

一例心脏移植术后行膀胱肿瘤切除术患者的护理

边茸

(天津市第一中心医院,天津 300192)

摘要 总结 1 例心脏移植术后行膀胱肿瘤切除术患者的护理,术前维护移植心功能、控制感染,保证心功能尽快恢复到正常生理水平;术中严格控制麻醉及手术时间,密切配合,迅速切除膀胱肿瘤;术后预防大出血及排斥反应。

关键词 心脏移植;膀胱肿瘤;手术;护理

中图分类号 R473.73 文献标志码 B DOI:10.3969/j.issn.1006-9143.2020.01.037 文章编号 1006-9143(2020)01-0115-02

随着体外循环技术的不断提高及医疗设备的不断完善,我国心脏移植的手术率及成功率不断提升^[1]。我科于 2018 年 1 月收治 1 例扩张型心肌病、三支病变病史半年余合并膀胱肿瘤的患者,经心血管外科行“原位心脏移植术”后 20 天即行“经尿道膀胱肿瘤电切术”,手术顺利。现将围手术期护理报告如下。

1 病例简介

患者男性,57 岁,既往高血压病史 8 年、冠心病病史半年、糖尿病病史 10 年,曾有 12 年吸烟史,并伴有 20 月余胸闷憋气症状,活动后呼吸困难加重,休息或服用扩冠药物后可缓解。近 1 月无明显诱因排尿时发现肉眼血尿,无不适症状,泌尿系彩超提示:膀胱右后壁实性占位病变,未累及输尿管口,前列腺增生伴钙化,拟行电切手术治疗,术前评估发现患者双侧心室扩大,查胸片提示:心胸比例 0.62,符合左心受累疾患。冠脉造影示:前降支近段狭窄 50%,回旋支远段狭窄 70%,右冠后降支狭窄 70%。心脏彩超提示:肺动脉高压,LVEF34%。诊断为扩张型心肌病、心功能 Ⅲ级(NYHA 分级)、高血压 3 级、2 型糖尿病。两系统疾病合并,经两科专家会诊决定先进行心脏移植手术。在与供体配型成功后,患者在全麻体外循环下行原位心脏移植术,术后复查心功能恢复良好。

作者简介:边茸,女,主管护师,本科

术后 14 天行心包穿刺术,引流积液量约 580 mL,术后 16 天拔除心包穿刺管后未发生排斥反应,符合手术要求,于心脏移植术后 20 天行经尿道膀胱肿瘤电切术。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 环境准备 将患者安置于单人病室,减少家属陪伴人数。转入病室前,用 500 mg/L 含氯消毒液擦拭地面、病床、小桌、抽屉等,保持室内通风,清洁中央空调出风口滤网,病室紫外线消毒 40 min 后进行细菌培养,温度控制在 20~22 ℃,湿度 50%~60%。被服高压蒸汽灭菌后使用,毛巾、便器等专人专用。

2.1.2 患者准备

2.1.2.1 心理护理 患者行心脏移植术后存在焦虑、烦躁的心理,同时因罹患膀胱肿瘤而产生消极悲观的情绪。告诉患者经尿道膀胱肿瘤电切术(TUR-BT)是表浅膀胱肿瘤最常用的治疗方法^[2],利用宣传手册讲解 TUR-BT 术的方法及必要性,告诉患者术后需要携带尿管并保留连续冲洗的必要性及发生血尿的可能性,通过耐心的介绍,缓解了患者焦虑和恐惧的心理,保持平和心态面对手术及后续治疗。

2.1.2.2 呼吸功能训练 患者有 12 年的吸烟史,术前嘱患者禁烟,练习深呼吸及有效咳嗽。指导患者腹式呼吸及缩唇呼吸训练,以减小胸廓的活动幅度,加强

3 小结

积极应对此高龄患者输液港植入术后并发的切口脂肪液化问题,成立输液港护理专项小组,小组成员负责输液港及切口感染征象评估,并采取调整输液港维护与切口换药流程环节,改善患者营养状态等护理措施,取得良好效果。

参考文献

- [1] 王元红.植入式静脉输液港相关并发症的国外研究现状[J].护理实践与研究,2012,9(15):126-128.

- [2] 王向阳,周初萍.腹部手术切口愈合不良的因素和防治方法分析[J].中外医学研究,2012,10(4):107-108.
- [3] Pronovost P,Needham D,Berenholtz S,et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU[J].N Engl J Med, 2006, 355(28): 2725-2732.
- [4] 苏明慧.中西医结合治疗腹部切口脂肪液化的疗效观察[J].中国医药指南,2018,16(2):181-182.
- [5] 周丹,邱慧,安晨凤,等.剖宫产后腹壁切口愈合不良的原因分析及干预对策[J].中国现代医生,2013,51(36):90-92.

