

同种原位心脏移植 2 例围手术期的护理管理

蔡伟萍, 黄叶莉

(海军总医院胸心外科, 北京 100037)

摘要: 总结 2 例患者心脏移植后的护理管理。做好参与人员的培训, 严格执行相关的消毒隔离制度, 严密术后的监护和各种并发症的观察、处理是确保移植成功的关键。

关键词: 心脏移植; 护理管理

中图分类号: R654 2; R473 6

文献标识码: B

文章编号: 1009-3427(2006)04-0248-03

心脏移植已成为治疗终末期心脏病可选择最有效的方法之一^[1]。2005 年 3~6 月, 我院成功地 2 例终末期扩张性心肌病患者实施同种原位心脏移植术, 术后恢复顺利, 取得了满意的效果, 现将护理体会报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2 例患者均男性。例 1: 32 岁, 血型为 AB 型, 体重 52 kg, 血压 110/75 mm Hg, 病程 3 年。例 2: 24 岁, 血型为 O 型, 体重 61 kg, 血压 102/58 mm Hg, 病程 4 年。2 例均有心悸、憋喘、下肢水肿、顽固性心力衰竭不能控制。例 2 曾于 5 年前行二尖瓣替换术, 术后症状无改善, 近 6 个月病情进行性加重。胸片: 2 例心胸比率分别为 0.8 和 0.72, 肺动脉段突出。2 例超声心动图: 全心扩大, 左室舒张末压内径分别为 91 mm 和 87 mm; 左室射血分数分别为 24% 和 12.9%, 室壁动度弱。临床诊断: 终末期扩张性心肌病, 心功能 IV 级。

1.2 手术方法 2 例分别于 2005 年 3 月 29 日和 2005 年 6 月 2 日在体外循环下采用双腔静脉实行同种异体原位心脏移植。供体血型: A 型和 O 型。供心保护液用 UW 液。移植吻合时间分别为 44 min 和 49 min, 心脏离体时间分别为 9 h 和 6 h。

1.3 结果 心脏自动复跳, 窦性心律, 术后隔离监护 2 周, 应用抗排斥药物、血管活性药物、抗生素及抗病毒药物等治疗。2 例患者术后呼吸循环基本平稳, 除第 1 例出现大量心包积液经多次穿刺治愈外, 2 例均无低心排综合征, 无严重感染、心律失常和明显排异反应等并发症发生。随访 4 个月和 2 个月, 心功能均恢复至 I 级。超声测定左室舒张末压内径分别为 46 mm 和 49 mm, 左室射血分数分别为 54% 和 62%, 各瓣膜无反流。胸片: 心影较术前明显缩小, 心胸比例分别为 0.56 和 0.64。

2 围手术期的护理管理

2.1 人员管理

2.1.1 护理人员的培训和要求 做好人员的培训, 是关系到术后一系列护理成功的关键^[2]。根据移植的情况和要求, 我们专门成立移植术后特护小组, 由 6 名具有丰富护理经验的人员组成(设立一名组长), 负责患者隔离监护期间的一切治疗及护理工作。术前组织大家学习有关心脏移植的相关知识, 掌握术后监护要点和免疫移植的主要并发症的观察与处理, 统一消毒隔离要求, 充分评估病情, 制定详细的护理计划。在术后整个监护治疗过程中, 监护组长要根据工作强度和患者病情合理安排人力和班次, 参加治疗小组的会诊, 听取会诊意见, 随时掌握动态的病情变化; 根据监护中出现的问题, 随时召开特护组会议, 分析问题和原因, 提出要求和实施的各种具体措施, 并检查落实情况。在整个移植过程中, 还要注重与其他相关部门的沟通和协调。

