

# 1 例心脏移植手术的护理配合

原菊萍 高永桂

关键词 心脏移植; 手术; 护理

中图分类号 R472.3 文献标识码 A 文献编号 1006—(2004)03—0234—02

心脏移植手术可以挽救部分终末期心脏病病人的生命, 并改善其生活质量。我院心胸外科于 2003 年在福建医科大学附属协和医院的协助下成功的实施了 1 例原位心脏移植术。现将心脏移植手术护理配合体会报告如下。

## 1 临床资料

病例 1, 女 16 岁。2003 年 10 月 11 日常诊入院, 患者于 7 年前患病毒性心肌炎, 6 个月前因感冒后出现心悸、气促、双下肢浮肿, 尤以活动后明显, 伴恶心、呕吐, 诊断为扩张性心肌病, 经内科治疗效果不佳。心功能 III 级 ~ IV 级, 射血分数 (EF) 42%, 心肌变薄, 心电图显示心肌回声改变, 心率快, 心腔扩大 (尤以左心为重)。于 2003 年 10 月 14 日施行同种异体心脏移植手术, 手术过程顺利, 现血流动力学指标正常。

## 2 护理体会

### 2.1 术前准备

心脏移植手术是难度较大的手术, 术前护理人员应做好充分的心理准备及技术准备, 学习有关心脏移植方面的知识, 参与术前病例讨论, 熟悉手术步骤及术中可能出现的各种状况, 并做好应急准备。

心脏移植手术对无菌环境要求较高, 在对手术间进行紫外线照射后, 还应增加空气净化设备, 并在手术中持续使用, 所有与病人接触的物品均应在术前进行高压灭菌。

用物准备要充分, 除常规心脏体外循环手术所配备的机械双份外, 另备 3—0、4—0、5—0 prolene 线数条, 密闭贮物罐两个, 心脏保护液 400mL, 50cm×50cm 消毒塑料袋 6 个等。

### 2.2 术中配合

接病人入室后, 巡回护士于其肘正静脉建立一条静脉通路, 协助麻醉师进行麻醉诱导及气管插管, 穿刺桡动脉并建立有创动脉压监测系统至锁骨下静脉管、置尿管。病人取平卧位, 根据手术部位

随时提供用物, 并观察心肌的保护措施是否适宜。

手术过程分供心取出和移植手术两部分。

供体组缩短供心的缺血时间是非常重要的。因此器械护士应根据手术步骤准确传递器械, 待剥离供心取出后, 将供心放置在盛有 4℃冰盐水的贮物罐内, 外套 3 层无菌塑料袋, 密闭封好, 同时备一小器械台和供心脏修剪所需的器械, 以供医生修剪心脏使用, 供心修剪之后, 用冰盐水纱布包裹, 浸泡在盛有冰盐水的容器内备用。

确认供心可用后, 心脏移植手术开始。用 3—0 prolene 线吻合右心房、房间隔、左心房, 4—0 prolene 线吻合主动脉, 用 5—0 prolene 线吻合肺动脉, 其余按常规关胸, 手术过程历时 192min。由于手术过程中需大量冰泥进行心脏保护, 所以器械护士应准备足够的冰泥, 保证术中使用时。

## 3 小结

### 3.1 密切合作, 缩短供心缺血时间

心脏移植手术是系统的复杂的手术, 要求各部门默契配合, 才能保证手术的顺利完成。故术前应做好护士的培训, 参与病例讨论, 了解注意事项, 掌握配合要点, 熟悉手术全过程。

### 3.2 心肌保护

供心的良好保护是心脏移植术成功的关键之一, 预防心肌损伤的主要措施是应用停搏液和维持心肌于深低温<sup>[1]</sup>, 而这两项措施与护士的工作密切相关, 如取供心时心脏停搏液、保养液的温度等由护士把关, 故术前应做好充分准备。

### 3.3 预防感染

因感染是术后三大致死并发症之一<sup>[2]</sup>。心脏移植手术后感染关系到手术的成败, 手术室及监护室人员应强化无菌隔离原则<sup>[3]</sup>, 术前加强无菌观念的培训, 术中减少人员的流动, 使用空气净化装置, 对室内空气持续净化等, 以保证室内空气洁净。严格执行并监督无菌技术操作, 同时采取必要的隔离、无菌措施, 防止术后感染的发生。

