

路取颈后正中纵切口,用 C 臂机观察寰椎位置。按常规暴露 C₁ 后弓、C₂ 椎板和 C_{1~2} 侧块。备固定钢板的工具及植入物,定位,选择穿刺点,递尖手锥向寰椎侧块穿刺,扩孔后旋入长度合适的螺钉;同样操作对侧。再选择长度合适的连接板(钢板),用螺母将钢板与螺钉锁紧。用磨钻在寰椎后弓和枢椎椎板、棘突骨皮质面打磨出粗糙面,固定后用 C 臂机观察复位情况。③从髂后上棘处开窗取松质骨,剪成颗粒状植于 C_{1~2} 后弓之间。

2.2.2 巡回护士配合:①检查各种手术用品,保持功能状态,备 C 臂 X 线机。②先在局麻下做气管切开,然后配合麻醉师行全麻,使用加强型气管导管,经气管切开处插入,建立口咽外气道。待患者进入麻醉状态后行各项穿刺,插鼻胃管,留置导尿管。③术前 30 min 用适量抗生素,4~6 h 可再追加 1 次。④前路手术取仰卧位,头部保持牵引,重量一般 5~10 kg。后路手术取俯卧位,用颅骨牵引维持头颈的稳定性,使颈椎稍屈曲^[3]。更换后路体位时多人同时协助,呈同轴翻身并保持头部牵引。躯干用方形软枕分别对称放置于两侧肩部、髂棘及胸廓,以腾空胸腹。头放置于马蹄架上,气管导管用防水胶布妥善固定,严防脱落。注意防止眼及颧部受压。小腿

部放大软枕使膝关节微屈曲,膝关节下垫膝垫,使足呈功能位。臀部用约束带固定。⑤由于术中体位的变更,易引起生命体征的波动,翻身后须密切观察有无变化。各种导管理顺并固定好,保持通畅,防止拉脱。⑥术中进行感觉诱发电位(SEP)脊髓功能监测,对判断是否因复位引起压迫非常必要。⑦手术结束抬患者时,保持头、颈、躯干的平行,并保持牵引,同时戴颈围。以保持寰枢椎的稳定,避免延髓的损伤及植入物滑脱。

参考文献:

- [1] 尹庆水,艾福志,章凯,等.经口咽前路寰枢椎复位钢板系统的研制与初步临床应用[J].中华外科杂志,2004,32(6):325.
- [2] 尹庆水,刘景发,夏虹,等.寰枢椎经口咽前路手术预防感染之经验[J].中华医院感染学杂志,2002,12(11):829.
- [3] 党耕町,王超,阎明,等.后路寰枢椎侧块钉板固定植骨融合术的临床初探[J].中华脊柱脊髓杂志,2003,13(1):7.

作者简介:芮琳(1971),女,专科,护师。

收稿日期:2004-12-13;修回日期:2005-02-16

(本文编辑 王菊香)

1 例右侧单肺移植患者的围术期护理

茅昌敏,孟爱凤

(江苏省肿瘤防治研究所三病区,江苏 南京 210009)

Perioperative Nursing for a Patient with Right Single Lung Transplantation//MAO Changmin, MENG Aifeng

摘要:按照护理程序对 1 例右侧单肺移植患者实施整体护理。结果该例肺移植患者与医护人员配合默契,术后恢复良好,肺功能明显改善,术后 64 d 出院。提出术前周密的准备,术后对循环、呼吸系统和排异反应的严密监护以及严格的感染预防措施是保证手术成功的关键。

关键词:单肺移植; 感染; 排斥; 围手术期护理

中图分类号:R473.6 文献标识码:B 文章编号:1001-4152(2005)10-0073-03

肺移植术是治疗终末期肺病的有效手段^[1]。我国自 1995 年陈玉平^[2] 等成功完成第 1 例长期存活的病例以来,临床肺移植技术逐渐发展成熟,我院于 2003 年 6 月 25 日成功地 1 例慢性肺气肿(COPD)患者施行了右侧单肺移植术。在整体护理理念的指导下,找出影响患者康复的存在和潜在的护理问题,制定护理计划,对患者实施全面、系统的护理。患者术后恢复良好,生活质量大大提高。现

