

·个案护理·

1 例先天性胆道闭锁术后患婴行活体肝移植术后并发胃瘫的护理

刘莹,于颖,崔亚娟,李京,金云玉

(吉林大学白求恩第一医院肝胆胰外一科,吉林长春,130021)

[关键词] 患婴;先天性胆道闭锁;活体肝移植术;胃瘫;护理

[中图分类号] R473.72 [文献标识码] A [文章编号] 1671-8283(2019)01-0082-04 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2019.01.017

Nursing care for a baby with congenital biliary atresia who underwent living donor liver transplantation complicated by gastroparesis

Liu Ying, Yu Ying, Cui Yajuan, Li Jing, Jin Yunyu//Modern Clinical Nursing, -2019, 18(1):82.

(Section 1, Department of Hepatobiliopancreatic Surgery, Bethune First Hospital, Jilin University, Changchun, 130021, China)

[Key words] baby; congenital biliary atresia; living donor liver transplantation; gastroparesis; nursing

先天性胆道闭锁(congenital biliary atresia, CBA)是新生儿胆道进行性炎性梗阻性疾病,如不及时得到 Kasai 手术、肝移植术等有效治疗,患婴将出现进行性肝内外胆道闭锁、肝硬化,甚至肝衰竭^[1-3]。而进行 Kasai 手术仍不能得到有效改善的患婴,活体肝移植术是唯一有效的根治方法^[4]。活体肝移植治疗小儿胆道闭锁术后并发症包括肺部感染、急性排斥反应、胆瘘、肝动脉栓塞、淋巴瘘、上消化道出血、巨细胞病毒感染、EB 病毒感染、肝静脉流出道梗阻^[5],但胃瘫并发症未见报道。活体肝移植术后并发胃瘫可严重影响患婴进食、营养供应,延误康复进程,增加医疗费用,甚至可致呼吸功能及肾功能受损,危及患婴生命。目前,国内未见小儿活体肝移植术后并发胃瘫的系统护理措施。2018 年 4 月本院为 1 例因先天性胆道闭锁行 Kasai 手术后的患婴再次进行活体肝移植术,患婴术后并发胃瘫,经治疗和护理效果满意,现将护理体会报道如下。

1 病例介绍

患婴女,9 个月,因先天性胆道闭锁行 Kasai 术

后 7 个月余,诊断为失代偿期肝硬化、急性胆管炎,为行活体肝移植手术于 4 月 18 日入院。入院时患婴营养不良、重度黄疸,体重 8.9kg,血红蛋白 84g/L,白蛋白 21.3g/L,总胆红素 205.5 μ mol/L。次日在全麻下行小儿活体肝移植术,术后给予重症监护、抗感染、抗排斥及保肝等治疗。术后第 8 天,患婴出现频繁呕吐、腹胀,发热及呼吸困难症状,体温最高达 38.7℃,叩诊腹部呈鼓音,肠鸣音弱,行上消化道造影及肺部 CT 检查,结果提示,患婴胃排空障碍,考虑胃瘫。立即给予患婴禁食水、胃肠减压,当日 24h 胃液量达 650mL。同时加用吗丁啉及乳果糖增加胃动力,配合通便灌肠,全量静脉营养支持及每日腹部按摩和理疗。术后第 18 天,患婴自行排便排气良好,行上消化道造影结果提示患婴胃动力恢复,尝试给予全奶 90mL,每 4h 1 次,观察 2d,患婴耐受良好,无呕吐及腹胀,喂养量增至全奶 120mL,每 4h 1 次,3d 后患婴未出现不良反应,改为按需喂养。术后第 32 天,患婴顺利出院。

2 护理

2.1 胃肠减压护理

胃肠减压可减轻因食物、胃液刺激所致的黏膜水肿^[6]。通过减少胃部刺激使胃肠道得到充分的休息,促进胃张力恢复,因此禁食水,保持胃肠减压的有效性十分重要。该例患婴确诊胃瘫后,遵医嘱

