

1 例高龄患者单肺移植围手术期肺部并发症的预防与护理

王玉巍 胡 晓

doi: 10.3969/j.issn.1672-9676.2012.02.086

近年来 65 岁以上接受肺移植的患者越来越多,高龄患者由于器官逐渐老化、生理功能减退、营养状况低下、常合并其他疾病等因素,围手术期风险大,且并发症多,给护理工作增加了难度。肺部管理对于术后恢复尤其重要^[1]。我院 2010 年 11 月成功为 1 例 75 岁患者实施同种异体原位单肺移植术,术后恢复良好。现将其围手术期肺部管理措施报道如下。

1 病例介绍

患者,男,75 岁。术前动脉血气结果示吸氧 5 L/min 情况下,PaO₂ 为 76 mmHg,PaCO₂ 为 42 mmHg。术前诊断为肺间质纤维化伴双肺感染,II 型呼吸衰竭伴中度肺动脉高压。2010 年 11 月 21 日,全麻下行原位异体右肺移植术。患者术后 6 h 神智清醒,36 h 拔除气管插管,第 3 d 进食并下床活动,生活逐渐自理。术后第 5 d 出现肺水肿症状,术后第 12 d 出现肺不张症状,第 2 周发生绿脓杆菌及金黄色葡萄球菌感染。后经积极治疗及护理,患者顺利渡过围手术期,绿脓杆菌及金黄色葡萄球菌感染被控制,肺水肿及肺不张症状逐渐消失,于术后 50 d 转院外疗养,现精神状况良好,生活可自理。

2 护 理

2.1 术前准备

2.1.1 环境准备 术前 1 d 对 ICU 病房用过氧乙酸喷雾消毒、紫外线照射 2 h。仪器、设备及物品(包括患者日常用品如床单、毛巾等)进行消毒,严格更换隔离衣、拖鞋、帽子、口罩,入室前严格进行手消毒。中央空调使用前对过滤网进行彻底清洗。

2.1.2 术前呼吸功能锻炼指导 肺移植术后肺脏失去神经支配,正确呼吸方式对肺功能恢复非常重要,术前主要采取深呼吸训练、腹式呼吸、咳嗽训练,为术后肺部恢复做好准备。

2.2 术后感染的预防与护理 肺移植术后,由于呼吸道与外界相通,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^[2],术后有效防治感染是手术成功及长期存活的关键之一。

2.2.1 环境管理 该患者术后入 ICU,组成特医特护小组,术后每日紫外线消毒 2 次,物品表面由 0.5% 含氯消毒液擦拭 2 遍,并定期进行空气培养。同时于晴朗天气午后通风 30

min。室内温度保持在 24~26℃,湿度保持在 50%~60%。

2.2.2 卧位 术后保持床头抬高 30°,病情允许的情况下尽早取半卧位。采取上述体位一方面可使横膈肌下降,增加肺活量,利于肺泡膨胀;另一方面可以减少细菌侵入下呼吸道定植的危险^[3]。

2.2.3 严格执行消毒隔离制度 限制入室人员,所有进出特护病房人员均在过渡工作间更换隔离衣、拖鞋、帽子、口罩,入室前、操作前后严格进行手消毒。患者日常使用物品如病号服、床单、毛巾等每日更换,统一送消毒供应室消毒备用。

2.2.4 规范的管道护理 规定各管道、引流袋等更换时间,操作各管路的连接处时均进行严格消毒,视情况尽早拔除管路,减少导管相关性感染的机会,并对拔出的导管前端进行血培养及咽拭子培养。本例患者拔管时间分别为:气管插管 36 h,漂浮导管 50 h,尿管 48 h,颈静脉置管 8 d,桡动脉置管 10 d,胸腔引流管 6 d,以上管路均进行了细菌培养,均未发现致病菌。

2.2.5 加强基础护理 口腔护理:本例患者于术后 12 d,痰培养示曲霉菌感染,予生理盐水 250 ml 加制霉菌素片 150 万 U 充分溶解后,每日 3 餐前后及睡前给予漱口,鼓励患者刷牙。会阴护理:留置尿管期间,每日早晚两次用呋喃西林液冲洗膀胱及会阴擦洗。每日给予温水擦浴并更换消毒病员服、每周洗头 1 次。

2.2.6 抗菌药物使用规范 根据不同抗菌药物要求定时、足量维持最佳血药浓度。肺移植抗菌药物应用种类多,更换新药物时严格查看药物的配置使用方法及不良反应。

2.2.7 有效排痰 必要时给予支气管镜吸痰,定期痰培养。本例患者术后痰量较多,咳嗽无力,协助患者取侧卧位或坐位,予祛痰清肺仪治疗,加强雾化吸入,指导患者有效咳痰,并观察痰液性状、颜色和量。术后两周护士协助患者排痰时观察到痰液颜色异常,经痰培养检出绿脓杆菌,遵医嘱给予及时更换抗菌药物治疗,效果满意。

2.3 肺水肿的护理 肺水肿是肺移植术后常见的并发症,水肿严重时迅速出现循环衰竭和低氧血症,若不及时采取措施很容易引发不良后果。本例患者术后第 5 d 肺部听诊示明显湿鸣音,吸痰时大量水样及泡沫样痰液,X 线检查示双肺野透明度降低,肺纹理增粗。给予激素及化痰类药物,协助患者采取坐位或半坐卧位,增加患者吸氧量至 4~6 L/min,准确

