

1 例非体外循环下序贯式双侧肺移植术后 患者的护理

聂惠敏 沈燕珊 李绮慈 莫韶妹 罗瑞平 陆碧燕

【摘要】 目的 探讨肺移植术后病情监测和护理措施。方法 对我院首例肺移植术进行回顾分析, 总结肺移植术后的临床观察要点和护理。结果 患者顺利渡过休克关、感染关、排斥关, 康复出院。结论 严密观察病情及血流动力学变化、严格液体管理、加强呼吸道管理、保护性隔离等措施是肺移植术后护理的关键。

【关键词】 肺移植 观察 护理

肺移植是现代治疗终末期肺病的一种有效方法之一^[1], 我院于 2006 年 6 月 6 日成功进行了首例非体外循环下序贯式双侧肺移植手术, 经过精心的治疗和护理, 患者术后康复出院, 现将术后护理报道如下。

1 临床资料

患者, 男性, 52 岁, 诊断: 慢性支气管炎急性发作、慢性阻塞性肺气肿、慢性肺源性心脏病。因反复咳嗽、咳痰、喘息十余年, 进行性加重 1 周入院。胸片提示慢性支气管炎、肺气肿并双肺多发肺大泡。肺功能检查: 重度混合性通气功能障碍以限制性为主, 肺容量明显减少。2006 年 6 月 6 日行非体外循环下序贯式双侧肺移植手术, 术后早期患者出现血压下降、心率增快、二氧化碳分压上升、氧饱和度下降等微循环灌注障碍、低血容量性休克情况, 经快速输血、补液、扩容、抗休克等处理, 术后 10 小时血流动力学稳定。术后第二天右下胸腔管引流量突然减少, 考虑引流管堵塞, 经处理后管道引流通畅, 术后 3 天行呼吸机脱机试验, 术后第 7 天成功脱机, 拔除气管插管, 改用每天 4~8 小时的无创呼吸机辅助通气, 并实施体位引流、呼吸训练等胸肺部物理治疗措施及保护性隔离, 监护 28 天, 转普通病房 2 天后康复出院。

2 术后护理

2.1 病情观察

作者单位: 广东省佛山市第一人民医院 ICU

邮 编 528000 收稿日期 2007-09-06

后第 1 天, 患者常常不能自行翻身, 故体位护理是护理的重要内容, 护士在行体位护理时应遵循人体力学的原理, 使病人舒适, 防止并发症。

参 考 文 献

[1] 陈晓东, 王振宇. 肺移植术后并发症的诊断和治疗[J]. 中国胸

2.1.1 血流动力学监测 肺移植术后早期血流动力学紊乱, 血管活性药物使用量多^[2], 术后早期须连续监测生命体征、SPO₂ 及平均动脉压, 每小时监测心排血量、中心静脉压、肺动脉压、肺毛细血管楔嵌压等指标, 并根据血压及肺动脉压调节血管活性药用量, 控制平均动脉压 95~105 mmHg, 肺动脉压 12~30/6~12 mmHg 的水平。

2.1.2 密切观察并发症的发生: 术后常见的并发症有出血、再灌注损伤、脏器功能衰竭、感染、急性排斥反应、慢性排斥、对侧肺的过度膨胀或气胸、支气管吻合口出血、漏气、狭窄、软化、深静脉血栓或肺动脉血栓、血小板减少等, 要密切观察患者有无紫绀、烦躁及胸廓运动、双肺呼吸音、气道压力、胸腔引流等情况。发现血性引流液突然或持续增加, 心率加快、血压下降、呼吸困难、肺呼吸音减弱或消失、肺水肿、尿少、皮肤有出血点、无明显原因的肢体肿胀、皮下气肿等要及时报告医生处理。

2.2 呼吸道管理

2.2.1 机械通气的护理 本例采用 PSV+PEEP Bilevel 等通气模式。PS 是 10~15 cmH₂O, PEEP 是 5 cmH₂O, 目的是用小潮气量、最低浓度的氧、低气道压的通气、最佳 PEEP, 使 PO₂ 保持在 70 mmHg 或以上水平, 提高血氧饱和度、防止肺水肿、肺泡萎陷。吸气时气道压峰值低于 30 cmH₂O, 防止气管吻合口产生气压伤, 加重移植肺的再灌注水肿损伤及气胸的发生。

2.2.2 气道护理 吸痰动作轻巧, 吸引压力控制在 0.015 mPa 以下, 防止发生吻合口损伤、

柱脊髓杂志, 2006, 16(2): 139-141

[2] 许国华. 骶管内囊肿的临床研究[J]. 脊柱外科杂志, 2004, 2(2): 79-81

[3] 于红, 牛志霞, 张卫军. 骶管内蛛网膜的围手术期护理[J]. 护士进修杂志, 2002, 17(1): 41-42

有机磷农药中毒并发急性胰腺炎 1 例

成妹娟

急性胰腺炎是指多种病因引起的胰酶激活,继以胰腺局部炎症反应为主要特征,伴或不伴其他器官功能改变的疾病。有机磷农药(对硫磷 1605,敌敌畏,敌百虫,乐果)中毒并发急性胰腺炎临床上较为少见,约占有机磷农药中毒并发症 11.54%^[1]。我科 2007 年 7 月收住 1 例有机磷农药并发急性胰腺炎病例,现报道如下。

