

疗,利奈唑胺抗革兰阳性球菌,在用该药物前后用生理盐水冲管;遵医嘱给以卡泊芬净抗真菌治疗,用药中注意前后用生理盐水冲管;甲硝唑 0.5 g 胸腔内冲洗每日 2 次,注意药物在胸腔内保留时间 1 h 后打开引流夹;免疫球蛋白抗感染治疗^[3],用前使用抗过敏药物,观察病人有无不良反应。

2.6 重症监护室(ICU)综合症的护理 病人出现意识障碍,不配合治疗,精神障碍神经内科会诊后无颅内感染,精神科会诊给予约束,给予维思通对症用药,加强床旁守护。

3 小结

包裹性脓气胸在临床上并不少见,本例病人病情

危重、发展快,主要表现 SIRS、脓毒性休克、呼吸衰竭、意识障碍等,在给予胸腔引流、呼吸机辅助呼吸、CRRT 治疗、抗休克、抗感染、抗真菌、胸腔灌洗治疗后该病人得以康复出院。因此,对于该病人的护理在其治疗过程中显得尤为重要。同时护理人员应加强相关知识的学习,不断积累临床经验,更好地为病人服务。

参考文献:

[1] 尤黎明.内科护理学[M].北京:人民卫生出版社,2006:1.

[2] 王质刚.血液净化学[M].北京:北京科学技术出版社,2010:1.

[3] 陈小伍.输血治疗学[M].北京:科学出版社,2012:1.

(收稿日期:2016-04-25)

(本文编辑 王钊林)

1 例艾森曼格综合征介入封堵同期体外膜肺下双肺移植的护理

盛 玲,秦佳楠,吴 叶

关键词:艾森曼格综合征;介入封堵;双肺移植;体外膜肺;护理

中图分类号:R473.6 文献标识码:C doi:10.3969/j.issn.1674-4748.2016.25.044 文章编号:1674-4748(2016)25-2695-03

2014 年 9 月我科为 1 例艾森曼格综合征病人行房间隔缺损介入封堵同期体外膜肺(ECMO)下双肺移植术,给予密切护理配合,效果满意。现报告如下。

1 病例介绍

病人,女,33 岁,因“体检发现房间隔缺损 1 年余,胸闷、气喘 2 d”入院。心脏超声检查提示:继发性房间隔缺损,右房右室增大,肺动脉增宽,肺动脉压力 120 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。9 个月前曾行房间隔缺损封堵术,术后发现肺动脉压力无明显改变,收回封堵器,口服波生坦降低肺动脉压力治疗。入院诊断:房间隔缺损、重度肺动脉高压、艾森曼格综合征。完善各项术前准备,在全身麻醉下行房间隔缺损封堵,然后在 ECMO 辅助下行双肺移植。术后 42 h 撤除 ECMO,术后第 5 天脱离呼吸机,术后 31 d 康复出院。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 术前评估 巡回护士术前 1 d 对病人进行评估,收集病情资料,介绍手术方法、体位、麻醉及手术先进性,解除病人心理压力,使其有较充分的心理准备,

消除顾虑,以良好心态接受手术。

2.1.2 手术室环境准备 选择百级层流手术间及一站式杂交手术间,具备先进德国西门子通用血管造影系统 Artis zeego,多功能导管工作站,移动式多功能彩色超声仪,实时的 PACS 影像工作站。

2.1.3 用物准备 介入封堵物品:11 号刀片、动脉鞘组、超滑导丝、右心造影导管、加硬导丝、输送长鞘、一次性三通、吸引器、各种规格注射器、除颤器、肝素、各种规格的封堵器。肺移植物品:肺切包、修肺包、ECMO 包、长电刀头、23、11 号刀片、0 号薇乔线、3-0、4-0、5-0 Prolene 血管缝线、4-0 PDS 气管缝线、血管、气管、肺裂闭合器、32 号直型、弯头胸管、胸瓶、ECMO 用各类插管及套包、无损伤肺动脉阻断钳、心耳钳(Satinsky 钳)、神经钩、压肠板、ECMO 机器一台、变温水箱、控温毯、ACT 机器、血气分析仪、纤维支气管镜、自体血回输装置

