

肺移植患者护理小组的构建及效果评价

宫玉翠 黄丹霞 廖伟霞

【摘要】目的 探讨肺移植护理管理模式,为患者提供全方位的优质服务。方法 建立肺移植护理团队,包括围手术期康复护理组、心理护理组、ICU重症特护组、随访护理组,通过加强各组护士的专业培养和能力的培养,完善肺移植护理服务流程。结果 肺移植护理组护士专业发展方向明确,同时为肺移植患者提供全方位的服务,术后患者在VC、FVC1、FVC、MVV明显改善($P<0.05$),患者生活质量明显提升($P<0.05$)。结论 通过构建肺移植护理组不仅能够明确护士发展方向,同时有利于提高对患者的护理服务质量,促进患者的康复。

【关键词】肺移植;护理管理;效果评价

doi:10.3969/j.issn.1673-5552.2011.16.0051

【中图分类号】R197.3;R473.6

【文献标识码】A

【文章编号】1673-5552(2011)16-0077-01

肺移植是治疗终末期肺部疾病唯一有效手段,随着临床研究证实肺移植手术成功与否不仅仅是单纯外科手术技术的问题,实际上得益于医疗整体水平和认识的提高,普胸外科围手术期护理、肺切除术前肺康复治疗、胸部物理治疗、呼吸监护与治疗以及免疫抑制药物的研发等诸多方面近年来发展迅速^[1]。对肺移植患者给予全方位系统的护理是保证患者手术成功的重要组成部分,我院于2003年1月成功完成中南地区首例同种异体肺移植手术以来,迄今(2011年10月)共开展47例同种异体单、双肺移植,经过不断地总结和完善,已形成肺移植护理管理小组,完善各自职责,为患者提供系统全面的护理服务。

1 资料与方法

1.1 选取我院胸外科、重症医学科(ICU)、呼吸内科17名护士成立肺移植护理组,均为女性,其中胸外科护士7人,重症医学科护士8人,呼吸内科护士2人;年龄25~36岁,平均年龄 28.9 ± 6.9 岁;工作年限4~15年,平均工作年限 8.7 ± 3.5 年;学历情况大专6人、本科10人、硕士1人。

1.2 方法

1.2.1 护理人员组成及职责安排:根据临床需要、任务分工将护士分为肺康复护理组、ICU特护组、病房特护组、协调随访组,其来源及职责如下:(1)肺康复组由2名专职康复治疗护士组成,负责患者围手术期功能监测、锻炼及出院后康复指导。(2)ICU特护组由8名高级责任护士组成,负责术后危重期间监护,为患者提供全方位的监护及护理,直至患者转入病房。(3)病房特护组由5名高级责任护士组成,负责患者从ICU返回病房后至出院前的护理工作。(4)协调随访护士由2名专职护士组成,负责协调院内外资源为患者全程联系医学检查、治疗、用药等服务提供绿色通道,对出院后患者提供延续性随访护理,监测患者出院后的用药及康复情况,将信息反馈给医生及其他相关人员。

1.2.2 肺移植护理组专科培训方式:鉴于肺移植患者病情危重及对护理需求全面的特殊性,我们对肺移植护理各组护士进行系统化培训,其中包括岗位学习、国内深造、外出学习三种方式。其中康复组护士在参与临床、科研工作的基础上,派遣至香港进行学习,主要学习内容包括围手术期康复护理及社区康复护理。ICU特护组学习按照PBL小组学习、集中理论授课、外出进修学习方式^[2],所有护士掌握肺移植患者术后护理要点、脉搏指示连续心排血量(PiCCO)技术、Swan-Ganz漂浮导管等监测技术及连续性肾脏替代治疗(CRRT)、人工体外膜肺(ECMO)等治疗技

术。病房特护组护士组织院内培训,要求掌握肺移植术后用药护理、心理护理及无创正压通气(BIPAP)等。协调随访组通过进修学习,协调院内各临床及检验科室,为肺移植患者搭建绿色通道,同时系统学习肺移植社区延续性护理,加强对患者抗排斥药物使用及不良反应的随访。

