

· 外科护理 ·

双肺移植术后纤维支气管镜介入治疗的护理

张 娟 邴 娜 汤瑞萍

对于单肺移植治疗终末期慢性阻塞性肺气肿病例,我国已经有多例报道,目前双肺移植在国内开展不超过 2 例,我科于 2002 年 4 月在全麻体外循环下行双肺移植 1 例,存活 41 天。肺移植术感染是最常见而严重的并发症,占有所有并发症的 56%,为术后死亡病因的 53%,故术后多次在纤维支气管镜下行肺泡灌洗及局部注药治疗十分重要,现将双肺移植术后纤维支气管镜介入治疗的护理体会报告如下:

1 病例介绍

患者,男性,48 岁,反复咳嗽、咳痰、气喘 20 年,加重 3 年,CT 示:慢性喘息型支气管炎阻塞性肺气肿。于 2002 年 4 月 27 日在全麻体外循环下行同种双肺移植术,术后第 8 天出现咳嗽、排痰无力、呼吸急促、脉搏氧饱和度下降至 90% 以下,行气管切开,呼吸机辅助呼吸;术后第 25 天,左主支气管内可见数个肉芽肿,纤维支气管镜下行电切除术;术后第 33 天,在纤支镜下行主支气管支架置入术,但因感染进一步加重出现全身多器官衰竭而死亡,存活 41 天。

2 方法

采用日本 Olympus - p20 型纤维支气管镜,配套活检钳,国产吸引器,每日两次肺泡内灌洗。检查时,患者取平卧位,头后仰,医生位于床头,手持纤维支气管镜,经患者气切管进入,护士配合医生递送活检钳,抽取药液并安慰指导患者。检查过程中,患者可出现咳嗽、恶心、呕吐、咯血等症状。

3 护理

3.1 术前准备:

3.1.1 心理护理

术前禁食、水 2 小时,讲解纤支镜检查的注意事项及必要性,消除顾虑、减轻恐惧感,争取病人能积极主动配合。

3.1.2 物品的准备

备好各种急救器材及药品,操作前先将呼吸机氧浓度调至 100%,辅助数分钟后脱机,改高流量鼻导管吸氧。

3.2 术中护理:

纤维支气管镜经气切管进入,操作过程中密切观察患者生命体征、面色表情、血氧饱和度等。病人如出现防御性咳嗽,应向纤维管腔内注入 2% 利多卡因 2~5ml 以避免咳嗽、恶心、呕吐等不适反应,并让患者家属握住患者双

手给予心理支持。待病人情绪稳定后再继续操作;纤维支气管镜到达病变部位时,根据病情及痰液药物敏感试验选择敏感抗生素进行冲洗,(本例患者取用舒普深+生理盐水 100ml),如需进行活检时,配合医生递送配套的纤维组织钳,钳取病变组织后,将标本放入装有 10% 福尔马林液有标本瓶内,标本瓶上标明患者姓名、性别、科别、送检日期,及时送检。

3.3 术中并发症的护理

3.3.1 出血

本例患者于双肺移植术后 8 天出现感染,纤维支气管镜下见:支气管粘膜充血、水肿,触之极易出血。因此备好各种止血药及急救器材。术后第 28 天行纤维支气管镜介入治疗时,突然出现烦躁不安,大量血液经气切管及口腔咯出,立即给予负压吸引吸出口腔及气切管内积血,简易呼吸器辅助呼吸,以免血液聚积影响纤支镜视野的清晰度,同时给予立止血 1 千单位,盐酸肾上腺素 1mg+生理盐水 5ml 经气切管注入,凝血酶原 2g 静脉推注,纤维蛋白原 1g 静脉滴注,并安慰病人,消除其恐惧心理,防止因情绪紧张引起支气管痉挛导致窒息。10 分钟后咯血得到控制,待病人生命体征平稳,再继续经纤支镜下治疗。

3.3.2 窒息

纤维支气管镜进入气管,易刺激气管及支气管引起痉挛性收缩。故操作前应给气道表面充分麻醉,预防其发作。支气管痉挛发作时应立即停止操作,给予解痉治疗,必要时行机械辅助呼吸。

3.3.3 感染

操作过程中严格遵守无菌操作原则,保持各种物品的无菌或清洁,纤维支气管镜应由专人管理、清洁、消毒。避免交叉感染。

3.4 术后护理

纤维支气管镜检查后稳定患者的情绪,根据患者情况,决定是否需要以呼吸机辅助,若患者呼吸不费力,感觉轻松,血氧饱和度无下降,生命体征平稳,可给予脱离呼吸机气切管内给氧。术后严密观察病情,持续心电图监护监测病人的生命体征。术后 2 小时方可进食饮水,以防误入气管引起呛咳加重感染。

参考文献

- 1 王爱民,倪炎钦,赖国祥.气管内置管注药治疗肺部感染性疾病的护理.中华护理杂志,2002,37(7):507~508.
- 2 张振香,谢宝珍,王伊丽.立止血经纤维支气管镜导入治疗的护理.实用护理杂志,1996,12(7):308.