

# 心脏死亡器官捐献肾移植术后并发弥散性血管内凝血患者的护理二例

谭其玲, 谷波, 宋涂润, 施晓英

四川大学华西医院第三综合病房(成都 610041)

【关键词】 心脏死亡器官捐献; 肾移植; 弥散性血管内凝血; 护理

## 1 病例介绍

患者 1 女, 27 岁。2014 年 3 月 21 日行心脏死亡器官捐献(DCD)肾移植术。供者为男性, 5 岁, 颅脑损伤而导致心脑死亡, 供肾热缺血时间 18 min, 冷缺血时间 8 h。患者术后移植肾功能延迟恢复(DGF), 继续维持血液透析(血透)治疗, 采用他克莫司、吗替麦考酚酯、泼尼龙三联免疫抑制方案抗排斥反应。术后血压高, 最高达 205/128 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa), 持续使用硝普钠或硝酸甘油降压。术后 10 d 患者感腹部伤口疼痛难忍, 腹肌紧张, B 型超声示移植肾周 10 cm×5 cm×7 cm 血肿、腹腔积液, 疑移植肾破裂。行急诊手术, 术中见移植肾有小裂口, 但血供较好, 遂保留移植肾, 行移植肾缝合术并清除移植肾周血肿。术后转入重症监护病房(ICU)治疗 2 d 后转回病房。4 月 4 日患者病情加重, 神志不清, 心累气紧, 全身水肿, 腹部膨隆, 伤口渗血明显, 血浆引流量约 200 mL/d, 呈暗红色。实验室检查: 血小板计数  $29 \times 10^9/L$ , 凝血酶原时间 93.1 s, 活化部分凝血酶时间 85 s, 纤维蛋白原 0.78 g/L, D-二聚体 38 mg/L。使用呼吸机辅助呼吸, 行床旁血透, 输入大量血浆、去白红细胞悬液、冷沉淀等治疗。4 月 6 日患者出现昏迷、严重休克和多器官出血症状, 口鼻不断涌出和吸出鲜血, 胃管内引流出约 400 mL 鲜红色液体, 肛门流出约 700 mL 暗红色液体。经多学科会诊及抢救治疗, 患者于 2014 年 4 月 7 日抢救无效死亡。

患者 2 男, 42 岁。2014 年 6 月 3 日行 DCD 肾移植术。供者为男性, 42 岁, 颅脑损伤、脑出血而导致心脑死亡, 供肾热缺血时间 20 min, 冷缺血时间 7.5 h。患者术后发生 DGF, 继续维持血透治疗, 采用他克莫司、吗替麦考酚酯、泼尼龙三联免疫抑制方案抗排斥反应。术后 10 d 患者出现伤口剧烈疼痛, 血压降至 70/50 mm Hg, 伴心率增快, 肢端循环减少,

考虑移植肾破裂出血可能, 立即行移植肾探查术。术中发  
现移植肾破裂, 裂口长达 5 cm, 行移植肾切除术。术后转入 ICU 治疗 4 d 后转回病房。患者一般情况差, 情绪低落, 心累气紧明显, 伤口持续少许渗血, 血浆管每天引流出 100 ~ 190 mL 暗红色液, 输入大量血浆和红细胞悬液治疗。患者 6 月 25 日晚血透时突发心搏骤停, 呼之不应, 经抢救 1 h 后缓解。术后 1 个月出现抽搐, 1 ~ 2 次/d, 全身强直性抽搐, 意识丧失, 5 ~ 15 min 缓解, 予苯巴比妥钠、地西泮、丙戊酸钠治疗。7 月 7 日晚血透后频繁抽搐, 左手动静脉造瘘处和双鼻腔出血, 患者心累气紧明显, 口鼻咯出和吸出鲜血约 600 ~ 700 mL, 呈休克状。实验室检查: 血小板计数  $95 \times 10^9/L$ , 凝血酶原时间 120.0 s, 活化部分凝血酶时间 180 s, 纤维蛋白原 4.00 g/L, D-二聚体 6.11 mg/L。患者和家属拒绝进一步抢救治疗, 于回家途中死亡。

