

量化肺部物理治疗在肺移植术后病人中的应用

王俏英 黄琴红 庄 燕 浦敏华

摘要: [目的]探讨量化肺部物理治疗在肺移植病人中的应用效果。[方法]选择入住心肺重症监护室(XICU)肺移植术后病人31例。在肺部物理治疗的基础上加强、精确化肺部物理治疗的步骤和方法,采用三步缩唇呼吸法、四步有效咳嗽法、五步叩背法、六步雾化吸入法、持续加温湿化氧疗等物理护理方法,观察病人动脉血气分析计算氧合指数、入住XICU时间。[结果]通过量化的肺部护理方法后肺移植病人入住XICU时间为3 d~25 d,有效控制了肺部感染。[结论]量化肺部物理治疗是肺移植病人肺部护理的有效护理方法之一。

关键词: 肺移植术后; 量化肺部物理治疗; 护理

中图分类号: R473.6 文献标识码: C doi: 10.3969/j.issn.1674-4748.2013.24.042 文章编号: 1674-4748(2013)08C-2264-02

肺移植是治疗各种终末期肺病的有效手段。在肺移植术后的并发症中感染是使病人早期和晚期死亡最常见的原因。由于肺移植手术创伤大、时间长,术中常挤压肺叶,刺激肺门及支气管,反射性引起呼吸道分泌物增加,不可避免地造成呼吸功能下降,因此呼吸训练及呼吸道并发症的预防是肺移植术后护理工作的重点。无锡市人民医院心肺重症监护室(XICU)在原有肺部物理治疗的基础上将肺部物理治疗方法及步骤量化、精确化,这样肺移植病人更容易记忆并生动地完成,从而达到有效的肺部物理治疗的效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2011年1月—2012年12月收入XICU的肺移植病人31例,于术后1 d~4 d顺利脱机拔管病人。其中男22例,年龄23岁~69岁,平均54.7岁;女9例,年龄26岁~68岁,平均45.2岁。

1.2 治疗方法 本组病人均予抗感染、化痰、免疫抑制治疗、维持水电解质和酸碱平衡及内环境稳定、预防感染、营养支持、脏器功能的监测和支持、对症处理等基础治疗。在医生治疗计划的基础上,白天给病人制定2 h需完成三步缩唇呼吸30次,四步有效咳嗽20次,五步叩背2次,每隔8 h雾化吸入1次,经面罩吸氧病人采取持续加温湿化氧疗,即量化的三、四、五、六肺部物理治疗护理方法。①三步缩唇呼吸法:首先教会病人口唇缩小呈吹口哨状,然后用口慢慢吸气,胸廓抬起,直至吸不动为止,最后用鼻慢慢呼出,直至完全呼出,呼吸比一般为1:2或1:3。②四步有效咳嗽法:第1步用雾化吸入方法,或者鼓励引导的语言等刺激病人咳嗽;第2步让病人用鼻深吸气,接着屏住呼吸3 s~5 s;第3步护士或者病人用手按住胸腹部;第4步协助病人用力经口咳嗽。③五步叩背法:病人取侧卧位或坐位,叩背空拳腕用力,由下向上,由外向内,由对侧至近侧,最后沿主气道方向,由下向上共5个部位,以匀速和力度叩击,速度每秒2下或3下,每个方向5下3次,共75下。五个部位依次是:对侧肺下缘至主气道、近侧肺下缘至主气道、对侧肺外缘至主气道、近侧肺外缘至主气道、主气道由下向上。④六步雾化吸入法:用生理盐水稀释药物至6 mL~8 mL,连接中心供氧,将氧流量调至6 L/min~8 L/min,雾化黏性溶液可调至10 L/min~12 L/min,然后嘱病人用鼻缓缓吸入,间隔定时做深吸气到肺部时屏气4 s~10 s,最后用口缓缓呼出,雾化吸入15 min,观察病人反应,予温水

漱口。

2 结果

本组肺移植病人入住XICU时间为3 d~25 d,平均住院时间14.4 d,均抽动脉血气分析计算氧合指数(PO_2/FIO_2),脱机拔管时、拔管后1 h、3 h、6 h、12 h、24 h、48 h、72 h的氧合指数不断提升,术后再次气管插管者为0。

