

循证护理在预防心脏移植术后并发症中的应用

那竹惠, 张春燕

(云南省心胸外科研究中心, 昆明市延安医院心胸外科, 云南 昆明 650051)

[摘要] 目的 探讨预防心脏移植术后并发症的护理对策. 方法 应用循证护理方法对我科 6 例同种原位心脏移植病人术后预防并发症发生实施护理, 解决术后感染及排斥反应、严重低心排、呼吸功能不全、肾功能衰竭问题的实践过程. 通过循证问题、循证支持, 确立证据, 制定科学的护理干预措施. 结果 通过循证护理理念对预防心脏移植术后并发症病人实施护理, 取得满意效果. 结论 应用循证护理不仅可以指导护理专科路径, 确保病人安全质量有效性, 而且可充实护理人员知识, 提高心脏移植术后存活率保障手术、复苏、康复顺利的可靠依据.

[关键词] 循证护理; 心脏移植; 并发症

[中图分类号] R541.8⁴ [文献标识码] A [文章编号] 1003-4706 (2010) 08-0148-03

Application of Evidence-based Nursing in Preventing Complications after Heart Transplantation

NA Zhu-hui, ZHANG Chun-yan

(Dept. of Cardiothoracic Surgery, Kunming Yan'an Hospital, Kunming Yunnan 650051, China)

[Abstract] Objective To explore the nursing measures for preventing complications after heart transplantation. Methods The evidence-based nursing method was used to prevent complications after heart transplantation in 6 patients. The key purpose of nursing was to prevent infection and reject reaction, serious cardiac output, respiratory insufficiency, renal failure after heart transplantation. Scientific nursing measures were made by evidencing problems, evidencing support, and establishing evidence. Result The satisfying results were got by adopting nursing measures to prevent complications after heart transplantation on the basis of evidence-based nursing ideas. Conclusion Evidence-based nursing not only can guide clinical nursing work and ensure the safety of patients, but also can enrich the the nurses with nursing knowledge, improve the survival rate of patients after heart transplantation, and ensure the success of operation, resuscitation, and recovery.

[Key words] Evidence-based nursing; Heart transplantation; Complications

心脏移植是目前治疗心功能衰竭终末期最佳方法, 也是临床上常规治疗方法无效的终末期心脏病唯一可行的治疗方法. 2003 年至 2009 年对 6 例原位心脏移植手术患者实施循证护理预防心脏移植并发症, 病人心脏移植术后生活质量明显改善, 效果满意, 现报告如下.

1 资料与方法

1.1 一般资料

6 例心脏移植患者中, 男 4 例, 女 2 例, 年龄 27~58 岁, 平均 (40.0±0.3) 岁, 心功能均为

~ 级, 术前左心室射血分数 $EF < 21\% \sim 27\%$ 2 例, 晚期扩张型心肌病 4 例, 艾森曼格氏综合征 1 例。

1.2 方法

针对心脏移植术后并发症提出问题, 成立循证小组根据文献检索和临床观察, 掌握循证的有效方法形成第一线防护网。提出循证问题对术后可能发生的并发症进行严密观察及监测, 针对严重并发症发生原因及处理方法应用计算机网络检索相关文献, 根据提出的问题确定关键词, 对证据的真实性、可靠性、科学性、临床实用性作出评价, 确定结论。

2 循证护理实践

2.1 术后感染

2.1.1 循证问题提出 感染是心脏移植术后最常见的并发症之一, 根据报道: 感染引起的死亡占移植死亡率的 25%^[1], 感染发生在心脏移植术后数周内最为常见^[2]。因此, 对于心脏移植术后的患者强调预防重于治疗。

2.1.2 循证支持 循证小组通过查阅文献^[3], 找出相关原因: (1) 患者术前多呈衰竭状态、营养状态差、抵抗力低下易并发各种感染; (2) 长期免疫抑制治疗, 使患者抵抗力降低, 也易产生感染; (3) 感染可能与术前有吸烟史, 术后呼吸机的使用时间, 术后隔离程度以及居住环境等密切相关。

