

现肝性脑病。并发肝昏迷时,患者可取仰卧位,头偏向一侧,以保持呼吸道通畅;给予持续低流量吸氧,以改善机体的缺氧情况,防止脑缺氧;鼻饲饮食,以保持机体足够的营养代谢;有躁动时应专人护理,以防坠床,仔细观察并记录患者的意识状态,瞳孔大小,对光反应,角膜反射及压眶反应等;一般肝昏迷患者常伴有尿失禁或尿潴留,应置尿管,定时间歇放尿,一般为4小时1次,记录尿量,观察尿的颜色、性质等,定期送尿蔽检查;保持外阴清洁,注意肛周及会阴皮肤的保护。

2.2.2 上消化道大出血的护理:重型肝炎患者因为肝严重损伤致凝血因子合成障碍,患者常有明显的出血倾向,上消化道大出血是导致重症肝炎患者死亡的重要原因之一。在上消化道大出血期间,患者应严格限制饮水,不恰当的饮水有加重或引发再次出血的可能。绝对卧床休息,应保持去枕平卧位,头偏向一侧,以免误吸,持续低流量吸氧,机体缺氧会严重损伤本已衰退的肝脏功能,为抢救带来困难;详细记录出血量及性质,密切观察患者的一般情况,如脉搏、血压、神志、甲床、四肢温度等,以判断出血情况,如患者出现面色苍白、心慌、大汗、烦躁、脉细速等,为再次大出血的先兆,应立即通知医生,并做好抢救准备。注意观察大便的颜色、次数及量以判断有无继续出血的迹象。为了清除肠道内积血,减少患者肠内血氨吸收,可用弱酸溶液灌肠,严禁用碱性溶液灌肠。做好患者的心理护理,突然出现的大量呕血、便血常会极大地刺激患者,使之产生恐惧、忧郁、绝望甚至濒临死亡等消极情绪,应做好解释安慰工作,尽可能地消除患者的消极情绪,帮助其树立战胜疾病的信心。

2.2.3 消化道症状的护理:患者入院时均表现有食欲明显下降,恶心呕吐,腹胀,乏力,黄疸随病情加重而加深。在护理中,要与家属一起根据患者饮食习惯制定一套合适的食谱,原则以既能提供足够热量,又能限制脂肪蛋白质的摄入,一般糖的摄入以每天控制在200~400 g为宜,蛋白质90~120 g/d为宜。但若患者合并早期肝昏迷,应严格限制蛋白质的摄入,以防止血氨增高诱发肝昏迷或使昏迷加深。

2.2.4 重肝继发感染的护理:肝功能严重受损后,肝脏解毒功能降低,机体免疫力低下,对细菌的清除灭活功能均较健康人差,任何病毒及细菌的感染均可威胁重型肝炎患者的生命,容易继发感染和二重感染。笔者认为:(1)重肝患者最好入住单间,减少探视陪护人员,流感季节尤其应注意。若医护人员发生上呼吸道感染时要戴好口罩以保护患者。(2)利用患者治疗间隙对房间进行食醋或乳酸熏蒸消毒。(3)重肝患者须行侵入性操作,如导尿、腹穿、锁骨下静脉穿刺时更应严格执行无菌操作,防止交叉感染。(4)要及时观察感染的征兆,及早处理。若不规

则发热,白细胞升高,腹痛或腹泻,考虑继发腹膜炎可能;若患者咳嗽咳痰,气促发热,有呼吸道感染可能;若发现口腔黏膜溃疡或糜烂,食欲下降,有口腔感染可能;若患者应用皮质激素更应严密观察感染迹象。

3 重肝的隔离问题

由于导致重肝的肝炎病毒不同,患者应住单人房间,传染病房为带卫生间的单元病室,双门双走廊的封闭结构,有利于消毒隔离和减少交叉感染。每个病室门口分别悬挂隔离衣和隔离鞋,认真做好随时消毒、终末消毒和预防性消毒工作,并向探视和陪护人员宣传消毒隔离的意义和方法,取得配合。

4 出院指导

患者病情稳定,自觉症状消失,肝功能正常后可出院。指导患者出院后应避免诱因,不要饮酒,酒精会损伤肝脏,注意休息,避免劳累,应在医生的指导下用药,继续护肝治疗,定期复查肝功能(每月1次)。

