

1 例骨髓移植术后并发闭塞性细支气管炎行双肺移植的护理

浦敏华, 黄琴红, 王芳

(江苏省无锡市人民医院胸科 ICU, 江苏无锡, 214023)

[关键词] 骨髓移植; 闭塞性细支气管炎; 双肺移植; 护理

[中图分类号] R473.74 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8283(2013)10-0077-03 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2013.10.025

Nursing strategies of a patient with marrow transplantation complicated with obliterative bronchiolitis treated with double lung transplantation

Pu Minhua, Huang Qinrong, Wang Fang // Modern Clinical Nursing, -2013, 12(10):25.

[Key words] bone marrow transplantation; obliterative bronchiolitis; double lung transplantation; nursing

闭塞性细支气管炎 (bronchiolitis obliterans, BO) 是一种可以导致终末期呼吸性细支气管形成纤维瘢痕、气道阻塞及反复呼吸道感染的炎症过程。大约有 40%~60% 的骨髓移植患者术后会出现肺部并发症, 其中 65% 为非感染性, 与使用免疫抑制剂引起的免疫缺陷、移植物抗宿主病 (graft versus host disease, GVHD) 等因素有关^[1]。BO 是同种异体骨髓移植后最常见的晚期并发症, 一般发生在移植 3 个月以后, 发生率为 6%~26%。BO 的病程发展多变、预后不良, 3 年病死率达为 65%, 肺移植是治疗终末期肺病唯一有效的手段, 手术可以提高其生存率和生活质量。2012 年 1~12 月本院成功开展肺移植 40 例, 其中 1 例骨髓移植后并发 BO 患者行双肺移植术取得了很好的疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

患者男, 23 岁。因骨髓移植后 9 年, 进行性呼吸困难 4 年于 2012 年 6 月 8 日入院, 2003 年 8 月因急性淋巴细胞白血病行骨髓移植, 4 年前活动

后出现气喘咳嗽, 至当地医院诊治, 查胸部 CT 提示: 慢支肺气肿、肺大泡; 肺功能提示: 混合型通气功能障碍。1 年前气喘加重, 需持续吸氧日常活动受限, 剧烈咳嗽伴白色黏稠痰, 在当地医院反复治疗, 予增加抗排异药、激素冲击、大剂量抗生素应用, 效果不佳。入院体格检查: 神志清, 呼吸促, 两肺呼吸音粗, 两下肺可闻及湿性罗音, 心率: 90 次/min, 双下肢无肿胀。入院后检查: 巨细胞病毒、单纯疱疹病毒 IgG 阳性, 痰培养铜绿假单胞菌阳性(++)。胸部 CT: 两肺间质性改变, 局部纤维化, 两肺气肿、肺大泡, 右侧部分支气管扩张, 两侧胸膜肥厚粘连。诊断: 闭塞性细支气管炎, 骨髓移植后。入院后予头孢咪诺、左氧氟沙星抗感染; 普伐他汀、乙酰半胱氨酸、克拉霉素抗纤维化; 制霉菌素漱口; 异丙托溴铵、布地奈德雾化。于 9 月 6 日在全麻 + 体外膜肺氧和辅助下行序贯式双肺移植术, 术后保留气管插管, 容量监测仪床边监测心功能容量, 严密监测生命体征, 于第 2 d 脱机拔管, 他克莫司 + 麦考酚酸酯 + 甲强龙三联免疫治疗, 抑酸、化痰保护肝肾功能, 患者于 9 月 8 日出现烦躁、血氧饱和度迅速下降至 76%, 心率 130 次/min, 呼吸 34 次/min, 查体: 右肺呼吸音低, 立即予气

[收稿日期] 2013-03-16

[作者简介] 浦敏华 (1971-), 女, 江苏无锡人, 主管护师, 本科, 主要从事临床护理工作。

[6] AS Shaikh, RS Somani. Animal models and biomarkers of neuropathy in diabetic rodents [J]. Indian J Pharmacol, 2010, 42(3): 129.

[7] 谢云, 王家驰. 糖尿病神经病变的识别及临床处理 [J]. 实用糖尿病杂志, 2006, 2(6): 6.

[8] [8] 高亚芳. 血糖监测的管理 [J]. 吉林医学, 2011, 32(27): 5852.

[9] 赵欣, 于布为. 疼痛机制研究进展 [J]. 上海医学, 2007, 30(6): 462-464.

