

# 心脏移植的术后护理

Julie Evans.

心脏移植的术后护理集中围绕着取得血液动力学的稳定性,控制感染、监测免疫抑制剂的副作用、环境的调控,运动的训练以及对于恢复,事先给予教育和指导。护士必须经过护理非心脏移植病人的训练,护士在取得护理心脏手术的必要技巧之后,必须进行关于心脏移植的自学课程。

## 一、心脏移植护理单元的准备

当供心已确定,护理方面接到心脏移植的紧急通知,在多数情况下,安排人手及准备病人的房间约需 6 至 8 小时。该护理单元有一个隔离室,具有正压的气流系统,所有供应物品和便携式便器都要拿出待用的隔离室外消毒。所有的监测都要在本室进行,在术后 4 至 6 天,护士必须每时每刻地和病人在一起。房间清洁之后即予封闭,任何人不得进入或滞留在内,直到接受心脏移植的病人从手术室转来。

## 二、术后即时的护理

病人从手术室运到 ICU 时,气管插管还保留,处于麻醉状态,未清醒,ICU 护士使病人苏醒,监测和管理血液动力学的变化,并开始术后的免疫抑制剂的药物治疗。

## 三、术后即时的血液动力学支持

(一)调节心率及心律:①控制异丙肾上腺素滴速,以维持心率大于 100/min,范围为 0.5 ~ 1 $\mu$ g/min。②心房起搏以维持窦性心律。

(二)增强心肌收缩:用上述方法给予异丙肾上腺素,术后持续 4 天。

(三)改善肾灌注:①多巴胺 2 $\mu$ g/kg/min。②可增量以增加强心作用。

(四)控制血压:调节硝普钠滴速以维持平均血压于 9.3 ~ 11.3kPa (70 ~ 85mmHg),最大剂量为 5 $\mu$ g/kg/min。

(五)容量治疗:生理盐水、血浆扩张剂或血的产物,维持中心静脉压于 1.06 ~ 1.59kPa (8 ~ 12mmHg)。

(六)前列腺素  $E_1$  用于肺血管阻力升高或供心缺血时间过长伴右室功能不全者。

动脉插管可于 24 至 48 小时内拔除,中心静脉压一直监测到停止滴注血管活性药物为止。中心静脉线路则可以每周在手术室行心内膜活检时更换。

一周后常用三腔插管(三腔导管)。

## 四、感染的控制

所有的病人呆在 ICU 时都是处于保护性隔离状态中,多数病人在术后第 8 天转移到普通病房,这种转移是临时性的,根据第一次活检阴性,而且病人可以单独移动而定。照料病人的 ICU 护士需戴口罩及一次性使用的鞋套。在进入隔离室之前,必须洗手、戴手套,室内严禁存放花卉、植物或未经削皮的水果。护士有责任监测可能是有感染疾病的探视者或其它个人,必须教育病人及其家庭成员掌握隔离技术常规。

## 五、心脏移植病人的常规实验室检查

每日一次者:①血象,②电解质,③环孢霉素的血中水平④肾 BUN, Cr, ⑤T 细胞计数(术后查 7 天),⑥2 小时肌酐廓清(每星期一、四)。

每周一次者:①大细胞病毒滴度,②IgG、IgM 补体结合滴度,③Buffy Coat 病毒培养,④尿液的病毒培养,⑤咽喉拭子的病毒培养,⑥痰的革兰氏染色、常规检查霉菌培养及药物敏感度试验,⑦尿培养和敏感度试验。

由于肺部感染的原发部位,护理人员应每 4 小时一次听诊胸部,记录检查所见,并将异常情况报告医生。对肺的良好评估是很重要的。呼吸量的测定,早期活动、经常咳嗽和深呼吸运动可减少肺不张及感染的发生。体温高于 38℃时应气管取痰作培养。

## 六、免疫抑制性药物副作用的监测

在向病人提供药物副作用的知识以及自我监测的方法方面,护士起着关键的作用。重要的是使病人能够察觉损害他们健康的问题,并知道何时需要找医生,甚至有的病人对其中的某些问题能够采取步骤以减少之。有些副作用在情绪上特别令人烦恼。护士在这些方面可做许多工作,并帮助病人对付这些副作用。

## 七、活动

应在适当条件下增加活动量。拔管(引流管)后 2 至 4 小时在床周围活动,拔管后 6 小时坐椅 30 分钟,可在戴口罩情况下进行户外活动。心血管恢复工作人员应参与监护病人活动。

(下转第 122 页)

