

新医学模式下肺移植的护理进展

王俏英

doi: 10.3969/j.issn.1672-9676.2012.03.059

自 1963 年美国 James Hardy 尝试进行了第 1 例肺移植, 1983 年 Cooper 在多伦多肺移植成功完成了世界上第 1 例临床肺移植以来^[1], 在 20 世纪 90 年代, 肺移植在全世界广泛开展, 如今肺移植已在实验成功的基础上发展成为治疗终末期肺病和肺血管疾病的最终手段, 越来越受到医院、家庭和社会的关注。近年来, 移植技术的日益成熟, 新型免疫抑制剂的开发和对排斥反应的监测水平的发展, 肺移植在生物学方面已取得了很大的进步。随着传统的生物医学模式向生物-心理-社会医学模式的转化, 围绕移植所产生的社会心理问题、行为与生活方式对健康状况的影响日益受到国内外学者的关注。对疾病的预后及临床效果的评价从过去单纯用生存率、复发率等生物学指标逐渐转向对病人生理、心理、社会等诸方面综合评估。

1 生物学方面的研究进展及护理

肺移植在生物学方面的进展表现在新型免疫抑制剂的应用及监测、术后并发症的观察与防治几个方面。

1.1 新型免疫抑制剂的应用 有效的免疫用药是提高肺移植成功的关键, 各种新型免疫抑制剂的问世和临床应用, 使肺移植术后的急性排斥率明显下降。1978 年 Calne 等将环孢素 (CsA) 首先试用于临床肾移植和骨髓移植的病例。随后, 器官移植进入了环孢素 (CsA) 时代^[2], 使肺移植病人术后的 1 年、3 年和 5 年存活率, 序贯性双肺移植分别是 74%、60% 和 55%, 单肺移植分别是 74%、57%、46%^[3]。新型免疫抑制剂分化学免疫抑制剂、生物免疫抑制剂及其他抑制免疫反应的措施^[4]。目前已获美国 FDA 批准的药物有 CsA、FK506、MMF、Aza 和皮质类固醇^[5]。其中肺移植免疫金标准方案是皮质类固醇、CsA、硫唑嘌呤。这些药物的副作用大, 用量要求极为严格, 护理人员需熟练掌握用药知识, 指导病人服药及时准确, 并能敏锐识别不良反应的征兆, 如有无肝毒性、肾毒性、神经毒性、高血压、高血糖、高血脂、骨质疏松、牙龈增生、多毛症、胃肠道反应等, 应加强护理的同时必须定时对治疗药物进行监测。

1.2 术后并发症的护理

1.2.1 出血 出血是肺移植术后最重要的早期并发症。引起术后出血的原因很多, 但手术创伤是最重要的病因。要预防早期出血, 应加强术前准备, 改善病人的内环境, 纠正凝血机制障碍, 改进手术方法。

1.2.2 排斥反应 排斥反应仍然是目前使移植肺丧失功能的最主要原因。在接受肺移植的病人术后各种丧失移植肺的原因中, 处于第一位的是排斥反应。因此, 及时发现排斥反应的征兆以调整治疗方案, 进行必要的干预是提高病人生存率和生活质量的重点。虽然经纤维支气管镜检查、肺泡灌洗和经支气管肺活检是了解移植肺状况的经典指标, 但其有创性及反复动态监测的困难性限制了它的临床应用。探索微创或无创的监测方法了解移植肺状态是目前移植临床研究的热点之一。呼吸道症状、胸部 X 线片及系列肺活量测定在术后是一种非侵袭性较可靠且简单易行的检测方法^[6]。应用 CsA 以来, 排斥反应变得越来越不典型或症状较轻, 病人术后自觉症状少, 主要依据发热、咳嗽、咳痰的性质、呼吸困难的程度, 有无诱因、听诊肺部爆裂音、病人活动情况等来发现排斥反应。临床护理人员应经常注意病人的主诉及各种检查结果, 若为排斥反应, 应及时与医师联系, 及早处理。

1.2.3 感染 在肺移植术后的并发症中, 感染是使病人早期和晚期死亡的最常见的原因。肺移植术后院内感染主要分布在肺部、尿路、口腔、手术切口、上呼吸道、皮肤等处, 其中以肺部、尿路、口腔三处发生率最高。病原体包括细菌、病毒、真菌、原虫, 分别引起细菌性肺炎、巨细胞病毒性肺炎、侵袭性曲霉病等^[7]。由于组织配型的进展, 减少了免疫抑制药物剂量, 预防性应用抗菌素以及对反复发生严重排斥反应者采取了较积极的措施, 由感染而引起的病死率有明显下降。