[本文编辑: 刘晓华]

管插管、机械通气。急查胸片提示:右肺中下淡密度渗出阴影,考虑急性排异、再灌注肺损伤,予甲强龙 480 mg 冲击治疗,镇静、利尿,丙种球蛋白支持,9月13日再次脱机拔管,加强呼吸肌及功能锻炼,肠内营养。

1.2 护理

1.2.1 严密观察生命体征 专人护理,严密观察生命体征的变化,准确记录 24 h 出入量,监测移植后可能会发生的一系列肺部并发症,包括再灌注水肿、急性排异反应、气胸、肺部感染等,以便及时发现病情变化,为抢救赢得时间。

1.2.2 循环系统的监测 术后带有动静脉置管、Swan-Ganz 导管、Picco 容量监测导管,保持各导管在位通畅,密切监测监护仪数值的变化,及时汇报医生,所有药物经微量泵控制速度,每 15~30 min 监测心率血压,平稳后每小时监测 1 次,每小时监测 CVP,加强液体管理,严格控制输血量,以胶体为主,术后 3~5 d 内保持负平衡,维持机体相对干燥状态,详细记录出入量,尤其是每小时尿量,根据尿量及时调整补液量和补液速度,监测胸腔引流量,进食后详细记录饮食和进水量。

1.2.3 呼吸系统的管理 密切观察呼吸机及各监护仪的报警,及时记录潮气量、分钟通气量,发现异常及时报告处理,结合血气报告、胸片,遵医嘱及时调整呼吸机参数,按需吸痰,清理呼吸道分泌物,动作轻柔,防止气道损伤。拔管后注意观察呼吸频率、血气变化以及双肺呼吸音的变化,术后 1 周内每日摄 X 片了解肺部情况。

1.2.4 并发症的观察和护理

1.2.4.1 感染 由于免疫抑制剂、大剂量激素的应用,术后多是难治的条件致病菌及真菌感染,因此关键在于预防。术前病室的门窗、墙壁、地面,包括一切用物的表面均用 1:500 含氯消毒液擦拭。术后患者入层流设备的单间无菌隔离病房,严格执行消毒隔离制度,尽早拔除各穿刺导管及导尿管,每日口腔护理 4 次,每次餐后予活性银离子漱口液和制霉菌素漱口液交替漱口,拔管后加强拍背排痰、雾化吸入,每天 2 次,每次 15~30 min。正确留取痰标本、定期做好细菌培养,注意观察有无霉菌感染和口腔溃疡。注意个人卫生,餐前及便后及时洗手,做好手消毒,加强饮食卫生宣教。

尽量减少探视人员的出入,进出人员洗手,戴好口罩、帽子,穿好隔离衣。

1.2.4.2 排异反应 及时准确应用免疫抑制剂,严格三查七对,认真核对医嘱,准确应用剂量,定时按医嘱用药,及时记录。严密观察患者症状有无改善,定期监测血药浓度,每日监测体重,根据血药浓度和体重及时调整免疫抑制剂的用量。观察有无倦怠低热,咳嗽、气短、 SpO_2 下降,进行性呼吸困难,活动或劳累后呼吸困难等现象。

1.2.4.3 再灌注损伤 当患者出现呼吸困难、低氧血症伴有咳嗽、呼吸道分泌物增多,表现为急性肺水肿,肺顺应性下降、气体交换障碍,X 线检查呈渗出性肺部浸润表现,听诊肺部湿罗音时,应及时准确应用强心利尿剂,密切观察尿量,严格控制出入量。

1.2.5 纤维支气管镜应用的护理配合 术后患者常规应用纤维支气管镜检查,通过纤维支气管镜吸痰,可直视病灶部位,准确清除炎性分泌物,有利于感染的控制和黏膜水肿的减轻。做好充分的术前准备,如吸引、吸氧装置,备好抢救药物和器械,严密监测心率、血压、呼吸、血氧饱和度的变化,做好有效的护患沟通、娴熟的术中配合。

1.2.6 功能锻炼 术后患者生命体征平稳即开始四肢功能锻炼,人工气道拔除后下床活动,从床边站立到行走,逐步增加活动量。

2 结果

经过精心治疗和护理,患者生命体征平稳,肺部听诊双肺呼吸音清,胸部 X 片:双肺移植术后改变,意识清楚,可自行下床活动,转至病房继续治疗,于 2012 年 12 月 8 日出院。

3 讨论

BO 是一种进行性疾病,并最终使移植物功能丧失,免疫抑制剂治疗最多只能延缓病情的进展,肺移植是效果确切的治疗手段^[2]。骨髓移植后并发 BO,严重影响患者生活质量甚至威胁生命,感染是双肺移植最常见的并发症,也是死亡的主要原因^[3]。本例患者骨髓移植术后营养状况差,呼吸肌无力,拔管后出现再灌注损伤。我们体会,严格的容量管理是防止移植肺严重的肺水肿和早期移