

## 原位心脏移植 2 例

张峰, 孟玲玲\*, 戴炳光, 曲崎

(济南市第四人民医院, 山东 济南 250000; \* 山东省千佛山医院)

关键词: 心脏移植/外科手术; 心肌病

中图分类号: R654.2 文献标识码: A 文章编号: 1008—4118(2007)01—0093—02

心脏移植术是治疗终末期心肌病的有效方法, 我科分别于 2005 年 9 月和 2006 年 7 月行两例原位心脏移植术, 现报道如下。

### 1 临床资料

1.1 心脏移植受体 2 例, 均为男性, 年龄为 53 岁和 38 岁, 均为扩张型心肌病, 病程均为 4 年, 经内科药物治疗效果较差, 术前超声心动图测 LVEF 分别为 40%、31%, 肺动脉压力分别为 45mmHg、57mmHg, 第二例有轻度肾功能不全。BUN 8.20 mmol/L, Cr 110.2  $\mu$ mol/L, 尿酸 811.3  $\mu$ mol/L。

1.2 供体心脏情况 脑死亡供心, 年龄小于 35 岁, 供受体血型相同, 第一例淋巴毒交叉配合试验阳性小于 5%, 第 2 例供体体重 60~70kg, 受体 90kg。供体诊断为脑死亡后, 全身肝素化, 正中进胸, 阻断升主动脉, 经主动脉根部 4 Thomas 液 1000~1200ml, 同时心包腔内注入冰泥降温, 心脏取出后, 置入 4 度心肌保存液中放于冰盒中, 运至手术室。

1.3 移植手术在全麻体外循环下进行, 手术方式均采用标准原位心脏移植手术。左右心房吻合采用 3—0 Prolene 连续外翻缝合, 吻合左房开始时在左房外侧壁上下各先做一针缝合定位, 然后连续缝合。主动脉、肺动脉采用 4—0 Prolene 连续缝合法, 主动脉吻合完成后开放升主动脉, 肺动脉在心脏跳动下缝合, 手术体外循环时间都是 148 分钟, 供心冷缺血时间为 270 分钟和 370 分钟。

1.4 免疫抑制处理及监测。2 例患者均于术前 24 小时静注塞尼派 50mg, 并于术后补充 25mg, 首例术后 14d 再应用 50mg。主动脉开放后应用甲基强的松龙 500mg。术后当晚再应用 500mg, 首例术后第二天清晨拔除气管插管, 予口服骁悉 100mg, 每日 2 次。继续静脉应用甲基强的松龙, 第三天改为口服, 1mg/kg。分两次口服, 两周后减为 8mg/d。第三天起口服环孢素 A, 片, 开始剂量 100mg, 分两次口服, 并根据

血药浓度调节剂量, 初期维持谷值 200 $\mu$ g~250 $\mu$ g/L。急性排斥反应的主要依据: 症状与体征、心电图、超声心动图、细胞检测(CD4/CD8)、血清心肌酶学指标。术后给予常规监测胸片、血常规、血生化、血清病毒抗体、痰、尿、粪细菌于真菌培养。

### 2 结果

移植心脏均自主复跳, 首例存活, 围术期经过平稳, 术后第三天下床活动, 术后隔离监护时间为 3 周, 心功能恢复至 I 级, 术后已 16 个月, 恢复正常工作。第 2 例术后第 2 天出现肺动脉高压危象, 右心功能衰竭, 床边行 Ecmo 辅助治疗, 术后第 4 天因多器官功能衰竭死亡。

### 3 讨论

国外心脏移植手术已经成熟, 其 1 年生存率可达 90%以上, 5 年生存率有的可达 80.7%, 患者最长已存活 25 年, 其疗效远高于内科治疗。国内开展较少, 于我国巨大的人口基数及众多终末期心脏病人的存在的现状不相适应。现将我们的体会报告如下。

3.1 关于吻合技术 吻合技术已相当成熟, 我们在吻合左房时稍做改动, 左房外侧上下边缘各先缝合定位, 然后连续外翻缝合, 这样缝合时层次清晰, 而且便于调整。主动脉吻合完成即开放, 一方面是减少热缺血时间, 另一方面能够使肺动脉吻合效果更佳, 不会因过长而致扭曲, 也不会因过短而致张力过大。

3.2 移植围手术期处理 我们按常规应用塞尼派, 塞尼派是特异性的白细胞介素-2 受体拮抗剂, 应用后白细胞很快下降。它的应用, 可以使术后使用环孢素有较大的灵活性, 如怀疑肾功能有问题, 环孢素可推迟应用而不用过分担心急排的发生。另外环孢素在人体的代谢分布因人而异, 其应用应根据血药浓度调节。

