

为患者进行皮肤护理,鼓励树立战胜疾病的信心,使其消除恐惧心理,主动配合治疗和护理。

2.4 饮食护理 患者营养状况较差,有慢性腹泻的糖尿病肠病表现,且合并皮肤损害,皮疹脱落和皮肤修复都要消耗大量蛋白质和维生素,故饮食原则应以清淡、易消化的高蛋白、高维生素为宜,适当提高每日总热量,避免辛辣刺激性食物。教育患者合理饮食是糖尿病控制和疾病恢复的基础,指导其规律进食,需要时由护士协助进餐。

2.5 其它 患者卧床期间,要加强基础护理;疾病恢复期则鼓励患者下床活动,活动方式以饭后病区内散步为主。教会患者及家属正确使用胰岛素笔注射器,正确服药和预防处理低血糖等知识,将糖尿病健康教育贯穿于整个医疗护理过程中,以促进疾病早日康复。

3 体会

引起 AGEF 的病因主要与药物过敏有关,约 90% 的病例发病前有用药史,以抗生素为多见^[2],治疗以去除诱发因素,对症治疗为主,本例患者年老、基础病复杂、营养状况较差,治疗护理难度大,我们及时停用可能诱发皮疹的头孢类抗生素,采取措施对皮损进行针对性的护理,积极控制感染,治疗原发病和并发症,加强营养支持治疗,调整机体状态,最终达到良好的效果。

参 考 文 献

- 1 郎桂荣,李薇,郭在培.急性泛发性发疹性脓疱病.华西医学,2005,20(1):203.
- 2 段德鉴,周辉,瞿瑞,等.急性泛发性发疹性脓疱病 7 例临床分析.中国皮肤性病杂志,2005,19(5):288~289.

(责任编辑 于扬)

1 例同种异体肺移植的护理

李 伟 许 乐 陈 宪

(福建医科大学附属协和医院 福建 福州 350001)

关键词:肺移植;手术;护理

中图分类号:R473.6 文献标识码:B 文章编号:1006-6411(2006)010-0055-02

肺移植是治疗终末期肺病及肺血管疾病唯一有效的方法。肺移植的主要手术方式有三种:单肺移植、双肺移植及心肺移植。肺移植术后患者的护理与一般肺部大手术后的护理不同,这是因为①移植肺因失神经,淋巴管也切断,支气管纤毛活动受影响,排痰不易,胸水也不易吸收;②供肺经过一段缺血时间后防御功能受损,病理生理改变很大;③肺是与外界相通的器官,术后大量激素及免疫抑制剂的使用,使病人发生感染的机会大大增加;④受体术前双肺通常都存在严重病变,肺动脉高压,右心功能受损,术后血流动力学改变剧烈^[1]。这些都使肺移植术后护理更加复杂,要求也更高。我院于 2005 年 6 月成功地为 1 例支气管扩张、肺纤维化、肺气肿的患者施行了单肺移植手术。经过 1 个月保护性隔离护理后,患者恢复良好。现将护理体会报告如下。

1 病例介绍

患者男性,47 岁,身高 163cm,体重 42kg。以反复咳嗽、咳痰胸闷、气促 20 年为主诉,于 2005 年 4 月 7 号入住院,诊断为(1)慢性支气管炎伴肺气肿;(2)双下肺支气管扩张症;(3)肺源性心脏病。入院时呈慢性面容,桶状胸,SpO₂55%,给予高浓度氧气吸入。查肺功能示:肺活量严重损害,最大通气量功能衰竭,血气分析 pH:7.417,PCO₂:53.0mmHg,PO₂:36.7mmHg。超声心动图示肺功能压力为 83mmHg,于 2005 年 6 月 23 日在气静复合麻醉下行“人同种异体右单肺移植术”,术中顺利,术后安置在隔离室。43h 拔除气管插管,术后第 4 天拔除胸腔引流管,术后第 6 天出现急性排斥反应,给予及时处理后稳定,术后第 14 天拍片示胸腔包裹性积血,于当晚立即在全麻下行“右胸腔包

