

1 例同种异体单肺移植病人的术后监护

Postoperative monitoring of a case after undergoing allogenic single lung transplantation

王永丽, 苏蕊, 马丽

Wang Yongli, Su Rui, Ma Li

(People's Hospital of Xinjiang Weiwu'er Nationality Autonomous Region, Xinjiang 830001 China)

中图分类号: R473.6 文献标识码: C 文章编号: 1009-6493(2007)9B-2438-02

2006年1月19日, 我院与上海肺科医院合作, 成功完成1例同种异体左单肺移植术。由于肺脏移植的特殊性, 移植肺与外界相通, 肺本身防御功能破坏, 加之免疫抑制剂的应用, 移植肺发生感染的几率大大增加^[1]。因此, 术后护理非常重要。现总结如下。

1 病例介绍

病人, 男, 19岁, 农民, 身高170 cm, 体重45 kg。因反复胸闷、气短伴胸痛1个月, 于2005年8月收治入院。查体: 胸廓无畸形, 左肺呼吸音低, 自带左胸管1根, ECT显示阻塞性肺疾病; 心脏彩超示: 左心室射血分数(LVEF)61%, 二尖瓣轻度反流; CT示: 双肺间质性改变、肺大疱、先天性肺囊肿; 诊断为肺间质纤维化、先天性肺囊性病变。2006年1月19日在全身麻醉下行同种异体左单肺移植术, 手术过程顺利。术后严密进行血流动力学、呼吸系统监测, 术后第2天拔除气管插管、漂浮导管, 第3天拔出颈静脉插管, 术后第20天发生排异反应, 经抗排异处理后好转, 目前病人状况良好。

2 术后护理

2.1 血流动力学监测 持续心电监护, 术后2 d经漂浮导管持续行肺动脉压(PAP)、中心静脉压(CVP)、左房压(LAP)监测。注意血压、心率及心律的变化。血压维持在110/60 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa), 左房压维持在20 mmHg, 不可超过30 mmHg。因压力过大会导致吻合口出血, 压力过小又不能保证血供。术后当日肺动脉压力30 mmHg~35 mmHg。根据医嘱及时调节血管扩张剂用量, 采用前列腺素E 0.2 μg/(kg·min)~0.6 μg/(kg·min)和硝酸甘油0.1 μg/(kg·min)~1.0 μg/(kg·min)微量泵输入, 在循环稳定的基础上控制肺动脉压在20~30/15 mmHg。肺移植术后由于缺血、缺氧及淋巴管切断再灌注损伤等因素的影响, 发生肺水肿是必然的^[2], 术后给予呼气末持续加压呼吸(PEEP)^[3], 此病人给予4 cmH₂O(1 cmH₂O=98.07 Pa) PEEP。根据血流动力学监测结果控制液体, 保持CVP在15 cmH₂O以下, 尿量每小时不少于30 mL, 测尿比重, 控制输液速度<70 mL/h, 所有液体用微量泵控制。病人术后1个月夜间心率50/min~60/min, 未做特殊处理而好转。

2.2 呼吸系统监测 全身麻醉未清醒时选择控制辅助呼吸(A/C)模式, 清醒后调整为同步间歇指令通气(SIMV)+压力支持15 cmH₂O, 回病房半小时后测血气, 每班查血气1次, 根据

植肺与自体肺呼吸音, 无痰鸣音可不吸痰, 尽量减少刺激。由于移植肺与外界开放, 极易感染, 吸痰时严格无菌操作, 选用密闭式吸痰管, 24 h更换1次。方法是在无负压情况下将吸痰管插入气管插管下端2 cm~3 cm, 按下控制钮, 边旋转吸痰管边缓慢退, 操作中注意手法应轻柔, 切忌用力提插, 防止损伤气管吻合口。每日进行痰培养, 收集痰液时使用痰液收集器, 这样可减少操作者交叉感染机会, 避免吸痰过程中操作不规范导致的污染。术后1周内每天拍胸片2次, 以后改为每天1次, 连续1个月。持续监测血氧饱和度(SpO₂), 观察口唇、四肢末梢血液循环变化, 判断病人是否缺氧。病人于术后48 h拔除气管插管, 改面罩供氧3 L/min, 每班用75%乙醇清洁面罩。由于移植肺去神经作用, 病人呼吸深大, 14/min~18/min, 30 min观察1次, 认真听取病人主诉, 协助叩背, 鼓励有效咳嗽、排痰; 雾化吸入每天3次或4次, 雾化器专用。

