

- [2] Andersen BL,Rowland JH,Somerfield MR. Screening ,assessment and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an american society of clinical oncology guideline adaptation [J]. J Oncol Pract 2015 ,11(2) :133 – 134.
- [3] 王贝蒂. PHQ – 9 和 GAD – 7 在恶性肿瘤患者中的应用研究[D]. 长沙: 中南大学 2013.
- [4] 冯艳春 张修莉 刘继霞 等. 综合医院住院患者整体抑郁焦虑状况 [J]. 中国健康心理学杂志 2017 25(5) :683 – 687.
- [5] 胡蕾 曹静 祝卓宏. 癌症患者心理灵活性与焦虑抑郁情绪状态分析 [J]. 中华行为医学与脑科学杂志 2015 24

(6) :517 – 520.

- [6] 晋浴辰 陈燕 潘晓彦 等. 癌症告知策略和早期应对方式与心理痛苦的关系研究 [J]. 中国全科医学 2013 ,16(4) :450 – 452.
- [7] 牟倩倩 余春华 李俊英. 肺癌初治患者心理痛苦的现状调查及相关因素分析 [J]. 北京大学学报 2016 48(3) :507 – 514.
- [8] 陈静 刘均娥 苏娅丽 等. 住院乳腺癌患者心理痛苦及其相关因素调查 [J]. 护理管理杂志 2012 ,12(3) :158 – 161.

本文编辑: 李 梅 2017 – 10 – 30 收稿

高龄心脏死亡供体肝移植术 25 例临床护理

殷 蓉 李相成 李长贤

(南京医科大学第一附属医院 江苏南京 210029)

【摘 要】目的: 探讨高龄心脏死亡供体肝移植术后患者并发症护理措施。方法: 回顾 2014 年 1 月 ~2017 年 6 月 25 例高龄 DCD 供肝肝移植患者的病程 观察并分析术后并发症 总结护理经验。结果: 25 例高龄 DCD 供肝肝移植患者术后出现早期移植肝功能不全(EAD) 3 例 排斥反应 2 例 出血行手术剖腹探查 2 例 胆道并发症 2 例 感染 3 例。经过积极的对症治疗 患者恢复良好 均顺利出院。结论: 术后监护及针对性的护理措施能有效降低高龄 DCD 供肝肝移植患者并发症发生率 提高肝移植成功率。

【关键词】高龄供体; 边缘性供肝; 肝移植; 护理

中图分类号: R473. 6 文献标识码: A DOI: 10. 3969 /j. issn. 1006 – 7256. 2018. 02. 017 文章编号: 1006 – 7256(2018) 02 – 0044 – 03

心脏死亡器官捐献(DCD) 是指公民在心脏死亡后进行的器官捐献 是目前我国移植器官的主要来源。由于公众对 DCD 的认知缺乏 加之传统观念影响 致使供肝短缺。边缘性供肝的地位越来越受到重视^[1]。边缘性供肝是指移植术后存在原发性移植肝无功能或功能低下、早期肝脏衰竭等严重并发症可能^[2]。高龄 DCD 是边缘性供肝来源之一 是指供体年龄 ≥ 60 岁。高龄 DCD 具有术后较高的移植物功能衰竭的风险 对临床治疗带来严峻的挑战 增加术后护理难度^[3]。我们对 2014 年 1 月 ~2017 年 6 月 25 例高龄 DCD 供肝肝移植术后并发症的护理体会进行总结。现报告如下。

1 临床资料

本组供体 25 例 男 21 例、女 4 例 年龄 70 ~ 83 ($69. 0 \pm 8. 2$) 岁; 患者均因脑部不可逆原因放弃抢救 其中脑出血、高血压病史 9 例 车祸外伤致重度颅脑损伤 5 例 脑干出血 5 例 丘脑出血、脑梗死 6 例。受体 25 例 男 19 例、女 6 例 年龄 ($56. 0 \pm 6. 1$) 岁; 血型匹配符合输血原则; 受体移植前诊断: 肝恶性肿瘤 14 例 终末期肝硬化 9 例 多发性肝囊肿 1 例 多发性肝内胆管结石伴肝衰竭 1 例。

