

心脏移植围手术期治疗护理体会

白永菊, 张冉 (解放军白求恩国际和平医院, 石家庄 050082)

关键词: 心脏移植; 围手术期医护

中图分类号: R 654.28 **文献标识码:** B

文章编号: 1002-3429(2006)12-0017-02

心脏移植是治疗终末期心脏病成熟和有效的方法, 可显著改善患者的生活质量, 延长生命。我院为 1 例晚期缺血性心肌病合并 2 型糖尿病患者成功施行原位心脏移植术, 效果满意, 现将围手术期治疗护理体会总结如下。

1 病例资料

男, 47 岁。诊断为晚期缺血性心肌病, 巨大左室室壁瘤, 左心功能衰竭(左心衰), II 型糖尿病。充分术前准备后在全麻低温体外循环下行标准式同种异体原位心脏移植术。术后呼吸机辅助呼吸 15 小时, 采用免疫抑制剂、抗生素、血管活性药物、利尿药、静脉营养等综合治疗措施, 检查肾功能、血生化、血常规、血气分析等各项监测指标正常。病人未发生急性排斥反应、感染、左心衰等术后早期严重并发症, 术后 25 天搬出隔离监护病房, 住院 3 个月出院。随访至今 18 个月, 生活质量良好。

2 护理方法

2.1 心理护理 ①术前的心理护理: 目前临床已将病人的心理素质被列为心脏移植的选择标准之一^[1]。本例自身对心脏移植手术相关知识有一定认识, 有手术要求, 但也存在一定的顾虑和恐惧心理, 特别是家属对手术顾虑较大, 多方打听和咨询, 甚至动用国外的亲属上网查询, 对手术犹豫不决。为此, 术前我们特别注意通过与家属谈话交流, 把国内外目前开展心脏移植的现状、新闻报道等资料结合患者本身的病情做了详尽介绍, 尤其仔细画图讲解手术的方法、过程及围手术期可能出现的并发症、术后各种注意事项, 认真做好病人与家属的心理疏导工作, 尽管起初因家中成员意见不统一中途出院一次, 但最终了解了手术的必要性和重要性, 决定接受手术, 并表示积极配合。②术后心理护理: 一般心脏移植术后病人需较长时间住在隔离病房, 加上病情危重、沟通障碍、免疫抑制剂不良反应等易产生不安、紧张、孤独、忧郁等负性情绪, 围手术期使用皮质类固醇等药物也可引起相应神经、精神症状^[2], 为此, 我们在病人心脏移植术后拔除气管插管并从全麻中清醒后即安排护理人员与之交谈, 以减轻其孤独、忧郁心理, 适时安排病人家属进病房短时无交流、照顾或允许家属与患者进行电话交流。我们体会: 对接受心脏移植的患者, 一

旦其病情稳定, 应尽快解除隔离, 尽早搬出隔离监护病房, 缩短隔离日期, 对患者的康复有积极意义^[1]。

2.2 预防并发症的护理

2.2.1 防止排斥反应的护理: 排斥反应是导致心脏移植术后病人死亡的主要原因^[3], 急性排斥反应多发生在术后 1~20 周, 临床表现为乏力、周身不适、食欲缺乏、心悸、气短、发热等。由于急性排斥反应可骤然出现, 故护士及时捕捉反应前的敏感征兆非常重要^[4], 尤其是在更换免疫抑制剂或减药过程中, 更应注意病情变化。本例由于采用了福建协和医院制定的新免疫抑制剂使用方案^[5], 同时床旁心脏彩超定期监测未发生早期急性排斥反应。

