

告知家长小儿每日需铁量,掌握服用铁剂的正确剂量和疗程,指导家长对早产儿和极低体重儿约 2 月给予铁剂 $0.8\text{mg/kg} \sim 1.5\text{mg/kg/d}^{[3]}$ 。药物宜放在患儿不宜触及到的地方。口服铁剂对胃肠道有刺激,可致恶心、呕吐、腹泻或便秘、厌食、胃部不适及疼痛,故宜从小剂量饭后服用,液体铁剂可使牙齿染黑,可用滴管或吸管服用。

3.6 加强体格锻炼

鼓励家长多让小儿到户外活动,室内应开窗通

风换气,积极治疗原发病。

总之,为了婴儿的正常生长发育,对婴儿期营养性贫血应早诊断、早治疗,大力提倡母乳喂养,按时正确添加辅食。

参考文献

1. 王慕逖. 儿科学[M]. 第 4 版. 北京: 人民出版社, 1996, 4
2. 联合国儿童基金会 WEL.L START WHO 合编. 创建爱婴医院(修订)[M]. 北京: 北京新闻出版社, 1992, 4
3. 朱延力. 儿科护理学. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1999, 5

(收稿日期: 2003—11—22)

心脏移植的体外循环 1 例报告

付海花 唐振山 段梅红

摘 要 目的: 探讨心脏移植术体外循环心肌保护, 血液成份保护及预防排斥反应等问题。方法: 对体外循环下同种异体原位心脏移植患者的临床资料进行总结分析。结果: 采用标准法对该例患者进行原位心脏移植, 供心热缺血时间为 10min, 冷缺血时间为 105min, 总体外循环时间为 128min。升主动脉阻断时间为 64min。患者已存活 60d。术后患者无排斥反应, 感染, 心及肝肾功能不全等并发症。结论: 良好的心肌保护, 血液成分保护, 体外循环过程预防排斥反应及完善的体外循环操作技巧是心脏移植成功的关键。

关键词 心脏; 移植; 体外循环

中图分类号 R617 文献标识码 A 文献编号 1006—(2004)01—0069—02

心脏移植是治疗晚期心脏疾病唯一有效的途径, 是目前国内外医学界关注的重要课题。我院于 2003 年 10 月 14 日施行了首例同种异体原位心脏移植手术(标准法)并获得成功。现将心脏移植手术的体外循环报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料

受体, 女性, 16 岁, 身高 165cm, 体重 45kg, 诊断为扩张型心肌病(终末期), 心功能 IV 级, 化验检查 O 型血型, 血红蛋白 13.3g/L , 肝肾功能正常。供体, 男性, 27 岁, 身高 170cm, 体重 60kg, 胸廓 X 线摄片系心脏无异常, 心脏超声提示心脏无异常。化验检查 O 型血型, 肝肾功能均正常。

1.2 方法

供心阻断后经主动脉根部灌注 4°C stanford 大学晶体心脏保护液 1 600mL, 灌注压低于 120mmHg (16kPa)。供心采下后立即放入 4°C 冷停跳液中,

并置入无菌塑料袋内, 再埋入装有冰屑的容器中运输。30min 后至心脏吻合前第二次灌注保护液 500mL。

使用 sams7400 型人工心肺机和 AFFINITY 膜式氧合器。预充: 乳酸林格氏液 350mL, 贺斯注射液 500mL, 5%碳酸氢钠 50mL, 20%甘露醇 250mL, 25%硫酸镁 2.5g, 白蛋白 30g, 抑肽酶 200 万^u。采用中度低温(鼻咽温降至 25.1°C), 转流中维持平均动脉压在 60mmHg \sim 80mmHg (8.0kPa \sim 10.6kPa), 动脉血气 pH 7.35 \sim 7.45, 氧分压 200mmHg \sim 300mmHg (26.9kPa \sim 40kPa), 二氧化碳分压 35mmHg \sim 45mmHg (4.7kPa \sim 6.0kPa), 升主动脉开放前加入甲基强的松龙 500mg, 升主动脉开放后, 心脏自动复跳。辅助循环 60min 后各项指标均调整在正常范围, 心跳有力, 平稳脱离体外循环。