## 2 护理

### 2.1 及时准确地实施抢救治疗

护士在患者床旁备好各类抢救药品和物品, 如抢救车、负压吸痰装置、呼吸机、微量泵等, 竭尽全力救治患者。为患者建立 2 条及以上静脉通道并确保通畅, 必要时建立中心静脉通道以备抢救使用。保持呼吸道通畅, 防止气道堵塞窒息, 本组 2 例患者均有口鼻大量涌血, 护士及时吸出呼吸道内的血性分泌物。气管插管的患者妥善固定管道, 注意有无松动和滑出。患者抽搐时, 及时使用缠有纱布的压舌板放入臼齿处, 防止咬伤舌头, 同时保护好患者, 防止坠床或其他意外伤。根据医嘱及时准确地使用各类抢救药物, 并作好抢救记录。

### 2.2 严密观察病情变化

密切监测患者生命体征变化, 及时发现有无休克症状; 观察患者神志, 有无头痛、抽搐、昏迷等; 观察患者有无心累气紧、胸痛、呼吸困难, 痰中是否带血或咯血, 口鼻有无涌血; 观察患者有无腹痛、腹胀不适, 有无恶心呕吐、呕血或便血, 必要时安置胃管, 及时抽吸出胃内分泌物; 观察患者小便性质及量; 观察患者面色、肢端颜色和温度及全身水肿情况等。

DOI: 10.7507/1002-0179.201600360

作者简介: 谭其玲(1971 - ), 女, 重庆人, 主管护师, 本科, Email: tq-l-70@163.com

通讯作者: 谷波, Email: guboe@163.com

网络出版时间: 2016-07-14 17:17

网络出版地址: <http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1356.R.20160714.1717.068.html>

### 2.3 出血观察

出血是弥散性血管内凝血(DIC)最常见症状之一,护士要严密观察患者出血部位、出血范围及严重程度等,及时为诊疗提供依据。特别要注意有无呼吸道、消化道、颅内等重要脏器出血,本组2例患者均不同程度出现呕血、咯血、便血、昏迷,说明都有内脏器官出血,护士要观察出血的性质和量,并做好记录。每天观察和评估伤口渗血情况,及时更换渗湿敷料,保持伤口清洁干燥,定时挤压血浆引流管,记录引流液性质及量,本组2例患者第2次术后伤口持续渗血,血浆引流量较多。护士还要注意观察静脉穿刺点或注射部位有无出血,特别是拔针后,按压时间应延长,即使取消按压后也要注意有无出血。本组患者1在腕部进行血气分析采集后,护士发现穿刺点大量出血,患者2动静脉造瘘处也有出血,及时采取措施加压止血。护士应关注患者的凝血常规和血常规等实验室检验结果,注意其变化趋势。

### 2.4 基础护理

患者病情危重,护士要做好基础护理,保持患者的整洁和舒适,使患者富有尊严。做好晨晚间护理,特别是在患者呕血或咯血后,一定要保持患者口腔及颜面的清洁。床单、被服污染后,及时更换。当患者便血时,要及时清除血便,清洗肛周,保护肛周皮肤。要积极采取措施预防压疮的发生,做好压疮高危评分,安置气垫床,每2小时定时翻身。休克期注意患者的保暖。在咯血、呕血和便血严重时应禁食。

