

而影响创面愈合,保持 $SPaO_2 >95\%$ 。预防感染,术后常规抗炎治疗,4~5 天内 $T < 37.5 \sim 38.5^\circ\text{C}$,一般为吸收热,不作特殊处理。 $T > 39^\circ\text{C}$,应考虑感染的可能。感染可增加组织的分解代谢,不利于术后恢复。治疗给予物理及药物降温,鼓励多饮水,并作进一步检查。

2.2.3 加强基础护理 术后病人常因出血较多,感口干不适,在禁食、胃肠减压期间,除常规口腔护理外,可适当给病人含漱温水,保持口腔湿润舒适。术后 6h 可根据病情给予半卧位,减轻切口张力和疼痛。定时翻身拍背,防止咳嗽较剧增加腹压。术后 3~4 天胃管拔除,肠功能恢复后,常给流质、半流质、软食直至普食,多为易消化营养丰富的食物,鼓励病人自己进食、下床,增加活动量和自理性。

2.2.4 心理护理 脾破裂病人术后情绪处于一种劫后余生、心有余悸的后怕阶段,常表现为不知所措,加上术后伤口及多根置管的不舒适,病人常对陪护的照顾强烈依赖,同时又产生不信任感,生怕照顾不周再次伤害自己。例如拒绝翻身不敢活动,这样就加重了因较长时间同一体位而致的不舒适;有的则担忧手术会影响日后的健康导致抵抗力下降而忧心烦躁;有的因来自家庭经济等方面的压力,面对每天的医疗费用迫使其时刻考虑到家庭因其所受

的影响,而拒绝必要的治疗和检查。护士在为病人提供治疗和护理时,借助多种健康教育方式让病人获取疾病及健康保健知识。通过自己的行为、良好的心理素质、丰富的临床经验、熟练的技术使病人产生安全感、信任感,增强自主性,满足病人的多种心理需求,帮助病人适应角色转变^[2]。

3 体会

通过对 11 例脾破裂病人的观察与护理,笔者意识到心理护理及相关疾病的健康教育知识的指导在病人角色转化过程中显示的重要性。它并不是一项单独的护理工作,而是须融汇于具体的护理操作和病情观察中。在实施的过程中,要针对病人的个体差异,因时、因地、因病人需要灵活给予护理,才能提高病人的自我护理知识和技能,增强病人对疾病治愈的信心,降低并发症,促进早日康复。

参考文献

- 1 魏丽,胡卓娅.住院病人的健康需求与健康教育.现代护理 2004,10(3):251.
- 2 李兰.护理健康教育的作用及影响因素.现代护理 2004,10(11):1056.

(责任编辑 邵国琼)

7 例原位肝移植患者护理体会

林乃芬 宋玉芝 辛梅 温秀芹 王建芦 尹晓霞

(山东省立医院器官移植中心 山东 济南 250021)

摘要 目的 探讨肝移植患者围手术期的护理体会。方法 术前做好患者心理准备,积极改善一般状况及纠正水电解质的紊乱,同时准备好监护病房物品及做好护理人员准备。术后密切监测生命体征,加强基础护理和引流管的护理,注意感染的控制,预防排斥反应的发生,做好健康教育指导。结果 7 例患者术后肝功能均恢复顺利,1 例术后服用 FK506 出现精神症状,减少药物剂量后症状消失。结论 加强肝移植患者围手术期的护理,可有效提高手术的成功率,防止移植术后感染,及时发现排斥反应及各种并发症的发生。

关键词 肝移植;围手术;护理

中图分类号:R473.6

文献标识码:B

文章编号:1006-6411(2005)011-0017-03

肝移植是治愈终末期患者唯一有效的方法^[1]。我院于 2005 年 1 月~3 月成功为 7 例终末期肝病者实施了原位肝移植术。我们重点做好围手术期的护理工作,取得良好效果。现总结如下:

1 临床资料

7 例中男 5 例,女 2 例。年龄 33 岁~69 岁,平

均 51 岁。其中多囊肝多囊肾^[2] 1 例,行肝肾同期联合移植术,肝硬化失代偿期 1 例,肝癌 5 例。肝功生生化均有不同程度损害,1 例为重度肝功能损害,间接胆红素达 $700\mu\text{mol/L}$,重度电解质紊乱,呈肝昏迷前期。术前均经 CT 及 MIR 检查确诊,围手术期死亡率为零,肝功能恢复时间 3d~20d,1 例发

生轻微胆漏, 1例发生抗排斥药物毒性反应, 1例出现急性排斥反应1次, 其他恢复顺利。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 患者及家属的心理准备 术前对患者及家属进行心理学与社会状况的评估, 使他们对手术的危险有充分的理解, 安慰鼓励患者, 使其处于接受手术治疗的最好心理状态。

2.1.2 患者准备 肝移植手术创伤大, 术前必需做全面的检查。大量腹水患者控制腹水生成, 提高患者抵御手术风险的能力, 纠正电解质紊乱, 营养状况和一般情况差的患者要加强静脉营养, 给予保肝药物。肝癌患者术前均应用化疗药物治疗5~10天。

2.1.3 肠道准备 等待移植期间, 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, 不禁药。术前晚及术晨清洁灌肠。

2.1.4 人员准备 主管医生需全面了解患者身体状况, 并从临床与心理学角度筛选后进一步明确患者所处的阶段, 提出多种预防方案及处理措施, 评估预后, 防止术后病情恶化, 同时确定移植最佳时间。护理上成立肝肾联合移植特护小组。

2.1.5 病室物品准备 隔离病房配备多功能呼吸机, 多功能心电监护仪及血气分析仪各一台, 另备老肯牌层流净化灭菌机, 紫外线消毒灯及换药消毒物品。微量输液泵, 抢救车及吸痰器, 中心供氧等各种抢救用物。另备防褥疮气垫床, 防下肢静脉血栓A-V泵, 红外线烤灯。仔细检查各抢救仪器, 熟悉其性能, 使其处于完好的备用状态。床单元用臭氧消毒器消毒, 最后用老肯消毒灭菌机再次消毒备用。

2.2 术后护理

2.2.1 一般护理

2.2.1.1 加强呼吸道管理患者回监护病房后, 去枕平卧, 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。2h翻身拍背1次, 及时吸除鼻腔及气管插管处的分泌物, 动作要轻柔, 观察吸出物的量、颜色及性质。行雾化吸入qid 10d左右, 后改雾化吸入bid, 5d后停用。全麻清醒后鼓励患者咳嗽。及时行血气分析, 根据血气分析调整呼吸机参数。呼吸机管道每日更换1次。脱离呼吸机后改面罩或鼻导管吸氧, 4~5L/min, 鼻导管吸氧时, 每日鼻孔温盐水清洁2次。

2.2.1.2 加强全身皮肤及粘膜的护理本组中有1例可见左下肢外侧皮肤大片发红且有散在水泡: 右臀部皮肤有2处破损, 约2cm×1cm×2cm, 1cm×1cm×2cm大小; 右足跟发红, 有一约3cm×2cm×2cm水泡。将足跟处刺破, 抽出30ml液体, 给以紫草油及敷料

加压包扎qd, 15d后痊愈。右臀部给紫草油涂抹, 红外线灯烤2次/d, 无菌敷料包扎, 3d后臀部痊愈。1例于术后5天蹲便器大便时骶尾部蹭破, 行骶尾部涂抹碘酊, 3次/d, 3天后痊愈。必要时给患者保暖。加强骨突处按摩, 骶尾部常规碘酊涂抹2次/d。会阴部每日碘伏擦洗2次, 大便后用消毒卫生纸及新洁尔灭擦洗。每日温水擦浴1次, 75%酒精擦发, 7天后改香皂洗发, 日1次。卧床期间, 行双下肢A-V泵治疗, 1h bid, 直至下床活动, 以防下肢静脉血栓。

