

# 心脏死亡供体(DCD)肝移植手术患者术后“T”管的留置与护理

曹 芳 卢彦芳

**摘要** 目的 提高心脏死亡供体(DCD)肝移植手术患者术后“T”管的护理效果,减少胆道并发症的发生。方法 对10例DCD肝移植手术患者术后“T”管的留置及护理方法进行回顾性分析。结果 术后3个月先行“T”管造影检查后拔除“T”管,10例患者均未发生严重的胆道并发症。结论 通过留置“T”管,并进行良好的“T”管护理,有效地避免及减少了胆道并发症的发生。

**关键词** 心脏死亡供体;原位肝移植;“T”管;护理

中图分类号 R473.6 文献标识码 B 文章编号 1006-6411(2014)11-0053-02

随着器官移植技术的不断进步和免疫抑制剂的发展,肝脏移植已成为治疗终末期肝病的唯一的有效手段,也越来越多地得到应用。据统计,对于良性终末期肝病患者的术后1年生存率达90%以上,5年生存率已达80%<sup>[1]</sup>。世界范围内,肝脏供体短缺成为了限制肝移植发展的第一因素。在国内,尸体来源的供肝短缺严重影响了我国肝移植的临床应用,为摆脱这一困境,国家卫计委推广了心脏死亡供体(Donor after Cardiac Death, DCD)器官捐献工作。至2013年6月,本院共完成了10例DCD供体肝移植。肝移植术后,胆道并发症(Biliary Complications, BC)仍是肝移植术后主要的并发症,其发病率高达11%~38%,术后与其相关的病死率高达6.0%~12.5%<sup>[2-3]</sup>。目前大多数移植中心采用留置“T”管等方法减少胆道并发症。肝移植手术胆道重建留置“T”管能显著降低胆管内压力,从而能更好地引流胆汁。同时,“T”管能保护胆管吻合口,对胆管形成支撑,有效降低手术早期发生胆道狭窄并发症的发生率。肝移植术后早期,留置“T”管患者能早期进行胆道造影,如出现胆道狭窄等并发症可更方便地进行介入治疗<sup>[4-5]</sup>。DCD供体肝移植患者手术胆道重建后,“T”管的留置有着更重要的意义。DCD肝脏供体较传统的尸体来源的肝脏供体有着更长的热缺血时间,因而术后出现胆道并发症的可能性更大。胆管愈合能力较差,“T”管的留置可保护胆管吻合口,如出现胆道狭窄等并发症,能更早进行介入治疗。同时“T”管留置方便进行胆汁颜色及量的观察,能更早地辨别胆道感染及缺血再灌注损伤及排斥反应引起的肝功能异常。在本院已完成DCD供体肝移植的患者中,笔者通过留置“T”管,同时加强术后的“T”管护理,有效地避免和减少了移植术后胆道并发症的发生。现将具体护理体会情况总结报告如下。

## 1 临床资料

本院于2012年1月~2013年6月共完成DCD供体肝移植10例,其中男性患者8例,女性患者2例,年龄34~63岁,轻重乙肝后肝硬化6例、原发性肝癌3例、原发性胆汁性肝硬化1例,所有病例诊断均经病理证实。所有病例均采用经典式原位肝移植手术方式,胆道重建均采用供、受体胆总管端-端吻合术,常规放置“T”管行外引流,术后统一采用激素+FK506+骁悉三联免疫抑制疗法,术后定期监测FK-506血药浓度。使用第3代头孢菌素预防性抗炎治疗,术后7d时体温、血象正常后停止使用抗生素。所有病例均不常规使用抗真菌药物。乙型肝炎患者术后使用恩替卡韦+乙肝免疫球蛋白抗乙肝病毒治疗。

工作单位 410011 长沙 中南大学湘雅二医院普外器官移植科  
曹芳,女,本科,护师  
收稿日期 2013-12-06

术后患者胃肠功能恢复后尽早恢复进食,早期下床活动。术后3个月先行“T”管造影检查后拔除“T”管,10例患者均未发生严重的胆道并发症。

## 2 护理措施

2.1 心理护理 传统观念认为,肝移植手术胆管重建中“T”管的留置会延长患者术后住院时间、增加住院费用、给患者移植术后的生活造成许多不便,因而许多肝移植患者在心理上很难接受留置的“T”管。在术后的早期护理过程中,应向患者及其亲属详细解释“T”管留置的作用及其重要性,使患者在心理上能够接受留置的“T”管,从而更好地配合术后的进一步治疗。同时应加强对“T”管的保护,避免患者术后早期因躁动不安等因素造成“T”管滑脱<sup>[6]</sup>。

