

1 例原位心脏移植术患者的护理

Nursing Care of a Patients with Heart Transplantation in Situ

林雁娟 许 乐 叶青杨^①

Lin Yanjuan, Xu Le, Ye Qingyang (Affiliated Hospital of Xiehe, Fujian Medical University, Fujian 350001 China)

我院于 1995 年 8 月 21 日为 1 例终末期扩张型心肌病患者实施了原位同种异体心脏移植手术, 术后 100 天出院, 至今情况良好。现将原位心脏移植术后护理总结如下:

1 病例介绍

患者, 男性, 39 岁, 体重 43 kg, 身高 1.57 m。因反复胸闷、气促伴水肿 1 年, 加重 20 多天收住院。入院前患者处于心原性休克状态。查体: 呼吸 34/min, 脉搏 56/min, 血压 10.6/8 kPa, 不能平卧, 巩膜轻度黄染, 末梢循环差, 四肢皮肤湿冷, 心率 56/min, 频发室性早搏(4/min~5/min), 双下肺可闻及湿性啰音。肝于右肋下 1.5 cm 处可触及。X 线胸片示双肺瘀血明显, 心脏呈烧瓶样普遍增大, 心胸比率 0.63。24 h 动态心电图(Holter)示频发多源性室性早搏。超声心动图示左室内径 71.8 mm, 右室内径 29.5 mm, 左房内径 48.1 mm, 肺动脉宽 23.2 mm, 射血分数(FS)11%, 短轴缩短率(EF)23%, 二尖瓣返流 III 度~IV 度, 三尖瓣及肺动脉返流 I 度。临床诊断为晚期扩张型心肌病, 心功能 IV 级、频发室性早搏。入院后经内科治疗病情未见好转, 故在全麻及体外循环下行原位心脏移植术, 术后安置在隔离室, 当晚出现心跳骤停, 经及时处理, 病情好转。术后 18 h 拔除气管插管, 第 2 天下床活动, 3 个月后痊愈出院, 继续使用环孢素 A(CsA)、甲基强的松龙(Pred)、硫唑嘌呤(Aza)行抗排斥治疗。

2 护理

心脏移植术后患者的护理与其它体外循环心脏手术后护理不同: (1)移植的供心神经被切断, 故对心率和某些药物的反应不同; (2)受体术前有肺动脉高压, 容易出现右心衰竭; (3)术后大量激素等免疫抑制剂的使用, 使病人发生感染的机会大大增加。

2.1 心理护理 心理护理贯穿整个心脏移植的全过程。术前由于患者长期卧床, 体质虚弱, 久病不愈, 对手术缺乏信心; 术后置于保护性隔离间内, 环境单一; 加上免疫抑制剂的副反应等, 心理负担较重, 严重影响休息和睡眠, 精神抑郁。在给予镇静剂治疗的同时, 护理人员利用各种机会与患者谈心, 讲解国内外心脏移植的成功范例, 使其树立战胜疾病的信心。此外, 让家属更衣换鞋入室陪伴, 协助患者进行各种活动, 如游戏、打牌等。

2.2 严格消毒隔离 心脏移植术后, 使用免疫抑制剂及各种侵入性操作, 术后发生感染机会大大增加, 因此术前除在隔离室内安装静电空气净化机外, 还对所有进入室内的设备, 用 0.2% 过氧乙酸擦拭, 并用福尔马林(40 ml/m³)加高锰酸钾(30 g/m³)进行室内熏蒸 12 h, 连续 4 天, 每次随机抽检物体表面, 达到净

化室标准。患者术后进入隔离室后, 要求任何非无菌的设备在室内停留的时间尽可能缩短, 室内每天用 0.2% 过氧乙酸擦拭物体表面 3 次, 并用紫外线灯照射 4 次, 每次 50 min, 保证空气、物体表面均达标。医护人员入室前先用 0.2% 过氧乙酸泡手 5 min, 更换消毒隔离衣裤、口罩、帽子, 两次更鞋后入室。病人用物(包括布类、便盆、餐具)均经高压消毒后使用。手术创口及所有静脉插管每班必须用碘剂消毒并更换敷料及管道, 医护人员接触患者之前, 先用 0.2% 过氧乙酸泡手后戴无菌手套, 所有深部插管拔除时均作细菌培养。本例未发生明显感染。

2.3 加强术后病情观察

2.3.1 呼吸系统监护 本例患者术后返回隔离室, 采用定容型呼吸机辅助呼吸, 给予间歇正压通气(IPPV)加呼气终末正压通气(6 cm H₂O), 吸入氧浓度(FiO₂)为 35%, 潮气量为 15 ml/kg, 呼吸频率 20/min, 每隔 1 h~2 h 做 1 次血气分析, 并根据化验结果调整呼吸机参数。随时听诊肺部呼吸音, 注意有无痰鸣音, 待血液动力学稳定后尽早拔管。此患者辅助呼吸 18 h 后拔管, 拔管后给予间歇超声雾化, 并协助病人翻身、拍背, 鼓励咳痰, 面罩湿化吸氧。术后第 1 周内每天行床边 X 光摄胸片 1 次, 以便及时发现肺部异常情况。

2.3.2 循环系统监护 护理人员应严密观察血压、中心静脉压、心率和尿量, 熟悉常用血管活性药物的药理作用、常用剂量以及输注时的浓度、速度和用药效果。

2.3.3 消化系统监护 由于手术、麻醉及药物的副反应, 特别是大量激素的应用易出现消化系统并发症。护理上应经常询问患者的饮食等情况, 并严密观察大便性状, 如有血便或柏油样便, 提示消化系统出血。术后早期每日抽血检验肝功能, 了解肝功能变化。

2.3.4 泌尿系统监护 心脏移植患者术前已存在肾损害, 加上体外循环的影响, 以及术后免疫抑制剂的应用, 都可能加重肾功能损害。术后早期每 0.5 h~1 h 记录尿量、尿比重及尿颜色 1 次, 保证每小时尿量在 30 ml 以上, 准确记录 24 h 出入量。每天监测血清肌酐、尿素氮、尿常规, 每周检查肌酐清除率, 并连续一个月。病人清醒后关闭导尿管以锻炼膀胱功能, 力求尽早拔除导尿管, 防止泌尿系感染。本例患者术后第 2 天拔除导尿管, 未发生泌尿系感染。

2.4 排异反应的观察 排异反应以急性排异反应最常见, 多发生于术后数天至几周内, 临床表现有各种心律失常、发热、乏力、胸闷及心衰等。在护理中应注意患者的主诉、各种临床表现和心功能的变化。本例通过仔细观察, 及时配合医生早期采取排异措施, 稳定患者情绪, 未出现严重的排异反应。

(本文承蒙廖崇先教授审阅, 特此致谢!)

注: 作者简介

① 林雁娟, 女, 1970 年出生, 福建连江人, 1989 年毕业于福建省福清卫生学校, 护士长, 护师。许乐, 1988 年毕业于福建医学院护理系, 护理部副主任, 主管护师。叶青杨, 1987 年毕业于福建省福州市卫生学校, 护师。以上 3 人工作单位: 350001, 福建医科大学附属协和医院

(收稿日期 1996-05-15 修回日期 1997-04-25)

(本文编辑 李亚琴)