(2019-04-23 收稿,2019-10-30 修回)

膈肌运动,预防因术后持续膀胱冲洗导致卧床时间延长造成呼吸困难。术前3天开始行雾化吸入,有效清理呼吸道,改善肺的顺应性。

2.1.3 饮食护理 因患者行移植术后需给予3联免疫抑制治疗,且有10年2型糖尿病病史,术前严格控制饮食及调节血糖。每日记录患者三餐时间,空腹及餐后2h监测血糖,鼓励进食少盐、低脂、低胆固醇、高维生素、高营养饮食。按时口服免疫抑制剂,避免漏服及补服。

2.2 术中配合 麻醉满意后取截石位,尿道置入F24电切镜,发现膀胱右后壁菜花样肿物,有蒂,肿物直径约2cm。遂行膀胱肿瘤电切,冲洗出电切肿瘤组织保留F20三腔导尿管行膀胱持续冲洗。术中主刀医师、麻醉医师及巡回护士密切配合,避免大量生理盐水冲洗造成稀释性低钠血症,防止心衰;全程出血量约10mL,手术历时30min。术后患者心肺功能、血象均正常,常规给予抑酸、镇痛、抗炎对症支持治疗。

2.3 术后护理

2.3.1 常规护理 患者转入病室后立即持续低流量吸氧3L/min,连接心电监护,心电示波为窦性心律、律齐,波动在72~92次/分,血氧饱和度94%~99%。妥善固定尿管,膀胱连续冲洗引流通畅,尿液颜色为浅血性尿液。患者因心脏移植术后需口服抗凝药物,无法同时使用止血药,为缩短术后血尿时间,做到以下几点:①保证生理盐水温度适应体温,根据尿液颜色调节冲洗速度,加强巡视,每30min1次,避免长时间快速冲洗;②术后每小时记录冲洗量和排出量,严密监测尿量及血容量,防止低钾血症甚至心律失常;③每日常规清洁尿道口1次,尿道口渗出少量血液及时清除,遵医嘱给予壳聚糖抗菌成膜喷剂喷涂尿道口上下午各1次,防止泌尿系感染;④卧床期间双下肢穿弹力袜,每日行体外反搏治疗两次,防止下肢静脉血栓形成及肺栓塞的发生。

2.3.2 气道护理 每日观察胸部伤口愈合情况,心脏移植术后3个月发生肺部感染的可能性最大,积极预防肺部感染。复苏后床头抬高30°,给予低流量持续吸氧,每4h使用漱口液清洁口腔1次,每日雾化吸入两次,妥善固定尿管及冲洗管路后协助翻身叩背排痰,避开心脏区域,避免用力过大,保持呼吸道通畅。

2.3.3 饮食护理 术后6h进食半流质、低盐低脂、富含营养与纤维的饮食,防止便秘。膀胱肿瘤电切术后常规嘱患者大量饮水,2500~3000mL/d,起到自然冲洗

预防感染的目的^[3]。该例患者为心脏移植术后,需严格控制液体的摄入量,每日输入液量不超过600mL,量出为入,以免加重供体心脏负担。本例患者需服用FK506、骁悉、强的松等药物预防及治疗排异反应,口服免疫抑制剂前2小时和服药后1小时禁食水以保证药物吸收,禁食柚类、参类食物以免影响血药浓度。

2.3.4 康复护理 停止膀胱持续冲洗后鼓励患者尽早离床。患者术后1周拔除尿管,拔管前指导患者进行提肛训练与膀胱训练,预防术后尿失禁^[5]。根据病理化验提示为“非肌层浸润性尿路上皮癌”,遵医嘱行表柔比星膀胱灌注治疗。治疗前4h嘱其禁水,以防大量尿液的产生而稀释药液,讲解膀胱灌注的方法、必要性及因药物刺激诱发膀胱痉挛的可能性,缓解患者的紧张情绪,避免因疼痛或紧张引发心跳加速。患者在灌注过程中产生轻微膀胱刺激感,可耐受,拔除尿管后顺利排尿。

2.4 出院指导 告知患者膀胱肿瘤的复发率很高,因此膀胱灌注是一个长期的治疗过程,周期需维持1~2年,且定期行B超或膀胱镜检查,一旦再次出现无明显诱因的血尿立即就医。指导患者正确服用免疫抑制剂,及早发现排异征象,如:食欲不振、活动后心悸、气短等,如有异常及时就医。控制饮食的摄入,每日监测血糖并记录,保持大便通畅,避免用力排便增加心脏负担。保持稳定、平和的心理状态。

3 小结

在临床护理工作中依据个体病种差异制定个性化综合护理方案,能够有效提升护理质量。本例患者在原位心脏移植术后20天顺利行膀胱肿瘤电切手术,从术前的环境、生理、心理各项准备,术中时间和出血量的控制,术后严控生命体征、出入量及药物的使用,并给予充足的营养支持,围手术期间严格执行无菌消毒,有效预防感染及排斥反应。患者出院后积极随访,提高膀胱肿瘤后续治疗的依从性。

参考文献

- [1] 丁凡,徐芬.6例心脏移植手术患者的护理[J].中国临床护理,2015,7(5):403-404.
- [2] 关荻.经尿道膀胱肿瘤电切术的围手术期护理[J].中国实用护理杂志,2014,30(21):44-45.
- [3] 彭扬.膀胱肿瘤患者围手术期的护理综述[J].大家健康(下旬版),2015(3):809-810.
- [4] 寇佳靓,郝良为.腹部外科手术后患者早期下床活动的意义及影响因素[J].中国医药指南,2013,11(23):370-371.
- [5] 刘兰娟,李月兰,林武芳.经尿道膀胱肿瘤电切术治疗膀胱肿瘤的效果及护理体会[J].临床合理用药杂志,2015,8(9):162-163.

(2018-05-08 收稿,2018-11-21 修回)