

# 1 例肝移植术后并发腹腔内出血、认知功能障碍及压疮的护理\*

吴英<sup>1</sup>, 唐腾骞<sup>1</sup>, 卢倩<sup>2</sup>, 杨占宇<sup>3</sup>

(1 陆军军医大学第一附属医院肝胆外科, 重庆, 400038; 2 北京清华长庚医院肝胆胰中心, 北京, 102218; 3 解放军总医院肝胆外科, 北京, 100853)

[关键词] 肝移植手术; 腹腔出血; 认知功能障碍; 压疮; 护理

[中图分类号] R473.6 [文献标识码] A [文章编号] 1671-8283(2017)12-0071-04 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2017.12.018

## Nursing of one patient with abdominal hemorrhage and cognitive dysfunction after liver transplantation

Wu Ying<sup>1</sup>, Tang Tengqian<sup>1</sup>, Lu Qian<sup>2</sup>, Yang Zhanyu<sup>3</sup> // Modern Clinical Nursing, -2017, 16(12): 71.

(1. Department of Hepatobiliary Surgery, the First Affiliated Hospital, the Military University of Armed Forces, Chongqing, 400038; 2. Center for Hepatobiliary and Pancreatic Diseases, Beijing Tsinghua Changgung Hospital, Beijing, 102218; 3. Department of Hepatobiliary Surgery, General Hospital of PLA, Beijing, 100853, China)

[Key words] liver transplantation; abdominal hemorrhage; cognitive dysfunction; pressure ulcers; nursing

肝移植术已成为治疗终末期肝病唯一有效的根本治疗手段<sup>[1]</sup>。其特点为患者手术前病情波动大、手术创伤大、术式复杂、术后并发症多<sup>[2-3]</sup>。腹腔内出血、认识功能障碍及Ⅳ期压疮均为术后严重并发症,其死亡率较高<sup>[3]</sup>。目前,肝移植术后并发腹腔内出血、认知功能障碍在临床上较罕见,缺乏相关的护理经验报道。2016年5月本院收治了1例肝移植术后并发腹腔出血、认知功能障碍及骶尾部Ⅳ期压疮的患者,经过积极救治和护理,患者康复出院,状况良好,现将护理经验报道如下。

### 1 病例介绍

患者男,54岁,因“复发性肝癌、肝炎肝硬化、肝切除、12次射频消融术后”于2016年5月31日在外院行同种异体肝移植术。手术时间415min,术中出血量750mL。术后第8天因腹腔出血行“剖腹探查止血术”,未发现活动性出血点,考虑肝周创面出血,术后患者腹腔引流管仍引流出暗红色液体;术后第13天发现骶尾部压疮,经加强换药等治疗压疮不见好转逐步扩大加深;术后第16天出现双目失明,头颅CT检查提示“头颅血管局部梗死”。于术后第23天以“腹腔内出血、认知功能障碍、脑梗死”转入本科室继续治疗。

患者入院时情况:身高165cm,体重42kg;体温39.3℃、脉搏141次/分、呼吸25次/分,血压105/75mmHg;呼之能应、表情木讷、反应迟钝,不能辨认亲人,有幻觉,偶有胡言乱语;双侧瞳孔有光

[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81370573。

[收稿日期] 2017-10-19

[作者简介] 吴英(1977-),女,四川宜宾人,科护士长,副主任护师,硕士,主要从事临床护理管理工作。

[通信作者] 杨占宇,主任医师,博士,E-mail: sillwu2000@163.com。

理干预防治静脉炎的疗效观察[J].辽宁中医杂志,2015,42(12):2423.

[14] 张岚,李娜.醋调如意金黄散外敷预防化疗性静脉炎的疗效观察[J].转化医学电子杂志,2016,3(7):16-17.

[15] 李富兰,刘勇,陈利清.如意金黄散湿敷加微波理疗治

疗脂肪乳致静脉炎疗效观察[J].湖南中医药大学学报,2013,33(8):36-37.

