

同种异体右肺移植手术准备与配合 2 例

黄瑞萍, 陈莹, 王凤娟, 林秀娟, 徐燕雯* (广州医学院第一附属医院 广州 510120)

【提 要】 目的 探讨肺移植手术的准备、配合和护理。方法 分析了本院两例肺移植手术过程中人员配备、物品准备、手术配合和术中护理等过程。结果 手术配合和护理重点在: 动物实验和术前讨论; 现场供体肺处理; 手术物品准备; 术中药物使用时机和剂量; 病人体温控制和输液速度调节; 护士操作熟练和用物数目清晰。结论 制订必要的人员配备物品准备和手术配合及护理常规有助于肺移植手术的成功。

【关键词】 肺移植; 手术配合; 护理

[中图分类号] R 473.6

[文献标识码] A

[文章编号] 1008-634X(2003)04-0355-02

目前, 肺移植已成为越来越多终末期肺良性疾病及肺血管疾病患者的外科治疗选择^[1]。2003年1月和6月本院进行两例右肺移植手术成功, 病人分别于术后第25天和30天康复。现将手术准备与配合介绍如下。

1 临床资料

患者1, 男, 45岁, 术前诊断: 双肺先天性多发性肺囊肿, 终末期, 施行同种异体右肺移植术。术后病情好转, 行走自如, 可上四层楼梯。是中南地区首例成功肺移植存活时间最长病例。患者2, 男, 62岁, 术前诊断: 慢性阻塞性肺病、肺心病, 终末期。病人不能平卧, 长期吸氧。施行同种异体右肺移植术。术后恢复良好, 肺功能是术前的3倍, 是我国目前至今为止年龄最大而且成功康复的肺移植者。

2 手术配合

2.1 术前准备 ①术前病例讨论: 胸外科和心血管内科、护理部、手术室参加了讨论会, 了解和熟悉病人基本情况、心脏承受手术程度、术中病情变化和使用的药物, 针对可能出现的紧急情况制订处理方案和解决方法, 制订严格的无菌操作程序, 防止感染发生。

②一般准备: 手术间物品, 检查仪器、设备、手术间空气消毒、配置人员、药物准备等。

2.2 物品准备 ①准备常规及特殊仪器和肺移植仪器各1套。②备胸腔镜全套及电视系统, 备术中录像了解手术过程及显示操作。③备制冰机, 术中需用大量的4℃冰屑保存供体。④体外循环机准备, 及相关人员配置, 调试机器运转备体外循环用。⑤回输血机, 将病人手术中血液过滤后重新回输, 减少病人的感染的机会, 而且保证血液回输时间。

2.3 巡回护士配合 ①麻醉配合: 双下肢建立静脉通道; 协助麻醉医师进行气管内插管全身麻醉, 行颈

内静脉穿刺插管, 插漂浮导管, 左挠动脉穿刺测压; 留置导尿管, 配制肝素盐水。②体位摆放: 90℃侧卧位, 显露手术野, 便于手术操作, 确保手术床平整, 病人卧位舒适, 变温毯温度调节方便。③仪器、设备准备: 连接电视系统和内窥镜; 调试除颤器; 调整电凝器输出功率; 检查吸引器负压压力; 调节无影灯光度。④密切观察和调节病人体温, 尤其供体肺植入时随时调节变温毯温度; 配备足量血液, 控制输液速度, 并准确记录出入量; 病人伴有心功能不全, 准备心血管药物多巴胺、可拉明和西地兰, 血管吻合完毕后使用甲强龙。

2.4 器械护士配合 ①常规行右肺叶切除: 处理肺, 保护神经, 切断肺动脉、肺静脉和气管。向上牵拉肺动脉。供体肺放入, 用4-0可吸收线间断缝合气管。肺动脉用4-0不可吸收单股血管缝线连续缝合, 用组织覆盖。肺静脉用4-0不可吸收单股血管缝线连续缝合。止血、复温、放温水, 清点物品数量, 放置胸腔引流管, 关闭胸腔。②供体肺处理: 用无菌大盆盛装, 放于无菌器械台上。用4℃乳酸林格氏溶液灌注肺动脉, 修整和分离肺动脉、静脉, 气管用气管切割钉钉好。加入4℃无菌生理盐水和冰屑, 准备移植前再放于方盘内加入冰屑, 直至放入胸腔内。

