

钟静脉推注先锋霉素 5 号 2 克,使病人在术中血液中维持一定的抗生素的有效浓度;③免疫抑制剂:术前 4 小时口服硫唑嘌呤、静脉滴注环孢素 A(剂量遵医嘱)以减轻术后的排斥反应。

1.5 供体要求:供体应为无传染性疾病的孕妇或孕期 7 个月以上的水囊引产的胎儿。

· 术后护理

2.1 生命体征监测:术后要密切观察血压、脉搏、呼吸、体温等生命体征的变化,作好记录。术后 24 小时内,每小时测血压、脉搏、呼吸一次,待生命体征平稳后改为每 2 小时一次,根据病人进一步康复情况可改为每 4 小时一次。术后每天测体温 4 次,5 天后酌情改为每天 3 次。记录 24 小时出、入水量,特别观察 24 小时尿量,防止多尿及低血糖昏迷的发生。定期观察血糖、尿糖的变化,每日测尿糖 4 次并记录,酌情调整胰岛素用量。术后先平卧,10~12 小时给予半卧位,需卧床休息 7~10 天,保证供体休息和血管吻合处的愈合。

2.2 排斥反应的观察:胎肝胎胰联合移植同样可以发生排斥反应,但其强度较成人胰腺移植明显减弱。密切观察排斥反应仍是护理工作的重点。排斥反应的主要临床特征有恶心、呕吐等不适感,移植部位腹部持续胀痛或躯干、四肢及前臂部出现皮疹,血糖、尿糖升高,血清 C 肽值下降。在护理中应注重病人的主诉,随时观察排斥反应的临床特征,及时配合医生采取抗排斥措施。结合心理护理,帮助病人正确认识和对待排斥反应,以稳定的情绪,渡过排斥反应。当病人出现排斥反应时,可采用激素短期冲击疗法,静脉滴注甲基强的松龙。静脉滴注时不可太快,应注意病人的心率变化,防止因输液过快而引起心率过快。若出现心率过快,则立即给予长效硝酸甘油 10mg 含服,其症状可得到缓解。

2.3 抗凝治疗的观察:术后需用抗凝药物治疗,应注意观察出血和凝血时间。术中和术后需用低分子右旋糖酐抗凝,术后连续用 7 天。术后第一日开始皮下注射肝素 4000 单位,每天二次,持续一周,以后改用华弗林加阿斯匹林 1~3 个月,以减低血液粘稠度,疏通微循环,防止吻合处形成血栓。

2.4 预防感染:由于糖尿病人的本身机体免疫力降低,加以免疫抑制剂的使用,极易发生细菌感染,常见的感染是肺部感染、尿路感染、口腔感染、口腔溃疡等。在术后护理过程中应积极预防和防止感染,按医嘱使用抗生素。加强病房管理,减少陪人探视,减少感染源。按常规给予病人雾化吸入,注意保温,避免受凉,防止肺部感染,注意口腔卫生,定时行口腔护理,防止口腔溃疡。严格导尿等各种治疗的无菌操作。对于留置导尿管者,每天用 $\frac{1}{1000}$ 新洁尔灭抹洗会阴部,尽早拔管,防止尿路感染。

2.5 基础护理:病人在术后常有低血糖反应,出汗多。在基础护理方面应结合这个特点,及时给病人更换衣服,经常给病人床上擦浴,预防皮肤感染和防止褥疮,防止感冒,保持病床平整、干燥、舒适。

2.6 其它注意事项:

2.6.1 口服 CSA,剂量要准确。注意在饭后服药,可减轻胃肠道反应。

2.6.2 注射胰岛素,量要准确,注射部位要常换。注意血糖、尿糖、尿酮的变化。

2.6.3 口服硫唑嘌呤,注意定期查血象,随时调整剂量。

2.7 饮食:术后一般禁食 2~3 天,待胃肠功能恢复,可给流汁—半流—普食,进营养科配的糖尿病饮食,但要适当控制,以免加重胎肝胎胰的负担。

2.8 出院指导:向出院病人介绍术后康复状况,嘱其继续控制饮食,定期复查。

一例原位心脏移植的护理体会

黄应群* 邢青连* 王曙红* 周建辉* 邹爱丽*

1994 年 4 月,我科为一例 29 岁的扩张性心肌病终末期的女性患者成功地施行了原位心脏移植术,目前患者一般情况良好,可进行户外活动。现将原位心脏移植护理工作总结如下:

1. 心理护理:心理护理贯穿心脏移植的全过程,包括术前、术后早期、术后晚期(一月以后)。文献

报道,有的原位心脏移植的病人,由于心理准备不足,得知即将手术时,由于紧张恐惧而诱发心力衰竭、室颤而死亡,失去了手术机会。本例病人从内科转至心胸外科病房时,我们安排其亲人陪伴,并反复

