

肝肾同期联合移植术围手术期护理

林乃芬 贺明惠 温秀芹 辛梅 王建芦 尹晓霞 (山东省立医院 山东 济南 250021)

摘要 目的:探讨肝肾同期联合移植术围手术期护理方法。方法:术前充分准备,改善患者一般状况,术后密切监测生命体征,加强基础护理和引流管的护理,控制感染,预防排斥反应发生,做好健康教育指导。结果:本例患者术后肾功能恢复良好,除胸腔积液外,未发生其他并发症。结论:加强围手术期护理,可有效提高手术成功率,防止移植术后感染及各种并发症的发生。

关键词 肝肾同期移植;围手术期;护理

Perioperative nursing of patients with simultaneous liver - kidney transplantation. Lin Naifen, He Minghui, Wen Xiuqin, et al. (Shandong Provincial Hospital, Jinan Shandong 250021, China)

Abstract Objective: To discuss the methods of perioperative nursing of patients with simultaneous liver - kidney transplantation. Methods: Comprehensive nursing care was applied such as full preoperative preparation, close monitoring of vital signs, strengthened basic nursing, drainage management and health education. Results: The liver and kidney function of patients recovered well. No complications occurred except pleural effusion. Conclusion: Strengthened perioperative nursing can effectively improve success rate of transplantation and prevent from postoperative infection and occurrence of complications.

Key words Simultaneous liver - kidney transplantation; Perioperative period; Nursing

中图分类号:R473.6 文献标识码:A 文章编号:1006-7256(2005)09-1184-02

2005 年 1 月 14 日,我院成功为 1 例多囊肝多囊肾患者实施肝肾同期联合移植术,经精心治疗与护理,患者恢复顺利。现将围手术期护理体会报告如下。

1 临床资料

患者女,51 岁,农民。多囊肝多囊肾 20 余年。10 年前出现晨起时双眼睑浮肿,午后消退。劳累后双足小腿浮肿,休息后减轻。3 年前出现腹胀不适,饭后加重。近 4 月腹胀加重,严重影响生活。查体见肝脏明显增大,剑下平脐。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 术前对患者及家属进行心理状态的评估,安慰鼓励患者,让其熟悉监护室环境,向其介绍医生、护士的技术水平以及精密的仪器设备,使他们手术的安全性和危险因素有充分的理解,使患者处于最佳心理状态。

2.1.2 患者准备 肝肾联合移植手术创伤大,术前必须做全面的检查。配合做各种特殊的检查和化验检查。术前鼓励患者进食高热量、高维生素、易消化的普通饮食及保肝治疗。术前 3d 进半流质饮食,术前 1d 进流质饮食。口服肠道抗生素,术前禁饮食,术前晚及术日晨清洁灌肠。

2.2 术后护理

2.2.1 一般护理 ①去枕平躺,头偏向一侧。呼吸机辅助呼吸,连接心电监护仪,接通各种引流管道,并保持通畅。检查全身皮肤及皮温情况。必要时给患者保暖。全麻清醒后枕一薄枕,19h 后脱离呼吸机改面罩吸氧 3L/min。取半卧位,每 2h 翻身拍背 1 次,动作轻柔,并鼓励咳嗽,行雾化吸入 1 次/d 给予 10d。持续胃肠减压,行口腔护理 2 次/d,46h 后停止胃肠减压,进流质饮食,给予 2.5% 碳酸氢钠液漱口 3 次/d,以保持口腔卫生。术后 10d 进半流质饮食。鼻孔温盐水清洗 2 次/d,会阴部碘伏擦洗 2 次/d。便后用消毒卫生纸

及新洁尔灭擦洗。加强基础护理,温水擦浴 1 次/d,准确记录 24h 出入量及各种检查记录。②患者因肝功能受损,易发生感染。限制进入病室的人员,工作人员穿隔离衣,戴口罩帽子,穿专用拖鞋或使用鞋套。患者的一切用物必须经消毒处理,各种治疗严格按照无菌操作进行。房间空气消毒 2 次/d,1h/次。地面用 1:500 84 消毒液拖擦 3 次/d。

2.2.2 密切监测生命体征及尿量变化 术后 48h 内重点观察生命体征、尿量及中心静脉压。每 10~15min 记录神志、生命体征及患者末梢循环情况。严密记录每小时尿量,使尿量保持在 1.5~2ml/(kg·h),同时每小时测中心静脉压(CVP),肺毛细血管楔压(PCWP),生化及电解质监测。及时吸除鼻腔及气管插管处的分泌物,以保持呼吸道通畅。根据血气分析调整呼吸机参数。严格控制补液量,补液量根据 CVP、PCWP、尿量、血压及各种引流量来调节。

2.2.3 引流管的护理 肝肾同期联合移植手术创伤大,历时较长,引流管多,加之应用抗凝药物,护士应密切观察各种引流管道和出血量。每班认真按时记录各引流管的引流量及每小时尿量^[1]。注意观察其性质、颜色以及引流管是否有松脱、扭曲。各引流袋更换,1 次/d,引流袋高度低于身体平面,防止逆行感染。患者术后第 2~5d 出现肉眼血尿,给予膀胱清洗。术后 7d 右侧刀口处出现少量淡红色渗血,穿刺针眼处有皮下紫斑,给予刀口处换药,拔针后延长按压时间。如出凝血时间异常,遵医嘱停用速碧林。定时用肝素钠稀释液冲洗桡动脉插管和漂浮导管,以防堵塞。对动静脉插管处的敷贴每日更换 1 次,穿刺处每日用 75% 酒精消毒。右肝上左肝上持续引流 10d,右肝下持续右侧腹膜后引流 13d 后拔管,尿管于术后 11d 拔除,未发生感染。

