

结束后等清点所用的器械、纱布、缝针等。由于手术所用器械、纱布、缝针较小,巡回护士应密切观察手术进程,避免遗漏。对于术中增加的器械、纱布、缝针应及时清点,及时记录并做到心中有数。

3.2.6 术中冲洗液的管理 术前应预先加热若干灭菌蒸馏水,一方面可以杀灭癌细胞,另一方面,可以保护患儿体温。如需输血也应将血制品适当加热。配合麻醉师使用输液加温仪。

3.2.7 阻断的记录 术中切除肿瘤时,需要对肝门、肝右动脉进行阻断,阻断时应记录时间,并在 15 min~20 min 时进行提醒。

3.2.8 术中的观察 术中密切观察手术进程和患儿的各项生命体征、尿量、出血量等,发现特殊情况及时汇报医生、麻醉师予以对症处理。提供手术所需物品,及时处理术中出现的应急情况,保证各种仪器正常运行^[2],及时记录术中出现的特殊情况。必要时配合抢救。

4 体会

4.1 器械护士 器械护士术前应做好充分的术前准备,不仅要充分了解手术步骤,做到心中有数,及时准确地传递手术器械,还应具备一定的应急能力以便发生意外伤害如大出血等情况下,能熟练配合医生止血,

能够忙而不乱,配合自如^[3]。术中管理好无菌器械台及手术操作区域,在阻断时保持高度集中的精神也是十分必要的。

4.2 巡回护士 巡回护士在整个手术过程中,应密切观察手术进程及病人生命体征等各项指标,精神高度集中。手术台上的一切物品应及时清点,及时记录,做到心中有数。并且要管理好手术中使用的各类手术仪器,保证正常运行,提供手术所需的物品,与器械护士、手术医生、麻醉师通力合作,共同完成手术。麻醉结束前,要求巡回护士必须床边看守患儿,防止躁动将伤口崩裂或拔掉引流管,直至患儿送回病房^[4]。由于患儿年龄小,在整个手术过程中尤其要体现“爱伤”观念。

参考文献:

- [1] 于丽. 肝母细胞瘤患儿围手术期 1 例护理体会[J]. 中国中西医结合儿科学, 2011, 3(3): 285-286.
- [2] 杨晓容. 改良式绕肝提拉法入路右半肝切除的手术配合[J]. 护理学杂志, 2010, 25(16): 60-61.
- [3] 易美连, 李月莲, 潘燕. 右半肝切除术的手术配合[J]. 中国医药指南, 2012(31): 340.
- [4] 陈思明. 一例婴儿肝母细胞瘤切除手术的护理配合[J]. 东方食疗与保健, 2015(3): 254.

(收稿日期: 2016-05-26)

(本文编辑 郭海瑞)

宁夏首例同种异体原位心脏移植术病人的术后护理

李若楠, 郭淑萍, 马富珍, 鲍晓静, 赵 荣, 纪延霞, 吴喜娥

关键词: 心脏移植; 异体原位; 护理; 术后并发症

中图分类号: R473.6 文献标识码: B doi: 10.3969/j.issn.1674-4748.2016.30.047 文章编号: 1674-4748(2016)30-3230-03

心脏移植是全世界公认的治疗终末期心肌病的唯一行之有效的办法^[1], 本例病人是扩张型心肌病, 心脏移植术是根治扩张型心肌病的正确选择, 手术效果确切, 手术前和手术后的精心护理是心脏移植术取得成功的重要保障。本科于 2016 年 6 月成功完成了 1 例心脏移植手术, 手术后病人顺利康复出院, 未出现任何并发症。现介绍如下。

1 病例介绍

病人, 男, 25 岁, 主因“活动后胸闷、气短伴心悸 2 年余”入院。查体: 口唇及四肢末梢未见明显发绀, 颈静脉未见充盈, 双肺呼吸音粗, 未闻及干湿性啰音, 心

