

应由医师根据硬肿患儿实际情况计算需要量。按医嘱将葡萄糖和脂肪乳剂相混合后,再加入微量元素,最后加入维生素制剂。

3.2 营养液的应用方法

中心静脉营养法操作难度大、合并症多,一般不予采用;多采用周围静脉营养法。应选择弹性好、走向清晰、较粗的头皮静脉为首选,对于血管穿刺困难的患儿,可采用静脉留置针。将配制好的营养液与输液器微泵相连接,保持输注速度恒定不变。

3.3 静脉营养液应用中的护理与注意事项

3.3.1 静脉高营养液在输注过程中不能与其他液体相混合,以免发生不良反应。

3.3.2 根据输液量及病情掌握输注速度,使用微量输液泵严格控制输注速度,输注速度不可太快,要求 24 h 匀速滴入,以免血糖过高。严格记录输入量及速度,根据病情加以调节,以防输液速度过快引起心力衰竭和肺出血。早产儿一般不超过 $7 \text{ ml/h}^{[1]}$ 。

3.3.3 输注过程中应严密观察局部有无渗出肿胀,以防高营养液渗出刺激皮肤引起皮肤坏死。

3.3.4 静脉营养液必须现用现配,配制成的营养液保存在冰箱内,但超过 24 h 不得再使用^[1]。

3.4 病情的观察与护理

3.4.1 胃肠道外营养疗程一般 7~10 天,其间应常规监测血糖、血生化、尿素氮、血脂、肝功能、胆红素定量、血小板。

3.4.2 定时观察体温、脉搏、呼吸、血压、意识状态、以及其它反应,如皮疹、恶心、呕吐等。

3.4.3 根据患儿的体温、脉搏、呼吸、硬肿的部位、面积及程度、哭声、肌张力、尿量及四肢末梢循环的情况进行护理。

3.4.4 加强消毒隔离,定时进行空气、暖箱消毒。医护人员严格遵守操作规程。

3.4.5 认真观察病情,详细记录特护记录单,对患儿的生命体征,硬肿面积进行连续地评估并及时与医师取得联系,备好必要的抢救药物和设备(如多巴胺、肝素、止血敏、速尿等药物及氧气、吸引器、复苏气囊、呼吸机等),一旦病情发生突变,应分秒必争组织有效抢救。

4 讨论

通过采用胃肠道外营养疗法,及早供给患儿足够的热量,弥补各种原因所致的产热不足,促进硬肿的消退,疗效明显。治疗组总有效率达 90.9%,明显优于常规组,经统计学处理,差异有显著性意义。治疗组较常规组硬肿开始消退时间早,硬肿完全消退时间及平均住院天数缩短,说明胃肠道外营养疗法能达到减轻硬肿症的目的,值得在有条件的医院推广。

参考文献

- 1 孔德凤,马莉,主编.实用新生儿护理[M].济南:山东科学技术出版社,2002.28~30.
- 2 金汉珍.实用新生儿学[J].北京:人民卫生出版社,1996.286

(收稿日期:2003-08-12)

原位心脏移植术的护理配合

陈思 谢庆 冯慕贤 何杏婵

(广东省人民医院心血管病研究所手术室,广东 广州 510080)

摘要 目的 总结原位心脏移植术的护理配合经验。方法 熟悉手术操作规程备齐,物品和药物,做好患者心理护理,建立有效的浅静脉通道,术中严格做好无菌操作,密切配合供心采集及供心移植组人员顺利完成各项操作。结果 4 例患者中,除第 1 例于术后第 4 天死于手术意外,其余 3 例存活至今,生活质量较高,能正常工作。结论 心脏移植术是治疗终末期心脏病患者的有效方法,手术护士做好配合工作至关重要。

关键词 心脏移植 终末期心脏病 护理

Key words Heart transplantation Heart disease at final stage Nursing

中图分类号: R541 文献标识码: A 文章编号: 1002-6975(2004)02-0136-02

第 4 天死于手术意外, 3 例存活至今, 生活质量较高, 正常参加工作。现将心脏移植术的护理配合经验报道如下。

1 临床资料

本组受体 4 例, 男 2 例, 女 2 例, 年龄 23~42 岁, 体重 44~70 kg。其中 2 例诊断为扩张型心肌病, 2 例诊断为限制型心肌病, 术前心功能均为 IV 级。1 例因手术意外(行主动脉球囊反搏时, 导致腋动脉破裂, 腹腔大出血)于术后第四天死亡。3 例存活患者中, 1 例术后并发肺部感染, 经抗感染治疗后康复出院, 另 2 例未发生任何并发症。