2 结果

25 例患者中行经典肝移植术 4 例 改良背驮式肝移植 17 例。术后出现早期移植肝功能不全(EAD) 3 例 排斥反应 2 例 出血 2 例 胆道并发症 2 例(缺血性胆管炎 1 例 胆道吻合口狭窄 1 例) 感染 3 例(肺部并发症 2 例 肠道菌群失调 1 例)。

患者术后恢复良好 均顺利出院 术后住院($24. 4 \pm 7. 1$) d。患者随访未出现严重并发症。

3 护理措施

3.1 一般护理 高龄供者往往合并基础疾病 并伴有全身器官自然老化 此类供肝往往无法耐受缺血再灌注损伤 影响移植预后。对此类供者 需严格筛选 如缩短 ICU 住院时间和冷缺血时间 供肝行质量评估 需肝功能指标良好且并不伴有其他不利因素(脂肪肝、病毒性肝炎等) 。术后加强监测 包括生命体征、引流管道、凝血功能、呼吸系统、肝肾生化指标等^[4-5]。

3.2 术后并发症护理

3.2.1 EAD EAD 包括初期肝功能不良(IPF) 和早期移植肝无功能(PNF) 患者临床表现为精神系统症状、肝功能指标上升、持续凝血异常、胆汁分泌量少、肾衰伴乳酸血症。诊断标准: 术后 7 d 血清总胆红素 $\geq 171 \mu\text{mol/L}$ 术后 7 d 国际标准化比值 $\geq 1. 6$ 术后 7 d 内 AST 或 ALT $> 2000 \text{ U/L}$ 符合以上一种或以上情况即为 EAD^[6]。多中心回顾性研究认为高龄供体肝移植术后生存率与适龄供体的肝移植并无显著性差异 但是高龄供肝对缺血再灌注损害很敏感 易发生 EAD 和胆汁淤积^[7-8]。精神系统症状术后早期发生率高 表现为抑郁、谵妄、睡眠障碍等 可能与高龄 DCD 供肝恢复较慢 对血氨、 $\gamma -$

氨基丁酸等物质解毒不利,机械通气状态下使用镇静药物时间长、激素及免疫抑制剂副作用、电解质酸碱失衡以及 ICU 特殊环境因素有关,且各因素相互激发。因此,实施以下措施:①建立良好的护患关系和家庭支持,术前评估焦虑、抑郁等不良情绪,做好心理疏导;术后缩短监护隔离时间,鼓励家属多陪伴。②减少医源性干扰,如减少镇静、镇痛、安眠类药物的使用,避免对神经系统的影响;鼓励白天多活动,晚夜间营造安静舒适的休息环境,帮助患者恢复正常的睡眠节律。③纠正电解质紊乱,维持内环境稳定,遵医嘱使用保肝、降氨促进肝功能恢复的药物。④做好血糖管理,预防移植术后糖尿病及感染^[9]。⑤监测血药浓度,及时调整给药剂量^[10]。⑥精神系统症状发作时,注意保护性约束,避免患者出现非计划性拔管和自伤行为。针对移植早期肝功能不全,我们需注意:每日观察皮肤巩膜有无黄染出现或加深、有无腹胀或移动性浊音、全身有无可凹性水肿等;监测胆汁的色、质、量;腹腔引流有无显著增多;准确留取标本,避免外因干扰,监测肝功能、凝血功能、肾功能等实验室指标;观察患者情绪思维反应,留心食欲以及排便排尿情况。本组中虽然有 3 例出现 EAD,但经过保肝等对症治疗,肝功能逐渐恢复,病程恢复延长,但预后良好。