[收稿日期] 2018-12-24

[作者简介] 刘莹(1998-),女,吉林长青人,护师,硕士在读,主要从事肝胆胰外科护理工作。

[通信作者] 金云玉,主任护师,本科,E-mail:28082490。

立即给予禁食水、胃肠减压,胃肠减压具体护理如下。①管路维护:胃管固定良好,注意观察是否有松动脱出,鼻部是否有破溃、糜烂、炎症等情况,胃管是否影响患婴正常鼻通气及呼吸。由于小儿胃管较细,为防止堵管,每 2h 用 5mL 注射器抽吸,确保胃管通畅。观察并准确记录引流胃液情况,为临床补液、维持水电解质平衡和观察病情提供可靠依据。②保护性约束:由于患婴肌肤娇嫩、四肢短小及合作性差,使得手臂固定成为护理配合的重点及难点,本科室自制纯棉材质的小儿约束手套及约束带进行双重固定,并在约束带内添加纱布,每 2h 放松 1 次,查看皮肤情况。同时做好患婴家属的宣教工作,强调管路的重要性,加强看护。③口腔护理:活体肝移植术后由于免疫抑制剂他克莫司、激素及大量广谱抗生素的应用,患婴免疫力低下且长时间禁食水,易引起口腔并发症,包括口腔溃疡、牙龈肿胀及霉菌斑等。在患婴禁食水、留置胃管期间,采用 3%碳酸氢钠液漱口,并联合碘甘油涂搽患婴口腔,以降低各种口腔并发症的发生率^[7]。该例患婴禁食水期间未发生口腔相关并发症。

2.2 促进胃动力功能恢复的护理

2.2.1 促进胃动力药物的应用 应用促进胃动力恢复的药物是目前治疗胃瘫的有效途径,主要药物为多潘立酮。但据报道^[8-10],多潘立酮使用过量会引起婴儿不良反应,出现椎体外系反应及中枢反应,包括头后仰、肢体强直、肌肉震颤、流涎、意识改变、惊厥、嗜睡等症状。因此为确保用药的安全性,邀请小儿消化内科、儿外科共同会诊,根据患婴的体重及体表面积进行计算^[11],共同确定给药剂量及措施。计算方法:小儿药物剂量=成人药物剂量 \times 小儿体表面积(m^2)/ $1.72(\text{m}^2)$;小儿体表面积与体质量、身长密切相关,其体表面积=体质量(kg) $\times 0.0128$ +身长(cm) $\times 0.0061-0.1529$ ^[12]。成人每日推荐剂量为 30~40mg,该例患婴体重为 8.9kg,身长为 71cm,经共同探讨后遵医嘱给予多潘立酮 2.7mg,联合乳果糖 7.5mL,每天 3 次经胃管注入,夹闭胃管 1h。由于患婴肝移植术后应用免疫抑制剂他克莫司,服用前 2h 及后 1h 均需严格禁食水^[13],且不可与其他药物同服,为避免药物配伍禁忌,将多潘立酮给药时间定为 8:00am、14:00pm 及

20:00pm。每日 2 次,服药间隔时间为 12h(常规为 6 时、18 时)。用药过程中注意观察不良反应。该例患婴用药期间未发生相关不良反应。

2.2.2 协助下肢屈曲活动及腹部按摩 研究表明^[14],下肢屈曲活动和腹部按摩可促进胃肠蠕动,其原理主要靠机械性动力作用增强肠蠕动,阻止肠袢间的粘着,促进胃肠道功能尽早恢复。协助患婴一侧下肢伸直,另一下肢屈膝、屈髋,然后伸直,反复多次,双下肢交替进行,以患婴可承受程度进行,每天 3 次;腹部按摩时,为避免患婴切口感染,按摩前应充分消毒双手,并戴无菌手套,在腹带外侧沿上腹部顺胃走向,行顺时针按摩,手术切口处应避免或减轻用力,防止因力量过大导致切口牵拉引起剧烈疼痛或切口开裂。按摩手法由轻到重,强度以患婴可耐受为宜,切忌粗暴,每天 3 次,每次 15min。除上述方法外,配合每日 3 次,每次 20min 的腹部理疗使肠管血管扩张,代谢增强,促进渗出吸收和组织再生而达到胃肠功能早期恢复的效果。该例患婴经干预 4d 后可自行排便排气,且听诊肠鸣音恢复正常。

2.2.3 监测血糖和血钾 由于血糖过高对胃肠动力有抑制作用,并与血糖呈正相关。该例患婴诊断胃瘫当日,血糖 7.3mmol/L,在正常范围内,但仍需监测指尖血糖每 4h 1 次,保证血糖控制在 6~10mmol/L。而血钾过高或过低均可使胃肠平滑肌张力减退,从而加重胃瘫^[15]。患婴血清钾为 3.2mmol/L,遵医嘱经胃管注入 10%氯化钾注射液 5mL,夹闭 1h,同时将每日输注的 650mL 营养液内 10%氯化钾注射液由原来 5mL 调整为 10mL。6h 后复查离子,结果提示血清钾为 3.5mmol/L。该例患婴血钾再未出现异常。

