

心脏死亡器官捐献原位肝移植术后并发症的预防及护理

谭李军, 尹秀芬, 唐黛青, 任碧芬, 唐桂香, 戈玉梅, 傅丽敏

桂林医学院附属医院肝胆外科(广西桂林 541001)

【摘要】 目的 提高心脏死亡器官捐献(DCD)肝移植手术患者术后并发症的护理效果。方法 对6例DCD肝移植手术患者术后并发症和护理方法进行回顾性分析。结果 术后发生胆瘘、肝动脉血栓形成、伤口感染、肝脏Ⅶ段及Ⅷ段部分坏死、右膈下积血各1例,本组病例术后均有不同程度腹胀症状,经积极处理和护理,均康复出院。结论 术后严密细致的监测,及时有效的治疗和护理对于保证手术成功有着重要的作用。

【关键词】 心脏死亡器官捐献; 原位肝移植; 术后并发症; 护理

肝移植作为治疗终末期肝病的唯一有效手段已在全球范围内形成共识。据报道,肝移植术后1年生存率达90%,5年生存率已接近80%^[1]。但现行的供肝来源不足严重影响了肝移植的规模化临床应用。我院2011年7月获得卫生部心脏死亡器官捐献(donation after cardiac death, DCD)器官移植试点资质。自2011年9月开始接受广西壮族自治区红十字会分配的DCD供肝,至2012年6月已完成了6例DCD肝移植。肝移植术后的治疗与护理直接关系到近远期疗效和生存率。现将护理体会报告如下。

1 临床资料

1.1 供者情况 6例供者均符合荷兰马斯特里赫特(Maastricht)分类^[2]的Ⅲ型。死亡原因为车祸3例,高处坠落1例,重度脑出血2例。所有供者由广西壮族自治区红十字会分配,完成国际标准无偿器官捐献知情同意程序后,撤除生命支持设备,运用有创动脉压监测判断供体循环停止,观察至少2 min,但不超过5 min,确定循环停止宣布死亡后开始器官获取。

1.2 受者情况

1.2.1 一般资料 6例患者全部为男性,年龄34~62岁,平均(45.9±0.5)岁。血型:O型2例,A型4例,Rh均为阳性。全组受体术前配型均与对应供体血型相符,每对供受体体重相差小于5 kg,其中1例供体体重大于受体体重约40%,遂行DCD减体积(切除供体左半肝),其中1例术前为住院患者,余5例均为本院肝移植受体表中筛选。术前均已签署知情同意并处于等待期。

1.2.2 术前诊断 6例受体术前均为终末期乙型肝炎肝硬化患者。其中合并肝细胞性肝癌术后复发2例,符合米兰标准。合并多次食道胃底静脉曲张上消化道大出血3例,并发右肾积水1例。本组受者术前Child-pugh分级均为B级。

1.3 方法

1.3.1 手术方法 6例患者均采用非静脉转流经典原位肝移植。

1.3.2 术后处理 6例DCD肝移植患者术后抗排斥治疗方案采用“他克莫司+吗替麦考酚酯+泼尼松”三联方案,定期监测他克莫司和吗替麦考酚酯血药浓度。抗生素采用第3代头孢菌素,术后5~7 d体温、血象正常后停用抗生素。不常规使用抗真菌药物。抗乙型肝炎治疗采用恩替卡韦+乙肝免疫球蛋白。患者胃肠功能恢复后尽早恢复进食,早期下床活动。

1.4 结果 6例肝移植病例均已出院,门诊随访2~9个月。复查肝功能均正常,未出现排斥反应等情况。能从事日常生活工作,生活质量良好。远期疗效有待观察。

2 护理及护理体会

肝移植术后的治疗与护理直接关系到近远期疗效和生存率。术后密切观察生命体征、意识、中心静脉压、腹部情况及腹腔引流管的情况。并发症的预防及护理体会如下:

2.1 出血 肝移植患者术前大多合并肝功能不全、凝血机制障碍,术后腹腔内出血的发生率较高,且因肝脏断面创面大,更容易发生出血。因此,护士应密切观察患者的生命体征、中心静脉压、腹部情况及腹腔引流管的情况。如患者出现脉搏增快、血压下降、中心静脉压低、腹腔引流管引出鲜红的血性液体,引流液>100 mL/h,持续3 h以上,考虑腹腔内有活动性出血的可能。及时汇报医生,遵医嘱使用止血药物,输血或血浆补充血容量,加快输液速度,一旦确诊为腹腔大出血,立即做好术前准备,积极行手术止血。本组病例无一例患者发生出血。

