

作,在做各种治疗时应用娴熟的治疗技术,稳、准、轻、快地完成操作过程,把痛苦减少到最低限度;给患儿及家属必要的健康及卫生知识指导,同时可使患儿家属认识疾病,增强他们战胜疾病的信心,这样更有利于调动患儿及其家属认识疾病,增强他们战胜疾病的信心,使他们主动接受治疗和护理。在住院期间,患儿情绪稳定,积极配合医护人员的治疗和护理,使疾病很快得以控制。

猩红热是溶血性链球菌所引起的急性传染病,多流行于春秋季节,多为 2 岁~12 岁儿童,主要由飞沫传播,链球菌常侵入咽部,繁殖并分泌毒素而引起猩红热^[2]。在猩红热发病过程中可

以并发险缘炎、结膜炎,但并发虹膜睫状体炎较为少见。本例发烧并出皮疹 3 d 后出现眼部症状,经治疗眼部症状随猩红热痊愈而消退。

参考文献:

- [1] 彭文伟.现代感染性疾病与传染病学(下册)[M].北京:科学技术出版社,2000:2558.
 - [2] 吴瑞萍,胡亚美.诸福棠实用儿科学(上)[M].第6版.北京:人民卫生出版社,1995:905.
 - [3] 严密.眼科学[M].第4版.北京:人民卫生出版社,1980:122.
- 作者简介:罗忠梅(1971—),女,湖北人,主管护师,科护士长,本科,从事眼科研究,工作单位:434000,湖北省荆州市第一人民医院。
(收稿日期:2006—10—17;修回日期:2007—04—16)
(本文编辑 寇丽红)

2 例全心脏原位移植手术的配合

Operative coordination of patients undergoing orthotopic transplantation of total heart

石曼丽,李进,鞠秀兰

Shi Manli, Li Jin, Ju Xiu Lan, et al (First People's Hospital of Zhenjiang City Jiangsu Province, Jiangsu 212002 China)

中图分类号:R473.6 文献标识码:C

文章编号:1009—6493(2007)4C—1125—02

标准原位心脏移植(标准法)^[1]虽然在临床上已使用 20 多年,但 Angermann 等^[2]发现标准法存在术后受者心脏在解剖上及生理上并不完善的弊端。为此 Dreyfus 等^[3]提出了全心脏切除原位心脏移植法。2005 年 4 月—2006 年 2 月我院为 2 例扩张性心肌病晚期病人施行了全心脏原位移植手术成功,现将手术护理报告如下。

1 病例介绍

[例 1] 病人,男,39 岁,体重 65 kg,术前诊断,扩张性心肌病晚期,心功能Ⅳ级。诊断依据:根据临床病状,胸闷、气急、心悸半年,活动后加重,夜间时而伴阵发性呼吸困难,不能平卧,多次因心力衰竭住院治疗,术前 1 个月被迫静脉使用正性肌力药物维持生命体征。术前胸部 X 线片:心胸比例 0.80,右肺门稍突出,两下肺纹理增多。心脏超声示左房内径(LAD)80 mm,右房内径(RAD)68 mm,左室舒张末期内径(LVDD)97.8 mm,室间隔厚度(IVSTD)8 mm,左室后壁厚度(LVPWTD)8 mm,左室射血分数(LVEF)32%,缩短分数(FS)15%,二尖瓣中、重度反流,三尖瓣轻、中度反流。

[例 2] 病人,男,32 岁,体重 69 kg,术前诊断,扩张性心肌病,心功能Ⅲ~Ⅳ级。诊断依据:活动后胸闷、气急 10 年、休息后缓解,心脏超声提示,心脏扩大,主动脉关闭不全。两个月前症状加重,休息时仍有胸闷气急、心悸伴上腹胀,夜间不能平卧。体征:口唇有发绀,颈静脉怒张,心尖搏动弥散,主动脉瓣及二尖瓣区均可闻及 3/6 级收缩期杂音。胸部 X 片全心扩大,心胸比例 0.76,两下肺纹理增多。心脏超声提示,(LAD)59 mm,44 mm,98 mm34%,FS18%,二尖瓣与主动脉瓣中度关闭不全。右心导管检查:肺动脉压 36 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。

供体:均为男性,急性脑死亡病人,既往无心肺疾病史及胸

104 min,124 min 主动脉阻断时间 173 min、180 min,体外循环时间 234 min、240 min,手术全程 6 h 50 min、7 h 30 min 术后 3 h 意识清楚,16 h 拔除气管插管,抗排斥反应治疗及预防感染治疗,17 d 送至普通病房,恢复顺利。

