

苹果、荸荠、HuaiShan 粉、胡萝卜粉、lotus 莲藕粉、绿萝卜。避免食用富含蛋白质及含磷的食物,如奶酪、黄油和动物内脏。供给丰富的维生素 C、B 族维生素和叶酸食物,适当控制进水量。

4 讨论

恶性肿瘤胃肠道症状属于中医“呕吐”和“打嗝”、“窒息膈”类别,如脾、肾损伤的主要发病机制,尤其是脾胃功能失调、恶心、呕吐、食欲不振。

总之,药艾灸中脘、足三里治疗和胃降逆,明确材料,变暖肾和脾,且疗效明显,简便安全,价格低廉,患者依从性较好,适合临床推广。

参考文献

- [1] 康锡琴,陈建军,于亚波.针刺加灸及配合穴位贴敷治疗支气管哮喘的临床观察[J].中国药物经济学,2013,5(2).
- [2] 汪端枝.穴位艾灸治疗肾病综合征三联疗法所致的胃肠道反应疗效观察[J].中国保健营养·中旬刊,2013,3(3):574.

1 例扩张性心肌病合并肺动脉高压患者 心脏移植围手术期护理

熊 彬

【关键词】扩张性心肌病;肺动脉高压;心脏移植;围手术期护理

【中图分类号】R473.6

【文献标识码】A

【文章编号】1673-5846(2014)03-0348-02

我院于 2005 年 1 月 13 日收治 1 例扩张性心肌病合并肺动脉高压患者,经过充分的术前准备于 2005 年 1 月 21 日在全麻体外循环下行心脏移植手术,扩张性心肌病是常见的晚期原发性心肌病,而心脏移植术已成为终末期心脏病患者最有效的治疗方法^[1]。该患者术前合并有中度的肺动脉高压,易导致右心功能衰竭,通过术后早期严密的监护及抗感染、止血、强心、利尿、抗排斥等治疗,有效地降低了患者的肺动脉高压,使其心功能得以恢复,减少了并发症的发生。患者术后恢复良好,现已存活 8 年,能从事一般体力活动,现将护理体会汇报如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 患者,男,40 岁,因轻微活动后感心慌、气短及胸部不适 4 年,伴有咳嗽,症状加重时伴双下肢水肿,夜间不能平卧,曾在上海及福建协和和医院行强心、利尿对症处理,症状好转,行相关检查明确诊断为“扩张性心肌病”,要求手术治疗于 2005 年 1 月 13 日收入武警湖北总队医院心胸外科。

1.2 治疗与转归 术前完善各项准备,心脏彩超示肺动脉压力 57mmHg,1 月 21 日在全麻体外循环下行心脏移植术。术后转入重症监护室,严密观察生命体征及病情变化,呼吸机辅助呼吸,给予抗感染、止血、强心、利尿、抗排斥等治疗。术后恢复良好,

于 2005 年 2 月 22 日出院。

2 护理

2.1 心理护理 患者手术前因担心手术费用和手术效果,表现出轻微的焦虑和担忧,护士应加强与患者的心理沟通并对其心理状态做出正确的评估,针对患者心理特点给予相应的心理支持,耐心细致地解答患者的疑问,讲解手术的重要性和必要性,简要地讲解手术方法及术后的配合、注意事项,使其解除思想顾虑和精神紧张,增强患者的信心及对护士的信任度,使其积极配合治疗。

2.2 术前护理 完善术前各项检查,包括血液学与凝血机制检查、生化检查、大小便常规与大便 OB 试验、细菌学检查(咽部、中段尿及痰细菌培养)、病毒血清学检查(乙肝五项,丙肝、丁肝、戊肝病毒抗体, HIV 抗体, CMV 抗体, 疱疹病毒抗体, 柯萨奇病毒和埃可病毒抗体)、免疫学配型检查(ABO 血型测定, HLA 分型, HLA 抗体测定, 淋巴细胞毒抗体试验)、其它检查(腹部 B 超、超声心动图、胸片、12 导联心电图与 24h 动态心电图检查、肺功能测定等)。患者移植前准备:①强心、利尿、扩管及抗心律失常治疗;②限制每天液体的摄入量;③注意休息,慎防感冒;④做好术前镇静和肠道准备。供体的选择:因患者术前合并肺动脉高压,应选择体重比其稍大(20%以内)、心功能好、

