

## ·临床护理·

## 心脏移植术后的护理体会

吴永萍,刘黄华,刘雅莉

(郴州市第一人民医院,湖南 郴州 423000)

**摘要:**目的 探讨心脏移植术后护理方法。方法 对我院开展的3例心脏移植术后护理。结果 3例患者心功能均恢复到Ⅰ级,存活良好。结论 严格无菌操作,维持循环稳定,加强排斥反应的监测,重视心理护理及出院后指导是心脏移植术后成活的关键之一。

**关键词:**心脏移植术后;护理

**中图分类号:**R473.6

**文献标识码:**A

**文章编号:**1673-498X(2006)02-0053-03

随着医学基础学科的发展和外科技术的进步以及心脏移植经验的积累,心脏移植术已成为了治疗终末期心脏病最有效的方法,可使患者术后存活时间大大延长,生活质量根本性改变。我院2004~2005年为3例患者实施心脏移植手术,患者恢复迅速,存活良好,心功能均恢复到Ⅰ级。现将有关护理体会报告如下。

## 1 临床资料

3例病人中男1例、女2例。术前均有持续胸闷、心慌、反复呼吸困难,其中男性患者双下肢轻度浮肿,长期不能平卧,基本失去下床活动的的能力,心功能均为Ⅳ合并心衰,心脏B超均诊断为扩张性心肌病。入院后对心力衰竭给予积极治疗,完善术前检查项目后,行异体同位心脏移植术,术后经强心、利尿、扩血管、纠正酸碱、电解质紊乱,预防感染,心律紊乱,抗排斥反应等对症支持治疗,住院10~15天出院。

## 2 护理方法

**2.1 预防感染** 专用监护室及过渡室具有空气净化系统,病床、台面、地面每日消毒;病号服及床上被服每日更换,便器使用前后均消毒。医护人员加强无菌观念,平时用无菌治疗巾包裹动、静脉插管的接头处;静脉给药前用安尔碘液消毒三通接口处,待碘液干后

再推药;尽早拔除身体上的各种管道;每日抽血做血培养及药敏,观察口腔黏膜的变化;术后早期用朵贝氏液漱口,嘱咐病人避免损伤口腔黏膜。注意防治胃肠道菌群紊乱,保证大便通畅,每次大便做常规检查,及时发现肠道霉菌感染;加强基础护理,保持皮肤的完整性,防止褥疮发生,每日温水擦澡,隔日洗头,冬季注意保暖。

### 2.2 循环系统的护理

**2.2.1 血液动力学的维护** 病人术毕回ICU首先接好有创动脉测压换能器及心电监护,监测PAP、PWP、CVP、CO及血氧饱和度作为调整有效循环量及使用血管活性药物的依据,术后早期15 min记录一次,稳定后30~60 min记录一次,各种测压管在病情稳定后尽早拔出,注意对循环状态的临床观察,如病人神志、皮肤粘膜的颜色、湿度、末梢循环状态等。注意保持血压(BP)100/70 mmHg左右,BP不易过高,以免吻合口出血;补充血容量,以白蛋白、洗涤红细胞为主,尽量少输血浆;及时给予止血剂,减少失血量。

**2.2.2 观察心律(率)** 严密监测心率、心律的变化,术终常规安装起搏导线,术后第一周警惕夜间出现心动过缓。心率<60次/分,应连接起搏器辅助,同时可静脉泵入异丙肾上腺素。

**2.2.3 维护心功能** 因为供心有过完全性缺血损害,加之3例患者术前由于心衰各脏器均受累,术后

应加强强心利尿治疗,常使用多巴酚丁胺,米力农等静脉输入,术后早期使用速尿,平稳后可口服利尿片。

**3.3 呼吸系统的护理** ①保证氧供:术后呼吸机辅助呼吸,使用定容或定压方式,给予 PEEP,定时查血气,保持氧分压 100 mmHg 左右,二氧化碳分压 30~35 mmHg。辅助呼吸期间每 2 h 气管内滴入抗生素盐水 1 次,每小次吸痰 1 次,注意呼吸道湿化。②保持呼吸道通畅,防止肺部并发症;因受心者术前均有心衰,肺部长期淤血,造成术后肺分泌物粘稠,不易咳出,所以要加强体疗,鼓励自主咳痰,尽量不用鼻导管吸痰,以免损伤鼻黏膜;给予面罩湿化氧气治疗每 4~6 小时 1 次。每日做痰涂片及痰培养,及时发现有无感染。