尖搏动未见异常, 位于左侧第六肋间锁骨中线外 1 cm, 无异常隆起及凹陷。心界向双侧扩大, 心率 84/min, 律齐, 心音低钝, 心尖区可闻及 2/6 级收缩期吹风样杂音, 无向他处传导, 余瓣膜听诊区未闻及明显杂音。腹部外形平坦, 腹部柔软, 全腹无压痛及反跳痛。肝脏、脾脏肋下未触及, 肠鸣音正常。四肢无畸形, 桡动脉双侧对称正常, 周围血管征未见异常。漂浮导管测量指数: 中心静脉压(CVP)为 7 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa); 平均动脉压(MAP)为 77 mmHg; 平均肺动脉压(MPAP)为 25 mmHg; 肺动脉楔压(PcwP): 15 mmHg; 心排血量(CO)为 2.8 L/min; 肺动脉阻力 3.5 wood。胸片示: 左心房及左、右心室增大为主, 心胸比率为 0.68。心电图示: 室性早搏短阵室性心动过速? 心电轴右偏+107°T 波改变。心脏彩超示: 全心增大, 左室整体收缩功能减退, 二尖瓣关闭不全(反流Ⅲ度), 三尖瓣反流Ⅰ度伴肺动脉高压。左室舒张末径(LVED)70 mm; 射血分数(EF): 12.4%。输血前普查

作者简介 李若楠, 护师, 本科, 单位: 750004, 宁夏医科大学总医院; 郭淑萍(通讯作者)、马富珍、鲍晓静、赵荣、纪延霞、吴喜娥单位: 750004, 宁夏医科大学总医院。

引用信息 李若楠, 郭淑萍, 马富珍, 等. 宁夏首例同种异体原位心脏移植术病人的术后护理[J]. 全科护理, 2016, 14(30): 3230-3232.

八项(定律):乙型肝炎病毒表面抗原 >250 IU/mL,乙型肝炎病毒e抗体 0.01 s/c.o.,乙肝病毒核心抗体 9.19 s/c.o.。血、尿、粪便常规、糖基化血红蛋白、凝血四项、甲状腺3项均大致正常。术前诊断:扩张型心肌病,二尖瓣关闭不全,三尖瓣关闭不全,主动脉瓣关闭不全,心功能Ⅳ级,病毒性乙型肝炎。于2016年6月25日在全身麻醉及体外循环下施行同种异体原位心脏移植术,手术过程顺利,术毕安返监护室进行监护,术后第1天顺利拔出气管插管,术后第2天转入我科监护室继续监护,严密监测生命体征,病人围术期过程良好,转入我科后即可下床活动,术后第6天复查超声心动图提示EF61.9%,术后住院时间10 d,重症监护室(ICU)监护时间1 d,我科监护室时间9 d,术后心功能为Ⅱ级,手术效果显著。

2 术后监护室的护理

术后的监测和护理是心脏移植病人的整个护理过程中的重要环节,和病人的术后恢复情况息息相关。

2.1 呼吸系统的护理 良好的呼吸支持是保证术后病人循环功能稳定的关键环节,该病人术后返回监护室后,气管插管接呼吸机辅助呼吸,使用同步间歇指令通气(SIMV)模式,氧浓度60%,潮气量 10 mL/kg \sim 15 mL/kg,呼吸频率 12 /min,返回监护室后立即做血气分析,并根据当时的血气分析结果适当调整呼吸机参数,在之后的监护过程中,每4 h \sim 6 h复查血气分析1次,在呼吸机辅助呼吸期间,按需且定时进行有效吸痰,当病人意识清楚,血流动力学稳定,自主呼吸有力,血气分析基本正常,符合拔管指征时,即可拔除气管插管,拔管后予面罩湿化氧气持续吸氧,协助病人叩背排痰,鼓励病人做深呼吸、有效咳嗽、咳痰,根据病情定期摄胸部X线片了解肺部情况,明确有无胸腔积液、肺部感染等情况,密切观察病情,根据病情及时有效地进行处理。

2.2 循环系统的监护 循环系统的有效监测需要同时进行持续心电监护及进行血流动力学的监测,心脏移植术后早期,病人心率不稳定,供体心脏需要适应一段时间,在这段时间内,可能会出现心肌缺血和心律失常,持续的心电监护能够及时发现上述问题,并及时进行处理,必要时,可以启用临时心脏起搏器(心脏移植术后一般均会留置心外膜临时起搏导线),进行各项操作时严格遵守无菌原则。通过持续监测各血流动力学指标,每小时记录心率、血压、呼吸频率、血氧饱和度、中心静脉压1次,若有异常变化及时做好记录,并告知主管医生及时进行处理,在监护过程中要经常检查各测压管,要保证管道通畅,一定要避免受压、扭曲、阻塞等情况的出现,这些测压管道可以在病情稳定后尽早拔除。密切观察病人的精神状态、意识、皮肤黏膜的颜色和温度、末梢循环状态等,准确记录每小时出入量、尿量、引流量,严格的控制输液速度,术后早期需及时使用微量泵泵入正性肌力药物和扩张血管药物调整心

