维普资讯 http://www.cqvip.com

(6)良好的医护沟通与配合是完善整体护理，减少护理差错的关键，整体护理所获信息不仅有助于改进和完善护理工作，还有助于医生明确诊断、调整治疗方案。对此每周两次整体护理查房至关重要，可以帮助护士进一步明确工作内容；护士长或负责护士应随医生查房，发现问题及时进行护理评估、计划和实施；工作早会上，负责护士也应报告重症病员或手术病员的病情，提出护理计划与实施方法。我科室的护理工作即是如此进行，并且取得了良好的成绩，护士明确工作重点和程序，基本杜绝了差错事故的发生。这样既可以体现护士的工作成绩，也可以增强自学能力，提高护士地位。

二、小结

随着整体护理的发展，护理人员对护理差错的防范意识日益加强。解决护理人员的心理问题是现今护理工作日趋紧迫的关键性问题，调动护士积极性，提高其责任心和有意注意力，保持有序的工作环境，一定可以减少临床差错的发生。

(收稿：2001-07-16)

带血管蒂胎胸腺移植治疗重症肌无力的临床护理

李皎伦* 吴淑丽* 张春荣*

重症肌无力是累及神经肌肉接头处突触后膜上乙酰胆碱受体的自身免疫性疾病，临床特征为部分或全身横纹肌异常地容易疲劳。胸腺瘤合并重症肌无力(MG)治疗较为棘手，是否手术治疗仍有争论，除肿瘤本身具有浸润性外，MG自身免疫变化加重了治疗的复杂性。我科于1998年11月至2000年4月应用胸腺切除并带血管蒂胎胸腺移植治疗MG 5例，取得良好效果。现将临床护理介绍如下。

一、临床资料

5例患者中年龄5～42岁，男性2例，女性3例，平均24.3岁。术前均行胸部CT肌电图检查，新斯的明试验，淋巴细胞亚群的测定，其中3例伴发胸腺瘤，2例胸腺增生，经改良的Osserman标准分型，分为Ⅰ型2例，Ⅱα型2例，Ⅱb型1例。

二、移植效果

患者移植后，术区无红肿及渗出。其中4例肌无力症状明显减轻，症状无反复。1例于术后4d出现因排斥反应诱发肌无力危象，经处置，症状缓解，移植手术前患者外周CD_3^+、CD_4^+细胞水平低于正常人，T辅助细胞与T抑制细胞比值(Th/Ts)高于正常人，胸腺移植后随访2～19个月，移植区均愈合良好，无组织液化坏死，经Doppler超声检查，移植胎胸腺血运良好，CD_3^+、CD_4^+细胞水平升高，CD_4^+/CD_8^+比值下降，即Th/Ts比值减少。

三、临床护理

1．术前护理

(1)心理护理：焦虑是对于预期手术危险性和痛苦和心理威胁的一种情绪反应。通过心理分析，术前病人由于心理压力大，大多有此症状，用通俗易懂的语言开导病人，说明此种先进手术方法使病人消除顾虑配合手术治疗，与此同时做好家属思想工作。(2)一般护理：除常规术前准备外，移植区皮肤准备，选择股三角区为受区，备皮范围剑突至移植侧下肢膝关节。

2．术后护理

(1)严格消毒隔离：对患者实施保护性隔离，入住单人房间，限制入室人数。严格物品空气消毒，用高效净C喷雾消毒每日3次，用过氧乙酸擦拭地面。(2)移植区皮肤观察：移植区放一枚胶管引流24～48h，观察移植区皮肤是否有红肿，渗出情况，引流液的量。保持移植血管通畅，应用抗凝药物，罂粟碱0.3mg每12h肌肉注射一次。定时采血测凝血酶原时间。(3)排斥反应观察：排斥反应在术后3～5d出现，症状为呼吸困难，呼吸肌无力，吞咽困难，视物不清。应保持呼吸道通畅，及时吸痰，给予药物，监测血氧饱合度，必要时进行气管切开或气管插管接呼吸机辅助呼吸。胸腺细胞是对免疫耐受最为敏感的细胞，这是胎胸腺不易被排斥的原因。本组只有一例出现排斥反应。(4)应用免疫抑制剂观察：应用CyA，强地松片，在用药过程中，注意预防感染，合理应用抗生素。使用免疫抑制剂易形成痤疮，口腔溃疡。本组患者采用口泰漱口每日3次，严格执行无菌操作规程，保持床单平整干燥。(5)严格掌握禁用或慎用药物：胸腺瘤伴重症肌无力，术后忌用阻滞神经肌肉传导药物，如氨基甙类抗生素(链、庆大霉素)。雾化吸入禁用庆大霉素。另外，奎宁、氯丙嗪、心得安、杜冷丁、鲁米那、安定等药物要慎用。护士应严格执行操作规程。

采用胎胸腺移植，具有血液循环，作用持久，且不改变细胞生长的微环境，可避免移植胎胸腺细胞的退化和细胞凋亡。因此带血管蒂胎胸腺移植是一种有前途的治疗重症肌无力的新方法，同时给护理提出新的课题，在今后的护理临床工作中，不断总结，使之趋于完善。

(收稿：2001-06-8)

* 作者单位：150001 黑龙江省哈尔滨医科大学附属第一医院胸外科