5 护理体会

重症肝炎发病急,病情凶险,并发症多,病死率高。临床上治疗比较棘手,在采取有效措施抢救治疗的同时,加强护理是提高抢救成功率,降低病死率的重要措施之一^[7]。重症肝炎的护理涉及多方面,需要精心护理,这将对疾病的转归起重要作用。如何应用护理程序对重症肝炎进行评估、诊断、制定严密规范的护理计划,采取切实有效的护理措施,以高质量的护理保证治疗和抢救的成功,这还需要大量的病例观察和进一步的经验积累。

参考文献:

- [1] 王英杰,王宇明.混合生物人工肝支持系统治疗慢性重型肝炎[J].中华传染病杂志,2002,20(2):141.
- [2] 沈耕荣,余书文,董祥家.重症肝炎[M].天津:天津科学技术出版社,1998.282.
- [3] 戴玲.121例妊娠合并重症肝炎的护理体会[J].实用护理杂志,1997,13(12):6521.
- [4] 王德智.妊娠合并病毒性肝炎的诊断与治疗[J].中国实用妇科与产科杂志,2001,17(6):3251.
- [5] 赵富荣.重症肝炎的护理体会[J].护理探讨,2003,(2):70.
- [6] 王丽华.重症肝炎的护理体会[J].黑龙江医学,2001,(8):611.
- [7] 陈武玲.重症肝炎血浆置换术前护理问题分析与对策[J].生物磁学,2005,5(4):42.

收稿日期:2008-08-25

同种异体原位心脏移植3例的重症监护

牟光容,鄢家莉

(泸州医学院附属医院心胸外科,四川 泸州 646000)

文章编号:1009-5519(2009)02-0282-03

中图分类号:R47

文献标识码:B

自1967年Barnard在南非成功地施行人类第一例同种异体原位心脏移植术以来,随着医学基础学科的发展和外科技术的进步以及心脏移植经验的积累,手术疗效的不断提高,患者术后存活时间大大延长,生活质量也有根本性改变,因此心脏移植

手术3例。第一例、第三例于术后2个月顺利出院,现生存状态良好。第二例术后13天死于急性排斥反应。现将3例患者的监护体会报道如下:

1 病例介绍

院。心脏彩超示:全心增大,主动脉瓣反流,二、三尖瓣反流,左室收缩、舒张功能明显减低,EF 29%。心电图示:窦性心律,右房右室肥大,完全性右束支传导阻滞,频发室性早搏。住院诊断:扩张型心肌病(终末期),心脏扩大,窦性心律,频发室早伴短阵室速,Ⅱ级心功。于2005年6月28日在体外循环下施行同种异体原位心脏移植术,术后2个月康复出院,现生存良好,心功能Ⅱ级。

1.2 例2:患者,男,28岁,因心累气促4年多,加重半年入院。心脏彩超示左房室内径明显扩大,二尖瓣Ⅱ度反流,左心室整体收缩功能明显减退,EF 13%,右房室内径增大伴三尖瓣反流Ⅱ~Ⅲ度,伴轻度肺动脉高压,心包积液,肝淤血。入院时血压82/52 mmHg,面色晦暗,巩膜轻度黄染,颈静脉怒张,腹部移动性浊音(++),双下肢凹陷性水肿。住院诊断:扩张型心肌病(终末期),全心扩大,房颤心律,心功能Ⅲ级。积极术前准备,于2006年12月8日在体外循环施行同种异体原位心脏移植术,术毕心脏复跳呈室扑室颤,经200 WS电击除颤9次后恢复窦性心律,术后出现急性肾功衰,予以CRRT等治疗。手术后第十二天出现急性排斥反应,经抢救无效死亡。

1.3 例3:患者,男,46岁,因反复心累气促伴下肢水肿1年入院。心脏彩超示:全心增大,二、三尖瓣反流,左室收缩舒张功能减低,EF 25%,肺动脉收缩压25 mmHg。心电图示:窦性心律,左室肥大伴劳损,左前分支阻滞。住院诊断:扩张型心肌病,心功能Ⅲ级,于2007年1月19日在体外循环下行同种异体原位心脏移植术,术毕供心自动复跳。术后28天痊愈出院。现生存良好,心功能Ⅱ级。

