

症,因此麻醉护士应该全面掌握肝癌病人全身麻醉术后的特点,密切关注病人的各项监测指标,为病人提供最佳护理,缩短苏醒时间,避免苏醒期各种意外及并发症的发生,使病人安全、平稳、舒适。

参考文献:

- [1] 吴伯文.实用肝脏外科学[M].北京:人民军医出版社,2009:345.
- [2] 旷满秀,郭曲练.麻醉恢复期患者躁动的分析与处理[J].中国现代

医学杂志,2003,24(13):108.

- [3] 张志霞.麻醉恢复室全麻术后病人低温的护理[J].中外医疗,2009,28(3):162.

作者简介 王丹,护师,本科,单位:221000,徐州医学院附属医院。

(收稿日期:2013-04-18)

(本文编辑 卫竹翠)

肺移植术后应用免疫抑制剂的护理

王丽霞,浦敏华

关键词:肺移植术;免疫抑制剂;护理

中图分类号:R473.6 文献标识码:C doi:10.3969/j.issn.1674-4748.2013.29.048 文章编号:1674-4748(2013)10B-2754-02

肺移植术是治疗多种终末期肺疾病的重要手段之一,术后正确应用免疫抑制剂治疗是肺移植术后能否长期存活的关键因素。我院2011年—2012年共行肺移植术71例,术后均采用多种免疫抑制剂治疗,现将护理总结如下。

1 临床资料

我院2011年—2012年共行肺移植术71例,其中男48例,女23例;年龄14岁~76岁,平均53岁;双肺移植44例,单肺移植27例;肺纤维化28例,慢性阻塞性肺疾病(COPD)10例,间质性肺炎11例,肺动脉高压3例,闭塞性细支气管炎5例,支气管扩张7例,矽肺2例,肺淋巴管肌瘤病3例,肝癌肺转移2例;术后均采用多种免疫抑制剂治疗。

2 护理

2.1 心理护理 大量临床资料表明,器官移植病人的心理反应直接关系到其疾病的发展过程及预后^[1,2]。对肺移植病人来说,心理压力除了担心手术是否成功、术后恢复是否顺利外,长期应用免疫抑制剂的巨大经济费用和很多的毒副作用让病人承受精神和心理双重压力。因此护理人员术前、术后必须向病人及家属讲解应用免疫抑制剂的作用,使其充分认识到用药的重要性,让病人做好心理准备,术后多与病人沟通,尤其是对早期移植肺功能恢复缓慢的病人,要详细解释原因,鼓励病人倾诉,防止焦虑、抑郁等心理问题出现。

2.2 免疫抑制剂用药的护理 移植后的器官都会受到排斥反应,因此要使用免疫抑制剂。在应用过程中护理人员要熟悉各种免疫抑制剂的用法、剂量和规格。与免疫方案负责人保持紧密联系,充分认识到免疫抑制剂个体化剂量的重要性,认真查对治疗方案,协助病人定时定量服用药物,提高病人服药依从性。护理人员要严密观察免疫抑制剂的副作用,其副作用一般随着药物的逐渐减量而减轻。

环孢素应用于临床已有20余年,主要经肝代谢,其副作用主要有肝、肾毒性和高血压,应定期监测肝肾功能,密切观察血压变化。FK506与环孢素作用机制相似,但其免疫抑制作用是环孢素的数十倍到数百倍,尤其是该药有较强的亲肝性,较少依赖于胆盐的吸收^[3],故用较小的剂量就可有比较好的免疫抑制效果,所以能在一定程度上减轻环孢素的副作用,但可以引起神经系统并发症,表现为震颤、抑制、精神错乱、烦躁不安等。在服

用骁悉过程中最常见的副作用为腹泻、呕吐等胃肠道反应及白细胞减少。泼尼松在早期引起病人胸部伤口下端延迟愈合,经反复换药,加强营养支持而愈合,特别是在出现胃部不适、反酸时需密切观察是否有长期应用皮质类固醇削弱胃肠道的屏障作用^[4],而诱发消化道出血,护理上要注意观察大便的颜色、性质和量,采集标本做大便隐血试验。泼尼松长期口服还会引起应激性溃疡,宜餐后服用。

