

一例单侧肺移植行 CRRT 治疗的护理

胡石足 叶桂连

(广州医学院第一附属医院呼吸疾病研究所 广东广州 510120)

【摘要】 总结 1 例单侧肺移植行 CRRT (continuous renal replacement therapy) 治疗患者的护理体会。护理观察要点是:加强循环与呼吸及 CRRT 的护理:血管通路的建立,置换液的配制,透析模式,抗凝方法,液体管理及各种并发症的护理观察和处理。

【关键词】 单侧 肺移植 CRRT 护理

【中图分类号】 R655.3

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674-0742(2009)06(a)-0037-02

器官移植难度之最——肺移植,肺移植手术是目前治疗终末期慢性阻塞性肺病及特发性肺纤维化等病症的有效方法。相关资料记载,国际上第一例异体肺移植 1983 年在加拿大获得成功,我国首例肺移植手术 1995 年在北京安贞医院获得成功。连续性肾脏替代治疗是指缓慢、连续清除水和溶质的治疗方式。CRRT 技术采用了持续的操作方法,可以保证患者 24h 连续透析,为重症患者的救治提供了非常重要的、赖以生存的内稳态的平衡。肺移植术后行 CRRT 治疗的病例尤为罕见,我院 2008 年 10 月收治一例此病患者,对此病例的临床观察及护理中发现,该病具有一定的特点,现将护理体会报道如下。

1 临床资料

患者,男性,52 岁。反复咳嗽咳痰 10 余年,气促 6 年,再发加重 1 个月。CT 示终末期慢性阻塞性肺气肿,两肺多发性肺大疱,双上肺纤维性肺结核。右心导管检查示:左前降支中段(MID-LAD)40% 狭窄,左室前壁心尖部搏动减弱,左心室射血分数(LVEF)50%。术前诊断为终末期阻塞性肺气肿,两肺多发性肺大疱,双上肺纤维性肺结核。10 月 31 日行同种异体右肺移植术,术后人工辅助通气,于广谱抗生素治疗及普乐可复(FK506)抗排斥治疗。术后第 3 天非移植肺出现气胸并出血,心跳停止,行心肺复苏成功。患者尿素氮、肌酐进行性升高,尿量减少,术后第五天予置置右股三腔透析管行 CRRT 治疗。使用费森尤斯公司生产 AV600S 聚砜膜血滤器,百特 ACCURA CRRT 机,治疗模式连续性静脉-静脉血液滤过(continuous venous-venous hemofiltration, CVVH),置换量 2.0 ~ 2.5L/h,血流量 180 ~ 220mL/min,透析时间 24h 持续治疗。CRRT 治疗 7d 后,患者肌酐由 260.2umol/L 下降至 102.2umol/L、尿素氮由 29umol/L 降至 14 umol/L,尿量 480mL/d 升至 1200 ~ 1300mL/d。

2 CRRT 的护理

2.1 血管通路的建立及护理

建立血管通路的部位主要有颈内静脉、锁骨下静脉和股静脉。相对来说颈内静脉是插管的最佳部位,该患者颈静脉已做深静脉穿刺持续中心静脉压(CVP)监测,所以选用股静脉穿刺,其优点是患者体位改变时,仍可保持较高的血流量。每次治疗前用 0.5% 安尔碘消毒置管处 10cm 范围内皮肤两遍,使皮肤形成一层棕色的薄痂,对导管出口起到保护作用,防止细菌沿导管旁窦侵入机体。管口处用无菌纱布覆盖,胶布交叉固定好导管,先用 2mL 无菌注射器将导管内的残留肝素液抽出后丢弃,再用 20mL 无菌注射器回抽 10 ~ 15mL 的血液,即可进行治疗。结束治疗封管:用 0.5% 安尔碘消毒 2 遍插管口周围皮肤后,用一次性无菌敷料覆盖,用 23mL 生理盐水加肝素钠注射液 1.25 万单位分别注入两管腔内抗凝(注入容量根据管腔标定的大小而定),盖上肝素帽,用无菌纱布包好导管尾端,胶布交叉固定于皮肤上。避免患者体位多

