

病例报告

1例肺移植患者围手术期健康教育

周 晖

【摘要】 目的 探讨健康教育在器官移植围手术期的重要性。方法 对本院第一例肺移植患者进行与围手术期有关的健康教育,以及手术出院后的指导。结果 该患者行右单肺原位移植及同期左侧肺减容术,术后 60天出院,已生存 18个月,生活质量明显提高。结论 正确的健康教育对调动病人的主观能动性 & 抗病能力,使疾病向良好的方向转归起着事半功倍的作用。

肺移植是将患者功能已丧失的病肺切除,通过外科手术将功能正常的供肺植入受体患者体内,目前临床已经开展的肺移植术式有单肺、双肺、肺叶移植等。本院于 2004年 7月成功完成一例同种异体单肺移植手术,针对该病例围手术期的健康教育浅谈体会。

受体患者,男,45岁,农民。2000年起反复出现咳嗽、胸闷、气喘,症状逐渐加重,活动能力受限;诊断为双侧肺大疱、肺气肿症,陈旧性肺结核,慢性阻塞性肺病;肺功能严重衰竭,施行肺移植手术是唯一有效的办法。于 2004年 7月 26日在静脉复合气管插管麻醉下行右单肺原位移植及同期左侧肺减容术。手术后呼吸机辅助呼吸,给予相关监护及抗感染、抗排斥等治疗,手术后恢复顺利,术后 60天出院^[1]。

1 临床资料

1.1 术前教育及心理疏导

建立良好的心理状态,唤起病人强烈的求生欲望。患者为看病,辗转各家医院花费了数万元,不见任何好转,渐渐失去了求医的信心及生活的勇气。对疾病存在绝望心理,对将随之而来的昂贵医疗费用,抱有过重的思想负担。针对这一心理活动,收治住院后,本院肺移植课题组的医护人员向患者及家属作了充分说明:该院的肺移植研究是省、市重点科研项目,已顺利完成动物实验阶段,积累了丰富的手术、监护、抗排斥等医学关键处的处理经验。如果为第一例接受肺移植的患者,可以免除在院期间的一切医疗费用以及日后的抗排斥治疗、复查等费用。肺移植不仅能延长患者的生存期,更重要的是能使患者的生活质量得到提高,生活得更快活。当患者和家属了解所患疾病的严重程度,充分肯定了此次被关怀、重视的程度,唤起患者强烈的求生愿望后,愿意接受肺移植手术治疗,配合医护人员共同迎接这次医学科学的挑战。

消除对手术的恐惧心理,以正常的心态接受手术。在确定手术日期后,患者和家属还是在不同程度上产生了紧张和恐惧情绪;对手术的猜测和想象,对手术室的气氛产生畏惧感,害怕承担手术带来的疼痛不适等。针对这种状况,医护人员向患者介绍了专家精湛、娴熟的手术技术、简要介绍手术过程、术后将带来的良好改变及可能发生的并发症,并以同病房的术后病人现身说法,详细介绍自己手术前后的思想过程、身体状况和生活情况,使他们有了一个鲜明对照,增强了信心,做好了必要的心理准备。手术当天,患者甚至要求自己走进手术室。

手术前与手术相关的知识教育。包括对所患疾病的认知、需要作的医学检查注意事项;术后可能使用呼吸机辅助呼吸带来的咽部不适、异物感、恶心、口干、交流障碍、活动受限

等不适,事先沟通好如何与医护人员交流。告知患者不可自行拔出气管插管、胸腔闭式引流管、留置的胃管及导尿管等。

指导患者做好术前 CT心电图、超声心动图、医学化验等常规检查。

行为训练。为防止手术后肺不张,尽快恢复肺功能,医护人员术前指导患者进行缩唇腹式呼吸方法训练;教会患者如何有效咳嗽,如何有效将痰液咯出,以减少肺部感染的机会;学会如何在床上排便、排尿等;直到患者可以完成上述动作。