1 病例简介

患者,男,60 岁,教师。因气喘 5 年,进行性加重于 2002 年 11 月 10 日入院,诊断为慢性肺气肿,右肺巨大肺大泡。患者肺功能重度减退,轻度体力活动即有气促、蹲踞现象,需要休息才能缓解,病程已进入终末期。入院后各项检查提示患者具有手术指征^[1],于 2003 年 6 月 25 日在全麻下行同种异体右肺移植术。手术历时 4.5 h,术中出血 400 ml,术后

得健康产品公司)辅助呼吸,同时给予抗感染、免疫抑制、营养支持等治疗。术后 50.0 h 拔除气管插管,改鼻导管吸氧,间断使用 BIPAP(双水平气道正压通气)无创呼吸机辅助呼吸。术后第 4 天、第 14 天发生急性排斥反应,经甲泼尼龙冲击治疗后排异反应得到控制。术后第 7 天下床活动,术后 57 d 自行上 3 层楼,无气促、胸闷,未辅助吸氧状态下测 SpO_2 为 0.95,术后 64 d 出院。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理:肺移植手术在国内开展不多,在我院尚属首例,手术能否成功成为患者关注的焦点。为此,我们制定了一套完整的健康教育计划。向患者和家属详细介绍国内外肺移植的现状及我院为保证肺移植成功所做的充分准备;术前准备的目的、意义、手术经过及病程转归,并带患者参观 ICU、会见特护组成员,鼓励患者相信科学,树立战胜疾病的信心。患者入院后,身边没有亲人陪伴,加上长期受病痛折磨,时常产生孤独、烦躁情绪,为此在生活上我们主动关心患者,经常与患者交流,耐心倾听患者的病痛感受,指导患者参加力所能及的娱乐活动,如看电视、听音乐、阅读书报等。通过上述措施,患者真切地感受到了医护人员的支持与帮助,对医护人员产生了信任感,为术后治疗护理奠定良好的基础。

2.1.2 预防感染:术前给予头孢噻肟钠 2 g 静脉滴注,2 次/d;金施尔康 1 片,每晨口服;超声雾化吸入,2 次/d,每次 20 min。培养患者良好的卫生习惯,如饭后漱口,睡前刷牙,勤剪指(趾)甲等,同时给予患者营养丰富食品,增强机体抵抗力。

2.1.3 功能锻炼:因地制宜,采取爬楼等方式提高患者运动状态下的携氧能力,改善肺功能。术前 1 周指导患者进行深呼吸、有效咳嗽、床上大小便的练习,以利于患者适应术后生活,促进康复。

2.1.4 病室准备:隔离室常用 40%甲醛 12 ml/m³ 和高锰酸钾 6 g/m³ 熏蒸消毒,使空气培养和物体表面培养的结果达到无菌的要求,室内配置多功能监护仪、呼吸机、臭氧机、紫外线消毒灯、吸引器等。一切接触患者的物品、器械均经过灭菌处理。墙壁悬挂温、湿度计,保持室内温度 20~22℃,湿度 50%~60%。

2.2 术后护理

2.2.1 循环系统的观察和护理:术后通过中心静脉压和 Swan Ganz 导管,桡动脉测压管监测心功能及

器运转情况,每 30 min 准确记录 1 次生命体征及各项监测数据如中心静脉压(CVP)、肺动脉压(PAP)等,并记录每小时尿量,维持 HR 80~100 次/min, BP 90~120/60~80 mmHg, CVP<10 cmH₂O。肺移植术后常发生肺水肿,因此在血液动力学稳定的情况下,欠量输液非常重要^[1]。本例患者术后用微泵控制输液速度<200 ml/h,24 h 输液量 2 000~4 000 ml 病程中,精确计算出入液量,并据此调整输液总量,同时结合 CVP、PAP 正确评估病情,合理使用利尿剂和脱水剂,维持理想的血容量。