2.2 术中配合

2.2.1 房间隔缺损封堵术的配合 巡回护士配合:病人入一站式杂交手术室后卧于造影手术床上,身体两侧加挡板,开放外周静脉。协助麻醉面罩吸氧,监测血压、心电图、血氧饱和度,局部麻醉下行桡动脉穿刺置

作者简介 盛玲、秦佳楠、吴叶单位:214023,南京医科大学附属无锡人民医院。

引用信息 盛玲,秦佳楠,吴叶.1 例艾森曼格综合征介入封堵同期体外膜肺下双肺移植的护理[J].全科护理,2016,14(25):2695-2697.

管。得到确认供肺质量情况良好的报告后,协助全麻诱导,咪达唑仑 2 mg~4 mg、依托咪酯 0.2 mg/kg~0.4 mg/kg、舒芬太尼 4 μ g/kg~5 μ g/kg、顺苯磺酸阿曲库铵 0.1 mg/kg~0.12 mg/kg。置入双腔支气管导管,纤维支气管镜定位,麻醉后下尿管。协助麻醉师进行右颈内静脉穿刺,置入漂浮导管监测肺动脉压力;协助右锁骨下静脉穿刺,置入中心静脉导管;协助左股动脉穿刺,置入脉搏指示连续心排量(PICCO)导管监测血流动力学指标。巡回护士将各种连线、管道妥善固定,防止手术中造影手术床前后移动造成连线、管道的滑脱。将手术用的各类鞘组、导丝、造影管依次打至无菌器械车上,配制肝素。术中传递合适的封堵器,协助医生行彩超和造影检查,配合麻醉监测病情。

器械护士配合:配合手术医生依次切开皮肤、皮下脂肪、腹股沟韧带,暴露右侧股静脉,2 根阻断带环扎,蚊式钳收紧,后阻断股静脉,穿刺股静脉,置入 6F 鞘,经静脉鞘送入右心导管,检查、测定上下腔静脉、右心房、右心室和肺动脉压力。床边行彩超和造影检查,测量缺损处最大伸展直径。沿导管送入 2.6 m 长钢丝,经右心房跨过房间隔缺损进入左心房,使钢丝远端达到肺静脉,固定钢丝,撤出静脉鞘及右心导管。沿钢丝送入 14F 输送鞘,使其远端到达左心房,经输送鞘送入固定在输送钢缆末端的房间隔缺损封堵器(A26mm 北京华医圣杰科技有限公司生产),先在左心房打开左房伞,后撤导管,遇有阻力时再在右心房打开右房伞,使其腰部位于缺损处。行超声心动图和造影示封堵器位置良好、稳固、缺损处无残余分流,完全释放封堵器,撤出导管。暂不缝合切口,待 ECMO 建立后再逐层缝合。

2.2.2 ECMO 的建立与配合 巡回护士配合:摆放仰卧位,右腿外展,膝下垫一软枕,连接电刀、吸引器,配制肝素水(生理盐水 500 mL+肝素 1 mL)。ECMO 建立完成后协助转运病人至普通百级层流手术间行肺移植。

器械护士配合:配合手术医生右侧腹股沟游离出股动脉、股静脉。在股动、静脉拟定穿刺处递 5-0 Prolene 线分别做荷包 2 道,用鲁米尔套线和蚊式钳固定。无损伤钳阻断近端动脉,穿刺针穿刺,置入导丝,退出穿刺针,递扩张管扩张,置入动脉插管,置管后快速拔出内芯,2 把管道阻断钳双重交叉夹闭管道。同法处理静脉,接过台下预充好的无菌管道,连接排气后松开阻断钳开始转流。荷包处打结固定,逐层缝合切口并固定管道,协助包扎伤口。

