

• 个案研究 •

1 例同种异体原位心脏移植病人的护理

马建中,刁莲英,张连荣,池金凤,殷秋阳,郝莉,刘桂芬,林艳荣,刘海芝

(聊城市人民医院心外科, 山东 聊城 252000)

Nursing Care of One Case of Othotopic Heart Transplantation// MA Jianzhong, DIAO Lianying, ZHANG Lianrong, et al

摘要:对1例原位心脏移植病人实施围术期护理,认为术前充分的准备和术后加强无菌隔离技术及对病人循环系统、呼吸系统、泌尿系统、排异反应的监测等是心脏移植护理成功的关键。

关键词:原位心脏移植; 心肌病; 围术期护理

中图分类号:R473.6 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-4152(2004)02-0072-02

心脏移植已成为治疗终末期心脏病的首选方法^[1]。2003年5月我院成功地为1例终末期扩张型心肌病病人实施同种异体原位心脏移植术,术后恢复顺利,现将护理报告如下。

1 病例简介

男,33岁,75kg。因心悸、胸闷2年,加重半年于2003年4月27日入院。查体:T 35.2℃,HR 124次/min,R 31次/min,BP 114/79 mmHg。心脏彩超示全心扩大,心肌运动度呈弥漫性减弱,心尖部探及多个不均质团块,偏于左室壁者为52 mm×27 mm,游离面随心脏舒缩轻微抖动,两房室瓣心房侧有较广泛的收缩期反流束。肺动脉收缩压50 mmHg,射血分数26%,右心房68 mm×64 mm,左心室舒张末期内径76 mm。入院诊断为扩张型心肌病、二尖瓣关闭不全、三尖瓣关闭不全、肺动脉高压、左心血栓形成、心功能Ⅳ级。经严密的术前准备,于2003年5月23日在全麻体外循环下实施同种异体原位心脏移植术。术中主动脉阻断80 min,主动脉开放后20 W/s电击除颤1次复跳为窦性心律;供心总缺血150 min,体外转流124 min。术后隔离监护10 d,应用抗排斥药物、血管活性药物、抗生素及抗病毒药物等治疗,病人术后第3天下床活动,5周后痊愈出院。出院时心功能Ⅰ级,生活自理。随访3个月,病人已恢复工作,未发生并发症。

2 护理

2.1 术前准备

2.1.1 病人准备:①心理护理。术前病人由于长期端坐呼吸、卧床、生活不能自理,存在悲观、抑郁、焦虑、失眠等症状。医护人员反复与病人及家属沟通

交流,介绍疾病相关知识及本院的设备和技术力量,使之产生安全感和信任感,树立战胜疾病的信心,积极配合治疗。②术前准备。病人术前重点改善、维持心功能,在等待供体期间预防肾衰竭^[2]。给予强心、利尿、扩血管药物减轻心脏负担;输入极化液营养心肌;补充白蛋白,减轻组织水肿;协助抽血做好抗体筛选(PRA)交叉试验、淋巴细胞毒交叉试验(LXM);输血前查体、咽拭子、痰培养等各项检查;指导、训练病人深呼吸、有效咳嗽;术前1 d用头孢哌酮4.0 g静脉滴注预防感染,并进行胸部、会阴部备皮;术前晚口服佳乐定1片,保证充足睡眠;术前8 h禁食、禁水。术前1 h灌肠,操作轻柔,防止心衰加重;术前30 min肌内注射哌替啶50 mg,东莨菪碱0.3 g。

2.1.2 环境准备:术前3 d及术前1 d均彻底清理监护室和缓冲间。有效氯消毒液擦拭门、窗、仪器、床单元等一切物体表面,并行空气细菌培养。按保护性隔离进行准备,如备消毒患服及工作服。严格消毒隔离制度。控制入室人员。

2.2 术后监护

2.2.1 循环系统监护:术后应用多参数心电监护仪监测心率、有创血压、血氧饱和度、中心静脉压、Swan-Ganz导管持续监测肺动脉压(PAP)。本例病人PAP维持在25~36/17~25 mmHg。术后8 h内HR 100~112次/min,8 h后HR稳定在82~98次/min,BP 105~135/66~86 mmHg。严密观察心电图的变化,保持各微量泵输入管道通畅。在血流动力学稳定的情况下,尽早拔除各种有创管道^[3]。本例病人术后病情平稳,于术后17 h拔除桡动脉测

压管、Swan-Ganz 导管、心包纵隔引流管,无右心衰竭、心律失常发生。

2.2.2 呼吸系统监护:心脏移植最常见的感染部位是肺^[4],为减少应用呼吸机引起肺部感染的风险,本例病人术后呼吸机辅助呼吸 14 h,拔管前每 2 小时查血气分析 1 次,根据结果调整呼吸机参数;听诊双肺呼吸音,1 次/h;尽量减少吸痰刺激,每次吸痰时间<15 s,严格无菌操作。符合拔管指征后,于术后第 1 天 6:00 顺利脱机、拔除气管插管,拔管后呼吸平稳。

