

。护理。

食道癌贲门癌术后预防吻合口瘘的护理干预

高艺

吻合口瘘是食道癌贲门癌根治术后最严重的并发症,其发生率为 5%,死亡率高达 50%,一旦发生,治疗非常困难。预防吻合口瘘,手术过程是关键,而正确、及时有效的护理也是降低术后吻合口瘘的重要措施。

一、我院从 2007年 1月~2008年 6月共行食道癌、贲门癌手术切除 98例,食道癌 76例,贲门癌 22例。男 81例,女 17例。1例因糖尿病术后第八天发生吻合口瘘,其余 97例术后恢复顺利,无吻合口瘘发生。

二、术前干预

1 术前营养支持 根据患者进食情况,指导患者合理进食高热量,高蛋白,丰富维生素的流质或半流质饮食。若只能进食流质或长期不能进食营养状况较差者,可以补充液体、电解质或提供肠内、外营养。

2 呼吸道准备 对吸烟者,入院时劝其戒烟,重视术前呼吸功能锻炼,指导病人缩唇呼吸,膈肌呼吸锻炼。教会病人深吸一口气屏住呼吸一用力咳嗽的有效咳痰方法。要求患者每天晨起、午睡醒、晚睡前每天 3次,每次进行 10次深呼吸、2次咳嗽训练。

三、术后干预

1 心理指导 成功的心理护理是病人战胜疾病的关键,也是能否进行治疗的基础。与患者耐心交谈,讲解术后注意事项,特别强调胃管、胸腔引流管的重要性,强调进食原则,及时解答患者提出的疑问,消除恐惧、紧张心理,以最佳状态接受治疗和护理。

2 保持有效的胸腔闭式引流 防止管道因牵拉、扭曲造成引流不畅或脱出。每隔 1~2小时挤压引流管一次,以防血凝块堵塞管口,密切观察引流瓶内水柱波动情况、引流量、颜色及性状,注意观察有无脓液及食物残渣引出,如有异常及时

处理。

3 加强胃管管理 胃管是食道癌根治术后病人的生命线,保持留置胃管的固定及通畅是术后早期的护理重点,严密观察胃肠减压的量、性质。若胃肠减压无液体流出要查明原因,不可随意拔出或牵拉胃管,以免引起吻合口瘘的发生。每班检查胃管固定及引流情况,确保在位通畅。

4 加强呼吸道管理 严格限制探视及陪伴,维持室内适宜的温、湿度。保持呼吸道的湿化,给予雾化吸入,每天 3次。对痰多粘稠的可以适当增加雾化次数,每隔 1~2小时协助病人坐起拍背,指导病人正确有效的咳嗽、咳痰。

5 指导病员正确进食,保证营养供给,为避免增加吻合口张力,术后进食应严格按照循序渐进的原则。从禁食一半量流质一半流质一软食逐步过度。提高病人的全面营养状况,保证足够的能量。术后一般采用胃肠外营养与肠内营养相结合,供应足够的热量、水、蛋白质、微量元素。每日保证总热量在 2000卡以上,有利于吻合口愈合。

6 适时口服亚甲蓝 判断是否有吻合口瘘:口服亚甲蓝是观察吻合口情况的有效指标。一般术后第 2~3天服第 1次,第 4~6天服第 2次。口服亚甲蓝的方法:0.9%生理盐水 20毫升+美蓝 2毫升,嘱病人缓慢经口吞服,服后夹闭胃管 2小时开放,嘱病人变动体位,观察胸腔引流管的颜色变化。

7 健康指导 为防止胸腔胃对肺的压迫,告诉患者少量多餐。为防止胃液反流至食管,引起吸入性肺炎及反流性食管炎,避免睡前、卧位进食,进食时取坐位或半卧位,进食后慢走。餐后避免低头弯腰的动作,活动 30分钟以上才能平卧。出院后 2周返院复查及化疗。

8 探讨食道癌、贲门癌术后吻合口瘘的高发因素,以期做好针对性的护理干预,有效的降低了吻合口瘘的发生率,减轻了患者的痛苦和经济负担,提高了患者的生存和生活质量。

[收稿日期:2008—09—23]