1.2.3 肺移植患者护理工作流程:我们在对肺移植患者提供护理时,通过各组制定工作流程,主要流程包括以下4个方面:(1)在等待肺移植期间由病房特护组或ICU特护组给予心理支持和评定,对术后治疗及护理情况进行介绍,最大程度降低患者焦虑情绪;(2)由协调随访组护士调动院内资源组织术前护理会诊,康复组护士评估患者肺功能状态、有效排痰能力及肢体活动能力等,根据患者病情在术前选择性给予有效排痰锻炼、床上肢体活动锻炼等;(3)在患者术后由ICU特护组和病房特护组根据病情需要给予治疗和护理,由康复组护士指导患者进行呼吸操锻炼、有效排痰锻炼、肢体康复功能锻炼等综合康复护理措施,促进患者康复;(4)在综合评定患者达到出院标准后,由协调随访组护士对患者进行系统健康教育,评估患者出院后生理、心理、家庭及社会等情况,尤其是要求患者出院后定期复诊及对使用抗排斥药物的观察,由随访护士根据医嘱定期安排患者复诊和检查,如有异常及时上报医生。

2 效果

2.1 肺移植组护士专业发展情况

经过系统化的学习和培训,我院肺移植护理组取得良好的发展,首先培养了2名专职肺移植康复专业护士,2名护士参与香港理工大学学习和博士科研项目,取得良好的效果,现指导全院开展呼吸康复护理。其次培养了2名ICU专科护士及1名老年专科护士,均通过了广东省卫生厅组织的专业选拔考核,赴港学习,获得了由香港理工大学颁发的《专科护士培训证书》,指导全院护士开展临床护理工作。再次培养了10名护理组长,发挥了临床护理骨干的作用。另外两名护士培养成为专职协调随访护理员。

2.2 对肺移植患者实施护理情况

我院肺移植护理组成功为40例患者提供护理,术后患者在VC、FVC1、FVC、MVV明显改善($P<0.05$),患者生活质量明显提升($P<0.05$),见表1。

表1 肺移植患者手术前后肺功能及生活质量变化情况(±s)

时间	VC(L)	FVC1(L)	FVC(L)	MVV(L/min)	SGRQ评分
术前	2.42 ± 0.7	45.30 ± 10.1	2.01 ± 0.22	60.12 ± 13.2	52.27 ± 10.8
术后3个月	2.88 ± 0.9	62.36 ± 7.9	2.47 ± 0.36	72.47 ± 16.3	40.27 ± 8.2
<i>t</i>	-4.3 ^a	-6.5 ^a	-3.2 ^a	-10.3 ^a	10.1 ^a

除自身抗体,反定型在37℃进行,并做自身对照。

3.2 出现额外抗体

3.2.1 蛋白或血浆不正常引起的缗钱状凝集^[2]:血清蛋白浓度异常,球蛋白浓度由于疾病而升高,纤维蛋白原浓度升高等。应了解患者临床诊断、加适量生理盐水看凝集是否消失或洗涤红细胞、稀释反定型血清。

3.2.2 血清中有针对试剂红细胞保存液成分的抗体:洗涤试剂红细胞。

3.2.3 自身冷凝集血样的ABO定型:一旦血标本中出现红细胞自身凝现象或反定型自身对照阳性就应考虑有冷凝集素存在。进行吸收放散实验。

3.2.4 被检者血清中存在ABO系统以外的特异性同种抗体,反定型时出现假阳性反应。如患者1标本定型结果(表2)。

标本正定为A型,反定为O型,该标本反定型A细胞呈现1+的反应,正反定型不符。该结果反定用卡、试管法各复试一次,结果一致。采取措施如下:①用O型红细胞做反定型对照,确认是否存在ABO系统以外同种抗体。结果1+。②用试管法做反定型自身细胞对照,结果阴性,证实无自身完全抗体,排除冷凝集。反定O细胞对照阳性说明有ABO系统外完全抗体。③该标本抗筛实验与I、II、III号筛检细胞反应分别为:1+、阴性、2+。

3.3 弱抗原或抗原缺失

3.3.1 弱抗原或抗原缺失常见下列原因:①疾病:如白血病时由于H转移酶缺乏或合成受抑制,使血型抗原减弱;另外再障时成熟红细胞显著减少或红细胞形态发生改变,也使血型抗原减弱^[3]。②老年人及婴幼儿:婴幼儿红细胞尚未成熟,血型抗原发育不完全及一些老年人红细胞的抗原性会发生减弱。③右旋糖酐等胶体溶液:能吸附红细胞表面的抗原,使其抗原性发生改变。④亚型红细胞的抗原性减弱。

患者2血型鉴定(表3)正定型与正常反应强度相比属于减弱的反应。从反定型中可以看出,患者血清中不存在ABO系统以外

的抗体干扰,也不存在自身抗体的干扰,因和B细胞产生反应,表明红细胞上可能具有A抗原。在正定型中与单克隆抗-A无反应活性,而和抗-AB有弱反应,暗示A亚型的可能,经鉴定为A₁。

