

# 1 例同种异体心脏移植术后的护理

林春楠, 王艳丽, 沈向红 (吉林大学第二附属医院心外科, 吉林 长春 130041)

[关键词] 心脏移植; 抗感染; 血流动力学; 护理

中图分类号: R473.6

文献标识码: B

文章编号: 1004-0412(2006)08-997-02

心脏移植手术是目前治疗中末期心脏病手术的唯一有效手段, 但是移植患者能否长期存活, 是迄今为止摆在医护人员面前最为严峻的问题。在我国, 1978 年上海张世泽教授进行了亚洲首例同种异体原位心脏移植, 患者存活 109d。1992 年哈医大二院完成了 1 例原位心脏移植手术, 患者存活 13 年余, 成为亚洲生存时间最长, 生活质量最好的病例(蒋树林. 心脏移植远期存活情况分析. 第二届全国心肺移植学习班暨研讨会, 2005.12, 45)。随着心脏移植手术病例的不断增多, 对术后护理的要求也越来越精细。现将我科进行的 1 例同种异体心脏移植(吉林省第 1 例心脏移植手术)的术后护理介绍如下:

## 1 临床资料

患者男性, 28 岁, 全身乏力, 心悸, 呼吸困难, 轻微活动明显受限 3 个月, 就诊于福建医科大学附属协和医院, 确诊为终末期扩张性心肌病、主动脉瓣关闭不全、三尖瓣关闭不全、肺动脉高压、心功能 IV 级。经系统完善的内科改善, 心功能无明显好转。为做心脏移植手术, 于 2006 年 2 月 27 日转入我院。2 月 28 日上午, 经过精心的术前准备, 在全麻、低温、体外循环下进行同种异体心脏移植手术。手术时间为 3h, 术中经过顺利, 术后经过医护人员认真细致的治疗与护理, 患者康复情况良好, 并于术后第 28 天顺利出院。

## 2 术后护理

**2.1 预防感染的护理:** 心脏移植患者因为术后要用环孢素 A 等免疫抑制剂, 机体的免疫力及抵抗力下降, 易发生感染。因此在整个护理过程中, 防治感染始终是最重要的问题。术后将患者安置在隔离病房, 规定医护人员进入隔离室必须更衣、戴口罩、戴帽子、换专用鞋, 接触患者必须洗手, 做到不洗手, 不接触患者。注意保持室内通风良好, 物品表面及地面用离子水擦拭, 每日 6 次。房间用空气消毒器消毒, 8h1 次, 每次 2h, 平时有污染及时处理。每次使用雾化管道前, 要浸泡在 0.2%过氧乙酸中 15min, 用生理盐水冲洗后使用。湿化瓶每日更换 1 次, 吸氧管道 2d 更换 1 次。严格执行无菌操作技术, 及时去掉多余的三通及延长线。患者病情平稳后, 尽早拔除气管插管、导尿管、挠动脉测压管等有创管道。对各种创口应每日消毒并更换敷料及贴膜, 以减少患者感染几率。患者食用的食物必须彻底清洗干净, 并经过医护人员检查后才可食用。按医嘱准时、准确应用抗生素。

**2.2 血流动力学监测:** 因为在采取过程中, 移植的供体神经被切断, 不再受自主神经支配, 故心率的变化及对某些药物的反应, 与普通心脏手术不同。供心在移植前经受了完全性缺血损害, 而移植后因受者可能有不同程度肺血管阻力增高, 加之去神经的心脏对前负荷非常敏感, 术后患者易出现右心衰竭和各种心率失常, 因此护理人员应严密监测血流动力学的变化。密切观察心率、心律、血压、中心静脉压、血氧饱和度及心电图的改

做记录, 并及时与医生沟通。认真观察床旁心电图的监测如有心律失常失常的改变, 及时描记心电图并告知医生。注意观察患者的神志、皮肤的温度及黏膜的颜色。大多数心脏移植的患者体内有过多的水潴留, 术后必须控制补液量, 每日液体入量在 1800ml 左右。控制输液速度, 保证液体匀速输入。术后应维持中心静脉压正常低限水平, 即 5~6cmH<sub>2</sub>O。如出现中心静脉压增高, 过量的水潴留, 给速尿 20mg 间断静脉推注, 以排除体内过多的水分。根据医嘱补充血容量, 保持血流动力学的稳定, 红细胞压积维持在 30%~35%左右, 若低于 30% 适当输全血。心脏移植术后的患者, 早期需要给予正性肌力药物, 以增强心排量改善外周循环。护理人员应掌握扩血管药物、强心药物的药理作用和使用注意事项, 给予正确的浓度、速度, 并观察其疗效。在更换药物时, 我们采用泵对泵的更换方法, 以保证药物的持续泵入。在用药过程中, 注意各个接头连接紧密, 保持管道通畅, 严防打折脱出。