1 例席汉氏综合征致低钠血症的护理体会

农红群 农瑞珍

doi: 10. 3969/j. issn. 1672 - 9676. 2012. 02. 087

席汉氏综合征是多种病因所致腺垂体激素分泌不足,继发性腺、甲状腺、肾上腺皮质功能低下所呈现的临床症候群。而最常见的病因为产后大出血。据报道其发生率至少占产后大出血休克患者的 25%^[1]。垂体尤其是垂体前叶的血液供应 80% 来自垂体门脉系统,当发生产后大出血并休克时,垂体门脉血流量锐减,加之门静脉内血流缓慢并有血栓形成,更使增生肥大的垂体易发生缺血性坏死,导致功能低下^[2]。一般先出现泌乳素、促性腺激素、生长激素不足症状,继而促甲状腺激素不足症状,最后促肾上腺皮质激素不足,而促肾上腺皮质激素分泌不足,主要影响糖皮质激素、盐皮质激素的分泌,盐皮质激素缺乏,使肾小管重吸收钠减少最终导致低钠血症。我科于 2011 年 4 月 8 日收治 1 例席汉氏综合征致低钠血症患者,现就该病的护理体会报道如下。

1 病例介绍

患者,女,59 岁。主因“乏力 15 年,加重伴神志模糊尿失

作者单位:532800 广西崇左市天等县人民医院
农红群:女,大专,主管护师,护士长

禁 2 h”入院。查体:体温 36.8℃,脉搏 86 次/min,呼吸 21 次/min,血压 100/60 mmHg。贫血貌,表情淡漠,浅表淋巴结无肿大,眉毛稀疏,双眼睑无水肿,口唇黏膜苍白,双肺呼吸音粗,未闻及干湿性啰音,心率 86 次/min,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音,腹部平软,全腹无压痛、反跳痛,移动性浊音(-),肠鸣音正常,双下肢无水肿。超声检查:肝、胆、胰、脾、双肾回声及血流未见异常;心电图及胸片大致正常;电解质:血钠 112 mmol/L,血钾 2.9 mmol/L,血钙 2.12 mmol/L,血氯 88 mmol/L;血常规:WBC $3.32 \times 10^9/L$,RBC $2.56 \times 10^{12}/L$,Hb 78 g/L,PLT $204 \times 10^9/L$ 。追问病史,患者丈夫代述患者于 1989 年分娩第二胎时出现产后大出血并伴有长时间休克,虽抢救成功,但产后无乳汁分泌。此后绝经,性欲消退,腋毛、阴毛、眉毛逐步脱落直到没有。十几年来,体弱多病,干不了体力活。近 5 年来曾多次以“电解质紊乱”在某二级医院住院治疗,每次给对症处理后均好转出院。为明确诊断,进一步行甲状腺激素三项检查:TSH 1.87 $\mu U/ml$,FT₃ 3.02 pmol/L,FT₄ 6.69 pmol/L;性激素六项检查:PRL 18.2 ng/ml,FSH 11.9 mU/ml,

记录评估每小时出入量,控制补液速度和补液量,适当应用利尿剂,监测中心静脉压保持在 4~6 cm H₂O,必要时输注新鲜血浆,减轻肺水肿^[4]。术后第 7 d,胸片示双肺水肿症状消失。

2.4 肺不张的护理 术后第 11 d,患者胸片示右肺下叶边界内移,肺纹理消失,未伴随明显症状及体征。给予加强肺部护理,雾化吸入,扣背,指导患者进行有效咳嗽锻炼,祛痰清肺仪治疗,促进深部痰液排出。配合使用吸气功能锻炼仪锻炼:协助患者取坐位,身体放松,双手持锻炼仪,含住吸气孔后深吸气,同时护士观察仪器测量的数值,后嘱患者缓慢呼气,休息数秒后,重复锻炼。本例患者起初吸气量约 120 ml,通过锻炼,吸气量最大可达到 300 ml。术后 15 d,胸片示右肺边界清楚,右肺下叶纹理正常,肺不张症状消失。

2.5 有效控制血糖,降低高血糖对肺功能恢复的影响 肺脏是微血管极其丰富的器官,近年来大量国内外研究表明肺组织也是糖尿病损害的靶器官之一,高血糖可引起毛细血管基底膜增厚,肺小动脉硬化^[5]。本例患者合并糖尿病,术后通过积极的饮食调控和胰岛素治疗,血糖值控制在 7~9 mmol/L,从而有效降低了糖尿病对术后肺功能恢复过程中的影响。

3 小结

老年患者肺储备功能减退,能量代谢降低,呼吸道清除能

力下降、自然防御能力减弱等为肺移植术后肺部的管理增加了难度。在周密的术前准备和术后监护中,积极防治肺部感染、肺水肿、肺不张、排斥反应、吻合口瘘等肺部并发症,及时发现病情变化,妥当处理老年患者合并症,采取积极有效的预防护理措施,有利于患者围手术期恢复。

参考文献

- [1] 汪曾炜,刘维永,张宝仁主编.心脏外科学[M].北京:人民军医出版社,2003:265.
- [2] 陈秀文.重症颅脑损伤 ICU 内肺部感染分析及护理对策[J].浙江创伤外科,2004,9(1):63-64.
- [3] 范士志,赵凤瑞,蒋耀光,等.人体右侧单肺移植围手术期处理一例[J].中国胸心血管外科临床杂志,1997,11(4):203.
- [4] 裴玉杰,赵欣宇.新鲜血浆治疗肺心病、难治性肺水肿 45 例分析[J].吉林医学,2006,27(3):231.
- [5] Lin CC, Chang CT, Li TC, et al. Objective evidence of impairment of alveolar integrity in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus using radionuclide inhalation lung scan [J]. Lung, 2005, 180(3):181.

(收稿日期:2011-06-09)

(本文编辑 崔兰英)