

## 2例同种异体右肺移植术的配合体会

徐亚玲 韩 芳 李 旭 刘 静

(山东省立医院 山东 济南 250000)

**摘要** 总结2例右单肺移植手术过程中人员配备、物品准备、手术配合和术中护理。提出手术配合和护理重点:术前讨论、手术物品准备、加强无菌管理与供肺保护、患者输液速度调节、护士操作熟练等,有助于肺移植手术的成功。

**关键词:** 肺移植;手术;护理

**中图分类号:** R472.3 **文献标识码:** B **文章编号:** 1006-6411(2006)007-0055-02

近年来,随着免疫抑制药物的出现、外科技术的发展及围手术期医护配合的进步,肺移植手术数量迅速增加。文献报道肺移植已成为目前治疗终末期肺良性疾病唯一有效方法<sup>[1]</sup>。我院分别于2005年1月和6月为2例终末期肺良性疾病患者行同种异体右肺移植术,现将手术准备与配合介绍如下。

### 1 临床资料

第1例男性,32岁,术前诊断为双肺重度纤维化。第2例女性,41岁,术前诊断为慢性阻塞性肺部疾病(COPD)终末期,肺心病。我院于2005年1月和6月分别对他们施行同种异体右侧单肺移植术,手术获得成功,患者术后肺功能均明显改善,其中一例已能在家从事一般劳力活动,随访至今健在。

### 2 术前准备

2.1 参加术前病例讨论 了解和熟悉患者基本情况、心脏可承受手术程度、术中出现的病情变化和使用的药物,针对可能出现的紧急情况制订处理方案 and 解决方法,制订严格的无菌操作程序,防止感染发生。

2.2 环境准备 选定相邻的两个层流手术间(受体手术间和肺修整手术间),手术前1d进行物体表面消毒,手术间温度保持在22℃左右。

2.3 手术物品准备 除常规准备肺叶切除包和敷料外,还应准备修肺器械和肺移植器械各1套(分别备无损伤血管钳、精细镊子、剪刀、蚊钳等)、无菌修肺大盘1个、供体包1套、4℃灌注液(改良LPD液)5000ml、无菌冰屑10kg、3~0至5~0 Prolene线数根,遵医嘱准备抗生素及新鲜全血、血浆、免疫抑制剂、速尿、肝素、前列腺素E等。体外循环器械和灌注用物并备除颤器、抢救药物、纤维支气管镜。

### 3 手术配合过程

#### 3.1 巡回护士配合

3.1.1 麻醉配合 患者进入手术室后,双下肢建立静脉通道,协助麻醉医师进行气管内插管全身麻醉,行颈内静脉穿刺插管,插漂浮导管,左桡动脉穿刺测压,留置导尿管,配制肝素盐水。

3.1.2 体位摆放 90°左侧卧位,显露手术野,便于手术操作,确保手术床平整,患者卧位舒适,固定牢靠。

3.1.3 仪器及设备准备 调整电凝器输出功率;检查吸引器负压压力;调节无影灯光度;调试除颤器。

3.1.4 监护重点 确保静脉输液畅通,控制输液速度,准确记录出入量,配备足量血液及其它所需药品,确保台上器械及用品清点无误。

3.1.5 供体肺修整的配合 巡回护士负责将4℃的灌注液连接导尿管,配合医生进行供肺低压灌注,同时吸净气管内的分泌物,并做细菌培养。

3.1.6 气管镜检查的配合 手术结束后,将患者平卧位,协助医生用纤支镜检查气管吻合口,并吸净气管内分泌物,保证呼吸道通畅。

#### 3.2 器械护士配合

3.2.1 病肺切除的配合 器械护士在手术前30min洗手,准备好无菌台,摆放好手术器械及一切术中使用的无菌用品,并与巡回护士一一清点。器械护士协助手术医生消毒皮肤、铺巾,从第4肋或第5肋间进胸。全肺切除后,洗手护士将其装入容器,待送病理检查。

3.2.2 供体肺修整的配合 手术开始后,在另一手术间铺置1无菌手术台,器械护士在无菌操作台上打开修肺包,将冰屑加上适量的4℃生理盐水放入大盒内,约占大盒1/2容积,双层大纱垫放在冰屑上面。医生将供体的整套心肺放置在冰水中修整。游离出肺动脉、肺静脉及主支气管后,进行供肺低压灌注(每1000ml LPD液+前列腺素E125μg)。待供肺修整好,洗手护士用双层大纱垫包好供肺待用。