2.1.3 护理干预 (1) 准备监护隔离单人间, 空气层流净化病房, 控制室温 $22\text{ }^{\circ}\text{C} \sim 24\text{ }^{\circ}\text{C}$, 湿度 50%~60%。用 0.1% 含氯消毒剂擦拭所有房间内配备。(2) 严格消毒隔离制度和无菌操作规程, 操作前后快速手消应用。严格隔离期间, 任何无关人员不得进入或滞留, 进入者应先洗双手, 穿戴隔离衣帽, 换鞋, 戴口罩入室。(3) 杜绝感染机会: 患者术后机体各种侵入性导管多, 护理采取主要措施: ①每日更换静脉通路输液管; ②左心房插管在 24 h 内拔除, 本组病例低心排延迟拔管, 76 h 后拔除; ③中心静脉通路每日更换敷料; ④心、胸引流管 48 h 内拔除; ⑤尿管在 48~72 h 内拔除; ⑥呼吸机加湿器每 8 h 更换蒸馏水 1 次, 螺纹管道 24 h 更换; ⑦气管插管 24~48 h 拔除, 本组病例最短 13 h 最长 57 h。5 例病人所用管道

分别作细菌培养无细菌生长。(4) 预防肺部感染: 规范无菌操作吸痰流程, 保持呼吸道通畅, 定时给予胸部物理治疗、雾化吸入、保持口腔清洁。(5) 合理用药, 使用激素、免疫抑制剂可引起机体免疫功能低下, 诱发感染。定期抽血查药浓度, 调整用药剂量。每日晨做好血、尿、便、痰、分泌物、咽试子的细菌培养, 根据细菌培养结果使用最有效剂量的敏感抗生素, 防止二重感染。并监测肝肾功能。

2.2 排斥反应

2.2.1 循证问题提出 急性排斥反应是心脏移植术后常见并发症^[4]。根据报道: 急性排斥反应多发生在术后 1~20 周。是临床护理观察的重点。因此掌握好免疫抑制剂的应用和监护尤为重要, 若发现不及时, 可引起严重心肌损害及广泛坏死。

2.2.2 循证支持 循证小组通过查阅文献, 找出相关原因: (1) 免疫抑制剂用量控制经验不足。

(2) 未及时发现急性排斥反应临床表现。

2.2.3 护理干预 心脏免疫抑制剂的应用和观察: (1) 应用: 术前 2 h 首次静推巴利昔单抗 20 mg 配 5 mL 注射用水, 20 mg 于移植术后 4 d 给予, 用于预防器官移植早期急性器官排斥, 体外循环机器转流前甲强龙 500 mg 静推, 转流后 500 mg 加入防止急性排斥反应, 术后第 3 天开始监测血药浓度。拔除胃管后口服。CsA+ 骁悉 (MMF) + 甲基泼尼松龙 (mp) 的联合用药。CsA 0.7 mg/kg iv, 12 h 后为口服 2 mg/kg, 12 h MMF 3 mg/d, mp 125 mg Q 8 h × 3。ATG 2.5 mg/kg 一次性静脉给药。

(2) 观察措施: ①用药准时准量, 查对制度强化性, 同时对药物的耐受反应进行观察; ②免疫抑制剂的使用强调个性化。本组 1 例患者在术后回家自行停药出现四肢发冷, 脉搏细数, 心电图 QRS 波电压明显下降, 发热、心律失常, X 线胸片显示心胸腔增大, 回院遵医嘱用甲基泼尼松龙 1 000 mg/d 连续 3 d 静脉输入; ③根据血药浓度调整 CsA 用量, 监测肝、肾功能。血药浓度检测时护士应在服药前 30 min 采集血样准时准量。