1.2 术后康复指导

精细细致的术后护理,增加患者战胜疾病的信念。由于手术顺利,手术后患者第二天脱离呼吸机自主呼吸,第 3天即可经口进食。在严密监测有关心电图、血压、末梢氧饱和度、胸腔引流量、胸部 X线改变以及各种相关实验室数据的同时,护理人员为患者洗脸、洗脚、擦背、喂饭、刮胡子、聊天、听音乐等悉心的生活照料,使患者感到非常亲切、感动,心理上对医护人员产生安全感、信赖感和依赖感,所以患者心存感激,非常配合各种治疗及检查,由于医护患三方面的共同努力,使患者病情逐渐平稳,各种引流管也逐一拔除,并平稳度过感染、排异等临床过程。

合理用药。坚持按医嘱服用抗感染、抗病毒、抗排斥的药物,熟悉各种药物的剂量、用法和注意事项,反复向病人及家属交待可能出现不适,必要时及时就医。

合理饮食。正确判断患者的营养状况,了解患者饮食情况,制定适宜患者的饮食方案,保证营养供给,满足机体需求,同时向家属介绍各种食物的营养成分及正确搭配方法,指导患者进高蛋白、高热量、高维生素饮食,平衡进食,减少偏食。

禁烟,忌酒,减少辛辣、油腻食品。

学会自我护理,适当锻炼。在日常生活中要注意调节情绪,保持乐观,居室保持空气新鲜,防止感冒。适当增加户外活动,循序渐进地做好康复锻炼,以活动后不感到心慌、气短、大量出汗为宜。

定期复查。反复向患者及家属告知,对于器官移植手术,其成功率及手术后的长期生存的关键问题是定期复查和抗排斥药物的使用,使医生能够及时观察了解手术后的病情变化,尤其是有关抗排斥治疗的效果,以决定下一阶段治疗方案。故为其确定具体复查时间及复查时的相关注意事项。

2 结 果

患者术后 60天出院。目前已生存 18个月,生活完全自理,能够适当做一些家务劳动,生活质量明显提高。

3 体 会

方法,也是一种具有相当风险的尖端外科手术技术;这不仅因为器官移植在涉及外科手术、麻醉、围手术期处理等领域,同时还与生物、解剖、病理、生理、药理、免疫、分子生物、伦理、心理、社会学等学科有着密切相关,所以,器官移植成了多学科系统的综合研究课题,也是医学领域中典型的跨学科研究项目。目前全世界范围内,各种人体器官的移植已经由基础医学实验完全转入临床实验及临床实施,有些器官移植手术如肾移植的预后基本已经达到较为满意的结果。文献报道肾移植手术后最长生存已达 25 年以上;肾移植患者的 10 年生存率可达 67.2%^[2]。正是由于器官移植是涉及多学科领域的临床工作,所以,患者的心理因素也往往较为严重,家属对手术的顾虑也较一般手术患者家属更多;同时,在各类器官移植中,肺移植的手术后生存率是相对较低的一种,究其原因外科手术技术并不是主要问题,而是有较多的有关免疫等问题没有最后解决。由于肺通过支气管直接与外界大气相通,进行气体交换,外界细菌对植入肺有直接的威胁,同时,肺移植的

排异反应较其他器官更为明显,并使患者出现一些临床症状,伴发不同程度的心理反应,如悲观、焦虑、恐惧、反感、厌恶治疗等表现;对此,我们针对此例患者的特殊情况,给予有准备、有计划、有针对性的健康教育,消除其紧张、恐惧、忧虑情绪,使其在术前术后都能保持良好的心理状态,不仅密切了医患关系,提高病人对医护人员的信任度,还能调动病人的主观能动性及抗病能力,提高机体的免疫能力,以及对各种创伤性治疗的适应能力和耐受力,对加强医学治疗效果及疾病向良好的方向转归起着事半功倍的作用。

参考文献

- [1] 许栋生,苏宜江,杨如松,等右肺移植同期左肺减容治疗终末期肺气肿的报告,临床肺科杂志,2005 10 333—335
- [2] 肖序仁,敖建华,李炎唐,等.肾移植 1 180 例次生存分析,中华外科杂志,2000 38 578

[收稿日期:2006-1-6]