裹性积血块清除+右胸腔闭式引流+纤支镜探查术”术后给予舒普深抗感染,病情稳定。术后 1 个月出隔离室,2 个月后痊愈出院,继续使用环孢素 A、强的松、骁悉行抗排斥治疗。

2 护理

2.1 护理人员准备

挑选优秀护理骨干进行全方面的培训、学习肺移植术后可能出现的并发症、特殊药物的使用方法及注意事项,做到心中有数,对后勤护理人员,组织学习消毒隔离制度,使每个人能熟练掌握消毒液的配制。

2.2 心理护理

心理护理贯穿肺移植的全过程。(1)术前由于患者长期受疾病困扰,就诊多家医院无法治愈,再加上经济上困难,使患者对此手术缺乏信心,产生焦虑、恐惧心理。针对于此,科室医护人员多次与病人深入交流,详细对病人讲解他目前状况及移植的必要性,并介绍了国内外手术成功的病例以及我院为其多次会诊后所采取方案的最优性,使其树立起战胜疾病的信心。至于经济上医院给与减免,使患者解除后顾之忧。(2)术后患者置于保护性隔离间内一个月,环境单一,加上免疫抑制剂的作用,也易使患者产生一些抑郁、烦躁等心理。因此,护士利用各种机会与患者谈心,创造条件营造轻松的氛围,在情况许可下让其家属更衣换鞋入室探视。

2.3 严格消毒隔离

肺是与外界相通的。移植术后因使用免疫抑制剂及各种侵入性操作,使患者发生感染的机会大大增加,因此术前我们准备了一个通风效果好且带过渡间的隔离间,安装空气消毒机,

1 例超长心肺复苏的抢救

严 硕 牛香群

(湖北省武汉市长江航运总医院 湖北 武汉 430010)

关键词:心肺复苏;心跳骤停;急救

中图分类号:R472.2 文献标识码:B 文章编号:1006-6411(2006)010-0056-02

传统观点认为,心跳骤停的安全复活时间为5min,逾过时限,即使进行徒手心肺复苏(CPR)也是徒劳的,但目前对此说法有所修正^[1-2]。现将我院抢救1例心跳骤停10min的病例报道如下。

1 病例资料

患者,男性,46岁,平素健康,乘车时突然意识丧失,不省

对室内所有物体表面设备均用0.2%过氧乙酸擦拭,房间进行消毒,连续3d后请院感室工作人员对各角落物体表面及空气做随机抽样培养,使其达到净化室的标准。患者进入隔离室后,要求护士每日3次用0.2%过氧乙酸对物体表面及地面进行擦拭,每2h用空气消毒机循环消毒,早晚各1次通风30min,每周1次进行物体表面及空气培养,使其达标。医护人员入室前必须清洗双手,再用3M消毒剂消毒双臂及双手,更换衣裤、隔离衣、口罩、帽子,两次更鞋后入室。病人的所有用物均高压消毒后使用。

2.4 术后呼吸、循环系统的监护

2.4.1 呼吸系统监护

本例患者返回隔离室给予BEAR-1000型呼吸机、采用PSV+PEEP模式辅助呼吸。压力为15cmH₂O, PEEP为5cmH₂O,吸入氧浓度(FiO₂)为35%,呼吸频率为15次/min,每隔4h做1次血气分析,根据血气结果调整呼吸机参数,要求氧合指数达到300以上。随时听诊双肺呼吸音,注意有无痰鸣音,给予吸痰。术后3d机体处于负平衡状态,痰液较干,很难吸到痰液。但还是定时给予吸痰,1周内每日1次纤支镜吸痰。此患者术后43h拔除气管插管,拔管后给予雾化吸入,并协助病人翻身、拍背、鼓励吸痰,鼻导管氧气吸入。术后2周内每天定员定位置床边X光摄胸片,及时发现肺部异常情况。