2.2.2 预防感染: 感染是心脏移植术后仅次于排斥反应的第 2 大难题, 是导致手术失败的重要原因^[6]。为预防术后感染, 我们将患者安排在 10 万级层流洁净空气隔离监护病房, 严格执行消毒隔离制度, 严格无菌操作, 术后尽早停用呼吸机, 拔除气管插管及有创导管, 减少侵入性治疗。所需药品、物品均经 0.5% 含氯消毒液擦拭后方可进入隔离室, 床单、被套等生活用品均予高压蒸汽灭菌后方可使用。患者术后中心静脉压、肺动脉压、肺毛细血管楔压稳定, 48 小时拔除纵隔引流管、动静脉置管、导尿管等侵入性管道; 术后 72 小时拔除漂浮导管, 更换输液装置, 各种无菌敷料每日更换 1 次; 予氨茶碱 0.25 g 生理盐水 30 ml 加 α 糜蛋白酶超声雾化吸入, 每日 3 次; 为预防真菌感染予二性霉素 B 6.25 mg 加注射用水 10 ml 每日 4 次雾化吸入; 每 2 小时协助排痰 1 次; 每日行口腔护理 4 次, 会阴护理 3 次, 定期行空气、痰、咽拭子培养等。由于采取了上述有效措施, 本例避免了术后早期感染的发生。

2.2.3 低心排综合症的预防: 低心排综合症是心脏移植术后早期常见并发症。本例术后早期予强心、利尿及大剂量血管扩张剂多巴胺及多巴酚丁胺(微量输液泵精确控制用药剂量), 严密观察病情变化并据此调整药物剂量, 尤其注意及时调整多巴酚丁胺的剂量, 控制去神经移植心脏的心率, 有效地避免了低心排综合症的发生。

2.2.4 免疫抑制剂不良反应的护理: 本例术后采用麦考酚吗乙酯(骁悉)、环孢素 A 加泼尼松三联用药, 我们严密注意这些药物的不良反应并采取了以下防护措施: ①每日检测肝、肾功能, 并根据结果对症处理。②严密观察消化道反应。为预防病人术后因服用环孢素 A、麦考酚吗乙酯

(上接 16 页) during the transplant hospitalization [A]. In: Kirklin JK, ed. Heart transplantation [M]. Birmingham: Churchill Livingstone 2002. 375-389.

[8] Coe PF. Managing pulmonary hypertension in heart transplan-

22-28; 29-30

[9] 李增祺, 廖崇先, 廖东山, 等. 16 例心脏移植术后早期感染的防治 [J]. 中华器官移植杂志, 2001, 22(4): 224-226.

(收稿时间: 2006-08-26)

引起的食欲缺乏、恶心、呕吐、腹泻等胃肠道不良反应,我们提前采取保护胃肠黏膜、促进消化、扶植正常菌群等预防措施,收到满意疗效,患者无不良反应发生。③皮质类固醇的不良反应的处理。本例术后8天胸背部出现激素性痤疮、双下肢凹陷性水肿、腹部皮下脂肪明显增多。我们注意严格控制用量,防止水钠潴留,针对痤疮每日3次予复方氯霉素洗剂局部涂擦并及时更换衣被,对皮肤有破溃处注意清洁,防止感染。因大量应用皮质类固醇可削弱胃肠道的屏障作用,诱发消化道出血,所以,我们在大剂量应用皮质类固醇的同时预防性的予奥美拉唑及胃肠黏膜保护剂,防止发生消化道出血。

2.3 控制血糖的护理 本例因合并2型糖尿病,围手术期处理难度增大,特别是术后早期应用大剂量皮质激素,患者血糖波动范围较大,胰岛素用量不易掌握。为控制血糖,术后早期我们以微量泵持续静脉输入胰岛素,平均每小时输入1~2 U,确保了输入剂量的准确并注意观察病人精神状况,定时监测血糖,根据血糖情况随时调整胰岛素用量。血糖控制满意后改为餐前皮下注射,始终将空腹血糖控制在7.1 mmol/L左右,餐后血糖控制在10 mmol/L以下。术后第2天起,每日称体重,观察、了解病人食欲,营养师根据具体情况计算制定出病人每日所需热卡及碳水化合物总量,合理安排每日进食次数和总量,必要时静脉输入白蛋白、氨基酸等,以维持和增强机体抵抗力。上述措施取得满意疗效,患者无相关并发症发生。

