

心脏移植患者早期康复与护理

朱玉果, 童传凤, 项 辉*

(武汉大学中南医院心血管内科重症监护室, 湖北 武汉 430071)

【摘要】目的 探讨心脏移植术后早期康复锻炼的方法及护理措施对促进患者康复的重要性。**方法** 回顾性分析本院诊治的1例心脏移植患者的临床资料及早期功能锻炼经过并复习相关文献资料。**结果** 本例心脏移植患者早期进行康复锻炼, 可显著增强患者肌力, 减少呼吸机使用时间, 改善生活质量。**结论** 对心脏移植恢复期的康复进行详细指导, 大大提高手术的成功率, 加快患者康复速度, 提高患者生活质量。

【关键词】 心脏移植术; 康复锻炼; 护理

【中图分类号】 R473.6

【文献标识码】 B

【文章编号】 ISSN.2095.6681.2018.05.13.118.02

Early rehabilitation and nursing care of patients with heart transplantation

ZHU Yu-guo, TONG Chuan-feng, XIANG Hui*

(Intensive care unit, cardiovascular laboratory, Zhongnan Hospital,
Wuhan University, Hubei Wuhan 430071, China)

1 临床资料

女性患者, 47岁, 身高155 cm, 体重38 Kg, 体重指数(BMI) 16.9 Kg/cm²。临床确诊为扩张型心肌病, 心功能IV级, 射血分数(EF) 34%, 肺动脉压80 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa)。患者经内科保守治疗效果差, 应用较大剂量正性肌力药物治疗仍无效, 反复出现心力衰竭并进行性加重。患者在给予强心、利尿、纠正低白蛋白血症等治疗, 排除手术禁忌症后于2017年3月14日在全身麻醉低温体外循环下行同种异体原位心脏移植术。手术过程顺利, 术后予以营养心肌、降低肺动脉高压及抗感染、抗排斥治疗。因患者术前肾功能不全, 血肌酐高, 术后肾损害加重, 持续无尿, 继而出现肺水肿, 胃肠道淤血、水肿, 术后无法顺利脱离呼吸机需持续有创机械通气, 后行气管切开; 并行连续性肾脏替代治疗(CRRT), 至胸闷及腹胀症状明显改善, 肌酐、尿素氮趋于正常, 肾功能改善, 间断CRRT。在患者术后第4天开始进行床上活动, 在整个治疗过程中始终保持积极的康复锻炼, 后期顺利脱离呼吸机后, 开始进行针对性功能锻炼。

2 护 理

2.1 心理护理

经过诊断发现, 心脏移植患者的在进行手术前, 体质处于虚弱状态, 对各种治疗方式明显缺少信心, 因而很容易加重患者的心理负担。具体表现在: 产生股骨干、抑郁以及焦虑等各个方面。进而给患者的休息和睡眠带来严重影响。针对这种情况, 则需要医生加强与患者之间的关系, 通过与患者的不断交流, 来亲近患者; 同时还要能够保障患者病室的安静, 在交流过程中, 需要给患者重点讲解国外成功的心脏病移植病例。由于患者在术后需要接受较长的监护治疗, 其在环境上也较为单一, 以及患者受到免疫抑制不良反应, 难免会产生较为复杂的精神症状, 如焦虑、抑郁等。在这种不正常的心理状态下的患者, 会对治疗效果产生重要影响。在本例中, 患者在术后处于气管

切开长期带管的状态中, 医生可通过纸板写字的形式与患者进行交流, 以此能够帮助患者在治疗上树立信心, 保障其情绪的稳定性。

2.2 术后护理

2.2.1 观察生命体征的变化

将心脏病移植患者在手术后, 进入重症监护室, 对其进行心电监护以及有床血压监测与血流动力血监测。以便能够观察患者各方面情况。之后, 还要注重观察呼吸机辅助通气时患者的配合情况, 根据血气分析调整呼吸机模式及参数。

2.2.2 持续监测移植心脏功能变化

重点观察, 以便能够及时发现患者在早期阶段存有无心功能不全和心律失常等症状。在此期间, 可借助监护仪, 发现患者在心率和节律的异常情况, 并应用心电图进行全面检查。另外, 在需要时, 还要注重度床旁心脏彩超的完善。由于移植的供体心脏没有自主神经支配, 同时还缺少机体的神经调节作用。这使得患者在心率上的变化与经过普通心脏手术后是不同的。这是因为移植后的患者可能受到一定的肺血管阻力而不断增高。所以需要注重对患者输液量上的有效控制, 以此能够有效避免患者供右室后负荷的增加, 进而导致其出现右心衰竭现状^[1]。术后常规应用正性肌力药物和扩血管药物改善心功能, 微量泵调节血管活性药物滴速。该患者使用起搏器维持心率在90次/min, 并静脉泵入肾上腺素针、多巴酚丁胺针及多巴胺。该患者术后出现心房纤颤, 给予胺碘酮针泵入后复查心电图提示恢复窦性心律。