3 小结

在肺移植术后的并发症中感染是使病人早期和晚期死亡的最常见的原因。早期诊断、早期的合理护理干预是降低肺移植病人病死率的关键,对病人的恢复起重要的作用。肺部物理治疗能促使气道分泌物的排出,减轻肺不张、肺部感染等,自2011年开始,笔者对肺移植病人在肺部物理治疗的基础上,加强、精确化肺部物理治疗的步骤和方法,用三步缩唇呼吸法、四步有效咳嗽法、五步叩背法、六步雾化吸入法、持续加温湿化氧疗等物理护理方法,让病人能更加形象深刻的记忆。首先缩唇呼吸运用膈肌做深缓呼吸,改变病人辅助呼吸肌参与的不合理的浅速呼吸方式以提高潮气容积,减少无效腔,增加肺泡通气量,使小气道压力相应增加,防止气道陷闭,保持气道通畅^[1]。其次,有效咳嗽时胸膜腔压力升高,能促进胸膜腔残余气排出。吸气后短暂屏气,气体在肺内得到最大分布,同时气管到肺泡的驱动压尽可能持久,促使萎陷的肺膨胀。合并肺部感染时呼吸道分泌物增多,有效咳嗽能及时将气管及支气管内的痰液排出,保证呼吸道通畅,改善肺通气,促进肺复张^[2]。另外,针对性的叩背,通过胸部X线片的观察,肺部的听诊,根据病人胸部X线片显示的部位,有目的地选择叩背的部位,避免了盲目叩背的不足,提高护理质量。将传统气泡式氧疗改为持续加温湿化氧疗,氧气通过加温湿化将部分水蒸气带进气道内,使气管-支气管黏膜湿润,避免了冷而干燥的氧气对气道的不良刺激,利于排痰和炎症的吸收,二氧化碳的排出,增加了病人的舒适度^[3]。再通过氧气雾化吸入促进病人排痰,氧气雾化吸入是通过射流原理,将药液撞击成雾化的微小颗粒,被氧气带入肺和呼吸道,起到稀释痰液、促进排出的效果^[4]。对肺移植病人早期实行加强、量化肺部物理治疗的步骤和方法,用三步缩唇呼吸法、四步有效咳嗽法、五步叩背法、六步雾化吸入法、持续加温湿化氧疗等物理护理方法,可以降低肺移植病人的再插管率缩短病人住XICU的时间、减轻病人的痛苦。

参考文献:

- [1] 封华,高改桃.慢性阻塞性肺病稳定期呼吸康复训练疗效观察[J].包头医学院学报 2009 25(5):64-65.
- [2] 李敏.有效咳嗽训练对老年自发性气胸胸腔闭式引流术后肺复张时间的影响[J].齐鲁护理杂志 2010 16(24):31-32.
- [3] 张威,孙特.自制氧气加温湿化器应用于慢性呼吸衰竭 56 例[J].临床军医杂志 2006 34(3):295-296.

- [4] 胡菊桂.改进雾化吸入法促进老年肺部感染病人排痰[J].护理学杂志 2011 26(7):52.

作者简介 王俏英,主管护师,本科,单位:214000,江苏省无锡市人民医院;黄琴红、庄燕、浦敏华单位:214000,江苏省无锡市人民医院。

(收稿日期:2013-04-15)

(本文编辑 郭海瑞)

宫颈癌病人放化疗联合后装治疗的临床观察及护理

王 征 张亚茹 刘 颖 苏 星 李小凡

摘要: [目的]观察宫颈癌病人同期放化疗联合后装治疗后的临床疗效。[方法]2008 年 1 月—2011 年 11 月北京大学肿瘤医院共收治ⅡA2 期~ⅣA 期并行同期放化疗的宫颈癌病人 78 例。化疗采用氟尿嘧啶联合顺铂,放疗采用 VARIAN 直线加速器,放疗技术包括调强放疗(intensity-modulated radiation therapy, IMRT)和弧形调强放疗(intensity-modulated arc therapy, IMAT)。腔内后装照射采用 192Ir 后装治疗机, A 点剂量 30 Gy~35 Gy(共 5 次或 6 次),根据情况决定阴道是否补量,每周 1 次或 2 次,总治疗时间 6 周~8 周。观察同步放化疗过程中发生的不良反应,针对各种不良反应进行对症护理。[结果]所有病人均完成了同步放化疗,其中直肠反应Ⅱ度 37 例,消化道反应Ⅱ度 30 例,膀胱炎反应 6 例,白细胞低下Ⅲ度 6 例,血红蛋白低下Ⅲ度 7 例,血小板低下Ⅲ度 2 例。[结论]密切观察放化疗不良反应,采取针对性护理措施,对中老年宫颈癌病人顺利完成同步放化疗具有重要作用。

