

访,患者对健康教育的知晓率达到97.0%。仇瑶琴等^[2]的调查显示,患者对疾病知识的了解程度与康复效果的差异有显著性统计学意义,认为对患者实施有效的健康教育是提高其康复效果的有力保证。因此,护士在临床实践中要积极探索有效的健康教育模式,确保健康教育的效果。

健康教育是提高人们的健康意识,纠正不良健康行为,促进疾病康复,预防疾病复发的重要举措。许多腰椎间盘突出症的患者因错误选择治疗方法,腰背肌训练不系统,日常生活工作姿势不正确而导致病情反复发作,病程延长,很大程度上影响了患者正常的工作、生活及心理状态^[3]。通过对腰椎间盘突出症的病因、治疗、预防等方面系统的健康教育,满足了患者对疾病知识的认知需求,使患者掌握了有关自身健康的医学知识,从而使患者能够主动配合治疗,促进了患者的自我保健行为,提高疗效。

健康教育的核心是积极教育人们树立健康意识,

养成健康的行为和生活方式,以降低或消除影响健康的危险因素^[4]。骨科疾病一般康复时间长,功能锻炼对于患者的康复极其重要,而功能锻炼知识的获取大多依靠医务人员的教育,因此护士应具备丰富的理论知识,良好的沟通技巧,细微的观察能力,帮助患者获取相关的健康信息,从而达到促进健康的目的。

参 考 文 献

[1] 杜克,王守志主编.骨科护理学[M].北京:人民卫生出版社,1998;364-365.
[2] 仇瑶琴,李树贞.腰椎间盘突出症患者康复影响因素的调查分析[J].中华护理杂志,2004,39(4):293-295.
[3] 卢亮,于存海.腰椎间盘突出症患者健康教育的探讨[J].中国健康教育,2004,20(6):560.
[4] 王雅青.健康教育发展的回顾和总结[J].国外医学·护理学分册,2005,24(10):598.

(收稿日期:2007-04-17)

(本文编辑 黄攸生)

同种异体原位心脏移植术护理体会

宋笑清,黄美霞 (解放军第175医院心胸外科,福建漳州 363000)

[关键词] 心脏移植;护理

中图分类号: R473.6;R654.2 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2007)03-0294-02

我院于2003年5月至2004年12月进行了3例同种异体原位心脏移植术,例1、例2术后至今无排斥反应及感染发生,心功能良好,已恢复正常生活和工作;例3术后14天死于多脏器功能不全^[1]。现将原位心脏移植护理体会总结报告如下。

1 临床资料

3例受体均为男性,年龄分别为47、60和32岁。3例均确诊为终末期扩张性心肌病、全心衰竭、频发性多源性室性早搏、完全性左束支传导阻滞,心率30~50次/分。例1、例2有中度肺动脉高压,例3有重度肺动脉高压,测肺动脉压力为6.8word单位,均经内科积极治疗,疗效差,病情进行性加重。故在全麻及体外循环下行异体原位心脏移植术。例1、例2至今均无排斥及感染发生,心功能I级,均已恢复正常生活和工作。现免疫抑制治疗为环孢霉素A 100mg、2/d,硫唑嘌呤50mg、2/d。

作者简介:宋笑清,女,1974年生,福建龙岩人,护师,从事心胸外科护理工作。

例3术后第3天出现中心静脉压明显上升,三尖瓣大量返流,右心功能不全;次日给予气管插管呼吸机辅助呼吸,并出现尿少,考虑急性肾功能不全,予持续肾脏替代治疗。随之肝功能进行性损害,胆红素及转氨酶均进行性升高,考虑肝功能不全,于术后14天又并发上消化道出血,循环不稳定而死亡。

2 护 理

2.1 心理护理 心理护理贯穿整个心脏移植的全过程。术前由于患者长期卧床、体质虚弱,久病不愈,对手术缺乏信心,术后置于保护性隔离室内,环境单一,加上免疫抑制剂的副反应等,心理负担较重,严重影响休息和睡眠,精神抑郁。在给予镇静剂治疗的同时,护理人员利用各种机会与患者谈心。此外,让家属更衣换鞋入室陪伴、协助患者进行各种活动,如游戏、打牌等。
2.2 严格消毒隔离 心脏移植术后,使用免疫抑制剂及各种侵入性操作,术后发生感染机会大大增加,因此,术前除在隔离室内安装静电空气净化机外,还对所

有进入室内的设备用1:10金星消毒液擦拭,并用甲醛($40\text{ml}/\text{m}^3$)加高锰酸钾($30\text{g}/\text{m}^3$)进行室内熏蒸12小时。连续4天,每次随机抽检物品表面,达到净化标准。患者术毕进入隔离室后,要求任何非无菌的设备在室内停留的时间尽可能缩短。室内每天用1:10金星消毒液擦拭物品表面3次,并用紫外线灯照射4次,每次50分钟,更换消毒隔离衣裤、口罩、帽子。两次更鞋后入室。患者用物(包括布类、便盒、餐具)均经高压消毒后使用。手术创口及所有静脉插管每班必须用碘剂消毒并更换敷料及管道,医务人员接触患者之前,先用0.2%过氧乙酸泡手后戴无菌手套,所有深部插管拔除时均作细菌培养。