2.2 胆瘘 肝移植术后早期发生胆瘘主要由吻合技术、感染及供肝迷走胆管胆汁渗漏所致,其次是胆道缺血坏死。减少胆瘘的发生和早期发现胆瘘将会明显改

善患者的预后。因此,在临床护理过程中,保持各引流管的通畅,严密观察引流液的性质、颜色及量的变化。腹腔引流液的颜色由淡红或淡黄色变为黄褐色或草绿色,患者进食后引流量增加,且伴有腹膜刺激征及发热,引流液的胆红素与血清胆红素含量相近,应考虑有胆瘘发生的可能。此时,应固定好引流管,保持腹腔管通畅,同时注意观察患者的腹部症状及体征。如果全腹有明显的压痛和反跳痛等腹膜炎体征,及时报告医生进行处理。配合医生做好术前准备,及时行剖腹探查。本组 6 例肝移植手术患者,经严密观察、认真做好腹腔引流管的护理,发现 1 例患者在术后第 5 天起腹腔引流液明显增多,颜色为棕黄色,引流量 500 ~ 600 mL/d, B 超检查提示胆瘘,经医生在手术室进行胆肠吻合术后,患者痊愈出院。

2.3 感染 感染是肝移植术后死亡的主要原因。导致感染的最主要原因在于各种导管、引流管及各种侵入性操作,另外由于手术术野暴露时间长,手术创伤大,异体肝脏的植入,术后常规大量免疫抑制剂及抗生素的应用,可降低患者的抵抗力,极易发生感染及菌群失调^[3]。肝移植术后肺部并发症的发生率达 60% 以上。因此,呼吸系统的监测和护理尤为重要。肝移植患者术后常规带气管插管回监护病房,并使用呼吸机辅助呼吸,也是导致肺部并发症的诱因,因此,在病情允许情况下应尽早撤除呼吸机及拔除气管插管,给予持续低流量鼻导管吸氧,并密切观察患者的呼吸频率、节律、深度、血氧饱和度等变化。拔管后立即用 5% 碳酸氢钠和生理盐水 250 mL 加制霉菌素片(研粉) 250 万 U 交替进行口腔护理,指导并协助患者进行有效的咳嗽、排痰,预防肺部感染的发生。其中 1 例患者术后第 2 天出现咳嗽,胸片可疑左侧肺部感染,治疗后复查排除。术后严密观察患者的体温、腹腔引流液的颜色、性质和量及伤口的情况以及血常规的变化。其中 1 例患者术后伤口感染,经加强抗感染、换药后好转于术后第 38 天进行二期缝合,且此例患者术后合并肝脏Ⅶ段、Ⅷ段部分坏死、右膈下积血,经穿刺引流后治愈出院。

2.4 排斥反应 排斥反应是器官移植术后主要并发症,一旦发生很难逆转。术后严密观察患者生命体征、意识和情绪变化;检验生化指标,胆红素和胆系酶是否增高;胆汁的观察,排斥反应的处理原则是早发现、早鉴别、早诊断、早用药。我科术后抗排斥治疗方案采用“他克莫司 + 吗替麦考酚酯 + 泼尼松”三联方案,免疫抑制剂他克莫司要求空腹准时给药,服药前后禁食水各 1 h,做到剂量准确。定期监测他克莫司和吗替麦考酚酯血药浓度,采集血液标本安排在服药前 30 min,采血后方可服药,以免影响检验效果。根据血药浓度随时调整给药剂量,防止发生排斥反应。本组病例无排斥反应发生。

2.5 腹胀 肝移植手术时间较长,手术创伤较大,加之术中无肝期造成肠壁水肿,新肝期的大量液体复苏治疗,容易造成腹腔内脏器水肿,而麻醉药物的使用及术后卧床等因素,使胃肠功能恢复延缓,胃肠蠕动减慢,胃肠胀气而引起腹胀。腹胀虽不是致命的并发症,但其并发的腹内高压可造成多脏器损害,最常见的是肾功能与呼吸功能^[4]。本组病例术后均有不同程度腹胀症状,采用生芒硝 500 g 装在自制的布袋中置于患者腹部外敷,外加腹带稍加固定,防止翻身活动时掉落,每 6 h 更换布袋中芒硝 1 次,并结合针灸及四磨汤口服等对症处理,直至患者腹胀缓解,自觉症状消失。

