

的速度或输血等;如果冲洗液呈鲜红且混有血块时,除应用止血药外,还可以牵拉尿管起到压迫止血的作用。经用以上措施冲洗液的颜色无明显改变的或血压继续下降的须立即送手术室进行止血。

2.3.4 尿管的护理 Foley 尿管除可以压迫止血、引流尿液外还可以防止膀胱内血液凝固、防止引流不畅而使冲洗液外渗。保证尿管的通畅对病人的顺利康复至关重要,所以尿管应妥善固定,同时还应注意尿管通畅与否,若阻塞立即进行冲洗;经冲洗尿管仍不通畅的,还应检查尿管的位置是否正确。经过调整尿管位置和反复冲洗无效的应及时更换尿管。尿管在 3~5 d 根据具体情况可以拔除。尿道口可用稀碘或 1:1 000 的新洁尔灭擦洗预防泌尿系感染。

2.3.5 防止水中毒 TURP 在操作中不可避免造成前列腺包膜内静脉窦开放及穿孔,冲洗液从开放的静脉窦进入血液系统使血量急剧增加,如果不及时处理可导致肺水肿、脑水肿、充血性心力衰竭。如果病人出现烦躁、头晕、恶心、血压升高、脉搏快、呼吸困难等,立即给以输氧、利尿剂脱水和强心药物治疗,静脉输注高渗盐水。同时膀胱冲洗的压力改为低压。

2.3.6 有效镇痛 术后疼痛不但可引起患者的精神紧张、恐惧,还会使膀胱痉挛而诱发膀胱出血,故术后的止痛也很重要。常用的镇痛药有杜冷丁和曲马多,有报道后者比前者效果好且副作用少。

2.3.7 抗生素的使用 感染是常见的并发症,主要

是前列腺窝感染。主要表现为体温升高,发热一般在术后 3 d 开始,少数在拔除尿管后出现,体温波动在 38℃ 以内,故应及早使用抗生素预防感染。

2.3.8 排尿困难、尿失禁的观察 术中损伤尿道黏膜及(或)肌层导致尿道狭窄、膀胱颈挛缩、后尿道疤痕等引起排尿困难。一旦出现排尿困难应留置尿管。炎性排尿困难出现膀胱刺激征的可行止痛消炎处理。尿道狭窄性排尿困难的可行尿道扩张术或二次手术。尿失禁主要是由于尿道外括约肌损伤引起的,在拔管初期与炎症刺激有关,应多喝水,做提肛动作以增加会阴肌张力,一般在 3 个月后可恢复正常排尿。严重括约肌损伤可导致永久性尿失禁。

2.3.9 膀胱痉挛的处理 由于术后留置尿管和持续的冲洗刺激膀胱三角、膀胱颈、后尿道手术创面可引起膀胱痉挛。主要表现为下腹部阵发性疼痛,并可放射至耻骨区、会阴部及尿道外口,尿意急迫,肛门坠胀。膀胱痉挛不但增加患者的痛苦而且可以诱发出血,因此应积极进行预防或减轻、消除膀胱痉挛的症状。临床上常用 654-2 解痉或把普鲁卡因加到冲洗液中以消除痉挛症状。另外,冲洗液的温度不应太低,应保持在 30℃ 左右。

尽管 TURP 手术方法简便、适应证广、痛苦小、创伤小,但是若没有良好的护理做保证,其效果将会直接受到影响。所以说,全面周到的护理工作对 TURP 手术的顺利实施有着重要意义。

(收稿日期:2004-06-07)

同种异体心脏移植围手术期监测的配合与管理

熊巨光 郭斌 李晓辉 张冉 付燕 白永菊 翟艳丽 范玉红

【关键词】 异体心脏移植;围手术期;监测;管理

【中图分类号】 R 654.2;R 473.6 【文献标识码】 B 【文章编号】 1672-2876(2004)03-0183-02

同种异体原位心脏移植的成败,虽然取决于多种因素,但较完善的监护流程是必不可少的,而监护的管理是监护质量的关键。2004 年 7 月 23 日,我院

成功地完成了首例同种异体原位心脏移植术,目前恢复良好,各重要脏器、系统的功能、生命体征基本正常,术后第二天拔除气管导管,术后第三天下床活动,患者精神状态良好。现将术后监护管理做法和体会报告如下。

