

目前亟待解决的问题。

通过临床护理观察,瓣膜置换术后病人的抗凝至关重要。抗凝治疗后出血和栓塞是瓣膜替换术后常见危及生命的并发症。因此,正确掌握术后抗凝治疗的观察与护理是提高瓣膜替换术后生存率的重要环节。让病人正确认识抗凝治疗的重要性,嘱病人按时、准确服用抗凝药物,定时查凝血酶原时间,确保抗凝的作用不会过高或不足。

参考文献:

- [1] 刘建伟,熊波. 髌骨骨折的手术治疗[J]. 中国矫形外科杂志, 2008, 16(6):442-449.
- [2] Marti G, Schwarz C, Leichtle A B, et al. Etiology and symptoms of severe hypokalemia in emergency department patients[J]. Eur J Emerg Med, 2014, 21(1):46-51.
- [3] 卢小燕,刘艳凤,江少兴,等. 强化护理干预措施在骨折合并糖尿病患者围手术期中的应用研究[J]. 护理研究, 2014, 21(3A):935-

936.

- [4] 陈燕群,卢丽琼,李志娣,等. 生命力护理干预对2型糖尿病患者自我管理能力的影[ J ]. 护理实践与研究, 2013, 10(2A):6-7.
- [5] 茅彩虹. 35例老年股骨颈骨折合并糖尿病病人行人工髋关节置换术的护理[J]. 全科护理, 2012, 10(3A):622-623.
- [6] 李翠娥,柯娟,汤利红,等. 手术病人便秘的预防及护理进展[J]. 护士进修杂志, 2008, 23(8):732-733.
- [7] 马天蓉,刘燕,张勤. 一次性吸痰管在老年便秘患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(10):102.
- [8] 彭丽娟. 心血管病介入术后便秘的影响因素与护理干预[J]. 全科护理, 2011, 8(9A):2275-2276.
- [9] 刘美莲,要师. 心脏瓣膜置换后抗凝治疗的护理[J]. 包头医学, 2013, 37(4):196;221.
- [10] 段宝凤,车美华,罗开元,等.<sup>125</sup>I 粒子组织间放射治疗恶性肿瘤患者的心理护理研究[J]. 国际护理学杂志, 2007, 26(1):67-70.
- [11] 陶国枢. 老年人与合理用药[J]. 药物与人, 2002, 15(1):39.

(收稿日期:2015-12-25)

(本文编辑 王钊林)

# 1 例心脏死亡器官捐献供体肾移植术后并发移植肾功能延迟恢复的护理

余佳菊

关键词:肾移植;心脏死亡器官捐献;移植肾功能延迟恢复;护理

中图分类号:R473.6 文献标识码:C doi:10.3969/j.issn.1674-4748.2016.07.049 文章编号:1674-4748(2016)07-0752-02

近年来肾移植已成为尿毒症和慢性肾脏疾病末期挽救生命和延迟生命的成熟治疗手段,但目前肾源极度短缺,严重影响了肾移植术广泛的临床应用。近几年在国内推行的心脏死亡器官捐献(donation after cardiac death, DCD)和脑死亡器官捐献(donation after brain death, DBD)是中国移植器官捐献的发展方向<sup>[1]</sup>。移植肾功能延迟恢复(DGF)是早期常见的并发症,主要表现为突然少尿、无尿或多尿,血肌酐等指标上升等,由于DCD病人的供体大部分来源于长期卧床、消耗、营养不良或大量应用药物等因素影响的病人,导致供体肾功能或多或少的损伤,从而影响受体移植后肾功能,导致DCD供体肾移植术后并发移植肾功能延迟恢复发生率增加20%~50%<sup>[2]</sup>。2014年11月22日我院重症监护室(ICU)收了1例DCD肾移植术后并发移植肾功能延迟恢复的病人,针对个体化给以相应的临床干预和护理,取得了满意的效果,病人于11月26日转入普通病房继续治疗。现将护理总结如下。

## 1 病例介绍

病人,男,46岁,因发现肾功能损伤(血肌酐500 μmol/L左右)1年半,并行血液透析1年余,求肾移植治疗,于2014年11月11日步行入我院移植科,病人意识清楚,体温36.8℃,心率94/min,呼吸