3.2.3 供体肺植入受体的配合 当供体肺放入受体胸腔后,器械护士将胸腔内放入一些冰屑和冰水,接着准备好3~0可吸收线若干根,用长持针器一一夹好待用。传递无损伤长镊用3~0可吸收线行主支气管端端吻合,膜部连续缝合,软骨部间断水平褥式套叠缝合,吻合口前周围用纱布垫好,完毕更换,以免污染手术野。关胸前与巡回护士一起清点手术器械无误,逐层缝合胸壁至手术结束。

### 4 配合体会

4.1 对护理人员的要求 肺移植术在我国还处于一个发展时期,是一个高技术、高难度的手术,要求参与手术的护理人员不仅责任心强,技术娴熟,而且要有丰富的临床经验和灵活应变能力,熟悉肺移植手术的操作过程。

4.2 严格无菌管理 接受肺移植患者,由于原发病的影响,身体抵抗力明显低下,肺功能差,加上术后大剂量使用免疫抑制剂,术后易感染。因此,要有一套严密的无菌管理:(1)手术室严格消毒,达到无菌手术的标准;(2)所有的用物保持无菌,如有污染及时更换,供体和受体分别使用两套手术器械,均高压蒸汽灭菌。不能高压灭菌的物品术前用40%甲醛熏蒸12h以上,并尽量使用一次性物品;(3)限制非手术人员参观,最大限度降低术后感染的发生;(4)术中器械严禁浸泡消毒,手术区域被血液或水浸湿后应及时更换或加垫无菌敷料,在修整和植入肺时注意保护手术野,避免支气管分泌物污染周围组织,严格执行查对制度。

4.3 密切配合是整个手术获取成功的重要因素 由于供肺在6h以内植入受体是最安全的,因此为能保证供肺的质量,减少受体在手术这一关的创伤,由此对参与手术的护士提出了更高的要求。她们应具备扎实的专业知识,娴熟的技能,快速的应变能力,必须

常熟悉整个手术的全过程,与医生的配合默契,术中必须准确无误的传递器械,以尽可能的缩短手术时间,使患者顺利渡过手术关。

4.4 严密观察病情,正确记录出入量 肺移植手术是大手术,患者病情变化快且不稳定,故从患者进手术室起就应严密观察生命体征。在手术过程中,由于受体缺血、缺氧以及淋巴管切断等因素的影响,在植入后易出现肺水肿。因此,器械护士在术中要尽量区分血和水,同时使用双路吸引,一路吸冰水,一路吸出血。巡回护士则要正确记录出血量,并将信息及时、准确地提供给医师,以便能严格的控制好液体入量,防止术中发生肺水肿。

4.5 对供肺的保护是肺移植手术成功的关键 供肺必须低温保护,在植入时器械护士要用 0~4℃ 的盐水纱布垫覆盖供肺的表面,并经常更换,这种表面降温能较长时间的保证供肺的低温状态,以便于有足够的时间进行吻合。术中应将包裹的供肺放入受体胸腔

的后方进行操作,以避免术中挤压到供肺而影响质量。

本文 2 例肺移植手术的准备和配合为今后开展同类手术提供了宝贵的经验。我们相信,随着医护水平的进一步提高,会有更多的终末期肺良性疾病患者受益于此项手术。

参 考 文 献

1 侯彩妍.肺移植的临床评价及护理.国外医学护理分册,2002,21(12):579.

2 李志军,高崇恒,纪振东,等.肺叶切除作为一种肺减容手术新方法.白求恩医科大学学报,1999,25:285~287.

3 朱瑾,王晓慧,赵青,等.肺移植手术中供肺温度的探讨.上海护理,2005,5(1):23~24.