3 讨论

在半年时间内本院能够完成两例肺移植手术是医护人员共同努力的成果。在国内, 肺移植手术是一比较新的技术, 从动物实验到临床手术均要求护士参与和配合, 积累和总结经验, 重点在于术前、后巡视病人, 做好病人的心理护理, 解决病人对手术的顾虑, 增强对手术的信心, 熟悉了解术中病情变化。环境的消毒隔离和无菌操作是重要的环节, 手术前对周围环境及手术间进行彻底的清洁和消毒。(下转第358页)

周围正常组织损伤小等特点,为患者生存提供了机会。

4.2 本组 2 例是在腹腔镜下行粒子植入,具有诊断和治疗的双重功能,腹腔镜广角度和多角度的灵活性使其手术中能直接窥视病灶,粒子植入的准确性高。腹腔镜手术的另一优势是微创,诊断性腹腔镜并发症少^[3]。本组患者没有发生胆瘘、粒子移位肺栓塞等并发症,其原因是腹腔镜微创技术且在 B 超、CT 三维计划系统应用导致准确率高,创伤小,恢复快。

4.3 放射源照射的防护原则的重点是,①减少受量,照射量与源的放射性强度成正比,操作人员的受量,使其在国家制定的允许标准之内。②缩短时间,照射量随接触时间而增加,因此,要求操作技术熟练,达到稳、准的要求。③防护屏蔽^[4],手术者要佩带剂量计

和铅围裙,分装粒子时要全身防护,先戴铅制手套,再戴无菌手套。防止放射物污染的重点是,要记录粒子植入的数量并给予详细记录交班,手术完毕,手术敷料及手术垃圾均应用放射测量仪,检测是否有放射源失散。放射源粒子的无菌术操作重点是,既要搞好放射防护,又要严格执行无菌操作原则。

参 考 文 献

- [1] 夏金堂,林帆,温敏杰.肝癌术后局部化疗对复发的影响[J].广州医学院学报,2002,30(4):57.
- [2] 王俊杰,庄永志.放射性粒子近距离治疗肿瘤[J].中国微创外科杂志,2001,1(3):187.
- [3] 周曾芬,李树安,崔蓉.腹腔镜、腹腔穿刺液细胞学和影像学检查对腹部疾病诊断的比较[J].中华普通外科杂志,2001,16(3):161.
- [4] 林菊英主编.中华护理全书[M].江西科学技术出版社,1993,1095.

(收稿:2003-07-04)

(上接第 355 页)

保持手术间的洁净,减小室内人员的流动^[2]。现场供体肺处理和配合步骤的掌握,修整后冰屑保存。切除肺叶后,尽快植入异体肺,缩短在外界时间,提高成功率。掌握有关药物使用的时机和剂量。本文两例肺移植手术准备和配合为今后开展同类手术提供宝贵的经验。

参 考 文 献

- [1] 赵菁.肺移植前后的护理及对患者生活质量的研究[J].国外医学护理分册,2001,20(11):520.
- [2] 李杰,阎维丽,龚世荣等.肺移植手术的配合[J].中华护理杂志,1996,31(3):139.

(收稿:2003-07-08)

(上接第 356 页)

例:性功能暂未恢复,暂短期遗尿症状等。让病人清晰掌握信息,减轻其不良心理因素,有利康复;⑥术后两个月回院复查: B 超(测残余尿量)、尿流率、尿常规,尿流动力学等。

3 讨论

据报道,前列腺增生症(BPH)是泌尿外科一项发病率较高的疾病,我院采用的钬激光剜除术,具有手术时间短、术后出血减少,更微创,术后恢复快^[1],不需持续膀胱冲洗,可避免术后 TURP 综合征,避免冬天因大量冲洗液进入体内致温度低引起的膀胱痉挛与

心肌梗死等并发症。术后置导尿管时间较短,减少过往长期停留尿管致泌尿系感染的可能性与危险性。但仍存有并发症,需要临床护理的紧密配合与观察,术前与病人家人的沟通,充分评估病情,耐心讲解手术必要性、优点与技术优势,让患方理解与支持。由于钬激光术后不需持续膀胱冲洗,临床护士要熟悉手术的情况,术后严密观察全身情况。鼓励病人积极配合治疗,争取早日康复。

参 考 文 献

- [1] 刘齐贵,戚恩荣.经尿道大功率钬激光前列腺剜除术(HOEP)[J].中国微创外科杂志,2002,2(3):.