

心脏移植术 21 例术后护理

徐 芬

(华中科技大学同济医学院附属协和医院 湖北武汉 430022)

中图分类号: R473.6 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1006-7256.2012.24.047 文章编号: 1006-7256(2012)24-0082-02

心脏移植术是目前治疗多种原因所致终末期心脏病的唯一有效方法,已经成为终末期心脏病的常规治疗手段^[1]。2008 年 9 月~2010 年 7 月,我院心外科共实施 21 例心脏移植术,术后给予严密观察与精心护理,患者生存质量较好。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 21 例终末期心脏病患者实施原位心脏移植术,男 18 例,女 3 例;年龄(36.14±14.16)岁;体重(57.76±12.21)kg。20 例为扩张型心肌病,1 例为心肌淀粉样变;2 例术前合并顽固性恶性室性心律失常,1 例术前严重右心功能衰竭合并脑水肿,4 例术前反复发生心源性休克,其余 14 例术前均持续使用升压药、呋塞米泵入;术前心脏超声检查 EF 值(24.29±4.79);供体年龄(34.33±8.62)岁,体重(63.57±9.37)kg;边缘供心 6 例。手术均在体外循环下进行,均采用经典移植法;供体热缺血时间(234.62±58.47)s,冷缺血时间(176.00±110.05)min;体外循环时间(106.38±20.81)min;主动脉阻断时间(47.33±8.92)min。

1.2 方法 患者均在全麻体外循环(CPB)下行原位心脏移植手术(标准法),术后均送往移植监护室内监护。

2 术后护理

2.1 预防感染 预防感染是移植护理工作中最为重要的。

①环境:患者均安置在千级层流净化单间,以减少交叉感染的机会。单间内监护系统、气源(氧气、空气、负压吸引)、急救物品齐全,凡患者接触物品、医疗器械、药品包装外层用含氯消毒液擦拭;室内地面、墙面用含氯消毒液擦拭 2 次/d;毛巾、患服、床单、被套、枕套等高压蒸汽灭菌,每日更换 1 次。工作人员进入隔离单间先经缓冲间换拖鞋,洗手并以含氯消毒剂溶液擦手后更换无菌隔离衣,戴消毒口罩、帽子,进隔离间时再换 1 次拖鞋。定期做感染监控,以保证移植工作顺利开展。

②管道:床头挂醒目指示牌,接触患者前后严格洗手。严格无菌操作。凡接触患者的一次性物品,一人一次性使用;各种输液泵管、连接管、三通、肝素帽每天更换 1 次,所有管道及三通结合处不得存留陈旧血痂、连接紧密、保持通畅;每 2~3 d 常规更换动静脉置管敷贴及有污染时随时更换,病情稳定后及时拔除各类管道,以防侵入性感染。本组 21 例患者气管插管时间为 8~16 h;有创动脉测压管拔出时间:68~75 h;导尿管拔出时间:56~73 h;CVC 拔出时间:73~86 h。③人员:心脏移植手术及术后隔离时间较长,涉及各级人员、环节较多,感染仍然是心脏移植后患者的主要死亡原因之一,特别在最初几个月内,当免疫抑制剂的使用量达到高剂量时,受者的免疫功能显著下降,感染性疾病随时可能发生。因此,各级护理人