1 监护室围手术期的准备

ICU 专设受体术后 3~4 周内须保护性隔离治疗,隔离程度达到了骨髓移植的标准。隔离室分绝对和相对无菌套间,绝对无菌间内设西门子 300A 机械通气机 1 台,多功能心电、呼吸、血压、脉搏氧、有创 A.V 压连续心排监测仪 1 台,除颤器、临时心脏起搏器各 1 台,急救药品、急救器材,万级层流净化、空气温湿度、洁净度等多项监测达标。在患者入室前严禁出入隔离间,相对无菌间备全患者及监护人员所需常用无菌消毒用品。

2 建立围手术期专护组织

根据临床需要抽调技术娴熟、工作负责、精明能干的监护人员组成临时治疗小组,包括副主任医师 1 名,主管护师 1 名,护士 2~4 名,实行主管护师 24 h 负责制,其他人员按护理技术要求实行岗位责任流程制。由护士长总负责,首先进行岗前培训,业务考核合格后上岗到位。培训内容:重点针对受心者与供心者的选择条件及相关准备,了解术前常规检查项目及监护项目,始终保持应急状态,术后实际监测项目、标准、排异反应的临床观察、分析、诊断和处理,免疫抑制剂副作用监护与处理。术后撤离呼吸机之前,患者处于清醒状态,此时与患者保持非语言交流,降低沟通障碍,给患者以精神支持,稳定生理、心理状态,减轻病痛,以促进康复。

3 术后转入途中相互配合与监护

患者由手术室转入 ICU 这一环节,组织指挥多科间配合得好与坏,直接影响术后患者的恢复。因此除各项仪器实施连续监护外,人工监测更为重要。手术医生、麻醉医生负责病人生命体征各项指标的监护,手术室护士负责各类管道,如有创 A.V 测压管、心包胸腔引流管、尿管、胃管及各种药物静脉输入管道是否通畅。确保心脏起搏效果和稳定性,辅助呼吸器设定的模式,呼吸回路管道等,避免在搬运中发生任何意外。周密的组织、全方位整体的协作是病人安全度过转运期最重要的环节。

4 转入 ICU 病房后的瞬间工作流程

当患者进入 ICU 后,可在最短的时间内接换呼吸机,并用最快的速度连接各项监护导线,最娴熟的操作技术有条不紊地处理各类引流管道,最可靠、

最规范的工作流程手段,在瞬间中展开。设专人认真详细填写特别监护记录,各级人员配合默契,使患者生命体征监测标准能在最短时间内达到相对稳定。

5 严格执行围手术期多项治疗监护制度

心脏移植是重大手术和重要脏器的移植。因此,围手术期治疗、特殊情况的处理与通常不尽相同,监测和护理显得更加重要,必须建立一套相适应的工作流程。科主任统管并检查指导各项工作,主管医师负全责,周密制订并严格执行围手术期各项治疗监护制度。根据制订的方案,对患者实施全方位管理,包括各种治疗、预防、检查以及特殊情况的处理,力求准确无误。

6 认真消毒,严格执行无菌隔离制度

感染是心脏移植术后威胁病人最重要的因素,预防措施至关重要。据有关资料报道,术后 4 周内应采取保护性隔离,患者严禁离开病室,患者日常用品应由专护人员进行清洁消毒,室内必须保持高度净化,定期空气及相关物品化验、培养检测。为避免直接或间接可能的霉菌,室内禁止摆放花卉、植物或未经消毒削皮的果品类食品,尽可能减少人员流动,在一定时间内谢绝探视或与病人接触。工作人员入室必须更换衣、帽、鞋,戴口罩,用 0.1% 的新洁尔灭或碘伏洗手消毒。每周实施室内空气、床单的细菌培养,凡裸露部分的留置管道,每日均更换 1 次(包括有创测压、开放液路部分)。无特殊情况尽早拔除各类管道,降低感染机会。上述各项细菌培养结果应为阴性,否则要进行针对性的消毒、灭菌处理。

7 不能忽视解除隔离后的管理与监护

心脏移植术后患者一般情况下需 2~4 周后解除隔离,但仍保持 1~2 名医护人员对其实施 24 h 全方位负责,如治疗、护理、饮食起居、活动的全程安排以及心理干预等。

通过总结该项工作的经验,我们体会到同种异体原位心脏移植术,术前周密准备、围手术期多科间的密切配合、各种流程治疗监测等各个环节,设计可行方案,建立强有力的组织机构,发扬团队精神,认真实施工作流程,采取科学有效的管理模式,是该项高新技术成功的关键。