

心脏移植术后的护理

张惠萍 梁笑霞 廖旭嘉

[摘要] 目的 总结 10 例心脏移植术监测护理的体会。方法 通过对 10 例心脏移植术后受者进行监护治疗,及时发现并发症并对症治疗,使受者度过心脏术后右心功能不全、感染、急性排斥等并发症。结果 9 例受者痊愈出院,1 例受者出现急性供心衰竭死亡。结论 心脏移植是终末期心脏病最有效的方法,加强术后监测和护理,能减少术后并发症的发生,提高心脏移植成功率,提高心脏移植术后受者的生活质量。

[关键词] 心脏移植 术后 护理

心脏移植是目前治疗心脏衰竭期的最佳治疗方案^[1]。加强加强术后监测和护理,能减少术后并发症的发生,提高心脏移植成功率,提高心脏移植术后受者的生活质量。

1 临床资料

佛山市第一人民医院自 2006 年 11 月-2012 年 12 月进行了 10 例心脏移植术。其中男 8 例,女 2 例,年龄 22~61 岁。扩张型心肌病 9 例,冠心病 1 例。1 例采用标准式原位心脏移植,9 例采用双腔静脉吻合合法原位心脏移植。9 例痊愈出院,1 例出现急性供心衰竭死亡。

2 术后护理

2.1 各系统监测护理

2.1.1 循环系统 血流动力学监测:对受者进行心率、心律、ABp、CVP、SPO₂、PAP、左心排等监测,术后 3 d 内每天对受者进行床边十二导联心电图检查,有变化时随时检查。

2.1.2 呼吸系统监测护理 患者气管插管,呼吸机辅助呼吸时予高频低流量通气 6~8 mL/(kg·min),按需吸痰,减少不必要刺激及感染的机会。肺动脉高压受者,吸痰前应吸入 100%氧 2 min 以上,提高氧分压,以便缓解受者吸痰时受者缺氧情况。病情稳定应尽早拔除气管插管,拔管后应对受者进行胸肺部物理治疗,如叩击背部、体位引流等,鼓励病人深呼吸及有效咳嗽、排痰。

2.1.3 泌尿系统的监护 尿量监测:记录每小时尿量,尿量变化根据 ABp、CVP、心排量等进行综合分析判断。尿管护理:每日尿道口抹洗 2 次,防止泌尿系统感染,病情允许,及早拔除尿管。肾功能监测:每天测 BUN,血肌酐,尿比重保持 1.010~1.020^[2]。

2.1.4 其他系统监测 神经系统:麻醉清醒前每小时观察并记录受者的神智、双侧瞳孔直径、对光反射,清醒后,检查受者的四肢肌张力,及时发现脑部病变。消化系统:观察受者胃肠功能,肝功能不全受者应注意观察其皮肤巩膜黄染程度、大便情况,及时发现应激性消化道出血。

2.2 排斥反应监测 急性排斥反应多发于术后 1~20 周内,观察其临床表现主要有:体温升高、血压下降、恶心、呕吐、食欲不振、关节酸痛、全身乏力、胸腔积液、早搏出现等。急性排斥反应监测主要依据:心肌中心电图(IMEG)、症状、体征、心电图、超声心动图、血清心肌酶学指标、心肌活检等。迄今为止,在 X 线造影下行心内膜心肌活检仍然是文献报道中诊断排斥反应的金标准^[3]。本研究 9 例受者没有出现排斥反应的症状体征,没有进行

心内膜心肌活检。

2.3 防感染护理 给予病人保护性隔离,病人的衣物、床上用品,要进行高压消毒。谢绝探视。工作人员必须穿隔离衣、换鞋、戴帽子和口罩,接触病人前应用消毒液抹手。受者被转出病房 2 周内仍需被隔离,每天用紫外线对其病房进行消毒 2 次。