**2.3 心理护理:** 患者因病程长、身体状态差、对手术恐惧、术后与家人隔离, 容易产生紧张、恐惧、焦虑抑郁等心理反应。我们在护理工作中及时与患者沟通, 鼓励其描述自己的感受, 耐心倾听患者的主诉, 理解患者, 及时给予心理指导, 消除患者顾虑。病情明显好转后, 给患者适当听听音乐, 争取早日康复。

**2.4 术后其他监护要点:** 泌尿系统护理注意观察尿的颜色、性质, 每小时记录 1 次尿量。尿量过少, 适当给予利尿药。12~24h 监测肾功能 1 次, 每班消毒尿道口 1 次, 根据病情及早拔除导尿管, 以防感染。患者因术前营养不良, 术中创伤, 术后肺动脉高压及低心排等因素, 易造成代谢紊乱, 影响全身功能恢复。为提高患者抗感染的能力, 必须保证热量的摄入。术后第 1 天开始每日静脉输入 30%的脂肪乳 500ml。第 2 天拔除气管插管后 4~6h, 进流质饮食。隔日进半流质饮食, 保证能量摄入。协助患者少食多餐, 注意休息, 每日检测肝功能 1 次, 用抗酸剂维持胃液的 pH 值 >5.0 以上。加强基础护理。心脏移植术后的患者应用激素及免疫抑制剂, 导致皮肤弹性降低, 脆性增加, 抵抗力减弱。因此, 术后的基础护理应严格执行。病室内定期开窗通风, 保持室内干燥, 使细菌霉菌不利于繁殖。每日更换床单及患者衣裤, 保持床单的平整干燥。用 50%的酒精按摩骨突出处和受压部位, 以促进血液循环, 并涂滑石粉保护皮肤。进餐前后用朵贝尔氏液漱口, 并经常观察口腔内有无溃疡及白斑形成。

**2.5 出院指导:** 向患者交待长期存活的有利因素, 注意保持平和的心态, 及时与医院反馈身体各方面的反应情况, 并与当地最近正规医院沟通情况。要坚持预防感染, 防止肿瘤及移植血管病变等。讲清楚有关免疫抑制剂等药物的服用方法和禁忌证, 寻求稳定的经济来源, 适当参加社交活动。

## 3 体会

期存活病例还很少。通过护理该患者,我们认为术前制定完善的护理计划,并做好耐心细致的心理护理,术后严格执行消毒隔离制度,严密监测呼吸、循环等各大系统的变化,积极预防并发症,

做好细心的出院指导,是使手术成功并获得远期存活的有力保证。

[收稿日期:2006-05-11 编校:赵淼]

# 1 例颈椎间盘突出症患者行人工间盘置换手术的护理配合

田秀范<sup>1</sup>, 齐菲<sup>2</sup>, 刘亚东<sup>1</sup> (1. 吉林大学第二医院骨科, 吉林 长春 130041; 2. 吉林大学中日联谊医院手术室, 吉林 长春 130031)

[关键词] 颈椎病; 人工间盘; 'C'型臂透视机; 护理

中图分类号: R473.6 文献标识码: B 文章编号: 1004-0412(2006)08-998-01

颈椎病是指颈椎间盘退行性变及其继发性椎间关节退行性变所致脊髓、神经血管损害而表现出的相应症状和体征,发病年龄多在中年以上。本病手术治疗多是切除突出的椎间盘,椎板减压,以缓解手、腿麻木,握拳无力等症状。手术方法分前路、前外侧及后路手术3种。我院颈椎前路手术一般采用植骨融合术和钛网、钛板固定术。2005年7月7日,我院又采用人工间盘前路置换获得成功。现将护理配合介绍如下:

## 1 病例介绍

男患,48岁,四肢麻木1个月,伴四肢无力。颈部活动略受限,右侧上肢感觉迟钝。双Hoffmann征阳性,双Babinski征阳性。颈椎CT示:C<sub>5-6</sub>、C<sub>6-7</sub>间盘向后突出,颈椎管管腔容积明显减少,最多节段达1/2容积,被侵占颈椎受压明显。入院诊断为C<sub>5-6</sub>、C<sub>6-7</sub>间盘突出,四肢不全瘫。