1.2.4 闭塞性细支气管炎综合征 闭塞性细支气管炎是肺移植后最常见的、严重的、长期性并发症。这是一个和免疫因素及非免疫因素的多因素参与的过程。这个过程涉及到纤维增殖过程, 最终发展为管腔结构的闭塞。闭塞性细支气管炎呈隐匿性发病, 伴有进行性加重的活动后气急。应积极采取措施降低感染的危险性, 降低免疫抑制至最安全水平, 如接种疫苗、定期肺功能检测等。

2 心理学方面的研究进展及护理

随着生存质量这一名词的提出, 人们对疾病预后的要求已不仅仅局限于生命的存在, 更重视到生命的质量。焦虑、惊慌、抑郁是病人常见的心理反应^[8]。一方面, 由于供肺的短缺, 病人经历了较长的等待, 担心生命随时会终止; 另一方面, 由于病人缺乏专业的医学知识, 对手术不了解, 对预后没有信心, 害怕疼痛、排斥、死亡。这两种情况多发生在术前。多项研究显示^[9-11], 移植病人的焦虑及抑郁两项指标明显高于常规。经济问题也是焦虑的重点, 一次成功的肺移植手术约需

10~30 万人民币,术后病人服用免疫抑制剂每月费用也在 3000~5000 元,这对病人无疑是一个沉重的经济负担。曾有研究显示两组不同经济状况的病人,经济状况好的病人症状较轻,而经济状况差的病人均有不同程度的症状^[8]。

导致肺移植术后心理反应和精神反应的主要原因受移植器官在体内功能的影响,尤其是排斥作用^[12]。长期使用免疫抑制剂,发生其他并发症均会引起严重的心理和精神反应。一项对肺移植术后 30 例病人的研究发现,73% 的病人出现一个或多个器官精神综合征^[13],分析原因为肺移植术后住院时间长及接受激素类药物的治疗导致病人心理状态的改变,情绪易激动、兴奋、性格暴躁、易发怒,当移植的肺发生排斥反应时此症状更为明显。

对于这些有心理问题的病人,护士应加强护理,主要观察病人的言行举止,引导病人表达自己隐藏的心理忧患。对于已出现明显心理问题的病人,应详细查明原因以对症治疗,严重者请心理治疗师配合进行专业的心理疏导。

3 社会学方面的研究进展及护理

肺移植是一组特殊群体,虽然近年来随着移植手术不断改进及有效免疫抑制剂的使用,存活率有了明显的提高,但肺移植病人仍面临较大的压力,这除了来自上述的对经济费用及并发症的担忧外,很大一部分源自家庭角色改变、社会适应的再调整等社会学因素。

3.1 家庭角色的改变 肺移植病人的社会支持较多地来自家庭,未婚者的社会支持较多地来自父母,已婚者较多地来自配偶,他们要增加很多领域的责任,包括家庭生活、主要收入的来源^[14]、照顾病人等。一项关于 12 例肺移植病人配偶的研究发现,睡眠障碍^[15,16]和不良刺激水平^[17]都高于正常人,其有着较大的心理压力,迫切需要得到心理和社会支持。引起肺移植病人角色改变的另一因素是移植受者的婚姻危机与妊娠问题。

3.2 社会适应的再调整 除了家庭的影响,社会其他成员的态度对肺移植病人也是一个重要的压力来源,这包括病人的家属、朋友、同事、邻居等周边的人所给予的精神物质上的帮助和支持。由于疾病,社会活动空间缩小,许多病人感到社会价值降低或丧失,一部分病人术后恢复工作能力,但由于单位不能理解,其继续工作的机会被阻止;另一部分病人移植后虽然恢复了工作,但与同龄人相比心理仍有一定差距感;一些青壮年病人则对体形及面容的改变感到苦恼,有时被旁人嘲弄,继而产生一种被遗弃的感觉^[18]。

3.3 对策 社会支持是肺移植病人应对疾病过程中最有潜力的资源之一,国内外许多研究^[19,20]都肯定了社会支持能有效地缓解移植术后病人的心理压力,提高病人的生活质量,减少病人对术后治疗的依从性。国内外学者以社会网络图的形式将每个移植术后的病人网络在其中,结果表明,该图加深了术后病人之间的了解,促进了个体间相互交流,且迎合了移植