**3.4 泌尿系统的护理** 体外循环以及术后心功能不全和免疫抑制剂的应用都可能造成肾功能损害,尿量每小时记录保持在 2 ml/kg/h 左右,如连续 2 h 尿量 <0.5 ml/kg/h 要及时处理,尿多时须及时补充血容量和电解质(特别是补钾)。尿管一般在术后 72h 内拔除,防止感染,尿管应妥善固定,防止脱出、阻塞,采用密封式尿量贮计尿袋,每天清洗外阴,并用碘伏消毒尿道口 1 次。一旦出现急性肾衰症状,及时血液透析。

**3.5 引流管的护理** 密切观察引流量及性质,用负压吸引(15~20 cmH<sub>2</sub>O)并经常挤压保持引流管通畅,每小时记录引流量,如引流量多或有心脏压塞的表现,要及时通知医生考虑开胸探查。

**3.6 消化系统的护理** 术后常规留置胃管用于适当胃肠减压及观察消化道出血情况,注意观察胃液量、颜色,撤离呼吸机后无胃肠道并发症者胃管可拔除。为防止应激性溃疡导致消化道出血,术后可应用保护胃粘膜及抗胃酸分泌药物。要重视病人的主诉,特别要注意观察患者的大便。

**3.7 术后并发症的观察及护理** ①排斥反应:术后排斥反应是受心者对移植心脏的特异性免疫反应,是严重的并发症,并且是造成心脏移植失败的主要原因之一。超急性排斥反应一般发生在供心恢复血液循环后,供心复跳困难,不能脱离体外循环;慢性排斥反应多发生在移植术 1 年后;急性排斥多发生在术后 1~20 周内,半年后发生率明显减少。如病人出现全身乏力不适、心脏扩大、心率快、并伴有心律失常、循环不稳定、心功能不全等症状时,应高度重视,及时反映。本组 3 例患者均未发生排斥反应。②心包填塞:

术后恢复期病人可能出现心包慢性填塞症状,这可能与受心者心包腔与供心大小不匹配造成,也可能是慢性排斥反应,因此术后每日做 B 超,观察心脏功能,1 周后改为 3 日或 1 周一次。③心律失常:病人术后恢复期突然出现心律失常,原因可能与长时间利尿,造成电解质紊乱有关,因此应定时查电解质,及时补充,维持电解质平衡。男性患者发生心律失常,经治疗后好转。④精神症状:由于高度精神紧张及忧虑,部分受心者可能出现一些与其以往性格不同的举动(有的认为与供心有关),对于情绪过于激动者要耐心观察及劝导,配合一些镇静剂,保证其休息好、心情愉快,症状会逐渐好转<sup>[1]</sup>。

**3.8 心理护理及健康教育** 心脏移植病人术前长期患病,体质虚弱,有的对治疗缺乏信心,对移植有恐惧感。术后隔离时间较长,环境单一,加上免疫抑制剂的不良反应,病人的心理负担往往很重,易产生孤独感、抑郁和焦虑,甚至可出现明显的精神症状,严重影响休息和睡眠,加重心肺负担,不利于康复。因此,不可忽视心理护理,对病人出现的各种症状作耐心细致的解释工作并及时有较地对症处理。建立良好的护患关系,耐心倾听,鼓励病人充分表达自己的顾虑和想法,进行各项检查治疗时应向病人说明目的、步骤,并告知怎样配合,以消除焦虑和恐惧。协助病人进行锻炼,并对其每一点进步及时给予鼓励,以增强对治疗的信心,在出院前对病人及其家属进行必要的教育,使他们知道如何保护所植入的心脏;了解排斥反应和感染的危险性及如何早期发现和进行预防;认识按时服药和定期复查的重要性,并告知各种药物的用途和副作用,了解可引起心脏病的各种危险因素,知道如何改变生活习惯来减少这些危险。

**3.9 康复锻炼** 术前由于心衰长期卧床,肌肉萎缩无力,因此术后需进行适当的锻炼来恢复体力,重获正常生活能力,以达到心脏移植的最终目的——使患者恢复满意的心功能和生活质量。术后 48 h 内进行被动的肌肉锻炼,活动四肢。48~72 h 可卧床主动活动,协助病人坐起。术后第 5 天开始离床站立,第 6 天可扶持室内步行每日 1~2 次,1 周后可室内散步,逐渐进行自我生活料理和增加活动量。