员应经过严格的培训,具备高度责任心、爱心,丰富的专业水平,方能承担护理任务。

2.2 维持循环稳定 维持循环稳定、改善心功能,是心脏移植成功的关键。患者回单间病房后应持续监测:ABP、P、R、PAP、SpO₂、CVP、动脉血气、尿量及引流量。术后监测要点:①心率维持在 100~110 次/min。心动过缓可以使用异丙肾上腺素持续泵入,或使用临时起搏器进行调整。②适当补充血浆及晶体溶液,维持胶体渗透压在 20~25 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa),血红蛋白在 100 g/L 及红细胞压积在 0.30~0.35。③注意观察有无心脏压塞的表现:心包引流量多但突然减少、心动过速、动脉压下降、静脉压略高或正常范围、尿量减少甚至无尿,使用任何药物不能缓解,必要时行床边超声心动图检查可确诊。④维护心功能:心脏移植后,移植心脏功能得以改善,但由于组织水肿,术后体液回流增加,可使右心负担加重。另外,由于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]。因此预防及治疗右心衰竭十分重要,一般采取以下措施处理:a.纠正缺氧、酸中毒,防止肺血管收缩,给予万他维吸入后可直接扩张肺动脉血管床,可持续降低肺动脉压力与肺血管阻力,增加心输出量,使混合静脉血氧饱和度得到明显改善。b.静脉给予多巴胺、多巴胺丁胺、前列腺素 E、硝酸甘油等以增强心肌收缩力,减轻容量负荷及降低肺动脉压。c.加强利尿措施及严格控制输血量。经上述处理,右心室功能一般可逐渐恢复。⑤监测患者的出入量,尿量监测可以了解组织灌注的状态,术后 48~72 h 用呋塞米加强利尿,每日液体出入量负 500~1 000 ml。

2.3 密切观察排斥反应 随着供受体配型的进步、环孢素 A 药物的联合应用,急性排斥反应的发生率明显降低。但急性排斥反应可在手术后立即发生,也可在数日至 2 周内出现,甚至 1 年内或更长时间仍可发生,其危害性很大。①排斥反应的临床表现:早期无明显临床表现。如无特殊因素,一般动脉压下降是提示急性排斥反应的迹象,如动脉收缩压较平时基础压降低 20 mm Hg 或低于 90 mm Hg 提示有急性排斥反应。随后患者出现食欲差、体温上升、肌肉及关节痛,考虑患者可能发生了急性排斥反应。心力衰竭可能较晚出现。如患者肢体发冷、脉细弱、室性早搏、心音弱、心动过速并有心包磨擦音、奔马律等,则可诊断为急性排斥反应。心内膜心肌活检(EMB)仍是诊断急性排斥反应的“金标准”^[3]。②处理:采用常规三联用药,即环孢素 A、骁悉(MMF)及皮质类固醇。

3 讨论

心脏移植术已经成为终末期心脏病的常规治疗手段,随着移植患者数量日益增多,参与监护的各级护理人员应提高

自己的专科水平,系统学习心脏移植相关理论知识,了解其在循环系统方面的特殊性:①供体心属于去神经的心,有些药物对它不起作用;②供体心心肌缺血时间较长,术后心功能的恢复与维护大都需要依靠药物的支持与辅助;③异体心植入以后,有可能发生急性排斥反应,使植入心的功能下降^[4]。同时由于受者应用大量的免疫抑制剂,使机体免疫能力下降,易发生细菌、病毒及真菌等病原感染。因此,早期加强监护,有效的抗排斥治疗,积极防治右心衰竭,维护重要脏器功能是心脏移植成功的关键。应尽早发现及处理病情变化,减少并发症,从而提高心脏移植手术患者的成功率和存活率。

参 考 文 献

- [1] 夏求明. 现代心脏移植[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 15-16.
- [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.
- [4] 郭加强, 吴清玉. 心脏外科护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 923-924.

本文编辑: 牟丽洁 2012-02-11 收稿

全麻患者 1 200 例苏醒期护理

王惠玲

(淄博市第一医院 山东淄博 255200)

中图分类号: R473.6 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1006-7256.2012.24.048 文章编号: 1006-7256(2012)24-0083-02

全身麻醉是指从呼吸道吸入或静脉注射麻醉药物,出现可逆性意识丧失,镇痛的状态。全身麻醉包括全凭静脉麻醉或静吸复合麻醉,采用气管插管或非气管插管麻醉形式。全麻术后患者麻醉苏醒期的护理是围术期护理的重要环节,对患者是否能够顺利度过手术麻醉关,减少术后并发症及术后康复极为关键。2009年1月~2009年6月,我院手术麻醉共实施全身麻醉1 200例,经精心护理,效果满意。现报告如下。