[16] 葛永勤,徐丽丽,吕亚.等.髋关节全范围运动预防宫颈癌患者术后下肢淋巴水肿[J].护理学杂志,2017,32(18):30-31.

[本文编辑:刘晓华]

感,但不能视物;双肺呼吸音粗,咳黄色粘稠痰,不能完全咳出;留置了胸腔引流管、腹腔及盆腔引流管、中心静脉导管、胃管;尿道口有滴血,尿液为肉眼血尿,尿常规红细胞(+),尿液细菌培养为鲍曼溶血不动杆菌生长(头孢曲松敏感);右侧阴囊肿胀及附睾肿大;胸腹部 CT 提示双肺感染,双侧胸腔积液,心包少量积液,腹腔内较多积血,肝包膜下渗血,肝周有较多陈旧性血凝块;头颅 MRI 提示双侧顶枕叶新近梗塞;全身皮肤多处瘀斑,骶尾部见一范围约 7cm×5cm 压疮。

患者入院后继续采用普乐可复 (1~5mg/d,2 次/天)+吗替麦考酚 (1000mg/d,2 次/天)+甲泼尼龙 (2.5mg·kg·d) 抗排斥方案,并根据血药浓度、血常规、肝功能、肾功能、凝血功能等检查结果调整免疫抑制剂用量;给予消炎、抑酸、抗真菌、保肝、改善微循环、静脉营养等治疗,输入红细胞、白蛋白纠正贫血及低蛋白血症;在彩超引导下行腹腔穿刺置管引流术,更换原有腹腔引流管为双套管加强引流;请神经科、烧伤科、重症医学科等相关科室进行会诊,予以依达拉奉注射液 (30mg 静脉滴注,2 次/天)、阿托伐他汀钙片 (10mg 口服,1 次/天)、阿司匹林 (0.1g 口服,1 次/天) 等缓解急性脑梗死症状;采用奥氮平治疗以改善患者认知功能障碍;加强压疮创面换药,拟择期行植皮术。入院后第 2 天拔除胃管,按照流质饮食-半流质饮食-软食-普通饮食循序渐进给予胃肠营养;第 4 天患者贫血和低蛋白血症得到纠正;第 5 天拔除尿管后出现小便淋漓不尽,请泌尿科会诊后予以口服酒石酸托特罗定缓释胶囊 (4mg/d) 后逐渐好转,第 10 天完全恢复正常;第 6 天出现转氨酶及总胆红素升高,考虑肝脏排斥,停用抗真菌药物、加大免疫抑制剂和激素剂量后好转;第 8 天拔除双侧胸腔引流管、双目恢复部分视力,可以辨认亲属并正常交流;第 10 天转入普通病房;第 67 天行骶尾部压疮创面皮肤清创缝合术;第 75 天拔除所有引流管;第 88 天患者病情好转出院。