3.2.2 排斥反应 目前高龄供肝对排斥反应的影响并不明了,认为不是排异反应独立的危险因素,但术后排异反应仍不容忽视。患者通常表现为乏力纳差、黄染、腹胀、胆汁锐减且色淡稀薄、胆酶升高等。本组中 2 例患者术后出现排斥,使用泼尼松龙冲击治疗,调整免疫抑制剂用量后,症状得到控制,治疗效果满意。

3.2.3 出血 高龄 DCD 供肝常伴有肝纤维化、脂肪变性,移植术后肝功能恢复慢,加之手术创伤大,血管吻合多,受者肝病晚期多伴有凝血功能障碍,移植术后极易发生出血,通常保守治疗可以得到纠正,但早期观察征象非常重要。监测生命体征,关注心率,避免血压过高;注意胶体的输注补充,使用利尿剂促进体内液体的排出,保持液体出超,但要注意补液不足与失血所致尿量减少的甄别;加强引流管的护理,注意引流液的量与色,保持引流通畅,避免血块堵塞管道致腹腔引流管无排出;监测腹围,关注腹部体征和患者主诉,定期 B 超检查,以免腹部指征假阴性延误诊断;输注白蛋白、凝血因子、血小板等,改善机体凝血功能;监测凝血功能、血常规等实验室指标变化。本组中 2 例移植患者术后出现血红蛋白持续下降现象,经过输新鲜血浆、洗涤红细胞、凝血因子等情况未好转,行二次手术探查,其中 1 例找到出血点,给予结扎止血,术后恢复良好;另 1 例为弥漫性渗血,经过保守对症治疗后,出血渐止。我们认为,原因不明的血红蛋白持续下降,主张积极行手术剖腹探查,以免延误病情。

3.2.4 胆漏和胆管吻合口狭窄 研究发现高龄供肝是胆道并发症的重要危险因素,供者年龄越高,发生率越高^[8]。表现为黄疸、发热、腹痛、腹膜炎,切口或腹腔引流管可见胆汁等。提高胆道吻合技术和保护胆管末梢血供是预防胆道并发症的主要措施。护理上应注意:观察腹腔引流管引流液性状是否异常;留意体温、皮肤黏膜颜色的变化及是否有腹痛等体征;

加强 T 型管护理,双重固定,标识清晰,记录胆汁的量、色、性状及有无杂质等;注意保护 T 型管周围皮肤,避免外渗胆汁浸渍;做好 ERCP 或 PTCD 管的护理。本组中出现胆道并发症 2 例(缺血性胆管炎 1 例,胆道吻合口狭窄 1 例),经过介入放置支架和引流管道,胆汁引流通畅,胆红素等指标逐渐下降,恢复良好。

3.2.5 感染 感染一直是移植术后常见并发症,多表现为呼吸道感染和肠道菌群失调。高龄 DCD 供肝移植过程中,诸多因素更易增加术后感染的发生率,如长时间使用广谱抗生素、反应性胸水引发肺炎、肺不张等。本组中 2 例患者术后出现肺部感染,通过延长呼吸机支持时间,针对性予以抗菌药物,感染得到控制;而肠道菌群失调患者通过暂停抗生素,服用全能营养素+肠道益生菌,腹泻得到缓解。患者病程延迟,但康复均顺利。

4 讨论

我国等待肝移植的供受体比例达 150:1,供体短缺使得肝移植越来越多的选择边缘性供肝以扩大肝移植供体库。研究显示,高龄边缘性供肝的应用效果总体要差一些。但也有研究表明高龄供肝如控制好,其术后并发症发生率、病死率与正常供肝移植无差异,供体年龄本身不应被视为肝移植的禁忌^[6]。严格控制其他因素的前提下,高龄供肝仍是扩大供肝的来源之一。目前我国基本国情决定了 DCD 供体将会是移植器官的主要来源,DCD 存在热缺血时间延长,导致术后并发症增加,高龄 DCD 供肝移植术后并发症的风险更是显著加大。术后护理直接影响患者病程,是预防和扭转并发症转归的重要保障。本组通过总结 25 例高龄 DCD 边缘性供肝术后并发症的护理经验,发现高龄 DCD 供肝与适龄供肝移植患者相比,未出现严重并发症,仅表现为个别术后住院日的延长,所有患者均顺利出院,也进一步证明高龄供肝只要科学评估和合理应用合适受体,一样可获得良好的效果,供肝年龄不应成为独立的肝移植禁忌证。在做好充分评估基础上,术后细致的监护及针对性的护理措施能有效降低高龄 DCD 供肝移植患者术后并发症发生率,提高肝移植成功率,使高龄供肝应用于肝移植有较高的可行性和较好的移植效果。

