

等待心脏移植手术病人的护理问题

Suzett Cardin 及 Suzanne Clark

心脏增大性心肌病是心脏移植最常见的适应症。本文重要阐述了终末期心肌病的病理生理和治疗,探讨了待手术期病人的经历、心理因素和支持系统。

心排出量的改变

增大性心肌病的特征是:①心脏扩张增大而无明显的肥厚;②充血性心衰;③心排出量进行性下降。左室泵衰竭导致弥漫性心脏扩大,左室射血分数 $<40\%$ 。

心脏收缩功能障碍的机理仍不十分明确。心肌微循环挛引起局灶性心肌细胞坏死是心缩力下降的一个病理因素。坏死的肌细胞内,线粒体摄钙功能下降,不能与肌钙蛋白结合,引起肌浆网内肌纤维搭桥障碍,导致左室泵衰竭心缩力下降。

每搏输出量下降导致心排出量降低。初期可通过加快心率来代偿,最终心室失代偿,心排出量下降。交感神经兴奋,后负荷增加,舒张期左室容量增加。心率、前、后负荷的改变,使心肌耗氧量增加。左室扩张 \rightarrow 左室舒张期末压力增大 \rightarrow 肺动脉充血。二尖瓣开放时,由于左房和左室压力相等,左房压力亦增高。左心压力增大 \rightarrow 肺毛细血管压力增大。临床表现为:呼吸困难,水泡音,肺动脉楔入压升高 $18\sim 20$ mmHg。当肺动脉楔入压 >30 mmHg时导致肺水肿。治疗目的就是通过调整前后负荷加强心缩力,增加心排出量。

忧 虑

通过药物治疗,疾病有一个相对稳定期,但病变本身是一个进行性加重的过程。医生、患者及家属都期待着一个新的用药治疗并希望改善恶化的症状。终末期心肌病患者,只有接受移植心脏才有可能生存。要向患者讲明手术治疗与非手术治疗的生存期限,克服紧张焦虑的心情,认识到解决办法是要承受巨大的外科手术及术后第一年死亡率是 25% 。许多患者往往否认这一方面而注意 75% 的生存机遇。大多数病人对任何手术都担心的问题是:疼痛,不能自控,不能独处,体形的改变。心脏移植术前病人最关心的却是要用其他人的心脏替代自身的心脏。心脏科学定义是“泵”,但人们通常认为是情感中枢。术前他们试图使这种想法与心脏是循环系统的中心的科学定义协调

一致。男性患者担心如果接受了一个妇女的心脏会变得更柔弱,女性担心接受了男人的心脏毛发会更长;接受了凶杀犯的心脏性格就会发生改变。有些患者对接受不同种族的人的心脏的问题表示关心。

病人和家属丧失信心的可能性

寻找供体期间,患者和家属均需要适应环境的变化。病情恶化生死存亡的关键时刻,患者总是努力挣扎着与亲朋好友维持联系。有的还试图维持良好的自我感觉。患者及家属感到紧张是不奇怪的。此时护士必须警惕他们丧失信心的迹象:不交流情趣以寻求帮助,自我毁灭,丧失信心,拒绝治疗,屈从命运。这时护士必须鼓励患者完全暴露自身的想法,给以安慰,理解同情患者,分担其精神负担,使其心情舒畅。放宽探视时间,鼓励患者家属给予生活上的协助。使患者树立战胜疾病的信心并意识到良好的自我感觉和有益的生活环境是维持这种信心的必要措施。亦可引见有同样遭遇而幸存的病例。待手术期患者通常几次住院接受药物治疗,应让护士了解怎样护理他们。等待供体,患者、家属及工作人员都可能感到灰心,此时护士正视客观事实维护信心是非常重要的。

对患者和家属丧失信心的各种反应——情感上和举止方面的——应有足够的思想准备并能鉴别它。护理计划应包括对各种积极配合行为的支持,理解接受不配合的行为而不能单纯采取“护士的职责就是改变这种行为”的方法。当他们得到了理解是会放弃这种不良行为的,而在他们准备放弃时进行干涉反而会使他们产生抵触情绪,破坏了护士与患者和家属之间的信任关系。理解患者鼓励配合治疗是最佳的护理方法。但过多的人关心他们反会成为一种负担。

缺乏有关的卫生知识

患者及家属通过各种方式了解有关心脏移植的知识。需要多少有关知识和掌握的程度依具体情况而定。重点向准备手术病人阐述以下问题:①手术:通知入院和术前准备,备皮,灌肠,手术时间;②危险性和预后:手术操作的危险性,主要的并发症:排异反应,感染,动脉粥样硬化,淋巴瘤;③术后护理:ICU监护,各种管道和仪器的应用,切开术和疼痛,预防隔离心脏活检;④恢复期护理:药物治疗,环孢