## 2 护理

### 2.1 腹腔内出血的观察和护理

患者术前肝功能差、凝血功能障碍、多次介入

治疗、既往上腹部手术史、术中低温、手术时间长、输入大量库存血、使用抗凝药品、术后移植肝功能恢复不良等,均是导致移植后创周渗血的高危因素<sup>[4-6]</sup>。细致的病情观察、科学地评估病情变化,以协助医生早发现、早确诊、早治疗肝移植术后并发腹腔内出血,以提高患者救治成功率。该例患者入院时经 CT 检查提示,腹腔内较多积血,肝包膜下渗血。患者反应迟钝,有幻觉,偶有胡言乱语,不能叙述个人的感受,这些影响了医护人员对患者病情的评估。通过观察引流液颜色、性状变化可明确有无出血及继续出血。正常腹腔引流液颜色通常为淡红色或淡红色夹杂淡黄色,24h 不超过 200mL,如在短时间内引流量增多、变黏稠且呈鲜红色应及时应用止血药物、输血;血性引流液量每小时持续大于 30mL 应考虑有活动性出血的可能<sup>[6]</sup>。本组患者到本院就诊时腹腔引流颜色为暗红色,胸腹部 CT 提示腹腔内较多积血。更换原有腹腔引流管为双套管加强引流,同时采用抗炎和止血治疗;护理上严密观察记录腹腔引流液颜色、量并做好交班,经处理引流液转为少许淡红色血性液体,量逐渐减少,入院第 75 天拔除引流管。引流液的监测只是明确有无出血及继续出血,而对于出血的原因则需要靠进一步的实验室检查予以明确<sup>[7]</sup>。定时查患者血常规、肝功能、肾功能、凝血功能情况,及时追踪结果,发现异常即向医生报告。该例患者经输入红细胞、白蛋白纠正贫血及低蛋白血症,入院第 6 天白蛋白从 28.20g/L 升高到 33.5g/L,提示患者出血症状已得到控制。血流动力学监测对明确出血及继续出血诊断、确认补液扩容效果具有重要的意义。血流动力学监测主要包括中心静脉压、血压及心率等。若发现心率加快及中心静脉压、动脉压呈下降趋势时,要警惕有无出血的可能,并及早采取措施。对该例患者每 15~30 min 监测及记录中心静脉压 1 次,并根据结果调整输液速度及血管活性药物等,经处理患者中心静脉压和心率逐渐改善并开始趋于正常,提示出血已得到控制。

### 2.2 体位护理

经仔细询问患者家属及先前所在医院随行医护人员,了解到因患者术前身体状况差,术后合并出血,患者绝对卧床休息,该患者长期处于平卧位/

半卧位是引起肺部感染、压疮等并发症的重要原因。传统观念认为<sup>[8-9]</sup>,肝移植手术因操作复杂,技术难度大,容易导致术后出血、移植肝移位等并发症,因此要求患者术后需绝对卧床休息,并且术后1周内采取半卧位,上身抬高不超过45°,术后7~10 d才允许下床活动。随着快速康复外科理念在临床的广泛应用,术后早期活动对术后康复的重要性越来越引起人们的重视。但关于肝移植术后患者究竟如何进行床上活动及何时可以下床活动,目前尚无统一认识<sup>[10-11]</sup>。研究表明<sup>[12]</sup>,手术后移植肝很快与膈肌等周围组织形成粘连,以及由于周围组织、脏器的托举作用,加上手术方式的改进,肝脏不会移位,肝移植术后活动不会增加并发症的发生。对于肝移植术后出血的患者能否进行翻身等床上活动,本科室医护人员经过查阅相关文献并结合临床经验认为,应权衡活动与否的利弊,根据患者生命体征波动情况进行。在严密病情监测下,患者入院3天进行床上翻身,每2h翻身1次,当脉搏和血压有任一项上下波动超过20%时立即停止翻身。按照循序渐进的原则,首先患者取半卧位,上身抬高30~45°,作四肢运动,如握拳、屈肘、下肢轻微弯曲和抬高,并严密观察患者活动时的反应,无不适者,每隔3~4 h活动5~10 min;逐渐过渡到床上坐立,每天2~3次,每次10~15 min,出血停止后开始床边坐立和在护士搀扶下床旁站立到在床旁行走,根据患者体力情况逐渐增加活动量及次数。

## 2.3 压疮的治疗和护理

**2.3.1 压疮的评估** 入院时患者体重指数15.43,白蛋白28.20g/L,血红蛋白63g/L,按照中国标准,属重度营养不良(Ⅲ级)<sup>[13]</sup>。全身皮肤多处瘀斑,骶尾部见7 cm×5 cm压疮,其中6.5 cm×4 cm已破溃,破溃中心被坏死组织、焦痂及脓苔覆盖,触之有波动感,靠近可闻及腐臭,触之无出血;边缘表皮剥脱,基底红白相间,有大量渗液,为不可分期<sup>[14]</sup>;3点至6点方向有潜行,深度1.5 cm,无窦道;创周红肿、发硬;分泌物细菌培养为鲍曼溶血不动杆菌生长(头孢曲松敏感)。压疮形成原因与术后出血、认知功能障碍、感知障碍导致活动能力及移动能力障碍、局部组织受压有关。患者伤口持续10 d,未清