3.3.2 解决办法:①洗涤RBC并增加反应时间,如果使用洗涤红细胞后反应加强,则考虑是型物质的抑制。②增加正定型细胞浓度。③吸收放散确定是否是亚型。④了解输血史(尤其是O型红细胞输注)及病情诊断(如白血病)。⑤在4℃放置后实验或更换不同批号标准血清进行血型鉴定。

3.4 弱反应或抗体缺失

新生儿及老人抗体效价降低^[4]、低球蛋白血症、丙球缺乏血症、多发性骨髓瘤、长期免疫抑制剂治疗等。可延长反应时间或加大血清量、于室温及4℃检查血清中的抗体、用A、B、O及自身红细胞进行检查、自身冷抗体吸收等。同时确定患者年龄、临床诊断以及输血史。

血型鉴定是一项高度责任心的工作。标本的正确采集、熟练的技术、规范的操作都是不可缺少的。当发现正反定型结果不一致时,必须查明原因,在排除操作及试剂因素后,结合临床以及进一步的辅助血清学试验得出正确的血型鉴定结果,提高输血安全性。

参考文献

- [1]邓家栋.临床血液学[M].上海:上海科学技术出版社,2001:628-641.
- [2]俞香兰.血型鉴定影响因素分析及探讨[J].中华医药研究杂志,2007,7(7):121.
- [3]曹奎杰,何鸣镛,刘锋,等.再障引起A抗原减弱1例[J].临床血液学杂志,2007,4(4):187.
- [4]杨志诚.微柱凝胶法在新生儿ABO血型鉴定中的应用[J].检验医学与临床,2008,5(24):1500.

(收稿日期:2011-07-23)

(本文编辑:夏凯艳)

.....
(上接P77)

3 讨论

3.1 肺移植护理组构建的意义

自从1983年多伦多肺移植组成功完成首例肺移植成功后^[3],肺移植在全世界取得了快速的发展。肺移植是外科最疑难手术之一,同时术后病情复杂多变及出院后延续性护理需求较强,因此需要建立一组完整和专业的肺移植护理团队。我们根据临床治疗及患者的需要设立康复治疗组、ICU特护组、病房特护组及协调随访组,这样不仅明确了护士的专业发展方向,促进护士专业技能的提升和职业的发展,同时也将肺移植护理工作更加细化和流程化,肺移植患者围手术期护理及出院后护理随访工作实施护士负责制,促进肺移植患者临床护理工作有条不紊地开展,促进患者的康复。

3.2 肺移植护理组实施护理的效果评价

肺移植患者术前长期受疾病和缺氧折磨,肺功能严重降低,耐受力差,加之麻醉药物和手术创伤等刺激,术后短期内不可避免会进一步引起呼吸功能下降,机体免疫力遭到严重破坏,增加急性排斥反应和肺部感染的机会^[4,5]。康复组护士进行围手术期前瞻性干预,能够促进患者提高有效排痰能力,促进肺部功能的康复($P<0.05$);ICU特护护士在患者术后危重期,给予持续生命体征监测及护理,通过严密监护性隔离降低患者发生感染的发

合其他医护人员促进患者的康复;在患者出院后给予延续性护理随访,长期监测患者生理、心理和社会情况,促进患者融入社会;患者经过肺移植术后及护理干预后患者的生活质量得以明显提升($P<0.05$)。

总之,随着临床护理的发展,肺移植患者的临床护理工作需要精细化,这样不仅促进护士自身职业的发展,同时也为患者提供更加全面的护理服务,促进患者的康复。

参考文献

- [1]侯生才,苗劲柏.肺移植进展与思考[J/CD].中华临床医师杂志电子版,2009,3(11):1779-1784.
- [2]宫玉翠,阮亮.建立肺移植术后ICU监护专业小组的探索[J].中国护理管理,2010,10(3):35-36.
- [3]Toronto Lung Transplant Group. Unilateral lung transplantation for pulmonary fibrosis[J].N Engl J Med,1986,314:1140-1145.
- [4]陈舒晨,康明强,林江波,等.3例肺移植术后肺部感染的防治体会[J].福建医科大学学报,2009,43(2):163-165.
- [5]郑勇翔.3例肺移植患者围术期护理[J].福建医药杂志,2010,32(5):152-154.

(收稿日期:2011-06-20)