## 2 护理

### 2.1 术前护理

2.1.1 心理护理:病人术前有不同程度的紧张、恐惧、焦虑,病人担心手术的效果,术前1天访视病人。护理人员应主动热情接待病人,向病人详细介绍手术方法,麻醉方法,目前科室的技术水平,国内外成功病例,给患者以信心。解除病人的思想顾虑,询问病人的需求,为病人提供心理上的支持。

2.1.2 相关知识教育:用通俗易懂的语言向病人介绍病情、疾病的相关知识,疾病的治疗方法以及术中病人与医师的配合要点,配合医生使手术达到最佳效果。

2.1.3 体位训练:术前对患者进行手术体位训练和术后床上排尿、排便的训练。

### 2.2 手术护理及术中配合

2.2.1 器械物品准备:全套人工间盘置换器械,颈椎前路手术常规器械,磨钻、电刀、吸引器等。

2.2.2 麻醉与体位:患者取仰卧位,全身麻醉。

2.2.3 手术过程:患者颈后垫软垫,常规消毒铺无菌巾。取右侧胸锁乳突肌内侧缘纵形切口,长约10cm,切开皮肤、皮下组织,纵行切开并潜行分离颈阔肌,分离颈深筋膜,切断二腹肌并结扎,将气管、食管拉向右侧,将颈动脉鞘拉向左侧,切开椎前筋膜,显露前纵韧带。'C'型臂透视机下确定C<sub>6-7</sub>间隙,尖刀切开间盘组织及髓核钳取出髓核。同上方行C<sub>5-6</sub>间盘组织及髓核摘除。安装支架及自动撑开器,水平仪确认安装正确。用磨钻去除增生骨赘,分别用6mm及8mm撑开器进行椎体间撑开,并持

向中线将楔形撑开器置入椎间隙,确认头尾向中线,安装双通道打磨导向器,植入尾侧固定螺栓,头侧固定螺栓,'C'型臂透视机下确认打磨深度及假体尺寸,用磨头处理上、下终板,再用磨盘打磨,取出导向器,放入撑开器。最后确认使用16号假体,假体内注入少量生理盐水,用把持器植入假体。同样方法置入颈间隙人工间盘,同样确认16号假体。庆大霉素盐水冲洗,结扎活动性出血点,放置负压引流胶管一根,逐层缝合,无菌敷料包扎。

### 2.3 术后护理

2.3.1 病情观察:术后采取一级护理,每15~30min巡视病人1次。测量体温、脉搏、呼吸、血压,并做好记录。

2.3.2 呼吸观察:因术中牵拉气管及全麻插管的刺激,需观察呼吸。

2.3.3 控制感染:术后应用抗生素预防感染控制咳嗽。

2.3.4 引流观察:术后放置引流管,需密切观察引流量及颜色。

2.3.5 营养支持:麻醉完全清醒后,可进流质饮食。胃肠功能完全恢复后,可进高蛋白、高营养富含维生素的饮食。

2.3.6 功能锻炼:早期训练患者握拳及下肢功能锻炼。后期下床活动时,需戴颈托保护颈椎。

2.4 术中及术后注意事项:人工间盘手术是一种新技术,新的治疗方法。术中无菌要求程度高,人工间盘放置时需提前注入生理盐水。病人全麻实行强制体位。使用电刀时,应避免与金属接触,以防止灼伤皮肤。电刀、磨钻术前均应检查好,保证术中性能良好,节省手术时间。庆大霉素生理盐水需提前配制,以备冲洗用。术后搬动病人时,动作要轻柔,颈部适当加以保护。

## 3 参考文献

[1] 宋旭兰.鼻内窥镜手术病人的护理配合[J].护理研究,2004;18(12B):2222.

[2] 林淑贤,姜连英.食管胃推移法在颈椎前路手术中的应用体会[J].实用护理杂志,1998;14(7):352.

[3] 谢兵华,刘艾红,王利婷.颈椎前路术后病人的护理体会[J].实用护理杂志,1998;15(2):11.

[4] 郭春燕,陈书勃,尹锐锋.颈椎前路减压术围手术期的呼吸指导与护理[J].实用护理杂志,2003;19(2):23.

[5] 孙晓梅,苏婷,李艳梅,等.颈椎间盘突出患者的围手术期护理[J].华北煤炭医学院学报,2006;8(1):109.

[收稿日期:2006-05-11 编校:赵淼]