## 参考文献

1. 周汉槎主编. 临床心脏移植[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1993, 58~148
2. 郑晓红, 王念组, 廖崇先, 等. 原位心脏移植术 1 例报告[J]. 中华

器官移植杂志, 2002, 23(3): 185

3. 陈淑英. 新编护理学[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1997, 308~310

(收稿日期: 2004—04—27)

# 外伤假性胰腺囊肿 2 例

王瑾瑜

**关键词** 外伤; 假性胰腺囊肿; B 超

中图分类号 R642 文献标识码 A 文献编号 1006—(2004)03—0235—01

## 1 临床资料

例 1, 女, 56 岁, 1972 年上腹部被车撞伤, 当时感上腹部疼痛, 经保守治疗好转, 但劳累、阴雨天时感上腹不适。1985 年 9 月出现左上腹疼痛, 食后饱胀, 食欲减退, 乏力, 并发现左上腹有一手拳大小包块, 囊性感, 不活动, 叩诊实音。X 线检查: 胃小弯受压, 胃向前移。B 超, 于肝左叶下方, 胃后方见一囊性肿块  $11.5\text{cm} \times 7.5\text{cm} \times 6\text{cm}$ , 与肝、脾、肾无关, 与胰尾相连。

术中所见: 囊肿位于胃后壁, 胃结肠韧带下, 约  $10\text{cm} \times 8\text{cm} \times 8\text{cm}$ , 与胰腺相连, 离断胃结肠韧带后显露囊肿, 表面呈黄白色, 穿刺出黄色液体, 行低位横向切口 25cm, 吸出液体约 300mL。行囊肿—空肠 ROUX—Y 吻合, 病理报告为假性胰腺囊肿。

例 2, 男, 29 岁。患者被车撞伤左上腹, 经保守治疗好转。8 个月后又因上腹疼痛伴发热、呕吐再次来诊, B 超提示左上腹有一  $11\text{cm} \times 9.6\text{cm}$  囊性包块, 腹部检查, 左上腹可扪及一手拳大小包块, 表面光滑, 囊性感, 轻压痛, 叩诊浊音, 术中见肝、胆、脾均正常, 胃结肠韧带及左侧大网膜血管高度扩张, 囊肿位于胃结肠韧带下方小网膜囊内, 离断胃结肠韧带, 显露包块, 见包块为棕灰色, 穿刺抽出黄色微混浊液体, 吸出浅黄色液体 400mL, 壁厚 0.2cm, 坚韧。行胰腺囊肿—空声 ROUX—Y 吻合术。

## 2 讨论

胰腺的位置相对固定, 且与脊柱相邻, 很易受

钝伤而并发外伤性假性胰腺囊肿, 发病年龄多在 20 岁~50 岁, 临床症状取决于胰腺损伤的程度和囊肿增大的速度, 数月或数年有就医者不等, 本文病例分别于伤后 8 个月及 13 年才来就诊。

左上腹不适伴食后饱胀感, 是本病的早期症状, 本文 2 例伤后均有此症状, 阴雨、劳累后上腹不适更为明显, 后期因肿块增大压迫胃壁而出现食后饱胀感。左上腹包块, 是后期的主要症状和体征, 因病程后期, 囊壁增厚, 渗液积聚, 使囊肿增大。

当患者上腹外伤后, 出现上腹不适或疼痛感, 逐渐出现囊性包块, 就应该考虑外伤性胰腺囊肿的可能<sup>[1]</sup>。消化道钡餐检查可见胃受压并向前推移。B 超检查可提供可靠的诊断依据, 本文 2 例均 B 超检查提示胰腺囊肿, 因此, 我们认为 B 超是一种可靠的诊断手段。

假性胰腺囊肿壁较厚, 难以消散, 且有自发破裂可能, 因此多主张手术治疗。手术时机以发病后 2 个月~4 个月为好。手术方法有: ①囊肿切除术。适于胰尾部小囊肿, 且与周围脏器很少粘连者。②外引流术。适于囊肿感染, 形成脓肿者。③内引流术。适于慢性假性胰腺囊肿, 是一种较好的治疗方法。本文 2 例行囊肿—空肠 ROUX—Y 内引流术, 术后均收到良好效果。

## 参考文献

1. 钱 礼. 腹部外科学. 上海: 上海人民卫生出版社, 1973, 588

(收稿日期: 2004—04—01)