

终末肺气肿同期行单肺移植和对侧肺减容术的围术期护理

张宏岩,辛维青,郭晓静,祝凯,沈毅

(青岛大学医学院附属医院,山东 青岛 266003)

【摘要】 对肺移植患者围手术期实施全程、系统的护理。认为良好的围手术期护理是肺移植成功的关键因素之一。通过该例肺移植术积累了该类手术的护理经验,为进一步开展肺移植工作打下基础。

【关键词】 同种异体肺移植术;肺减容术;围手术期;护理

【中图分类号】 R473.6 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1002-266X(2005)27-0029-02

肺移植是目前治疗终末期肺气肿的惟一有效方法。单肺移植同期对侧肺减容术可提高肺移植成功率^[1]。但由于是双侧开胸同期进行两个手术,手术创伤及术后护理难度也较大。2004年7月29日,我院成功为一终末期肺气肿患者实施了同种异体右肺移植、左侧肺减容术。患者术后恢复顺利,住院50d出院。目前已健康生存10个月。现将该例手术的围术期护理实践与体会总结如下。

1 临床资料

患者男,45岁,体重52kg,身高170cm。因终末期肺气肿行同种异体右肺移植并同期左侧肺减容术。供、受者ABO血型均为O型,病毒检测均为阴性,人类白细胞抗原(HLA)2个位点相容(1/3)。术后隔离监护治疗,当日即应用免疫抑制剂,同时给予抗生素、抗真菌、抗病毒药物和保肝肾治疗,术后第2天拔气管插管,第5天脱离呼吸机。术后无明显排斥反应,有轻度缺血再灌注损伤、肺部感染及减容侧肺漏气等,均治愈。术后50d出院。

2 护理方法与体会

2.1 术前护理 ①心理护理:术前3~6个月进行科普教育和心理疏导,向患者及其家属介绍国际和国内肺移植的发展现状。②呼吸康复训练:术前半年进行呼吸康复训练,增强呼吸肌力量,训练患者运用腹式呼吸和练习鼓颊运动。肺气肿患者咳嗽和用力呼吸时胸内压力急剧增高,导致小气道受压和呼出气流阻断,这是排痰困难和呼吸困难的原因。鼓颊呼气可通过提高口腔和气道内呼气压力,以对抗小气道的过早关闭,改善肺泡通气和肺内通气血流。咳嗽的技巧在于改变患者连续用力咳嗽的习惯,训练其咳嗽控制在呼气中晚期肺容量较低时,以保持喉头开放和“哈”出短阵气流为要领来避免呼出气流的阻断,从而将痰液带出气道^[2]。③监护病房的设置与消毒:

术后监护病房的设置应在ICU的基础加以补充:

a. 单间:设立过渡工作间,进入监护病房须严格更换拖鞋、帽子、口罩及隔离衣。b. 术前1d进行房间及物品(包括患者的日常用品及监护仪器、设备)的消毒,用高锰酸钾1.5g加福尔马林3ml/m³熏蒸12h以上,有效开窗通风后紫外线消毒1h后备用。c. 保证病房适宜的温度(20℃)和湿度(60%~70%)。为控制感染,空调的过滤网用前须严格消毒,无空调的房间可置冰块降温。禁用中央空调。④术前准备:与一般肺切除术基本相同。不同之处是术前1d即开始口服免疫排斥药物;术前置胃管,以备术后早期带气管插管时肠内营养及口服抗排斥反应药物用。

2.2 术后护理 ①心理护理:患者意识清醒后,向其讲述呼吸机和各种导管的重要性,消除其恐惧感,帮助建立自我支持系统。家属更换消毒拖鞋、隔离衣、泡手、带口罩帽子后,方能进入探视室探视(15min/d)。患者可随时通过电话与家人交流,消除其孤独感。在监护病房内置电视机及收音机,激发其回归、融入社会的欲望,进一步增强战胜疾病的信心。②血流动力学监测和管理:通过保留Swan-ganz导管和中心静脉插管进行血流动力学监测。每15~30min记录生命体征和各种监测参数,记录尿量、胸腔引流液的量及颜色,1次/h,直到病情稳定。③呼吸支持:采用压力支持+同步间歇指令呼吸(PSV+SIMV)模式机械通气,同时予3~4cmH₂O的呼气末正压(PEEP)。根据动态血气分析结果调整通气模式及参数。开始吸入高浓度氧(60%),逐步减低吸入氧浓度,降低机械通气频率。拔管后予无创通气,逐步过渡到完全脱机。该患者呼吸机辅助呼吸41.5h,拔除气管插管给予无创通气,于术后第5天脱机。本例为双侧开胸手术,疼痛程度及其对肺功能的影响均较单侧开胸手术严重,良好的镇痛可以使呼吸管管

