

3 讨 论

COPD的发展是渐进的慢性过程,由于通气功能的受损,致使患者的活动耐力下降,反复的感染使其经常进行药物治疗,在心理上产生抑郁、焦虑、悲观情绪,生存质量下降^[4]。

舒适护理是一种整体的、个性化的、创造性的、有效的护理模式,它是使人无论在生理、心理、社会、灵性上达到最愉快的状态或缩短、降低不愉快的程度^[5],舒适护理的目的是让患者身处于最佳状态,更好地配合治疗,减少并发症,促进患者早日康复。笔者对COPD常规基础及生活护理与治疗处置,进行相关一系列舒适护理,结果显示日常生活能力、抑郁症状、焦虑症状改善明显,生存质量提高;同时在舒适护理的实践中,护理人员与患者建立了和谐、信任的护患关系,提高满意度及治疗依次性,因此也减少了住院时间及医药费用。同时由于舒适护理的开展,护理工作得到了患者及家属的理解和认可,减少了患者的投诉和医患纠纷,提高了尊医行为,护

理人员自身价值得到了体现;因实施健康教育对护士提出了更高的要求,也促使护士要不断地更新知识和拓宽知识面,培养良好的社交能力,有利于整体护理质量的提高。

[参 考 文 献]

- [1] 李亚静,王素婷,李慧芳,等.舒适护理理论的临床研究进展[J].护士进修杂志,2004,6(19):498
- [2] 石兰萍,操静,温敏,等.吸氧病人的舒适护理[J].护理研究,2004,18(13):1163—1165
- [3] 方宗君,蔡映云,王丽华,等.慢性阻塞性肺疾病患者生存质量测评表及应用[J].现代康复,2001,5(4):7—9
- [4] 赵鸣武.加强慢性阻塞性肺疾病的康复治疗研究[J].中国实用内科杂志,2005,25(2):98—99
- [5] 萧丰富.萧氏舒适护理模式[M].6版.台湾:华杏出版股份有限公司,1998:7—9

[收稿日期] 2007—07—30

心脏移植术 15 例的手术室护理质量控制

诸莉敏

(浙江省人民医院,浙江 杭州 310014)

[摘要] 目的 通过加强心脏移植术前的准备,手术中与外科医生的密切配合,手术后的访视充分了解病情,提高心脏移植术的手术室护理质量,提高患者围手术期的安全。方法 回顾总结 15 例心脏移植术的手术室护理质量控制,应用术前、术后访视,巡回护士可以更深入地了解患者的心理,有针对性的做好心理护理和术前准备。洗手护士全面了解病情,准备器械提高手术配合的满意度。结果 规范控制手术室护理质量,保证了手术的顺利进行。患者术后切口感染的发生率为零。结论 着重落实术前准备、术中配合、术后访视 3 个环节,避免了感染导致心脏移植术失败发生。并形成了心脏移植术的手术室护理质量控制规范。

[关键词] 心脏移植;手术室;护理质量控制

[中图分类号] R473.6

[文献标识码] B

[文章编号] 1008—8849(2008)08—1247—02

心脏移植是迄今为止治疗终末期扩张型心肌病的唯一理想方法^[1],供心质量是移植手术成败的关键。术后感染是心脏移植术主要并发症和主要死因之一。1997 年 6 月—2005 年 10 月我院共施行 15 例心脏移植术,现将心脏移植术的手术室护理质量控制过程介绍如下。

1 临床资料

接受心脏移植的患者均为男性,15 例,年龄 13~53 岁,平均 41 岁。术前诊断:终末期扩张型心肌病、全心衰竭。其中 1 例合并肾小球硬化症者行心肾联合移植术,供心供肾来自同一供体。供体均为男性脑死亡者,年龄 22~46 岁。供受体之间 ABO 血型一致,淋巴细胞毒性试验阳性率 $<10\%$,体质量差 $<20\%$ 。本组 15 例患者在开放循环后,13 例心脏自动复搏,2 例经电击除颤后复搏。2 例于手术后发生急性排斥死亡,余均获成功,生活质量良好,最长存活时间超过 10 a。

