

一组给予安慰剂。3 年零 4 个月后, 在洛沙坦组中, 血清肌酐水平高于正常值 2 倍的危险机率降低 25%。且洛沙坦组推迟 2 年需要血透和肾移植。

第三项研究检查了患者微蛋白尿的 II 型糖尿病患者中肾病的发生情况。患者被随机分为三组, 分别每日服用伊贝沙坦 150 mg、300 mg, 或服用安慰剂。2 年后, 与服用安慰剂组相比, 伊贝沙坦 150 mg 组显示肾病发生机率减少 44%, 300 mg 组减少 68%。

(晏 青摘 刘 萍校)

[编校 滕 悦]

402 肺移植的临床评价及护理 [英] / Castle H // NT plus. —2002, 98 (26). —55~58

对于呼吸困难日趋加重和生活质量不断下降的终末期肺疾病患者来讲, 可供选择的治疗手段不多, 肺移植是方法之一。假如患者预后不佳, 早期移植无疑会增加生存的机会, 但对于那些计划移植的患者来讲, 等待器官的时间又是遥遥无期。作者对肺移植进行了总体回顾, 并介绍了他们的经验。

作者所在的 Papworth 医院于 1985 年行第一例肺移植, 患者存活了 12 年。至目前为止, 该医院共完成 530 余例移植, 结果显示: 对于危重病人来说肺移植后总体情况较差, 而无并发症的患者移植效果良好。目前手术方式、移植后机会性感染的防治都日趋完善, 而合适的供体肺的严重短缺成为亟待解决的问题。因此, 对潜在的肺移植受者的评价变得至关重要。在 Papworth 医院, 当患者对常规治疗无效时, 由通科医师或内科医师参照多个评估体系对该患者做出全面评价, 之后转交到会诊医师组得到补充与确认, 依据患者年龄、疾病状况、并发症及诊治经过做出是否移植的决定。假使会诊评价适宜, 患者的详细资料将传到临床医师协助组 (CAs)。CAs 主要依据护理专家组评议重

理等。通常, 患者与移植中心的接触是通过 CAs 来进行, 电话告知医师评议结果, 同时获取病人更多的背景资料, 特别是社会环境及患者对移植的感受。与此同时, 对服务项目、患者入院要做的检查及各种评价的具体含义进行解释。这一切可消除患者的恐惧和紧张情绪, 为临床肺移植提供良好的保障。

患者入院 3 d 内进行各种检查以全面评估其病情及预后, 包括血型、病毒感染状况 (肝炎和 HIV)、肝肾功能、心血管状况及疾病的组织学类型, 对于某些有手术、输血及孕产史的患者, 因为有可能接触多种外来抗原, 移植前需要全面交叉配血。评估的过程同时也给患者一次全面了解肺移植的机会, 他们会接触到放疗和化疗医师、营养师及社会工作者。CAs 与移植监护病房护士之间密切的合作可保证患者获得术后护理的相关信息。此时, 医护人员会告知患者与移植相关的并发症及药物的毒副作用, 患者及家属有机会参观重症监护病房、拜访移植病人。在这忙碌的 3 d 时间里患者始终有家属陪同。接下来, 会诊医师及外科医生约见患者并讨论治疗方案。医生在选择移植适应证的同时也充分考虑到禁忌证。经评价适合做移植的患者被列入等待供者的行列。此时患者的焦虑、自暴自弃等心理问题并不少见, 需要给予心理护理。

术后患者应当转入 ICU, 维持液体平衡和进行血流动力学的监测。若患者无出血、气体交换良好, 镇静剂应当停用; 为避免正压通气所致的气压伤, 原则上尽早拔除气管插管; 为使患者咳痰容易及早期下地活动, 良好的镇痛很有必要。当患者心血管系统状态稳定、排尿正常时, 应当返回普通病房。移植后感染仍是患者死亡的主要原因, 为了预防感染, 除广谱抗生素的早期使用外, 主要依据供、受者痰液中病菌检测及移植后痰液的常规监测来指导敏感的抗生素治疗。在肺移植后, 患者应定期随访, 随访的主要

用免疫抑制药物来抑制排斥, 指导患者如何合理应用免疫抑制剂也是临床护理的重要内容。除非患者积极配合, 充分理解并依从于治疗方案, 否则新的治疗手段和药物将无济于事。目前 Papworth 医院肺移植组常规使用三联免疫抑制方案: 环孢霉素、硫唑嘌呤/骁悉和泼尼松龙, 可选择性地使用某几种, 但此类药物都有较多副作用, 尤其在使用不当时。在肺移植患者, 细支气管肺炎是移植后另一个主要并发症, 以小气道的增厚、狭窄甚至阻塞为主要病变, 被认为是免疫损害的结果。目前已经研制出延缓细支气管肺炎的免疫抑制药物, 但其有效性尚无定论。

出院前, 护士将告知患者出现何种症状和体征时需考虑是排异和感染, 教会患者测量体温、体重、肺活量值并每天都要记录, 告诉患者若出现不确定的情况时与医院联系。肺移植患者有时很难区分感染或排异, 二者均可表现为发热、呼吸困难、咳嗽和肺干湿罗音, 通常给予大剂量的甲强 (500 or 1 000 mg, 依体重而定), 以资鉴别, 但经常还需要通过纤维支气管镜取活检和肺泡灌洗液来协助进一步确诊。由于排异可全无症状, 因而移植后一年内规律进行活检标本的监测很有必要。

(侯彩妍摘 贾治林校)

[编校 滕悦]

403 病人的营养支持与护理教育 [英] / Green S ... // NT plus. — 2002, 95 (34). — 59

长期以来人们一直承认护理关爱可促进病人营养的摄入, 如果方法正确, 则有助于病人康复和提高其生活质量。最近人们对护士不能足够重视病人的营养需求越来越关注, 因为食物及其营养是英国卫生部规定的八项护理核心任务之一。

护士在营养支持方面的作用 从增进智力残疾病人的健康饮食到为重症病人提供非肠道营养, 护士在营养支持方面的作用多种多样。在过去的几十年里, 营养护理活动的重点已经发生了变化, 更多的注册护士参与了营养护理及其相关的健康教育, 特别是与肥胖率上升和非胰岛素依赖型糖尿病发病率增高相关的健康教育。护士的作用现已发展到会用经胃造口术插管的肠道营养和非肠道营养的方法, 因为这些干预措施是医院和社区较常用的方法。目前护士在饮食配制和协助病人进餐方面的作用在减少。饮食提供的方式和服务方法的变化减少了护士的饭时护理工作。尽管这样能使护士有较多时间履行其他临床职责, 但却难以监测病人的饮食状况。

护理教育与营养支持 护理教育是确保护士正确提供营养护理的关键因素, 需要对护生在营养护理的评估、计划和实施方面进行教育。护生牢固地掌握营养科学的原理是理解营养护理的基础。课程内容总的来说分三大类: (1) 营养科学的原因; (2) 公共卫生营养; (3) 临床营养及营养支持。每一类又进一步分为 6 个方面。每个方面的重点和知识的深度在不同的保健专业人员间有区别。这有助于保证课程内容的衔接, 促进多学科工作的开展。各专科护士和助产士都需接受基本的营养教育, 以满足对病人营养护理的需要。例如, 有心理疾病的病人食欲差、进食少, 因此为其筛选饮食和评估营养状况是重要的。

结论 营养护理是护理工作的重要组成部分, 因此在教育大纲中应加强营养护理的内容。

(姜红 马春艳摘 程晔校)

[编校 滕悦]