2.3 病肺切除及供肺植入的配合 进胸后分离切断

下肺韧带,游离上下肺静脉达心包起始部,游离肺动脉总干根部,递肺动脉阻断钳试夹,观察血压、心率变化,递血管闭合器切断肺动脉、上下肺静脉,递气管闭合器切断主支气管,全肺切除后,保留标本送检。将修剪好的供肺取至手术台上,再次修剪供肺、受体气管残端,递 4-0 PDS 线连续缝合气管。修剪动脉残端,递 5-0 Prolene 线连续缝合肺动脉。选择合适大小的心耳钳夹住左房袖,观察心率变化,再次修剪静脉残端,4-0 Prolene 线吻合肺静脉。鼓肺,开放静脉、动脉,观察吻合口情况,必要时补针。温水冲洗胸腔,放置一弯一直 2 根胸管,逐层缝合切口。

3 讨论

3.1 加强心理护理 艾森曼格综合征是指各种左向右分流性先天性心脏病的肺血管阻力升高,使肺动脉压力达到或超过体循环压力,导致血液通过心内或心外异常通路,产生双向或反向分流的一种病理生理综合征。一旦发生艾森曼格综合征,提示先天性心脏病病情不可逆转,且失去畸形矫治机会。肺移植治疗艾森曼格综合征是目前有效的治疗方法^[1]。本例病人长期使用昂贵药物,对移植及后续费用经济负担重,病情不乐观,生活受影响,自觉给家庭带来沉重负担;且两颊发红、口唇发绀,感觉有异于正常人,病人有一定程度自卑。以上原因导致病人产生不同程度的焦虑、抑郁、悲观心理,巡回护士术前访视应加强心理疏导,举例说明战胜疾病的希望,鼓励病人的社会支持系统发挥作用,帮助病人更好地转变社会角色。

3.2 物品准备、人员配备 艾森曼格综合征病人同种异体肺移植合并介入封堵的手术复杂,难度大,不仅要求手术者有高超娴熟的手术技巧,对手术室护士也有着极高的要求,因此配备有经验的专科护士十分有必要。在植入封堵器过程中,如封堵器脱落或存在较大残余分流且不稳定,应立即做好急诊开胸手术准备。因此手术室护士必须具备 DSA 介入和心胸外科专科配合的能力。器械护士不仅要手术器械准备齐全,还应精神高度集中,沉着冷静,随机应变,跟上手术步骤,主动配合,分秒必争,尽量缩短手术时间,为手术成功奠定基础。^[2]

3.3 自体血回输的应用 本例肺移植手术由于合并艾森曼格综合征,手术复杂,易发生术中出血,且前期无气管及支气管胸腔污染。因此,准备好并且使用自体血回输装置十分有必要,既可以减少异体输血造成的疾病传播、免疫抑制等不良反应,同时可以节约血源^[3]。巡回护士应配合麻醉医生使用自体血回输装置,做好血液回收,并观察记录。

3.4 密切观察生命体征 移植过程中肺静脉与左房袖吻合,心耳钳夹闭的时候易发生低血压、心律失常,甚至心搏骤停。在做此操作时麻醉师、手术医生、护士共同确认方可夹闭,并密切观察。一旦出现意外情况,应立即配合医生进行胸内心脏按压,必要时心脏电除颤。

3.5 保证水、电解质的平衡,记录出入量 术中定期做血气分析,保持各指标在正常的范围,注意预防肾功能不全,肾脏对缺血缺氧较敏感,应严密注意观察尿量及肾功能的情况。^[4]

3.6 术中预防低体温 手术室的温度应设置在 22℃~24℃,既减少病人因外界温度低而散热增加所致的热量丢失。手术床上应铺设控温毯,设置在 37℃左右,一方面能提高外周皮肤温度,减少体内热量向外周的转移;另一方面还可以将体表的部分热量转移至体内。做好实时体温监测,做好保暖工作,为及时调整和更改保暖措施、升降控温毯的温度提供了及时和准确的依据^[5]。

