护理对于患者术后顺利康复起着至关重要的作用。2015年5月至9月我科共完成4例肺移植手术,3例患者康复出院,1例死亡,现将护理体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组4例患者,男3例,女1例;年龄45~68岁。术前诊断:1例肺纤维化,间质性肺炎,CT显示:双肺急性间质性肺炎,主动脉增粗,肺动脉高压。2例慢性阻塞性肺气肿,CT均显示:肺气肿,支气管扩张,慢性阻塞性肺病;且患者症状明显,走路每次不能超过5 min。1例弥漫性肺纤维化合并冠心病,CT显示:双肺间质纤维化伴支气管扩张,纵隔为多发增大淋巴结;冠脉造影示:严重左主干病变,冠脉三支病变。术式:2例为单侧肺移植,1例为双侧肺移植,1例为单侧肺移植+冠状动脉搭桥术。转归:3例患者康复出院,心肺功能良好,随访3~4个月,均正常生活。单侧肺移植+冠状动脉搭桥的患者,由于急性肾衰竭于术后第4天死亡。

供体情况:均为男性脑死亡患者,年龄29~40岁,血型均与受体血型一致,4例供受体体重相差低于20%,身高相差低于5 cm,4例群反应抗体均为阴性。

1.2 手术方法 2例在全麻下,肋间侧切口行单肺、双肺移植术;1例在体外膜肺氧合(ECMO)辅助下,肋间侧切口行单肺移植术;1例在体外循环下,胸骨正中切口行单肺肺移植术+冠状动脉搭桥术。

1.3 药物治疗 受者术后全部转入ICU,常规给予生命体征监护、应用巴利昔单抗(舒莱)作免疫诱导治疗,普乐可复(FK506)、吗替麦考酚酯(骁悉MMF)、糖皮质激素三联免疫抑

制策略预防急性排异;应用抗生素预防感染、更昔洛韦预防巨细胞病毒、伏立康唑等预防真菌感染等术后常规措施。

2 术前护理

2.1 心理护理 终末期肺病患者由于长期遭受疾病的折磨,对治疗及手术缺乏信心,而且肺移植术是一项新技术,患者对其了解甚少,担心手术失败。术前加强与患者的交流,向患者讲解肺移植手术的相关知识,介绍成功的手术病例,增强信心。耐心的回答患者提出的各种问题,帮助其解除心中的疑虑。介绍手术室及监护室的环境,及术后的相关治疗与护理,减轻患者的焦虑与陌生感,增强其术后的遵医行为。本组患者经心理疏导后均能积极配合治疗。

2.2 无菌环境的准备 实体器官移植中,肺移植最容易感染^[2],而且肺脏是一个开放的器官,所以对环境的要求比较严格。术后将受者置于层流洁净病室(ICU),严格保护性隔离监护,规定每班护士对病房内所有物体表面(包括墙面、地面、门窗)使用500 mg/L含氯消毒剂进行擦拭,进入无菌病房工作的医务人员要戴帽子口罩,每日更换工作服,工作服每日送往消毒供应中心进行高效消毒,拖鞋每日用500 mg/L含氯消毒剂刷洗。医护人员要严格无菌操作,减少交接班次数,集中操作,接触患者前后严格注意手卫生。所有接触患者的材料、器械、设备均高效消毒,最大限度减少人员的活动。

3 术后护理

3.1 循环功能的监测 肺移植术后早期各个脏器均有不同程度的水肿,循环不稳定,生命体征波动大。因此,患者返回监护室后,要严密监测心率、血压、尿量、引流液等生理指标的变化。1例患者术后2 h心率最高达130次/分,血压降低至80/54 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),且患者尿多,每小时230 mL,分析原因患者由于尿多出现血容量降低,立即通知医生,遵医嘱快速静脉输注血浆补充血容量,并应用多巴胺等血管活性药物辅助循环,30 min后患者心率、血压平稳。1例患者由于体外循环并发急性肾衰竭,患者出现低心排,应用血管活性药物无效,患者死亡。术后早期患者的心肺功能下降,既要严格

临床指征,合理用药,严格呼吸机使用及气道管理等是提高患者术后生存的关键。

参考文献

[1] 韩慧.无创呼吸机治疗重症肌无力危象患者的观察与护理[J].解放军护理杂志,2011,28(6B):45-46.