使用呼吸器病人的安全喂养问题

Margaret M. Irwin dianar, Openbrier

依赖呼吸器病人的营养支持疗法有发生多种合并症的危险,如各种感染、技术问题、代谢紊乱等问题。但上述这些合并症是可以预见和预防的。这里重点讨论对病人具有严重威胁的合并症问题。

一、感染性合并症:

以经肠管饲引起的吸入性肺炎占首位。病人用呼吸器后由于需要经常的从气管吸引,引起作呕有造成误吸的危险,所以吸入性肺炎发生率高。为此在病人连续胃内点滴时,可给予胸部理疗和引流体位。

喂饲管道引起的吸入性肺炎是可以预防的。将喂食管从鼻插入通过幽门达12指肠或空肠(如果可能),通过幽门的管饲可明显的减少管饲误吸的危险。在每次管饲前或插管后立即听诊检查鼻饲管(鼻-胃)的位置。若插入后听诊困难,用X光检查可以确定鼻饲管前端是进入胃内,还是在食道或气管内。否则不能确定胃管是否超过幽门。病人持续管饲时,即使相信管的前端不会向上移动,在每次管饲前或每隔8小时用听诊的方法进一步确定鼻饲管的位置。因为纵然鼻饲管有一定重量,但并不能防止它始终不动。目前使用的胃管是用硅酮或聚氨基甲酸乙酯制成的小口径管,比较其它材料制成的管刺激性小,较少引起返流。

防止胃内点滴误吸,其方法:避免胃脏过度地充盈,控制点滴速度;多次检查胃的抽出物以防止胃潴留;每隔4小时暂停胃内点滴1.5小时,假如抽出物超过150毫升,胃内点滴时间要限制在1小时内并再次检查抽出物。

菌素和强的松的主要副作用,随访和预防感染的措施。

抵触情绪的可能性

心脏移植术后没有有效的处理措施可给病人及医护人员带来不良后果,使病人产生抵抗行为。停药免疫抑制剂的患者因排异反应可引起心脏组织永久性损害,导致移植的心脏功能下降。抵抗行为的持续存在,患者会再次出现术前的各种症状,导致死亡。有些脏器移植中心将情绪稳定和顺从行为纳入移植程

病人的体位是预防误吸的关键。管饲时,病人取头部抬高45°的半坐位,或采取垂头仰卧位,若持续24小时胃内点滴头部要保持持续抬高的位置。(译者认为:最好不采取24小时持续点滴,夜间应暂停。因位间管饲病人处于睡眠状态,体位难于保持,再者睡时血流缓慢,各种消化酶分泌减少,病人不适感甚,如腹胀、腹泻等。)

对气管切开的病人,单靠小容量喂饲及小管经喂饲管并不能防止误吸。为了避免误吸:气管套管上气囊不要充气(注:套管气囊充气后刺激气管引起剧烈咳嗽可作呕)。停止鼻饲1.5小时后再吸引,胸部理疗或病人取仰卧位。当病人拒绝持续管饲时,可安排恢复间歇性的鼻饲和这个期间的护理工作。

病人使用呼吸器后气管分泌物可能受污染。因此使用TPN导管的病人,这种导管造成的化脓性感染将是一个严重的威胁。然而这样的情况多是可以预防的。用不透水的敷料封闭导管插入的部位。严格执行规定的对插管部位的皮肤护理。溶液的制备和贮存等一系列TPN过程的无菌技术。

众所周知,用周围静脉营养办法可引起静脉炎,其治疗及保持静脉通畅是一难题。因而尽管静脉营养能提供像脂肪那样的高热量,但采用周围静脉输注也远不能满足病人所需要的热量。特别是对需要限制液体的病人。这样,周围静脉营养通常主要用于短期喂养。作为肠道喂养的补充。

二、技术性合并症:

肠内点滴技术问题方面的合并症中,首要的是控制。术前对患者可能产生的各种对抗行为充分估计,制定术后护理计划。

有关顺从行为的现代研究表明患者的知识水平和对新的健康活动的适应能力之间的关系不大,但使患者了解手术预后和为什么会有这种预后是使其积极配合治疗的一个先决条件。使患者有手术疗效和危险性的明确概念,医患之间相互信任,积极支持鼓励患者顺从性行为举止,反之则很可能产生各种对抗行为。

[Heart & Lung 14(5):499, 1985(英文)]

熊楚梅摘译 邓玉普校