

用药时间 > 2周, 本组有1例用药时间达6周。用药期间, 我们要加强观察和护理, 保证患者按时、准确服药, 防止患者因各种因素而间断或不规则服药; 密切观察并记录用药前后血压变化、血压波动及发作情况的变化, 及时准确提供信息, 为医生调整方案提供依据。a受体可引起体位性低血压, 应告知患者在改变体位时如起床、站立等体位变化时, 协作不宜过猛, 以避免出现体位性低血压, 甚至出现晕厥。高血压是嗜铬细胞瘤最主要的临床表现, 其变化不确定, 医师使用降压药又是根据血压的变化来调整, 因此, 应密切观察、及时准确测量血压, 每日测量数次, 发作时随时测量。注意伴随的症状, 如头痛、心悸、出汗、面色苍白等。找出血压升高的规律, 尽可能避免或减少诱发因素。一旦发生阵发性高血压危象应及时通知医师及时处理。

2.3 补充血容量 由于嗜铬细胞瘤分泌大量的去甲肾上腺素和肾上腺素, 使周围血管长期处于收缩状态, 微血管壁缺氧, 通透性增加, 血浆渗出, 血容量减少。当肿瘤切除后, 去甲肾上腺素、肾上腺素等物质下降, 血管床开放, 回心血量及心输出量减少, 可发生难以控制的低血压。为了使微血管床扩大、血容量减少等病理生理变化得到合理的调整和补充, 避免切除肿瘤后发生难治性低血压, 手术前2天按医嘱给予静脉滴注低分子右旋糖酐、血浆代用品或输血、平衡液、生理盐水, 每日量在2000ml左右, 胶体与晶体交替滴注, 以改善组织灌注量和微循环。在输液时要控制速度, 防止短时间内液体过快、过多进入发生肺水肿、心衰, 本组无心衰、肺水肿病例发生。

2.4 纠正心律失常 由于长期受儿茶酚胺的作用, 部分患者合并心律失常, 因此, 要加强心率、脉搏的监测, 测量心率、脉搏数次/日, 发现心率 > 100次/分时, 及时报告医师, 给予心得安或美多心安, 使心率控制在90次/分左右。受体阻滞剂不作为术前常规用药, 更不能单独使用, 因阻断了受体的作用可引起肾上腺素能受体的兴奋而使血压升高, 甚至发生肺水肿^[3]。

2.5 预防高血压危象 高血压危象是嗜铬细胞瘤严重并发症之一, 可因刺激肿瘤、情绪变化、腹压升高、过度疲劳、降压药服用不当等因素诱发。因此, 预防高血压危象的发生关键要做好健康宣教。告之患者发生高血压危象的诱因, 指导患者避免剧烈运动不憋尿, 保持大便通畅, 保证足够睡眠时间, 失眠者适当使用镇静剂, 及时准确服药, 不可自作主张停药、间断服药, 护理操作过程中动作轻柔, 避免刺激、按压肿瘤区。一旦发生剧烈头痛、面色潮红、视力模糊、血压急剧升高等高血压危象先兆征象, 应迅速报告医师, 采取降压措施。

3 讨论

嗜铬细胞瘤是临床上比较罕见的疾病, 其临床特征主要是由于肿瘤阵发性或持续性产生过量的去甲肾上腺素和肾上腺素所致, 护理具有其特殊性和重要性。术前严格控制血压, 补充血容量, 纠正心律失常, 改善潜在心肌病变, 对提高手术安全性非常重要, 同时要重视心理护理, 避免或减少诱发疾病急性发作的机会, 为手术提供理想的环境。手术是目前治疗嗜铬细胞瘤唯一有效的方法, 但风险大, 只要充分做好术前准备, 就能提高手术成功率, 降低手术死亡率。

参考文献

- (1) 覃斌, 黄向华, 董彤, 等. 嗜铬细胞瘤围手术期处理的临床分析(附19例报告)[J]. 现代泌尿外科杂志, 2006, 11(1).
- (2) 赵丹, 聂岁丰, 蒙凤兰. 嗜铬细胞瘤围手术期的观察与护理[J]. 中华护理杂志, 1999, 34(4): 209.
- (3) 吴阶平, 马永江. 实用泌尿外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1991, 478-479.

收稿日期: 2007-12-03

心脏移植围手术期护理进展

王念坚

盐城市第一人民医院

心脏移植手术是目前治疗终末期心脏病的最有效方法^{〔1〕}。可明显延长患者的生命, 改善患者的生活质量。由于近年来在心脏保存、手术技术和术后抗排斥方面有了极大的发展, 手术效果越来越好。现对心脏移植围手术期的护理进展综述如下。

