

排综合征、心率快、血压慢、血氧饱和度低,经及时处理,应用强心扩血管药物,加强利尿,给予患儿持续镇静,患儿症状很快缓解。

2.5 喂养护理 术后第 1 天听到肠鸣音后开始喂养,提倡早喂养,鼻饲奶时采取垂直喂养的方法,即将胃管一端连接除去针芯的注射器,把奶倒进去,利用重力作用使奶进入胃内,防止胃黏膜损伤,也减轻了患儿痛苦。若无滞留每天增加奶量。脱机后 6 h 试图口服喂养,使患儿头偏向一侧,若吸吮不佳给予患儿安抚奶嘴进行锻炼。注意观察患儿腹胀情况,必要时应用开塞露灌肠。

3 小结

护理好该类病人,在对症处理时寻找原因是关键,心肺功能恢复是患儿手术成功与否的关键,所以护理该类病人时应高度重视,密切观察,与医生密切合作,熟悉掌握各项指标的参考值,学会如何使用各种先进仪器,从而使护理人员在护理这些病人时能得心应手,也希望管理者能多培训,从而提高护士的专业护理水平。

参考文献:

- [1] PRENDIVILLE E, BOSQUE E, SKOUFIS J. Nursing interventions. The nurse's role in the care of a 730 g baby treated with prostaglandins for 62 days for a coarctation of the aorta[J]. Journal of Perinatology, 1987, 7(2): 164-167.
- [2] 张林虹, 范太兵, 杨昌清. 婴幼儿先天性心脏病术后监护研究[J]. 医药论坛杂志, 2005(5): 68-69.
- [3] 范媛. 先天性心脏病主动脉缩窄围术期护理的临床分析[J]. 吉林医学, 2015, 35(4): 794-795.
- [4] 董向阳, 李文静, 翟波. 主动脉缩窄和(或)主动脉弓发育不良并心内畸形的手术治疗[J]. 社区医学杂志, 2015, 13(21): 58-60.
- [5] 肖月华, 周黎黎, 方敏华. 主动脉缩窄或主动脉弓中断并存心内畸形患儿一期修复的护理[J]. 护理学杂志, 2013, 28(22): 39-40.
- [6] 孙小莉, 刘晓莉, 朱学敏. 主动脉弓部缩窄 1 例护理体会[J]. 重庆医学, 2009, 38(9): 1132.
- [7] 何华英, 刘凌虹, 李晓璐. 小儿主动脉弓病变合并心内畸形的术后护理[J]. 实用医学杂志, 2010(20): 3818-3820.

(收稿日期: 2018-04-08)

(本文编辑 卫竹翠)

1 例 PRA100% 肺移植病人围术期血浆置换的护理

薛金萍



关键词: 血浆置换; 肺移植; 护理

中图分类号: R473 文献标识码: B doi: 10.12104/j.issn.1674-4748.2019.05.049

肺移植是目前国际上治疗终末期肺部疾病的最佳有效手段。移植前需进行 ABO 血型、群体反应性抗体(PRA)等检查,以判断病人是否适合做移植。PRA 是指群体反应性抗 HLA-IgG 抗体,是各种组织器官移植术前筛选致敏受者的重要指标,与移植排斥反应和存活率密切相关。国内研究发现, PRA 水平与急性排斥反应的发生呈正向平行关系,即 PRA 水平高的病人移植后更易发生严重的早期急性排斥反应^[1]。本例病人肺移植术前检查 PRA100%,通过术前血浆置换, PRA 转为阴性后成功实施了肺移植手术,术后 3 d 继续血浆置换,病人安全度过了术后危险期。现将护理报告如下。

1 病例介绍

病人,男,64 岁,诊断为肺间质纤维化合并感染,为行肺移植手术于 2017 年 4 月 17 日收入我院肺移植科。于 4 月 20 日出现呼吸衰竭加重转至我科。给予气管插管机械通气,根据呼

吸道病原学标本结果抗感染、祛痰等治疗后肺功能好转,5 月 1 日给予拔出气管插管后行无创 CPAP 辅助呼吸。遂行肺移植术前检查,血型 O 型, PRA 检测阳性 100%。5 月 10 日肾内科会诊,制订血浆置换计划:血浆置换隔日 1 次,手术前血浆置换 1 次。遵医嘱治疗后病人于 2017 年 5 月 23 日全身麻醉下行体外膜肺氧合(ECMO)支持下双肺移植术,手术顺利,术后给予积极呼吸机辅助通气、广谱抗感染、祛痰、抗排异等治疗,于 5 月 24 日撤除 ECMO,5 月 25 日拔除气管插管后改为无创呼吸机辅助通气序贯无创 CPAP。病人术后 3 d 血浆置换治疗每天 1 次。于 5 月 26 日监测血气结果理想,咳嗽顺利,医生考虑病人术后恢复好,于 5 月 27 日转至普通病房治疗。

2 治疗方法

此例病人血浆置换机器选择的是费森尤斯的 CRRT 机。静脉管路选择的是右颈内静脉。置换液是新鲜冰冻血浆,每次置换量 2 000 mL。治疗方案:血浆置换隔日 1 次,手术前血浆置换 1 次。为防止变态反应的发生,每次血浆置换前给予地塞米松 2.5 mg 静脉推注。抗凝剂采用的是依诺肝素钠 6 000 IU 皮下注射,血浆置换前 3 min 静脉壶推注给药。

作者简介 薛金萍,护师,本科,单位:100029,中日友好医院。

引用信息 薛金萍. 1 例 PRA100% 肺移植病人围术期血浆置换的护理[J]. 全科护理, 2019, 17(5): 633-634.