2.2.1.3 饮食及口腔护理肝移植术后, 如无胃肠道并发症, 应尽早恢复胃肠道营养。持续胃肠减压时, 行口腔护理2次/d, 拨胃肠减压后, 进流质饮食, 术后3~10d进半流质饮食。10天内给2.5%碳酸氢钠液漱口3次/d, 以保持口腔卫生, 增进食欲。观察口腔粘膜有无溃疡及霉菌感染征兆。

2.2.1.4 加强病房管理患者因肝肾功受损, 身体状况差, 又因术后免疫抑制剂的应用, 造成免疫功能下降, 容易发生感染。因此应限制进入病室的医护人员, 工作人员穿隔离衣, 戴口罩帽子, 穿专用拖鞋或使用鞋套。患者的一切用物必需经消毒处理, 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 8.4消毒液拖擦3次/d。

2.2.2 密切监测生命体征及尿量的变化 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。严密观察记录每小时尿量, 尿量保持在1.5~2.5ml(kg·h), 同时每小时测中心静脉压(CVP), 肺毛细血管楔压(PA)。及时做生化及电解质的监测。及时吸除鼻腔及气管插管处的分泌物, 以保持呼吸道通畅。行血气分析, 根据血气分析调整呼吸机参数。严格控制入水量, 补液量根据CVP, PA, 尿量, 血压及各种引流量来调节。

2.2.3 观察出血及各引流管的护理 肝肾同期联合移植手术创伤大, 历时较长, 各种引流管多, 加之应用抗凝药物, 因此护士对各种引流管道的用途及护理应做到心中有数, 妥善固定, 密切观察出血尤为重要。我们将各引流管做好标记, 以利辨认。每班认真按时记录各引流管的引流量及每小时尿量。注意观察其性质, 颜色以及引流管是否松脱、扭曲。各引流袋每日更换1次, 操作前洗手, 用碘伏及75%酒精消毒各玻璃接头, 各引流袋高度低于身体平面, 防止逆行感染。1例患者术后第5d出现肉眼血尿, 给膀胱冲洗, 3天后镜检正常。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: 本组中1例患者术后2d~4d刀口处渗血多, 引流量多, 且臀部受压部位有大量紫斑, 及时行刀

口处换药,遵医嘱给新鲜血小板输注,拔针后延长按压时间。监测出凝血时间异常,遵医嘱停用速碧林。还有 1 例患者术后 5 天出现下腹部烧灼样疼痛,体温 38℃,排除急性排斥反应及引流管阻塞因素,行床边 B 超示:胆漏,加强引流管道的挤捏,行半卧位,遵医嘱给杜冷丁 50mg~100mg 止痛,输注新鲜血浆及大量抗生素,3 天后上述症状消失,体温正常。定时用肝素钠稀释液(1:6250u)冲洗挠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,左肝上引流管 10d~13d 拔除:持续右肝下,持续右侧腹膜后引流管 13 天拔除,尿管于术后 3d~11 天拔除,未发生感染。

2.2.4 感染的控制与预防 患者移植术后三大感染(细菌,病毒,真菌)的控制也是手术成功的关键。

2.2.4.1 合理使用抗生素,密切观察体温及口腔粘膜,以便及早发现有无霉菌感染情况。术后 13d~18d 移出监护室,搬至配有空气消毒机的单人间。1 例患者当晚出现咳嗽咳痰、流涕,伴呼吸困难,体温高 38℃,无头晕头痛,测血压正常,通知医生,听诊双肺呼吸音粗,右后胸部叩浊音,查血象 WBC $12.5 \times 10^9/L$ 遵医嘱给予吸氧,心电监护、测 SPO₂ 98%,给特治星 4.5g_{iVq8h},次日体温正常,但呼吸困难自觉无改善,行胸腔穿刺。抽出积液 300ml,呼吸困难消失。继用特治星 7d 停药。加强房间的消毒与换气,限制探视人次,未再发烧。