。护理与临床。

11例矽肺合并自发性气胸的护理体会

吴秀华

矽肺是因长期吸入二氧化硅粉尘引起的,以肺部弥漫性纤维化为主的全身性疾病。由于矽肺间质广泛纤维组织增生,最后在纤维团块周围肺组织出现代偿性肺气肿甚至形成肺大泡,当剧烈咳嗽或过度用力时,肺大泡破裂形成自发性气胸。因此,防治并发症在矽肺治疗和护理中有很重要的意义。我院自 2003 年 7 月至 2005 年 9 月收治矽肺合并自发性气胸 11 例,均为男性,年龄 32~63 岁,平均年龄 40 岁,以工人居多,文化程度低,Ⅱ期矽肺 6 例,Ⅲ期矽肺 5 例,双侧气胸并皮下气肿 2 例,双侧气胸 5 例,合并肺结核 4 例。

1 一般护理

心理护理:对患者作好解释工作,情感支持,使患者产生信任和亲切感;增强信心,最大限度地给患者以安全感;保持病室安静、整洁和舒适,调节温度在 18~20℃之间,湿度应在 50%~70%为宜。严格限制活动,绝对卧床休息,避免做任何增加胸腔压力的活动,防止已经闭合的肺泡再次破裂加重病情。一般予以半卧位给予吸氧,如果没有Ⅱ型呼吸衰竭,氧流量可以增加到 3 L/min 以上。饮食指导:大多数患者有不同程度的营养不良,应给予高蛋白、高热量、高维生素、清淡易消化的饮食,多食水果、蔬菜及含粗纤维的食物,以保持大便通畅,避免用力屏气。

2 密切观察病情

注意生命体征(体温、脉搏、呼吸、血压)的变化和患者的神志、面容、末梢循环的情况。如体温升高、寒战、胸痛加重、白细胞升高,常提示并发感染,应及时采取相应的治疗和护理措施。密切观察病情变化,如发现患者突然呼吸困难加重、皮肤发绀、大汗、四肢冷、血压下降、脉搏细弱等症状,常常提示

肺大泡破裂,或闭合的病灶再次破裂引起急性张力性气胸,应立即报告值班医师,并配合医师争分夺秒排气抢救。

3 胸腔闭式引流的护理

在进行插管闭式引流前,应对患者说明手术的重要性,消除其顾虑和紧张情绪,取得患者合作,向其家属说明可能发生的术中意外及术后并发症,取得家属的理解和支持。预防胸腔感染:闭式引流装置,必须高压蒸汽灭菌,使用中严格无菌操作,每日更换引流瓶,并观察引流液的颜色、性状、引流量和引流管的顺畅情况,严禁将水封瓶置于超过手术切口以上的平面,一般应低于胸腔 60 cm 的位置,以免液体逆流入胸腔。应告知患者和家属不能将插入水封瓶内水平面以下的玻璃管拔出水面。更换水封瓶时,必须将引流管钳闭,以防空气进入胸膜腔,定期更换切口敷料,预防感染。保持引流管通畅:术后病人血压平稳应采取半卧位,以利引流和呼吸,正确指导患者呼吸运动,促使胸膜腔内气体排出,使肺复张,避免过度用力,以免肺大泡破裂;咳嗽严重者在积极抗感染治疗的基础上适当的给予止咳药物治疗,防止胸腔压力过高。注意严格检查整个装置连接的密封和可靠,避免漏气滑脱。注意防止引流管折叠、扭曲和受压。定时挤压胸腔引流管,以免管腔堵塞。观察水封瓶玻璃管排气情况:需保证引流玻璃管在水面下 3~4 cm。水柱随呼吸升降,胸腔内气体多,压力高时,管内连续冒大量气泡,胸腔内气体少,压力小时,气泡排出少或咳嗽时才有气泡排出,示引流管通畅。拔管:如水封瓶中玻璃管末端连续无气泡排出,经 X 线检查肺膨胀良好者,可先夹管观察 24 h 以上,无气急等症状可拔出引流管,拔管后 24 h 内,应注意观察病人的呼吸情况,局部有无出血、漏气、皮下气肿及胸痛等情况,如发现异常,应及时处理。

[收稿日期:2006-01-09]