2.3 腹胀护理

患婴术后第 8 天因胃瘫而出现腹胀,患婴哭闹不止,给予开塞露 20mL 通便灌肠,每 6h 一次,由于患婴较小,为减少患婴不舒适感及提升灌肠效果,将开塞露加热至 39~41℃,并用 20mL 注射器抽出,连接 8 号小儿吸痰管,关闭负压孔,排好前端并使用石蜡油充分润滑后插入肛门 7~10cm,缓慢推注,如遇到阻力应轻轻向外拔出少许旋转后再进行灌注,切不可强行推注,结束后轻轻拔出吸痰

管,保留 5~10min^[16],注意观察患婴排便及腹胀缓解情况。通过以上干预措施,该例患婴腹胀得到有效缓解,可安静入睡。

2.4 营养支持

患婴禁食水、留置胃管 10d,期间严格准确记录出入量,确保患婴的(入量-出量)波动在 $\pm 100\text{mL}$ 之内,若超出此范围,及时通知医生后根据医嘱进行液体速度的调节。患婴此前补液速度为 25mL/h ,由于禁食水后没有经口摄入量,将补液速度调整为 40mL/h 。尿量应维持在 $>2\text{ml/kg}\cdot\text{h}$ ^[17]。在禁食水期间给予全胃肠外营养支持,主要采取静脉给予电解质、葡萄糖、氨基酸、维生素、微量元素等,其中葡萄糖为主要能量来源,维持热卡 $50\text{kcal}/(\text{kg}\cdot\text{d})\sim 90\text{kcal}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ^[17-18],同时给予患婴纠正低蛋白血症,每日给予人血白蛋白 5g 及丙种球蛋白 2.5g ,速度为 10mL/h 。通过上述营养支持方法,患婴总蛋白、白蛋白恢复至正常。患婴因胃瘫不能经口进食,需经颈内静脉置管给予营养支持,为预防发生中心静脉置管相关并发症,严格按照本院中心静脉置管维护标准流程及感控要求进行,具体护理措施如下。① 预防感染:定期为患婴颈内静脉换药,频次为 2 次/周,如因患婴哭闹、出汗导致贴膜松动或局部有渗血、渗液等情况立即更换。从患婴解剖学角度,其颈内静脉处于躯体皱褶部位,更换敷料时尽量使皮肤伸展,氯己定充分消毒待干后,使敷料紧贴于皮肤表面。② 导管护理:每次输液前均应抽吸回血,确保管路通畅后方可使用。输液过程加强巡视,如患婴因哭闹、躁动而导致管腔回血时及时冲洗导管,防止导管堵塞。输液结束后应用 0.9% 生理盐水 3mL 进行脉冲式正压封管,剩余 0.5mL 封管液时,一边推注一边退针,结束后夹闭导管保证正压。③ 导管固定:患婴因不会用语言表达,且无自我保护意识,加上长期禁食导致饥饿刺激,易激惹、哭闹,导管易滑脱,防止导管脱出是护理的难点。在为患婴更换敷料时,观察缝线有无滑脱、断裂,固定时除应用 3M 透气贴膜外,还要将导管“U”形固定,外露顶端使用防过敏透明胶布蝶形固定,增加牢固性。输液接头处可连接延长管增加长度,避免因牵拉导致管路脱出。经护理该例患婴颈内静脉置管维护良好,停药后给予拔除。

2.5 情绪管理

患婴由于禁食水、腹胀、保护性约束等因素导致舒适度下降,以哭闹为主要表现。长时间哭闹导致大量空气进入消化道加重腹胀,腹胀加重时,患婴哭闹加重,形成恶性循环,因此做好患婴的情绪护理至关重要。为患婴提供适宜环境,减少灯光刺激,集中护理操作,使患婴处于一个温馨的环境中;病床上摆放经消毒处理的日常依赖玩具及画册,病室内悬挂卡通图片;床边播放轻柔熟悉的音乐或喜爱的动画片;向患婴家长了解患婴的情绪表达方式,学习安抚技巧,必要时拥抱安抚患婴,减少其情绪波动及哭泣。同时做好患婴家长的疾病知识指导,树立信心,改善恐惧及焦虑状态,避免其负性情绪影响患婴。

4 小结

先天性胆道闭锁患婴活体肝移植术后出现胃瘫,除密切观察患婴的生命体征及病情变化、做好患婴的基础护理外,需重点维护胃管及各项管路、促进胃肠道功能的早期恢复、改善腹胀症状、加强营养支持,做好患婴的情绪管理,最终达到促进患婴早日康复,提高护理质量的目的,充分体现优质护理服务的内涵。

参考文献:

- [1] ANDREW B. PINTÉR, FARKAS A, ALAJOS PÁR, et al. A long-term follow-up of five patients with atresia of the common bile duct[J]. Journal of Pediatric Surgery, 2004, 39(7):1050-1054.
- [2] CHIU C Y, CHEN P H, CHAN C F, et al. Biliary atresia in preterm infants in Taiwan: a nationwide survey[J]. J Pediatric, 2013, 163(1):100-103.
- [3] MAKIN E, QUAGLIA A, KVIST N, et al. Congenital biliary atresia: liver injury begins at birth[J]. Journal of Pediatric Surgery, 2009, 44(3):630-633.
- [4] HARTLEY JL (HARTLEY, JANE L), DAVENPORT M (DAVENPORT), et al. Biliary atresia[J]. Lancet, 2009, 374(9702):1704-1713.
- [5] 朱志军, 孙丽莹, 魏林, 等. 肝移植治疗小儿胆道闭锁 130 例报道[J]. 中华小儿外科杂志, 2014, 35(4): 259-264.
- [6] 牛丽娜, 潘晓晶. 8 例卵巢癌患者术后胃瘫综合征的护理[J]. 现代临床护理, 2015, 14(3):19-22.

[7] 周晓君,易敏莉,肖春梅,等.3%碳酸氢钠联合制霉菌素甘油及碘甘油预防肝移植术后口腔并发症及肺部感染[J].护理学杂志,2008,23(2):45-46.

[8] 张秀芹,王光志.多潘立酮致婴儿中枢不良反应1例[J].中华现代中西医杂志,2005,3(5):458.

[9] 张桂玉,张玮,邵丽萍,等.婴儿口服过量多潘立酮致锥体外系反应1例[J].中国医院药学杂志,2000,20(8):511-511.

[10] 卫海燕,王凌飞,古建平.多潘立酮治疗婴儿胃食管反流相关性肺炎的疗效观察[J].儿科药学杂志,2009,15(1):18-20.

[11] 罗会萍.小儿生理特点与安全用药[J].中医药管理杂志,2015,23(16):90-91.

[12] 滕云,滕毓增,王成伟.修正的小儿体表面积药量法[J].实用医技杂志,2017(2):221-223.

[13] 雷雪雪,金云玉,臧明翠,等.1例经典型枫糖尿症患儿行肝移植术治疗的护理[J].护理学杂志,2016,31(10):38-40.

[14] 崔英惠,金红花,金全今.黏连性肠梗阻术后促进胃肠蠕动的临床观察[J].中国实用医药,2007,2(11):66.

[15] 朱美玲,乔杉,苏靖涵.胰腺癌 125 I 粒子植入术后并发功能性胃瘫患者的护理[J].中国实用护理杂志,2014,30(2):40-41.

[16] 孟红艳,高林,王忍,等.新生儿小肠闭锁和狭窄术后应用小量回流灌肠的效果观察[J].护理研究,2017,31(23):2936-2937.

[17] 唐艳,左泽兰,彭英.23例患儿活体肝移植术的术后护理[J].护理研究,2009,23(30):2777-2778.

[18] RD R T,BHATTI A M. Preventive strategies in chronic liver disease: part I. Alcohol,vaccines,toxic medications and supplements,diet and exercise[J]. American Family Physician,2001,64(9):1555-1560.

[本文编辑:李彩惠]



·编读往来·

参考文献著录规则

参考文献是学术论文的重要组成部分,正确的引用、著录参考文献,可以体现作者的科学精神和严谨的学术态度。现将参考文献的正确著录规则介绍如下。

1. 专著

[序号]主要责任者.题名[文献类型标志].出版地:出版社,出版年份:引文页码.

例:[1]李晓玲.护理理论[M].北京:人民卫生出版社,2003:110-112.

2. 期刊、报刊连续出版物

[序号]主要责任者.题名[文献类型标志].连续出版物题名,年,卷(期):引文页码.

例:[1]李瑞萍,陈忠华,江玉棉.运用护理程序对2型糖尿病患者实施健康教育的效果观察[J].现代临床护理,2011,10(6):61-62.

3. 电子文献

[序号]主要责任者.题名[文献类型标志/文献载体标志].[引文日期].获取和访问路径.

例:[1]世界卫生组织“.预防慢性病:一项至关重要的投资”概要[EB/OL].[2011-05-22].http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/zh/inddex1.hym1.

4. 从专著、论文集析出的文献

[序号]析出文献主要责任者.析出文献题名[文献类型标志]//源文献主要责任者.书名.出版地:出版社,出版年份:引文页码.

例:[1]邹承伟.主动脉夹层[M]//郭兰敏,范全心,邹承伟.实用胸心外科手术学.3版.北京:科学出版社,2010:1232-1233.

[本刊编辑部]