

## 肝移植术后再次发生肠漏患者的护理\*

王苑, 高艳平, 张兴茂, 韩桂杰, 刘秀连, 潘晶, 蔺建宇

(首都医科大学附属朝阳医院, 北京, 100020)

**[摘要]** **目的** 总结肝移植术后再次发生肠漏患者的护理经验。**方法** 对2例肝移植术后再次发生肠漏患者实施手术修复, 护理措施包括术后严密的病情观察、引流液和腹部体征的观察, 早期的营养支持, 做好心理护理和健康教育。**结果** 2例肝移植术后再次发生肠漏患者, 1例再次修复; 另1例行末端回肠切除术和回肠造口术, 并给予治疗和护理, 均康复出院。**结论** 术后严密的病情观察、引流液和腹部体征的观察, 能及时发现肝移植术后再次肠漏的发生; 早期营养支持对肠漏患者的康复起着重要的作用; 做好心理护理和健康教育可提高患者治疗的信心。

**[关键词]** 肝移植; 肠漏; 护理

**[中图分类号]** R473.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8283(2017)12-0029-03 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2017.12.008

### Nursing care to patients with re-occurring gut leak after liver transplantation

Wang Yuan, Gao Yanping, Zhang Xingmao, Han Guijie, Liu Xiulian, Pan Jing, Lin Jianyu//Modern Clinical Nursing, -2017, 16(12):29.

(Chaoyang Hospital, Capital Medical University, Beijing, 100020, China)

**[Abstract]** **Objective** To summarize the experience in nursing patients with gut leak after liver transplantation. **Methods** Two patients with recurrent gut leak after liver transplantation underwent surgical repair. The nursing measures included strict observation of postoperative disease, observation of drainage fluid and abdominal signs, early nutritional support, good psychological nursing and health education. **Results** Gut leak occurred in the two cases again after liver transplantation. One case was treated with repair again and the other with end-stage ileotomy and ileostomy. The patients were discharged after medication and nursing care. **Conclusions** The close postoperative observation of the disease, observation of drainage fluid and abdominal signs can prompt the discovery of intestinal re-perforation. The early nutritional support plays an important role in the rehabilitation of patients with gut leak after liver transplantation. Mental care and health education can enhance patient's confidence in treatment.

**[Key words]** liver transplantation; gut leak; nursing

肝移植是良性终末期肝病和部分肝恶性肿瘤的有效治疗方法, 可显著改善生活质量。文献报道<sup>[1-3]</sup>, 肝移植并发肠穿孔发生率为1%~5.3%; 死亡率为20%~46.7%。临床工作发现, 肝移植术后肠漏患者再次发生肠漏的发生率很低。由于腹腔内肠内容物的漏出, 营养物质的丢失, 短期内常造成患者的重度感染, 营养不良。营养不良及术后抗排斥

药物的使用均可导致进一步感染, 影响移植肝的功能, 形成恶性循环<sup>[4]</sup>。2015年1月至2017年6月本院收治了2例肝移植术后再次发生肠漏患者, 经治疗和护理康复出院, 现将护理经验总结报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

2015年1月至2017年6月本院共进行170例改良背驮肝移植手术, 4例发生肠漏, 其中有2例肠漏修复后再次发生肠漏。

病例1: 空肠漏患者, 男, 56岁, 肠漏发生时间为肝移植后第5天。患者夜间突发右侧腹痛, 采用疼痛数字评分法 (numerical rating scale, NRS)<sup>[5]</sup>评

**[基金项目]** \* 本课题为国家自然科学基金面上项目, 项目编号为81471590。

**[收稿日期]** 2017-11-12

**[作者简介]** 王苑(1985-), 女, 山东人, 主管护师, 硕士, 主要从事护理管理和外科护理工作。

**[通信作者]** 蔺建宇, 副主任护师, 本科, Email: dwk8523@163.com。

分为 8 分,引流液为深黄色混浊液体,体温最高 38°,CT 检查提示消化道穿孔,行剖腹探查术,可见空肠穿孔,直径为 1cm,行穿孔修补术并放置引流管,术后抗炎、补液治疗,严密观察引流液、腹部体征变化。术后第 17 天患者再次出现腹痛,NRS 评分为 8 分,引流液为棕黄色混浊液体,体温最高 41°,CT 检查提示肝周有气体,考虑消化道穿孔。行开腹探查可见腹腔内积液,原穿孔已经愈合,新发穿孔在原穿孔 10cm 以内,直径为 1.5cm,给予行穿孔修补术。

