

·个案护理·

1 例肝移植合并脾切除术后胰漏患者的护理^{*}

王苑, 蔺建宇, 高艳平, 樊华, 代扬

(首都医科大学附属北京朝阳医院肝胆胰脾外科, 北京, 100020)

[关键词] 肝移植; 脾切除; 胰漏; 护理

[中图分类号] R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8283(2018)11-0082-03 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2018.11.000

Nursing care for a patient with pancreatic leakage after liver transplantation and splenectomy

Wang Yuan, Lin Jianyu, Gao Yanping, Fan Hua, Dai Yang//Modern Clinical Nursing, -2018, 17(11):82.

(Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, Beijing Chaoyang Hospital, Capital Medical University, Beijing, 100020, China)

[Key words] liver transplantation; splenectomy; pancreatic leakage; nursing

肝移植为终末期肝病患者的最终选择。脾功能亢进是终末期肝病门静脉高压的重要合并症,严重影响了活体肝移植术后早期肝功能的恢复^[1-2]。脾切除是治疗肝硬化合并脾功能亢进、巨脾、上消化道出血患者的有效方法^[3]。脾切除可致肝移植患者术后的感染率和死亡率增加^[4]。研究发现^[5],脾切除可以抑制免疫反应,降低排斥反应发生率,从而延长受体生存时间。但多数肝移植患者因门脉高压症致脾脏与周围组织粘连紧密,在游离脾脏时容易造成胰腺损伤,导致胰瘘,可引起腹腔内感染,严重者可危及生命。本院2017年5月27日收治了1例肝移植合并脾切除术后胰漏患者,经治疗和护理康复出院,现将护理经验报道如下。

1 病例介绍

患者女,61岁,2017年5月27日因“原发性胆汁型肝硬化伴食管胃底静脉曲张、肝功能衰竭、脾大”在全麻下行同种异体改良背驮式肝移植术,术

中发现腹腔大量清亮腹水,量约5000mL,肝周广泛致密粘连,左外侧叶与脾脏粘连致密,脾脏与胰腺粘连,分离脾脏周围粘连,将病肝及脾脏完整切除,置入供肝,严密止血后关腹,于右肝上、右肝下、左肝下、脾窝各放置多孔引流管一根。术中无肝期约70min,供肝热缺血时间3min,冷保存时间6h。术中出血1000mL,给予静脉输注悬浮红细胞8U,血浆800mL。手术时间10h,过程顺利。术后予抗排斥、抗感染、抑酸、抗凝等对症支持治疗。术后每日行腹腔引流液淀粉酶测定,淀粉酶结果为274~10650 U/L,引流液25~120mL,颜色为淡血色-淡黄色-浅灰色(浑浊)-灰褐色(黏稠)的动态变化过程,经诊断为胰漏,给予生长抑素、静脉营养支持治疗,经治疗,引流量逐渐减少,无腹腔感染和腹腔出血的发生,拔管后康复出院。住院时间为29d。

2 护理

2.1 动态观察引流液颜色变化,尽早发现胰漏

多数肝移植患者因门脉高压症致脾脏与周围组织粘连紧密,在游离脾脏时容易造成胰腺损伤,导致胰瘘。患者共有18d每日引流25~120mL液体,颜色为淡血色-淡黄色-浅灰色(浑浊)-灰褐色(黏稠)的动态变化过程。胰漏发生时间一般为术后3d及以上,腹腔引流液淀粉酶浓度大于正常血

[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] 2017-12-15

[作者简介] 王苑(1985-),女,山东人,主管护师,硕士,主要从事临床护理和护理管理工作。

[通信作者] 蔺建宇,副主任护师,本科,E-mail:gdwk8523@163.com。

清淀粉酶上限的 3 倍 (1500U/L)^[6]; 颜色为灰褐色液体, 这种颜色的引流液的动态变化对于胰漏有诊断价值。术后每日测定腹腔引流液淀粉酶, 发现引流液淀粉酶波动在 274~10650 U/L, 提示有胰漏。充分引流是促进胰漏愈合最为重要的手段, 因此, 我们保持脾窝引流管通畅, 做好引流管的护理, 并遵医嘱给予生长抑素治疗。

