

原位心脏移植手术的护理 6 例

范素红 潮欣畅

心脏移植迄今已发展成为一种较为成熟的治疗晚期心脏病的手段,其中以用于治疗扩张型心肌病为多,越来越多的终末期心脏病患者希望接受心脏移植以改善存活质量、延长寿命。2001~2003 年,我院心胸外科成功地为 6 例扩张型心肌病患者施行了原位心脏移植手术,现均已成活,且生活质量良好,已恢复正常生活,现将手术护理体会总结如下。

临床资料

一、一般资料

6 例心脏移植受体,男 5 例,女 1 例,年龄 30~65 岁,体重 60~105 kg。其中女性患者患有扩张型心肌病多年,2 型糖尿病,术前曾发生过呼吸、心跳骤停,后经抢救苏醒。1 例男性患者身高 174 cm,体重 105 kg,患有脂肪肝。2 例 60 岁以上,心功能 IV 级,完全左束支传导阻滞,左心收缩功能减退,重度二尖瓣关闭不全。1 例术前有肾功能不全。1 例有遗传性心脏病家族史,反复心脏衰竭,依赖强心利尿扩血管药维持 9 a,经内科反复治疗无效。

二、手术方法

1. 取供心手术。病人确定脑死亡后,快速消毒、铺巾、劈开胸骨,暴露心脏,自右心耳注射肝素 4 mg/kg 体重全身肝素化。在升主动脉根部插入 Y 型冷心脏停跳液灌注针头,并固定之,排气后与冷停跳液灌注系统连接好。用阻断钳分别阻断上、下腔静脉和升主动脉远端,灌 4℃Stanford 大学心肌保护液,依次剪断上、下腔静脉,左右肺静脉和升主动脉远端及主动脉分叉处,游离心脏后壁,取出心脏,初步检查其完整性,持续灌注心肌保护液 1 500~2 000 ml,将心脏依次放入 3 个装有 4℃冷生理盐水的塑料袋中,然后再放入存有冰渣的不锈钢罐内加盖,快速送回手术室。

2. 受体手术。常规进胸,建立体外循环后,切除病心,适当保留左心房壁及与其相连的肺静脉开口和右心房组织及上、下腔静脉开口。将供心放入

受者的心包腔,按正常位置放好,再将供心的左房与受心的左房采用 2 根 0/4 Prolene 线连续缝合进行吻合。同样以 2 根 0/4 Prolene 线吻合右房,再用 0/4 或 0/5 Prolene 线吻合供、受体的肺动脉和主动脉。主动脉吻合完毕,自心尖插针进行左心排气,开放主动脉阻断钳,电击除颤,心脏复跳,放置引流管及心外膜起搏导线,使心率保持在 120 次/min。清点器械,按常规关胸。

护 理

一、术前准备

1. 术前手术间的准备。将此手术安排在层流手术室的百级手术间,无条件时尽量安排在洁净手术间。术前 1 天彻底打扫,用电位氧化水湿抹所有物体表面、墙面、桌面、手术床等。然后关闭手术间,限制人员进出。手术日晨提前 30 min 打开层流系统,再用电位氧化水彻底擦拭。

2. 各种仪器、器械、设备的准备。准备好各种仪器,如食管超声仪、变温毯、起搏器、除颤仪、高频电刀等。前 1 天推入手术间,并测试性能保证完好。器械挑选好后让主刀医生确认,然后打包消毒,器械要精简,尤其外出取供心的器械不宜过多。

3. 术前访视。手术作为一种应激源,使患者产生较明显的、强烈的心理应激反应,出现紧张、恐惧等心理^[1]。为了消除患者的恐惧心理,术前访视非常必要。通过访视向患者介绍手术室环境和我院脏器移植成功的事例,解除患者术前因紧张、恐惧引起的心理障碍,使其积极配合治疗。

二、术中台上护理

术中主动脉插管时护士递 0/3EB 荷包线 2 根,一针正一针反做双层荷包。双针 0/4 Prolene 线吻合时另一根针不剪断,连续缝合。打结时用冲洗球对术者的手上打生理盐水,以利滑线打结。吻合心脏时不断给心脏周围加冰屑,吻合完毕准备开放时,准备好除颤仪,未自动复跳立即给予除颤。开放后递