3 结果

5 例受者术后 1 周内并发高血压,血压波动 140~220/80~120 mmHg,1 例受者因高血压并发脑出血,经开颅血肿清除痊愈。高血压受者经使用微泵硝普钠,静脉降压,加上口服络活喜、洛丁新后,血压控制在正常范围内。4 例受者术后肝功能不全,给予阿托莫兰、天晴甘美等治疗后好转。3 例受者出现血糖高,围手术期予诺和灵 30 R 静脉微泵推注及皮下注射或口服达美康等治疗后,血糖控制在 6~10 mmol/L。1 例受者痰培养结果为白假丝酵母菌,经治疗后痊愈。1 例受者术后 10 d 出现大量心包积液,经 B 超下穿刺抽液共 750 mL 后好转。9 例受者痊愈出院,1 例受者供心衰竭死亡。

4 讨论

心脏移植手术是治疗终末期心脏病的首选方法^[4],加强患者的术后监测和护理是对提高手术成功率,提高受者的术后生活质量有重要的意义。心脏移植术后,供心呈现去神经支配状态,本研究 10 例病人术后 3~7 d 内常规使用多巴胺、多巴酚丁胺 5~10 μg/(kg·min),维持目标心率 90~110 次/min,中心静脉压 4~10 cmH₂O,减小心室充盈时间,减少右心功能不全的发生机率。护士更换药物时,应微泵对微泵更换,保持药物的持续性,减少因更换药物对循环稳定性的影响。停用药物时,应逐渐减停,不宜突然停药。

术后用量及输液速度的控制:术前大剂量使用激素免疫抑制治疗,容易造成水钠潴留、低血钙、供心用量负荷过大。心脏移植术后前 72 h 必须积极利尿,保持低水平的右心前负荷(以 CVP 在 4~10 cmH₂O 为宜)以保证心肌收缩的最佳初始长度^[5]。维持受者尿量 2~3 mL/(kg·h)。发现受者尿少时,应使用速利尿尿,必要时,微泵推注速尿 10~20 mg/h。大剂量利尿会导致受者电解质及酸碱失衡,因此,应每 2~4 h 对受者进行动脉血气监测,根据血气分析结果纠正酸碱和电解质失衡。低钾时,微泵推注 30% 氯化钾、5 mL 的 25% 硫酸镁。补钾后,注意钙剂的补充。受者每小时的入量应等于前 1 h 的排出量。在血流动力学稳定时,液体的出入量平衡为每天负 500~2000 mL,同时,应使用输液泵控制输液速度。

1 例肺动脉高压受者使用了前列腺素 0.03~0.05 ng/(kg·min)

急性心肌梗塞PCI术中护理配合

王素霞 周素梅 徐国红

[摘要] 目的 探讨急性心肌梗塞直接冠状动脉介入治疗的护理经验。方法 对 60 例急性心肌梗塞患者行心脏直接冠状动脉介入治疗并对手术中护理经验进行总结。结果 本组 60 例患者均成功置入心脏药物支架,效果好,狭窄或闭塞的血管获得了再通,术中病人出现心率慢、血压低、心律失常等并发症都及时给予积极对症处理,病人手术顺利,抢救成功率 100%。主要护理措施包括术前备齐抢救设备及药品、术中密切观察病情变化、保持血流动力学稳定、做好抗凝治疗、术中合理有效的护理配合等。结论 对急性心肌梗死患者进行合理有效的术中配合是冠状动脉腔内支架置入成功的重要保证。

[关键词] 急性心肌梗死 冠状动脉介入治疗 护理

急性心肌梗死是指冠状动脉急性闭塞、血流中断所引起的局部心肌的缺血性坏死,临床表现可有持久的胸骨后疼痛、休克、心律失常和心力衰竭^[1]。急性心肌梗死发病率逐年增多并呈年轻化趋势。经皮冠状动脉介入治疗PCI是急性AMI心肌梗塞治疗中重要的再灌注方法。术中护理配合关系到AMI患者手术成功及疾病康复进程,我科 2012 年共行AMI急诊PCI术 60 例,效果显著,现将护理配合总结如下:术中经过冠状动脉造影,明确冠状动脉病变部位、狭窄及闭塞的程度,选择合适的导引钢丝、指引导管、球囊、扩张狭窄的冠状动脉或使闭塞的冠状动脉迅速再通,尔后置入药物涂层支架,实现心肌组织的有效再灌注,减少心肌的坏死面积。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2012 年 1-12 月共行AMI急诊PCI术 60 例,男 42 例,女 18 例,患者平均年龄 38~82 岁,右冠状动脉梗死相关血管 25 例,前降支 20 例,回旋支 15 例。