病人术后的特殊需求。国内也通过肺友会、回访服务、联谊活动器官移植病人运动会等形式,对病人进行健康教育,积极引导病人的健康心理,帮助病人顺利进入角色的转化。有效的护理干预可提高病人的生存质量,护理人员不仅要住住院病人实施完整的疾病护理,还要考虑到病人出院后的康复护理,教会病人及家属自我护理的技巧。有研究表明,是否实施护理干预对康复期移植病人心理功能、社会功能及移植体的存活率均有较明显的影响。通过护理人员对症讲解、处理及与病人、家属进行有效沟通,使病人保持稳定的情绪,感受到尊重与关心,并能以积极心态面对各种问题。另外,护士还应经常鼓励病人参加一些有益的社会活动,如健身运动、各种形式的联谊会。

4 肺移植未来的护理研究方向

随着肺移植医疗技术的飞速发展,相关的护理研究也日益完善,总结多年来护理界所做的各项研究,笔者认为今后对肺移植的护理研究方向从以下几个方面入手:

4.1 等待移植者的心理社会服务 由于器官的短缺,在无适合的供肺前,病人需经历未知的等待时间,对手术的期待及对死亡的恐惧必定会使病人产生各种不利的心理社会问题,如何对该时期的病人实行适当的心理社会服务,使他们以平稳的心态度过等待期将是今后的重点。

4.2 远期治疗依从性的问题 由于各种原因,病人常常在移植的不同时期出现不服从医学指导,如不按时服药、私自减量免疫抑制剂、没有及时回医院复查等,继而导致移植的失败。如何及时发现病人的不遵医行为并找出原因对症解决也是未来研究方向之一。

4.3 对肺移植病人家属生活质量的研究 如前所述,家属是病人赖以支持的社会关系中最重要的一部分,因而,病人与家属的生活质量必定是息息相关的,探讨家属的生活质量的影响因素,将对改善肺移植术后病人的生活质量有着重要的意义。

参考文献

- [1] Toronto lung ransplant Group. Unilateeral long transplantation for pulmonary fibrosis[J]. N Engl J Med, 1986, 314: 1140 - 1145.
- [2] Calne RY, Rolles K, White DJG, et al. Cyclosporin A initially as the only immunosuppressant in 34 recipients of cadaveric organs: 32 kidneys, 2 pancreases and 2 livers[J]. Lancet, 1997, 2: 1033 - 1010.
- [3] Hertz MI, Taylor DO, Trulock EE, et al. The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: 19th official report - 2002[J]. J Heart Lung Transplant, 2002, 21: 950 - 970.
- [4] 廖崇先主编. 实用心肺移植学[M]. 福建科学技术出版社, 2003: 36 - 51.
- [5] Koreny M, Riedmuller E, Nikfardjam M, et al. Arterial puncture closing devices compared with standard manual compression after cardiac catheterization: systematic review and meta-analysis[J]. JAMA, 2004, 291(3): 350 - 357.

保留灌肠法的临床进展

刘 平 滕敬华 马 俐 王 娜 方 军

doi: 10. 3969/j. issn. 1672 - 9676. 2012. 03. 060

保留灌肠是将药液灌入直肠或结肠内,通过肠黏膜吸收以达到治疗疾病的目的的一项护理技术操作。药物灌入后在肠腔内存留的时间长短与临床的疗效有密切的关系,存留时间愈长疗效愈佳^[1]。临床运用极其广泛,尤其消化内科,如果灌肠方法得当可减轻患者的痛苦,达到有效的治疗目的。近年来诸多学者对保留灌肠的方法作了大量的研究和探索,现就其灌肠方法的护理进展综述如下。

1 灌肠前的评估

1.1 充分评估患者 了解患者的病情、临床诊断、意识状态、心理状况、排便情况、理解配合能力等,向患者解释保留灌肠的目的、操作程序和配合要点。

1.2 灌肠时机 在临床工作中,我们一般选择在晚上患者睡觉前排空大、小便后,这样患者灌肠后可以安心休息,此时肠道蠕动较慢,利于药物的保留。杨志英等^[2]认为,晚上睡前灌肠适宜,因为此时活动减少,药液易于保留吸收。