武警湖北总队医院,湖北武汉 430060

年龄小于35岁的男性超大供体。

2.3 术中护理 消毒隔离,预防感染:①房间的准备及消毒。术后将患者安置在单人无菌隔离病房,每天空气负离子消毒3次,每次1小时;用物地面每天用含氯消毒剂消毒处理。每周1次空气培养。②用物的消毒隔离。所有医疗物品固定于本病房专用,尽量使用一次性物品。湿化瓶、泡手液每天更换,砂轮用75%酒精浸泡,递入的用物均用含氯消毒液擦拭后方可进入,禁止带皮水果入内。③人员的管理。严格隔离制度,所有进入隔离室的人员均要洗手、戴帽子、口罩、换鞋及更换隔离服,有传染性疾病者禁止进入,并严格控制进入隔离间的人员数量。所有医疗护理操作均应严格无菌规程,进行无菌操作前应用1:100高效灭菌灵泡手,各种穿刺注射用3%碘酒及75%酒精消毒后进行,部位应经常更换,如有深静脉穿刺,应每天更换无菌敷料及肝素帽、三通,输液结束后用肝素钠冲洗并用无菌纱布包扎,三通用无菌巾覆盖,每天更换两次。④加强基础护理。每日监测血象、留取痰、尿及口腔、伤口表面分泌物的标本进行细菌培养,翻身、拍背2h 1次,鼓励患者深呼吸咳嗽1h 1次,夜间4h 1次,雾化吸入每2小时1次,预防肺部感染。做好口腔护理,每次用餐后漱口,4~6h。术后尽早拔除各种管道。患者术后3周离室活动要戴口罩。⑤预防性使用抗感染药物。采用舒普深(2.0 iv,q12h),定期抽血查血培养,根据药敏调整抗生素,口服阿昔洛韦抗病毒,使用两性霉素B(6.25mg qid)雾化吸入预防呼吸道感染。

2.4 术后护理 加强术后监测,维持循环稳定。患者心脏移植后,心脏功能改善,但由于患者术前长时间的慢性心功能衰竭诱发的肺动脉高压,术后极易发生右心衰竭^[2]。因此加强术后早期的监测、预防及纠正右心功能衰竭非常重要。观察患者有无右心衰竭的体征,如腹水、颈静脉怒张、外周水肿等,进行血流动力学监测(心电图、连续动脉测压、Swan-Ganz导管监测CI与PAP变化、CVP以及CCO监测),右心衰竭患者心电图会出现心电图轴右偏及下导联高而尖的P波。每天做超声心动图1~2次了解FS、EF、右房、右室及三尖瓣、二尖瓣返流程度及心包内积液情况。隔日拍床旁胸片;必要时做12导联心电图。术后常规应用多巴胺、多巴酚丁胺;必要时以异丙肾上腺素调节心率在115~120次/min左右;根据循环情况可适当应用少量肾上腺素、洋地黄类药物。严格限制液体摄入量,尽量减轻容量负荷。每日清晨饭前测体重,准确记录24h出入量,术后前3日使用大剂量速尿加强利尿,每小时测尿量,拔除导尿管后,每日测尿量,每日液体出入量负1000~2000ml。术后常规应用硝酸甘油,改善冠

脉及外周循环。该患者术前肺动脉压力高,术后早期可应用扩张肺血管较强的药物,如硝普钠、PGE1等以降低肺动脉压。应用护心通及能量合剂营养心肌。术后早期使用人血白蛋白及脂肪乳静脉补充营养;食欲好者,营养室配制匀浆给予鼻饲。

术后排斥反应的观察及处理:排斥反应是心脏移植术后常见的也是最严重的并发症之一,可使植入心脏的功能下降,最终导致患者死亡,因此对术后排斥反应的观察及处理尤其重要。排斥反应可以分为超急排斥反应、急性排斥反应、慢性排斥反应三种。由于术前完善了各项检查准备工作,超急排斥反应较少发生,急性排斥反应一般发生在术后5~7d或3个月内,1年后发生的几率小。发生排斥反应临床多表现为不明原因的低热、乏力、食欲不振、关节痛、心悸、早搏等,患者颈静脉怒张、下肢浮肿、尿量减少,典型患者有心包积液、心功能不全。心内膜心肌活检(EMB)是诊断急性排斥反应的“金标准”^[3]。术前后1个月每周查1次EMB。应积极地进行免疫监测及应用抗排斥药物,出现排斥反应,应立即进行激素冲击疗法。一般采用三联免疫抑制治疗:环孢素A+激素+硫唑嘌呤,近期采用的新方案:舒莱+环孢素+骁悉+激素,可较好地控制急性排斥反应。护理人员应掌握各种免疫抑制剂的特点、剂量、用法、不良反应等,准确执行医嘱,定期测量环孢素血药浓度,术后早期浓度要求CsA250~350ng/ml。早期三联治疗方案强调个性化治疗,严密观察用药后反应。用药少,易发生急、慢性排斥反应,用药剂量过大,易导致肝、肾、骨髓损害,使用的最佳剂量以不发生排斥反应的最小剂量为最合适。本例患者住院期间未发生急性排斥反应。慢性排斥反应多发生在心脏移植1年以后,冠状动脉增殖性病变导致供心冠状动脉高度狭窄和闭塞,心脏缺血和梗死。早期多无症状,应定期进行冠状动脉造影,以便早期发现冠状动脉病变。

3 小结

患者出院前应对其及家属进行必要的健康教育,告知排斥反应和感染的危险性及如何早期发现和预防,强调按时服药和定期复查的重要性,每月复诊1次,对心功能和生活质量进行评估,对环孢素血药浓度进行检测并定期检查胸片、心电图及心脏超声。

参考文献

- [1] 刘蕾,刘懿禾,沈中阳.4例心脏移植患者术后的早期处理[J].中国危重病急救医学.2007.19:438-439.
- [2] 周丽娟,梁英.心血管病专科护士培训教程[M].北京:人民军医出版社.2010:272-273.
- [3] 徐宏耀,吴信.心脏外科监护[M].2版.北京:人民军医出版社.2007:151-152.