2.3 预防感染 移植后早期细菌感染是最常见并且是致死的主要原因。预防感染措施: 4 h口腔护理1次, 用制霉菌素4片碾碎溶于100 mL生理盐水中, 预防真菌感染; 会阴擦洗每天2次; 由营养师根据病人的营养状况提供均衡营养, 保证饮食卫生。所有食物均经过微波炉灭菌后食用; 监测血、尿常规, 每天1次, 术后1周咽拭子培养、痰培养每天1次, 均无细菌、真菌生长; 医务人员进入隔离室前需泡手、穿隔离衣、戴帽子及口罩、穿专用拖鞋, 走廊用臭氧24 h持续消毒; 尽早拔除侵入性导管, 术后第2天拔出颈静脉漂浮导管及尿管, 第10天拔除胸腔引流管; 根据医嘱使用抗生素及抗真菌药物和保肝药物, 注意观察药物的毒性反应。

2.4 排异反应的预防与护理 排异反应是脏器移植术后早期死亡的主要原因之一, 因此4 h监测体温1次, 注意有无呼吸困难、焦虑不安、血氧饱和度下降、乏力、胸部X线片浸润影等早期症状^[4]。严密观察病情变化, 专人负责, 协助定时定量服药, 做好他克莫司(FK-506)浓度测定, 术后1周内2 d测定1次, 术后2周3 d测定1次, 根据浓度调整药量。病人术后20 d发生排异反应, 大量使用冲击疗法后好转。

2.5 心理护理 由于疾病的特殊性, 术后并发症多, 治疗费用高, 术后需终身服用抗排斥药物, 给病人身心造成极大的压力。所以, 当病情允许时, 安排探视, 让其父母给病人打电话交流。在护理工作中及时与病人沟通, 理解病人的感受。调整病人的

2.6 出院指导 告诉病人按时按量服用免疫抑制药物,因药物由医院免费供应,在药快要服完时及时与护士长联系,以便申领下月药量。半个月复查 1 次 FK-506 浓度,随时调整药量。避免感冒。

3 小结

肺移植手术是器官移植中风险大、难度高的手术,原因之一是适宜的供肺较少,即使在盛行肺移植的美国,脑死亡病例中仅有 15% 的肺可使用。有人认为,社会支持能有效提高个体的生活质量^[5,6]。因此,病人术后应严密监护循环、呼吸状态,采取严格措施预防感染及控制排异反应、合理饮食。

参考文献:

- [1] 苏泽轩,于立新,黄洁夫.现代移植学[M].北京:人民卫生出版社,1998:517-518.
- [2] 夏穗生.临床移植学[M].杭州:浙江科学技术出版社,1999:459-

466.

- [3] 余森洋,张进川.当代呼吸疗法[M].北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1994:48-64.
- [4] 郭敏如,李媚姬,邹秀梅,等.1 例同种异体单肺移植术病人术后在 ICU 期间的护理[J].护理研究,2006,20(5C):1407.
- [5] 颜美琼.COPD 患者的社会支持和生活质量的研究[J].中国临床医生,2000,117(2):237-238.
- [6] 康杰,张雅雯,孔曲.老年 COPD 病人抑郁状况与社会支持相关性调查[J].护理研究,2004,18(6A):964.

作者简介:王永丽(1969—),女,河南人,护士长,主管护师,本科,从事心胸外科护理工作,工作单位:830001,新疆维吾尔自治区人民医院;苏蕊、马丽工作单位:830001,新疆维吾尔自治区人民医院。

(收稿日期:2007-01-08;修回日期:2007-06-21)

(本文编辑 范秋霞)

1 例冠状动脉造影术后并发

动静脉瘘病人的护理

Nursing care of a patient complicated with arteriovenous fistula after undergoing coronary arteriography

蔡颖

Cai Ying (Asia Heart Diseases Hospital of Wuhan City Hubei Province, Hubei 430022 China)