19/min,血压154/90 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),辅助检查:血肌酐1117 μmol/L, B超提示肾脏呈慢性肾脏病改变,病人3年前因头晕查CT示脑梗,未予以处理,发现乙型肝炎病史数十年,未服用抗病毒药物。入院后诊断为:慢性肾脏病5期、乙型肝炎表面抗原携带。于当天21:45在全身麻醉下行同种异体肾移植术,术后给予免疫抑制剂、抗感染、抑酸、利尿、改善微循环、补充白蛋白等治疗,11月12日病人意识清楚,血肌酐1160 μmol/L,钾离子6.4 mmol/L, 24 h尿量630 mL。11月13日病人血肌酐1179 μmol/L,钾离子6.5 mmol/L,尿素氮38 mmol/L, 24 h尿量1425 mL。11月14日病人血肌酐1115 μmol/L,钾离子5.0 mmol/L, 24 h尿量1345 mL,考虑为移植肾功能延迟恢复。11月17日病人突发呼吸困难、胸闷、血压升高,血肌酐1173 μmol/L,钾离子7.2 mmol/L,给予1次无肝素透析治疗。11月21日病人出现乏力、烦躁等症状,病人血肌酐1115 μmol/L,钾离子5.5 mmol/L, 24 h尿量710 mL。11月22日转入ICU,护理查体:病人意识清楚,双侧瞳孔等大等圆,直径约3.0 mm,对光反射灵敏,体温37.8℃,心率104/min,呼吸35次/min,血压143/76 mmHg,血氧饱和度(SpO<sub>2</sub>)98%,呼吸急促,双肺呼吸音清未闻及明显干湿啰音,腹肌软,移植肾内侧稍隆起,肠鸣音弱,每分钟1次~3次,双下肢无肌痉挛,生理反射存在,病理反射未引出,双下肢中度凹陷性水肿,白蛋白31.4 g,左手下臂有动静脉瘘。入科后给予心电监护、抗排斥、免疫抑制剂、

抑酸、抗感染、补充维生素、维持电解质、肠内营养等治疗。并予当晚给予了持续性静脉-静脉血液滤过(CVVH)治疗 1 次,之后 11 月 23 日病人血肌酐  $680 \mu\text{mol/L}$ ,钾离子  $4.8 \text{ mmol/L}$ ,11 月 26 日病人血肌酐  $423 \mu\text{mol/L}$ ,钾离子  $3.8 \text{ mmol/L}$ ,24 h 尿量  $2\,700 \text{ mL}$ ,病人病情平稳转普通病房继续治疗。

## 2 护理

2.1 维持水、电解质酸碱平衡 准确记录病人 24 h 出入量和尿量,每日收集血、尿标本及时送检,以了解肾功能恢复情况,监测有无水电解质紊乱,根据结果调整输入电解质和比例并调整补液速度、量和比例<sup>[3]</sup>。如果病人尿量骤减至原来的  $1/3$  时或无尿、少尿等现象应警惕并告知医生,要严格控制病人的输液量,防止入量过多而加重心脏负担导致右心衰竭,必要时给予连续性肾脏替代治疗(CRRT)或血透治疗。病人 11 月 24 日血肌酐  $512 \mu\text{mol/L}$ ,钾离子  $6.4 \text{ mmol/L}$ ,24 h 尿量  $630 \text{ mL}$ ,遵医嘱给予葡萄糖+胰岛素转钾、利尿、纠酸、补钙等对症处理,11 月 25 日病人血钾离子  $5.0 \text{ mmol/L}$ 。

### 2.2 CRRT 的护理

2.2.1 严格无菌操作 做好消毒,上机时保证管道的一次性和无菌,上机后保证管路连接无菌,更换置换液时用  $0.5\%$  碘伏消毒接口,及时观察穿刺点敷料情况,有渗血或渗液时要及时更换敷料。

2.2.2 保持血液管路的通畅 CRRT 运行过程中定时观察管路情况,防止打折、弯曲,影响血流速度,必要时可使用约束带防止病人意外拔管,由于病人使用无肝素血滤,严密监测 CRRT 各管路的压力值,及时使用生理盐水冲管并做好记录,结束后用  $0.9\%$  氯化钠  $3 \text{ mL}$ +肝素钠  $12\,500 \text{ U}$  根据动静脉管腔容积封管。病人使用 CRRT 70 h,机器运行正常,未出现任何堵管。

2.3 预防感染的护理 病人入科后给予单间病房,专人护理,并做好消毒隔离工作,防止交叉感染;护士做各项操作时应严格遵守无菌操作原则;做好基础护理,如口腔护理每天 3 次,尿道口护理每天 2 次等。本例病人在监护期间未发生任何感染现象。