1.2 方法 患者平躺于导管床上,穿刺右侧桡动脉或股动脉送入 6 F 动脉鞘管,用桡动脉造影管或JR 4.0/JL 4.0 冠状动脉造影管行冠状动脉造影,以明确病变部位、程度及范围,通过外鞘管送入指引导管、从指引导管内送入导引钢丝及球囊至病变部位,连接压力泵加压使球囊扩张,病变狭窄的血管也随之扩张,注入造影剂造影,观察扩张后冠脉效果,效果满意置入药物涂层支架。

1.3 治疗结果 本组PCI患者 60 例中,并发心率慢、低血压 6 例遵医嘱及时应用阿托品、多巴胺等对症处理后好转,其中

1 例病人应用血管活性药物的基础上血流动力学指标仍无改善,及时应用主动脉球囊反搏技术,病人转危为安。出现慢血流现象 2 例经应用硝酸甘油、欣维宁后好转。发生室颤 3 例,立即电除颤,应用肾上腺素、胺碘酮等积极处理后转为窦性心律。出现血管迷走反射 1 例,立即静脉给予阿托品 0.5 mg、多巴胺 5 mg,加快输液速度病人好转。60 例患者术中经积极对症处理后,均顺利完成手术,无死亡病例。

2 护理

2.1 术前准备 准确核对患者姓名,热情接待患者入导管室,立即进行术前准备的同时,多和患者沟通,消除患者紧张、恐惧的心理,以积极的心态配合手术。向患者充分介绍术中为了获取清晰的图像,手术床、DSA的C臂会上、下、左、右移动,不要害怕。告之患者术中护理人员会陪伴在病人身旁,进行心电、血氧监护,常规导联电极会贴在胸前,但是这样会影响手术时透视图像的观察,所以把电极分别贴在双上肢、双下肢。手术时医生都站在病人右侧操作,最好把留置针建立在病人的左上肢,以便术中随时用药,根据病人穿刺的部位,把冠状动脉造影所需要的材料打到无菌台上,配置好硝酸甘油、肝素、利多卡因稀释液,备好各种急救药品及急救设备,如临时起搏器、除颤仪、氧气、负压吸引等。

2.2 术中护理配合

2.2.1 帮助病人摆好体位,协助医生消毒、铺无菌单、排气、连接造影剂及有创血压测压管。然后进行动脉穿刺、插管,成功后进行冠脉造影和支架置入术。

2.2.2 术中各种并发症的观察及处理

2.2.2.1 严密观察各种心律失常的发生,急性心肌梗死病人心肌电活动不稳定,血管闭塞导致的急性心肌缺血和血管再通后出现的再灌注以及导管尖端嵌顿在冠状动脉口过深均能引起

降肺动脉压治疗,还加用肾上腺素 0.03~0.1 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 强心治疗,延长了呼吸机的使用时间,根据血气分析的结果及双肺的呼吸音,每日摄胸部X线片了解肺部情况,查看肺纹理和心影大小,受者顺利拔管,拔管后给予万维他雾化吸入,降肺动脉压治疗术后第 10 天受者烦躁不适,中心静脉压高,B超检查显示大量心包积液,在B超引导下穿刺抽液共 750 mL,经严密观察并及时处理症状好转。

鼓励血流动力学稳定的受者多进行床上活动,避免下肢静脉血栓形成。护士评估病人早期离床活动,对其进行指导,使受者尽早恢复自理能力,尽早康复出院。□

参考文献

- [1] Smith L, Farroni J, Baillie BR, et al. Heart transplantation on answer for end-stage heart failure[J]. Crit Care Nurs Clin North Am, 2003, 15(4): 489-494.
- [2] 陆翠玲, 张秀琴. 1 例同种异体原位心脏移植术后病人的血流动力学监测及护理[J]. 护理学研究, 2008, 22(1 B): 274-275.
- [3] 夏求明. 现代心脏移植[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 168-175.
- [4] 郭加强, 吴清玉. 心脏外科护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 915-926.
- [5] 黄雪珊, 陈道中, 陈良万, 等. 去神经移植心脏血流动力学特点[J]. 中国病理生理杂志, 2005, 21(10): 1958-1961.