

心脏移植围手术期的护理

罗 政

我院冠脉中心 ICU 自 2003 年 2 月组建以来, 已为 6 例病人成功实施心脏移植手术。经围手术期观察与护理, 均顺利渡过手术期, 术后恢复良好, 无护理并发症发生, 出院后身体状况稳定, 生活质量较前明显提升。

临床资料

本组 6 例, 男 4 例, 女 2 例, 年龄 16~49 岁。其中扩张型心肌病 4 例, 肥厚型心肌病 2 例。临床表现: 胸闷、心悸、气短等, 心衰征象反复发作数月, 心功能 3~4 级, 无恶性肿瘤、严重感染及肝肾不可逆病变, 预期寿命小于 1 年。

护理体会

1 术前准备

(1) 患者的心理准备: 终末期心脏病患者, 对非手术治疗失去信心, 对心脏移植存有顾虑和不同程度的恐惧心理。强烈地应加重心功能的紊乱, 对手术极为不利。护理人员应当耐心做好术前宣教, 讲解一些有关心脏移植的概况, 介绍隔离病房的特殊环境及医护人员的配备, 以及术后可能出现的不适, 保持病室安静, 必要时给予适当地镇静, 另外应与患者的单位、家属联络, 取得他们的理解和支持。

(2) 隔离病房及医护人员准备: 术后 4 周患者要在相对无菌的隔离病房生活, 为此我科将一间两人病床的病室清空, 专门收治心脏移植患者, 并配备了专职心脏外科 ICU 护理人员。病房于术前 24 小时封闭消毒并作空气培养。每个护理人员都要求了解病人的详细资料, 熟练掌握各项重症护理技术、免疫抑制剂的应用及并发症的观察, 并在术前反复强化培训, 制订详细的护理计划。

2 术后的观察与护理

(1) 生命体征及血流动力学的监测: 术后予心电监护, 桡动脉置管连续动脉测压, Swan-Ganz 导管测 PAP、CVP、CO 等。由于供心在移植过程中经受了完全性缺血损害, 受者又都有不同程度的肺循环阻力升高, 因而移植后的心脏容易发生右心衰竭。护理人员应密切监测血流动力学的变化, 根据血流动力学的改变及血气分析等综合指标谨慎调节血管活性药物的应用。值得一提的是移植后的心脏对血管活性药非常敏感, 特别是多巴胺、多巴酚丁胺, 更换时极易引起不同

程度的心率、血压下降, 影响循环的稳定, 除动作迅捷外, 采用双泵联合使用的方法可有效避免此种情况的发生。

(2) 出入量的管理: 严格控制输液总量及输液速度, 准确记录每小时尿量及 24 小时出入量。尿量少于 50 ml/h, 连续 2 小时, 应予速尿静脉推注。尿少时首先要排除机械性梗阻的原因, 而后观察是否血容量不足或心功能不全造成; 尿量多时, 要及时补充血容量, 保持电解质的平衡。由于心脏疾病, 加上体外循环的影响以及术后可能有的心功能不全和免疫抑制剂的应用, 患者都有不同程度的肾功能损害, 术后每日查尿比重及血肌酐和尿素氮浓度, 1 周后根据病情定期检测。

(3) 急性排斥反应及免疫抑制剂的应用与观察: 移植术后排斥反应分为超急性、急性和慢性三种类型。急性排斥反应在术后 5~7 天即可发生, 是临床护理观察的重点。主要表现为低热、乏力、厌食, 活动后心悸气短和不明原因的低血压、心律失常等, 并伴有影像学及血液学方面的改变, 发现排斥反应的征象应协同医生做好进一步的临床观察和治疗。护理过程中, 护士要熟悉各种免疫抑制剂的用法、剂量及其毒副作用, 督促患者按时按量服用, 注意倾听患者对于身体方面的主诉, 并在正确时间段抽血作血药浓度观测。此 6 例患者从用药至出院阶段均表现出良好的耐受, 出院后跟踪回访至今无一例发生排斥反应。

(4) 感染的预防: 心脏移植手术战线长, 参与人员多, 加上术后免疫抑制剂的应用, 受者很容易发生感染, 对生命威胁严重。因此, 术后必须把患者安置在隔离监护室内, 最好是层流病房, 隔离时间 2 周~1 个月, 此期间严格限制人员进出及探视。工作人员戴口罩帽子、着无菌衣裤、消毒双手后方可接触患者, 其所用的一切物品包括食物都必须经消毒灭菌处理。病室内使用空气净化装置, 且每日紫外线照射三次。定期进行各类细菌学培养, 合理使用广谱强效抗生素, 及早拔除各类侵入性管道, 观察体温波动情况。同时, 营养支持得当, 鼓励患者术后早期活动, 以促进体质的恢复。

(收稿日期: 2006-07-25) (供稿编辑: 王 瑶)