2.2.2 呼吸系统护理:①术后接单腔气管插管辅助呼吸 2 d,停用呼吸机后,改鼻导管吸氧,5~6 L/min, SpO_2 0.93~0.94。术后第 4 天,床边胸片示患者移植侧肺野大片高密度斑片影, SpO_2 下降至 0.90,考虑为急性排斥反应,遂给予 BIPAP 无创呼吸机再次辅助呼吸,约 1 h 后 SpO_2 升至 0.95~0.96。辅助呼吸期间,密切注意患者呼吸的频率、节律、深浅度,有无面色潮红、呼吸困难等征象,监测潮气量(TV)、氧浓度(FiO_2)、气道压力等呼吸功能指标,并行血气分析,1 次/4 h,以了解呼吸机治疗效果。②保持呼吸道畅通,术后早期应用纤支镜吸痰。吸痰时动作宜轻柔,压力适中(0.04~0.05 Mpa),严格控制吸引时间,并于吸痰后给予 3 min 纯氧吸入,避免血氧饱和度下降幅度过大。由于利尿剂的使用,痰液较粘稠,本例患者术后应用沐舒坦静脉滴注及雾化吸入,并协助患者拍背排痰,同时加用万托林、爱全乐雾化预防支气管痉挛、哮喘,故术后 3 d 患者即能自行有效排痰。

2.2.3 免疫抑制剂的应用和排斥反应的监护:①患者术后采用环孢素 A(CsA)、骁悉、甲泼尼龙(强的松)三联免疫抑制剂预防和治疗排斥反应。严格查对剂量、给药时间和方法,遵照医嘱应用药物。本例患者使用的 CsA 和骁悉均为胶囊制剂,胃管注入时,用 10 ml 注射器将胶囊内药液抽吸干净,并于灌注前后注入适量温开水,保证剂量准确。CsA 的治疗剂量的有效范围很小^[1],不良反应主要是肝肾毒性和引起糖尿病,故服药期间严密监测 CsA 的血药浓度,采集血样安排在每晨服用 CsA 前 30 min,定时监测肝肾功能和血糖,及时处理高血糖和电解质紊乱。②肺移植有超急性、急性和慢性排斥 3 种类型,急性排斥反应与肺部感染很难区分,在用药原则上却截然不同^[1]。故须密切观察,细心分辨患者的临床表现。本例患者于术后第 4 天出现烦躁不安、呼吸困难,床边胸片示移植侧肺野大片高密度斑片影,随后鼻导管给氧

应; 术后第 14 天患者再次出现排斥反应, 体温由 37.2℃ 上升至 37.9℃, 出现寒战、双下肢乏力, 胸片示移植肺肺门斑片状浸润影, PaO₂ 由 80 mmHg 下降至 71 mmHg。两次排斥反应均经甲泼尼龙冲击治疗后得到控制, 胸片阴影于 24 h 内迅速消散。

2.2.4 预防感染: ①呼吸道与外界相通, 手术本身对移植肺造成损害, 移植肺去神经导致咳嗽反射及下呼吸道清除机制减弱, 以及免疫抑制剂的应用, 这些因素均增加了肺的易感性^[3]。因此术后预防感染是肺移植手术成功及长期存活的关键环节之一。②术后 1 个月内实行严密隔离, 入室人员必须穿隔离服, 戴口罩、帽子, 并换鞋, 严格按照无菌原则进行各项护理操作。隔离室内行空气紫外线消毒, 3 次/d, 仪器、台面用万福金安消毒液擦拭, 2 次/d; 拖地, 4 次/d, 如行检查会诊, 待检查人员离开后增拖地 1 次。③患者术后留置各种导管, 如桡动脉测压管、漂浮导管、输液管等, 增加了感染的机会, 故用 0.5%