2.3 排斥反应监测的护理 目前临床应用免疫抑制剂最多的是FK506+骁悉+甲泼尼龙“新三联”,用以预防和治疗排斥反应。对排斥反应及时观察和正确判断是指导免疫抑制剂应用的基础。肺排斥反应有急性和慢性2种形式。急性排斥反应发生较早,常发生在术后1周,最早可在术后4d~5d出现。程度较严重,其症状常在数小时内迅速出现,主要表现为感觉不适、疲劳、发热、胸闷、气促、咳嗽、咳痰、食欲减退、胸痛或胸部X线片有浸润阴影、胸腔积液、白细胞增高、动脉血氧分压下降、一过性体温升高等。肺移植的慢性排斥反应主要表现为闭塞性细支气管炎,是肺移植后远期最主要的并发症,也是晚期死亡的最主要原因,以术后2年最多见。主要症状是进行性的不减退的呼吸困难、咳嗽、有黏液脓性痰或无痰,有限制性肺功能损伤,病人活动时气促加剧,胸部X线片检查有间质浸润,肺下野的小结节及周围肺野的含气影。

护理人员要熟练掌握排斥反应的临床症状,在对病人日常护理过程中密切观察病人的症状和体征变化,尤其是在更换免疫抑制剂或调整剂量的过程中注意有无病情变化。护理人员在护理过程中观察病人的症状,监测体温,观察咳嗽的性质和量,给予肺部听诊,及时向医生汇报。排斥反应的监测方法除了心电图、B超、胸部X线片和CT外,免疫抑制剂血药浓度的监测尤为重要。静脉采血时间应在最后服药后12h及进食前采取静脉血2mL加入EDTA抗凝试管中,4℃保存及时送检,以保证数据的准确性。由于某些药物会影响免疫抑制剂的浓度,因此使用其他药物时注意配伍禁忌。进食可以影响药物的吸收,所以为了使药物能更好地吸收,在服用免疫抑制剂前后1h需禁食。

2.4 防治移植术后感染 移植术后免疫抑制剂的应用在减少排斥反应的同时,也增加了机体感染的机会,如何防治感染是器

官移植成败的关键。护理人员在护理过程中应观察痰液和胸腔引流液的性质,监测体温,肺部定期采用震荡排痰仪、雾化吸入等物理措施协助排痰。术后早期严格执行消毒隔离制度,早期每日做痰培养、尿培养,监测血常规,预防性使用抗生素和抗真菌药物,选择性使用抗病毒药物,根据药物敏感试验结果调整抗生素。做好皮肤护理,温水擦浴每天 2 次,衣服、床单被套每天更换消毒。每天 2 次会阴护理,保持尿道口清洁。每日餐后使用复方甲硝唑液漱口,保持口腔清洁,观察口腔黏膜,防止条件致病菌和真菌感染。安置病人于单间监护,并有独立的治疗室,设有空调净化系统,使监护室空气接近无菌状态,维持温度 22℃~24℃,湿度 55%~65%。监护室的病床应是特制的,具有调节不同体位、翻身、理疗等功能,并带有抗灰静音万向轮,便于运送病人。病房内配有功能柱,功能柱上配有氧气、中心吸引、空气压缩系统,各管道接口颜色及口径应有区别,以免误接。同时具备能够满足病人治疗需要的电源配置,要有 10 个以上不同制式的电源插座,还应配有计时器、专用灯架、储物篮筐、仪器架等。重症监护室(ICU)应配有足够的配电负荷,备有专用的 UPS 保险系统,一旦停电,UPS 系统自动供电,以避免停电等意

外而影响病人的救治^[5]。

6 小结

肺移植已经走到一个全新的时代,免疫抑制剂的应用是确保肺移植病人长期存活的关键,术后应教会病人正确的服药、检查和护理方法,让病人自我护理。与病人有效的沟通有利于疾病的恢复,良好的心理状态可促进身体康复。

参考文献:

- [1] 王振青,罗佳,刘亚丽,等.肾移植术后病人早期应用免疫抑制剂的护理配合[J].现代护理,2007,13(12):126-127.
- [2] 任晓敏.肺移植术后病人的出院指导[J].护理研究,2011,25(12C):3361-3365.
- [3] 郑树森.肝脏移植[M].北京:人民卫生出版社,2001:3.
- [4] 刘园园,周俊.1 例心肺联合移植术后应用免疫抑制剂的护理[J].现代护理,2005,11(19):1659-1660.
- [5] 许萍.肺移植护理[M].南京:东南大学出版社,2007:12.