供心 4 例, 其中 3 例异地采集, 心脏总缺血时间 173~195 min, 平均 181.7 min, 1 例在本地采集, 心脏总缺血时间 125 min。

2 手术方法

2.1 采心组

供体仰卧, 垫高胸背部, 全麻下消毒、铺巾, 胸骨正中切口开胸, 剪开心包后, 升主动脉或静脉注射肝素 3 mg/kg, 主动脉插灌注针, 接好灌注管道。阻断上、下腔静脉及升主动脉, 灌注 4℃ 斯坦福心脏停搏液 20 ml/kg, 同时剪开下腔静脉和右上肺静脉, 防止心脏膨胀, 主包腔内置 4℃ 生理盐水、冰泥, 灌注完毕, 依次剪断上、下腔静脉, 4 条肺静脉及左心房后附着组织, 升主动脉及肺动脉。取出供心, 立即置入装有 4℃ 生理盐水的大碗内, 再次灌注 4℃ 斯坦福心脏停搏液, 初步检查心脏各瓣膜无异常后, 将心脏及碗内溶液倒入三层小无菌塑料袋内, 用小棉绳扎紧封口后, 置入无菌容器中, 关紧开关, 再置入三层大无菌塑料袋中, 用小棉绳扎紧封口, 最后置入小冷藏箱内, 四周填满冰粒, 冷藏箱盖好后立即快速运送回院。运送途中, 须将小冷藏箱固定稳妥, 避免途中颠簸。

2.2 受心组

患者取仰卧位, 按常规手术消毒铺巾, 胸骨正中切口, 肝素化后建立体外循环, 上、下腔静脉套索带, 中低温下阻断主动脉, 先从右房室沟处切开右房, 于主动脉瓣上 0.5 cm 处切断主动脉, 肺动脉瓣上 1 cm 处切断肺动脉, 最后切断左房及房间隔, 取出受体病心。

及肺动脉(用 5/0 Prolene 线)。术中心肌保护采用 4℃ 冷血停搏液, 经主动脉根部灌注。4 例受体主动脉阻断时间为 91~106 min, 平均 98.5 min。主动脉开放后, 均电击 1 次复跳。

3 护理配合要点

3.1 术前准备

3.1.1 供心采集组的准备: 正中切口开胸器械及敷料 1 份, 无损伤钳及血管夹各 3 个, 涤纶缝线 6 条, 静脉留置针 14G、20G 各 2 个, 无菌冰泥 3~4 盒, 大、小无菌塑料袋各 4 个, 带开关有盖无菌容器 1~2 个, 小无菌棉绳 3 条, 输血管 5 条, 输液加压袋 1~2 个, 小冷藏箱(内装满冰粒)等用物。药物包括: 4℃ 斯坦福心脏停搏液 3 500 ml, (成分: 5% 葡萄糖 440 ml, 10% 氯化钾 10 ml, 5% 碳酸氢钠 16.8~20 ml, 50% 葡萄糖 2 ml), 肝素 300 mg, 5% 碳酸氢钠 250 ml, 10% 氯化钾 100 ml, 还有利多卡因、多巴胺、肾上腺素、异丙肾上腺素等适量。

3.1.2 受心组的准备: 术前 1 日及手术当日手术间彻底消毒, 严格控制人员出入。护士提前将术中所需的各种用物如器械、仪器、人造血管、垫片、起搏器及导线、胸内、外除颤板、冰泥等备好并放置妥当; 抢救药品如肾上腺素、多巴胺、多巴酚丁胺、利多卡因、异丙肾上腺素、新福林、氯化钙、硝普钠、消心痛等, 术日均按医嘱抽吸在注射器中备用。护士应熟悉此类药物的药理作用和常用剂量。

3.2 术中配合

3.2.1 供心组: 在熟练掌握手术步骤的基础上, 尽快将手术用物整理、准备好, 如冰泥、4℃ 生理盐水、期坦福停搏液。术中根据手术步骤, 依次紧密配合, 快速完成取心过程。尤其是主动脉阻断后及时灌注停搏液并保持灌注通畅, 灌注压力为 10.7~16 kPa, 灌注量为 20 ml/kg, 供体心脏停搏后, 将适量冰泥、4℃ 生理盐水置入心包腔, 供心取出后须进行第二次灌注, 最后协助术者做好包装工作, 并确保供心始终保存在 0~4℃ 的保存液中。