# 先天性肺囊肿合并纵隔良性畸胎瘤 完全嵌入肺内 1 例

解放军 201 医院胸外科 111000 王有堃

患者男,38 岁。因受凉后出现头痛,咽痛咳嗽,咳黄色恶臭脓痰,有时咯血伴胸痛半年,发热气短 1 周,于 1990 年 12 月 10 日入院。查体:体温 37.4℃,脉搏 110 次/min,血压 14.6/10.8kPa (110/81mmHg),消瘦,全身淋巴结无肿大。左上肺呼吸音明显减低,无湿啰音及胸膜摩擦音。心脏听诊无异常,肝、脾无肿大。

实验室检查:白细胞总数 15800/mm<sup>3</sup>,中性 75%,淋巴 25%。血沉第 1 小时 58mm,第 2 小时 113mm。

胸片:左肺上中野见大片状密度增浓阴影边缘不清,其中可见 3 个大小不等空腔,有小液平面(图 1,2)。支气管及病灶断层:左肺上,下叶支气管开口显示良好,无狭窄及中断(图 3)。左肺中上野见 8.0×6.0cm 大小肿块影,周围见小片状阴影密度不均(图 4)。选择性支气管造影:左肺上叶尖后段,舌段支气管造影剂充盈良好,并分别向内上,内下移位,前段支气管未见造影剂充盈(图 5)。

纤维支气管镜检查:右侧支气管正常,左侧支气管内见较多粘液,左肺上叶支气管粘膜充血,水肿,许多分泌物从段口溢出,各段口未见狭窄及新生物。局部活检:组织学检查为支气管粘膜慢性炎症。术前诊断:左肺上叶慢性脓肿;左上叶肺癌?于 1991 年 1 月 11 日手术中见左肺上叶广泛粘连,纵隔及脏层胸膜粘连紧密,且明显增厚。左肺上叶扪及拳头大小实质性肿物,锐性分离粘连,系纵隔一肿物完全嵌入左肺上叶内,剥离出一鹅卵大小凸凹不平的硬性肿物,表面有毛发,肺残腔内有较多深绿色胎脂样物质。左肺上叶已萎陷,膨胀受限,当即予以切除。

病理组织学检查:纵隔肿瘤体积 615cm×4.0cm×3.0cm,切面为实体。显微镜下见肿瘤由皮肤,呼吸道粗膜,软骨,肠粘膜,胰腺组织,平滑肌及疏松结缔组织构成。左肺上叶切开见肺内有一囊肿,体积 5.0cm×4.5cm×4.0cm,腔内含有黄色液体(粘液),囊腔与支气管及肺外部不相通。显微镜下见囊腔内衬假复层纤毛柱状上皮和单层立方上皮,周围为结缔组织囊壁,部分区域上皮脱落,囊壁内有多量淋巴细胞,浆细胞和少量中性白细胞浸润。囊肿周围肺组织,部分肺泡内充满红血球及多量之吞噬细胞。诊断:1.纵隔良性畸胎瘤;2.左肺上叶囊肿并感染及肺出血。术后 17 天治愈出院。随访一年,已参加正常劳动。

## 讨 论

纵隔畸胎瘤来源于胎生期的腮裂,胎儿发育过程中随膈和心脏下降入胸腔。先天性肺囊肿是一种肺的发育畸形。在胚胎时期,原肠中发生的肺芽开始是索条状组织,以后中空成为管状。如在发育过程中,某一部分发生发育障碍、未成管状,则在其远端的原始支气管所分泌的粘液不能排出,逐渐积聚,使该部膨胀成为囊肿。纵隔畸胎瘤和肺囊肿两者在组织发生、病理学和解剖学上没有任何联系。同时并存实属罕见。单纯依靠 X 线检查难以做出正确的诊断。纤维支气管镜检查可与中心型肺癌相鉴别,与周边型肺癌的鉴别则需 X 线并结合临床检查。

(本文插图 1-5 见插图页第 6 页)

(1992-01-17 收稿)

(上接第 117 页)

### 八、病人出院的准备

病人出院带许多药,必须了解该药的用药目的,药的作用及副作用。我们的病人还在 ICU 时就开始自我投药,并且记录口服药物,应教病人如何察觉感染的征象、自测血压及监测体温、和病人一起估计心脏的危险因素,并设计出减少危险的措施。

结论:心脏移植病人的护理在各级水平都是多方面和富于挑战性的。它要求护士成为专门的临床工作者,能够在术后血液动力学不稳定的情况下迅

速作出正确的决断。它要求作为一名优秀的指导人员以帮助终末期心脏病病人展望未来,并制订维护健康的计划。当病人因排异、感染或体形改变而失去信心时,给予理解和感情支持。最后它要求护士具有灵活性,并且渴望学习新技术和不断改进心脏移植护理草案。

(杨禁非整理 林训生审阅)

(1993-11-12 收稿)