(责任编辑 于杨)



# 复合麻醉用于胃镜检查的观察与护理

殷晓敏 吴迪英

(湖南省湘阴县人民医院 湖南 湘阴 414600)

**摘要** 目的 使患者舒适有效地完成胃镜检查。方法 应用小剂量芬太尼复合异丙酚静脉麻醉辅助 214 例患者胃镜检查,观察患者反应情况及检查前后呼吸循环的变化。结果 患者在检查过程中的不舒适感明显减轻,对手术过程无记忆,无疼痛感觉,均顺利地完成了胃镜检查。用药后及检查中的平均动脉压(MBP)、心率、血氧饱和度虽有一过性下降,但可自行或经积极处理后恢复正常,对检查过程无明显影响。结论 麻醉胃镜已日趋普遍,为确保患者舒适、安全,除胃镜医生娴熟的技术外,进一步完善麻醉胃镜检查术中的护理支持对于顺利完成本检查起着重要的作用。

**关键词:** 复合麻醉;胃镜检查;护理

中图分类号: R472.3 文献标识码: B 文章编号: 1006-6411 (2006) 007-0056-02

胃镜检查是诊断上消化道疾病最常用的方法,它可直接观察胃及十二指肠溃疡或肿瘤等大小、部位及范围,并可行组织学或细胞学检查,是应用最广、进展最快的内镜检查<sup>[1]</sup>。但因常规的胃镜检查不使用麻醉,少数患者因不能耐受疼痛或不适而中止检查。目前国外多采用麻醉胃镜检查技术,以消除受检者的痛苦感受。2002 年以来我院采用了小剂量芬太尼复合异丙酚麻醉辅助胃镜检查,取得了良好的效果。

## 1 资料和方法

1.1 对象选择 2004 年 1 月~2005 年 12 月在我院胃镜室行麻醉胃镜检查患者 214 例。其中男性 141 例,女性 73 例。年龄最小 11 岁,最大 79 岁,平均年龄 45.23 岁。体重 26~91kg,平均 59.75kg。

1.2 静脉麻醉方法 检查前心电监护、吸氧、建立静脉通路。先缓慢静脉注射芬太尼 1μg/kg,2min 后静脉注射异丙酚 2mg/kg,30~40s 内推入,待患者意识消失,观察患者平均动脉压(MBP)、心率(HR)、血氧饱和度(SpO<sub>2</sub>),平稳后开始插镜检查。期间根据检查需要或患者对刺激的反应,必要时追加异丙酚 10~20mg 以维持患者浅睡眠状态为宜,直至镜检结束。

1.3 观察患者在检查过程中的不良反应及 MBP、HR、SpO<sub>2</sub> 的变化。

1.4 统计学处理所有数据采用  $\bar{x} \pm s$  表示,采用 t 检验。 $p < 0.05$  为有显著性差异。

## 2 结果

2.1 患者在检查中、后的不良反应 214 例患者在胃镜检查过程

中有 9 例患者出现躁动,经追加异丙酚后安静。检查后,有 13 例患者出现恶心呕吐、呃气现象,5 例患者出现头痛、头晕,休息后均缓解。另有 4 例患者出现精神兴奋、多语,未作任何处理,10min 后渐安静,但记不清已讲话内容。全组患者对胃镜检查过程均无记忆,无疼痛感觉。

2.2 检查前、中、后 MBP、HR、SpO<sub>2</sub> 的变化,见表 1

表 1 检查前、中、后 MBP、HR、SpO <sub>2</sub> 的变化 ( $\bar{x} \pm s$ )			
检查时间	MBP(mmHg)	HR(次/min)	SpO <sub>2</sub> (%)
检查前	87.76±12.6	82.47±12.6	98.05±1.6
检查中	68.94±12.1	71.50± 9.9	95.80±1.1
检查后	87.10± 9.8	81.30±10.4	98.20±0.6

在检查过程中部分患者 MBP、HR、SpO<sub>2</sub> 有不同程度的一过性降低,与检查前相比有显著性差异( $p < 0.01$ ),其中 11 例出现 SpO<sub>2</sub> 下降,8 例经加大氧流量后 1~3min 内恢复,3 例经面罩给氧后好转,其中 9 例出现 MBP 下降、7 例出现 HR 减慢,未做处理。检查结束后患者的 SpO<sub>2</sub> 恢复正常,BP、HR、与检查前相比有所下降,但仍在正常范围( $p > 0.05$ )。214 例患者无 1 例因此原因而中断,都顺利地完成了胃镜检查。

## 3 护理

### 3.1 检查前准备

3.1.1 物品的准备:常规胃镜检查设备、多功能心电监护仪、气管插管器械、吸引器、氧气及急救药品等。