

2例同种原位心脏移植患者围手术期的护理管理

蔡伟萍¹, 黄叶莉²

(海军总医院 1. 胸心外科; 2. 护理部, 北京 100037)

摘要: 总结 2 例心脏移植术后患者的护理管理, 做好参与人员的培训, 严格执行相关消毒隔离要求, 严密进行术后监护和观察, 处理各种并发症是确保移植成功的关键。

关键词: 心脏移植; 护理管理; 监护

中图分类号: Q31.3 文献标识码: B 文章编号: 1671-315X(2006)09-0038-02

Nursing management of 2 cases of heart transplantation during the period of Peri-operation/CAI Wei-ping, HUANG Ye-li // Journal of Nursing Administration - 2006 6(9): 38

Abstract: This article summarized the nursing management of 2 cases of heart transplantation. Personnel training, strict sterilization and isolation, exact post-operative monitoring and proper treatment of complications were the key points to guarantee the success of heart transplantation.

Author's address: 1 Department of Chest Surgery; 2 Nursing Department, Navy General Hospital of PLA, Beijing 100037, China

Key words: heart transplant; nursing management; monitoring

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

1 资料与方法

1.1 一般资料

2例患者均为男性, 血型为AB型和O型。病例1, 32岁, 体重52 kg, 病程3年。病例2, 24岁, 体重61 kg, 病程4年。2例患者均有心悸、憋喘、下肢水肿、顽固性心力衰竭不能控制。病例2曾于4年前行二尖瓣替换术, 术后症状无改善, 近半年病情进行性加重。2例患者血压分别为110/75 mmHg (14.7/10.0 kPa) 和102/58 mmHg (13.6/7.7 kPa); 胸部X光片显示: 心胸比例分别为0.80和0.72, 肺动脉段突出; 超声心动图: 全心扩大, 左心室舒张末期内径分别为91 mm和87 mm, 左心室射血分数分别为24.0%和12.9%, 室壁活动度弱。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例患者分别于2005年3月29日和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。供体血型分别为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、抗生素及抗病毒等药物治疗。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例患者均无低心排综合征, 无严重感染、心律失常和明显排斥反应等并发症发生。分别随访4个月和2个月, 心功能均恢复至Ⅰ级。超声测定左心室舒张末期内径分别为46 mm和49 mm, 左心室射血分数分别为54.0%和62.0%, 各瓣膜无返流。胸部X光片显示: 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

做好护理人员的培训工作, 是关系到术后护理成功的关键^[2], 根据移植情况和要求, 专门成立了移植术后特级护理小组, 由6名具有丰富护理经验的护士组成(设1名组长), 负责患者隔离监护期间的一切治疗及护理工作。术前组织护士学习有关心脏移植的知识, 掌握术后监护要点、免疫移植主要并发症的观察和处理, 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, 监护组长根据工作强度和患者的病情合理安排护士和班次, 参加治疗小组会诊, 听取会诊意见, 随时掌握病情的动态变化。根据监护中出现的問題, 随时召开特级护理小组会议, 分析原因, 提出要求并采取具体措施, 检查落实情况。在整个移植过程中, 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Ⅳ级, 日常生活已明显受限。当了解心脏移植是治疗该疾病的最佳选择时, 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, 使术前患者容易产生悲观、焦虑、抑郁等心理。针对其复杂的心理状态, 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, 使其以稳定的情绪和良好的状态积极配合术前各项准备工作。②术前准备: 术前重点改善、维持患者的心功能, 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

隔离监护室以外设置缓冲带, 除备有多参数心电监护

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, 并放置于合适位置。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