1.3 保留灌肠方法选择 保留灌肠法分为开放式和密闭式保留灌肠。程志芳等^[3]认为,密闭式保留灌肠效果好。开放式保留灌肠使用灌肠筒和肛管,肛管相对较粗,插入时患者感

到痛苦,灌肠液流速较快,不易控制,灌肠后有空气进入肠腔引起患者腹胀。密闭式保留灌肠选用 8 号导尿管对肛门括约肌刺激小,加上控制流速,患者能耐受。灌肠液在肠内存留时间长,药物作用可充分发挥。

1.4 灌肠前肠道的清洁 保留灌肠前常规让患者排空大、小便,然后进行灌肠,患者大便排净与否,会影响灌肠效果。王慎菊等^[4]认为,保留灌肠前先用温水行常规清洁灌肠,清除肠腔内粪块、粘液、脓血、病原体等有害毒素,使肠腔在清洁状态下,药液可充分发挥药效,较快减轻患者痛苦,缩短疗程,节约医疗费用。

1.5 灌肠管的选择 传统灌肠法所用肛管为管径较粗的橡胶管,由于患者直肠、乙状结肠有炎症、溃疡,插入时疼痛明显,引起肛门括约肌收缩,加大了插入难度,且有损伤黏膜发生出血危险。邵红瑛^[5]认为,保留灌肠时采用一次性塑料导尿管作肛管,还有用一次性吸痰管代替肛管,因其硬软适中,管径较细,对黏膜刺激小,患者无疼痛感,患者容易接受。导尿管的型号方面也有研究,认为 16~18 号导尿管代替肛管灌肠效果好。因此保留灌肠时采用的肛管要细软,并且根据患者的情况来选择。

作者单位:442000 湖北医药学院附属太和医院消化内科
刘平:女,本科,主管护师
通讯作者:滕敬华,女,本科,主管护师

- [6] Trulock EP. Lung transplantation [J]. Am J Reso Crit Care Med, 1997, 155: 789 - 818.
- [7] Julia M. Polak, Magdi H. Yacoub. 肺移植[M]. 第二军医大学出版社 2005: 232 - 238.
- [8] Woodman CL, Geist L J, Vance S, et al. Psychiatric disorders and survival after transplantation [J]. Psychosomatics, 1999, 40: 293 - 297.
- [9] 曹曼林, 程安龙. 肾移植患者心理状态及术后心理干预[J]. 中国临床康复, 2004, 8(15): 2953.
- [10] 陈水云, 金爱云, 朱 琮, 等. 肾移植患者心理健康调查及心理干预结果分析[J]. 浙江医学, 2001, 23(5): 285 - 286.
- [11] 黄丽华, 蔡秋琴, 丁 莹. 肾移植病人身心症状与相关因素调查[J]. 浙江预防医学, 2004, 16(6): 31 - 32.
- [12] Marovitz MS, Doyle A, Shaner MA, et al. Pediatric living donor lung transplantation: Psychosocial consideration [J]. J Heart Lung Transplant, 2001, 20: 245.
- [13] raven JL. The Toronto Lung Transplant Group. Postoperative organ-ic mental syndromes in lung transplant recipients [J]. J Heart Lung Transplant, 1990, 9: 129 - 132.
- [14] Baumann LJ, Young CJ, Egan JJ. Living with a heart transplant: long - term adjustment [J]. Transpl Int, 1992, 5: 1 - 8.
- [15] Use SM, Pieper B. Impact of cardiac transplantation on the spouse's life [J]. Heart Lung, 1990, 19: 641 - 648.
- [16] Brdman RAM, Horstman L, van Domburg RT, et al. Compliance with the medical regimen and partner's quality of life after heart transplantation [J]. Qual Life Res, 1993, 2: 205 - 213.
- [17] Canning RD, Dew MA, Davidson S. Psychological distress among caregivers to heart transplant recipients [J]. Soc Sci Med, 1996, 42: 599 - 608.
- [18] 王德盛, 龚科峰, 郭招江. 器官移植患者社会心理分析[J]. 医学与哲学, 2004, 25(11): 68 - 69.
- [19] Lewis K, Winsett RP, Cetingok M, et al. Social network mapping with transplant recipients [J]. Prog Transplant, 2000, 10(4): 262.
- [20] 戴新娟, 韦晓君, 江卫仙. 成立肾友之家的探索和实践[J]. 护理学杂志, 2001, 16(1): 56 - 57.
- (收稿日期: 2011 - 07 - 01)
- (本文编辑 曹素文)