病例 2:回肠穿孔患者,男,52 岁,肠漏发生时间为肝移植后 9d。患者发热,体温最高 38.3°,腹部疼痛不明显,切口裂开、腹腔感染,行剖腹探查术,开腹后见腹腔内少许肠内容物,末端回肠距离回盲部 50cm 可见穿孔,直径为 1.5cm,进行穿孔修补术并放置引流管,术后抗感染、静脉营养、生长抑素持续泵入,胃肠减压、补充白蛋白,停用激素和免疫抑制剂。肝移植术后 16d 患者出现间断鲜血便,引流液为红褐色混浊液体,体温最高 38.4°,腹部疼痛不明显,CT 检查提示患者再次发生肠漏,行腹部探查术,开腹后见新穿孔直径为 2.5cm,见局部炎症反应,进行末端回肠切除术和回肠造口术,术中留置肝下引流管。

## 1.2 再次发生肠漏主要治疗方法

病例 1:给予行穿孔修补术,术后给予万古霉素 0.5g 静脉输入,2 次/天,亚胺培南 0.5g 静脉输入,3 次/天;给予补充白蛋白,静脉营养支持和生长抑素治疗,患者住院 28d 康复出院。

病例 2:行腹部探查术,进行末端回肠切除术和回肠造口术,术后给予亚胺培南 0.5g 静脉输入,4 次/天;补充白蛋白、静脉营养支持和生长抑素治疗,患者住院 32d 康复出院。

## 2 护理

### 2.1 严密的病情观察,及时发现再次穿孔

肝移植术后早期发生消化道瘘,腹痛是首发症状。由于肝移植术后使用激素及免疫抑制剂,导致患者的腹痛及腹膜炎性反应刺激症状不明显<sup>[6]</sup>。本组病例 2 患者再次发生肠漏时腹痛症状不明显,提示对于肝移植术后出现轻微腹痛的患者需严密

观察,给予高度重视。肠漏修补术后,因患者遭受两次手术打击,同时因免疫抑制剂及激素的应用,加之肠漏后腹腔内细菌感染,患者免疫力下降。典型的临床表现如腹部压痛,发烧和白细胞增多可能会被使用高剂量激素和免疫抑制剂所掩盖,从而增加了早期诊断病症的难度<sup>[6]</sup>。再发穿孔或原穿孔修补再次裂开可通过腹部体征及引流液性质改变加以判断。本组 2 例发生再次穿孔患者,其腹腔引流液增多,出现深黄色、粪样改变,伴气体逸出,腹部 CT 提示肠漏可能,给予剖腹术并进行穿孔修补术。

### 2.2 营养支持

糖皮质激素减少体内葡萄糖的使用,增强葡萄糖异生,促进蛋白质分解代谢,导致肠损伤延迟修复。术后早期禁食,给予全肠外营养和生长抑素,以减少肠外瘘的漏出量<sup>[7]</sup>。由于消化道液体的丢失导致水电解质紊乱,肠外营养应根据生理需要量和额外丢失量给予补充水分、能量、电解质等,促进吻合口愈合。内营养在维护肠屏障及促进肠粘连松解等方面起着更为重要的作用<sup>[2]</sup>。国际上营养支持的原则首选肠内营养,必要时肠内营养+全肠外营养联合应用<sup>[8]</sup>。本组 2 例患者术后均先经深静脉置管输入脂肪乳氨基酸、葡萄糖注射液;待病情稳定、肠功能恢复后开始肠内营养。本组患者均在术后 4~5d 改为肠内营养,先给予 5% 葡萄糖液 250mL,20~40mL/h,1~2d;未出现腹部不适,逐渐过渡到肠内营养制剂。输注速度和剂量视患者的耐受情况而定,速度每小时 20~100mL;剂量每天 500~1000mL。在给予肠外营养过程中,营养泵控制入量和速度,注意血糖变化。床头抬高 30~45°,避免误吸。每班检查胃潴留量,本组病例 2 患者行肠内营养 4d,胃潴留量>200mL/d,经减慢输注速度但不减少鼻饲总量,胃潴留量逐渐减少。

