

# 一例中心型肺癌合并糖尿病 自体肺移植的护理体会

吴向东, 周肖艳

(江苏南京医科大学附属无锡人民医院 胸外科, 江苏无锡 214023)

(中图分类号) R473.73

(文献标识码) B

(文章编号) 1002-2376 (2012) 11-0093-02

**【摘要】**自体肺移植手术是一项年轻的胸外科新技术, 肺癌合并糖尿病患者对手术的耐受力差, 手术风险大, 加上手术本身对患者产生的各种应激反应可使血糖水平升高, 易发生各种并发症。本文介绍自体肺移植成功治疗中心型肺癌合并糖尿病1例, 通过术前对患者全身情况进行认真评估, 有针对性地进行糖尿病相关知识的宣教, 给予相应的糖尿病饮食, 密切监测血糖水平, 指导呼吸功能锻炼; 术后严密观察病情, 重视血糖监测及营养支持治疗, 加强呼吸道管理, 保持胸腔闭式引流通畅, 掌握抗凝剂的应用及化疗的护理, 从而改善预后及提高生活质量。

**【关键词】**中心型肺癌; 糖尿病; 自体肺移植; 护理

自体肺移植手术是一项胸外科新技术, 也是一项非常符合肺癌外科治疗原则的技术。在彻底切除肿瘤的同时又保留有功能的健康肺组织, 它对提高肺癌患者术后生存质量非常有益。我院于2010年9月成功完成1例右下肺自体肺移植术, 术后恢复顺利, 无并发症发生。现将护理体会报道如下。

## 1 病例介绍

患者, 男, 66岁。因反复咳嗽、咳血丝痰半年, 于2010年8月25日以右肺中央型肺癌、2型糖尿病收入院。胸部CT: 右肺门MT伴外侧少许阻塞性改变, 纵隔及两腋下小淋巴结。病理活检: 右上叶鳞状细胞癌。ECT: 全身未发现转移病变。肺功能: 混合性通气功能障碍。9月7日全麻下行右全肺切除+右下肺自体肺移植术, 予吸氧、抗感染、抗凝及对症治疗, 胰岛素应用控制血糖, 9月15日拔胸管后患者下地活动自如, 9月29日患者治愈出院。术后1个月CT示: 重植肺血管畅通, 纤维支气管镜检查示: 支气管吻合口通畅无狭窄、肺功能良好。血糖控制在正常范围, 术后化疗2次, 回访8个月, 无复发或转移, 患者生活质量良好, 能每天散步30min。

## 2 护理

### 2.1 术前护理

#### 2.1.1 心理护理

癌症患者多悲观、抑郁, 对治疗缺乏信心。自体肺移植术是一项新技术, 患者对其了解少, 担心手术失败。故术前心理护理尤为重要, 采用通俗易懂的语言, 讲解手术的优缺点、安全性、可靠性及疗效等, 给患者情感支持及心理疏导, 消除负性情绪, 使其产生信任感、安全感, 以积极的心态接受治疗。

#### 2.1.2 健康教育

指导患者戒烟, 进行呼吸功能锻炼、有效咳嗽排痰, 练习床上排便, 加强营养调节, 适当活动, 以增强心肺功能。健康教育的对象不仅是患者, 也包括家属。正确有效的健康教育可增强患者的自我管理能力和家属的陪护能力, 给患者营造轻松的环境, 给予心理和精神上的支持。

#### 2.1.3 监测血糖

有效控制血糖水平是进行手术的先决条件。术前必须监测患者的血糖波动情况。每日测量患者三餐前、后及睡前末梢血糖, 当患者术前空腹血糖维持在7.25-8.34 mmol/L以下, 无并发酮症酸中毒的情况下即可手术。同时, 做好饮食护理, 与营养师密切协作, 根据术前营养要求给予相应的糖尿病饮食。为避免营养不良造成手术后切口难于愈合, 予静脉内补充营养, 做到既严格控制饮食又保证患

## 2.2 术后护理

### 2.2.1 循环系统的观察

术后予持续心电监护,监测有创动脉压及间断监测动脉血气,加强对生命体征、桡动脉压、出入量、出血情况等重要指标的观察。每小时测中心静脉压,准确记录每小时尿量,维持有效的循环血容量,避免循环负荷过重出现肺水肿、心力衰竭等。

