

度震荡可引起红细胞受破坏,红细胞内的 K^+ 释放到细胞外而至假性血钾升高,一般用 7~9 号针头为宜。及时追踪检验结果,以协助临床诊断治疗。

3.3 心电监护 观察有无心律失常的发生,心率、心律的改变。心律失常常出现房室阻滞、室性心动过速及室颤,甚至心脏骤停。心电图主要表现为 Q-T 间期延长, S-T 段下降, T 波低平、U 波明显。本组病人中有一例病人在补钾治疗过程中出现心律失常、呼吸困难,通过纠正心律失常,同时积极补钾治疗,2 天后病人痊愈出院。另一例患者在补钾过程中突发心跳、呼吸停止,立即给予心脏按压,静脉推注肾上腺素,气管插管,上呼吸机,脱水等保护脑组织,同时积极补钾治疗,5 min 后病人心跳恢复,2 h 后自主呼吸恢复,24 h 血钾恢复正常,4 天后病人步行出院,没有任何后遗症。因此有条件的最好给

予心电监护,密切观察心电图的变化,及时发现病情变化并采取有效的抢救措施。

3.4 密切观察病人的病情变化,注意四肢瘫痪有无好转,乏力有无减轻,活动能力是否增强。如病人肢体活动能力增强,乏力减轻,血清钾、心电图恢复正常,说明病情有所好转。反之应及时报告医生,给予有效的治疗措施。

参考文献

- 1 应斌存,林燕. Graves 病并发周期性麻痹 12 例分析[J]. 临床荟萃, 1999, 14(1): 11.
- 2 俞志斌,雷铭. 甲亢合并周期性麻痹 6 例分析[J]. 江西医药, 1997, 32(3): 169.
- 3 黄志军. 严重低钾血症 50 例诊疗分析[J]. 咸宁学院学报, 2003, 17(1): 53~54.

(收稿日期: 2003-12-22)

心脏移植围手术期感染的预防和护理

盘瑞兰 王晓秋 简媛

(广东省东莞市人民医院心胸外科, 广东 东莞 523018)

关键词 心脏移植 围手术期 护理

中图分类号: R541 **文献标识码:** B **文章编号:** 1002-6975(2004)05-0478-02

心脏移植术是终末期心脏病的唯一有效的治疗方法。由于异体心脏的植入,患者可能出现排斥反应,需用免疫抑制剂。自身免疫能力的抑制使感染成为心脏移植术后早期最常见的并发症之一,感染引起的死亡占移植后死亡率的 25%^[1],故心脏移植围手术期感染的预防与护理非常重要。我院 2003 年 4 月成功地施行一例同种异体原位心脏移植术,现患者顺利康复出院,报告如下。

1 临床资料

患者,男性,32 岁,于一年前轻体力劳动后出现心悸、气促、胸闷,2 个月前感冒后再次出现心悸、气促伴腹胀、乏力,确诊为终末期扩张型心肌病,房颤,心功能四级。于 2003 年 4 月 18 日在气管插管全麻体外循环下行同种异体原位心脏移植术,手术采用先吻合左房游离壁、房间隔,再右房,最后肺动脉、主

动脉顺序吻合,吻合时间 1 h 20 min,体外循环时间 133 min,心脏自动复跳,整个手术过程顺利。术后 16 h 停呼吸机,术后第二天下床活动,采用骁悉、环孢菌素 A、强的松三联抗排斥治疗。目前患者生活自理,心功能二级。

2 术前准备

2.1 患者准备 向患者及家属介绍有关心脏移植术的医学知识,术后住移植监护室,说明监护室有关控制感染的管理要求,树立无菌观念,为术后配合治疗和护理奠定基础。

2.2 术前 3 天训练深呼吸运动、有效的咳嗽咳痰方法,每天 3 次,每次 5 min,并练习床上大小便,以便术后尽早拔除尿管,能适应床上大小便活动。

2.3 认真备皮 此患者长期卧床,体质虚弱,长期不洗澡,皮肤污垢较多,用免过水的沐浴露经过反复多次的擦身,达到清洁的目的,并给患者理发,剪指甲、剃毛。备皮过程中不能损伤皮肤,减少术后感染

2.4 术前应用抗生素预防感染。

2.5 心脏移植护理单元的准备 准备带过渡间的监护室,连续 3 天用动静态的空气消毒机及紫外线灯进行空气消毒,监护室的各种物品表面用 500 ppm 含氯消毒剂擦洗,包括墙壁、地面、病床、治疗台、办公桌、椅子、门窗;各种治疗护理用物、仪器尽量于术前准备充分,并消毒或灭菌。

