

浅谈心脏移植手术后的监护管理

150086

哈尔滨医科大学第二附属医院

陆桂芳 齐艳玲 邹 宁

李秋杰 李淑荣 李松梅

心脏移植术的成败,除了娴熟的手术技术,先进的医疗设备,合适的免疫抑制疗法以及有效的心脏保护措施外,较完善的监护系统是必不可少的,而监护管理则是决定监护质量的关键。1992 年 4 月 26 日,我院成功地完成了 1 例原位心脏移植术。目前,病人存活时间已逾 320 天,存活时间之长居全国之首。现将术后监护管理报告如下:

病例介绍

杨某某,男,35 岁。1992 年 3 月 23 日第 5 次入心内科治疗,确诊为扩张型心脏病终末期。经专家组多次会诊确定为心脏移植手术适应症。于 4 月 26 日施行原位心脏移植术。

1 病室准备

病室为一可变动的封闭式的内外套间,内室为绝对隔离室,外室为相对隔离室(即更衣室)。内室以移动式屏风为障,划隔出护士办公区、治疗区及处置区。病室内除备有多功能呼吸机、多功能心电监测仪、除颤机、微量输液泵、无创伤全自动血压脉搏监测仪、无创伤全自动血氧饱和度监测仪等急救设备各一套外,还备有专用药品柜,强力空气净化机、冷暖风机、干湿度计等,按需调节室内空气的温湿度和清洁度。

手术前一天,将室内门、窗、墙壁及一切物品用 1% 洗消净擦拭;地面用 5% 洗消净擦拭;房间空气消毒用高锰酸钾 $2\text{g}/\text{m}^3$ 加甲醛 $2\text{ml}/\text{m}^3$ 熏蒸封闭 12 小时之后通风。病人进入 ICU 前任何人不得进入或滞留该房间。外室备齐消毒隔离衣、帽、口罩、拖鞋及洗手液。

2 选调护理小组

根据临床需要,选派技术娴熟、工作负责,精明强干的护理人员组成特护小组。副主任护理师 1 名,主管护理师 1 名,护士 1 名,护士 2~4 名。实行副主任护理师 24 小时总负责制。其他人员按护理技术职称实行岗位责任制。先行岗前技术培训,业务考核合格后上岗到位。

3 组织途中监护

病人手术结束后,副主任护师立即电话通知监护室,监护室护士应打开各种监护仪器开关,按需调好待用。指令监护室护士与手术室护士认真交接班后参与运送全过程。负责检查途中静脉输液管、动脉测压管、心包纵隔引流管等各种管道的通畅及位置固定情况。保证血管活性药物的输入速度,避免搬运过程中发生意外。

4 确定进入隔离室后的瞬间监护程序

病人进入隔离室后,副主任护师换接多功能呼吸机,检查气管插管的位置,听诊两肺呼吸音,明确气道内分泌物贮留情况,保证病人通气良好。主管护师同时连接心电监护仪,动脉压力监测仪等,了解并记录心率、心律及血压动态变化,应急处置由于搬运过程中可能引起的血液动力学改变而发生的紧急情况。护师迅速准确理清各种管道,确保各种药物按需持续输入。护士严密观察病情,填写特别护理记录单,根据医嘱调整各种参数。各级护理人员配合默契,力求最初数小时内保持床头病情稳定。

5 落实常规制度

各级护理人员按技术职务履行职责,运用护理程序落实各项护理常规。副主任护师每日晨召集早会,直接指挥床头交接病情。严格检查 24 小时护理常规执行情况。主管护师每晚阅检特别护理记录单,直接参与床头交接病情,严格审核 24 小时各种参数变化情况,力求执行常规准确无误。

6 严格消毒隔离制度

病人在术后 4 周内均实行保护性隔离,不许离开房间。房间地面、室内用物由护士每日清洁消毒 2 次;室内空气用强力空气净化器每 2~4 小时净化消毒 1 次。为避免霉菌生长,室内禁止摆放花卉、植物或未经削皮的水果,谢绝会客。工作人员入室要更衣,换鞋、戴口罩、帽子,处置前用 0.1% 新洁而灭洗手。6 周之内每周做室内空气、床单的细菌培养 1~2 次。一切留置管道每日更换 1 次,穿刺针拔除后剪下