3.7 术中、术后安全转运病人 本例病人先在一站式杂交手术室进行介入手术,因造影手术床无法摆放胸科侧卧位,ECMO 建立完成后病人需转至百级层流手术间进行肺移植手术。双肺移植完成后,不能立即撤除 ECMO,由于病人长期肺动脉高压,以免发生急性左心衰竭,应 ECMO 辅助,连同 ECMO 机器一同转入重症监护室(ICU),待血流动力学稳定后再撤除^[6]。因此,在术中及术后转运过程中应做到短、平、快。转运时间应短,避免不必要措施造成时间上的浪费。转运过程中,病人的各项生命体征应保持平稳,携带好各

个便携式监测装置及抢救药品,实时监测。由于病人病情复杂,生命体征随时可能出现变化,巡回护士在协助转运病人的同时也应时刻注意病人的状态,对于任何出现的状况,应做到眼疾手快,有条不紊,保证病人安全,配合医生做好管道的维护和交接。

综上所述,本例病人病情复杂,手术难度较高,充分做好术前准备,可以保证手术的顺利完成。由于术中需在麻醉状态下转运病人,进行两个完全不同的手术,因此,不论对于器械护士还是巡回护士而言,都有着极高的要求。不仅要审时度势,配合好手术的进程,做好病情的观察,对于整个手术过程当中出现的危险因素应及时发现及时解决,防止各种并发症的发生,保证病人安全。

参考文献:

- [1] 陈月香,孙国珍.6 例艾森曼格综合征病人内科保守治疗的护理[J].护理学报,2014,19(1):56-58.
- [2] 刘秀兰,王红丽,燕同梅,等.同种异体单肺移植并同期室缺修补及三尖瓣成形治疗艾森曼格综合征的手术配合[J].中国实用护理杂志,2006,22(31):29-30.
- [3] 礼东华,李洪玲.13 例破裂性腹主动脉瘤急诊手术的配合体会[J].中国实用护理杂志,2004,20(1):9-10.
- [4] 余小曼,罗桂元,朱映霞,等.原位心肺联合移植的手术配合[J].中华现代护理杂志,2009,15(21):2057-2058.
- [5] 龚凤球,韦南莱,林世清.肝移植手术中低体温的原因分析与护理对策[J].解放军护理杂志,2007,24(5):51-53.
- [6] 胡春晓,郑明峰,王雁娟,等.体外膜肺氧合在临床肺移植中的应用[J].中华器官移植杂志,2011,32(10):611-613.

(收稿日期:2016-04-25)

(本文编辑 王钊林)

1 例腹腔镜下行前列腺癌根治术后并发腹胀的护理

刘小叶

关键词:腹胀;前列腺癌根治术;腹腔镜;护理

中图分类号:R473.73 文献标识码:C doi:10.3969/j.issn.1674-4748.2016.25.045 文章编号:1674-4748(2016)25-2697-02

前列腺癌是指发生在前列腺的上皮性恶性肿瘤,2009 年我国肿瘤登记前列腺癌发病率为 9.92/万,在

男性恶性肿瘤发病率排名第 6 位,主要为老年男性,高峰年龄 75 岁~79 岁,在我国超过 60 岁发病率明显增高^[1]。腹腔镜下前列腺癌根治术是近年发展起来的微创外科新技术,与开放手术比较,具有创伤小、出血少、解剖结构清楚等优点,已成为治疗局限性前列腺癌的主要手段^[2]。但随着腹腔镜手术应用范围的扩大,操

作者简介 刘小叶单位:541002,中国人民解放军第一八一医院。

引用信息 刘小叶.1 例腹腔镜下行前列腺癌根治术后并发腹胀的护理[J].全科护理,2016,14(25):2697-2698.