3 术后护理

3.1 呼吸道管理 心脏移植最常感染的部位是肺,气管插管要无菌,术后吸痰要严格执行无菌操作,吸痰动作轻柔,尽量避免损伤气道,定期叩背助排痰,抗真菌药雾化吸入,每 2 h 听诊呼吸音,观察痰液性状、量、色泽。呼吸量的测定、早期活动、经常咳嗽和深呼吸运动可减少肺不张和肺感染的发生^[2]。该患者术后 16 h 顺利拔除气管插管,术后第二天下床活动。^[3]

3.2 管道护理

3.2.1 每天更换输液管、三通接头、延长管,心包纵隔引流的水封瓶,尿袋,深静脉口、伤口也每天换药等。各项操作遵循从无菌到有菌的顺序,严格执行无菌操作原则。

3.2.2 缩短各种管道在体内停留时间,尽早拔除心包纵隔引流管、尿管、深浅静脉管、动脉测压管、漂浮导管等,减少因管道停留引起的感染机会。并观察各引流口、伤口有无红肿热痛及分泌物,各管道如尿管、心包纵隔引流液颜色、量、性状。本例患者于术后第一天拔漂浮导管,第 3 天拔心包纵隔引流管、尿管,同一天拔动脉测压管改无创血压测量,第 5 天拔深静脉管改外周浅静脉留置。深静脉管拔除后做细菌培养。本例病人曾伤口感染,经频普仪照射及安尔碘换药后伤口长好。

3.3 环境管理

3.3.1 工作人员入监护室前洗手,更换无菌工作衣,换上消毒鞋子,戴口罩、帽子,严格控制无关人员及感染者入室,尽量减少进出监护室的次数。接触患者前洗手带手套。

3.3.2 持续空气净化消毒,每天两次消毒各种物体表面。污物、垃圾减少在室内停留时间,尽量做到物品只出不入。室内严禁存放花卉、植物或未削皮的水果患者的食物均需微波炉加热消毒后方可给患者吃。

3.4 一般护理

口腔护理每天 3 次,朵贝氏液漱口每天 3 次,保持床单干燥、整洁,每日更换消毒的床单、被服、衣裤,每天使用免脱水的沐浴露进行床上浴,保持皮肤清洁,预防褥疮,重视患者主诉,如有咽痛、排尿痛等及时告知医生,采取相应措施。患者按要求入住监护室时间为一个月,术后三个月内进行户外活动须带口罩。

3.5 术后早期用药预防感染

应用抗细菌药物如舒普深,脱呼吸机后应用抗真菌药物大扶康雾化吸入,应用抗病毒药物万乃洛韦,并应用培菲康防治菌群失调。

3.6 术后早期菌群监测

免疫抑制剂是心脏移植排斥反应预防和治疗必需手段,加上广谱抗生素,易致菌群失调,常见的感染菌有细菌、病毒、真菌^[3]。因此术后常规做痰培养加药敏,咽喉拭子、尿液细菌学检查,涂片找真菌、细菌。

3.7 排斥反应监测

床边 X 光片观察心脏形态;床边 B 超观察心脏搏动、心搏指数、心腔大小、瓣膜有无返流;临床心功能判断;心肌酶监测;抗排斥药物浓度监测,心内膜心肌活检等。

3.8 出院健康教育

3.8.1 向患者及家属指导正确的服药方法与时间,反复强调术后必须终身服用免疫抑制剂的目的及重要性,避免因漏服或少服而发生排斥反应。

3.8.2 要加强个人防护,训练自我察觉有无感染征象,与患者一起评估心脏的危险因素。

3.8.3 定期检查,以便对各种病情早发现、早治疗、早诊断,如身体出现不适时,勿乱服药,就诊时应出具心脏移植病史资料。

3.8.4 增强体质,注意个人卫生,少到人群密集、空气污浊场所,不与上呼吸道感染的人接触,尽量避免感冒发生,减少发生危险的风险。

参考文献

- 1 李增祺,廖崇先,廖东山,等. 16 例心脏移植感染的防治[J]. 中华器官移植杂志, 2001, 22(4): 224
- 2 Julie Evans. 心脏移植的术后护理[J]. 心血管病杂志, 1994, 13(2): 117
- 3 杨惠琼,巫秋霞. 一例心脏移植术的护理[J]. 岭南心血管杂志, 2000, 6(1): 59