2.3 严重低心排、呼吸功能不全、肾功能衰竭

2.3.1 循证问题提出 低心排出量心脏移植术后早期常见的并发症。呼吸功能不全术后 1 周内多见。肾功能衰竭发生在术中或术后早期。因受心者术前均有心衰, 肺部长期瘀血, 造成术后肺部并发症。

2.3.2 循证支持 循证小组通过查阅文献^[4],找出相关原因:(1) 供心有过完全性缺血损伤加之供心保护不良所致。(2) 与受体术前肺功能差、体外循环时间长导致灌注肺、激素应用导致体内水、钠潴留而引起肺间质水肿有关。(3) 心脏移植术因体外循环及术后心功能不全和免疫抑制的应用都可能造成肾功能损害。

2.3.3 护理干预 (1) 血液动力学监测:①预防低心排出量:注意观察并发现病人表情淡漠、轻度发绀、四肢湿冷、心律失常、动脉压低,中心静脉压和左房压高,少尿,低氧血症等是低心排量征兆,②尿量保持在 ≥ 30 mL/h,本组病例未发生低心排。③生命体征监测是判断循环血容量及心功能的依据,在术后前12 h内每30 min观察记录1次生命体征,心率维持在90~110次/min,收缩压维持在13.3~15.96 Kpa,左心房压力 < 1.33 Kpa,肺动脉楔压 < 2.66 Kpa,CVP维持在6~12 cmH₂O,术后2 h胸腔引流量小于200 mL/h,每30 min挤压引流管1次,以利引流。(2) 追踪化验指标:Hb > 110 g/L,HCT 25%~35%,血清钾浓度维持在4~5 mmol/L发现异常及时报告,监测血糖。本组1例术后早期出现高血糖,RI 25 U/50 mL浓度微量泵使用维持血糖水平,维持在 < 12 mmol/L的水平。(3) 心功能维护:由于心肌缺血时间较长,术后心功能的恢复维持需要正性肌力药物支持辅助。常用多巴胺或多巴酚丁胺增加心肌收缩力,血管扩张药硝普钠或硝酸甘油连续泵入减轻心脏前后负荷。护理上注意给药应严格、准确、及时,确保药液无间断地进入体内,注意硝普钠毒性反应症状,呕吐、出汗、头痛、心悸都是过度降压所引起,当硫氰酸盐浓度超过20 mg/100 mL时可致严重中毒。(4) 呼吸功能的支

持:预防低氧血症,监测呼吸频率18~20次/min,每小时血气分析1次,对呼吸机辅助呼吸的病人,采用无菌吸痰技术和流程,生命体征平稳每2 h翻身拍背,推压胸廓1次后再吸痰,护士吸痰前后进行肺部听诊,评估呼吸音,确认肺部扩张情况。并进行呼吸道湿化确保痰液充分稀释,以利排痰。

3 总结

4例病人在术后经4~6周重症监护室精心护理转至病区高危病房,1例病人术后数小时发生急性排斥反应及严重心律失常应用主动脉内球囊反搏(IABP),经2~3 d抢救无效死亡,5例病人都存活,生活质量明显改善,对循环呼吸系统监测,排斥反应观察,感染的预防及病人心理疏导,是心脏移植病人生存率关键,也是护理的重心。

应用循证护理不仅可以指导护理专科路径,确保病人安全质量有效性,循证护理的开展使我们的护理行为由被动变为主动,用其指导临床实践。

[参考文献]

- [1] 朱晓东,薛淦兴. 心脏外科指南[M]. 北京:世界图书出版公司,1990:624-625.
- [2] 夏求明. 现代心脏移植[M]. 北京:人民卫生出版社,1998:112-116.
- [3] 杨秀玲,王晓武,郑霄作. 11例心脏移植患者的术后监护[J]. 中华护理杂志,2003,8(7):507-508.
- [4] 陈良万. 同种异体原位心脏移植39例[J]. 中华心血管病研究杂志,2003,5(1):33-36.

(2010-06-18 收稿)