变,如屈膝,屈髋,不自主拉扯管子等造成管道折叠、贴壁甚至脱落,对躁动不安患者使用镇静剂。

2.2 置换液的配制与监护

持续的血液滤过,需要补充大量的置换液,经补充对流丢失的体液。我院采用的每组置换液 A 液:生理盐水 3000mL,5% 葡萄糖注射液 250mL,10% 葡萄糖酸钙 20mL,25% 硫酸镁 3.2mL。B 液:5% 碳酸氢钠 250mL。钾的补充根据患者血钾情况而定:若患者有高钾血症则置换液中严禁加入含钾液体;若血钾正常,可将 10% 氯化钾注射液 12mL 加入置换液 A 液中配制成钾离子浓度为 4 mmol/L 的液体;若血钾<3.5mmol/L 可将置换液中钾离子浓度调节为 5mmol/L。随时监测患者电解质及血气分析结果随时调整置换液配方及 B 液速度。

2.3 透析模式

我们选择持续性静脉静脉血液滤过(CVVH)模式。置换量 2 ~ 2.5L,超滤量根据患者的入量、出量、中心静脉压、生命体征等情况来设定;治疗中密切监测患者的各项生命体征,定时监测电解质、肾功能、血气、凝血常规、血糖等,并根据各项指标给予调整置换液中钾、糖的含量。治疗中若患者血压低,可适当减少超滤量、减小血流量进行调整。

2.4 抗凝方法及监护

该患者肺移植后心、肺、肾多脏器功能障碍并发活动性出血,合理抗凝显得尤为重要,抗凝的充分标准是维持血滤器寿命 1 ~ 2d。该患者给予无肝素抗凝,管道及滤器用等渗盐水 1000mL 加肝素钠注射液 1.25 万单位预冲,尽可能排除小气泡并浸泡 10 ~ 30min,使肝素吸附在滤器膜上,肝素不能通过对流清除携阴电荷可以阻止其通过膜,滤器对肝素的吸附可很快达到饱和,一定程度上防止了膜上血块的形成^[1]。严密观察滤器前后压力、静脉压、透析压、透析器的中空纤维有无暗黑色条纹等,防止体外循环出现凝血。血制品和脂肪乳不应从透析管路输注,以防加速滤器及管路堵塞。

2.5 液体管理与监护

实行液体三级管理^[2],该患者肺移植术后心、肺、肾多脏器功能障碍,又涉及大量液体交换,因此在 CRRT 治疗过程中保持液体出入平衡十分重要,每小时准确记算出入量,随时注意监测血压、脉搏、呼吸等生命征及中心静脉压、尿量,并根据所监测数值来调整超滤量,进出量要求“0”平衡。保持液体出入平衡和患者临床有效容量的准确测定很大程度上依赖 ICU 护士,如果容量平衡控制不当可引起严重并发症,甚至导致患者死亡。

2.6 并发症的护理观察和处理

2.6.1 预防感染 移植术后患者应入住百级层流洁净正压病房,限制工作人员数量,禁止家属探视,操作过程中严格无菌操作,插管处每天换药,并随时观察管口处有无红肿、渗液等现象,并合理应用抗生素。

老年人胆囊炎胆石症手术治疗的临床分析

洪华金 容浩 容子平

(广东省化州市人民医院 广东化州 525100)

【摘要】目的 探讨老年人胆囊炎胆石症的最佳手术时机及处理措施。方法 对我院2001年1月至2007年12月153例老年人胆囊炎胆石症围手术期处理、手术时机、手术方式、术后并发症的处理和预防等进行总结分析。结果 老年人胆囊炎胆石症约60%合并糖尿病、心血管疾病及慢性阻塞性肺疾病。择期手术106例发生术后并发症27例;急诊手术47例,发生并发症28例;急诊手术并发症明显高于择期手术。本组围术期无死亡病例。结论 老年人胆石症合并胆囊炎应争取早期手术治疗。只要术前准备充分,选择有效安全的麻醉与手术方式,高度重视术后观察与处理,可以把风险降至最低水平。

【关键词】手术治疗 老年人 胆囊炎 胆石症

【中图分类号】R657.4

【文献标识码】A

【文章编号】1674-0742(2009)06(a)-0038-02

老年人胆囊炎胆石症的并发症比较多见,一旦发生急性梗阻、化脓性胆管炎等均比较重,故对老年人急性胆囊炎、胆石症要高度重视,积极采取措施,减少并发症的发生。笔者自2002年1月至2007年12月手术治疗 65岁老年人胆囊炎胆石症 153例,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组胆囊炎胆石症患者共153例,其中男54例,女99例;年龄