创、未有愈合迹象。影响伤口愈合的全身因素包括营养状况差、感染、应用激素及免疫抑制剂、认知功能障碍、感知紊乱、生活自理能力丧失;局部因素包括伤口处于受压部位、伤口较大、存在感染、潮湿等。伤口进展快,且一直扩大,如果不及时处理压疮发展将会迅速。

**2.3.2 清创** 考虑到患者基础状况差,采用联合清创的方法清理伤口:入院后第1~5天采用外力擦拭、镊子钳除坏死组织等方法进行机械清创,随后应用湿性敷料水化伤口,软化坏死痂皮,通过渗液中含有吞噬细胞及嗜中性粒细胞产生的溶解素溶解坏死组织,利用伤口内自身酶使失活组织液化,每次更换敷料去除坏死组织,保持伤口洁净;入院后6 d患者一般情况有好转,进行外科清创彻底去除失去生机的组织。清创后再次评估,为Ⅳ期压疮。

**2.3.3 压疮创面的护理** 入院1~2 d后采用银离子抗菌敷料和泡沫类敷料贴敷治疗,但患者压疮创面渗出多,约24 h敷料完全浸湿,需频繁更换,且换药时患者疼痛剧烈;3 d后再次评估,见创面大小无改变,残留较多脓性黏稠组织,与医生讨论,考虑需要改善引流,采用负压封闭引流技术(vacuum sealing drainage, VSD)处理创面:①采用外科清创法,用生理盐水纱布湿敷后分次剪除坏死组织,用生理盐水反复冲净创面;②将可冲洗一次性负压引流护创材料的引流管内管分别与冲洗装置和负压装置连接,用生理盐水持续伤口冲洗引流,维持冲洗液速度为60~80滴/分钟,吸引压力70~120 mmHg,48 h后根据渗液情况减小压力。密切观察引流管,避免任何阻塞、泄漏。开始3 d换药1次,根据创面情况逐渐延长换药时间。同时行肠内营养支持,补充白蛋白改善营养状况。1周后打开创面,见创面有新鲜肉芽生长,14 d后创面缩小至6.2 cm×5 cm,40 d后创面为5.5 cm×4 cm,60 d后创面为5 cm×3 cm,肉芽组织覆盖整个创面,在全麻下游离压疮周围皮肤,行骶尾部压疮创面皮肤清创缝合术。术后愈合良好,入院后第84天拆线出院。

## 2.4 认知功能障碍的护理

患者入院时反应迟钝,不能辨认亲人,有幻觉,偶有胡言乱语,诊断为“认知功能障碍”。原因主要



与以下因素有关,①患者自术后一直服用免疫抑制剂,幻觉为比较典型的药物反应,减量后幻视症状消退。②患者病程长、手术创伤刺激大、术后并发症多、恐惧与焦虑情绪重。③患者在外院自入住ICU后环境陌生,与亲人完全隔离长达1个月,留置的各种管道使患者不能自主变换体位,被约束于床上,限制了活动,患者失去支配自身能力出现了恐惧感;各种监护仪器的报警声、频繁实施的治疗和护理操作,扰乱了患者正常的生活规律和方式,导致患者睡眠质量下降。针对以上情况,采取以下措施,①将患者病房模拟家庭环境,在房间内放置时钟、熟悉的物品,每天播放患者最喜欢听的京剧、评书等。②在患者视力范围内粘贴亲属照片,并增加家属陪伴与探视次数与探视时间,以增加情感慰藉。③通过控制环境光线、噪音等维持患者正常的生物钟节律,使用镇静安眠药物保证患者正常的睡眠和觉醒时间。④请心理医生会诊与心理干预介入,与本科室医护人员一起,通过引导、启发、转移、排解等方法达到缓解患者心理压力的目的。入院后第5天,患者精神状态明显好转,幻视消失,能清楚表达不适,能准确辨认亲属、经管医生和护士;入院后第10天,患者神志清楚、语言清晰、对答切题流利,查体合作,复查颅脑CT、MRI与入院时无变化,患者由监护室转入普通病房。