2.1.2 患者准备 ①心理护理: 2 例患者均为终末期扩张性心肌病, 病程长且病情反复, 心功能很差, 日常生活已明显受限。当了解到心脏移植是治疗该病的最佳选择时(若手术顺利, 术后受益将非常明显, 可恢复正常生活), 患者对治疗充满希望, 而且有迫切要求手术的愿望。但由于手术的风险性以及手术等待时间的不确定性(供体来源不定时), 术前患者又易存在悲观、焦虑、抑郁等症状。针对患者复杂的心理状态, 医护人员反复与患者及其家属沟通、交流, 使之产生安全感和信任感, 以稳定的情绪和良好的状态积极配合术前的各项准备工作。②术前准备: 患者术前重点改善、维持心功能, 在等待供体期间给予强心、利尿、补钾及营养支持等治疗, 定期输血浆以提高白蛋白及血浆胶体渗透压, 保持每日尿量在 1500 ml 以上。

2.2 环境管理

2.2.1 隔离监护室的设置 隔离室以外应设置缓冲带, 隔离室除备有多参数心电监护仪、呼吸机、输液泵、急救车、除颤仪、心电图机、血糖分析仪、吸

用物等外,还需配置 2 台强力的空气净化器。准备和检查各种抢救药品,常用免疫抑制剂和特殊用药,注意收集说明,便于指导用药和观察。术前检查中心吸引、中心供氧及各种仪器等是否完好,并放于合适位置。门口放置口罩、帽子、隔离衣、拖鞋等物品。

2.2.2 隔离监护室的消毒要求 术前 1 d 彻底消毒隔离室和缓冲带,使用有效氯消毒液擦拭门窗、地面、病床、治疗台等各种物体表面。房间用 0.5% 过氧乙酸,按 $15 \sim 17 \text{ ml/m}^3$ 进行密闭熏蒸 3 h 后开窗通风,并行空气细菌培养。术日晨再次用有效氯消毒擦拭物体表面,并进行紫外线消毒 30 min。患者被服及工作人员隔离衣、分身衣裤经严格高压灭菌后备用。空气净化器 24 h 运转消毒。

2.2.3 康复病房的准备 术后 2 周患者病情稳定即可转入消毒过的康复病房,室内单人居住。在早期患者尽可能减少外出,外出时戴口罩,注意保暖,防止感冒。工作人员在入室时要洗手、戴口罩,减少交叉感染。严格控制探视人员。

2.3 术后管理

2.3.1 循环系统的监护 术后患者带有动静脉置管、Swan-Ganz 导管,入室后立即连接多参数心电监护仪,持续动态监测全方位的血流动力变化,包括心率、桡动脉血压、血氧饱和度、中心静脉压、肺动脉压、心排量等。注意观察并及早发现移植术后早期心脏有无衰竭,特别是有无右心衰竭及肺动脉高压;严密监测每小时的尿量及每日出入量;定时挤压心包胸腔引流管,准确记录引流液的性质和量。根据上述各参数变化及时调整血容量,并指导临床治疗用药。例 1:术后第 1 天中心静脉压 $32 \text{ cm H}_2\text{O}$,肺动脉压为 $32/15(21) \text{ mm Hg}$;经泵入前列腺素 E_1 、多巴胺、多巴酚酊胺等药物,第 2~3 天尿量增多,为 $3500 \text{ ml} \sim 4500 \text{ ml}$,肺动脉压(收缩压) 25 mm Hg ,中心静脉压 $6 \sim 9 \text{ cm H}_2\text{O}$ 。例 2:术后第 1 天中心静脉压 $29 \text{ cm H}_2\text{O}$,肺动脉压为 $25/15(21) \text{ mm Hg}$;术后第 4 天尿量开始增多,最多时达 7200 ml/d 。2 例患者术后尿量均偏多,考虑为患者术前水肿,术后心功能得到改善,体内多余水分排出所致。在此期间应注意水电解质平衡,防止低钾、低钠血症发生。