更行之有效 应用静脉镇痛泵的同时,鼓励患者主动咳嗽、深呼吸并协助叩背;静脉应用排痰药物。肺移植手术的关键是肺血管和支气管的吻合,注意叩背和咳嗽均不能用力过度,防止吻合口张力过大,影响愈合。④严密实行保护性隔离,预防感染:房间紫外线消毒 3次/d,1h/次,房间物品表面、地面消毒液擦拭 3次/d,尽量使用一次性物品。患者的所有物品均消毒后方使用。每日更换消毒床单、衣服。大小便后用温水清洗,面部、口腔护理 2次/d,查血、尿常规 1次/d,血、尿、痰咽拭子细菌培养+药敏 1次/d ⑤加强生活护理:口腔护理 3次/d,会阴部护理 2次/d,皮肤护理 1次/2h ⑥并发症的预防及护理: a. 排斥反应:肺移植术 1周后出现急性排斥反应,主要表现为体温升高、胸痛、疲乏、全身不适、咳嗽、咳痰和呼吸困难。我们制定了术后 15d,每天床边摄 X 线胸片 1次,15d后每 3天 1次,有可疑症状时,随时摄片的原则,每天早晨医护人员进行一次病例讨论,结合临床症状和 X 线胸片,分析排斥反应的可能性及临床对策。本例术后未出现明显排斥反应迹象。 b. 缺血再灌注损伤:供肺移植后都有程度不等的缺血再灌注损伤,表现为肺水肿^[2]。因此术后早期严格控制输液的量和速度,增加胶体液的比例,使患者维持在合理的脱水状态,通过 Swan-ganz 导管持续小剂量泵入前列腺素 E₁,以扩张肺动脉,减轻左室前负荷。 c. 肺部感染:肺部感染是肺移植与肺减容术失败的原因之一。除正确应用抗生素外,切实有效的呼吸道管理,严格的保护性隔离制度和无菌护理操作至关重要。 d. 器官功能衰竭:密切观察心、肝、肾及造血系统的功能变化。低血容量、心肌梗死、肺动脉血栓均可引起心力衰竭,低血容量性休克及药物毒性均可引起肾功能衰竭。免疫抑制剂多有影响肝、肾和造血系统功能

的副作用。我们在围术期应用还原型谷胱甘肽保护肝、肾功能,效果良好。 e. 减容侧肺气肿:减容侧肺顺应性较差。应注意机械通气压力不能高,否则易造成肺过度膨胀,纵隔移位,压迫移植肺;也可导致减容侧术后创面的漏气加重,影响愈合,并形成气胸、纵隔气肿等。 f. 下肢深静脉血栓形成(DVT):肺移植后患者卧床时间相对较长是导致下肢 DVT 的原因,可通过帮助活动下肢,应用低分子肝素钠预防。

3 讨论

目前国内能开展同种异体肺移植术的医院较少,围术期护理尚无规范可循。对肺气肿患者同期行单肺移植和对侧肺减容术,虽然可避免移植肺受对侧气肿肺压迫形成纵隔移位,增加肺移植的成功率,但对围术期护理提出更高要求。移植组的全体护理人员需对两种术式可能出现的并发症、术后护理要点及术后病情转归进行统一学习和认识,以规范围术期护理。

终末期肺气肿患者由于呼吸困难不断加重,生活质量日趋下降,且术前多已了解到肺移植术风险较高,因此,常出现焦虑、恐惧、自暴自弃心理。良好的心理护理可以改善患者不良心理状态,更好地配合治疗和护理,增加手术成功率。而健康的心理状态可以调整机体的免疫功能,增加对供体器官的容受性,降低术后的并发症和排斥反应的发生。因此手术前后的心理护理是肺移植的重要辅助治疗措施。

【参考文献】

- [1] 廖崇先. 实用心肺移植学[M]. 福州:福建科学技术出版社, 2003, 217-223.
- [2] 钱元诚. 呼吸治疗的基础与临床[M]. 北京:人民卫生出版社, 2003, 350.

(收稿日期: 2005-06-11)

。 护理园地。

胸部听诊在胸外科患者术后 护理中的作用

柴仕红,王克霞

(沂水中心医院,山东沂水 276400)

在常规胸外科护理工作中,对患者的胸部听诊往往缺乏足够重视。现结合 97例胸外科手术患者的术后护理资料,探讨听诊在胸外科患者术后护理中的作用。

临床资料:本组 97例中,男 69例,女 28例,年龄 22~70

岁,平均 52岁。均因胸部疾病行开胸手术,其中食管癌 30例,贲门癌 19例,肺癌 37例,纵隔肿瘤 11例。

护理方法与体会:患者术后回病房时听诊肺部 1次,术后 24h 内听诊 1次/2h,以后 4次/d,至术后第 5天,如体温、呼吸音正常可停止听诊。根据听诊情况给予相应的治疗与护理,如听诊肺部有中、小水泡音时,应减慢输液速度,避免发生肺水肿;听诊呼吸音减弱,语音传导减慢,则考虑胸腔积液,应检查胸腔闭式引流管是否畅通,并报告医生及时处理。

我们认为,肺部听诊技术是一项能直接了解患者肺部呼吸音的有效方法,简单、易掌握,能及时发现气管、支气管内痰和分泌物阻塞情况并及时采取措施,防止并发症的发生。因此,对开胸术后患者,除加强治疗及常规护理外,护理人员应掌握肺部听诊技术,预防术后并发症的发生。