

# 同种异体原位心脏移植患者感染的预防及护理

赵孝英

(第三军医大学附属大坪医院 胸心外科, 重庆 400042)

[中图分类号] R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1008-9969(2002)02-一封3-01

终末期扩张性心肌病唯一有效的治疗方法是施行“原位心脏移植术”。感染是原位心脏移植术常见的并发症之一,感染与急性排斥反应是原位心脏移植术早期死亡的最主要的原因。2001年7月我院成功地为一例38岁的女性进行了同种异体原位心脏移植术。现患者已出院,正在康复之中。现将手术前后预防感染的护理报道如下。

## 1 一般资料

患者,女性,38岁,于2001年7月因活动后心悸、气促4年,加重2个月入院,经各项检查确诊为扩张性心肌病终末期。于2001年7月27日在全麻体外循环下行同种异体原位心脏移植术。手术采用胸骨正中劈开切口,建立体外循环,切除病心,将供心原位移植到受体,供心为一脑死亡的男性。顺序吻合左心房、房间隔、右心房、升主动脉,一次性全部吻合成功,经电击除颤后供心恢复心跳。手术历时8h,术中失血800ml。术后13.5h停用呼吸机,14h拔除气管插管,术后2天下床活动,目前患者生活能自理,生活质量好,心功能正常。

## 2 术前准备

### 2.1 病室消毒

术前3天,一万级的层流监护病房内一切物品表面用0.2%的洗消毒液擦拭。每日用福尔马林空气熏蒸消毒。病人及进入监护室的工作人员所使用的被服及物品均经高压灭菌或其他消毒灭菌处理。

### 2.2 病人的准备

术前3天训练正常的咳嗽、排痰,并进行痰培养和咽拭子培养。嘱病人饭后、睡前刷牙后用漱口水含漱,预防口腔感染。同时给予高营养的食品,增强抗感染能力。术前1天常规备皮,备皮时注意勿损伤皮肤,术前晚用温水擦浴全身。

### 2.3 正确评估病人术前情况

术前正确评估患者有无糖尿病、活动性感染、陈旧性肺结核等疾病以及是否是病毒携带者。其重点放在针对受者既往感染的预防性用药及正确评估受者是否存在活动性感染、及免疫抑制剂的应用致机体的抵抗能力下降等因素。

## 3 术后预防感染及护理

### 3.1 呼吸道的管理

3.1.1 物理疗法 在未拔除气管插管前,为防止感染每15~30min吸1次痰,吸痰前洗手,戴无菌手套,吸痰管一次性使用,根据不同的部位选用不同型号的吸痰管,吸痰负压适中,每次不超过15s。拔除气管插管后,术后病情平稳,术后2天扶病人坐起,并拍背用拇指或食指在吸气终末轻压在胸骨窝的气管并同时向前滑动,可重复多次,以刺激气管诱发咳嗽排痰,让病人在床上活动,半卧位,每1~2h翻身1次,监测体温变化,每2~4h监测1次,若体温较高时,做好物理降温,加强心理护理,使其积极配合治疗,早期控制感染。

3.1.2 高频雾化吸入 术后由于应用了大量的抗生素,所以易致菌群失调。病人在术后早期的痰培养中出现了白色念珠菌生长(大于100个菌落),故雾化液有生理盐水、两性霉素B、沐舒坦+ $\alpha$ -糜蛋白酶组成。每日4次,每次15~20min,烟雾不能过大。同时由于两性霉素B较苦,吸入时口感不舒服,因此患者在吸入时表浅呼吸或拒绝吸入,我们向病人说明其目的,并对其监督。每日送痰培养及药敏试验。

### 3.2 多管腔插管的护理

在使用多管腔插管时,注意各环节的无菌操作。尤其是更换输液泵上的延长管及插管口的三通阀时,要保持各接头的绝对无菌。争取做到各项操作同步进行,以减少重复性的操作,增加导管的感染机会。若每日需静脉给药数次,则固定1根管道,并做好标志。24h以上未使用的管道,管腔内可能有感染,故不再使用。

### 3.3 术后早期菌群跟踪监测

术后早期隔天做1次痰细菌、霉菌培养。2周后改为每周2次,直到结果为正常菌群3次为止。术后头1个月每周做1次病毒学血清检测,以后每个月检测1次。深静脉导管及心包、纵隔引流拔除时常规送细菌学培养。

### 3.4 一般护理

病房、处置室每日紫外线照射1次,病房内的仪器、台面用0.2%的过氧乙酸溶液擦拭,每日2次。抹布、拖布均消毒。工作人员需经风淋后,戴口罩、帽子,鞋套,穿消毒隔离衣进入。保持患者床单位的舒适整齐。每日全身擦澡、更衣、更换被服,并做到大便后清洗会阴部。尽早拔除尿管,防止尿路感染。毛巾、脸盆、便器均消毒后使用。患者严格隔离1个月,1个月后住单人房间,病人出病房时穿隔离衣,戴口罩、帽子,最大限度的减少感染的机会。

[收稿日期] 2001-10-29

[作者简介] 赵孝英(1979-),女,山东济南人,1997年毕业于第三军医大学护理系,大专学历,护师,从事临床胸心外科护理的研究。

[本文编辑:杨玩华]