### 3 体会

通过对 3 例原位心脏移植患者术后护理,我们认为严格无菌操作,加强基础护理和口腔护理,合理使

用药物是预防感染的关键,加强循环系统及呼吸系统、泌尿系统的护理,严密观察病情,加强排斥反应的监测,做好心理护理及出院后健康指导是心脏移植术后成活的关键。

#### 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,2003,2:915-926

[2] 毛焕元,杨心田. 心脏病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002,7:152-155

[3] 夏求明. 现代心脏移植[M]. 北京:人民卫生出版社,1998,160-165

[4] 廖东山,廖崇先,李增祺,等. 心脏移植术后并发症 13 例分析报告[J]. 中华器官移植杂志,2001,5:291-293

## 50 例新生儿窒息抢救与护理体会

吴绪英

(郴州市第一人民医院,湖南 郴州 423000)

**摘要:**目的 探讨新生儿窒息抢救及护理。方法 对 2005 年 1 月~6 月分娩的新生儿窒息患者 50 例进行抢救,按照保持呼吸道通畅、建立呼吸、恢复循环、药物应用、监护及维持适宜环境温度进行复苏。结果 50 例新生儿窒息的抢救成功率为 98%。结论 新生儿窒息的抢救必须遵循正确的复苏方案及掌握复苏技巧以及医护的密切配合。

**关键词:**新生儿窒息;抢救;技巧

**中图分类号:**R473.72

**文献标识码:**A

**文章编号:**1673-498X(2006)02-0055-02

新生儿窒息指胎儿因缺氧发生宫内窘迫导致出生后出现呼吸衰竭的临床表现,它是新生儿围产期死亡的主要原因之一<sup>[1]</sup>。发生窒息后因缺氧可对小儿神经系统各器官造成不利影响,严重窒息可导致不可逆的缺血、缺氧性脑损伤,以至造成小儿智力低下、脑瘫、癫痫等后遗症,有些甚至出现终生残疾。因此,做好新生儿窒息的抢救,是减少窒息儿并发症,降低围产儿病死率和伤残率的关键之一。

### 1 资料与方法

1.1 资料 我科 2005 年 1 月~6 月活产新生儿 620 例,发生窒息 50 例,其中剖宫产 32 例,平产 16 例,臀牵引 1 例,胎头吸引器娩出 1 例;轻度窒息 42 例,重度窒息 8 例;早产儿 11 例,足月产 39 例;单胎 46 例,双胎 3 例,三胞胎 1 例。窒息发生率 8.04%。

#### 1.2 方法

1.2.1 复苏准备 了解母体高危因素、胎儿胎动、羊水性状、胎盘功能、胎儿生物物理评分等病史信息;准备抢救人员和器械设备等。

1.2.2 抢救方法及护理 胎头娩出外旋转后,右手仍要保护会阴,不急于娩肩,用左手自鼻向下颏将羊水粘液挤出。胎儿全身娩出后,立即揩干全身羊水,保暖、防止失热,摆好体位,将头偏向一侧,使头部后仰,以利呼吸道通畅,尽快用吸管吸净口鼻腔和咽部的粘液,输氧,然后刺激触觉,使婴儿啼哭。在清理呼吸道及触觉刺激后仍无呼吸或虽有呼吸而心率少于 100 次/min,须立即改用气囊面罩复苏仪加压给氧的人工呼吸,人工呼吸的速度为 40 次/min,压力根据出生体重、肺的顺应性和否扩张过三个因素来决定,一般为 20~30 cmH<sub>2</sub>O<sup>[3]</sup>。面罩加压给氧人工呼吸 15~30 s 后立即测心率,若大于 100 次/min,肤色转红且有自主呼吸者,可停止加压给氧,并刺激触觉使其他强化自主呼吸;对无自主呼吸者,则需继续人工呼吸,如无改善,立即改用气管插管人工呼吸;若心率仍不足 80 次/min 或少于 60 次/min 者则立即行胸外心脏按压。胸外心脏按压方法有双指按压法和拇指手掌按压法两种。前者是用一手的中指和食指的指端垂直压迫两乳头连线的下方,而不着力于剑突上,若背部