作者简介 王丽霞,护师,本科,单位:214000,江苏省无锡市人民医院;浦敏华单位:214000,江苏省无锡市人民医院。

(收稿日期:2013-03-07)

(本文编辑 卫竹翠)

开胸病人术中搏骤停的抢救配合与护理

曾娟琴

关键词:开胸病人;心搏骤停;抢救;护理

中图分类号:R473.6 文献标识码:C doi:10.3969/j.issn.1674-4748.2013.29.049 文章编号:1674-4748(2013)10B-2755-02

开胸术中心搏骤停是麻醉和手术中最为严重和紧急的并发症,脑组织在 4 min~6 min 的完全缺血缺氧后将发生不可挽回的脑死亡,及时有效的心肺复苏术是挽救呼吸心搏骤停病人生命的唯一途径^[1]。2003 年 5 月—2013 年 5 月我院共实施 7 653 例普胸手术,术中发生心搏骤停 12 例,经积极抢救,11 例脱离危险,死亡 1 例。现将心搏骤停原因及护理总结如下。

1 临床资料

本组 12 例心搏骤停病人,男 9 例,女 3 例;年龄 25 岁~76 岁,中位年龄 58 岁;心包内全肺或肺叶切除术 5 例,大咯血急诊左下肺叶切除术 2 例,右上肺叶袖式切除术 1 例,重症肌无力 1 例,巨大纵隔肿瘤切除术 1 例,食管癌根治术 1 例,左侧腋胸纤维板剥脱术 1 例;术前检查除 2 例合并有高血压、1 例有室性期前收缩之外,其余均无明显的心脏疾病;心搏骤停出现时间:1 例出现在全身麻醉诱导期,1 例出现在麻醉苏醒期搬床过程中,10 例出现在手术操作中;11 例经心肺复苏成功,骤停时间最短 1 min,最长 38 min,死亡 1 例。

2 发生心搏骤停的原因

2.1 窒息 本组 1 例大咯血病人支气管动脉介入栓塞失败后急诊行左下肺叶切除术,麻醉诱导过程中血块堵塞健侧支气管窒息引起心搏骤停,立即插入双腔气管插管,吸出血块,纯氧正压通气,静脉注射肾上腺素后心脏复律。

2.2 迷走神经受刺激过度兴奋,反射性心率减慢,严重者致心搏骤停 本组 1 例右上肺叶袖式切除病人在牵拉解剖前上肺门

时发生心搏骤停,1 例心包内左全肺切除后病人清扫主动脉窗淋巴结时发生心搏骤停,1 例食管癌病人在牵拉游离食管时出现心搏骤停,以上 3 例心搏骤停考虑为迷走神经反射所致。易致迷走反射的解剖部位有主动脉弓、气管、上段食管和肺门附近^[2],故在上述部位操作时应轻柔操作,减少对肺根等部位牵拉刺激,敏感操作部位用 2%利多卡因封闭,阻断神经传导。一旦发生反射性心搏骤停应立即暂停手术,给予有效的辅助通气,并行胸内心脏按压,静脉注射肾上腺素,必要时胸内电除颤。以上 3 例经上述处理心脏均在 1 min~2 min 内迅速复跳。另外,抗胆碱酯酶药可增强迷走神经反应,1 例重症肌无力病人长期服用大剂量溴吡斯的明至术晨迷走张力增高,麻醉药又有抑制心率的作用,在劈胸骨时的剧烈刺激导致心搏骤停。立即快速劈开胸骨,行胸内心脏按压,同时静脉注射阿托品及肾上腺素,2 min 内心脏复跳。

2.3 短期大量失血 本组 4 例病人术中因大血管损伤,在 3 min~5 min 内失血 800 mL~1 500 mL,因失血性休克致心搏骤停。除 1 例病人因备血不足、欠血欠容时间过长死亡外,另外 3 例病人经修补破损血管、快速补液输血、常规复苏后心脏复跳。

2.4 心疝 本组 1 例胸腔镜辅助小切口(VAMT)心包内右全肺切除术后病人麻醉苏醒期搬床过程中出现心搏骤停,常规复苏措施无效,不能除外心疝。紧急胸腔镜经胸腔引流切口观察证实心疝而再次开胸心脏复位,涤纶片修补心包缺损,并行胸内