### 2.5 加强交流沟通,实施人文关怀,防范医疗纠纷

患者及其家属对肾移植手术的期望值非常高,术后发生并发症,患者及其家属会出现紧张、焦虑、担忧、无奈和失望等不良情绪;一旦病情加重甚至死亡,患者和家属心理感到烦躁、恐慌、绝望、后悔和自责,家属会有生气、不满甚至愤怒的情绪,处理不慎,极有可能引发医疗纠纷。因此医护人员一定要关注患者及家属的心理变化,做好心理护理。加强与患者和家属的交流沟通,耐心倾听他们的主诉和想法,同情和理解他们,更多地关心和关爱他们。做好家属的心理安抚工作,告知家属要坚强,不要将紧张、焦虑、烦躁不安等负面情绪感染患者,要将信心传递给患者,使患者不绝望和放弃,有求生的强烈愿望。对患者和家属表现出的不满,要了解原因,同时告知医师,医护共同化解他们心理的芥蒂,防止不良情绪滋生和蔓延。护士在救治患者的同时,也要关心和安排好家属的休息和饮食,让他们感到温暖。患者去世后,安抚家属悲伤情绪,做好尸体护理,协助家属办理离院手续。由于及时发现患者及家属的心理变化,进行了良好的沟通交流以及人文关怀,2例患者的家属虽对患者的死亡极为遗憾,但能理解手术风险,无医疗纠纷发生。

## 3 讨论

众所周知,供肾的质量对移植后并发症的发生有非常重要的影响。在我国,由于缺少脑死亡的立法,供者呼吸循环完全停止后才能进行器官获取,不能保证肾脏必要的血流灌注,移植肾肾小管发生缺血坏死的概率较大<sup>[1]</sup>。同时供者的基础疾病、住院期间的肾损伤(如心肺复苏期间的热缺血损伤、血容量不足引起的肾前性肾损伤、甘露醇肾损害和肌红蛋白导致的肾小管阻塞等),使得DCD供者常出现急性肾衰竭<sup>[2]</sup>。由于DCD供肾质量、人类白细胞抗原组织配型的相容性及冷缺血时间的延长等因素影响,术后发生DGF、急性排斥反应以及移植肾破裂等并发症的几率大大增加<sup>[3]</sup>。

DIC是由多种致病因素激活机体的凝血系统,致机体弥漫性微血栓形成、凝血因子大量消耗并继发纤维蛋白溶解(纤溶)亢进,从而引起全身性出血、微循环障碍乃至多器官功能衰竭的一种临床综合征,手术及创伤导致DIC的总发病数为1%~15%<sup>[4]</sup>。肾移植本身会导致患者凝血功能低下,如术中低温、手术创伤、血液稀释等原因导致凝血因子活性抑制、凝血因子消耗增加,血液凝固性降低,血小板计数减少,其聚集功能降低,纤溶亢进等凝血功能异常<sup>[5]</sup>。因此患者肾移植术后由于多种原因可导致凝血因子消耗增加和纤溶亢进,使血液处于一种低凝状态,从而引发全身器官广泛出血。

持续、多部位的出血或渗血,特别是手术伤口、穿刺点和注射部位的持续性渗血,是发生DIC的特征<sup>[4]</sup>。DCD术后,特别是再次行移植肾修补或切除术后,如果伤口、穿刺部位持续性渗血或其他器官出血,实验室检查凝血功能障碍的患者,一定要警惕DIC的发生,做好病情观察,积极进行DIC的预防治疗,防止病情进一步恶化。发生DIC后,护士要及时准确地实施抢救治疗,严密监测生命体征和病情变化,观察出血部位及出血量,做好患者的基础护理和家属的心理沟通及情绪安抚,尽全力抢救患者和积极防范医疗纠纷的发生。

## 参考文献

- 1 明英姿,叶启发,邵明杰,等.心脏死亡供者肾移植48例临床分析[J].中南大学学报:医学版,2012,37(6):598-604.
- 2 袁小鹏,韩明,王小平.心脏死亡器官捐献供者肾移植29例报告[J].肾脏病与透析肾移植杂志,2013,22(4):336-339.
- 3 黎磊石.中国肾移植手册[M].2版.北京:华夏科学出版社,2009:109.
- 4 尤黎明,吴瑛.内科护理学[M].4版.北京:人民卫生出版社,2006:347.
- 5 曾甫清,王振迪.肾移植围手术期出血的原因与对策[J].临床泌尿外科杂志,2008,23(1):1-3.

收稿:2015-03-20 修回:2016-05-04

本文编辑:凌雪梅