碘伏消毒各连接处及插入导管的创面, 并更换敷贴, 1 次/d; 用 0.1% 氯己定擦洗会阴部, 1 次/d; 0.02% 呋喃西林液膀胱冲洗, 2 次/d; 闭式胸腔引流瓶每日更换, 连接处用 0.5% 碘伏擦拭; 输液三通管及肝素帽每日更换; 所有操作均严格按照无菌操作执行。导管拔除后做细菌培养, 均未发现致病菌。

参考文献:

- [1] 苏泽轩, 于立新, 黄洁夫. 现代移植学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 5, 500, 501, 519, 163, 258.
- [2] 陈玉平, 张志泰, 韩玲, 等. 肺移植治疗肺纤维化 1 例报告[J]. 中华外科杂志, 1996, 34(1): 25.
- [3] 范士志, 赵凤瑞, 蒋耀光, 等. 人体右侧单肺移植围术期处理 1 例[J]. 中国胸心血管外科临床, 1997, 11(4): 203.

作者简介: 茅昌敏(1975), 女, 大专, 护师。

收稿日期: 2004-12-09; 修回日期: 2005-02-16

(本文编辑 王菊香)

防外旋鞋的制作与应用

秦侠, 秦瑞云, 张秀聪, 张永奇, 杨爱会

(徐州市中心医院骨科, 江苏 徐州 221009)

关键词: 股骨颈骨折; 防外旋鞋; 革新推广

中图分类号: R473.6 文献标识码: B 文章编号: 1001-4152(2005)10-0075-01

股骨颈骨折, 无论是保守或手术治疗都要求患肢保持外展中立位, 目的是保证手术效果, 预防股骨头脱出等并发症发生。由于患肢疼痛, 患者常难以保持正确的体位。常规采取穿“T”形鞋固定患肢的方法。但其有大小不合适、不便于调节、容易产生压疮、不利于观察等缺点。我们在护理实践中自行设计制作防外旋鞋, 经临床应用 100 余例, 效果满意, 介绍如下。

1 材料与制作

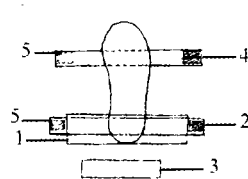
材料: 市售带衬垫的塑料鞋底 1 只(尺码据患足大小而定), 尼龙松紧带 3 条(① 5.5 cm×38.0 cm、② 5.5 cm×14.0 cm、③ 4.5 cm×32.0 cm), 尼龙搭扣 2 对(3 cm×5 cm), 9 cm×30 cm 木板 1 块。

制作方法: 将松紧带①的中点固定于距鞋底后跟 4.0 cm 处, 将松紧带②的两端分别与松紧带①后面两侧距鞋底 0.5~1.0 cm 处连接; 用螺丝钉将鞋底、松紧带①、木板固定; 松紧带③作为活动带, 用时固定于足及鞋底前端约 1/3 处, 可以随时调节位置; 松紧带①和③的两端分别缝尼龙搭扣。根据需要制作大小不同的鞋码备用(见图 1)。

2 使用方法

根据患足大小选择合适的鞋码, 将患足置于防旋鞋上,

系好尼龙搭扣, 根据需要调节松紧, 每 2 小时观察并调节松紧带的位置(见图 2)。



1 木板 2 松紧带① 3 松紧带②

4 松紧带③ 5 尼龙搭扣

图 1 防外旋鞋示意图

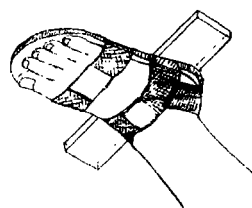


图 2 防外旋鞋效果图

3 优点

①保证患肢正确的位置, 患者感觉舒适。②松紧带有弹性, 尼龙搭扣可以及时、方便地打开调节位置, 可达到预防压疮的目的。③趾端暴露, 便于观察肢端血液循环; 利于功能锻炼。④经济适用, 每只鞋价格仅 3 元左右。

作者简介: 秦侠(1956), 女, 大专, 副主任护师, 护士长。

收稿日期: 2005-03-01

(本文编辑 镇郁琼)