65~80岁,平均68.2岁。病程24h~20年。术前病人均做如下检查:血、尿常规、肝、肾功能、血糖、血电解质、血气分析,心电图及术前胸片,择期手术病人尚需做肺功能及心脏彩色超声波检查及大便常规。根据上述检查与病史术前发现患内科疾病72例,其中高血压33例,高血压性心脏病和冠心病各5例,脑梗死2例,高血糖16例,慢性阻塞性肺病或慢性支气管炎12例,心电图改变21例,低血钾12例。术前检查中发现合并结肠癌及胃癌各1

2.6.2 观察有无出血倾向 注意插管口处有无渗血,患者皮肤、粘膜、大小便颜色及神志等变化及定期监测凝血功能。

2.6.3 保持水、电解质和酸碱平衡

2.6.4 严密观察有无出现排斥反应 按医嘱定时服用抗排斥药和监测血药浓度。护士应注意病人的体温、呼吸、精神状况,主诉及各种检查结果,以及早发现、早治疗。

2.7 实行整体护理

由于ICU的特殊治疗环境,患者病情危重,并发症多,极易紧张、恐惧的过度应激状态而影响治疗。心理应激反应很可能是再次诱发和加重因素,患者会出现心情紧张、焦虑、恐惧,担心预后,护理人员应以委婉的语气给予安慰,耐心倾听患者的主诉,及时发现应激源,纠正其不正确的认识,解除不必要的恐惧和焦虑,以增强治疗效果。

3 护理体会

肺移植术后由于免疫抑制药物的应用,使其免疫功能处于低下状态,严重减弱了移植患者对感染的抵抗力。肺部感染是以呼吸困难、顽固性低氧血症、肺顺应性减弱、广泛肺泡萎缩和透明膜形成为特点的急性呼吸衰竭,是临床较常见和病死率较高的危重病。积极采用CRRT治疗,具有很强的滤过对流作用,有效的清除肺移植术及心肺复苏后的大量中分子物质,包括相当数量的炎性介质、大部分细胞因子,有利于肺间质水肿的控制,改善氧饱和度,阻止和减缓病情发展。相比常规透析治疗时间短,要清除体内过多的水分,必须增加单位时间内的超滤率,对血流动力学的稳定性必然带来明显的影响;而经过CRRT治疗,患者耐受好,血流动力学稳定,对心功能影响小,有利于肺部感染的控制和通气功能改善;同时改善水电解质及酸碱平衡,促进内环境稳定,也便于积极的营养支持治疗,和各种并发症监控及处理。注意每1~2小时监测电解质、血气分析、pH值各1次,及时调整置换液配方。随时观察患者意识、中心静脉压、血液通路的变

化,以便及早发现低血压及其他并发症。

肺移植手术的特殊性及心肺复苏后的时令性要求行CRRT治疗优先使用无肝素抗凝法。治疗过程要求专人护理,严密观察,及早发现凝血先兆,避免血液体外凝固,防止因此导致大量血液丢失的后果;CRRT治疗中血滤器最易发生凝血,要仔细观察血滤器端盖上的血液分布是否均匀,滤器的纤维颜色有无变深或呈条索状,滤出液的流出是否通畅,以及静脉壶的滤网有无凝血块和颜色变深、静脉壶有无变硬感等,通过这些措施发现是否发生凝血,以便及早处理。同时尽量避免输血、白蛋白等高渗液,以防血液通路和滤器凝血。如确实需要,可从另外的静脉输入或在CRRT结束前1h输入。

总之,该患者的护理中,集中面临着肺移植术后患者的凝血机制紊乱、手术创伤大、血管吻合多,易发生溶血和出血,以及严重的排斥反应、感染和猝死;在进行CRRT过程中不断面对极易发生的并发症:水、电解质和酸碱平衡失调、感染、出血、滤器凝血;患者恢复历程中极需全面的生理与心理支撑等诸多问题。为保证CRRT治疗顺利、有效地进行,护理人员必须具备高度责任心、熟练而专业的操作技能、敏锐的观察能力、协作无间的团队精神。

参考文献

- [1] 任冰,龚德华.连续性血液净化[M].南京:东南大学出版社,2004:11.
- [2] 任冰,刘芸.连续性肾脏替代治疗救治重症急性肾衰的护理[J].中华护理杂志,1993,34(1):28~30.

【收稿日期】2009-02-13