参考文献

- [1] Kim WR, Smith JM, Skeans MA, et al. OPTN/SRTR 2012 annual data report: liver [J]. Am J Transplant, 2014, 14 (Suppl): 69-96.
- [2] Pezzati D, Ghinolfi D, De Simone P, et al. Strategies to optimize the use of marginal donors in liver transplantation [J]. World J Hepatol, 2015, 7(26): 2636-2647.
- [3] 刘硕, 黄宇, 黄迪, 等. 高龄供体肝移植安全性的探讨 [J]. 广州医药, 2014, 45(6): 80-82.
- [4] Chaney A. Primary care management of the liver transplant patient [J]. Nurse Pract, 2014, 39(12): 26-34.
- [5] 范林, 涂强, 乔兵兵, 等. 公民身后边缘性供肝的研究进展 [J]. 中华肝胆外科杂志, 2014, 5(20): 386-389.
- [6] 王婷婷, 孔心涓, 饶伟, 等. 边缘性供肝移植术后早期肝功能不全影响因素的研究进展 [J]. 实用器官移植电子

杂志 2016 4(5):302-305.

- [7] Jimenez-Romero C ,Clemares-Lama M ,Manrique-Municio A et al. Long-term results using old liver grafts for transplantation: sexagenarian versus liver donors older than 70 years[J]. World J Surg 2013 37(9):2211-2221.
- [8] Seehofer D ,Eurich D ,Veltke-Schlieker W et al. Biliary complications after liver transplantation: old problems and new challenges[J]. Am J Transplant 2013 13(2):253-

265.

- [9] 徐莎莎 殷蓉. 肝移植术后糖尿病的研究进展及影响因素[J]. 器官移植 2016 7(1):72-77.
- [10] Rompianesi G ,Montalti R ,Cautero N et al. Neurological complications after liver transplantation as a consequence of immunosuppression: univariate and multivariate analysis of risk factors[J]. Transpl Int 2015 28(7):864-869.

本文编辑:李梅 2017-11-01 收稿

鼻内镜额窦手术患者自我效能护理干预效果观察

陈羨敏 吴梁江

(肇庆市第一人民医院 广东肇庆 526020)

【摘要】目的:探讨鼻内镜额窦手术患者的自我效能干预效果。方法:将 80 例鼻内镜额窦手术患者按住院先后顺序分为对照组与观察组各 40 例,对照组采用常规护理措施,观察组在此基础上实施自我效能护理干预。采用一般自我效能感量表(GSES)评估患者干预前后自我效能感,自我护理能力测量量表(ESEA)评价自护能力,并根据简易心境量表(POMS)评估患者围术期心态变化,统计住院时间和并发症发生情况。结果:出院时观察组 GSES、ESEA 评分均高于对照组($P < 0.05$);出院时观察组紧张-焦虑(TA)、抑郁-沮丧(DD)、迷乱-混乱(CB)评分均低于对照组,精力-活力(VA)评分高于对照组($P < 0.05$);观察组住院时间短于对照组,并发症发生率低于对照组($P < 0.05$)。结论:对鼻内镜额窦手术患者实施自我效能干预可显著增强患者自我效能感及自护意识,缓解不良情绪,促进患者康复。