2 手术方法

2.1 供体心脏切取 急性脑死亡后,紧急气管插管,吸尽呼吸道分泌物,纯氧通气,取仰卧位,垫高胸腔,用 0.5% 碘伏快速消毒,铺正中切口,电锯锯开胸骨,打开胸腔,切开心包探查心脏分离上下腔静脉以及主动脉根部,在主动脉根部注射 200 mg 肝素,全身肝素化后,主动脉根部置入灌注管,在上下腔静脉远端结扎,离断上下腔静脉,纵向剪开左心耳,阻断主动脉,自主动脉灌注管注入威期康辛(UW)心肌保护液 1 500 mL,高位切断升主动脉,左右肺静脉根部远切断肺静脉,取出心脏,置于 2 000 mL 含大扶康 500 mg,注射用盐酸头孢吡肟 2 g 的 4℃ 的改良 ST. thomas 心肌保护液的无菌袋内,外层再套 1 层装有无菌冰屑口袋封闭后运送到手术室。

2.2 受体心脏切除 取胸部正中切口常规消毒,铺无菌单,切开心包,上下腔静脉套带肝素化后上下腔静脉插入直型引流管,高位插入升主动脉供血管建立体外循环主动脉根部切断,切除左房但保留左肺上下静脉在 1 个袖状切口内,在肺上下腔静脉在另 1 个袖口内,全部切除心脏。

2.3 供心移植 将供体的左肺上下腔静脉裁剪成 1 个椭圆形孔与受体左肺上下腔静脉保留的袖状切口相吻合,用 4—0 Prolene 线吻合,然后经冠状动脉窦插管用血、晶比例 4:1 的血停搏液持续灌注心肌保护,再以同样方法吻合右肺静脉组,由于受体全心脏扩大,按常规保留的供体下腔静脉和上腔静脉的长度,无法与供体下腔静脉和上腔静脉吻合,为此,截取供体肺动脉 4 cm,先用这段肺动脉一端与受体下腔静脉吻合,另一端与供体的下腔静脉吻合,然后依次吻合上腔静脉、肺动脉及主动脉。

3 护理

3.1 术前准备 手术作为一种应激源,使病人产生较明显的强烈的心理应激反应,尤其是对大手术,术前病情较差的病人,会出现紧张恐惧心理,手术室护士术前 1 d 应防视病人,了解病人的心理状态,和病人进行亲切交流,对提出的问题要耐心解释,有针对性做好心理护理,介绍手术室的环境,手术特点及优越性,使其增加信心以最佳心态接受手术。全心脏移植手术,由于手术过程复杂,手术时间长,故做好周密的术前计划及准备工作,

准备充分,尤其是取心组,考虑要周全,如吸引器、头灯、照明灯、胸骨锯要保证性能良好,无菌冰屑放在无菌袋内,套上双层无菌袋放在冰筒内防止溶化,另备 1 500 mL 左右冰生理盐水以及 4℃改良 ST. thomas 心肌保护液 4 000 mL 左右和无菌手术包 1 套,碘伏等亦应备全。

3.2 手术期护理 巡回护士 2 人,1 人配合心脏修整工作,1 人做好术前护理工作。病人进入手术室后常规三查七对,配合麻醉师完成各项穿刺操作全身麻醉插管后放置肺动脉漂浮导管,以及各项穿刺部位固定。放置体位:病人取仰卧位,肩背部用硅胶软垫垫高 10 cm 左右,使胸向前突出,两上肢平放于身体的两侧并加以固定,受压部位的骨隆突处选用大、小合适的硅胶软垫,保护好以防受压,术中密切术中情况,准确记录手术过程,以及出入量,手术结束检查受压部位有无压伤,送入病房,认真做好交接班。洗手护士要完全熟悉手术过程是配合手术关键,关键是采心组良好的供心保护是手术成功的主要因素之一,而尽量缩短热缺血与冷缺血是获得高质量供心的关键,特别是热缺血的时间尤为重要,这与供心获取的条件,操作者的准备以及熟练程度紧密相关,为此我们术前针对性做了 18 次动物实验及多次模拟实验,实验证明当供体心脏停跳后心包腔内放入冰屑,保持灌注液的通畅,灌注压力要控制在 120 mmHg,热缺血时间控制要低于 10 min,冷缺血时间控制在 100 min 以下,确保供心始终保存在 0℃~4℃保存液中,并在保存液中加入高能磷酸盐—磷酸肌酸,磷酸肌酸具有维持细胞内高能磷酸肌酸水平,保护心肌细胞的完璧无损,抗氧化酶和改善循环的作用^[3]。全心移植手术吻合多,手术时间长,洗手护士要做好充分的思想准备,要求身体素质好,专业技术强,反应敏捷,动作轻柔速度快,并保持手术台面的清洁整齐。