3.3 心内膜活检(EMB)是术后判定急性排异反应的个标准, 目前, 在心脏移植患者中, EMB 证实排

异反应多为0~1级(国际心脏移植学会急性心脏排斥反应诊断标准),但EMB为有创检查,具有一定风险。根据我们对2例心脏移植术后急性排斥反应的观察发现,临床症状具有高度灵敏性。移植术后患者服用激素,食欲较好,若患者突然出现食欲不振、乏力和心悸,加之心电图表现为房早或室早,应高度怀疑急性排斥反应的发生。即使不是急性排斥反应,短期大剂量激素冲击,其副作用也是可以接受的。国内移植较多的单位认为应重视无创性的免疫监测,及时捕捉一些敏感征象,必要时结合心内膜活检。

3.4 通过第2例心脏移植我们还得到以下经验:供心选择,体重与心脏大小有一定相关比例,临床上主要以供或受体体重比来估计供心与受体的大小匹配。

接受心脏移植的患者心脏常常增大,切除后遗留一个大的心包腔,故易于接受躯体较大的供者心脏。一般要求供受体重量相差在20%以内,我们第2例受体体重较大,达90kg,供体相对较小。再者受体肺动脉压力达57mmHg,手术虽顺利,但术后仍然出现肺动脉高压危象,右心衰竭。为了更好的克服受体原有肺血管阻力增高,适当选用稍大体重、年青体壮的供体心脏,则移植后早期血流动力学更满意,出现移植心脏早期右心功能不全的机会更少。尽量选择供体与手术地点相近者,本例手术两地相距较远,冷缺血时间达370分钟,也是死亡原因之一。另外术后应避免多种原因诱发的心功能损伤。

收稿日期:2006-12-15

## 妇科手术病人的心理护理

孙敏华

(天津武清第二人民医院,天津 武清 301700)

关键词: 妇科手术;心理护理

中图分类号: R453;R764.43<sup>+</sup>7;R473.76 文献标识码:A 文章编号:1008-4118(2007)01-0094-02

随着医学模式、护理学科所处的环境和社会地位的改变,以及健康概念的改变,为护理学提出更高的要求,那就是医学心理护理。把几年来对妇科手术病人心理与心理护理体会如下。

### 1 术前心理护理

病人入院后首先存在的问题是对医院的环境的陌生,发生疼痛与死亡,担心术后并发症、术后性功能改变、术后体形改变或性别变为男性,担忧术后体力难以恢复、肿瘤性质为恶性、手术费用过高等。因此,术前的护理具有极为重要的意义,为此应当进行术前心理咨询,咨询应由有权威的医生和护士进行,耐心听取病人的意见和要求,向家属详细交待病情,阐明手术的重要性和必要性,尤其要对手术的安全作肯定的保证,决不应向病人交待千分之一的危险性,权威性的咨询对病人获得安全感极为重要,还要依据不同的病人,用其恰当的语言交待术中必须承受的痛苦。对于卵巢癌盆腔清扫这样危险性大、手术复杂、心理负担重的病人,还要介绍有关专家是怎样反复研究其病情并确定最佳手术方案的,并突出强调他本人在手术中的有利条件等,使病人深感医护人员对其病情上

了解,对手术是极为负责的,还应在病人面前树立手术医生的威信,以增加病人的安全感,在术前让病人看一下术后观察室,介绍一下术后护理措施也是有益的。这些心理上的准备,对控制术后出血和预防术后感染都是有益的 and 必要的,并可使病人正视现实,稳定情绪,顺应医护计划。

### 2 术中心理护理

病人刚到手术室,由于环境陌生,肃穆、寂静的气氛会增加病人的恐惧和紧张,所以,手术室一定要整齐清洁,床单无血迹,手术器械要掩蔽。一个手术室内最好只摆一张手术台,不宜几个手术台并排排列,以免产生消极暗示。病人也十分重视手术室医生的和护士的举止言谈,因为感到自己的一切都掌握在医生和护士手里,所以医生和护士都应端庄大方、态度和蔼、言语亲切,使病人产生安全感。术中应注意病人情绪变化,如心理过度紧张时,应及时安慰。器械护士必须手疾眼快地配合手术,医护之间要全神贯注,紧密配合,以减轻病人的痛苦。手术室内不应闲谈嬉笑,也不要窃窃私语,相互之间谈话的声音应当轻柔和谐,尽量减小,减轻手术器械的碰击声,避免