

1 例同种异体原位心脏移植的手术配合

王 惠, 许丽娟, 郭 玲

(江苏省泰州市人民医院 手术室, 江苏 泰州, 225300)

关键词: 心脏移植; 手术配合; 讨论

中图分类号: R 473. 6 文献标识码: A 文章编号: 1672-2353(2006)05-0095-02

心脏移植已逐步成为临床上治疗某些终末期心脏病的一种切实可行的措施^[1]。江苏省泰州市人民医院心胸外科 2005 年 4 月 1 日成功地为 1 例终末期心肌病患者施行原位心脏移植手术, 手术进展顺利, 术后患者无并发症发生, 心功能良好, 现将心脏移植的手术配合总结如下。

1 临床资料

患者, 男性, 40 岁, 工人, 体重 70 kg, 血型为 B 型, 因活动后心慌、气促及胸闷 2 年余, 反复发作, 症状加重时伴呼吸困难需端坐位, 经心脏彩超、心功能检查等确诊为扩张型心肌病, 内科治疗效果不佳, 心功能 II 级, 心电图提示: 完全性左束传导阻滞。手术时间 260 min, 输血 600 mL, 术后患者一般状况良好, 血流动力学指标正常, 心功能 I ~ II 级。供者为脑死亡, 男性, 异地取供心, 供受体之间 ABO 血型一致, 淋巴细胞毒抗体试验阴性率 < 10%。

2 术前准备

术前讨论: 在确定为患者施行心脏移植术前, 组织有关科室参加术前讨论, 详细了解病情, 手术步骤及手术配合的特殊要求。并在院领导全力支持下, 各方面进行配合确保手术成功。

患者的准备: 护士术前要评估患者的心理状态, 患者长期患病, 体质虚弱, 痛苦较大, 对移植手术既抱希望而又有恐惧心理, 护士应增强患者的自信心, 使患者能以最佳状态等待合适的供心进行手术。心理支持对不同心理状态的患者均有良好的正面作用, 尤其是对恐惧、紧张的患者效果突出^[2]。

环境的准备: 心脏移植手术对环境的要求非常高, 手术应安排在层流手术间内, 于手术前 1 日及手术日晨手术间应彻底消毒, 消毒后严禁人员

出入, 以免影响室内空气质量^[3]。

物品的准备: 除体外循环常规器械外, 另备取供心的器械、修剪器械和移植吻合的器械、无菌冰水、冰屑的准备, 心肌保护液的准备等。

护士的准备: 分工明确, 确定取心、修心及移植三部分人员, 术前应做好护士的培训, 参加术前讨论并掌握手术步骤及生理解剖, 以更好地配合手术。

3 术中配合

巡回护士的配合: 患者入室后巡回护士要热情接待, 调节好温、湿度, 认真核对患者病历, 协助麻醉医生按无菌操作原则进行操作并保护好各种管道, 放置鼻、肛温探头, 在麻醉状态为患者导尿, 妥善放置好手术体位, 术中严密观察病情, 在医生指导下进行用药、输液、输血并随时添加手术中的各种物品, 监督室内人员执行无菌原则, 减少人员流动, 创造安静舒适的手术环境。

洗手护士的配合: ① 受体心脏的切除: 常规进胸腔后, 建立体外循环, 插上、下腔管, 用主管阻断钳夹闭升主动脉, 切除受体心脏, 保留左房后壁及 4 个肺静脉开口^[4]。② 供心的修剪: 在手术中进行, 修剪的操作应严格掌握在冰盐水中进行, 绝不可将供心提出冰盐水面操作, 以免使心肌温度上升, 耗 O₂ 增加, 缺血损害加重, 并影响心脏的复跳。修剪时应注意保护好窦房结。③ 供体心脏的植入: 供心修剪完, 放入受体心包腔中并持续将冰盐水灌入心包内, 然后用 3-0 prolene 行供、受体左房吻合, 4-0 prolene 依次行供、受体右房吻合、主动脉吻合、肺动脉吻合, 最后用 5-0 prolene 行供、受体上、下腔静脉吻合。心脏复跳后应注意各吻合口是否渗血, 如有渗血, 应尽快补缝。当心脏舒缩良好, 循环稳定后, 拔体外循环插管, 置起搏导线, 放置引流管后关胸。

4 配合体会

合理安排人员,提高配合质量:心脏移植手术是系统的复杂工作,要求各部门默契配合,才能保证手术的顺利完成,故术前应做好护士的培训,参与病例讨论,请术者讲解手术的方法及对器械用物的特殊要求。