功能(包括多巴胺、肾上腺素、硝酸甘油等),但应该使用正确的浓度和速度,并严密观察疗效,同样应保证管道通畅,严防管道堵塞等情况的发生,各三通接头应衔接好,应及时更换药物,并且应动作迅速,严禁在用药管道上快速静脉推注药物^[2-3]。

2.3 泌尿系统的护理 术中体外循环的影响和术后免疫抑制药物的应用都可能会对肾功能造成一定的损害,所以术后也应密切监测病人的肾功能。和其他心外科手术的手术一样,维持满意的尿量是很重要的,在观察尿的颜色、性质的同时,应做到每小时记录尿量1次,准确地记录24 h出入量,一般尿量应为每小时 1 mL/kg,如果尿量有减少,应积极进行处理,如可以适当给予利尿剂,并及时告知医生。术后第1天常规测1次尿素氮、血肌酐,根据情况每2 d或3 d复测1次,做到严密监测肾功能情况。术后病人常规进行留置导尿,注意尿管应固定妥当,防止打折、脱出、梗阻等而延误病情的判断,但尿管是泌尿系感染的来源,应尽早拔除尿管。

2.4 引流管的护理 要保证引流管在位通畅,不要使引流管堵塞、打折,经常进行挤压,保障负压持续存在,要做到每小时准确记录引流液的量、颜色、性质,严格进行无菌操作,定时更换引流瓶。

2.5 消化系统的护理 术后常规留置胃管用于进行适当的胃肠减压,在胃管拔出前,需准确记录胃管的引流量、颜色,密切观察有无消化道出血,对于本例病人,在拔出气管插管后,即拔出胃管,尽快让病人自己进食,每日观察大便性质(如是否有血便或柏油样便),保持大便通畅,必要时可进行促排便治疗,由于术中经历了体外循环,肝功能有受损的可能,并且本例病人合并病毒性乙型肝炎,在术后进行抑制免疫治疗的过程中,乙肝病毒可能大量复制,并且导致肝功能严重受损,所以术后第1天即抽血查肝功能,并且根据病情每2 d或3 d复查肝功能,及时应用保肝药物,密切监测肝功能变化,发现异常及时向医生汇报。

2.6 术后并发症的观察与护理 感染和排异反应是心脏移植术后严重的并发症,决定了病人的恢复情况,对这两个并发症的严密监测至关重要。为了避免心脏移植术后感染性并发症的发生,应从多方面采取多种途径和方法进行综合预防,这是移植病人术后顺利康复出院的重要因素之一。对于本例病人,从ICU转回我科后,为该病人准备了一间单独隔离的监护室,每日早晚对该病室的空气、门窗、桌椅、床及地面进行严格消毒,每日定时通风,保持病房环境整洁,房间内禁止摆放没有必要的杂物,进入隔离室人员必须严格遵守消毒隔离制度,在进行洗手、戴口罩帽子、更换隔离衣、换鞋后方可进入,严格限制进入人数,对于感染性疾病者禁止入内,对病人的日常生活进行护理时,每日给予温水擦浴,特别是要洗净皮肤皱褶处,保证身体的清洁,病人所使用的被服要勤更换,保持干燥,定期洗头,必要时修剪指甲和趾甲,病号服要每日更换,每日