2.4 各种管道的护理 牢固连接动、静脉插管,防止松脱、扭曲或气泡进入,定时用0.1%肝素稀释液冲洗管道,以保持各管道通畅;桡动脉处每次采集血气后用肝素液冲洗,严禁在漂浮导管内加药,确保管道通畅;心包纵隔引流管每15~20分钟由近心端向远心端挤压1次,并观察引流液的颜色、性质、引流量;根据血氧饱和度、听诊、气道压力等情况适时吸痰;留置导尿管接精密漏斗型接尿仪,此不仅保证了泌尿系统的密闭性,且便于精确计算尿量。

2.5 饮食护理 术前即开始限制患者钠盐的摄入,钠盐的摄入控制在每日0.5~1 g同时予高蛋白、低脂、易消化的饮食,以降低心脏负荷,增加抵抗力。术后留置胃管期间予高热量、高碳水化合物、维生素丰富的匀浆饮食,以保证热量的摄入(2 400 kJ/d)。应用利尿剂期间注意补充钾及多种维生素,另外,由于术后活动受限,加上利尿和类固醇激素的作用往往短时间内可出现骨质疏松,故嘱其多吃高钙的食物。

3 出院指导

心脏移植术后指导病人及家人出院后的注意事项十分重要。我们详细告诉病人出院后每日坚持服用免疫抑制剂的必要性和重要性,嘱患者生活要有规律,禁烟、禁酒,进低脂、高钙饮食,禁食刺激性食物,特别要讲究饮食卫生,防止感染、腹泻影响抗排斥反应等药物的吸收和疗效,让病人熟悉并牢记出现排斥反应的常见临床症状,以提高自我护理能力,主动定期到医院复查。本例痊愈出院后随访至今已18个月,生活质量良好。

参考文献:

- [1] 王玲. 术前访视在围手术期护理中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2004, 20(4A): 53.
- [2] 汪曾炜, 刘维永, 张宝仁. 心脏外科学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2003. 1795-1803.
- [3] 郭尚耘, 许乐. 原位心脏移植的手术配合[J]. 中华护理杂志, 2002, 37(2): 144-145.
- [4] 廖崇先, 李增祺, 陈道中, 等. 原位心脏移植 18例[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2001, 17(4): 204-206.
- [5] 黄雪珊, 廖崇先, 陈道中, 等. 免疫诱导治疗预防移植心脏急性排异性反应的临床经验[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2004, 20(2): 118-119.
- [6] 李增祺, 廖崇先, 廖东山, 等. 16例心脏移植术后早期感染的防治[J]. 中华器官移植杂志, 2001, 22(4): 224-226.

(收稿时间: 2006-09-05)

心肺复苏中的相关问题探讨 (附 249例报告)

王宝, 黄美萍 (大同煤矿集团公司第三职工医院, 山西 大同 037017)

关键词: 心肺复苏; 静脉溶栓

中图分类号: R654.1 **文献标识码:** B

文章编号: 1002-3429(2006)12-0018-03

心肺复苏(CPR)指对心脏骤停者所采取的及时而有效的抢救措施,目的是使已经停止的心脏排血和呼吸功能得到恢复。由于病种的复杂和病情危重,在施救的过程中,医护人员在采取有效措施挽救病人生命的同时,还会涉及到诸如是否需要CPR、CPR的持续时间以及目标等医学伦理和道德问题。本文通过对我院急诊科2002年1月~2005年12月间接诊的院前死亡及急诊抢救室进行的心肺复苏的249例情况作一回顾性分析,探讨CPR中存

1 临床资料与方法

1.1 一般资料 本组249例全部为就诊时呼吸、心跳已停止的患者(就诊时病情危重,尚有呼吸、心跳,经急诊抢救无效死亡者未统计在内),其中男209例,女40例;年龄最小4岁,最大82岁,平均36.5岁。根据患者家属、目击者或其他相关人员所提供的病因及医师的临床推断分类如下:各类创伤156例,猝死60例,中毒11例,电击伤7例,慢性病终末期及癌症晚期6例,自缢5例,溺水4例。

1.2 抢救场所及方法 所有病例CPR均在急诊抢救室内进行,并采取以下措施。①胸外按压:操作者全部经过CPR专门训练,按压方法执行“国际CPR指南2000”标准。