2 监护室的护理

2.1 患者的转运与安置:手术结束后经消毒的转运通道将患者转运至专护室,入住专护室后由专护室护士负责患者所有治疗、护理、生活照顾等。接患者时,认真评估术中情况,包括麻醉方式、手术方式、体外循环转机时间、供体离体时间、术中血流动力学维持情况、出血量等。妥善安置固定各监护、治疗的仪器管道,保证其畅通安全有效。

2.2 循环系统监护:除心脏体外循环手术应观察的血压、CVP、心率、尿量等以外,还应观察正性心肌药物的应用。具体措施有:(1)心电监测:观察心率、心律、脉搏、血压、中心静脉压、血氧饱和度的变化。3例患者的情况是:例1术后前3天出现频发室性早搏,遵医嘱给予利多卡因静脉给药,得到有效控制,以后均为窦性心律。平均动脉压术后第一天波动于60~100 mmHg。中心静脉压前3天波动于10~19 cmH₂O。例2术后为起搏器起搏心律,心率110~130次/分,平均动脉压波动于50~90 mmHg之间,中心静脉压波动于17~31 cmH₂O。例3术后当晚突发频发室性早搏,予利多卡因50 mg静脉推注改善不明显,后突然变成室上性心动过速,心率达180次/分,予以可达龙静脉泵入后心率减慢,恢复为窦性心律。(2)观察有无肺高压、心衰,特别是右心衰的征象,终末期心脏病患者多有肺动脉高压,造成供心负担加重,特别是右心室的负荷加重,严重者致右心衰。例1术后中心静脉压基本维持在正常范围,无明显右心衰,低心排征象。例2因术前已有肺高压,术后即出现明显肺高压、右心衰表现,中心静脉压增高、腹水、床旁心脏彩超示右心室扩大、心室壁变薄,经过强心、降压等治疗术后第四天右心功能有所改善。例3术后无

2.3 呼吸系统监护:患者术毕回监护室带有气管插管,应使用呼吸机辅助呼吸,根据患者具体情况调整呼吸机参数,调FiO₂ 100%,并根据血气逐渐减至40%,呼吸频率维持在10~15次/分,维持血氧饱和度在98%以上,并且观察患者呼吸与呼吸机同步情况、有无对抗、患者有无缺氧情况。用呼吸机期间加强呼吸道护理,保持气道的湿化、温化,随时吸出呼吸道分泌物,严密观察呼吸频率及血气的变化,双肺呼吸音情况,保持呼吸道通畅。例1术后用呼吸机20小时。例2因术前全身情况极度衰竭,肺高压明显,为减轻供心负荷,术后用呼吸机66小时。例3术后应用呼吸机39小时。3例患者停机拔管以后给予鼻导管或鼻塞给氧,鼓励咳嗽排痰,进行雾化吸入、深呼吸锻炼等呼吸系统护理,未出现呼吸系统并发症。

2.4 泌尿系统监护:心脏移植患者术前大多有不同程度的肾功能损害,加上免疫抑制剂对肾脏的不良反应,因此对肾功能的监护成为心脏移植术后重点内容之一。观察尿量、尿色、尿比重,遵医嘱合理应用利尿剂,以维持尿量大于1 ml/(kg·h),术后1周内15~30分钟测尿量、尿比重1次,每天检查尿氮素、血清肌酐清除率等肾功能指标,早期每天送尿常规、尿培养,使泌尿系统功能维持在正常范围。例1和例3术后无明显肾功能损害表现。例2术前即有明显肾功能损害,尿量<400 ml/24h、尿素氮明显升高、血清肌酐清除率下降,术后存在肾功能衰竭、无尿,于术后行CRRT治疗,渡过无尿期,以后尿量维持在100~150 ml/h之间。