2 手术方法简介

15 例均在常规全麻体外循环下行经典式原位心脏移植术

min。升主动脉阻断时间为 52~189 min,体外循环转流时间为 80~236 min。将修剪完毕的供心送上受体手术台后立即开始经冠状静脉窦含钾温血逆行冠注,保护供心。

3 术前准备的质量控制目标

3.1 参加术前讨论及访视患者 巡回护士、洗手护士共同参加术前病例大讨论,详细了解病情,根据病情制订护理计划,指派巡回护士前去病房访视患者,了解患者的心理状态及顾虑,鼓励患者说出自己的需求,详细解释患者提出的问题,消除患者对手术的恐惧。

3.2 手术环境准备 手术室感染管理对手术的一次成功、伤口的 I 期愈合、患者的早日康复起着十分重要的作用^[2]。严格的清洁灭菌制度是控制感染的基础,术前 1 d 对室内物品进行 1 次清洁,手术日常规做空气培养,凡手术用物、器械、仪器、设备等在术前 1 d 移入手术间,用 1:100 施康擦抹仪器、设备表面,6:00 空气消毒,术晨开启层流 1 h 后,用沉降法做空气培养。室温 20~24℃,全麻后调节室温 20℃,开始复温

根据手术需要及手术医生习惯, 分别准备取心器械包、修心器械包、移植器械包进行高压蒸汽消毒, 不能高压的物品用环氧乙烷灭菌。120 cm 长的 3/0 和 4/0 普理灵缝线、心脏起搏导线、充足的心肌保护液、4℃复方氯化钠溶液及冰块。

3.4 消毒床单位的准备 接患者的推床及手术床的被套、床单应高压灭菌, 在手术前 1 d 晚换好。

3.5 手术人员严格着装要求减少人员出入 凡进入手术间的医务人员均需穿经高压灭菌的洗手衣、洗手裤, 戴口罩、帽子, 再加戴飘带式帽子, 二次换鞋入内, 在指定区内等待手术开始, 减少人员在室内走动, 谢绝参观者进入手术间。

4 术中的质量控制目标

4.1 供心组的质量控制目标 ①严格无菌低温保存供心: 切取供心前洗手护士必须准备 2 盆 4℃的复方氯化钠溶液、心脏灌注装置。切取供心后立即放入第 1 盆 4℃的复方氯化钠溶液中, 继续灌注心肌保护液 800 mL, 洗净心脏内血液, 再移入第 2 盆 4℃的复方氯化钠溶液中, 初步检查冠状血管、心脏表面及心脏瓣膜有无病变及损伤, 确认可供移植, 立刻用纱布垫包裹浸浴在盛有 4℃心肌保护液的有盖不锈钢容器中, 外套 3 只无菌塑料袋, 分别扎紧袋口, 2 只塑料袋中间加入少量无菌冰水, 恒温箱底部置小冰块, 放入容器, 上面再覆盖小冰块, 保存完毕送往医院。同时通知受心手术组开始手术。②供心送入手术间, 小心取出, 确保无菌。整个供心修剪过程均在 4℃的复方氯化钠溶液中进行, 容器底铺以纱布垫, 供心不与空气接触, 不与容器壁碰撞^[3]。用 4/0 普理灵缝线沿冠状静脉窦口作荷包缝合, 插入 14F 冠状动脉逆行灌注管, 每隔 20 min 灌注 4℃心肌保护液 1 次。

4.2 受心移植组

4.2.1 巡回护士的质量控制目标

4.2.1.1 准时接患者 准备接受心脏移植的患者手术前的心理是复杂的, 巡回护士要热情诚恳接待患者, 认真做好 12 项查对: 姓名、性别、年龄、住院号、床号、诊断、手术名称、手术部位、术前用药、药物过敏试验结果、备皮及所带用物(病历、X 线片等)。做好患者的心理护理, 严密观察病情, 使患者平静满怀信心地接受手术治疗。