中图分类号:R473.6 文献标识码:C

文章编号:1009-6493(2007)9B-2439-01

动静脉瘘(AVF)是穿刺时针进过深,同时穿透动脉、静脉所致。冠状动脉造影术后应观察伤口、足背动脉搏动及局部听诊。一旦发现有血管杂音,应及时行下肢血管超声检查,明确瘘口大小,如瘘口不大,杂音轻微,自觉症状不明显,常可自行闭合;如分流明显,常需行外科手术纠正或考虑应用带膜支架。近年来,血管路径并发症越来越受到重视,而动静脉瘘的发生率很低,仅为 0.15%~0.87%^[1]。2006 年 6 月我院收治 1 例冠状动脉造影术后并发股动静脉瘘病人,经救治痊愈。现将护理报告如下。

1 病例介绍

病人,女,57 岁,因胸痛 3 周,加重 6 h,于 2006 年 6 月 7 日入院,入院诊断为冠状动脉粥样硬化性心脏病,急性非 ST 段抬高性心肌梗死,高血压病 3 级。经临床治疗后于 6 月 14 日在介入中心行冠状动脉加左心室、肾动脉造影术。6 月 17 日病人诉右下腹及右下肢胀痛,观察双侧足背动脉搏动良好,右侧腹股沟伤口愈合好,无淤斑及血肿,皮肤温度及颜色均正常,听诊伤口处可闻及吹风样杂音。急查下肢血管超声及腹部超声探查,提示右侧股动静脉瘘,排除腹膜后血肿,给予伤口压迫包扎 8 h,患肢制动 24 h,期间病人仍间断诉右下肢肿胀但程度逐渐减轻。于 6 月 24 日腹股沟区杂音消失,6 月 26 日右下肢超声检查提示未见动静脉瘘,病人经治疗和护理痊愈出院。

2 护理

2.1 病情观察 术中、术后均应密切观察病人生命体征的变化,重视病人的主诉,除询问病人有无胸闷、憋气等症外,还应关注病人穿刺处有无出血、下肢有无肿胀等不适主诉,一旦发现血管杂音,应及时行下肢血管超声,明确有无瘘口及其大小。

2.2 患肢观察与护理 冠状动脉造影术后穿刺点加压包扎、砂袋压迫 8 h,平卧位及术肢制动 24 h,术后 12 h 可向术侧翻身并抬高床头 30 度,术肢制动期间嘱病人不要抬头、肩及术侧肢体。打喷嚏、咳嗽时应先用手按住穿刺伤口^[2]。术后观察患肢、足背动脉搏动及局部听诊,如动静脉瘘瘘口不大,杂音轻微,自觉症状不明显,常可自行闭合。或行瘘口处加压包扎,给予术肢制动 24 h 后再行术肢不完全制动,以促进其愈合。在包扎和制动过程中应密切观察患肢的皮肤温度、颜色及穿刺处杂音,及时询问病人患肢及局部肿胀情况。

2.3 肢体功能锻炼 进行适当的肢体活动,可以给予局部肢体按摩,以促进血液循环,但要避免剧烈运动,以免引起局部出血。

2.4 预防感染 术后常规应用抗生素治疗 3 d,糖尿病病人酌情延长。

2.5 营养支持 因制动时间较长,病人活动量减少,进食少。应鼓励病人进食清淡、半流质、易消化饮食,避免含糖量大的饮食或奶制品,以免引起腹胀。

2.6 健康指导 术后指导病人注意患肢的保护,可以穿弹力袜或应用弹力绷带包扎,避免剧烈运动,防止外伤。3 d 内不要洗澡,以防伤口感染。

参考文献:

- [1] 于艳青,杨捷,柏颖.1 例冠状动脉介入治疗术后并发动静脉瘘的救治与护理[J].中国实用护理杂志,2005,21(9):61.
- [2] 郭斌,郝晓芸,熊蔚.冠状动脉介入诊断治疗病人的护理[J].护理研究,2005,19(8B):1567.

作者简介:蔡颖(1976—),女,湖北省武汉人,护师,本科,从事心内科护理工作,工作单位:430022,湖北省武汉亚洲心脏病医院。

(收稿日期:2006-12-04;修回日期:2007-06-21)

(本文编辑 范秋霞)