(2016-03-21 收稿,2016-05-20 修回)

作者简介:李文莉(1982-),女,主管护师,本科

方法,使其恐惧心理降低到最低。经过护士、亲属的耐心劝导,加之病情逐渐趋于稳定,患者情绪随之好转。

3 小结

重症肌无力危象是胸腺瘤术后最严重的并发症,也是围手术期死亡的首要因素。因此,细致观察病情变化,及时发现

控制患者的入量,尽量保持负平衡,预防移植肺水肿、左心衰竭的发生,又要保证适宜的循环血容量,维持循环稳定是心肺功能尽快恢复的保证。

3.2 加强气道的管理

3.2.1 呼吸机的应用 肺移植患者术后常规需要机械通气来辅助,肺保护性通气是肺移植术后的主要通气策略^[3]。术后早期移植肺处于水肿状态,本组采取压力控制模式,应用高 PEEP,设置 PEEP 值为 7,不应用湿化罐(以利于肺水肿的减轻),预设置吸氧浓度为 80%,以补充患者由手术室转运至监护室途中的氧耗,待患者转至监护室安置妥当后,立即查血气,根据血气分析结果和生命体征调节呼吸机通气参数,3 例患者术后早期的动脉血氧分压(PaO₂)均大于 70 mmHg,血氧饱和度均大于 95%,逐步降低吸氧浓度至 45%;随着肺水肿的减轻,逐渐降低 PEEP 值至 5。应用呼吸机过程中,密切观察患者的状态和呼吸机的工作状态,正确设置呼吸机的报警参数,发生报警立即查找原因,给予及时调整。3 例患者机械通气过程顺利,血气分析满意,均于术后第 1 日顺利脱机拔管。

3.2.2 有效吸痰 气管内吸痰是保持呼吸道通畅的重要措施之一,能够及时清除呼吸道分泌物,维持气道通畅,保证良好的肺通气和肺换气,降低肺实变和肺不张的发生率。本组 3 例患者均应用密闭式吸痰管,既能避免交叉感染,又能保证呼吸机的持续供氧。密切监测患者的气道压,定时听诊双肺呼吸音,按需吸痰,既能有效清除气道分泌物,又能防止过度吸痰造成的气道黏膜损伤。吸痰时吸痰管插入深度为气管分叉再上提 1~2 cm,自下慢慢上提并左右旋转。吸痰前后均予 100% 氧气吸入 2 min,每次吸痰时间不超过 15s,吸引负压不宜过高,一般不超过 10.64 kPa 为宜。吸痰过程中密切观察患者血氧饱和度、心率、呼吸、血压、面色的变化,3 例患者吸痰过程顺利,生命体征平稳。观察和记录痰液的颜色、量和性状,本组不应用湿化罐,特别注意观察痰液的粘稠度,如果痰液过粘即刻通知医生,采取相应的措施,防止痰栓形成发生堵管。3 例患者机械通气时间短,痰液稀薄,未有特殊情况发生。

3.2.3 纤维支气管镜的应用 本组 3 例患者均于返回监护室后,立即应用纤维支气管镜吸痰,及时吸尽了患者气道深部的痰液和残留的血液,也可直观的观察移植肺和吻合口的状态。3 例患者术后早期移植肺和吻合口均有不同程度的水肿,遵医嘱输注白蛋白 20 克/次,每日 3 次,输蛋白后给予呋塞米 20 mg 利尿治疗。于拔出气管插管前,再次应用纤维支气管镜吸痰,观察到移植肺水肿减轻、无感染发生,吻合口愈合良好,气道分泌物清理有效,无痰栓形成。在行纤维支气管镜吸痰过程中,将氧浓度调至 100%,密切监测患者生命体征,操作者动作轻柔迅速。3 例患者在行纤维支气管镜吸痰过程中,心率、血压均有不同程度的升高,血氧饱和度下降,退镜后,通过调整呼吸机参数,患者的心率、血压、血氧饱和度均得到改善。

3.2.4 拔除气管插管后呼吸道的管理 拔除气管插管后严密监测患者的呼吸情况,植入受体后的肺脏失去神经支配,咳嗽反射减弱或无,所以要加强背部叩击,鼓励患者主动排痰,并给予爱全乐、两性霉素 B 交替雾化,对不能自行咳痰的患者及时

予以鼻腔吸痰,以防肺不张,密切观察痰液的性状,对于痰液较多者可行纤维支气管镜吸痰。并在病情允许的情况下,指导患者体位引流,以利于痰液的排出。双肺移植的患者,协助其屈膝俯卧位,臀部抬高;单肺移植的患者采取健侧卧位,且臀部抬高。2 例单肺移植患者均能耐受,排痰效果良好,避免了鼻腔吸痰和气管镜吸痰造成的痛苦。移植肺由于失去神经支配,术后容易出现呼吸肌疲劳,特别是双肺移植术后。应用呼吸机无创通气是帮助患者顺利度过呼吸肌疲劳期的有效手段。呼吸机无创通气不仅能改善心力衰竭患者的通气功能,也能改善心功能^[4]。本组双肺移植的患者,于拔管当日,呼吸锻炼后出现呼吸肌疲劳,心率增快至 135 次/分,血压升高至 185/95 mmHg,二氧化碳分压 60 mmHg,立即给予呼吸机辅助,无创通气治疗,间歇使用,密切观察患者的生命体征和耐受程度,告知患者应用呼吸机无创通气的原因、必要性和注意事项,解除患者心中的疑虑。应用效果良好,患者于术后第 3 日顺利脱离呼吸机,呼吸平稳,循环稳定。