* 湖南医科大学湘雅医院 410008

给病人和家属讲手术的必要性和紧迫性,使病人和家属增加手术的信心和勇气。尽管病人手术前一直很乐观,我们还是采用了“偷割”的手术方法,术日麻醉师注射麻醉剂后方接病人进手术室,避免因病人得知手术紧张恐惧造成心功能异常影响手术。手术早期频繁的抽血化验,加上急性排异反应,以及激素冲击疗法病人出现的各种并发症,如全身关节痛,消化道出血,水钠潴留,黄疸等等。术后晚期则是耽心脱离医生护士是否能生活。针对这些问题,我们给病人拉家常,讲解可能出现的各种症状和有效的治疗方法,并且逐步锻炼和加强病人的自我护理和自主生活能力,使病人有安全感,感到医生护士每时每刻都在关心着她。

2. 严密消毒隔离措施:心脏移植病人需常规应用免疫抑制剂,发生排异反应后要用大量的激素冲击。这些药物的使用,都能使病人免疫力下降,因此极易发生包括细菌、病毒、霉菌等的感染。因此消毒隔离措施要求非常严格。术后监护室先需经多次福尔马林熏气,84 液多次墙壁及平面消毒。病人进入病房后,还需用紫外线灯、电子灭菌灯、负离子发生器等定时开放照射消毒,并每班用 1:200 的 84 液拖地板,抹墙壁和平面。病人所有用物(包括餐具、床单位、卫生纸、各种检查的仪器探头等)都经过消毒液浸泡、抹洗或高压消毒方可使用,以保持监护室良好的隔离环境。

坚持严格的消毒隔离制度,工作人员进入监护室要更换消毒隔离衣裤、更换口罩帽子,经两次更鞋方可进入病人房间。接触病人前先用 1:200 的 84 液洗手,然后用铬合碘擦手,给病人进行无菌操作时戴无菌手套,每天更换有创插管敷料及伤口敷料,渗湿后随时更换。伤口每天用铬合碘消毒两次,病人早晚各一次用稀释的铬合碘漱口,饭后用盐水漱口;每次大小便后都将便盆浸泡在 84 液中处理后凉干备用。各种浸泡液、洗手水均每天更换,每天更换经 84 液浸泡的踏垫。

3. 加强病情观察:心脏移植术后有些观察的内容与一般体外循环心脏手术相同,但也有很多特殊的地方。如心脏移植后的心脏是一个去神经的器官,因此用药方面就有不同,冠脉供血不足所致心肌梗塞而无明显的心绞痛;防治心脏排异反应而使用大剂量的激素和免疫抑制剂,可出现一系列并发症。因此,观察中要注意以下几个方面:

3.1 呼吸系统:病人术毕回监护室带有气管插管,应接人工呼吸机控制呼吸,调 FiO_2 100%,并根据血

气逐渐减至 40%。呼吸频率维持在 20 次/分、 Vt 10 次/分,Simv 10 次/分,术后 43 小时拔除气管插管,严重观察呼吸频率及血气的变化,双肺呼吸音情况,拔管后协助排痰,保持呼吸道通畅。

3.2 循环系统:除心脏体外循环手术应观察的血压、CVP、心率、尿量等以外,本例因应用正性心肌药物异丙肾上腺素的时间较长,维持 0.5 月后才逐渐减量至停用;硝普钠 5—2 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{分}$,共用 28 天,维持心率在术后一周内 130—100 次/分之间。病人在停用异丙后有时出现心率减慢(60 次/分左右),且有明显血压变化,此时需藉临时起搏器维持心率,使心率达到能维持有效循环量,以后自主心率逐渐加快而停用起搏器。

3.3 泌尿系统:心脏移植病人术前大多有不同程度的肾功能损害,加上免疫抑制剂对肾脏的毒副作用,因此术后对泌尿系统特别是尿的观察非常重要。保证每小时尿量在满意范围,术后一周内 15—30 分钟测尿量、尿比重一次。每天查尿素氮、肌酐情况。早期每天送尿常规、尿培养,使泌尿系统功能维持在正常范围。

3.4 消化系统:心脏移植术后因右心功能不全,常可出现消化系统症状。加之术后免疫抑制剂使用,大量激素冲击都有可能并发消化道应激性溃疡。术后早期常规插胃管,15'抽吸胃液一次,观察颜色、气味、胃液量。每天送大便常规,培养器及隐血试验,观察大便色量。鼓励病人进食,患者手术后 19 天出现消化性溃疡,解血便多次,通过积极药物治疗得以控制,同时还每天查肝功能,了解肝功能情况。

4. 术后药物应用及观察:心脏移植术后用药较多而复杂,有预防性用药,有治疗性用药。护士每天要根据各项检查的情况,以及观察到的细微病情变化、药物的毒副反应等及时提供给医生。如拔除气管插管停用镇静药,及时停用或更改抗生素,白细胞下降则更改引起白细胞下降的药物。特殊重要的药物如环孢霉素,硫唑嘌呤,甲基强的松龙使用时要有医生和护士两人核对签名后执行,同时要保证准时、准量,CSA 用牛奶或果珍冲服。因此,护士应熟悉各种药物的治疗目的,毒副作用,及时发现异常情况并报医生及时处理。

