

兆。如遇病人肝左、右及文氏孔引流管内同时或单个突然有大量鲜血流出或血性引流液较多并引流不止时,应考虑有内出血的可能,及时报告医生并迅速处理。在病人活动时,要注意引流管的位置低于伤口水平,以免引流出的液体返流到伤口,增加伤口感染的机会。本例患者术后引流液逐日减少,并分别于术后 13 14 19日拔除,无出血征兆。

2.3 外周静脉输液通道的护理

2.3.1 严格无菌操作 肝移植后,细菌、霉菌和病毒感染发生率可高达 50% 以上。虽然主要病源菌来自内源性菌群,但来自医院和病人间的交叉感染也是很重要的,在为病人进行周围静脉的治疗操作时,一定要穿隔离衣,戴帽子、口罩,认真洗手,最好戴无菌手套。尽量用一次性物品,治疗盘、车、台固定使用,每日用 1% 过氧乙酸擦拭。戊二醛消毒液隔日更换 1次,每次静脉穿刺后用福尔马林熏蒸止血带。病室内空气培养隔日 1次,如系维持通道,输液器每日更换,更换液体时严格消毒瓶盖部位。静脉穿刺输液部位一般保留 48 h左右,穿刺局部每日用 75% 酒精擦拭,穿刺及拔针后局部覆盖无菌小纱布保护。本例病人穿刺部位未发生感染。

2.3.2 静脉选择及保护 肝移植病人治疗时间长,静脉穿刺次数多,用药品种复杂,对血管刺激较大,易造成血管脆性、通透性增加,造成皮下瘀血。因此

在选择静脉时应仔细,准确把握后方可穿刺,争取一针成功,避免一处重复穿刺,因在同一部位多次穿刺易造成血管脆性增加,弹性差,易粘连,虽穿刺成功,却很易渗出。一旦发现有渗出现象,应立即更换静脉输液部位,以防引起炎症或组织坏死。本例病人术后第 6天因行床边胸腔穿刺时间长,体位变动大,至一侧手背静脉穿刺部液体外渗约 5 ml,立即拔除穿刺针。对渗出的部位采用 33% 硫酸镁湿敷及冰水冷敷交替,渗出液体很快被吸出,其后 3天用中药涂膜消结散局部涂擦,效果好。

2.4 胃肠减压管的护理

肝移植术后胃肠功能未恢复之前行胃肠减压,促进肠功能的恢复,等肠功能恢复后拔管。拔管前定时抽出胃液,观察胃液的颜色、量及性质,特别是肝移植术后大量激素类及抗凝剂的应用,易并发消化道应激性溃疡出血,观察胃液颜色,可早期发现消化道出血。胃肠道功能恢复前,任何免疫抑制剂类药物,均通过静脉给药,一般术后 1周,胃肠道功能完全恢复后,才由静脉改为口服,以免影响药物的吸收,延误病人治疗。

在本例肝移植病人的护理中,由于重视了各引流管的护理,避免了引流管对病人愈合的影响,未出现因引流管护理不当而致的并发症。

[本文编辑:方玉桂]

1例心脏移植患者的术后监护

赵玲,门爱民,高立红,王聪敏,田静,杜丽颖

(北京军区总医院 ICU,北京 100700)

[中图分类号] R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1008-9969(2001)03-0059-02

2000年 9月,我院首次为 1例扩张性心脏病患者施行心脏移植术,术后入 ICU进行监护治疗 1个月,恢复顺利,无并发症。现就心脏移植术后监护体会报道如下。

1 病例介绍

患者,男性,51岁,发现心脏增大 5年,轻微活动后心悸、气短,伴有腹胀和食欲不振 1年,劳动能

力丧失,生活质量极差。曾急性左心功能衰竭 2次。临床诊断:扩张性心肌病,心功能Ⅳ级。于 2000年 9月 28日,在全麻低温体外循环下行同种异体原位心脏移植术。术中升主动脉阻断 71 min,供心心肌缺血 181.5 min。术毕返 ICU,呼吸机辅助呼吸。术后恢复顺利,除术后第 7天出现一过性转氨酶升高,经及时调整普乐可复剂量,给予肝得健、保胆健素,10天恢复正常之外,无感染、肾功能衰竭、低心排综合征、无超急性排斥反应和急性排斥反应。术后 14 h拔除气管插管,第 5天平地活动。术后 22天转回普

2 监护体会

2.1 循环系统的监护

由于供心缺血时间长,心肌缺血再灌注损伤及术前肺动脉高压,术后易发生低心排综合征和心律失常。患者入 ICU 后,持续有创血压和心电监测,经 Swan-Ganz 管监测肺动脉压、中心静脉压、心排出量、混合静脉血氧饱和度,观察皮肤、粘膜及甲床颜色和温度。给予多巴胺和多巴酚丁胺等正性肌力药物,应用前列腺素 E,降低肺血管阻力,加强利尿,控制 CVP 在 1.5 kPa (15 cm H₂O) 以下,维持了患者循环功能稳定。