2.2 生长抑素的应用与护理

应用生长抑素可减少胰液的分泌, 利于胰漏的治愈。药物现用现配, 保证其有效性和连续性, 采用单独静脉给药。给药开始时可引起暂时性血糖下降^[7], 因此需每 2~4h 测血糖 1 次, 保持血糖波动在 5.7~12.1mmol/L。文献报道^[8], 有少数患者应用生长抑素会出现恶心、眩晕、面部潮红等不良反应。在静脉输注时, 向患者做好药物宣教, 告知患者药物的作用和不良反应, 如有不适及时告知医护人员。静脉输注醋酸奥曲肽稀释液的速度为 2mL/h 持续泵入; 每小时巡视 1 次, 观察并询问患者不适情况。本例患者采用静脉注射给药 5d 后, 改为皮下注射, 注射时观察注射部位有无渗出、红肿, 皮下注射 8d 后, 引流液逐渐减少, 给予停用。患者在生长抑素应用过程中无发生不良反应。

2.3 严密病情观察, 及时发现腹腔出血

腹腔出血是肝移植术后早期常见的并发症之一, 其发生率为 4.9%~13%^[9]。如胰液引流不充分易导致血管腐蚀性出血, 因此保持引流管的通畅, 对防止胰液对血管的腐蚀具有重要意义。术后严密观察腹腔引流的量、色、质变化; 观察生命体征变化。若在入量足够的情况下, 出现血性引流液、腹胀、腹痛、尿量减少、血红蛋白下降、血压下降、脉搏加快, 给予补充凝血因子、输注红细胞、补充血小板等治疗后患者的血压、血红蛋白仍持续下降, 腹腔引流管引流液持续增多、颜色鲜红, 且腹部超声提示大量腹腔积液的患者, 应考虑腹腔出血, 立即急诊行介入或手术止血。本例患者未发生腹腔出血。

2.4 预防血栓形成

2.4.1 积极抗凝 脾切除减少血小板在脾脏中破坏和储存、血清中血小板相关抗体减少, 均可导致术后血小板数量增加。血小板数量增加, 可致血液

高凝状态从而诱发门静脉血栓和下肢静脉血栓形成。门静脉血栓早期临床表现为腹痛、腹胀、呕吐、腹泻、腹水增加等, 因缺乏特异性故漏诊率较高, 因此术后每日床边行多谱超声检查门静脉血流的情况, 尽早发现门静脉血栓的发生。终末期肝病合并脾功能亢进行肝移植患者血小板应调控在 $100\sim 200\times 10^9/L$ 范围内。刘可峰等^[10]发现, 肝移植联合脾脏切除后 2 周血小板显著升高, 超过正常水平。该例患者术后血小板 $396\times 10^9/L$, 遵医嘱给予那曲肝素钠 0.4mL 每日 1 次皮下注射治疗 2d 后, 血小板波动在 $445\sim 491\times 10^9/L$, 改为那曲肝素钠 0.4mL 每日两次皮下注射, 经治疗, 患者肝移植术后 7d 血小板为 $337\times 10^9/L$, 肝功能好转, 未见新发活动性出血。

2.4.2 精准用药 患者术后存在凝血功能障碍, 首先根据监测情况积极纠正后给予尽早、精准抗凝。药物使用不当, 易发生血栓、出血甚至脑出血死亡。治疗过程中严密监测患者的凝血指标和精准用药。患者术后注射低分子肝素, 注射部位选择脐周 10cm 的范围, 避开脐周 1~2cm, 每针间隔 2cm 皮下注射。为保证皮下注射部位的准确, 我们使用抗凝剂皮下注射腹部定位卡 (见图 1), 以确保皮下注射部位的准确。方法: 将抗凝剂皮下注射腹部定位卡和每日皮下注射执行单一起存放。卡片中间空白部位代表肚脐位置, 数字代表每次注射部位, 按照卡片数字从小到大给予注射; 有规律的轮换注射部位, 每注射一次去掉一个数字。



图 1 抗凝剂皮下注射腹部定位卡

2.4.3 早期活动 患者 Autar 血栓评分^[11]为 14 分, 表示患者血栓发生的风险为中度, 采取如下措施, 床头悬挂预防血栓标识, 指导和帮助患者每日做

踝泵运动,方法:下肢伸展,腿部放松,将脚尖朝向自己勾起 10s→脚尖缓缓下压至最大限度 10s→放松→以脚踝为中心,脚部 360°环绕,每日最少做 3 次,每次 10min。采用 Barthel 指数量表^[12]对患者进行测评,得分为 61 分,表示患者自理能力为轻度依赖,我们在充分评估患者的活动耐力情况下,制订每日活动量并协助、监督患者完成如下活动:从监护室返病房后第 1 天下床活动,由护士、家属协助下床,在床边站立 5min,在椅子上坐 10min;第 2 天在护士、家属协助下绕床 1 周,上下午各 1 次,每日循序渐进增加活动量。