2 结果

供心热缺血时间 10min, 冷缺血时间 105min。

总体外循环时间 128min, 升主动脉阻断时间 64min, 辅助循环 60min。受体术后恢复良好, 术后心脏超声表明移植心脏结构, 功能无明显变化。活检组织送光镜及电镜检查未发现排斥反应。患者已存活 60d, 无心、肝、肾功能异常等并发症。

3 讨论

心肌保护应从供心获取及保存开始, 包括缩短热缺血时间和冷缺血时间。供心停搏越快越好, 避免长时间的心室纤颤消耗过多能量影响术后复跳。现有的心肌保护方法仍受时间的限制, 供心保存的安全时间在 4h ~ 6h, 最好不超过 3h。随着供心保存时间延长, 术后供心的心功能呈不同程度的下降, 受体 3 个月的生存率也明显下降, 因此缩短心肌缺血时间是至关重要的^[1]。

体外循环中, 减轻血液破坏, 缓解排斥反应对术后受体的恢复有积极的意义。我们采用的方法有: ①体外循环中尽量应用生物相容性好的物品, 如膜肺可使气血不直接接触, 避免鼓泡氧合方式的机械破坏, 避免过高氧分压。肝素化涂沫管道有良好的生物相容性, 可缓解体外循环中的炎性反应。

②在预充液中加入大量皮质激素可稳定细胞膜, 减轻炎性反应。我们在升主动脉阻断钳开放之前加入 500mg 甲基强的松龙。③抑肽酶在体外循环中可抑制纤维蛋白过度降解, 有效地保护血小板的正常功能。

心脏复跳后心率往往缓慢, 血压也难以维持在理想水平, 原因是移植心脏失去神经支配, 表现为心动过缓, 结性心律及心肌收缩无力。Stinson 等证实移植心脏每搏量相对固定, 其心输出量依赖心率。因此, 心跳恢复后立即开始输注异丙肾上腺素, 用量一般为 $0.05 \mu\text{g}/\text{kg} \cdot \text{min} \sim 0.2 \mu\text{g}/\text{kg} \cdot \text{min}$, 以增加心肌收缩力, 维持心率 110 次/min ~ 120 次/min。当心率、血压调整到理想水平后, 逐步脱离体外循环^[2]。

参考文献

1. 邹小明 刘亚湘 黄志勇, 等. 同种异体原位心脏移植术体外循环特点. 第一军医大学学报, 2001, 21(5): 373
2. 胡小琴主编. 心血管麻醉及体外循环. 北京: 人民卫生出版社, 1997, 90

(收稿日期: 2003-12-26)

48 例重症新生儿咽下综合征护理体会

宋淑梅 苏丽珍

关键词 咽下综合征; 新生儿; 护理

中图分类号 R473 文献标识码 A 文献编号 1006-(2004)01-0070-02

咽下综合征系新生儿出生时咽下混有胎粪或血液的羊水, 刺激胃粘膜使胃酸和粘液分泌增多而引起的呕吐, 一般症状轻者对症处理即可, 症状重者如护理不当, 容易出现误吸而致吸入性肺炎, 甚至可窒息死亡。因此, 做好新生儿呕吐的观察和护理, 及时诊治, 对防止并发症的发生非常重要。我院儿科 2000 年 1 月 ~ 2003 年 3 月收治新生儿咽下综合征 106 例, 其中重症患儿 48 例, 现将重症新生儿咽下综合征的护理体会总结如下。

1 临床资料

48 例重症新生儿咽下综合征系我院儿科 2000

年 1 月 ~ 2003 年 3 月住院患儿, 其中男 26 例, 女 22 例; 过期产 24 例, 足月产 19 例, 早产 5 例; 生后 24h 内发生呕吐者 39 例, 24h ~ 48h 发生呕吐者 9 例; 自然分娩 31 例, 胎头吸引助产 9 例, 剖宫产 5 例, 臀位产 3 例。

2 方法与结果

2.1 治疗方法

取温盐水或 1% 碳酸氢钠溶液 50mL, 用注射器通过置入的胃管吸尽胃内容物后, 注入温盐水或 1% 碳酸氢钠溶液 10mL, 保留 2min ~ 3min 后等量回抽吸出灌入液体, 如此反复灌洗 3 次 ~ 5 次直至