1 临床资料

本组1 200例,其中气管插管全麻824例,喉罩全麻270例,氯胺酮静脉全麻106例,患者均在麻醉恢复室观察,苏醒时间30~120 min,至清醒后达到离室标准,安全送回病房。

2 护理

2.1 注意生命体征的观察 确保患者安全。恢复室配备各种监测仪器,监测血压、血氧饱和度、脉搏、心电图等,如血氧饱和度低于90%时,应检查原因,对症处理。

2.2 保持呼吸道通畅 全身麻醉患者可出现苏醒延迟、吞咽反射微弱,为了防止呕吐引起窒息,患者应取侧卧位或去枕平卧头偏向一侧。尤其是小儿患者,由于小儿食管相对较短,咽喉反射不健全,麻醉药物抑制或手术创口疼痛刺激,均可引起全麻术后发生呕吐,以术后2 h内呕吐的发生率高,故更需注意。床旁备好吸引器,及时清除呼吸道内的分泌物,防止气道阻塞。最常见的是上呼吸道阻塞,多因上呼吸运动肌肉松弛或咽后壁阻塞所致舌后坠,轻者出现呼噜声,轻托其下颌可缓解,严重者出现尖锐的喉鸣音,提示喉痉挛,应及时抢救,去除诱因,充分加压给氧,放置鼻咽通气道,必要时应用丙泊酚、肌松药解除痉挛或重新气管插管^[1]。注意观察患者呼吸频率和节律的变化,一旦发现有不协调呼吸或膈肌抽搐状,应立即将患者头部偏向一侧,及时清除呼吸道内分泌物及呕吐物,面罩吸氧或持续正压呼吸,监测血氧饱和度,使其维持在正常范围,并做好记录。

2.3 完善术后镇痛 苏醒期患者躁动不安的原因常为镇痛

不足,应及时应用芬太尼、曲马朵等药物以减轻疼痛,并注意观察呼吸状况。患者术后苏醒期对疼痛的耐受性可能与其认知程度有关,加强对其术前的心理干预,可减少其对疼痛的敏感度,从而减轻疼痛^[2]。

2.4 注意伤口及引流管的护理 观察伤口有无渗血、渗液,包扎敷料有无脱落,监测尿量,观察其肾血流量是否充足,随时检查各引流管是否保持通畅。严格记录引流液的性质、颜色和量,发现意外情况及时处理,并及时与医生取得联系。

2.5 保持循环稳定 全麻药物的作用及手术刺激对循环系统的影响较大,应严密监测血压、脉搏、血氧饱和度的变化。低血压常因血容量不足或残余麻醉药的作用引起,应及时补充血容量,适当应用血管活性药物,并应鉴别麻醉剂的影响与手术后出血情况,以便采取措施排除险情。保持静脉输液通畅,以维持水、电解质平衡。对小儿及老年患者应注意输入液的温度不可过低,可适当应用输液、输血加温设备,以保证输入液的温度;速度不宜过快,以免干扰循环及引起心力衰竭等并发症。

2.6 维持正常体温 麻醉剂的使用对中枢和周围温度调节都有损害,尤其是全身麻醉阻断了身体大部分的神经传导,机体较难随环境温度的变化来调节,易受手术间室温的影响出现低体温,这将影响患者的预后,尤其是小儿和老年患者,可造成患者苏醒延迟、呼吸抑制等并发症的发生。适宜的温度是维持患者正常体温的基本保证,麻醉恢复室的温度宜保持在22~25℃,并及时为患者保暖。

2.7 防止意外损伤 使用麻醉剂后患者在麻醉恢复过程中往往出现明显的兴奋期,意识模糊,出现躁动、幻觉,相应地带来许多安全隐患,易发生坠床,此时应做好安全防护工作,防止自行拔除各种导管而造成伤口裂开、出血、窒息等意外伤害,可遵医嘱给予适量的镇静剂^[3]。

2.8 心理护理 术后虽然由于麻醉剂的作用,患者的意识尚未完全恢复,但潜意识里对手术、麻醉、术后疼痛的焦虑和恐