2.2 呼吸系统监护

加强体疗,鼓励咳嗽,协助排痰。定时肺部听诊、胸部 X 线片、血气分析检查和痰培养,防止肺部感染。术后早期呼吸机辅助呼吸,之后经面罩加鼻导管吸氧,过渡到脱离呼吸机呼吸。用生理盐水 20 ml+ 灭菌注射用水 20 ml+ 糜蛋白酶 4000 U+ 庆大霉素 8 万 U+ 氨茶碱 0.25 g,雾化吸入 4 次/日,连续 11 周;同时用两性霉素 B 6.25 mg+ 注射用水 10 ml 雾化吸入 4 次/日,连续 2 周。该患者双肺呼吸音均清,氧饱和度保持在 99%~100%。

2.3 各种管道的护理

术后患者体内留置多种管道,包括气管插管、漂浮导管及心包、纵隔引流管、胸腔闭式引流管、尿管、胃管、桡动脉测压管、静脉输液管。患者进入 ICU 后首先妥善固定好各种管道,并明显标记,保持各管道通畅。术后 2 天拔除胸腔闭式引流管、漂浮导管,3 天拔除尿管,14 天拔除锁骨上静脉插管。所拔除管道置入体内的部分均做细菌和真菌培养,无感染发生。

2.4 免疫抑制剂副作用及排斥反应监测

排斥反应是造成移植失败的重要原因,因此术后要联合应用各种免疫抑制剂,但免疫抑制剂的副作用比较大,包括肝、肾功能损害,白细胞和血小板减少,因此早期每日查血象、肝肾功能,定期检查普乐可复血药浓度。该患者术后 7 天出现一过性转氨酶升高,减少普乐可复用量,给予肝得健、保胆健素等后,恢复正常,无排斥反应。

2.5 感染的预防

感染是心脏移植术后早、晚期死亡的主要原因之一,诱因包括:免疫抑制剂的应用,多种体内置管,手术创伤,大量抗生素引起的菌群失调等。对本例患者采取的对策是:(1)保持病房环境整洁安静,每日常规清洁消毒,限制人员进入,保证病人休息及睡眠;(2)进入病房必须戴口罩、帽子,更换消毒衣、拖鞋,消毒双手及上臂;(3)

及时清除室内废物,消毒地面,每日消毒擦洗台面 3 次;(4)工作人员每次或不同部位操作前必须用洛本清或碘伏消毒双手,操作后洗手,并按先洁后污的顺序操作;(5)定期做痰、尿、便、血及咽、鼻分泌物培养及病房物体表面、空气细菌培养;(6)每次口入食物后以洗必泰液漱口,早、晚协助患者仔细洗漱刷牙及擦洗皮肤各皱折处;(7)术后持续监测体温变化,严密观察各种引流物的性状并重视患者主诉;(8)严格无菌操作,伤口及管道周围每日换药,每日更换各输液管道、三通和肝素帽;(9)凡患者使用物品均定时高压消毒,患者床单、枕套、被套及病号服均高压消毒后方可使用,每日更换 1 次,凡进入隔离病房的物品,均经消毒液擦拭。该患者未发生任何感染。

2.6 加强饮食护理

术后 24 h,患者的胃肠功能基本恢复,肛门排气,患者经胃肠外营养改为肠内营养。下胃管鼻饲匀浆,每日 6 次,由营养室专人负责,选择低脂肪、高蛋白、易消化食物,逐渐增加匀浆量、热量。患者第 12 天拔除胃管,完全口入普通饮食。出现恶心、腹胀时,给予胃肠道动力药物如吗丁啉、西沙比利,保持大便通畅,每日排便 1 次。患者发生腹泻,立即查大便常规、球杆菌比、细菌培养,考虑为免疫抑制或消化不良所致,排除感染因素,给培菲康和思密达。患者术后 1 个月体质量由 55 kg 增加到 63 kg。

3 体会

3.1 严格的 ICU 管理是保障

单独的隔离病区,彻底清扫,以消毒液擦拭物品及地面,病人入住前紫外线空气消毒持续 48 h。控制探视人员及无关工作人员,把好隔离关,隔离 ICU 病房,一次进入人员不得超过 5 人,严格按照规定要求进入隔离病房,维持患者生活空间的洁净程度。隔离室内持续开放 2 台洁净器、排风扇,每日 3 次更换空气杀菌片,每 8 h 紫外线灯消毒 1 h。

3.2 高素质的医护队伍是关键

为保证移植病人的护理质量,由护理部组织了以 ICU 心血管外科为主的 9 名训练有素、责任心强、技术过硬的护理人员组成特护小组。其中主管护士 1 名,护师 6 名,护士 2 名。提前进入专科系统学习和重症监护的培训,实施合理有效的整体护理计划,保障了本组特护人员具有较扎实的基础理论知识、精湛的专业技术、高度的责任心和良好道德观念,确保了高质量的护理。

[本文编辑:方玉桂]