### 2.2.2 呼吸系统管理

术后使用呼吸机辅助呼吸 3 h,潮气量过大或气道压过高均会导致移植肺的损伤。为使肺脏得到充分休息,根据低压低频的原则,参数设置为正常范围内的最小值,并密切注意气道压的变化。严密观察胸廓活动度,听诊双肺呼吸音是否对称;拔除气管插管前用纤维支气管镜吸痰,拔管后取半卧位,予面罩吸氧 6 h 后改鼻导管吸氧。鼓励患者进行有效咳嗽咳痰,咳嗽时不能用力过度;患者循环稳定后每 2 h 翻身叩背 1 次,促使深部小支气管内滞留的分泌物排出。痰多不易咳出时,给予雾化吸入,按需吸痰。

### 2.2.3 并发症的观察及护理

**2.2.3.1 肺动脉血栓形成、肺静脉栓塞。**预防肺动脉血栓形成与肺静脉栓塞是手术成功的关键。术后予低分子肝素钙皮下注射 8 d 后改用华法林口服 2 个月,使凝血机能保持在稍低凝状态。使用抗凝剂时严密监测凝血功能,及时调整抗凝剂的剂量。本例患者由于及时调整抗凝剂的剂量,未出现此并发症。

**2.2.3.2 出血。**因手术创伤大、血管吻合多、应用抗凝药物等因素,患者出血危险增加。密切观察胸液引流量及性状,若连续 3 h,每小时引流血性液体超过 200 mL,考虑有胸腔内出血或肺血管吻合口出血,应立即报告医师给予处理。在抗凝治疗期间尽量避免穿刺、肌肉注射,观察皮肤穿刺点有无紫斑、渗血,有无血尿、便血、血痰等,这常常是内部器官出血的预兆。该患者在抗凝治疗期间未出现上述现象。

**2.2.3.3 支气管胸膜瘘。**支气管胸膜瘘是肺癌术后严重的并发症之一,故围术期预防支气管胸膜瘘的发生非常重要。李新举等认为支气管胸膜瘘的发生主要与残端闭合技术、支气管残端病变残留及残端血供等影响残端愈合诸因素有关。我院应用带蒂肋间肌瓣或胸肌瓣环绕支气管吻合处,使支气管与

气管的血供,又避免支气管胸膜瘘的发生。支气管胸膜瘘常发生于术后 7 d,如患者有发热、刺激性咳嗽、脓性痰,应及时报告医师进行处理。

**2.2.4 血糖监测及营养支持治疗** 由于手术的影响,术后患者血糖的波动大,因此需加强监测血糖,手术当天测末梢血糖 6 次/天,以后测血糖 4 次/天。鼓励患者尽早进食,禁食期间,为促进患者创口愈合,遵医嘱予全胃肠外营养。

**2.2.5 预防感染。**加强体温监测,严格无菌操作,保持伤口敷料清洁干燥,合理应用抗生素,同时注意血糖变化,抗生素必须在血糖控制后才能发挥有效作用。

**2.2.6 出院指导。**嘱患者出院后仍进行呼吸功能锻炼后有效咳嗽以及术侧肩关节功能锻炼,预防感冒,注意休息,适当进行户外活动,逐渐增加活动量,保持良好营养状况,遵医嘱定期返院复查和进行后续的化疗。

## 3 讨论

自体肺移植术是双袖状肺叶切除术的延伸,为中心型肺癌治疗提供了一种全新的手术方法,由于是自体组织移植,不存在排异反应,手术成功率高,避免全肺切除,符合肺癌手术原则,术后生活质量好。但中心型肺癌手术治疗的危险性大,防止肺动脉血栓形成、肺静脉栓塞以及支气管胸膜瘘的发生成为手术成功的关键。而糖尿病是外科手术患者的一个危险因素,易造成多种并发症,影响手术效果和康复,因此血糖的有效控制是糖尿病患者安全度过围手术期的关键。

### 【参考文献】

- [1] 李楠,张国莉,王凤菊.介入性放射疗法治疗肺癌的护理[J].护理学报,2011,18(3B):50-51
- [2] 游亮,陈兆红.健康教育对冠状动脉介入术后患者自我管理能力的影响[J].中国现代医药应用,2010,4(18):238-239
- [3] 欧竹君,李芸,赵萍等.1例双肺序贯移植术后应用体外膜肺氧合技术的护理[J].现代护理,2007,13(36):3593
- [4] 李新举,梁景仁.肺切除术 34 例术后支气管胸膜瘘的预防体会[J].陕西医学杂志,2008,37(9):1260-1261.
- [5] 王雯,王永功,张建余等.体外膜肺支持下肺移植的护理[J].中华现代护理杂志,2010,16(7):794
- [6] 吴清,王超.大肠癌患者合并糖尿病围手术期护理