

酒;⑤ 高脂饮食;⑥ 应用激素替代治疗;⑦ 受放射线照射;⑧ 缺乏锻炼;⑨ 口服避孕药物。

应当强调的是:在评估时,即使未发现明显的危险因素,也要进行跟踪筛选检查,因为约 50% 的乳腺癌患者并不存在明显的危险因素。

(杨彩虹摘 刘晓明校)

[编校 滕悦]

374 肺移植前后的护理及对患者生活质量的研究 [英] / Lanuza D M. // AACN Clinical Issues. — 2001, 12 (2). — 186

1963年,世界上第 1例肺脏移植手术成功。20世纪 80年代初,随着免疫抑制药物的出现及外科手术技术的进步,肺移植手术的数量迅速增加。目前,肺移植已成为越来越多终末期肺病及肺血管疾病患者的外科治疗选择。

**移植前的护理** 患者首先需接受全面的评估,以确定其是否符合肺移植手术的标准。由于疾病本身的影响,对移植日期的未卜、未来命运的担忧,使该期患者常常表现出焦虑与消沉。因此,对肺移植前患者护理的目标是:对患者心理、生理症状、呼吸功能状态和其他相关并发症的护理。(1) 营养。患者的营养状况对肺移植术后并发症的发病率及病死率起着至关重要的作用。营养不良可增加呼吸道感染并累及免疫系统。营养很差则影响呼吸肌功能。一般要求准备接受肺移植手术患者的体重应在标准体重的 70% ~ 130% 之间。因此,对营养的全面评估应是肺移植评估的一部分。(2) 康复锻炼。患者在接受移植手术前就应开始进行康复锻炼以提高其全面的生理状态、最大活动耐力及身体的耐受性,减少伴随症(如:肥胖)。运动的强度和时间则应依病情的不同而定,一般每周应锻炼 3~5 次,重点锻炼大肌肉群。(3) 对患者及家庭的支持。对患者及对其在

后用药及康复有关知识的宣教,特别强调家庭及社会支持系统的重要性。

**肺移植术后早期的管理** 大部分移植术后护理的内容与心胸手术相同,应特别注意监测其体液平衡状况,给予持续血压和血氧饱和度监测及心率和心律监测,开通大管径的静脉通路以满足液体及血制品的输入,应给患者放置 Foley 导尿管,以便记录患者每小时尿量。每日应监测患者电解质状况,并密切注意胸引流管的引流量。患者术后气管插管的带管时间应根据病人情况而定。拔管后防止肺部感染极为重要,患者需要主动咳嗽、深呼吸以利排痰,保持呼吸道通畅、清洁。有效的疼痛管理(硬膜外置管或患者自控止痛泵)可减少术后活动给患者带来的痛苦。(1) 住院时限。接受移植后患者的住院时间取决于其移植前的全身状况、所患肺部疾病、心功能、营养状况、年龄、接受移植手术的种类、康复的潜能、围手术期的并发症及支持系统的状况。(2) 出院准备。患者的出院准备包括:向患者讲解出院后的用药方法,教其掌握监测呼吸功能的呼吸量检测仪的使用方法,教会患者检测血压、体温、体重及发生感染和排斥反应的症状。(3) 移植护士协调员。其在患者接受移植前后的医疗护理全过程中起着关键的作用,并在患者出院后与患者及家庭护理机构保持密切的联系。

**移植后的长期管理** (1) 家庭护理护士。通常家庭护理的首次访视在患者出院后的 24 h 内。护士需对患者进行各方面的评估及病情观察和指导。如:对心肺功能、伤口愈合、胸腔引流管、液体平衡、疼痛的评估,以及对患者服药方法掌握情况的评估等。(2) 感染及排斥反应的危险。接受移植后前 6 个月对患者生命的最大威胁是感染,特别是细菌感染。急性排斥反应也是最重要的危险因素之一。移植后的治疗目标是阻止或对感染及排斥反应给予早期治疗。(3) 自我监测和肾

