

同种异体原位肝移植术后 T 管的观察和护理

宋洁 陈秀华 徐志萍
(江苏省无锡市中西医结合医院 无锡 214043)

关键词:肝移植术后;T 管;护理

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)02-0087-01

肝脏移植是当今治疗终末期肝病的唯一有效手段^{〔1〕}。我院于 2000~2004 年共实施同种异体原位肝移植 26 例,移植肝胆道重建均采用供受体胆总管端端吻合 T 管引流术,通过良好的 T 管护理,有效地降低了胆道并发症的发生率。现将护理体会报道如下:

1 临床资料

我院于 2000~2004 年行同种异体原位肝移植 26 例,男 21 例,女 5 例;年龄 34~63 岁;其中原发性肝癌 15 例,乙肝后肝硬化 10 例,原发性胆汁性肝硬化 1 例。所有病例均经病理证实。供体均为脑死亡男性,年龄 20~25 岁,供肝获取采用快速肝切取法,供肝灌注及保存均为 4℃ 的 uw 液,热缺血 2~8min,冷缺血 4~12h,采用经典原位肝移植 7 例,改良背驮式 19 例,其中肝肾联合移植 1 例。胆道重建采用供受体胆总管端端吻合术,常规放置 T 管引流,术后统一采用 FK506、激素和骁悉三联免疫疗法,术后 3~6 个月拔除 T 管,没有发生

在此基础上给予 IVIG 400mg/(kg·d) 静脉滴注,连用 3d。

1.3 观察项目 体温恢复正常时间、皮肤剥脱糜烂处干燥时间、疼痛消失时间。

1.4 统计学方法 计量资料以($\bar{X} \pm S$) 表示,采用 t 检验。

2 结果

两组观察项目比较见表 1。

组别	n	体温恢复正常时间	表皮剥脱糜烂处干燥时间	疼痛消失时间
对照组	12	3.6± 0.9	5.1± 1.2	5.8± 1.4
观察组	19	2.5± 1.1	3.4± 1.1	3.9± 1.2
T 值		2.900	4.048	4.027
P		<0.01	<0.01	<0.01

3 护理

3.1 重视病房环境对病情的影响 由于 SSSS 起病凶险,患儿皮损面积大,抵抗力低,易造成创面及全身感染加重,并易导致交叉感染。应尽量将患儿安置于单人病房,减少探望,减少感染机会。病室每日紫外线照射消毒 1 次,每次 0.5h,每日 1:400 消毒灵拖地 1 次。

3.2 皮肤护理 (1)剪短指甲,指导家长注意看护患儿,不可搔抓皮肤或强撕皮屑,游离痂皮可用消毒剪剪去。(2)穿全棉、宽松、柔软、低领衣裤,减少对创面的摩擦及刺激。急性期减少搬动,以减少搬动造成的皮肤疼痛。(3)糜烂处用康复新湿敷,湿敷面积每次不超过体表 1/3,交替轮换并注意保暖。

3.3 用药护理

3.3.1 严格无菌操作 IVIG 是一种血清制品,易被污染。在准备与输注过程中要严格按照无菌操作原则执行,操作前仔细检查药物有效期、玻璃瓶有无裂痕,开启后立即使用。

3.3.2 观察用药反应给予相应护理 IVIG 是一种异体蛋白,容易引起免疫反应,如:寒颤、发热、头痛、皮疹等,且常在 30min 内发生,可能与输注过快或个体差异有关。已有个案报道 IVIG 可引起过敏性休克^{〔2〕}、荨麻疹^{〔3〕}。因此控制输液速度是护理的关键,开始时宜慢 0.6~1.2mL/(kg·h),如无不良反应,

严重的胆道并发症。

2 护理体会

2.1 心理护理 T 管是肝移植术后保留时间最长的引流管,给患者生活上造成许多困难和不便,因此,在护理过程中,我们应向患者及亲属详细解释 T 管的作用和重要性,使患者在心理上接受 T 管,从而更好地配合治疗。加强专人护理,避免因术后伤口疼痛不适、患者烦躁不安等造成 T 管滑脱。有时胆汁会沿 T 管少量外渗,要做好皮肤护理,即时换药,保持皮肤干燥,减轻胆汁对皮肤刺激,必要时可外用锌氧油软膏。

2.2 T 管的固定 肝移植行胆总管端端吻合 T 管引流者,T 管固定至关重要。如果早期滑脱可造成胆漏、胆道狭窄等严重并发症。除用缝线与皮肤固定外,还需用胶布把 T 管固定于腹壁,防止患者活动或更换引流管时牵拉 T 管。包扎伤口敷料时要防止对 T 管造成扭曲、折叠等情况。