3.2.2 受心组: 患者进入手术室后, 巡回护士对患者做好心理护理, 耐心安慰患者, 同时用静脉留置针(16~18 G)建立静脉通道。为避免疼痛刺激引起病人精神紧张, 中心静脉穿刺、漂浮导管置入、插胃管、导尿等操作均于麻醉诱导后进行。术中准确记录出

器械护士配合要点是掌握手术步骤和特点, 充分做好各项器械、用物的准备, 如各吻合口所需的针线、垫片等, 备好大量的冰泥。按照手术的要求密切配合术者, 做到轻、快、稳、准, 全程严格执行无菌操作。

4 讨论

4.1 密切合作, 缩短供心缺血时间

心脏移植的工作需要多部门、多专业、多环节共同合作。手术护士须参与术前讨论, 了解注意事项, 掌握配合要点, 用物准备齐全, 密切配合各组人员顺利完成各项工作。

4.2 心肌保护

供心的良好保护是心脏移植术成功的关键之一。预防心肌损伤的主要措施是应用停搏液和维持心肌于深低温^[1]。而这两项措施与护士的工作密切相关, 如采取供心时心脏停搏液、保养液的温度等由

护士把关, 故术前应做好充分准备。

4.3 预防感染

心脏移植术病人在术后需要进行免疫抑制治疗, 而降低机体抗感染能力。感染是术后三大致死并发症之一^[2]。各组人员须严格执行无菌操作, 器械物品必须完全无菌。控制手术间人员数量, 减少人员流动。由于术中需要使用大量冰盐水、冰泥等, 所以器械台或治疗盘最好能铺上无菌塑料纸, 以免无菌治疗巾等布类不慎被弄湿而造成污染。

参考文献

- 1 周汉槎, 主编. 临床心脏移植[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1993. 58~148.
- 2 郑晓红, 王念组, 廖崇先, 等. 原位心脏移植术一例报告[J]. 中华器官移植杂志, 2002 23(3): 185.

(收稿日期: 2003-07-22)

临床护理路径在小儿普外科实施的效果评价

张彬 蒋璐杏

(湖南省儿童医院, 湖南 长沙 410007)

关键词 临床护理路径 患儿

中图分类号: R726.2 文献标识码: B 文章编号: 1002-6975(2004)02-0138-02

临床路径是指由医生、护士和其他人员对一特定的诊断和手术做出最恰当的有顺序的和有时间性的顾护计划^[1]。我院于 2001 年 12 月应用于临床, 现将结果报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象: 2001 年 12 月~2003 年 6 月在我院小儿普外科住院的待手术病人 227 例, 其中先天性巨结肠 68 例, 腹股沟斜疝 127 例, 先天性幽门肥厚 32 例。男性 168 例, 女性 59 例, 年龄 1 个月~16 岁, 平均 1.8 岁。将上述患儿列入实验组, 将 2000 年 5 月~2001 年 11 月同期未实施临床护理路径的 218 例病人列入对照组, 两组患儿年龄、性别、疾病种类及程度差异无显著意义($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 选择病种: 根据科室发展特点、病种量、难易程度等, 选出先天性巨结肠、腹股沟斜疝、先天性幽门肥厚三个病种的患儿进行临床护理路径的照护。

1.2.2 制定表格: 根据疾病过程、特点以及护理程序制定每日的护理路径。

1.2.3 主管医生、护士每日按照当日路径安排来做检查、治疗、护理、健康教育等。

1.2.4 质量考核: 如果每日按照路径的方法进行, 未出现变异, 病人满意, 则在考核表中打“√”, 如果因患儿、陪护人员或医务人员的原因造成路径推迟或中断, 应查找、分析原因, 及时处理, 并登记于“变异记录单”中, 做到尽量不影响原路径的进行。

2 结果(表 1~3)

表 1 两组患儿平均住院天数及健康教育知识掌握比较(天 %)

组别	先天性巨结肠	腹股沟斜疝	幽门肥厚
实验组	25(98)	5(99.5)	7(97.2)
对照组	26(85.2)	6(20.0)	8(27.8)