进行 3 次口腔护理(早晨、中午、夜晚共 3 次),在对该病人进行输液等各项操作时必须严格执行无菌操作规程,特别是要做到操作前后洗手。吸氧管道及湿化瓶每天更换消毒,各输液管道、三通接头和肝素帽及穿刺置管部位每天涂擦碘伏消毒、更换敷料,并注意有无红肿、压痛及分泌物,根据医生的医嘱严格按时抽血送检(如血常规、尿常规、血生化检验等),要重视病人主诉的不适症状,报告医生及时处理,将各检验结果报告医生,本病人经过我科护理团队的精心护理,有效地预防了各种感染并发症的出现。本例病人术中及术后均严格应用免疫抑制剂治疗,但仍然要密切监测有无排异反应的发生,排异反应是受体病人对移植的供体心脏的特异性免疫反应,是心脏移植术后常见并发症,也是导致病人死亡的最主要原因,包括超急性排异反应、急性排异反应和慢性排异反应。对于本例病人,供体心脏的血型和受体病人血型相同,大大减小了排异反应出现的几率,心内膜活检、超声心动图、心电图、胸部 X 线片、免疫学监测、血清心肌酶学监测等是诊断排异反应的手段,本例病人在住院期间,术后日常活动可,根据病情复查心电图、心脏彩超、胸部 X 线片结果均提示供体心脏心功能可,术后恢复情况令人满意,没有出现超急性排异反应及急性排异反应,但出院后仍应密切观察有无排异反应出现,病人术后 3 个月,如有体温升高、倦怠、乏力、呼吸困难和劳累后心悸、不能平卧、食欲缺乏及体力下降、畏食、心律不齐等情况的发生,应意识到可能是发生了急性排异反应。而慢性排异反应常常发生在移植 1 年后,病人在生活过程中要多加注意,如有不适症状出现,及时到医院就诊。住院期

间,该病人术后服用环孢素软胶囊、吗替麦考酚酯胶囊、醋酸泼尼松片进行抑制免疫治疗,护理人员应掌握上述药物的作用特点、剂量、用法、副反应等,并且要严格按医嘱准确及时给予相应药物,定期监测环孢素血药浓度,根据其结果调整药物剂量^[4-5]。

2.7 术后心理护理 心脏移植术后病人在单独隔离的监护室进行康复治疗,环境单一,家属不能陪同在一起,难免会产生孤独感,护理人员在护理过程中要经常与病人进行言语交流,对病人的疑问进行耐心解答,对病人进行心理疏导,使病人主动配合各项治疗措施。

2.8 健康宣教 通过护理人员的努力,该病人没有出现任何心理障碍,恢复良好,于术后第 10 天顺利出院。出院时对该病人及家属进行必要的宣教,告知病人要按时终身服用免疫抑制剂,对各种药物用途和副反应进行详细介绍,要注意个人卫生,定期到医院进行复查。

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,2003:915.
- [2] 徐光亚. 实用心脏外科学[M]. 济南:山东科学技术出版社,2001:745.
- [3] Young JB, Naftel DC, Bourge RC, *et al.* Matching the heart donor and heart transplant recipient. Clues for successful expansion of the donor pool: a multivariable, multiinstitutional report [J]. J Heart Lung Transplant, 1994, 13:365.
- [4] 廖崇先. 实用心肺移植学[M]. 福州:科学技术出版社,2003:107.
- [5] 李燕君,曾珠. 心脏移植护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2014:473.

(收稿日期:2016-06-21)

(本文编辑 郭海瑞)

1 例 Stanford B 型主动脉夹层伴消化道出血病人的护理

刘 澜

关键词:主动脉夹层;Stanford B 型;消化道出血;护理

中图分类号:R473.6 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1674-4748.2016.30.048 文章编号:1674-4748(2016)30-3232-03

主动脉夹层是由于血液通过动脉内膜破口进入主动脉中层形成夹层血肿,并延伸剥离而引起的血管外科急症。内膜破裂位于降主动脉,且不累及升主动脉,称为 Stanford B 型主动脉夹层^[1]。消化道出血的诱因很多,当消化道大量出血时易导致周围循环衰竭。当病人存在血管性疾病时,即使出血量不大,也易引起

多器官功能衰竭,增加死亡危险因素。本科于 2016 年 5 月 22 日收治 1 例 Stanford B 型主动脉夹层合并消化道出血病人,病人病情复杂,在进行积极的治疗和优质的护理后,取得满意疗效。现将护理体会报告如下。

1 病例介绍

病人,男,53 岁,因反复腹痛、黑便 10 d,复发 2 d 急诊入院于消化内科后因主动脉夹层转入血管外科。病人精神极差,面色苍白,急性病容,测体温 36.9℃,脉搏 115/min,呼吸 20/min,血压 133/95 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。病人 2 d 前无明显诱因突然出现腹痛,以持续性上腹部绞痛为主,无放射痛,与呼吸、

作者简介 刘澜单位:621000,四川省绵阳市中心医院。

引用信息 刘澜. 1 例 Stanford B 型主动脉夹层伴消化道出血病人的护理[J]. 全科护理,2016,14(30):3232-3234.