2.6 肝动脉血栓 肝移植术后肝动脉血栓形成是最严重的血管并发症。主要表现为肝区疼痛、高热、肝功能异常。术后常规给予低分子肝素钙 4 100 IU/支在肚脐周围旁开 2 横指处进行皮下注射,每 12 h 1 次。术后 1 周内协助医生每天定时进行肝血管彩超检查。本组病例有 1 例患者在术后第 7 天 B 超检查发现肝动脉无血供,考虑肝动脉血栓形成,经介入溶栓治疗后无明显好转,在手术室进行取栓治疗后治愈出院。

3 讨论

肝移植作为终末期肝病患者的理想治疗选择已为广大学者所认可。肝脏为移植免疫特惠器官,无需复杂配型。血型相符或相容即可,甚至血型不符的成功肝移植亦有报道^[5]。DCD 供体作为移植器官的主要来源,尽管其肝移植效果不如脑死亡供体,但也有报道^[6]称与脑死亡供者移植效果接近。目前,我国的 DCD 供肝移植基本属于荷兰马斯特里赫特分类的第三型,即可控制的心脏死亡供者。从我院情况来看,DCD 肝移植近期疗效尚可。

DCD 移植往往是在急诊状态下进行。无法保证所有受体均为住院患者。在热缺血时间无法缩短的条件下,尽量缩短冷缺血时间显得尤为重要。我院的经验是科室建立专职受体登记管理制度:负责发现潜在受体、提前让受体知情同意、详细登记受体信息、定期联系并随时更改。保证受体在 3 ~ 4 h 内入院并完成术前准备。

总之,DCD 供肝移植为广大终末期肝病患者带来了希望。但 DCD 供肝移植在我国尚属新兴事物,除手术医生的密切配合及精细操作外,离不开护理人员对患者生命体征、腹部情况的监测。同时定期监测肝功能及胆红素和胆系酶。认真做好 DCD 移植患者腹腔引流管的护理,预防并发症的发生,是保证 DCD 供肝移植手术成功的重要组成部分。

参考文献

- [1] NIO M, OHI R, MIYANO T, et al. Five - and 10 - year survival rates after surgery for biliary atresia: a report from the Japanese Biliary Atresia Registry[J]. J Pediatr Surg, 2003, 38(7): 997 - 1000.

- [2] RIDLEY S, BONNER S, BRAY K, et al. UK guidance for non-heart-beating donation[J]. Br J Anaesth, 2005, 95(5): 592-595.
- [3] 常亮, 亢观芳. 1 例肝移植术后并发症排斥反应的临床观察[J]. 护理研究, 2003, 17(2B): 246.
- [4] 舒明, 彭承宏, 陈皓, 等. 肝移植术后腹内压监测的临床意义[J]. 中国实用外科杂志, 2005, 25(6): 353-356.
- [5] 伍学艳, 张培建. 肝移植中肠道屏障功能保护的研究进展

- [J]. 中国普通外科杂志, 2010, 19(7): 813-816.
- [6] REICH D J, MUNOZ S J, ROTHSTEIN K D, et al. Controlled non-heart-beating donor liver transplantation: a successful single center experience, with topic update [J]. Transplantation, 2000, 70(8): 1159-1166.

(收稿日期: 2012-08-07 编辑: 罗劲娜)

自然五胎妊娠的妊娠护理和监护

胡海滨, 邹文霞, 梁燕霞, 何茹碧

广东省妇幼保健院产科产前期(广州 510010)

【摘要】 目的 探讨多胎妊娠的孕期管理和监护的措施。**方法** 对 1 例自然妊娠五胞胎的孕妇实施责任制整体护理, 制定包括基础护理、专科护理、心理护理及监护观察多方位的个性化护理方案。**结果** 该例孕妇自身无出现严重并发症, 达到 28⁺ 周因早产临产剖宫产术娩出 5 个活婴。**结论** 加强对多胎妊娠进行有效的护理干预和密切监护, 积极预防和治疗并发症, 对延长孕周和降低孕妇风险及改善围产儿预后具有重要意义。