2.2.4 控制感染 ①合理使用抗生素。麻醉诱导期给特治星 4.5g 静脉推注,每 8h 1 次,10d 停药。②每日用 2.5% 碳酸

氢钠液漱口,3次/d,连用10d。加强营养,常规运用极化液,补充电解质、维生素、脂肪乳、氨基酸,给予白蛋白10~40g/d静脉推注,血浆200~600ml/d连用7d,7d后减至10g/d。③严格无菌操作及保护性隔离。保持皮肤清洁无压疮。

2.2.5 排斥反应的观察和护理 肝肾联合移植时,移植肝脏对肾脏有免疫保护作用,能减少移植肾的急性排斥反应发生率,延长移植肾的存活时间,使排斥反应较轻微^[2]。本例患者术中静脉推注大剂量甲基强的松龙,术后1d开始应用甲基强的松龙,逐日减半,根据病情适当调整。术后1d口服普乐可复3mg,2次/d,连服12d后减至2mg,用药6d减至2次/d,上午2mg,下午1mg,以便调整用药。服用免疫抑制剂前后1h严格禁食,少量限水,服药时用西柚汁送服,可提高该药的生物利用度。

2.3 健康教育 ①指导患者服用抗排斥反应药物,遵医嘱,定时定量。②养成良好的个人卫生习惯。术后忌烟酒及辛辣食物,禁食生冷食物,讲究个人卫生,不到人群较多的地

方。③出院后定期进行复查、随访。

3 讨论

多囊肝多囊肾终末期可行肝肾移植手术,但不同患者手术时机不同。此患者有肝移植指征,尽管肾功能尚在代偿范围内,但肝移植时需要较长时间阻断下腔静脉,肾静脉回流受影响,极有可能造成肾脏的进一步损伤,出现肾功能衰竭,故此患者可行同期肝肾联合移植术。手术前充分准备,术中仔细操作,术后精心治疗与护理,完善的康复指导等是手术成功的关键。

参考文献:

- [1] 孙秀芳. 同种异体肝移植手术的护理配合[J]. 齐鲁护理杂志, 2004, 10(12): 886-888.
- [2] 柳玉华, 郑彬艳, 陈红岩, 等. 肾移植手术后健康教育体会[J]. 齐鲁护理杂志, 2005, 11(3): 224.

收稿日期: 2005-06-10

· 个案护理 ·

胫骨骨折并全身软组织损伤及脑震荡 1 例 心理护理体会

蒋晓燕(山东省立医院 山东 济南 250021)

1 病历资料

患者女, 48岁, 因车祸昏迷1h后收入急诊科。查体: 患者左眼青紫, 眼眶肿胀; 两上肢外侧、身体及臀部左右侧均有大面积瘀血, 左侧小腿瘀血肿胀显著, 合并非开放性胫骨骨折。即行颅脑及左膝、踝关节和小腿的正侧位摄片, 诊断为“左下眼眶裂纹骨折, 胫骨中段骨折”, 其下2cm处有一“V”形裂纹骨折。立即对枕部血肿清创缝合, 行胫骨闭合复位, 非管形石膏固定后送入病房。给予抗生素、脱水利尿药静脉输入和镇静止痛等治疗。次日患者感到全身剧烈疼痛, 经吸氧后疼痛缓解, 出现排尿困难, 进行留置导尿, 术后第2d出现外伤后的应激反应, 表现为心血管、胃肠道反应。75d时膝关节已不能屈曲, 100d后拆除石膏, 踝关节不能活动、左下肢肌肉萎缩明显。

2 心理问题

2.1 恐惧 由于骨折部位尚未固定, 局部剧烈疼痛, 闭合复位时, 局麻效果差, 骨折处疼痛加剧。使患者内心处于极度恐惧状态。因害怕再次错位, 故不敢坐起排尿, 不习惯床上排尿, 且担心弄湿被褥, 给家人添加麻烦, 从而导致排尿困难, 甚至尿潴留。

2.2 焦虑 短时间内患者无法适应角色转变, 表现为焦虑不安, 心情恶劣, 极易激动, 有时向医护人员或家属发泄内心的怨恨, 严重时表现为人格改变^[1]。

3 护理

3.1 人文关怀, 减轻痛苦 积极给予对症处理, 在迅速接诊

的同时给予心理安慰, 以调整不良情绪, 并运用暗示、转移等相关理论进行指导。闭合复位是必须的治疗方法, 局麻效果不好, 剧痛难以避免, 可允许患者适当的感情宣泄。当然也应特别警惕外伤初期出现“情绪休克”而延误病情。教会患者及家属减轻疼痛的方法, 以和蔼可亲的态度对待患者, 并表现出治疗的信心, 取得患者的信任, 使其产生安全感, 避免因疼痛引起情绪波动。

3.2 及时解释, 消除恐惧 向患者讲解易导致骨折处移位的因素。在变换体位时如何防止错位, 鼓励患者用自己认为最舒服的姿势排便。灵活运用多种肢体语言技巧, 调整、稳定患者情绪, 消除恐惧心理, 促使患者早日康复^[2]。

3.3 调整心态, 积极配合 劝慰患者坦然接受现实, 以积极的心态配合治疗护理, 争取早日康复。病情好转后, 根据病情用康复训练、娱乐、写字、画画等多种方式互相交流, 另外积极做好患者家属的安慰工作, 使其积极配合治疗及护理, 以良好的精神状态面对患者, 以愉悦的心情感染患者, 促使患者早日康复。

参考文献:

- [1] 曹云美, 唐守真, 菅长娥. 96例老年股骨颈骨折患者心理分析及护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2003, 9(8): 628.
- [2] 杨庆秀, 陈德莲. 老年人四肢骨折患者86例的心理护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2004, 10(12): 948.

收稿日期: 2005-06-14