三、术中台下护理

1. 病人入室查对无误后, 进行心理安抚, 建立静脉通道。采用仰卧位胸骨后垫一小薄枕, 准备正中切口。及时准确给予抗生素及各种止血药, 连接手术台上的各种仪器并调节好大小。

2. 术中配合麻醉观察病情, 准备足够的冰生理盐水, 及时准确记录转机前、中、后尿量和手术中出入量。

3. 根据出入量和中心静脉压调节输液、输血的速度。确保输液、输血的通畅, 输入的液体要从恒温箱中拿出, 温度接近体温, 以确保病人体温的恒定, 空血袋保存 24 h 方可清理。

4. 术中无菌的管理。此类手术从患者来讲, 由于遭受到更大程度的手术创伤, 抵抗力会大幅度下降, 感染的机会也会随之增加。因此, 对手术人员及环境提出了更高的要求, 术中巡回护士要做好手术间的管理, 限制人员进入, 控制参观人数, 减少人员流动, 确保层流的有效。

讨 论

1. 心脏移植手术作为当代医学领域中的一项高技术, 手术难度大, 环节多, 环境复杂, 同时患者病

情危重, 因而对术中护理要求极高^[2]。尤其是外出取供心的护士, 要身体素质好, 反应敏捷, 以保证其在特殊环境下的应变能力。

2 良好的供心保护是手术成功的主要因素之一, 尽量缩短热缺血期与冷缺血期的时间是获得高质量供心的关键^[3], 上述 6 例的热缺血时间分别是 5~6 min, 冷缺血时间分别为 140~200 min。

3. 感染是术后早期最常见的并发症之一, 也是主要的致死原因^[4]。控制感染的关键在于预防, 因此, 术中对无菌要求很高, 尤其是外出取供心的过程中, 虽然条件差, 情况紧急, 但必须保证无菌。

参 考 文 献

- 1 王玲. 术前访视在围手术期护理中的应用. 中国实用护理杂志, 2004, 20(4A): 53.
- 2 郭尚耘. 原位心脏移植的手术配合. 中华护理杂志, 2002, 37(2): 144.
- 3 廖崇先. 原位心脏移植 18 例. 中华胸心血管外科杂志, 2001(4): 204.
- 4 李增祺, 廖崇先. 16 例心脏移植术后早期感染的防治. 中华器官移植杂志, 2001(4): 224.

(收稿日期: 2004-07-08)

(本文编辑: 吕彤)

人工肱骨头置换术的手术配合 5 例

刘鹏 朱桂芳 徐彤 徐月仙 于海波 程晓冬

人工肩关节置换术具有悠久的历史, 但由于手术适应证范围相对比较窄, 无论从手术普及程度上还是例数, 都不能与人工髋、膝关节置换术相媲美^[1]。2001 年 5 月~2003 年 2 月, 我院为 5 例患者成功地实施了人工肱骨头置换术, 现将手术配合报告如下。

临床资料

1. 一般资料。男 4 例, 女 1 例, 年龄 47~76 岁, 平均年龄 61.8 岁。肱骨近端四部分骨折 3 例, 3 部分骨折伴重度骨质疏松及脱位 2 例。术前除常规病史采集及肩关节检查、X 线检查外, 其中 3 例行三维 CT, 2 例行 MRI 检查。

2 手术方法。取前外侧切口自三角肌胸大肌间隙入路, 切开肩峰下滑囊, 切断肩胛下肌和前关节囊, 显露孟肱关节腔, 使肱骨头脱位。取出肱头, 测量直径及厚度。用肱骨头截骨导向器选择合适的截骨部位置, 截骨时将肱骨外旋 25~30° 前后方向垂直切骨, 截骨面和肱骨轴线呈 45°。在肱骨近侧端后部放置挡板保护, 避免后方关节囊及软组织损伤。根据髓腔的宽度、深度选择不同型号的髓腔锉扩髓, 插入试膜, 反复测试。取出试膜, 用脉冲冲洗器多次冲洗髓腔, 直到伤口内无活跃性出血, 然后按预定假体的长度放入骨栓。调制骨水泥, 由深至浅注入骨水泥, 置入适合的假体柄直到骨水泥固化。按测试切除肱骨头大小, 选用相近厚度及大小的肱骨头试