### 3 小结

肝移植手术由于手术时间长、创伤大,加之术后大量的激素和免疫抑制剂的使用影响了机体代谢和免疫功能<sup>[16]</sup>,使肝移植术后并发症发生的风险更大,救治难度更高。该患者为肝移植术后并发腹腔出血、认知功能障碍及骶尾部Ⅳ期压疮,通过腹腔出血的病情观察和护理;根据生命体征波动情况制订动态床上活动及翻身方案;压疮的评估,清创方式的选择,创面管理;认知功能障碍的护理后,患者病情好转出院。

### 参考文献:

[1] ADAM R, BHANGUI P, VIBERT E, et al. Resection

or transplantation for early hepatocellular carcinoma in a cirrhotic liver: does size define the best oncological strategy[J]. Ann Surg, 2012, 256(6):883-891.

- [2] 张晓媛,黄鹏,李燕京,等.晚期原发性肝癌治疗的研究进展[J].现代肿瘤医学,2017,25(10):1655-1659.
- [3] 黄文峰,张小玲,谢志军,等.肝移植的研究进展及常见并发症处理[J].中国组织工程研究,2012,16(5):907-910.
- [4] 张彤,傅斌生,李华,等.肝癌肝移植围手术期死亡10例分析[J].中国实用外科杂志,2011,31(11):1031-1034.
- [5] 余忠山,江艺,蔡秋程,等.肝移植后的并发症[J].中国组织工程研究,2013,17(18):3275-3282.
- [6] 吴英,卢倩,刘祥德,等.离体肝切除联合余肝自体移植术病人的护理[J].护理研究,2012,26(5):434-435.
- [7] 蒋水明,张其顺,卢海明,等.原发性肝癌术后静脉系统栓塞的诊治[J].实用医学杂志,2016,32(4):183-184.
- [8] 邓小玲,赖添顺.肝移植术后早期腹腔出血的监护与护理[J].中国误诊学杂志,2010,10(14):3409-3410.
- [9] 刘志华,崔怡,滕亮,等.肝移植患者围手术期护理体会[J].护士进修杂志,2013,28(4):342-344.
- [10] 程希,谢玲.活体肝移植手术的护理[J].护士进修杂志,2012,27(20):1874-1875.
- [11] 张萍,刘琼,徐仿,等.快速康复外科理念在肝移植患者围术期中的应用[J].中国医刊,2014,49(10):87-89.
- [12] 范焯,壮麟,鲁皓,等.快速康复外科治疗在肝移植中的应用价值[J].器官移植,2014,5(6):348-351.
- [13] 朱雪娟,郭军,赵丽娟,等.健康教育干预对肝移植患者术后胃肠功能恢复的应用效果[J].河北医药,2017,45(9):154-156.
- [14] 国际生命科学学会中国办事处中国肥胖问题工作组联合数据汇总分析协作组.中国成人体质指数分类的推荐意见简介[J].中华预防医学杂志,2001,35(5):62-63.
- [15] 王玲.2014版国际《压疮预防和治疗:临床实践指南》解读[J].中国护理管理,2016,16(5):577-580.
- [16] WATT K D, CHARLTON M R. Metabolic syndrome and liver transplantation: a review and guide to management[J]. J Hepatol, 2010, 53(1):199-206.

[本文编辑:郑志惠]