3 护理

3.1 心理护理 血浆置换前向病人说明此次治疗的目标是降低PRA以进行肺移植手术。讲解操作过程,指导病人术中配合的要点及置管后注意事项,缓解病人紧张情绪,解除思想顾虑。

3.2 管路预冲 血浆置换管路在预冲过程中,膜式分离器常常会形成小气泡,遇血形成血气界面而造成凝血。预冲时旋转分离器,轻拍分离器内的气泡,并将动脉壶内的液平面控制在3/4位置,确保当血液进入时低于壶内液平面,预防凝血的发生。充分的管路预冲可减少操作过程中凝血的发生,故预冲液设置为生理盐水2 000 mL。

3.3 单接法 肺移植术后病人早期易发生再灌注肺水肿,术后72 h最明显。肺移植病人早期需采取严格限制性液体治疗策略,在维持容量足以保证重要器官灌注和防止额外的肺水肿之间达到微妙的平衡^[2]。因此,肺移植术后病人血浆置换时采用的是单接法,即连接病人时先连接动脉端,机器监测到血液进入时,再开始连接病人静脉端,从而减少预冲液的入量。

3.4 操作过程中的护理 引血速度过快可导致血液进入分离器不均匀,使跨膜压增加引起凝血,故初始血流速度设置为50 mL/min,并观察病人心率、血压等变化,逐步调至100~140 mL/min,确定血流量稳定后开始治疗,密切观察机器运转情况,血流量控制在100~140 mL/min,血浆滤出速度控制在25~40 mL/min,血浆滤出与置换液输入速度保持平衡,跨膜压控制在50 cmH₂O以下,防止凝血引起破膜。早期发现和处理凝血倾向是预防凝血发生的关键,凝血早期表现是体外循环血色渐暗,分离器内出现暗红色条纹,跨膜压逐渐增加,治疗过程中要密切观察,及早发现及早处理。操作过程中嘱病人尽量保持平卧位,保持血管通路在位,防止管路脱出。

3.5 血滤管路的维护 保持管路通畅是血浆置换治疗的前提,本例病人采用的是4%枸橼酸钠抗凝剂封管。枸橼酸封管液在控制出血并发症方面优于肝素,预防导管功能障碍的效果与肝素类似^[3]。枸橼酸封管液的抗凝效果局限在管腔内,对病人的全身凝血功能无影响,更适合于肺移植病人的封管。预防管路的相关性感染是肺移植围术期病人的重中之重。操作过程中严格无菌操作,密切观察体温变化,治疗结束后无菌纱布包扎管路外漏接头。

4 小结

血浆置换是降低肺移植病人PRA的有效手段,联合免疫抑制剂更能持久地降低PRA,从而减少肺移植术的排异反应。其中,血浆置换前充分向病人说明血液将置换的目的、方法及注意事项能获得病人更好的配合,充分的管路预冲及操作过程中密切观察可减少血浆置换过程中凝血的发生,肺移植术后连接病人时采用单接法可减少预冲液的入量,更符合肺移植术后病人的液体管理原则。此例病人血浆置换后成功实施肺移植手术,术后PRA控制良好。

参考文献:

- [1] 杨绍娟,张文岚,傅耀文,等.HLA配型、群体反应性抗体与肾移植术后早期急性排斥反应的关系[J].中国免疫学杂志,2003,19(4):273-274.
- [2] 许红阳,陈静瑜,邱海渡.肺移植术后患者在重症监护病房的处理[J/OL].中华重症医学电子杂志,2017,3(2):91-93.
- [3] 宇亮,杨济桥,张凌,等.枸橼酸和肝素封管液预防血液透析长期留置导管相关感染的Meta分析[J].中华肾脏病杂志,2013,29(8):574-582.

(收稿日期:2018-04-24)

(本文编辑 卫竹翠)

1 例 Miller Fisher 综合征病人的护理

李 烨



关键词:Miller Fisher 综合征;丙种球蛋白;保护性约束;护理

中图分类号:R473.74 文献标识码:B doi: 10.12104/j.issn.1674-4748.2019.05.050

Miller Fisher 综合征(MFS)是一种非常少见的神经系统疾病,是吉兰·巴雷综合征(简称GBS)的变异型之一,包括共济失调、腱反射丧失和眼外肌麻痹三联征组成。发病人群以青年男性居多,春季和秋季为高发期^[1]。2018年1月26日我科收治1例Miller Fisher 综合征病人,从病情观察、基础护理、安全护理、用药护理、心理护理等方面给予护理,病人症状明显改善。现将护理总结如下。

1 病例介绍

作者简介 李烨单位:518110,南方医科大学深圳医院。

引用信息 李烨.1例Miller Fisher 综合征病人的护理[J].全科护理,2019,17(5):634-635.

病人,男,27岁。因“腹痛4 d,肢体乏力2 d,言语不清1 d”于2018年1月26日入院。入院后病人意识清楚,对答切题,轻度构音障碍,查体合作。双瞳孔散大,直径约7 mm,对光反射消失,双侧眼球外展不到边,可见轻度水平眼震,四肢肌张力低,四肢肌力4级,腱反射消失,四肢感觉过敏,共济运动双侧(+).病人腹痛后相继出现视物模糊、肢体乏力、全身麻木、活动不协调、言语不清、饮水呛咳、吞咽障碍等症状,予以丙种球蛋白冲击治疗1周,依达拉奉护脑、甲钴胺营养神经、留置尿管、留置胃管、肠内营养支持等综合治疗。护理上加强对病人的病情观察、用药护理,加强基础护理,确保病人安全,预防感染,做好心理护理。病人经治疗护理后病情明显得到改善,于2月6日办理出院。

2 护理

2.1 病情观察 Miller Fisher综合征死因主要为呼吸肌麻痹