2.5 出血的观察护理:心脏移植后的早期出血多为外科因素所致,是最会影响心脏功能的并发症,需要重视和及时处理^[2],心包、纵隔引流液的量及性质是术后早期出血的主要观察指标,如术后10 h内引流管引出的血超过1 500 ml,即被视为再开胸止血的适应证^[2],本组3例患者通过密切观察心包纵隔引流情况,结合脉搏、血压、心率尿量等情况,无术后早期出血,无心包填塞征象。例2在血液透析治疗期间因用肝素皮肤黏膜有出血趋向,皮下出现瘀点、穿刺点出血。透析结束停用肝素后出血停止。

2.6 感染的预防及护理:感染是心脏移植术后最常见的并发症,也是术后6个月内死亡的最主要原因^[1]。术后的免疫抑制治疗又使患者抗感染能力降低,因此感染机会大大增加^[1]。为此我们采取严格的隔离措施,术后患者进行专护隔离治疗4周,各项治疗护理严格无菌,进入隔离室的物品包括治疗办公用品、患者的生活用品均进行相应的消毒处理,加强对感染的监测,观察体温变化、有无感染征象。术后前10天每日行胸片检查,监测血象,留取痰、尿、口腔、伤口分泌物作细菌培养药敏试验,每日更换穿刺点部位敷料,尽早拔除侵入性管道并留管道前段作细菌培养。此外正规应用抗生素,预防及治疗感染的发生,3例患者住院期间无感染征象。

2.7 排斥反应与免疫抑制剂应用的观察及护理:临床上超急性排斥反应以移植器官血管再灌注后出现的快速的和广泛的血管内凝血为特征,移植器官突然变为青紫色或斑驳,并伴有功能丧失^[2]。术后3个月内最易发生急性排斥反应^[1]。严格按医嘱给予免疫抑制剂,正确留取血标本检查环孢素A浓度,随血药浓度调整免疫抑制剂用量,观察早期发现急性排斥反应的症状体征如:出现不适、低热、活动能力下降、关节疼痛、心律失常、颈静脉怒张、肺部啰音或心脏扩大等。例1术后第四天出现心包、胸腔积液,不能排除急性排斥反应,调整免疫抑制剂用量至术

象。例2于术后12天出现急性循环、呼吸功能衰竭、血压下降、血氧饱和度下降、尿量减少、呼吸困难、呼吸道分泌物增多、神志意识改变等,经一系列抗排斥、呼吸循环功能支持治疗等处理效果不明显,经抢救无效死亡。

2.8 心理护理:由于患者术后在隔离室的时间较长,生活单调,无亲人陪伴,难免产生孤独、烦躁等不良情绪,对此护理人员要有极大的耐心安慰关心患者,我们还为患者准备电视机、影碟机丰富生活,缓解了不良情绪。此外,生活上尽量满足患者的合理需求,使患者度过隔离期。

2.9 基础护理:心脏移植术后患者病情重,免疫力低下,加以大量激素的不良作用及长期卧床,骨质疏松,肌肉无力。因此术后要注意加强基础护理。每天更换经高压消毒的被单、衣裤,床

单应平整,使用气垫床,使患者舒适。每天进行2次床上擦浴,早晚及饭后均漱口,为防止真菌感染,用5%碳酸氢钠50 ml加制霉菌素1 g睡前漱口。在心功能平稳的情况下鼓励患者早期进行功能锻炼,第一周内就给患者进行肢体按摩,鼓励患者被动运动关节,帮助患者抬腿,扶患者坐起,下床站立、扶走,推轮椅行走,逐步增加活动量,使患者能尽早康复自理。

参考文献:

- [1] 郭加强,吴清玉.心脏外科护理学[M].北京:人民卫生出版社,2003.917.
- [2] 左妙宁,刘怀琼,陈仲清.器官移植的麻醉及围术期处理[M].北京:人民军医出版社,2002.324.