2 例患者术后均未发生心律失常。

2.3.2 呼吸道管理 术后呼吸支持是保持循环功能稳定的前提。入室后立即行血气、生化分析,以后每 1~2 h 监测 1 次,根据结果和患者情况随时调节呼吸机各参数,保持血氧饱和度在 95% 以上。听诊双肺呼吸音 1/h,及时吸净气道内分泌物,保持呼吸道通畅。拔除气管插管后鼓励患者运用术前训练

术后血氧饱和度下降,最低至 47%,急查床旁胸片,提示左侧气胸,即行胸腔穿刺,抽出 600 ml 气体后血氧饱和度逐渐恢复至正常范围。2 例患者分别在手术后 12 h 和 20 h 拔除气管插管,拔管后呼吸平稳,无并发症。

2.3.3 预防感染的护理 感染是心脏移植术后的主要死因之一。控制感染的关键在于预防^[3]。因此,护理方面要求:①护理人员要以严谨科学的态度对待每项工作,严格执行各项操作规程,遵守消毒隔离制度,严格控制入室人员。医护人员更换消毒隔离衣裤,戴一次性帽子、口罩方可入内,接触患者前后要洗手。室内用有效氯消毒液 1:2 000 擦拭物体表面 2/d,紫外线照射 2/d,并进行 1 次/周的空气培养。未消毒的物品严禁带入室内。②加强对呼吸道、口腔、肛周等易感染部位护理。③加强各种管道的护理。术后病情稳定应尽早拔除各种管道,以减少感染的机会。所有深部插管拔除时均做细菌培养,痰、血、尿术后第 1 周内 1/d 细菌培养。④术后遵医嘱预防性短期应使用广谱抗生素和抗病毒药物。

2.3.4 排斥反应监护 心脏移植术后 2~10 周急性排斥反应发生率最高,因此术后早期应掌握好免疫抑制剂的应用和监护。2 例患者术中均给予赛尼哌 50 mg、甲泼尼龙 1 000 mg,术后第 1 天拔除气管插管后即给予口服免疫抑制药物治疗,应用麦考酚吗乙酯、环孢霉素 A(CSA)和泼尼松三联免疫治疗方案。护理上须严格按医嘱给药,做到时间、剂量准确;要了解药物的作用,并密切观察用药后反应。因为抗排斥药物,可以引起高血压、面部发胖、多毛、手颤等副作用,一方面应定时监测血压,根据血压情况及时调整药物的剂量和时间;另一方面应向患者及其家属提前交代清楚,取得他们的理解和支持,当出现上述症状时还要耐心做好解释工作。定期抽血复查肝肾功能(因 CSA 主要经肝代谢,对肝肾功能有一定影响),检测 CSA 血药浓度水平、肝肾功能状态,及时调整 CSA 用量。刚开始每隔 1~2 d 测定 1 次血药浓度,稳定后可每隔 3~4 d 测定 1 次,维持血药浓度在 $200 \sim 300 \text{ ng/ml}$ 。

2.3.5 饮食和活动指导 2 例患者术后恢复顺利,术后第 2 天进食半流饮食。患者饮食要以易消化、营养丰富、适量为原则。因抗排斥药物可引起血脂升高等代谢改变,应指导患者避免摄入过高脂饮食。病情稳定后鼓励患者尽早下床活动。

2.3.6 出院指导 出院时告知患者生活要有规律,合理搭配饮食,逐渐增加活动量;尽量避免到人群密集的地方场所,避免患感冒。告知患者术后生活服

同时要了解慢性排斥反应的症状,发现异常或不适及时就诊。叮嘱患者定时复查,以便及时发现有无动脉硬化等慢性并发症。

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 9-15.