关键词: 宫颈癌; 放疗; 化疗; 后装治疗; 护理

中图分类号: R473.73 文献标识码: C doi: 10.3969/j.issn.1674-4748.2013.24.043 文章编号: 1674-4748(2013)08C-2265-03

宫颈癌是妇科常见肿瘤之一,在全球女性恶性肿瘤中发病率仅次于乳腺癌^[1],治疗方法主要有手术、放疗、化疗等。2008 年 1 月—2011 年 11 月我科共有 78 例宫颈癌病人接受同期放化疗,现将护理经验总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 78 例病人为我科 2008 年 1 月—2011 年 11 月收治的ⅡA2 期~ⅣA 期并行同期放化疗的宫颈癌病人。病人年龄 25 岁~60 岁,平均 46 岁;全部经病理确诊,其中鳞癌 76 例,腺癌 2 例;病人治疗前均行分期检查,包括盆腔增强核磁共振成像(MRI)、腹部增强 CT、胸片、颈部 B 超、心电图、肿瘤标志物等。

1.2 治疗方法

1.2.1 放疗 采用 VARIAN 直线加速器 6MV-X 线,放疗技术包括调强放疗(IMRT)和弧形调强放疗(IMAT)。放疗靶区包括宫颈、宫旁、宫体、阴道、盆腔阳性的淋巴结以及盆腔淋巴引流区,如肿瘤侵犯阴道下 1/3,还包括腹股沟淋巴引流区,一般上界为髂总分叉水平,下界根据阴道受侵情况到阴道 1/2 水平或全部阴道,距肿瘤下缘至少 3 cm。放疗剂量 45 Gy/25 次,每次 1.8 Gy,根据分期及受侵范围对部分病人局部加量,腔内后装照射当天不行外照射。

1.2.2 化疗 放疗开始后同步行化疗,化疗方案:FP 联合 3 周方案;使用的联合方案是氟尿嘧啶+顺铂,氟尿嘧啶 500 mg/m² 第 1 天~第 5 天,持续静脉泵入 120 h 给药,顺铂剂量均为 60 mg/m²,分 2 d,间隔 3 周。治疗中,每周行血常规、肝功能、肾功能检查,定期监测体重,注意病人 KPS 评分。

1.2.3 腔内后装照射 采用 192Ir 后装治疗机, A 点剂量 30 Gy~35 Gy,共 5 次或 6 次,根据情况决定阴道是否补量,每周 1 次或 2 次,总治疗时间 6 周~8 周。每次后装治疗前阴道冲洗。

2 护理

2.1 心理护理 治疗前护士向病人及家属做好解释工作,并告知治疗方法、注意事项及可能出现的不良反应和处理常识,让病人及家属有一定的认识和心理准备,消除其对疾病的紧张心理,尽量增加病人信心,消除顾虑,使病人积极配合治疗及护理,保证治疗的顺利进行。

2.2 放疗期间的护理 ①一般护理:放疗期间保持阴道清洁,每次放疗前憋尿,使膀胱充盈减少膀胱受量,减少放射性膀胱炎。放疗后监测生命体征,观察有无腹痛、阴道出血,一旦阴道出血,观察出血量、颜色和性状,并详细记录。放疗期间每天进行会阴、阴道冲洗减少感染,促进上皮愈合,避免阴道粘连,治疗期间禁止性生活。②皮肤的护理:放射野皮肤受到照射后变薄、萎缩,软组织纤维化,放射野皮肤色素沉着,出现皮肤干燥脱皮、瘙痒难忍,指导病人穿着宽松柔软的衣服,避免摩擦,禁用肥皂、碘酒及粗糙毛巾擦洗放射区,禁止粘贴胶布和用手搔抓,不可局部热敷,禁止使用刺激性药物,减轻不良反应。保护放射野标记线,放疗期间标记清晰,不清楚时及时找主管医生补线,保证放疗顺利进行。③后装治疗的护理:每次后装治疗前嘱病人排空膀胱,便于填塞阴道。填塞时用纱条尽可能将直肠、膀胱推开,以扩大放射源与膀胱间距离,减少膀胱受累,起到保护作用。治疗后注意观察阴道流血及腹痛的情况。④会阴、阴道冲洗的护理:阴道冲洗能清除肿瘤本身及治疗引起的坏死、脱落的组织和