作者单位:635000 四川,达州市中心医院住院部心胸外科

心肺联合移植监护病房组建及术后护理

沈丹荣 宋笑清

心肺联合移植是治疗终末期心肺疾病有效治疗方法,但由于其手术操作复杂,术后并发症多,围手术期处理难度大,

其近期和远期疗效并不满意。目前国内仅开展手术 10余例,术后仅个别存活超过 1年,总体上国内仍处于摸索阶段,与国外有较大差距^[1]。我科于 2005年 1月及 2006年 7月与福建

临床资料

本组2例,均为男性患者。1例年龄36岁,体重50 kg术前诊断为“先天性心脏病、室间隔缺损、动脉导管未闭、主动脉瓣二叶畸形、艾森曼格氏综合征、右心功能衰竭、右肺动脉血栓形成”;1例年龄34岁,体重66 kg术前诊断“先天性心脏病 动脉导管未闭、三尖瓣关闭不全、二尖瓣关闭不全、肺动脉高压、艾森曼格综合征、心功能不全 心功能Ⅲ级”。2例受体术前心理状况良好,经完善术前常规检查及准备,分别于2005年1月及2006年7月在全麻体外循环下行同种异体原位心肺联合移植术,手术过程均顺利,第1例于术后36小时拔除气管插管,分别术后第6天和第10天供肺发生急性排斥反应,予甲基强的松龙冲击治疗后症状消失。术后第21天突发胸痛,急诊胸片示左纵隔血肿,患者在等待手术过程中血压急剧下降,心跳骤停,即行心肺复苏,开胸探查见主动脉吻合口破裂大出血,患者术后一直处于深昏迷,于第23天放弃治疗。另1例于术后48小时拔除气管插管,术后第9天供肺发生急性排斥反应,给予甲基强的松龙冲击治疗后好转。术后第16天开始出现发热,给予抗感染、抗病毒、抗霉菌、抗原虫治疗,发热无明显好转,于术后第23天突发低血压、心跳骤停,抢救无效。

术前准备

一、医护人员的准备和安排 心肺联合移植是多学科交叉、多部门协作的一个技术难题,术后监护是其中的一个重要环节^[2]。由于国内开展此类手术较少,且我科也是首次开展,因而对心肺移植的护理缺乏经验,通过查找相关资料,学习心肺移植的相关知识和术后并发症的观察处理、熟练掌握呼吸机、心电监护仪、除颤仪、血气分析仪等仪器的使用及急救技术,使大家对护理全过程有系统的了解,对可能发生的情况做好各种应急准备。由责任心强、经验丰富、专业理论技术扎实并有心脏移植护理经验的护士组成监护组;另外成立保障组,负责完成消毒隔离、物品药品准备等工作。

二、患者准备 两患者均为男性,是家庭的顶梁柱,强烈希望通过手术来提高生活质量,恢复一定的劳动力,但对手术治疗也产生顾虑和恐惧。护理人员经常与患者进行沟通,建立良好的护患关系。通过耐心细致的术前宣教,介绍心肺移植的相关知识,认真回答问题,使患者对疾病的转归和手术风险有一定的了解。同时做好家属工作,家庭的有效支持大大提高患者战胜疾病的信心。术前及时完善细菌学和病毒学各种生化检查,密切观察病情,遵医嘱应用强心利尿等药,改善心功能,指导患者加强呼吸功能锻炼,便于术后主动咳嗽排痰。

三、病房准备 隔离病房由更衣室、缓冲室、隔离室三间构成。床边备多功能心电监护仪、呼吸机、除颤仪、血气分析仪、多台微量注射泵、超声心动图仪等;同时备好各种抢救设施及治疗用物;备齐血管活性药、抗生素、免疫抑制剂及其它常用药物。患者的生活用品进行高压灭菌或浸泡擦拭消毒后