2.2.3 持续监测肾功能变化

该患者术前肾功能差, 术后肌酐260 μmol/L, 尿素氮23 mmol/L, 持续无尿, 给予连续性肾脏替代治疗(CRRT)。行CRRT过程中需注意检测凝血功能及血小板。根据血糖、血钾、血钠水平及时调节胰岛素、电解质用量, 保证内环境稳定, 同时输注白蛋白, 抬高双下肢, 纠正低白蛋白血症所致双下肢水肿。

延续性护理应用于中重度盆腔脏器脱垂后患者的效果

王玉霞

(山东省胶州市洋河镇中心卫生院, 山东 胶州 266321)

【摘要】目的 探析延续性护理应用于中重度盆腔脏器脱垂后患者的效果。**方法** 选取镇卫生院收治的中重度盆腔脏器脱垂患者40例为研究对象, 随机将其分为两组, 每组20例。对照组仅给予常规出院指导, 观察组实施延续性护理, 对比护理效果。**结果** 观察组6个月后的尿频发生率、下腹坠胀发生率均明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 观察组患者的护理满意度评分明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 对中重度盆腔脏器脱垂后患者实施延续性护理, 可改善患者的疾病体征, 提高患者满意度, 值得推广。

【关键词】 延续性护理; 中重度盆腔脏器脱垂; 护理效果

【中图分类号】 R473.2

【文献标识码】 B

【文章编号】 ISSN.2095.6681.2018.05.13.119.02

调查显示, 约有1/2的经产妇会伴有不同程度盆底功能障碍性疾病, 其中, 盆腔脏器脱垂是发生率较高的一类盆底功能障碍性疾病, 其中大部分患者均伴有尿失禁。

近年来, 随着人口老龄化问题的加剧, 中重度盆腔脏器脱垂的发生率明显提高, 目前临床上主要采用手术治疗, 但术后治疗和护理也是关键^[1-2]。本研究以40例患者为主要对

2.2.4 感染的预防及治疗

感染是心脏移植术后晚期死亡最常见的原因。在移植术后患者会比较排斥对抗异药物的使用。这会造成患者机体免疫力下降, 很容易出现感染症状。由此可看出, 对患者进行移植手术后, 必须要注重预防感染这部分。一般来说需注意以下几点: ①减少感染机会。入住隔离病房, 减少医护人员接触。积极完善胸部X线、真菌等监测感染指标。此外还要注重对于各种有创管道的拔除, 在早期阶段能够应用广谱抗生素和抗病毒药物, 以此起到预防作用。

2.2.5 营养支持

心脏移植患者术前多呈衰竭状态, 营养状况较差, 体重减轻, 术后应早期行肠内营养^[2]。提高营养的方法主要是进食高蛋白、低脂易消化食物, 并需补充钙剂。若机械通气时间长, 期间不能进食, 可给予静脉高营养及鼻饲饮食, 为抗感染和耐受免疫剂治疗打下基础。

3 早期康复锻炼

术后锻炼需在有监护的条件下进行。术后锻炼的时间、强度应根据术后心功能恢复的情况而定。一般于术后3~7 d (拔除气管插管后) 在床上开始活动, 可做轻缓的四肢活动, 重点是下肢的伸屈髋动作; 用活动量表^[3]来指导有创机械通气患者术后第1天至第14天活动情况, 具体内容如下: 0分: 不能活动; 1分: 床上活动; 2分: 被动移至轮椅上活动; 4分: 床边活动; 5分: 双腿站立; 6分: 患者自行站立移至轮椅; 7分: 室内活动; 8分: 在两个人的扶持下行走; 9分: 在一个人的扶持下行走; 10分: 自己独立行走。

从轻量运动开始, 逐渐增加活动量, 每次活动以不引起患者自觉心悸为度。应鼓励患者做有氧运动, 运动时注意心率的变化。生活质量的评定结果可以说明患者对于治疗的反映, 指导后续治疗方向并影响整体治疗方案设计,

被认为是心脏康复疗效的可靠指标。其中活动强度用主观活动强度量表 (PRE量表) (表1) 来衡量; 分为6~20分。

表1 主观活动量表 (PRE量表) 及代表内容

评分	代表内容
6, 7, 8	非常非常轻松 (恢复)
9	非常轻松
10, 11, 12	还算轻松 (有氧能力进步)
13, 14	有点费力 (匀速能力进步)
15, 16	费力 (次乳酸阈值)
17	非常费力 (超乳酸阈值)
18, 19, 20	非常非常费力 (无氧能力)

4 小 结

在当前, 有关心脏移植已经成为治疗扩张型心肌病终末患者的唯一方法。在该手术中, 因具有创伤大且术后容易出现各种并发症现象, 所以需要医务人员加强自身的监护技能, 注重对患者病情的观察。同时在此过程中, 需要遵循无菌原则, 进行相关操作。之后, 医护人员还要针对患者实际情况, 使用合理的抗排斥药, 以便能够有效避免患者出现肾衰竭。

参考文献

- [1] 郭加强, 吴清玉. 心脏外科护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 915-925.
- [2] 徐 林. 心脏移植的现状与进展[J]. 沈阳医学院学报, 2015, 17(3): 129-130.
- [3] 江利冰, 李瑞杰, 张 茂. 欧洲重症监护医学会危重症患者早期肠内营养临床实践指南[J]. 中华急诊医学杂志, 2017, 26(3): 270-271.

本文编辑: 吴 卫