

# 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:本例患者术后肝肾功能恢复良好,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 Xiuyun 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,使他们对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,并鼓励咳痰,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 $1.5 \sim 2ml/(kg \cdot h)$ ,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CVR、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<sup>[1]</sup>。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4.5静脉推注,每8h1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<sup>[2]</sup>。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率。

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<sup>[1]</sup>。

## 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<sup>[2]</sup>。

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, 营长娥. 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