心脏移植术中最关键的问题是心肌的保护:供心保护贯穿在供心采取和移植吻合的各个环节之中,因此缩短手术时间,术中冰盐水持续灌注,术中用冰屑都有很高的要求,手术室护士应保证术中用冰和心肌保护液的温度和质量。

严格执行无菌技术操作:心脏移植术后感染关系到手术的成败,手术中应严格执行消毒隔离

制度,严格限制参观人员。在手术灯上安装摄像系统,确保无参观人员进入手术间参观,使室内人员走动控制在最低限度,所有手术器械均经高压灭菌,手术护士术中严格执行无菌技术操作,保持术野整洁干燥,如有潮湿及时加湿无菌巾。

参考文献

- [1] 夏求明. 现代心脏移植[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 86.
- [2] 陈爱华. 心理护理疗效评价与影响因素与探讨[J]. 实用护理杂志, 2001, 17(5): 41.
- [3] 戴阿娟, 仲建华. 器官移植手术中护理质量的控制[J]. 实用护理杂志, 2006, 1(1): 66.
- [4] 夏求明. 现代心脏移植[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 139.

(上接第 94 面)

良好。故应做好颅骨牵引的护理。头部垫软枕圈,抬高床头 15 cm,牵引的重量为体重的 1/10,保持牵引力线与颈椎中轴线一致,牵引弓针眼处保持清洁干燥,每天用碘伏消毒液消毒。在进手术室时解除牵引和恢复期解除牵引时应用颈托固定。同时预防肩背部和其他部位发生压疮。

2.2 术后的护理

继续颅骨牵引 1 周,做好牵引护理,保持正确体位,头、颈、躯干在一条轴线上,在翻身时采取轴线式翻身,避免颈部的过伸活动、过早起床^[3]。

呼吸道护理:术后进行心电监护,密切观察患者呼吸、心率、血压,持续吸氧,根据血氧饱和度来调整氧流量。因手术经路采取经硬腭入路,故需气管切开,且可预防因手术后舌和咽喉部肿胀所致的通气障碍。该患者手术后发生了明显的舌及咽喉部肿胀。做好气管切开的护理,严格执行无菌原则,及时吸出呼吸道分泌物,翻身时轻度拍背,促进排痰,保持气道适当的湿度,可在套管外口盖双层湿生理盐水纱布^[3]。常规给予庆大霉素 8 万 u、α—糜蛋白酶 2 000 U 和沐舒坦 5 mg 加入生理盐水 20 mL 雾化吸入,2 次/d,可减轻水肿,鼓励患者深呼吸。

硬腭处切口观察及口腔护理:硬腭处切口会有少许渗血,可致口腔内血性异味,也是口腔内微生物的培基,感染是经口咽入路的严重并发症

据报道伤口感染率高达 31.6%^[3],要鼓励患者吐出,必要时用吸引器吸出。口腔护理 1 次/q6 h,保持口腔清洁无异味,观察硬腭切开的缝合是否牢固及切口周围粘膜的色泽是否红润。

基础护理及功能锻炼康复护理:在手术前颅骨牵引期和手术后,每日为患者床上擦浴,保持被褥衣裤的清洁平整,使患者感觉舒适。手术后给予营养易消化的饮食。长时间卧床可使患者肌肉萎缩,肌力下降,故为防止肌肉挛缩和关节僵硬,术后早期给上、下肢肌肉按摩和行关节的被动活动,肌肉应按摩 5~6 次/d,20~30 min/次,关节的被动运动只需少量即可,但每一单次被动活动必须达到最大的幅度。上肢主要锻炼手的握与捏功能,恢复肌肉力量。下肢主要加强屈髋、屈膝及踝关节的肌肉锻炼,以保证下肢负重与行走的功能。锻炼以主动活动为主,被动活动为辅。

参考文献

- [1] 王绍梨. 带虹膜人工晶体在外伤性无虹膜无晶体眼的应用[J]. 中国实用眼科杂志, 2002, 20(5): 365.
- [2] 谢冰华, 刘艾红, 王利婷. 颈椎前路术后患者的护理体会[J]. 实用护理杂志, 1999, 15(2): 11.
- [3] 蓝慧兰. 机械通气患者吸痰前气管内滴注生理盐水湿化的比较研究[J]. 中华护理杂志, 2005, 8: 567.
- [4] Jones DC, Hayter J P, Vaughan E D, et al. Oropharyngeal morbidity following transoral approaches to the upper cervical