例配制进行擦拭和喷洒。隔离室配备两台空气消毒机24小时进行循环消毒,并用紫外线照射消毒。

术后护理

一、循环系统监护 移植手术前,患者或多或少的存在水钠潴留,术后早期由于心脏停跳和冷缺血,使心脏的收缩功能受到影响,应在适当的容量下加强正性肌力药物的使用,过多的容量补充反而会加重右心的前后负荷,严重可导致右心衰竭^[1],因此术后总的循环状态以容量控制为主。常规监测心率、心律、有创桡动脉压、中心静脉压,考虑供体心肺是匹配协调的整体,无肺动脉高压的存在,因而本组2例受体均未放置漂浮导管。术后1周内每日床边心脏彩超测定心脏射血分数、肺动脉压、三尖瓣返流情况以及各房室的大小,以评估供心的整体收缩功能和肺阻力的变化。术后1周内予多巴胺、多巴酚丁胺3~5 ug/min kg强心治疗及前列腺素E₃ 0.03 ug/h扩张肺动脉、防治肺间质水肿,并逐渐减量。第1例患者术后第3天晚血压升高达180/110 mmHg自诉头痛,予前列腺素E₁持续静脉泵入及口服络活喜降压无明显效果,考虑为大供心小受体术后常见的高心排效应,予硝普钠扩血管后血压降至140/80 mmHg。第2例于术后第1天及第5天,分别出现室上性心动过速,给予胺碘酮75 mg/h治疗,效果理想。2例患者术后彩超检查均示心脏收缩舒张功能良好,第1例术后第13天肺动脉压力较前升高,三尖瓣Ⅱ度返流,考虑肺排斥反应,肺阻力升高,予加强利尿处理。

二、肺功能监护 术后给予呼气末正压(PEEP)机械通气,呼吸模式为压力控制,PEEP为5 cm H₂O每4~6小时做1次血气分析,主要观察指标为氧合指数。考虑到术中转流时间长,以及移植肺去神经状态,再灌注损伤影响及可能发生的植入反应,呼吸机辅助时间相对较长,保持患者镇静以防对支气管吻合的影响。术后第1周每天行胸部X线摄片1次,1周后改为隔天1次,2周后改为每周1~2次,胸部CT检查视病情而定。

移植肺缺乏神经反射,咳嗽反射差造成气道分泌物难以排出而阻塞气道;又缺乏淋巴管引流,易造成肺间质和支气管黏膜水肿。应用氨茶碱40 mg/h扩张气管支气管、防治肺间质水肿及气道阻塞。在术后第1周,每天常规行气管镜检查,观察吻合口愈合情况以及辅助吸痰,操作时注意手法轻柔,以防损伤吻合口。在患者行气管插管阶段,可以通过连接带有侧孔的人工鼻在不中断机械通气的情况下吸痰;在患者拔除气管插管后,在患者经另一侧鼻孔吸氧和密切监测患者心率、血氧饱和度情况下吸痰,整个过程动作要快而准,一旦血氧饱和度低于85%,应暂时中止吸痰。拔除气管插管后,协助患者叩背,鼓励其有效咳嗽进行排痰。

三、感染的预防及护理 移植术后大量应用免疫抑制剂,长期心衰患者营养状况下降,机体抵抗力下降,手术创伤,留置各种导管和频繁的医疗操作,都是感染的易发因素。加之肺是与外界相通的开放性“污染”的器官,由于移植肺去神经后丧失咳嗽反射、肺的淋巴回流中断、肺的自净和免疫功能失

出,所有进病室内的人员必须换上消毒的隔离衣、裤、鞋,戴好口罩和帽子,接触患者须进行手部消毒。

2 严格执行无菌操作规程。每天消毒、更换穿刺处敷料贴,更换输液管道、三通开关、肝素帽及手术部位敷料。每日进行血、尿、痰、咽拭子培养,尽早拔除各种侵入性监测管道。2例患者均在术后第2天内拔除气管插管及心包纵隔引流管,第4天拔除胸腔闭式引流管,第6天拔除有创动脉测压管。

3 加强基础护理。每日进行口腔护理2次,患者进食后,用复方硼酸溶液进行漱口,并注意观察患者口腔黏膜情况,及时发现真菌感染,保持会阴部清洁;患者衣裤及床上用品均需高压消毒,每天更换1次。大小便盆每次用后均用84消毒液进行浸泡。

四、排斥反应的监测及护理 排斥反应是术后常见的并发症,心、肺可同时发生,但据临床观察,大多数排斥反应都以供肺先发生。肺的急性排斥反应主要表现为气促、胸闷、乏力、咳嗽、咳痰等症状,体征为呼吸困难以及肺部出现湿性啰音、血氧饱和度下降,胸片提示肺部有阴影或原有的阴影加重。心脏的排斥反应表现为心律失常、室性或房性早搏,患者自感心悸。护士要熟练掌握排斥反应的临床症状,严密监测患者的生命体征,观察咳嗽咳痰情况,进行肺部和心脏听诊,按时按量给患者服用免疫抑制剂,如患者出现异常症状,应及时报告医生进行对症处理^[4]。本文2例患者术后分别发生1~2次肺急性排斥反应,予及时调整免疫抑制剂用量及甲基强的松龙冲击治疗后症状消失。2例均未发生心脏排斥反