2.3 术后并发症的观察和护理

2.3.1 排异反应的观察 排异反应以急性排异反应最常见^[2],多发生于术后数天至几周内,临床表现有各种心律失常、发热、乏力、胸闷及心力衰竭等。在护理中应注意患者主诉、各种临床表现和心功能的变化。

2.3.2 低心排出量 低心排出量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竭所致肺动脉高压引起的右心衰竭。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、高渗透析等。

2.3.3 肾功能的维护 肾功能下降常发生在术后几天内,原因有术前肾前性氮质血症、围手术期血流动力学不稳定,以及环孢霉素A(CsA)的副作用等。其主要临床表现有: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 $>17.9\text{mmol}/\text{L}$,血肌酐 $>422\mu\text{mol}/\text{L}$,肌酐清除率下降50%以上,贫血及水肿等。通常术后尿量成人为 $40\text{ml}/\text{h}$ 以上,若发生少尿,一定要及时报告医生处理。首先要检查导管是否通畅,排除机械性梗阻的原因后观察血容量是否已经补足。护理上要注意中心静脉压(CVP)的监测,如CVP低、少尿,要先补液,使CVP正常,观察尿量是否增加;如CVP正常,容量够,用快速补液试验来判断是否急性肾功能衰竭。治疗方案要全面支持,如使用血管活性药物及利尿剂,维持肾脏有效灌注起到利尿的作用;适量输入白蛋白,防止组织水肿;比较新的治疗方法是心房钠肽样物质的应用。

2.3.4 感染 感染是心脏移植术后仅次于排斥反应最常见的并发症,肺炎最多见^[3]。感染的因素有免疫抑制剂的作用、创伤性处理、各种引流管以及院内感染等。感染的病原菌有细菌、病毒、真菌、寄生虫等,波及部位有肺、胸骨切口、纵隔、尿路、皮肤和中枢神经系统

等。术后患者住层流病房,严格消毒隔离;尽早拔出有创导管,减少侵入性治疗。更换输液装置及各种无菌敷料1次/d;两性霉素B 6.25mg加入注射用水10ml氧气雾化吸入4次/d;每2小时协助排痰1次;口腔护理2次/d;会阴护理2次/d;定期行空气、痰、咽拭培养等。

2.4 营养护理 对心脏移植患者的营养护理有着重要意义。术前患者因充血性心力衰竭的分解代谢产物作用,肺长时间淤血,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改善心功能。手术前为降低心脏负荷,饮食中限制钠盐,每日0.5~1g(相当食盐1.0~2.5g),术后根据患者的情况配置合理的膳食,每日分3~5餐进食,特别应注意的是术后患者由于激素的应用,心功能好转,多数食欲好、食量大。护士必须根据营养师的要求提供饮食,在监测血糖的基础每日2次监测患者的体重,控制患者体重上下不超出0.5~1.0kg。为患者提供高蛋白、高维生素、富含钙质、易消化的清淡食物,切忌暴饮暴食。

3 出院指导

在经过术后1周的严密监护及2~3周的调整后,免疫治疗药物的平衡点已基本确定,同时脏器功能也得到了有效恢复,患者准备出院,此时应做好出院指导。①服药:出院后重视按医嘱服用各种药物的必要性,特别是免疫抑制剂是需终身服用的药物,不能擅自增减或更改药物及服用的时间和剂量;②术后3个月内不得参与重体力劳动,秋冬季节防止感冒,以免增加心脏负担;③定期复查:术后1个月、3个月、半年、1年来院复诊1次;④培养日常自护能力:学会测量及记录心率、血压、体温、尿量、体重等,维持心率80~90次/分,心律整齐规则,控制体重上下不超过2kg;⑤重视排斥反应的信号:如出现不明原因的全身不适、体温升高、精神不振、食欲下降、心悸气短、心律不规则、尿少、体重超标等,应立即与医生联系,同时以最快速度返回医院检查,以免延误治疗时机。

参考文献

- [1] 易云峰. 同种原位心脏移植三例[J]. 江西医学院学报, 2005, 45(4): 54.
- [2] 杨淑玲, 赵 嵘, 杨晓燕. 心脏移植的现状和护理新进展[J]. 国外医学·护理学分册, 2001, 20(2): 60-64.
- [3] 杨秀玲, 贾 宏, 崔会丽. 心脏移植患者术后感染的原因及护理[J]. 2004, 25(21): 1957.

(收稿日期: 2007-04-04)

(本文编辑 徐 衡)