3.3 排斥反应的观察与护理 移植术后,为了预防急性器官排斥反应的发生,常规应用他克莫司(FK506)+吗替麦考酚酯(骁悉,MMF)+甲强龙大剂量冲击治疗。3 例患者均于术中即开始应用甲强龙冲击治疗;术后当天即应用骁悉,早 8 点及晚 8 点服用;术后第 1 天给予 FK506,分别于早 6 点及晚 6 点服用,保证餐前 1 h;并且规律监测 FK506 血药浓度,根据血药浓度及时调整剂量。在用药期间,指导患者饮食以清淡为主,不要进食刺激性食物,多吃富含钙质、维生素、蛋白质的食物,少食多餐,同时注意补钾、补钙。每天复查胸片,观察肺水肿的情况,预防原发性移植物失功。维持合适的免疫抑制剂血药浓度是预防排斥的根本措施,免疫抑制剂用量过大,机体易出现感染,免疫抑制剂用量过小则易发生排斥,甚至导致移植失败。在监测 FK506 血药浓度的护理中应注意:定时取血,每次均于进早餐前 1 h 抽取空腹血送验;服药剂量要精确;按时服药,每日 2 次,分别于早、晚餐前 1 h 服用,以减少血药浓度波动;密切观察药物的不良反应,及时调整药物剂量;叮嘱患者避免服用柚子,防止影响药物浓度。3 例患者术后早期 FK506 的血药浓度均控制在 10~15 ng/mL,无排斥反应发生。

3.4 预防感染 感染是肺移植受者死亡主要的原因,术后 1 年内死亡原因较多的是感染^[5]。包括供肺的定殖菌传染;手术时肺门剥离、淋巴系统受到干扰;气道的生理屏障丧失和移植肺的纤毛运动障碍;病原菌的感染、免疫抑制剂的应用等都可引起患者感染。1 例单肺移植患者术后第 2 日痰培养为碳青霉烯耐药的铜绿假单胞菌及肺炎克雷伯感染,为移植肺定植菌,应用替加环素联合美平控制感染,每日给予两性霉素 B 和爱全乐交替雾化。操作过程中,严格执行无菌操作,做好手卫生,采取隔离措施预防交叉感染,每日使用空气净化器消毒空气 2 次,每次 30 min,应用含氯消毒剂擦拭室内物品各 2 次,经过 1 个月的规律治疗和精心护理,患者康复出院。其他 2 例患者无感染发生。

3.5 术后康复护理 患者在 ICU 治疗,意识清醒后,即开展术后康复。协助患者进行双下肢抬举、蹬腿动作,以增加肌肉收

Budd—Chiari 综合征患者介入治疗术后早期并发管腔再狭窄的护理

赵 亮

(天津医科大学第二医院,天津 300211)

摘要 总结 21 例 Budd—Chiari 综合征介入治疗术后早期并发管腔再狭窄患者第二次介入治疗的护理。密切观察病情变化,做好心理护理,制定合理的饮食方案,全面用药管理,提高治疗效果,降低管腔再狭窄的发生。

关键词 Budd—Chiari 综合征;管腔再狭窄;护理

中图分类号 R473.5 文献标志码 B DOI:10.3969/j.issn.1006-9143.2016.06.023 文章编号 1006-9143(2016)06-0522-02

Budd—Chiari 综合征(BCS)是肝静脉或下腔静脉肝段狭窄引起的一组临床综合征,是常见的静脉系统疾病^[1]。介入治疗是目前临床上治疗 Budd—Chiari 综合征的首选方法,具有创伤小、恢复快的优点^[2]。管腔再狭窄是 Budd—Chiari 综合征介入治疗术后最常见的并发症之一,其发生率为 10%~36%,严重影响患者的治疗及术后康复效果^[3]。我科于 2015 年 2 月—2016 年 2 月共收治 21 例 BCS 介入治疗术后早期并发管腔再狭窄的患者,经治疗与护理均好转出院,现介绍如下。