2.2.3 泌尿系统监护:准确观察并记录尿量、出入量,以了解肾脏的功能,特别是应用环孢素 A 后,对肾功能的影响比较大。保持尿量>40 ml/h,密切注意中心静脉压与尿量的关系。本例病人术后 16 h 开始进食,入量 2 200~4 600 ml/d,尿量 1 800~4 000 ml/d,出入量基本平衡,未出现肾功能衰竭征兆。

2.2.4 排异反应监护:排异反应是器官移植后常见的并发症之一,心脏移植术后 3 个月内急性排斥反应发生率最高^[5]。本例病人采用三联免疫治疗方案,即环孢素 A、骁悉(吗替麦考酚酯,MMF)、泼尼松,同时使用洛赛克口服保护胃肠粘膜,得高宁、卡托普利降压,效果良好。护理人员除掌握各种药物的作用及不良反应外,严格按医嘱给药,做到看服到口,并登记每次服免疫三联的名称、剂量和时间,以防遗漏。本例病人服药后无不适感,术后第 50 天复查彩超时发现室间隔运动明显减弱,考虑为排斥反应的先兆,遂应用甲强龙冲击 3 d,每天剂量分别为 500、200、120 mg,1 周后复查彩超室间隔运动幅度明显改善。

2.2.5 预防感染:①术后 1 周内每天用克林消毒液擦拭病人全身皮肤 1 次,更换衣裤、被服,保持床单元整洁、舒适,毛巾、脸盆、便盆一用一消毒。病人双足有轻微真菌感染,术后每天涂达克宁 3 次,15 d 后痊愈,未引起其它部位的真菌感染。②监护隔离期间病人穿刺针眼处及引流口处每天用 0.75%碘酊消毒,1 周内每天做血、尿培养加药敏,结果均无细菌生长;每天做痰培养加药敏,结果均为正常菌群。该病人共应用抗生素(头孢哌酮)7 d,未发生肺部感染等并发症。

2.2.6 加强基础护理:①饮食护理。由于心脏移植

病人术前多呈衰竭状态,营养状况较差,病人术后第 1 天拔除气管插管后即开始进食流质饮食,术后 1 周进普通饮食(食物进行煮沸),所用餐具高压消毒,每次进食后均用 0.5%呋喃西林漱口液含漱。病人饮食以清淡、营养丰富、易消化为原则。本例病人于术后 30 d 发生阵发性肠痉挛,予山莨菪碱 20 mg 加入 5%葡萄糖注射液 500 ml 静脉滴注及口服吡哌酸 0.5 g,3 次/d。②活动。病情好转,生命体征稳定开始下床活动。本例病人术后第 3 天下床室内活动,然后逐渐增加活动次数,延长活动时间,以病人感到无不适为宜。3 周后戴口罩在病房走廊活动。③保证休息。本例病人术后睡眠欠佳,于第 6 天开始每晚口服氯硝安定 2 mg 辅助睡眠,病人休息得到改善,7 d 后停用。

2.3 出院指导

①告知病人术后终生服用免疫抑制剂的重要性,一定要遵医嘱按时足量服用,以免发生排异反应。因需服用免疫抑制剂,病人不宜服用增强免疫的大补食品,如人参、西洋参、阿胶等。②预防感染。出院后要注意避免到人群密集的公共场所,避免接触上呼吸道感染的人员;不饲养宠物,注意根据天气情况及时增减衣物,避免感冒。③生活有规律,注意卫生,合理搭配饮食,控制体重于适宜水平。禁烟、酒及刺激性食物,多食蔬菜水果,保持大便通畅,防止便秘。④指导自我监测。了解排异反应的症状,注意自我观察体温、脉搏与血压,发现异常或身体不适及时返院复查,并遵医嘱定期复查。

(本文承蒙马增山、马胜军教授指导,特此致谢)

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. 915.
- [2] 张天华,樊丽珠,王苏琴. 同种原位心脏移植患者的术前护理[J]. 现代实用医学,2002,14(1):49.
- [3] 夏求明. 现代心脏移植[M]. 北京:人民卫生出版社,1998. 160.
- [4] 夏穗生. 器官移植学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1995. 210.
- [5] 徐光亚. 实用心脏外科学[M]. 济南:山东科学技术出版社,2001. 745.

作者简介:马建中(1974-),女,大专,主管护师,护士长。

收稿日期:2003-07-29;修回日期:2003-09-08

(本文编辑 白发秀)