### 2.3 心理护理

此类患者病情复杂,检查治疗措施多,疗程长,大大增加了患者和家属压力。向患者和家属讲解疾病的相关知识,增加沟通与心理疏导;介绍成功案例,增加患者面对现实的信心;指导通过看电视转移注意力、听音乐放松疗法等减轻心理压力。病例 1 患者出现情绪低落、失眠、眉头紧皱、表情紧

张、唉声叹气等焦虑症状,心理科会诊后给予心理疏导,并用喜普妙 20mg/d 口服,随着病情好转,患者焦虑减轻。

## 2.4 造口护理

肠造口术可有效切断感染源,避免肠道废物对穿孔处的再次感染,且其效果迅速<sup>[9]</sup>。病例 2 患者实施了回肠造口术,因患者大便次数较多,出现造口周围皮肤发生接触性皮炎。患者主诉造口周围疼痛,造口周围皮肤评估<sup>[10]</sup>得分为 5 分,底盘下皮肤严重浸渍,请本院造口治疗师会诊,给予处理造口问题。措施是:从外到内用温水毛巾轻轻擦拭造口周围 10cm 范围的正常皮肤;注射器抽取生理盐水冲洗创面,去除疏松坏死组织,观察造口及周围皮肤情况,造口有无回缩、出血及坏死,使用造口护肤粉,去除多余浮粉后涂皮肤保护膜;选择适合的造口护理产品,造口袋黏贴方向与患者整体体位的纵轴相平行,使造口袋袋口始终位于低位,利于排泄物的引流;佩戴底盘时,使用防漏膏保护,给予使用易蒙停 2~4mg 口服治疗,经过及时换药,治疗 3d 症状明显好转。

住院期间造口治疗师给予患者及家属讲解肠造口相关知识,告知造口是暂时性的排便通道,当造口回纳后可恢复正常排便。患者出院前,造口治疗师指导患者和家属选择造口袋及造口护理用品,告知饮食及日常生活注意事项;播放肠造口相关视频,直至患者及家属掌握造口护理的相关知识和造口袋更换的方法后方可出院。

## 3 小结

肝移植术后肠漏是影响肝移植术后患者预后的严重并发症之一,治疗难度较大,且预后不佳。

通过对 2 例肝移植术后再次发生肠漏患者护理经验的总结分析,认为术后严密的病情观察、引流液和腹部体征的观察,能及时发现再次肠漏的发生;早期营养支持对患者康复起着重要影响;做好心理护理和健康教育可提高患者治疗的信心。

## 参考文献:

- [1] 田庆,张建军,郭庆军,等.肝移植术后早期并发消化道瘘临床分析[J].实用器官移植电子杂志,2013,1(5):286-289.
- [2] 豆秋江,罗新春,叶海丹,等.肝移植术后早期并发消化道瘘的护理[J].中国实用护理杂志,2012,28(16):1-3.
- [3] 豆秋江,叶海丹,廖苑,等.肝移植术后早期并发胃肠道瘘的营养支持及护理[J].护士进修杂志,2012,27(7):603-604.
- [4] 迟强.营养支持对消化道瘘患者高代谢状态的作用[J].中华胃肠外科杂志,2012,15(5):440-441.
- [5] PASERO C, MCCAFFERY M. Pain assessment and pharmacologic management [M]. St. louis Missouri: Elsevier Health Sciences, 2010:155-157.
- [6] 周健,鞠卫强,何晓顺,等.肝移植术后早期并发消化道瘘的临床特点和诊治分析.中华外科杂志,2012,50(3):222-225.
- [7] 胡宏鸯,魏惠燕,叶志弘.造口皮肤黏膜分离伴造口肠瘘患者的护理[J].中华护理杂志,2013,48(4):361-361.
- [8] 马驰,史炼钢,曲杨,等.结肠穿孔致急性腹膜炎病人术后营养支持的临床研究[J].肠外与肠内营养,2017,24(3):168-170.
- [9] 乔小平,张桂华,陈名林.肠穿孔腹腔感染肠造口术的应用研究[J].中华医院感染学杂志,2015,24(18):4243-4245.
- [10] 韦秀丽. DET/AIM 在肠造口术后周围皮肤护理中的应用[J].护士进修杂志,2015,29(15):1386-1388.

[本文编辑:郑志惠]

~~~~~