[2] 薛卫斌,马爱英,杨秀玲,等. 对 26 例心脏移植患者的护理管理[J]. 护理管理杂志,2004,4(11): 32-33
[3] 臧旺福,夏求明,陈子道,等. 三例原位心脏移植的疗效分析[J]. 中华器官移植杂志,1997,18(2): 66-68

康复新液湿敷与安普贴外敷治疗压疮的疗效观察

陶丽冰,王洪瑛,孙晓红
(海军总医院干三科,北京 100037)

摘要:目的 比较康复新液湿敷与安普贴外敷治疗压疮的疗效,观察康复新液湿敷治疗压疮的临床效果。
方法 76 例压疮患者分为康复新液组和安普贴组。康复新液组采用康复新液湿敷法,每天换药 2~3 次;安普贴组采用安普贴外敷法,每周更换敷料 2 次。两组 3 周后观察疗效。结果 两组治疗均能促进压疮愈合,治疗 21 天后,康复新组:压疮分泌物消失 44 例(70.97%),结痂 38 例(61.29%),总有效率 95.16%;安普贴组:压疮分泌物消失 27 例(51.92%),结痂 21 例(40.36%),总有效率 73.08%。两组疗效有显著差异($P<0.05$)。结论 康复新液湿敷法能促进压疮的创面愈合,缩短创面愈合时间,疗效更佳。

关键词:压疮;康复新液湿敷;安普贴外敷

中图分类号:R632 文献标识码:B 文章编号:1009-3427(2006)04-0250-02

压疮多发生于慢性病长期卧床不起、昏迷、脊髓损伤、脑血管意外后遗偏瘫及老年体弱患者,是临床较为常见的并发症^[1,2]。临床上多采用安普贴外敷法治疗压疮,在治疗溃疡较浅的压疮和预防压疮方面取得较好的效果;但安普贴价格昂贵,且对 III、IV 期压疮的治疗尚不能达到满意效果。目前,临床迫切需要一种疗效满意,价格适宜的新药,以达到治疗压疮、减轻患者痛苦的目的。笔者观察了康复新液湿敷法治疗压疮的疗效,并报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2002 年 2 月~2005 年 2 月我院干三科住院患者带有 II~IV 期压疮 76 例,全部病例按压疮分期^[3](表 1)。压疮原发疾病脑卒中 40 例,颅脑外伤 15 例,肿瘤 9 例,骨折 12 例。随机分为康复新治疗组 40 例,安普贴治疗组 36 例,两组一般资料经统计学处理差异无显著性($t=1.26$, $P>0.05$),具有可比性。

表 1 两组一般资料

组别	例数	男	女	平均年龄 (岁)	压疮数 (个)	压疮分期		
						II	III	IV
康复新组	40	23	17	69.5	62	24	36	2
安普贴组	36	21	15	67.8	55	20	33	2

1.2 方法 两组患者均在入院当天即清创用药,若是 III、IV 度压疮,先用无菌剪刀剪除坏死组织,将压疮创面用过氧化氢溶液、无菌生理盐水清洁创面;若创面已感染,先用无菌生理盐水棉球蘸洗,去除创面的脓液和浮动的坏死组织后,再用过氧化氢溶液、无菌生理盐水彻底清洁创面。周围皮肤常规消毒。经上述处理后,康复新组:用浸有康复新液的纱布紧贴在创面上,外用无菌干纱布覆盖,胶布固定,每天换药 2~3 次以保持药效的连续性和保证创面处于湿润状态。安普贴组:创面周围皮肤干爽后,选择比压疮四周大 4~6 cm 的安普贴贴在溃疡面,然后稍用力按压敷料边缘,使敷料周边与皮肤紧贴,以不漏气为最佳;深部创面应用溃疡糊剂充填至伤口深度的 1/2,然后再将安普贴覆盖上;开始换药应每天 1 次,伤口渗出减少或无渗出时可每周换药 2 次,或根据贴膜颜色酌情处理。两组创面均避免受压,嘱或帮助患者定时更换体位。

1.3 疗效评估标准 痊愈:疮面完全长出新鲜肉芽组织,干爽,结痂;显著:疮面缩小 $>50\%$,新鲜肉芽组织生长,覆盖面 $>70\%$,分泌物显著减少;有效:疮面有明显缩小,有部分肉芽组织生长,分泌物减少;无效:疮面无改善或增大^[4]。