应。

体 会

心肺移植术开展较心脏移植术晚,手术与术后处理都较心脏移植难度大。国内目前此类手术的开展仍处于起步阶段,尚无较系统的围手术期护理知识可以借鉴。为了保证患者护理安全,我们在总结心脏移植护理经验的基础上,经过查找大量心肺移植的相关资料,详细制订术前准备、术后监护的工作流程,重点做好人员培训工作,加强术后病情观察,严格做好各个环节的感染预防及控制工作。虽然本组2例患者术后存活时间不长,但我们在护理过程中已摸索出一套较为系统的心肺移植围手术期护理经验,为今后再开展此类手术提供重要保障。

参考文献

- [1] 易定华. 心脏移植和心肺移植现状与相关问题的探讨. 第四军医大学学报, 2005, 26(23): 2113-2115.
- [2] 彭幼清, 姜建新, 张莉萍, 等. 护理心肺联合移植患者真实体验的质性研究. 解放军护理杂志, 2006, 23(9): 1-3.
- [3] Banner NR, Polak MJ, Yacoub MH. 主编, 陈静瑜, 王桂芳, 姜庆军, 主译. 肺移植. 上海: 第二军医大学出版社, 2005: 255-225, 261-262.
- [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. 现代护理. 2005, 11(19): 1659-1660.

[收稿日期: 2008-09-01]

食管癌肺部感染的排痰护理

张秀丽

食管癌术后常出现肺部感染,由于麻醉影响,肺被牵拉、压迫、术后疼痛,造成患者的呼吸浅快,食管癌导致的营养不良,呼吸肌肌力下降,老年人肺退行性变化或合并慢性阻塞性肺病,致使呼吸道分泌物潴留,细菌繁殖引起肺部感染。排痰不畅是肺部感染最主要的原因,慢性阻塞性肺病、胸胃压迫是其中重要的原因,疼痛引起的呼吸浅快也影响痰液排出。为了有效地清除呼吸道分泌物,我们在病人排痰中采取了“湿、拍、翻、流、咳、吸”等综合护理措施,有效地清除了呼吸道分泌物,使肺部感染得到尽早控制。本组14例食管癌,食管部分切除、食管胃吻合术后并发肺部感染患者,其中男性16例,女性3例,年龄45~76岁。手术前合并慢性阻塞性肺病8例,合并糖尿病3例。

护理方法

一、术后病人对痰液引流存在恐惧的心理,由于疼痛、引流管等不愿意接受“湿、翻、拍、流”等,我们向病人耐心地讲解排痰的重要性、各项方法的可靠性,使病人解除紧张的心

理,愿意接受与配合。

二、湿化呼吸道:通过湿化增强纤毛活动力,防止分泌物干涸结痂,促进痰液排出。静脉补液,进水量在2000~3000 ml左右。补充充足水分,有利于痰液的稀释便于咳出。超声雾化吸入:方法,症状轻、咳嗽有力者取半坐卧位,意识模糊、咳嗽无力者取侧卧位,床头抬高30度,在雾化杯内加入生理盐水20 ml,α糜蛋白酶5 mg,庆大霉素4万单位,让病人张嘴呼吸,把药液吸入气管、支气管,起到祛痰、消炎作用。雾化吸入时间为15 min/次左右,每天早晚各1次。每次雾化吸入时护士都应守在病人身边,密切观察病人呼吸,如痰量增多无力咳出时要及时清除,以防窒息。氧气的湿化与温化:病人采取低流量持续吸氧,长时间吸入未经加温的湿化氧气,可导致支气管分泌物粘稠、痰液不易咳出,加重呼吸道阻塞。我们定时给湿化瓶加温水保持在50~60℃,吸入气温度为32℃左右,可保持呼吸道黏膜温化、湿润,利于痰液排出,同时可增加氧分子的弥散能力及氧分压,提高吸氧效果。

三、正确拍背:在湿化的同时辅助拍背,有利于痰液的排