5. 基础护理:心脏移植术后病人病情重,免疫力低下,加以大量激素的副作用及长期卧床,骨质疏松,肌肉无力,因此术后要注意加强基础护理。每天更换经高压消毒的被单、衣裤;床单应平整,使用海棉垫床,使病人舒适。每天进行两次床上擦浴,每天

早晚和饭后均嗽口,为防止霉菌感染用 4%苏打 50ml 加制霉菌素 1g 睡前嗽口。在心功能平稳的情况下,鼓励病人早期进行功能锻炼;第 1 周内就给病

人进行肢体按摩,鼓励病人被动运动关节,助病人抬腿、扶病人坐起,下床站立,扶走、推轮椅行走,逐步增加活动量,使病人能尽早康复自理。

谈器官移植中的行政领导与组织

赵玲玲* 廖矩梓* 吕新生* 黄俊辉*

器官移植是当今医疗技术发展的必然趋势。以大器官移植为标志,据统计,到 1992 年底,全球共施行肝移植 26731 例,最长存活者达 22 年 11 个月。心脏移植近年来以每年约 3000 例左右的速度在增加,到 1993 年底达 25331 例,1 年生存率为 79.1%,5 年生存率 67.8%,10 年生存率 55.8%。肾脏移植不论从数量上,还是质量上更是成绩显著,始终属于首位,使众多的终末期肾病患者获得了第二次生命。我国器官移植与先进的国家相比,晚了大约 10 年,但发展较快,成绩可喜。至 1993 年底,全国肾移植数达 11443 例,5 年成活率达 50% 以上,存活 10 年以上者超过 100 例。1992 年以来,心脏移植也有了较大的突破,迄今施行 10 例,其中存活最长者已超过两年。到 1993 年底,全国施行肝移植 61 例,存活时间最长者 264 天。但从整体上看,我国器官移植还处于低谷,与国际相比,差距十分明显。如何进一步发展我国的器官移植工作,赶上世界先进水平,是摆在我们面前的一个十分紧迫的问题。

我院开展器官移植的研究工作始于六十年代末,是国内较早开展该研究工作的单位之一。但直到 1985 年才获得第一例肾移植成功,以后又开展了肝移植、胰腺移植、甲状旁腺移植等,但无论从数量上,还是质量上都没有形成规模。并一度几乎处于停顿状态。1992 年重新开始器官移植,并将其列为重点医疗项目,终于在 1994 年上半年喜获丰收。元月份成功地施行了亚洲第一例异位肝移植,四月份在同一天又创造了建院史上的五个第一,即第一次完成湖南省首例原位心脏移植;第一次同时开展 6 台大器官移植;第一次同时施行心、肝、肾 3 种器官移植;第一次将同一供体提供的心、肝、肾 4 个器官同时移植到 4 个病人体内;第一次同时开展 4 台肾脏移植。回顾走过的路程,我们感慨万千。要改变我国器官移植的落后面貌,除了需要提高手术水平,完善必要的设施、研制更有效的免疫抑制剂外,有利的社会环境、

坚强得力的卫生行政领导与组织,亦是一个不可忽视的重要问题。

一、社会的支持是开展器官移植的前提

器官移植包括两个复杂的系统工程。一个是专业技术性系统工程,另一个是社会性系统工程。后者指病人、家属、医院及其他有关部门和人员。实际上就是指全社会,是全社会的一个认识、理解、支持的问题。一个民族的文化素质,特别是旧的思想意识,与传统观念,对器官移植影响极大。需要提高人民的文化素质,建立科学的人类社会伦理观念。要通过科学的方法,大量细致的工作,使人们认识到,器官移植不是简单的死期的拖延,而是经过移植后,病人的器官功能、精神状态都能得到恢复,生活质量明显提高,其社会效益令人鼓舞;要使病人及家属消除恐惧心理,增强生活的勇气,配合医务人员做好各项工作;要使每个医务人员都以满腔的热忱、认真负责的态度、团结协作的精神投入这项工作。做好上述工作,有一定的深度与难度。要依靠新闻媒体的广为宣传,卫生行政部门的组织领导。由此可见器官移植中的社会性工作,应该引起大家的高度重视。

二、坚强得力的行政领导与组织是开展器官移植的保证

我院器官移植工作经历了“起——落——再起”的过程,与我国的某些器官移植(如心脏移植)有着类似经历。分析其原因,除了专业技术性因素外,行政领导与组织有着举足轻重的作用。

正如一个发展的国家,都有一个治国方针或纲领一样,一个医院要发展,除了要有相当的专业技术人员为基础外,首先要有一个发展规划,这个规划要结合医院的具体情况,更要有一定的先进性与新颖性。其次是要根据规划所确定的发展项目,进行正确的引导、严密的组织与重点扶植。器官移植涉及面

* 湖南医科大学湘雅医院 410008