

2 例原位心脏移植手术的护理配合^{*}

张如萍

(徐州医学院附属医院手术室, 江苏 徐州 221002)

关键词: 心脏移植; 手术; 护理

中图分类号: R473.6 文献标识码: B 文章编号: 1000-2065(2003)05-0463-02

原位心脏移植术(OHT)是指将病心切除后,把异体的供心移植在心脏正常解剖位置上,使受者的心功能得到提高或恢复正常^[1]。我院于2002年4月及2002年7月先后成功地施行了2例原位心脏移植手术。2例均存活至今,各项生命指标良好。现将手术护理配合体会报道如下。

1 临床资料

1.1 患者1 男,47岁,教师。1994年因“病毒性心肌炎,III度房室传导阻滞”安放心脏起搏器。2001年4月起,出现心悸、胸闷、气喘、双下肢水肿,丧失劳动能力。胸片示心脏普遍增大,心电图示起搏心律,超声心动图示室壁活动普遍减弱,射血分数(EF)27%,FS 13%,右心导管检查肺动脉压44/18(29)mmHg(1mmHg=0.133kPa)。临床诊断为终末期扩张型心肌病,心功能III~IV级。于2002年4月行同种异体原位心脏移植手术,手术顺利,现存活良好。

1.2 患者2 男,28岁,农民。2001年4月无明显诱因出现活动后心悸、气短、双下肢水肿。心功能III级,心电图示频发性、多源性室性期前收缩超声心动图示室间隔、左室后壁变薄,室壁活动普遍减弱,右心导管检查示肺动脉高压。确诊为扩张型心肌病。于2002年7月行同种异体原位心脏移植手术,手术顺利,现各项生命指标良好。

2 手术方法

2.1 标准法心脏移植 本组第1例用标准法进行心脏移植。患者平卧,胸部正中切口,常规建立体外循环,主动脉插管在无名动脉起始部。沿房室沟处切开右房,保留部分右房、左房,切断主、肺动脉,切断房间隔,移除病心。将修剪好的供心用冰纱垫双手托送到台上,用0/3普理灵连续外翻缝合左心房,同法缝合右心房及房间隔。用0/4普理灵线自受体

及供体主动脉的左后缘起连续缝合主动脉,同法缝合肺动脉。复温排气,开放主动脉,电复律,待血流动力学稳定,撤除各种管道,安放临时起搏导线,置引流管,清点用品后逐层关胸。

2.2 双腔静脉原位心脏移植 本组第2例采用此法。主动脉插管同标准法。上、下腔插管于上、下腔静脉主体内插入直角管。右心房分别于上、下腔静脉与其交界处切断,主动脉、肺动脉和左房的切除同标准式。移植吻合顺序为左房、下腔静脉、上腔静脉、主动脉和肺动脉。

3 手术配合要点

3.1 术前准备 需准备2个手术间,分别为供体修整及受体植入心脏使用。术前1日及术日手术间彻底消毒。护士提前将术中所需各种器械、仪器、抢救药品备好,放置妥当,并严格控制人员出入。

材料准备要充分,除一般心内直视手术的器械、仪器等物品的准备外,尚需备主动脉阻断钳2把,各种型号无创血管钳6把,阻断带6~8根及相应的阻断胶管,18号塑料套管数枚,无菌冰套20个(采用高压灭菌后的避孕套,加入生理盐水40ml,并将套口扎紧,放入带盖的无菌盒内,置入冰箱冷冻)。异地采心组应另备器械和布类敷料1份,移植车1辆,吸引器、无菌容器、无菌敷料袋、无菌冰泥、冰块、手提冰箱、心脏保护用冷灌洗系统、心脏保护液等。

3.2 术中配合

3.2.1 采心组 供体组缩短供心的缺血时间是十分重要的。因此器械护士应根据手术步骤快速准确地传递器械,供心取出后立即将其放置在盛有4℃生理盐水的无菌容器内,外套3层无菌塑料袋,密封好,放入保温箱内,箱内填满碎冰屑,盖好后快速运回手术室。入室后再次灌注4℃冷保护液,同时进行检查与修剪整理。巡回护士随时提供用物,并