1 临床资料

本组患者 21 例,男 15 例,女 6 例,年龄(32~53)岁,平均(42.7±9.6)岁。患者入院时均存在不同程度的腹胀、肝脾肿大、下肢静脉曲张、腹壁静脉曲张等临床表现,符合 Budd—Chiari 综合征的诊断标准^[4]。患者入院后常规进行生化检查,无介入治疗手术禁忌证,既往无介入治疗手术史。均在全麻下经股动脉穿刺行单纯血管腔内球囊扩张成形术,术中经下腔静脉造影确诊为 Budd—Chiari 综合征,其中下腔静脉阻塞型 17 例,肝静脉阻塞型 4 例。术毕返回病房遵医嘱给予抗炎、抗凝治疗。患者术后 1~3 d 腹胀、下肢水肿等症状逐渐消退,尿量明显增加。术后 5~7 d 均出现腹胀症状进行性加重,尿量由 2 000~2 500 mL/d 减少至 300~400 mL/d;下肢严重水肿等并发管腔再狭窄的临床症状。在全麻下再次血管腔内球囊扩张成

形术(PTA),使用大球囊充分扩充 IVC。5 例患者术中发现管腔扩张效果欠佳,在血管腔内球囊扩张成形术的基础上置入血管内支架,预防反复发生管腔再狭窄。患者再次介入治疗术后均返回病房。本组患者再次介入治疗术后 18~21 d 好转出院,未再次发生管腔再狭窄。

2 护理

2.1 病情观察 本组患者 BCS 介入治疗术后并发管腔再狭窄,术后发生急性肺动脉栓塞、心包填塞等严重并发症的风险明显高于初次介入治疗^[2],血管壁弹性回缩和急性血栓形成是术后早期发生管腔再狭窄的主要原因,密切观察腹胀、下肢水肿等临床表现是此类患者术后护理工作中的重点内容。本组 5 例患者第二次血管腔内球囊扩张成形术中发现管腔狭窄严重,在大球囊扩张的基础上放置血管内支架,预防患者反复发生管腔狭窄。本组 2 例患者第二次 PTA 术后 1 d,进行床上活动幅度较大导致伤口发生局部出血,责任护士发现后立即通知医生,遵医嘱压迫穿刺口远心端 1 cm 处止血,压迫时间 15~20 min,然后给予局部加压包扎,2 例患者未形成伤口局部大面积血肿。

2.2 心理护理 由于本组患者病情反复,住院期间两次进行介入治疗,患者及其家属出现严重的心理负担。针对本组患者的疾病治疗特点,责任护士主动与患者及其家属进行交流,讲解疾病相关知识及注意事项,介绍成功病例,帮助患者树立战胜疾病的信心。本组 11 例患者术后主诉担心反复出现管腔再

作者简介:赵 亮(1985-),女,护师,本科

缩的耐力;协助翻身、拍背,以促进排痰,促进胸腔积液积气的引流,预防术后肺不张和肺炎的发生。拔除气管插管后当日,引导患者进行呼吸功能训练,如深呼吸、缩唇训练、吹水泡及腹式呼吸训练,每天各 3 次,每次 5~10 min。患者的心肺功能稳定后,即可以让患者开始体位引流,促进痰液排出,每日 2 次,每次 15 min。同时患者可以坐在椅子上开始抗力训练(如锻炼手臂、下肢等)。经过 3 天的锻炼,2 例男性患者可以耐受,开始在特殊设计的步行器械辅助下短距离行走。女性 68 岁患者于术后第 5 日开始下地行走。康复治疗必须严格遵循循序渐进的原则,以患者能够耐受为度,尤其在术后早期。

4 小结

肺移植围手术期患者的病情变化快,并发症多,精心的护理在患者顺利康复过程中起着重要的作用。术前应做好患者的心理护理,使患者放下顾虑,提高信心,增强其术后的遵医嘱行为;术后呼吸道的管理是关键,促使患者尽早脱机,改善移

植肺的功能,促进患者的顺利康复。积极预防排斥反应和感染的发生,保证患者顺利度过围手术期。

参考文献

- [1] 王芳,黄云娟,朱亭立,等.集束化护理对成人肺移植受术者术后 ICU 监护治疗期间心理干预效果的研究[J].中华移植杂志,2013,7(4):212-214.
- [2] 吴波,陈静瑜.肺移植术后感染的防治进展[J].中华器官移植杂志,2015,36(5):298-301.
- [3] 戴艳萍.机械通气患者吸痰的护理研究进展[J].中华现代护理杂志,2009,15(2):191-193.
- [4] 朱雪芬.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] 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.

(2016-01-13 收稿,2016-06-06 修回)