手术前 1 d 彻底消毒隔离监护室和缓冲带, 使用有效氯消毒液擦拭门窗、地面、病床、治疗台等物体表面; 房间用 0.5% 的过氧乙酸按 $15 \sim 17 \text{ m}^3/\text{m}^3$ 进行密闭熏蒸 3 h 后开窗通风, 并进行空气细菌培养。术日晨再次使用有效氯消毒液擦拭物体表面, 并进行紫外线消毒 30 min。患者的被服及工作人员的隔离衣、分身衣裤经高压灭菌后备用; 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已消毒的康复病房, 单人居住, 早期尽可能减少外出, 如外出时戴口罩, 注意保暖, 防止感冒。工作人员进入病房时要洗手、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、Svan—Ganz 导管, 入病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。同时, 严密监测每小时尿量及每日出入量, 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。病例 1 术后第 1 天中心静脉压为 $32 \text{ cm H}_2\text{O}$ 肺动脉压为 $32/15 \text{ mm Hg}$ 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, 约为 $3\ 500 \text{ ml}$ 和 $4\ 500 \text{ ml}$ 肺动脉压 (收缩压) 为 25 mm Hg 中心静脉压为 $6 \sim 9 \text{ cm H}_2\text{O}$ 病例 2 术后第 1 天中心静脉压为 $29 \text{ cm H}_2\text{O}$ 肺动脉压为 $25/15 \text{ mm Hg}$ 术后第 4 天尿量开始增多, 最长达 $7\ 200 \text{ ml/d}$ 2 例患者术后尿量均偏多, 考虑由患者术前水肿, 术后心功能得到改善, 体内多余水分排出所致。在此期间, 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。患者进入康复病房后立即行血气、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 次/h 及时消除气道内分泌物, 保持呼吸道通畅; 拔除气管插管后鼓励患者使用术前训练的方法进行咳嗽、排痰, 同时, 配合雾化吸入 4~6 次/d 病例 2 术后血氧饱和度下降, 最低至 47.0%, 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。2 例患者分别于手术后 12 h 和 20 h 拔除气管插管, 拔管后患者呼吸平稳, 无并发症发生。

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、科学的态度对待每一项工作, 严格执行各项操作规程, 遵守消毒隔离制度, 严格控制进入病室的人员, 医护人员更换消毒隔离衣裤, 戴一次性帽子、口罩方可进入, 接触患者前后要洗手。病室内用 1:2 000 有效氯消毒液擦拭物体表面 2 次/d 紫外线照射 2 次/d 并进行空气培养 1 次/周, 未消毒的物品严禁带入病室。②加强呼吸道、口腔、肛周等易感染部位的护理。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, 以减少感染的危险, 所有深部插管、拔除时均做细菌培养, 痰、血、尿于术后第 1 周内进行细菌培养 1 次/d ④术后短期遵医嘱使用广谱抗生素和抗病毒药物。

2.3.4 排异反应的监护

心脏移植术后 2~10 周急性排异反应发生率最高, 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 甲基强的松龙 $1\ 000 \text{ mg}$ 术后第 1 天拔除气管插管后给予口服免疫抑制药物治疗, 应用骁悉、环孢素 A (CsA) 和强的松三联免疫治疗方案。严格按医嘱给药, 做到时间、剂量准确; 了解药物的作用并密切观察用药反应。因抗排异药物可以引起高血压、面部发胖、多毛、手颤等, 为预防副作用的发生, 一方面, 定时监测血压, 根据血压情况及时调整药物的剂量和给药时间; 另一方面, 向患者及其家属提前交代药物的副作用, 取得其理解和支持, 当出现上述症状时耐心做好解释工作。定期复查肝肾功能 (因 CsA 主要经肝脏代谢, 肾脏排出对肝、肾功能有一定影响) 检测 CsA 血药浓度水平、肝肾功能状态, 及时调整用量。移植术后初期每隔 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 例患者恢复顺利, 术后第 2 天即进食半流质饮食。患者饮食以易消化、营养丰富、适量为原则。因抗排异药物可引起血脂升高等代谢改变, 指导患者避免摄入过多高脂饮食。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、合理饮食, 逐渐增加活动量; 避免到人群密集的公共场所, 预防感冒; 告知患者术后终生服用免疫抑制剂的重要性, 遵医嘱按时、按量服用; 了解慢性排异反应的症状, 发现异常或不适及时就诊; 叮嘱患者定时复查, 及时发现有无冠状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: 915.
- [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. 3 例原位心脏移植的疗效分析[J]. 中华器官移植杂志, 1997, 18(2): 69.