2.5 预防交叉感染

脾脏是人体最大的免疫器官。脾脏切除后各种免疫细胞居住、增殖、进行免疫应答及产生免疫效应的重要物质基地消失,机体长时间处于免疫低下状态,机体易感性增加,所以,肝移植患者脾切除术后细菌感染的机会明显增加^[4],同时,感染发生后机体亦难以及时有效地清除入侵病原菌,使普通感染更易进展为凶险性感染。由于肝移植患者处于免疫抑制状态,感染的临床表现、体征、实验室检查不典型,从而不能及时准确诊断。本例患者术后白细胞 $18.9 \times 10^9/L$,体温 $37.8^\circ C$,腹水培养未见真菌及细菌,为预防感染发生,给予头孢哌酮钠/舒巴坦钠 1.5g+0.9%生理盐水 100mL 静脉输注,每日 3 次。预防感染是护理的重点工作,给予保护性隔离,收治在单间,门口放置隔离的标识;患者家属穿隔离衣,家属和探视人员的隔离衣必须专人专用,定时更换,只允许一名家属陪住;用 500mg/L 的含氯消毒剂擦拭病室地面、床单位、床头桌,2 次/d。感染监测工作是预防关键,根据医嘱准确、及时采集患者血、痰标本进行培养检测,在对标本进行采集过程中,严格按照操作规范进行,避免标本污染而对检测结果造成影响。洗手是预防医院感染最简单而有效的方法,严格按照洗手指证洗手,并落实六步洗手法。该患者未发生交叉感染。

3 小结

脾切除术后胰漏发生率较低,但一旦发生常带来很多并发症,其中可引起腹腔内感染,如腹腔感染处理不当,可导致脓毒血症,危及生命,故脾切

除术后胰漏是一个严重的并发症。通过对该例肝移植合并脾切除术后胰漏患者的护理,认为术后尽早发现胰漏,给予积极干预;严密的病情观察,及时发现腹腔出血;早期、精准抗凝,预防门静脉血栓和下肢静脉形成;加强消毒隔离和预防感染等对促进患者康复具有重要意义。

参考文献:

- [1] 李慧,汪根树.肝硬化肝移植术后脾功能亢进的研究进展[J].器官移植,2016,7(3):238-240.
- [2] CHEN T Y, CHEN C L, HUANG T L, et al. Predictive factors for persistent splenomegaly and hypersplenism after adult living donor liver transplantation[J]. Transplant Proc, 2012, 44(3): 752-754.
- [3] 陈敬宇,江艺,张小进.脾切除与肝移植治疗门静脉高压症的相关研究[J].中国医药指南,2014,12(13):70-72.
- [4] AHMED S A, ZENGEYA S, KINI U, et al. Familial isolated congenital asplenia: case report and literature review[J]. Eur J Pediatr, 2010, 169(3): 315-318.
- [5] AYALA M A. Induction of tolerance in renal transplantation using splenic transplantation: experimental study in a canine model[J]. transplantation proceedings, 2010, 42(1): 376-380.
- [6] BASSI C, DERVENIS C, BUTTURINI G, et al. International study group on pancreatic fistula definition. post-operative pancreatic fistula: an international study group (ISGPF) definition[J]. surgery, 2005, 138(1): 8-13.
- [7] 张蓉.急性胰腺炎患者应用微量注射泵输注奥曲肽护理体会[J].承德医学院学报,2012,29(1):59-59.
- [8] 谭其玲,马登艳,谷波.8 例肾移植术后并发淋巴漏患者生长抑素治疗的护理[J].中华护理杂志,2011,46(12):1226-1227.
- [9] KAO M L, LIN P Y, HEISH C E, et al. Predictors of intra-abdominal coagulopathic hemorrhage after living donor liver transplantation[J]. International Journal of Surgery, 2013, 11(10):1073-1077.
- [10] 刘可峰,沈中阳,郑虹.活体肝移植联合脾切除的临床意义[J].山东医药,2011,51(14):36-37.
- [11] AUTAR R. Nursing assessment of clients at risk vein thrombosis (DVT): the Autar DVT scale[J]. J Adv Nurs, 1996, 23(4):763-770.
- [12] 李小峰,陈敏.改良 Barthel 指数评定量表的设计与应用[J].护理研究,2015,29(5 月上旬版):1657-1658.

[本文编辑:郑志惠]