1 心脏移植围手术期护理目的

降低病死率, 促进心功能及早恢复, 增强机体代谢能力, 尽快使病人恢复身心健康, 维持手术疗效, 提高手术治疗率。

2 术前准备

2.1 护理指导

陈红玉^{〔2〕}指出, 病人与医护人员建立强有力的信任关系, 可以明显降低术后并发症。针对终末期心脏病人的心理反应, 详细介绍移植手术的目的、方法和成功病例, 使其在移植前具有良好的情绪和精神准备。具体内容: 术前检查的必要性和注意事项; 术后的排斥反应及感染的预防, 服用免疫抑制剂的必要性, 服药后不良反应观察等; 深呼吸和有效咳嗽的技巧; 各种监护仪、导管及插管的作用及重要性。

2.2 监护室准备

为病人准备单人病房, 并保持清洁、整齐、舒适, 室温保持在18℃~22℃, 湿度保持50%~60%。加强病房的消毒工作, 有条件的可以为病人安排层流无菌室(LAHR)。对所需物品能耐受高温、高湿的医疗器械和物品进行高压灭菌。

3 免疫抑制剂的应用和观察

心脏移植术后正确应用免疫抑制剂是移植心脏长期存活的关键, 目前多用三联免疫治疗方案, 即环孢素A(CsA)、硫唑嘌呤(骁悉)和甲基强的松龙(强的松), 既简单有效, 又减少药物副作用^{〔3〕}。近年来, 一种副作用小的新型强免疫抑制剂普乐可复(FK506)的广泛应用, 大有代替环孢素A的趋势。术前3天应用, CsA和FK506的用量要根据血液浓度进行调整, 免疫抑制剂减量以递减的方式进行。当怀疑有排斥反应时, 用甲基强的松龙冲击, 使用免疫球蛋白等; 使用过程中, 要注意观察副作用; FK506的毒副作用主要是肾毒性和引起胰岛素依赖性糖尿病, 应注意动态监测血压、血糖及尿糖、尿量^{〔6〕}。

4 术后并发症的观察与护理

4.1 排斥反应

4.1.1 超急性排斥反应

一般发生在供心恢复血运后, 心脏不能恢复跳动, 除非在人工心脏等辅助循环的维持下, 再选择一例合适的供心, 别无选择。但近年来, 由于对供、受体之间进行全面而详细的检查, 已很少见。

4.1.2 急性排斥反应

急性排斥反应多发生在术后1~20周, 是临床护理观察的重点。注意观察患者有无乏力、倦怠、食欲不振、低热、活动能力下降、活动后呼吸困难等症状, 并做超声、心电图、X胸片、血液及免疫学监测, 心内膜心肌活检(EMB)是最有效的监测手段^{〔5〕}。急性排斥反应可表现为骤然出现, 无明显预兆和征象, 临床上要加强观察, 及时捕捉一些敏感征象非常重要。

4.1.3 慢性排斥反应

多发生在术后1年后,多无临床症状。它可加速心脏发生冠状动脉增殖性病变,导致供心冠状动脉高度狭窄和闭塞、心脏缺血和梗死,护理上要加强随访,督促患者定期做冠状动脉造影,以便及早发现。

4.2 低心排综合征

低心排综合征是心脏移植术后早期常见的并发症,发病率为4%~25%。发生的原因有心肌保护不良、肺动脉高压、急性排斥、血容量不足、感染等,其中43%是由于长期的左心衰所致肺动脉高压引起的右心衰竭^[6]。低心排有明显的症状和体征,如表情淡漠、轻度紫绀、四肢湿冷、心律失常、动脉压低、中心静脉压和左房压高、少尿、血肌酐和尿素氮升高、低氧血症等。右心衰竭时,由于右心排血量下降,肺充血下降,呼吸困难有所缓解,其症状和体征主要是由于瘀血引起,体征有右心室增大、心前区抬举性搏动,舒张期奔马律。正确认识其病因及发病机制,可预防右心衰竭的发生。Srinivas^[7]认为,肺小动脉阻力 $>20\text{KPa}\cdot\text{s/L}$,术后即可发生右心衰竭, $>40\text{KPa}\cdot\text{s/L}$,心力衰竭的发生率成倍增加,故术前判断肺动脉压及小动脉阻力是预防的关键因素,其治疗原则是合理使用血管扩张剂和利尿剂,改善心功能等。

4.3 肾功能衰竭

心脏移植术后肾功能衰竭发生原因虽不相同,但与患者术前肾功能情况,手术操作的打击,有效血容量的不足,肾毒性药物、免疫抑制剂及激素的使用有关^[8],主要临床表现有:少尿、尿比重低于1.016或较长时间固定在1.010左右,血尿素氮 $>17.9\text{mmol/L}$,血肌酐 $>422\mu\text{mol/L}$,肌酐清除率下降50%以上,贫血及水肿等。通常术后成人尿量为 40ml/h ,儿童为 $1\sim2\text{ml/h}\cdot\text{kg}$ 。若发生少尿,一定要及时处理。首先要检查尿管是否通畅,排除机械性梗阻的原因后观察血容量是否已经补足。在护理上要注意CVP的监测,保持有效的氧供,及时纠正酸中毒。