【关键词】 多胎妊娠; 护理; 监护

三胎以上的多胎妊娠早产发生率达到 100%, 孕期并发症发生率及围生儿死亡率高, 采取有效的治疗护理措施和密切监护观察, 能够有减少低多胎妊娠并发症的发生, 改善妊娠结局。现对我病区收治的 1 例自然五胎妊娠实施的护理方案和监护观察措施报告如下。

1 临床资料

孕妇, 女, 年龄 23 岁, 因停经 21⁺ 周发现五胎妊娠, 要求入院监护于 2011 年 6 月 30 日入住我病区。孕妇入院生命体征稳定, 无腹痛、无阴道流血, 5 个胎儿胎心正常。入院后给予产前常规护理和监护, B 超动态观察宫颈管情况。孕 25⁺ 周始, 孕妇出现明显腹胀, B 超: 宫颈内口呈漏斗状扩张, 功能性宫颈管: 13 mm, 予利托君注射液静脉滴注抑制宫缩, 地塞米松肌肉注射促胎肺成熟, 予持续心电监护及胎监间断监测宫缩情况。孕 27⁺ 周, 孕妇出现不规则宫缩, 加用醋酸阿托西班注射液静脉滴注抑制宫缩; 2011 年 8 月 18 日, 在孕 28⁺ 周, 孕妇凌晨 1:30 出现胸闷、呼吸困难, 伴轻咳、无痰, 予停滴利托君注射液、醋酸阿托西班注射液, 测脉搏 108 次/min, 呼吸 38 次/min, 给予面罩吸氧、抬高床头, 急查心电图、心肌酶无异常, 内科会诊诊断: 气道高反应, 通过减少孕妇体位变化, 指导呼吸调整后, 症状减轻, 继续使用醋酸阿托西班注射液静脉滴注抑制宫缩。上午 6:30 宫口开 2⁺ cm, 做好术前准备, 送行剖宫产取出 5 个活婴, Apgar 评分: 7-9, 7-9, 9-9, 9-9, 9-10, 5 个活婴的出生体重: 0.83、0.94、0.72、0.80、0.90 kg。

2 护理方法

2.1 制定护理计划 根据孕妇不同时期的状态制定

在心理、饮食、休息、运动等多方位的护理计划, 并由 1 名高年资护士专门负责和评估; 同时将经验丰富的护士组成护理小组对其进行专科的护理和监护观察。

2.2 心理护理 保持与孕妇轻松的沟通状态, 随时了解其心理变化, 告知不良情绪导致的后果, 发现孕妇出现负面情绪时, 应根据其诱因进行心理疏导和协助解决。整个妊娠期对孕妇进行有效的心理干预, 解除焦虑、恐惧、紧张等负面情绪, 对有效防范减少多胎妊娠孕妇出现早产、妊娠期高血压等起着重要作用。

2.3 基础护理

2.3.1 合理饮食 指导孕妇少量多餐, 保持均衡饮食的习惯, 给予高蛋白、高维生素、富含铁、钙和其他微量元素的食物, 每 2 周请营养师指导根据孕妇的饮食喜好制定饮食方案, 保证每天都有主食、蔬菜、肉蛋类、豆制品及水果合理搭配, 每日饮食中蛋白质、碳水化合物、脂肪的比例各占 40%、30%、30% 较为适宜^[1]。指导其尽早补充铁质、叶酸、多种维生素, 可适当进食适量的动物肝脏纠正贫血状态。

2.3.2 舒适体位 指导孕妇卧床休息尽量避免平卧位, 以减少胀大的子宫压迫下腔静脉, 宜采取侧卧位, 以减轻心肺负担, 改善循环、呼吸等。协助孕妇抬高上身 15~30° 及用 1~2 个枕头垫高双下肢促进回心血量及减少下肢水肿, 每 2~4 h 协助孕妇翻身 1 次并在腰背部、双膝之间、腹部放置枕头或抱枕, 增加体位舒适感。

2.3.3 肢体锻炼 协助指导孕妇进行上肢、下肢、足部屈伸运动 3 次/d 20 min/次, 促进四肢血液循环及保持肌肉功能性锻炼。对孕妇背部、四肢进行轻柔按摩增加其舒适感及促进血液循环, 每天 3 次, 每次 10 min。

2.3.4 保持大便通畅 指导孕妇多进食富含高纤维食物, 如麦片、水果、蔬菜。少量多次饮水, 尽量保持每