2.4 免疫抑制剂的护理 遵医嘱按时按量服用免疫抑制剂,定时监测免疫抑制剂的血液浓度,用量过小、免疫抑制浓度不足会诱发排斥反应;用量过大,会导致肝肾毒性及其他副反应。所以护士需要了解药物特点、作用及服用方法并告知病人及病人家属,使病人出院后也能正确的使用免疫抑制剂,病人在 ICU 血液浓度在正常范围内。

2.5 每日检查病人移植肾 观察病人有无肿胀、质地变硬、压痛等现象,及观察有无在肾功能延迟恢复的基础上发生急性排斥反应。病人在 ICU 期间未发生排斥反应。

2.6 严密监测生命体征 由于本例病人术后血压偏高( $200/110 \text{ mmHg}$ ),重点做好血液监测,我们给予了硝酸

甘油的使用,密切观察病人的血压变化,及时调整用药速度,防止血压过低影响肾的血灌注不足,血压过高引起出血等并发症,同时使用激素类抗排斥药物也会引起血压的变化,所以在降压过程中要密切观察病人血压的变化。病人血压维持在 $(140\sim 160)/(80\sim 95) \text{ mmHg}$ 。

2.7 心理护理 病人转入 ICU 后,由于担心手术是否成功、经济费用,同时面对陌生环境和无家属陪护时,出现焦虑、恐惧、烦躁等一系列情绪激动反应,责任护士立即主动与病人交流,介绍 ICU 的环境,告知其入住 ICU 的必要性和保护性隔离治疗的目的,并告知病人手术很成功,肾功能延迟恢复通过对症治疗,在一定时间内可以恢复正常,及时缓解了病人心理的不安和恐惧。护士主动与病人及家属交流,告知病人手术成功,肾功能延迟恢复可通过对症治疗,在一定时间内可以恢复正常,缓解病人心理的不安和恐惧。11 月 23 日病人能配合治疗,11 月 24 日病人情绪有所好转并积极配合治疗。

2.8 营养与活动 病人入 ICU 时四肢中度水肿,白蛋白  $31.4 \text{ g}$ ,遵医嘱给予病人肠内营养和肠外营养支持治疗,予病人卧于气垫床,给予翻身垫的使用;与医生、家属共同讨论、计划病人饮食配方,同时了解病人饮食爱好,增进病人食欲;肾功能恢复后饮食上要给予高能量,富含多种维生素,以免病人营养欠佳而发生低蛋白血症<sup>[4]</sup>。观察病人全身水肿消退情况,有无腹泻;监测病人白蛋白情况,必要时给予白蛋白的使用;协助病人在床上翻身、咳嗽,做好功能锻炼,11 月 25 日病人白蛋白正常,四肢活动良好,未出现肌肉萎缩现象。

## 3 小结

由于 DCD 供体肾移植术引起移植肾功能延迟恢复比较多见,易导致病人心力衰竭、电解质紊乱等并发症,影响病人的预后,故对护理的要求格外严格,所以加强术后的监测和护理是减少 DCD 肾移植后并发症的重要条件,术后对病人进行生命体征监护、观察尿量、静脉补液、保持水电解质平衡、药物正确使用和定期复查、预防并发症、进行康复指导是 DCD 肾移植术后成功的重要保证<sup>[5]</sup>。本例病人出现焦虑、恐惧、体液过多、水电解质平衡失调等护理问题,通过及时给予心理护理、监测生命体征、准确记录 24 h 出入量、CRRT 等治疗,病人病情平稳,移植肾功能恢复,结合病人家庭经济情况,病人于 11 月 26 日转至普通病房继续治疗。

### 参考文献:

- [1] 王锐,郭娅,牛丽红. 1 例心脏死亡供体肾移植术后移植肾功能延迟恢复的护理体会[J]. 医院与保健,2014,22(8):162-163.
- [2] 胡小艳,李彩虹. 移植肾功能延迟恢复的护理[J]. 内蒙古中医药,2012,31(20):122.
- [3] 陈庆丽. 肾移植术后早期维持水电解质平衡的护理体会[J]. 实用临床医药杂志(护理版),2009,5(8):46-47.
- [4] 李慧芸,陈锴,苏翠玲. 肾移植功能延迟恢复的临床观察及护理[J]. 全科护理,2011,10(9A):2784-2785.
- [5] 葛亚辉. DCD 器官捐献供者与尸体供者移植术后临床观察及护理方法探讨[J]. 中国保健营养,2013(10 下):5977.

(收稿日期:2015-11-25)

(本文编辑 王钊林)