作者单位:苏州大学附属第一人民医院

邮 编 215006 收稿日期 2007-09-10

气道粘膜损伤、肺泡萎陷及肺不张。患者术后第 7 天胸片提示右下肺、左下肺片状渗出,通过对患者胸片、肺部听诊、生命体征、耐受能力等情况进行综合评估和分析,确定护理方案,每天进行体位引流 3~4 次,采用俯卧位 8~10°头低足高位,每次持续 5~15 min。由于双肺移植术后患者原有的神经性呼吸反射消失,在新的稳定的呼吸触发机制建立之前,呼吸节律可能发生明显紊乱^[3],本例患者早期出现呼吸运动不协调,呼吸费力,咳嗽反射减弱等现象,我们对患者进行腹式呼吸训练,每天 4~6 次,每次 20 分钟,鼓励咳嗽,加强雾化,增强排痰效果,定时翻身、拍背,鼓励患者深呼吸、有效咳嗽、咳痰,有效预防了肺不张的发生。

2.2.3 高频通气保障支气管镜吸痰时的组织供氧 术后每日 1~2 次配合医生使用纤支镜观察吻合口、再灌注损伤及感染排斥等情况,吸除凝血块及分泌物;取深部肺分泌物送细菌培养。本例患者拔除气管插管后的纤维支气管镜均在高频通气保障、镇静剂支持下进行。保障了机体组织氧供。

2.3 预防感染 严格执行移植病房的消毒隔离规范,实行保护性隔离,患者的一切用品经消毒灭菌专用。

2.4 液体管理 控制输入速度,准确总结每小时出入量、量出为入,术后 2~3 天内尽可能保持负平衡 300~500 毫升,本例患者术后早期出现微循环灌注障碍、低血容量性休克,导致术后第一天液体处于正平衡状态。

2.5 有效镇痛 由于手术创伤大,引流管刺激肋间神经引起疼痛,适当应用止痛剂,减轻患者疼痛,有

1 一般资料

1.1 病例简介 患者,宫兰英,女,39 岁,营业员,于 7 月 6 日因家庭矛盾自服敌敌畏后,出现神志不清、大汗淋漓,口吐白沫,口唇紫绀,双侧瞳孔针尖样大小,两肺满布湿罗音,就当地医院进行洗胃术,氯磷定、阿托品等治疗。后于 7 月 9 日转入我科,神志清,痛苦貌,瞳孔等大等圆直径 5 mm,对光反应灵敏,双肺底闻及少许湿罗音, T:37.5℃, P:72 次/分, R:110/50 mmHg,入院后查胆碱脂酶(CHE)691 u/l,继续于解毒阿托品抗胆碱作用,补液促排泄等处

制入量。使患者镇静评分日间在 2 分,晚上 3 分左右,保证了良好的睡眠质量。

2.6 使用免疫抑制剂的护理 遵医嘱准时、准量给药;测定血药浓度,抽血时间安排在下一次用药前,以保证测定数据的准确性。

2.7 加强基础护理 全麻清醒后取半卧位,床头抬高 30~45°,降低胃内容物误吸的风险;有利于肺通气、肺复张及胸腔引流。为预防霉菌感染,采用 2% 碳酸氢钠做口腔护理,并用生理盐水 30 毫升加制霉菌素 50 万单位漱口,液体用现配。

2.8 心理护理 肺移植术后,患者不同程度出现精神性焦虑、烦躁、失眠、妄想、被害妄想,不能配合治疗。通过沟通,了解患者的生活习惯,尽量满足患者的习惯需求,向患者介绍各项治疗的目的、过程及如何配合,以减轻患者的不安。

3 小结

液体管理要结合实际。患者术后早期的液体处于正平衡,虽然与术后液体管理原则不相符,但实践证明液体管理应根据实际情况进行。呼吸道管理、病情观察、有效镇痛、预防感染及心理支持是本例患者护理的重点。高频通气技术保障支气管镜吸痰时的组织供氧是护理技术中的创新。由于本例患者是我院首例肺移植,我们在实践中摸索经验,为今后肺移植术后监护积累一定的实践经验。

参 考 文 献

- [1] 申艳玲,林芳,杨静.异体肺移植术后在 ICU 期间感染的护理措施[J].中国实用护理杂志,2005,11(21):21
- [2] 廖崇先.实用心肺移植学[M].福州:福建科学技术出版社,2003:223-224
- [3] 蒋芳琴,孟静燕,张秋芳,等.一例双肺移植术患者的护理[J].现代护理,2005,11(12):1222