2.2.4.2 防真菌感染。术后始用斯皮仁诺 15ml po tid,连服 7d~10d 停药。每日用 2.5%碳酸氢钠液漱口,日 3 次,连用 10d。并通过增加静脉营养,提高抵抗力。

2.2.4.3 严格各项无菌操作及保护性隔离。

2.2.4.4 保持皮肤清洁无新压疮。

2.2.5 排斥反应的观察和护理 肝移植成功的关键是对免疫排斥反应的控制,防止免疫排斥反应的发生必需尽早使用免疫抑制剂。每例患者术中静脉推注大剂量甲基强地松龙,术后一天开始甲基强地松龙的术后循环,逐日减半,根据病情适当调整。术后予 FK506 口服,0.075~0.15mg/kg,根据血药浓度调整剂量。服用免疫抑制剂前后 1h 严格禁食,少量禁水。当出现呕吐时,报告医生,遵医嘱补服药物,以维持血药浓度。本组 1 例肝硬化患者服用 FK506 5d~8d 时出现精神症状。表现为震颤、烦躁、轻度妄想,饮食、治疗不配合。监测服药前 0.5hFK506 谷浓度在 15mg~18mg/L,考虑药物剂量大,遵医嘱改 FK506 2mg 9am,FK506 1mg 9pm 口服,加强药物浓度及血生化监测与纠正电解质紊

乱;同时与患者进行思想交流与沟通,听轻音乐,医护人员反复向患者讲解饮食的重要性,经上述措施,建立了融洽的护患关系,患者 11d 精神完全恢复正常。本组 1 例肝癌患者术后 31d,自述乏力,食欲下降,伴头痛,体温 37℃,皮肤粘膜轻度黄染,巩膜轻度黄染,测 FK506 浓度 3 次,在 4.5^ug~6.5^ug/L,肝功示总胆红素及转氨酶升高,以急性排斥反应给甲基强的松龙冲击疗法,同时加潘妥洛克防止胃溃疡发生,更换 FK506 为新赛斯平口服。冲击一疗程后,肝功能未见明显好转,行第二疗程冲击疗法时,致高血糖,给胰岛素对症治疗,排斥反应控制后恢复正常。

2.3 健康教育指导

2.3.1 指导患者规律服用抗排斥反应药物,严遵医嘱,定时定量,按医嘱逐渐减少服药的种类及剂量。向患者及家属讲解肝肾移植后急慢性排斥反应的临床表现,使之加强鉴别,提高警惕,及时与医生沟通以得到及时有效的治疗。

2.3.2 养成良好的个人卫生习惯 术后忌烟酒及辛辣食物,不食生冷食物,讲究个人卫生,不到人群较多的地方,预防感冒及防止感染。

2.3.3 预防接种注意不能接种活疫苗及减毒活疫苗,可以使用死疫苗。

2.3.4 出院后定期进行复查,及随访,告之及时与医生联系沟通。

3 结论

肝移植手术是创伤很大的手术,不同肝病手术时机不同。但所有肝病患者到晚期有条件的都可以考虑肝移植。肝脏属于免疫特惠器官^[3]。本组 1 例多囊肝多囊肾患者有肝移植指征,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,及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是否成功的关键。

参 考 文 献

- 1 揭彬,肝移植术后早期急性排斥反应的护理.解放军护理杂志,2004,21(1):60.
- 2 黄洁夫,何晓顺,陈规划,等.一例成功的肝肾联合移植.中华器官移植杂志,1997,18(3):144~145.
- 3 何江,张素珍,侯玉清.肝移植患者的护理.职业卫生与病伤,2004,19(1):81.

(责任编辑 邵国琼)