要性,严格执行移植治疗方案。此外,患者需坚持定期的自我监测、身体锻炼及良好营养,这对防止感染和排斥反应同样重要。如认为患者营养不良,移植术后可开始肠道喂养,连续 6~8 W。

**免疫抑制药物** 目前用于预防器官排斥的免疫抑制药物和抗病毒药物类型为:类固醇、钙抑制剂、代谢抑制剂、单克隆抗体、多克隆抗体等。

**生活质量** 目前有关肺移植手术对患者生活质量及生理功能影响的报道较少。尽管已有研究揭示接受肺移植患者的生活质量及生理功能高于未接受移植的患者,但由于该类研究所涉及的患者数量有限并大多带有一定的局限性,所以仍需对肺移植预后、生存时间、患者的需要和其所关心的内容,以及移植对患者日常生活的影响进行深入的研究。

(赵 菁摘 程显山校)

[编校 赵中升]

375 消化道造瘘病人的术前及术后护理  
〔英〕 /Armstrong E. // Nursing Times.— 2001, 97 (21).— 40~ 44

在临床上,消化道造瘘可分为临时性和永久性两种,通常包括胃造瘘术、空肠造瘘术、结肠造瘘术及回肠造瘘术。胃及空肠造瘘术用于将食物直接注入胃或空肠,以补充营养;结肠及回肠造瘘术则用于将肠内容物引流至体外,以排除粪便。作者就如何做好结肠及回肠造瘘病人的术前及术后护理进行了讨论。

**术前准备及护理** 对需行结肠及回肠造瘘术的病人,护士应仔细选择造瘘部位并做好标记。造瘘部位应避开腹部无这一解剖、皮肤皱折的部位。如果造瘘需病人自我护理,则病人有主动脉炎、视力障碍、截肢及精神障碍等一些情况必须予以考虑。对严重残废者,如必须使用轮椅的病人,要考虑到安全保护

置不当,会给病人的康复以及生活质量造成十分严重的影响。理想的造瘘应能让病人看见,且易于管理,也不妨碍病人在不同情况下的活动。另外,在术前护士要关心鼓励病人,做好术前教育,使病人对手术过程、造瘘类型、位置及功能等有所了解。特别对需做永久性人工肛门的病人,充分的术前准备及教育指导对病人配合手术是非常重要的。

**术后护理** 病人从手术室回病房后,为便于观察,一般均携带透明的引流袋。术后早期应注意观察造瘘处有无出血、坏死或局部缺血等并发症发生。手术后,造瘘的问题会不断出现,诸如脱垂、造瘘疝、狭窄、回缩、造瘘处皮肤粘膜分离等。在病人出院前,护士应帮助病人从多种人工肛门袋中选择出适合病人应用且舒适后、美观的一种。与此同时,要教病人学会造瘘及人工肛门袋的护理,要安排规范的课程讲授。开始可在床旁进行;随着病人活动的增加,可到卫生间进行。因为一旦回家,大多数造瘘病人都将在卫生间进行造瘘处的护理。术后第 1 次更换人工肛门袋的操作示范,病人可能只希望观察和分析操作过程。以后护士应鼓励病人积极参与,最终达到病人能独立操作。但护士仍需社区护理机构的支持,以保证病人的康复及对造瘘后的适应。对很多病人来说,造瘘术可能会对其个人价值和自身形象带来影响,因此,加强心理方面的护理不容忽视。

总之,造瘘术对促进病人康复,提高生存质量发挥了重要作用,材料科学的发展为造瘘后护理提供了重量轻、除异味、不刺激皮肤的囊袋。所有这些,使护士为病人提供高质量的护理服务成为可能。作者指出,一般护士也应参与造瘘术病人的管理,以便获得知识和技能,同时应该知道何时从造瘘后管理护士那里寻求帮助。

(林东宁 蒲 莉摘 计惠民校)

[编校 赵中升]