2.4.2 循环系统监护

病人术前双肺病变严重,肺功能差,肺动脉高压,加上手术打击、缺血缺氧、刺激等因素造成反应性高血压,移植肺受到创伤、缺血、去神经、去淋巴管等影响,胸水难以吸收,胸水多。采用的护理措施:①加强血流动力学的监测:采用漂浮导管及桡动脉测压管连续监测肺动脉压力及桡动脉压力,术后使用凯时150μg推注泵使患者的肺动脉压力维持在30mmHg左右。移植肺由于受到缺血再灌注损伤,容易发生肺水肿,术后3d尽量少给晶体多给血浆和白蛋白等胶体,输液速度不宜忽快忽慢,血压维持在100~120mmHg左右,同时保证肾血流量的灌注,尿量每小时不少于50ml。②充分镇静:在未拔管前应充分给患者镇静,减轻耗氧量。如果患者出现躁动可引起肺动脉痉挛产生肺

人事,急送我院急诊科,前后共10min。入院查体:血压0mmHg,脉搏0次/min,昏迷,面色青紫,唇绀。瞳孔扩大至边缘,呼吸停止,心音听不到。查ECG呈一直线。立即持续胸外心脏按压,频率100次/min,同时给予气管插管,呼吸机辅助通气(使用同步间歇指令通气模式),建立静脉通路,肾上腺素(12mg分多次静脉注射)、血管加压素(80U分两次静脉注射)、静注阿托品、多巴

动脉高压。本例患者术后给予咪唑安定50mg+芬太尼0.2mg,用生理盐水稀释到50ml,推注泵5ml/h持续给予镇静至病人生命体征及血流动力学平稳。准备拔管前逐渐将镇静剂减少直至撤除。③胸腔引流瓶的观察:患者曾2次放置引流管,应严密观察引流液的量、性质、颜色、水柱波动情况。术后3d持续胸腔引流管负压吸引,负压吸引的压力在10cmH₂O,每小时挤压胸管保持引流管的通畅,生命体征平稳后取半卧位利于引流液的流出,鼓励多咳嗽有利于肺的膨胀,遵医嘱给予止血药。

2.5 并发症的观察与处理

2.5.1 排斥反应 排斥反应以急性排斥反应最常见,多发生在术后1周,最早可在术后4~5d出现。护理上应注意患者的主诉、各种临床表现等变化。本例患者于术后第6天出现排斥反应,立即遵医嘱给予甲强龙500mg静脉推注,纤支镜检查,拍床边片等排异措施,稳定患者情绪,未再出现严重的排异反应。2.5.2 感染 感染是肺移植后最常见的并发症,也是主要的死亡原因。护理应采取:(1)加强消毒隔离,严格执行无菌操作。(2)注意口腔卫生,要求患者早晚刷牙,凡进食后必须用朵贝尔氏液漱口,制霉菌素50万单位加生理盐水40ml溶化后每次取10ml漱口后吞服,每日4次;两性霉素B12.5mg雾化吸入,每日2次;沐舒坦30mg雾化吸入,每日4次,观察口腔粘膜情况预防霉菌感染。(3)合理使用抗生素,本例患者使用舒普深1周后停用无发生感染。

肺移植手术在器官移植中是要求最高的,护理要求也很高,开展此项目不仅要有精湛的技术还要有团队合作精神,同时还需要有社会各方面的支持。通过对本例肺移植的护理,作者认识到在护理中必须树立整体观念,充分做好病人术前准备、护理人员的培训、术后病人的病情观察以及对患者实施系统化整体护理,使移植病人最棘手的并发症——感染与排斥得到及时的发现与治疗,提高移植肺成活率。

参 考 文 献

1 廖崇先.实用心肺移植学.福州:福建科学技术出版社,2003.215.

(责任编辑 于杨)