4 讨论
原位心脏移植在临床上已使用 20 多年,但是通过多普勒超

声检查这种移植手术病人在解剖上及生理上并不完善,解剖上两个心房间过大,供体心房与受体心房的吻合部在心房内形成一道堤状隆起,突出腔内,有的受体房腔内发现血栓;生理上由于供体和受体各具有自己的窦房结,使受体心房收缩不同步,标准式移植后心律失常的发生率较高,全心原位移植法克服了标准法所造成的解剖上生理上的不足。心脏移植术手术难度大,环节多,认真做好各项准备工作,才能使各环节紧密相连,参加手术人员全部使其熟悉手术步骤,并选派身体素质好,反应敏捷的护士参加采心组,以保证特殊条件下应变能力,移植组选派年资较高,责任心强,的骨干,担任巡回组的工作,前一天要考虑周全,用物要备齐,以减少术中反复进出手术间的次数,手术中密切观察手术进度与病情变化,随时做好抢救准备,心脏移植手术作为当代医学领域中的一项高技术,手术难度大,环节多,病情较危重,对我们手术护士的要求高,只有细致做好各项工作,充分熟悉手术过程,科学地有计划安排好各项工作,才能与各环节紧密相连,使手术顺利进行。

参考文献:
[1] Gamel Ael Yonan NA, Grant S, *et al.* Orthotopic cardiac transplantation: Comparison of standard and bicaval Wythenshawe technique[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 1995, 109: 721.
[2] Angemann CE, Spes CH, Tammew A, *et al.* Characteristics and function of the transplanted heart: Transthoracic versus transesophageal echocardiographic findings[J]. J Heart Transplant, 1990, 9: 331—381.
[3] Dreyfus G, Jebara V, Mihaileanu V, *et al.* Total orthotopic heart transplantation: Alternative to the standard technique[J]. Ann Thorac Surg, 1991, 52: 1181.
作者简介:石曼丽(1955—),女,江苏省镇江人,护士长,主管护师,中专,从事手术室护理工作,工作单位:212002,江苏省镇江市第一人民医院;李进、鞠秀兰工作单位:212002,江苏省镇江市第一人民医院。
(收稿日期:2006—11—07;修回日期:2007—04—07)
(本文编辑 寇丽红)

(上接 1121 页)

3 讨论
自护能力是指人类的个体为保证生存、维护和增进健康与安宁而创造和采取的行为。分为健康状态下的自我护理和疾病状态下的自我护理两大类^[3]。一般包括自护习得、自护技巧、角色适应、获得经验与健康信息等。有研究认为,慢性病病人的自护能力与生活质量呈线性正比关系^[4]。

3.1 家庭护理干预对肺心病病人自护能力的影响 从干预后两组病人自护能力比较中可以看出,干预组自护能力明显高于对照组,如相关知识掌握良好的,干预组约为 69.2%,对照组为 50.0%;合理用药良好的干预组为 90.0%,对照组为 45.8%,说明护理干预能有效提高病人的自护能力。

3.2 自护能力与肺心病急性加重次数的相关关系分析 根据健康档案记录的情况看,观察期干预组中有 90 例(75%)病情稳定,没有住院治疗,而对照组仅有 30 例(25%)病情稳定,没有住院治疗。由此可见,护理能力与病情稳定有一定的相关性。

3.3 家庭护理干预对肺心病病人自理能力提高的机制分析
由于肺心病是一种慢性终身性疾病,许多病人了解疾病的性质,并因此产生消极、绝望和自我惰性,从而使病人的自护能力受到严重影响,采用相应的心理疏导和心理健康教育,进行家庭

积极地应对疾病。另外,有研究表明,慢性病病人随着受教育后时间的推移,自护能力有下降的趋势,而适时的护理干预可以通过提示、强化等方式,为病人建立相关概念,提高病人的认知能力^[5]。

综上所述,对社区肺心病病人进行家庭护理干预,可以提高病人的自护能力,使其做好自我护理,能够减少急性加重的次数,延长临床缓解期,控制肺心病进一步发展,从而提高生存、生活质量,减轻家庭和社会的负担。

参考文献:
[1] 尤黎明.内科护理学[M].北京:人民卫生出版社,2000:31.
[2] 叶任高.内科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2000:23—29.
[3] 许惠民,徐归燕.慢性疾病病人的自我护理[J].国外医学:护理学分册,1994,13(6):254.
[4] 虞佩君,金勇妍.人工肛门病人自我护理能力与生活质量的调查分析[J].护士进修杂志,2002,17(6):461.
[5] 王君伟,张新宇.2 型糖尿病自护行为的调查研究[J].护士进修杂志,2002,9(17):663.
作者简介:魏继平(1960—),女,主任,副主任护师,本科,从事护理教学及老年护理研究工作,工作单位:037008,山西大同大学医学院;高淑敏工作单位:037008,山西省大同市第三人民医院。
(收稿日期:2006—10—17)
(本文编辑 寇丽红)