2.2 “T”管的固定 “T”管的固定在肝移植胆道重建留置“T”管的患者护理中至关重要。如果“T”管固定不当,术后早期“T”管滑脱可造成胆漏、感染等严重并发症,须再次手术放置。除手术中用缝线与皮肤双重固定外,还将“T”管环绕用留置针贴膜固定于于腹壁,保持“T”管通畅,防止患者因活动或更换引流袋而牵拉“T”管。

2.3 “T”管周围皮肤护理 部分患者术后会出现胆汁沿“T”管少量外渗或“T”管周围皮肤感染,要做好皮肤护理,及时换药,保持皮肤清洁,必要时使用氧化锌软膏涂抹周围皮肤,以减轻胆汁对皮肤刺激。

2.4 密切观察胆汁的量及性质 DCD供体肝移植术后早期,随着肝功能的逐渐恢复,胆汁分泌量逐渐增加,质地由稀变稠,但“T”管的胆汁引流量与肝功能恢复不一定成正比,其引流量受“T”管径及十二指肠乳头功能的影响。同时要注意胆汁的性状,因大部分DCD供体肝脏质量较尸体来源供体稍差,热缺血时间相对较长,术后早期肝功能恢复较慢,胆汁不仅量少,颜色也稍淡。术后48小时后,肝脏各项功能都基本恢复,如果引流量少,但质地黄稠澄清,全身情况可,肝功能损害程度无加重,考虑胆汁经肠道途径排泄。如果引流量减少,全身情况差,同时伴有腹胀、肝功能检查损害加重,要注意有无胆道梗阻,首先要排除“T”管扭曲打折、受压等机械因素。如果引流液由稠变稀,由黄变绿,同时伴畏寒、发热、乏力、总胆红素上升,要考虑有无排斥反应的发生<sup>[7]</sup>。

2.5 夹管护理 DCD供体肝移植因供体肝脏热缺血时间长、缺血再灌注损伤严重,胆道愈合能力较差。本院已行的10例DCD供体肝移植患者均术后4周开始间歇性夹管,如无腹胀、腹痛等症状,再逐渐延长夹管时间至完全夹管。术后长期“T”管外引流,尤其是在胆汁引流量多时,易致水电解紊乱、食欲减退、消化不良等现象,应密切注意患者水电解质情况,及时补充足够的电解质。夹管过程中如果出现腹胀、恶心、畏寒发热等胆管炎症状,应及时开放“T”管引流管,并密切注意观察胆汁的量和性状。肝移植术后3个

## 护理干预对心脏性猝死高危患者家属急救能力的影响

夏艳琼

**摘要** 目的 探讨护理干预对心脏性猝死(SCD)高危患者家属急救能力的影响。方法 本研究于2010年2月~2012年12月对收治的心脏性猝死高危患者的家属采取包括健康教育、心肺复苏培训及心理干预在内的护理干预措施,并与未行护理干预的对照组进行对比研究。观察比较两组患者家属相关知识及急救技能(SCD的诱因、SCD防范措施、心脏骤停先兆、紧急求救的方法、心肺复苏相关知识、现场心肺复苏技术、药物自救知识等相关知识)的掌握情况。结果 研究组家属对SCD的诱因、SCD防范措施、心脏骤停先兆、紧急求救的方法、心肺复苏相关知识、现场心肺复苏技术、药物自救知识等相关知识及急救技能的掌握情况明显优于对照组家属,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 健康教育、心肺复苏培训及心理干预等可以有效提高心脏性猝死高危患者家属对心脏性猝死相关知识的认知水平,并提高家属的现场急救能力,是一项行之有效的方法。