观察心肌的保护措施是否得当。

3.2.2 移植组 巡回护士在建立静脉通路后,协助麻醉医师做好动、静脉穿刺,建立各项监测,保留导尿。利用电热毯、空调等及时调节室温及体温,避免由于温度不适而影响术后心脏的复跳。严格记录出入量,维持水、电解质平衡及血容量稳定。备好除颤器,及时行电复律。体外循环停机后立即经静脉内给予甲基泼尼松龙 1 000 mg。严格控制进出手术间人员,以防术后增加感染几率。

洗手护士配合手术要稳、准、轻、快,以争取手术时间,缩短冷缺血期。需特别注意供心的保护,用无菌冰套置放在供心周围,保持术野的清晰,同时还需准备大量冰泥。需根据术式的不同准备好不同的上下腔插管。心房吻合时,洗手护士必须准备好 0/3 带垫片的普理灵线,在使用前应严格检查其性能,并涂以无菌石蜡油,使之润滑,避免拉断。血管吻合难度较大,应准备好 0/4 带垫片双头针普理灵线 1 根及单针普理灵线 1 根,先在血管的 12 点位作褥式缝合并结扎,继而在 6 点位用单线作结节缝合,牵引此二线,用连续缝合法完成血管吻合。应注意缝合线不打结、不凌乱,与术者配合默契。一切吻合完毕后,洗手护士应根据不同的术式,准备 4~6 枚 18 号塑料套管针,刺入心脏内,拔除不锈钢针芯,留置塑料套管在心脏内作为排气用。

4 讨 论

4.1 护士的培训与调配 心脏移植手术是系统的复杂的工作,各部门默契配合才能保证手术顺利完成。故术前应做好护士的培训,参与病例讨论,认真学习有关理论知识,使其熟悉手术步骤。我们选定

了工作认真、技术娴熟、责任心强的主管护师及高年资护师作为心脏移植小组的成员,选派身体素质好、反应敏捷的护士参加采心组,以保证复杂条件下的应变能力。

4.2 严格消毒隔离 心脏移植术后必须使用免疫抑制剂,因而患者易发生感染。感染是造成心脏移植受术术后死亡的重要原因之一^[2]。因此,除严格要求无菌技术操作外,我们做了如下处理:彻底清扫,严格消毒。手术前一日用 1:1 000 的含氯消毒剂擦拭室内的物品及墙壁,紫外线照射消毒 1 h,术前夜甲醛熏蒸消毒 1 次。术日晨进行空气净化,紫外线照射 1 h。严格控制进出手术间人员数量,减少不必要的走动,防止术后感染的发生。

4.3 严密观察、加强配合 需做心脏移植的患者,一般病情较重、心功能差,并常伴有严重心律失常。因此,巡回护士应密切观察病情变化,加强与麻醉医师及手术医师之间的配合,随时做好抢救的准备。本组第 1 例患者术前安装有永久起搏器,在术中由于使用电刀,对起搏器产生干扰作用,导致起搏器不能正常起搏,使患者血流动力学不稳定,血压下降。这就要求护士严密监测心电图,尤其在使用电刀时,一旦发生心律失常,应即刻配合医生进行抢救。

参考文献:

- [1] 郭尚耘,许 乐.原位心脏移植的手术配合[J].中华护理杂志,2002,37(2):144-145.
- [2] 夏求明主编.现代心脏移植[M].北京:人民卫生出版社,1998.206-227.

收稿日期:2003-06-09 修回日期:2003-08-26

本文编辑:程春开

子宫内膜异位症流行病学研究现状*

姚盛慧 综述

(南京中医药大学 2001 级硕士研究生,江苏 南京 210029)

关键词:子宫内位症;流行病学

中图分类号:R711.71 文献标识码:A 文章编号:1000-2065(2003)05-0464-04

子宫内位症是指子宫内位腺体和间质出现在子宫腔以外的部位引起的病症。子宫内位症

的发病率在育龄妇女中约为 10%,合并不孕者为 40%~50%。近年来,随着腹腔镜等现代检测手段