4.2.1.2 留置尿管及监察尿量 全麻后选择 14 号或 16 号双腔气囊尿管留置导尿, 分别记录体外循环转流前、转流中、转流后的尿量及性状并及时报告体外循环和麻醉医生。正确估计失血量, 计算手术中出入液体的总量。

4.2.1.3 体温的观察 心脏移植手术必须经肛门插入体温探头, 连续检测患者的体温变化, 适当调节室温, 全麻后调节室温 20℃, 开始复温后调节室温 24℃, 必要时用电热毯保温。

4.2.1.4 清点物品 认真填写手术护理记录单各项, 与洗手护士共同清点纱布、纱条、纱垫、器械、缝针的数目并记录, 在关闭胸腔前、后再各核对 1 次, 要求填写数据正确、清晰、顶格书写。

4.2.1.5 术后整理 妥善固定临时心脏起搏器、心包、纵隔引流管, 把患者平稳地移到病床上, 与监护室护士详细交代手术过程中的病情。

4.2.2 洗手护士的质量控制目标 ①掌握医生手术过程的每一步骤, 动作灵敏、及时、准确传递器械, 提供合乎标准, 适合操作及宜于组织愈合的针线, 持针器与缝针相匹配, 器械长度与操作深度相匹配。②手术中分别保存好从供体、受体上取下的标本组织, 术毕交给手术医生, 以备做免疫学检查。

5 术后访视

①术后访视患者, 由于患者使用免疫抑制剂, 访视者应做好保护性隔离措施。②检查手术切口有无红、肿、疼痛。体温是否正常。13 例患者术后手术切口均 I 期愈合, 体温在正常范围, 无感染迹象。③患者对手术室护理工作的满意度分满意、欠满意、不满意。13 例患者均满意。访视时患者均可适当进行床上活动, 精神状态较好, 沉浸在获得新生的惊喜中。

6 讨论

①心脏移植患者对心脏移植有顾虑和不同程度的恐惧心理是可以理解的。手术护士应重视术前访视, 做好患者的心理护理, 鼓励患者树立信心, 更好地配合手术。②人员组成稳定: 供心组、受心组洗手护士、巡回护士稳定组合, 掌握手术步骤, 明确工作责任, 分工合作共同使手术顺利进行。供心切取时间紧迫, 应组成稳定协调的人员、操作熟练、分工明确显得尤其重要^[4]。③供心切取要做到快速停搏, 确切降温, 低温保存, 及时转运, 供心组洗手护士要做好充分的准备, 保证心脏灌注装置的质量是保证心脏快速停搏、避免心肌热缺血时间过长的关键。④手术中严格执行无菌操作, 督促手术人员共同遵守, 避免通过空气、手术器械、手术人员的手增加患者感染的可能^[5]。⑤手术护理记录已经成为重要的原始资料, 具有法律效力。因此, 完整的护理记录单既可反映病情变化和治疗情况, 又为术后可能发生医疗纠纷提供举证直接证据^[6]。⑥随时保持通讯设备的畅通, 取得与取心手术组的联系, 接到的口头医嘱必须复述 1 遍, 经确认后方可执行。

[参 考 文 献]

- [1] 王美兰, 金爱玉. 3 例心脏移植的感染监察[J]. 浙江预防医学, 2006, 18(2): 73
- [2] 王淑芳, 贺安莉. 全面做好手术室感染管理工作[J]. 中华医院管理杂志, 2003, 19(4): 249—250
- [3] 夏求明. 现代心脏移植[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 109
- [4] 戴阿娟, 钟建华. 器官移植手术中的护理质量控制[J]. 中国实用护理杂志, 2006, 22(1): 66
- [5] 赵林. 人体植入物感染的手术室原因分析与对策[J]. 护士进修杂志, 2006, 21(3): 218—220
- [6] 魏革, 胡玲. 举证责任倒置与手术室护理工作的证据意识[J]. 中华护理杂志, 2003, 38(5): 355—356