**关键词** 护理干预;心脏性猝死;高危;家属;急救

中图分类号 R472.2 文献标识码 B 文章编号 1006-6411(2014)11-0054-02

心脏性猝死(Sudden Cardiac Death, SCD)系指由于各种心脏原因所致的突然死亡。据报道,中国每年心脏性猝死患者总数达到54.4万人,其发生率为41.84/10万人,已经成为威胁我国人民生命的一个重要疾病之一。近年来,随着社会的发展,各种意外事件的发生明显增加,急诊患者近年来也随之呈现逐渐上升的趋势。在心脏性猝死发病到急救过程中,家属一般是第一目击者,所以其对心脏性猝死的认识水平及现场急救能力直接影响心脏性猝死患者的急救效果及预后<sup>[1]</sup>。本研究于2010年2月~2012年12月对收治的心脏性猝死高危患者的家属采取包括健康教育、心肺复苏培训及心理干预在内的护理干预措施,并与未行护理干预的对照组进行对比研究,取得了良好的临床效果,现将具体情况报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2010年2月~2012年12月在本院门诊急接受诊断与治疗的心脏性疾病患者120例,入选的患者均收住急诊观察室留观1~2周,留在医院陪护患者的家属150例,留在医院陪护

患者的同一位家属中男性58例,女性92例,年龄25~65岁,平均年龄 $(37.95\pm 10.68)$ 岁,按照随机数字表发将150例陪护家属随机分为研究组和对照组,每组各75例,两组陪护家属在年龄、性别、文化程度及社会职业等一般资料方面比较均无明显差异,具有可比性( $P>0.05$ )。

1.2 方法 本研究对照组只对患者进行常规治疗护理,而对家属不进行护理干预。而研究组对患者进行常规治疗护理的同时,针对患者的疾病特点,由5名具有多年急救经验和丰富急救知识的医护人员组成的干预团队对患者的陪护家属采取相应的护理干预措施。具体干预内容包括健康教育和心理干预,具体干预措施如下: (1)健康教育:向患者家属介绍SCD的诱因、先兆症状及预防,每次先观察心肺复苏教学视频,讲解心肺复苏的知识及技术<sup>[2]</sup>; (2)心肺复苏培训:指导家属在心肺复苏模拟人上进行训练,直到熟练掌握相关技巧。患者离科前1 d对其家属进行相关知识及急救技能测评<sup>[3]</sup>; (3)心理干预:心脏性猝死高危急诊患者家属的心理需求高于一般急诊患者家属,女性家属患者心理需求显著高于男性患者,因而其家属常出现惊恐万分、不知所措,因此医护人员在进行抢救工作时,一方面要进行熟练的、有条不紊的抢救工作<sup>[4]</sup>;另一方面开展专题讲座培训、发送健康教育手册、个别交谈、医务人员操作演示加强对家属的相关知识教育等,安慰患者家属,减

工作单位 410013 长沙 中南大学湘雅三医院

夏艳琼(女,本科) 护士

收稿日期 2013-12-27

月如果全身一般情况良好,先行行胆道造影,如胆道通畅无狭窄、窦道行程完整,可考虑拔除“T”管<sup>[5]</sup>。较之于普通肝移植患者,DCD供体肝移植患者“T”管夹管时间迟,“T”管留置时间长,拔管时间晚。

### 3 小结

胆道并发症是目前DCD供体肝移植术后最常见并发症,通过对本院已行的10例DCD供体肝移植手术患者“T”管的留置及护理工作的总结证实,DCD供体肝移植胆道重建后留置“T”管并做好“T”管护理,注意观察胆汁的量及性状,能有效降低胆道并发症的发生。

### 参 考 文 献

- Alqahtani SA. Update in liver transplantation[J]. Discov Med. 2012;14(75):133-141.
- Tanaka K, Yol S. Incidence and management of biliary strictures in living-related donor graft [J]. Pediatr Transplant. 2002;6(1):452-455.

- Patkowski W, Nyczowski P, Zieniewicz K, et al. Biliary tract complications following liver transplantation [J]. Transplant Proc. 2003;35(1):2316-2317.
- Sotiropoulos C, Sgourakis G. Orthotopic liver transplantation: T-tube or not T-tube? Systematic review and meta-analysis of results [J]. Transplantation. 2009;87(11):1672-1680.
- 唐彬,王宇,周杰,等.肝移植术后胆道并发症的危险因素分析[J]. 中国普通外科杂志. 2011;20(1):1-5.
- 王晓燕. 原位肝移植术后胆管并发症的护理[J]. 中国伤残医学. 2013;21(5):299-300.
- 揭彬. 肝移植术后早期急性排斥反应的护理[J]. 解放军护理杂志. 2004;21(1):60-61.
- 贾晓,杜联芳. 肝移植术后胆管并发症的影像学诊断[J]. 中华医学超声杂志. 2011;8(3):612-615.

(本文编辑:张和群 阮 叶)