收稿日期:2008-09-23

肠外静脉营养患者的护理

王利娟

(江苏大学附属昆山市第一人民医院,江苏 昆山 215300)

文章编号:1009-5519(2009)02-0284-02

中图分类号:R47

文献标识码:B

全肠外静脉营养(Total Parenteral Nutrition, TPN)是当今临床一项重要的营养支持、治疗手段,合理的营养支持有利于提高机体抵抗力,维护器官正常功能,增强免疫防御能力,提高生存率^[1]。1998年2月~2007年2月我院普外科开展静脉营养治疗以来,已为658例患者安全有效的输注静脉营养液。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选取我院普外科患者658例,其中男338例,女320例,年龄33~89岁,其中肠痿37例,胰痿17例,重症胰腺炎210例,晚期恶性肿瘤296例,营养不良98例。

1.2 方法:本组均采用3L输液袋配制液体,起到药液输入不间断,减少输注过程被污染及减少护理工作量。静脉营养液成分为葡萄糖、中/长链脂肪乳注射液、注射用水溶性维生素、注射用脂溶性维生素、多种微量元素注射液、氯化钾、生理盐水等。

1.3 结果:提高了手术成功率,减少了并发症的发生,加快了患者的康复进程,同时减轻了护理工作量。合理的护理可以减少及避免并发症的发生,本组均治愈出院。

2 护理

2.1 TPN的应用:对某些重症患者及胃肠道手术后的患者接受全肠外静脉营养治疗,要使其胃肠道处于全休状态,并应补充足够的能源,以维持正氮平衡,保证机体修复过程顺利完成,使消化液最大限度减少,从而有利机体恢复及伤口愈合。

2.2 TPN的配制与输液操作:配置TPN应在净化工作台进行,配制前将所有用品准备齐全,避免因多次走动而增加污染机会,用酒精擦拭净化台表面及输液瓶,严格检查3 L袋日期、有无破损,按营养配方单准备好药物,将电解质、水溶性维生素、微量元素、胰岛素等加入氨基酸或葡萄糖中,磷酸盐加入某一瓶液体中,脂溶性维生素加入脂肪乳剂中。将含有各种添加物的氨基酸或葡萄糖液以三通路加入3 L袋中,最后加入脂肪乳剂,并轻轻摇匀混合,排液完毕后,排尽袋内空气,用胶布封口,贴上姓名,配置时间。

养物质,而且可导致许多并发症。为满足机体营养液的适应过程,开始输入应从少量慢速输入,一般150~200 ml/h,输入2~3天后,随着机体的适应可逐渐增加,直至患者需要量的平均速度。TPN的输注必须均匀、稳定而持续,以保证输入的营养液在体内得到充分利用。同时勤观察患者反应:高渗液的高渗性利尿,脂肪乳热源反应,寒战、发热,氨基酸过敏、胃肠道反应。

3 常见并发症预防

3.1 感染:TPN疗法的首要并发症是感染^[2]。感染可能造成脓毒症,其临床症状和体征表现为发热、寒战、精神萎靡。如持续进行TPN治疗的患者出现发热,要仔细检查有无感染源,如无其它感染源而持续发热12~24 h者应拔除导管,必要时做细菌培养,在开展使用TPN疗法初期,本组有5例患者出现不明原因低热,考虑可能为颈内静脉置管时间较长所致,经拔除导管,体温渐降至正常。此外,TPN治疗超过20天者要注意预防真菌感染。

3.2 栓塞及脱管:在应用TPN过程中,要定时更换输液管道系统,输液器24 h更换1次,严格消毒导管口皮肤,碘伏消毒后用3M透明膜覆盖,3天更换1次,其具有良好的透气和隔离作用,不易造成覆盖部分皮肤排泄物无法排出而致感染,同时易于观察^[3]。在关闭或开启颈内静脉导管或更换输液器时,防止接头松脱、液体外漏,导管末端与输液器连接后用无菌纱布包裹并固定,以免敷料移动或脱落造成污染。为防止导管内血液凝固,每日输液结束时,留置导管末端接肝素帽,注入肝素稀释液1 ml,速度宜慢,并注意将头皮针退至只留针头,即保证肝素液充满整个管腔,从而避免相对降低肝素浓度导致堵塞。每日在接头皮针时,注意回抽血液,以确定导管是否通畅,若未见回血,应判断是否脱管或管内回血凝固。另外部分患者因营养液输注时间长,自感疲劳或体位不适等不自主活动造成导管断裂或脱出。所以护士应在输注过程中密切观察、严密监护,经常检查导管位置是否正确,如果发现位置改变应及时调整输液管端位置。同时协助患者翻身、按摩、变换体位,与患者多交流以分散其注意力,消除烦躁情绪,使其身心放松,以最佳的心态接受治疗。