4.4 感染

感染是心脏移植术后最常见的致命性并发症,肺炎最为多见^[9],感染可发生在术后的全过程,对排斥的治疗,会进一步抑制患者的免疫力,导致细菌性、病毒性、真菌性感染;因此,预防感染对确保心脏移植成功十分重要,综合预防感染的措施有:术前控制易感因素,术后监护病房在消毒、隔离、控制感染方面要比一般移植病房更加严格,一切物品、食品、医疗器械等均要彻底消毒灭菌,有调查表明^[10],除使用肠道感染预防药物和无菌餐具外,提供无菌的饮食亦十分重要。术后1周内要做X胸片、痰培养、咽拭子培养、胸液细菌培养每天1次,1周后降低频率,2周内雾化吸入适量抗生素。

4.5 术后出血

心脏移植术后出血的原因很多。心脏移植术前,患者多有重度心功能不全,左心室舒张期容量明显增大,易形成附壁血栓,导致凝血机制异常,凝血因子缺乏;另外,患者术前常使用抗凝药物,术中操作要彻底细致止血,术后适量成分输血和用止血药。护理上注意有无心包堵塞现象及血压、心包纵膈引流量的变化,当引流量连续3小时 $\geq 200\text{ml}$ 时,要及时汇报医生,行剖胸探查,挽救患者生命。

4.6 心律失常

移植心脏是去神经的,神经调节及体液调节效果不良,术后常有心律失常。另外,缺氧、酸碱平衡、排斥反应、机械刺激等都可引起心律失常。有报道表明心动过速心律失常的发病率为18~44%,早期心动过缓为38%^[11]。心动过缓可用异丙

肾上腺素加起搏器,频发室早可静脉用利多卡因,房性心律失常影响血流动力学改变时,可用洋地黄等;排斥反应引起的心律失常通过调整免疫抑制剂治疗,消除排斥反应,恢复窦性心律。

5 营养

心脏移植术前、术后的营养极为重要,其质量关系到患者术后的康复。术前患者因充血性心力衰竭的分解代谢产物作用,肺长时间瘀血,致呼吸能量的消耗,胃肠道粘膜充血,肝功能障碍致消化、吸收不良等,导致患者营养不良或恶病质。由于体内水、钠潴留,患者体重下降并不明显,故提高营养的手段主要是改善心功能。手术前为了降低心脏负荷,饮食中限制钠盐,进高蛋白、高热量的饮食。摄入困难时,可予静脉营养,使血浆蛋白大于6克,胶体渗透压上升,起到利尿消肿的作用。使用利尿剂时要注意补钾和多种维生素,特别是VK1,把凝血酶原时间维持在正常水平。器官移植病人高脂血症的发生率较高,与皮质类固醇影响脂质代谢有关,同时普遍认为低脂饮食可以减少慢性排斥进展的速度^[12],术后饮食要尽早给予低脂饮食,胆固醇 $<300\text{mg/d}$,脂肪的热量占总热量30%以下;患者术后大量应用皮质类固醇,可刺激胃酸及胃蛋白酶分泌,抑制胃肠粘膜上皮分泌粘液,削弱胃肠道的屏障作用,诱发和加重溃疡,故患者要规律进食,少量开始,逐步增加,给予易消化的半流食,同时予止酸、保护胃粘膜等对症治疗。

参考文献

- [1] Cancan .C, Chanda J. Heart transplantation [J]. Ann Thorac Surg, 2001, 72: 658-660.
- [2] 陈红玉. ICU综合征的心理护理[J]. 黑龙江护理杂志, 1998, 4(6): 20-21.
- [3] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 11版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 2531.
- [4] 张赤铭, 王新莉等. 心脏移植术后的免疫治疗与监护[J]. 现代护理, 2003, 9(1): 35-36.
- [5] 沈振亚, 于曙东等. 原位心脏移植围手术期处理的几点体会[J]. 中华器官移植杂志, 2002, 23(6): 374.
- [6] Hosenpub J D. Physiology and hemodynamic assessment of the transplanted heart: Cardiac transplantation. New York : Springer-Verlag, 1991, 169.
- [7] Srinivas M et al. Am Heart, 1993, 126: 904.
- [8] 王春生, 陈昊等. 原位心脏移植的手术体会[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2002, 18(5): 274-277.
- [9] Knisely BL et al. Radiographics, 1999, 19(2): 321.
- [10] 欧智玲, 郭慧贞. 空气层流间制备无菌饮食的调查与分析[J]. 现代护理, 2002, 8(1): 12.
- [11] Jacquet L et al. J Am Coll Cardiol, 1990, 16: 832.
- [12] 杨淑玲等. 心脏移植患者饮食护理体会[J]. 中国临床营养杂志2001, 9(3): 170.

收稿日期: 2008-03-14

剖宫产手术后母乳喂养的健康教育

朱燕飞

徐州市第一人民医院(江苏徐州 221002)

母乳喂养是人类出现以来就存在的一种天然喂养方式,母乳是婴儿最佳的食物和饮料,是天然无可比拟的,易于消化吸收,适合婴儿生长发育的需要,并且母乳含丰富的抗体,可