【关键词】自我效能;鼻内镜;额窦手术;护理

中图分类号:R473.76 文献标识码:A DOI:10.3969/j.issn.1006-7256.2018.02.018 文章编号:1006-7256(2018)02-0046-03

额窦是指鼻腔周围含气的骨质空腔,共四对,分布于眼眶内上方、额骨的内外两层骨板之间,左右各一,因血管、淋巴和神经分布于此窦,且与板障静脉联系,生理解剖较为复杂^[1]。额窦骨质最薄,且压痛最为明显,如出现病变,反复性额窦炎、额窦炎伴鼻息肉等,需手术治疗。目前多采用鼻内镜扩大额窦开口、切除额隐窝气房予以手术治疗,对术者和患者配合度要求较高,也是鼻内镜手术中一项具有挑战性的术式^[2]。多数患者对此类疾病、手术缺乏足够认识,对治疗效果及预后均存在一定担忧^[3]。为促使患者主动、积极参与手术治疗,改善其预后,本研究拟用自我效能护理干预,以期改善患者负性心理状态及疾病认知,促进患者康复。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2014 年 4 月~2017 年 5 月我院实施鼻内镜下额窦手术的 80 例患者作为研究对象,患者临床症状及影像学资料均确诊为额窦相关疾病,并拟行鼻内镜下额窦手术,排除过敏体质及先天性鼻部畸形者。根据住院单双号随机分为对照组与观察组各 40 例,对照组男 23 例、女 17 例,年龄 23~67(46.8±5.7)岁;病程 1~5(3.2±0.3)年;疾病类型:额窦炎伴鼻息肉及其他鼻窦炎症 30 例,额窦囊肿 5 例,孤立性额窦炎 4 例,额窦囊肿伴同侧眼内眦部、额部隆起 1 例。观察组男 25 例、女 15 例,年龄 25~73(51.2±6.8)岁,病程 1~7(3.3±0.2)年;疾病类型:额窦炎伴鼻息肉及其他鼻窦炎症 27 例,额窦囊肿 4 例,孤立性额窦炎 8 例,额窦囊肿伴同侧眼内眦部、额部隆起 1 例。两组性别、年龄、病程、疾病类型等

一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法 患者术前均进行影像学检查,判断额窦引流方式,指导手术,并根据影像学结果选择不同的麻醉方式和引流术式,术后常规使用抗生素、激素、黏液促排剂,定期换药。对照组围术期采用常规鼻内镜额窦手术护理,即术前进行健康教育,告知其手术流程,消除其戒备、恐惧心理;术后于鼻内镜下清理术腔血痂及分泌物,并指导患者自行使用鼻腔冲洗器冲洗鼻腔,加强饮食指导,积极预防出血。如患者鼻前部有不同程度的出血,可通过加压填塞进行止血 48~72 h,告知患者尽量避免打喷嚏、吞咽,保持口腔卫生,避免感染。观察组采用自我效能护理干预,其目的了解患者病情及心理状态,充分尊重其知情权,科学、客观地指导患者参与疾病治疗,继而树立其治疗疾病信念,掌握基本疾病、手术常识,积极配合护理措施并自我监测病情。具体内容如下:①互动健康教育。本研究对患者的钩突连同息肉进行切割,并根据患者情况将筛窦、额窦、蝶窦进行开放处理,术前需充分告知患者手术方案,提升疾病知晓度,另外,本组采用“你问我答”情景模式进行训练,继而消除其对未知手术的恐惧感,护士在进行情景模拟训练中,通常结合患者既往史,如问及糖尿病、高血压对其手术影响;并利用鼻窦模型向患者提问其解剖特点,提问患者需进行哪方面的个人卫生,加强其理论知识。②术前准备。包括鼻腔清理、防止受凉感冒、保证充足的睡眠等,护士在入院互动健康教育模式中已强调术前准备内容,在进行鼻腔清理中仍需再次强调,并解释鼻腔护理的重要性,加强其理论知识印