尖端做细菌培养。上述各项细菌培养结果均为阴性。

7 重视解除保护性隔离后的护理

患者在术后 4 周解除隔离,特护小组解体,滞留 1 名护士行个案护理,实行 24 小时全面负责制。负

责患者的治疗及护理,指导患者营养饮食,协助患者起居散步,陪同患者观光散心,排除患者心理症结,争取获得长期存活的效果。

带蒂大网膜移植治疗支气管胸膜瘘的手术配合要点

453100

河南省新乡医学院第二附属医院

刘新玲 张燕芹

支气管胸膜瘘是肺部感染的严重并发症之一。临床上虽经引流,但治疗效果仍不满意。手术治疗的原则是消灭死腔、恢复肺功能,从而达到痊愈。我院自 1984 年以来对 50 余例支气管胸膜瘘患者进行了大网膜填塞术。现将手术室护士配合此种手术的要点总结如下:

1 术前准备

1.1 为能很好地配合手术,所有参加手术的护士、包括准备护士应与外科医师一同参加术前讨论。对于手术可能达到的治疗效果要有科学的预见性。并要充分了解病人的身体状况,同时了解病人的心理状态,必要时给病人做耐心细致的解释工作。可请已做过手术的病人做现场说法,以解除患者的恐惧心理。并鼓励他们树立战胜疾病的信心,使其能在良好的心理状态下接受手术。

1.2 大网膜移植治疗支气管胸膜瘘手术时开有两个切口。腹部为无菌手术,胸部为相对无菌手术,须严格执行消毒、隔离原则,稍有疏忽可发生再感染,这样,不仅给患者造成痛苦,也将导致手术失败。除常规胸腹手术器械、物品外,另加皮肤消毒用具 1 套、玻璃吸引器头 2 个、盐水盆 1 个、手套 5 副、各种型号刮匙、无菌治疗巾数块。

1.3 手术前 30 分钟到岗,备好术中所需物品,调节好室内温度和灯光,迎接病人。保证两个静脉通道点滴畅通。配合麻醉师进行气管插管,静脉复合麻醉。因病人术中需变换体位,所以静脉穿刺,手术托盘,导尿管均放置于健侧,准备皮肤消毒。

2 术中配合

2.1 剖腹 病人取平卧位后行上腹部正中切口,持手术刀,逐层切开腹壁各层,肌肉剪开腹膜后,盐水洗手探查大网膜的解剖形态和有无粘连、病变、测量大网膜的长度,判断是否能满足移植的需

要。

2.2 切取大网膜 如果大网膜无异常,即根据所需进行游离,备 14~16cm 弯血管钳、4 号丝线、线剪、组织剪交替使用。先游离横结肠缘网膜,然后切断胃网膜弓至胃的血管分支,左侧达脾胃韧带,右侧至幽门区。根据情况保留胃网膜左或右动、静脉。结扎、切断胃网膜动、静脉,将游离后的大网膜用生理盐水纱布垫保护备用。

2.3 若系右侧腋胸用 18~22cm 弯血管钳经皮下隧道将网膜引至胸腔,如系左侧腋胸则经皮下或膈肌引至胸腔,然后与巡回护士核对无误后常规关腹。

2.4 瘘口填塞 先摆好病人的体位,常规皮肤消毒、铺无菌巾。手术刀从小切口进入胸部腔隙,用玻璃吸引器头吸净脓液,并反复用生理盐水冲洗干净。用过之手术刀和吸引器头换下不再使用。递第 2 把手术刀,长弯组织剪,大弯血管钳清除肉芽及坏死组织,根据腔隙大小,用适当刮匙搔刮腔隙壁,用组织剪将增厚的纤维板切除。生理盐水冲洗胸腔,玻璃吸引器头吸引,然后递组织剪将壁层及脏层纤维板剪开后找出支气管瘘口处,大网膜经皮下隧道或膈肌拉入胸腔填入瘘口,细针细线加以固定。换手套、盐水盆、吸引器头,再次冲洗胸腔,核对无误后缝合伤口。

3 注意事项

3.1 胸腔有脓液及瘘口处均为有菌区域,操作不当易引起再度感染。所以,要求手术护士头脑始终绷紧无菌观念这根弦,避免污染器械再用于无菌处,并随时提醒手术医师,加强有效控制。

3.2 由于术中需要变动体位,巡回护士要保证输血、输液畅通,严格管理尿管以防脱落并随时观察,记录尿量。