2.3 密切观察胆汁的量及性质 肝移植术后(下转第 90 页) 15~30min 后逐渐加至 2~4mL/(kg·h)。在输注全过程中注意观察患儿的全身反应,有异常立即处理。个别患者输液结束后亦可发生上述免疫反应,因此在输注完毕后仍应继续观察。本组 19 例患儿未发现不良反应。

3.4 心理护理 SSSS 患儿由于表皮剥脱皮肤疼痛明显,入院后又进入一个陌生的环境,患儿往往感到惊恐不安,哭闹不配合治疗。我们不能忽略他们的心理变化,及时有效地给予安抚和爱护,才能更好地提高护理质量,促进患儿痊愈。在做好患儿心理护理的同时获得家长的配合也是十分重要的,因为家长的情绪可间接影响患儿的心理状态。SSSS 是一种严重皮肤病^{〔4〕},家长常担心患儿预后及是否留有皮肤疤痕,我们应耐心细致地介绍疾病有关知识,在肯定 SSSS 有潜在危险的同时应强调该病是能够治愈的,使家长紧张情绪得到改善,更好地配合治疗。

综上所述,IVIG 可以提高人体 IgG 水平,并直接中和细菌抗原,对细菌感染的免疫缺陷状态起调节作用。本组资料显示 IVIG 可缩短病程,减少疼痛时间,加快创面干燥,是辅助治疗 SSSS 较好的方法。同时 IVIG 又是一种异体蛋白,易引起过敏反应,只要我们在应用时严格控制输液速度、加强护理观察,是完全能够确保用药安全的。

参考文献

[1]赵辨.临床皮肤病学[M].第 3 版.南京:江苏科学技术出版社,2001.338-339
[2]樊翌明,呈志华.葡萄球菌烫伤样皮肤综合征的研究进展[J].国外医学·皮肤性病学分册,2002,28(1):22
[3]叶云才.肌注丙种球蛋白致一例过敏性休克[J].安徽预防医学杂志,2003,9(1):11
[4]石平序,司建华,蔚春成,等.注射丙种球蛋白引起荨麻疹 1 例[J].皮肤病与性病,2005,27(2):57
[5]王侠生,廖康煌,杨国亮.皮肤病学[M].上海:上海科学技术文献出版社,2005.245-246

(收稿日期:2007-05-16)

0.05); 术后第 5 天两组患者 ALT 和 AST 均恢复至术前水平 ($P>0.05$)。两组患者术前 IL-6 和 IL-8 水平均无显著性差异 ($P>0.05$)。乌司他丁治疗组和对照组术后第 1、3 天 IL-6 和 IL-8 明显升高 ($P<0.05$), 但乌司他丁治疗组升高幅度明显低于对照组 ($P<0.05$), 术后第 5 天两组患者 IL-6 和 IL-8 均恢复至术前水平 ($P>0.05$)。

3 讨论

LC 术后患者肝功能会出现暂时的、可逆的减退。肝功能表现为血清肝转移酶的短暂性升高, 而 CO₂ 气腹是造成血清肝转移酶变化的主要原因^[4]。LC 术中的 CO₂ 气腹压(IAP)一般在 2.0 kPa(15 mmHg)左右。随 IAP 的增高, 门脉压及门脉-肝内血流阻力进行性升高, 门静脉流量进行性降低, 肝动脉的血流变化较门静脉血流量变化更严重^[5]。同时手术结束时突然解除气腹, 产生缺血-再灌注损伤, 氧自由基增多, 加重肝细胞的损害。另外, 全麻用药、手术操作(如挤压肝脏)和术中血液动力学不稳定等因素也可能是引起肝酶升高的原因^[6]。本研究结果显示 LC 术后第 1、3 天 ALT 和 AST 均较术前明显升高, 第 5 天即恢复至术前水平, 表明 LC 术后肝功能会出现暂时的、可逆的减退, 一般情况下患者可以耐受。乌司他丁是一种蛋白酶抑制剂, 对多种酶有抑制作用, 能够稳定溶酶体膜, 抑制溶酶体酶的释放, 清除氧自由基, 抑制炎症介质释放, 具有对抗缺血-再灌注损伤作用。本研究结果显示用乌司他丁进行预防性治疗, 在乌司他丁治疗组术后 ALT 和 AST 升高程度明显低于对照组, 表明乌司他丁对肝功能的保护作用明显。具体机制尚不完全清楚, 一般认为与其稳定溶酶体膜、抑制蛋白水解酶及纤溶酶的释放有关。

IL-6 和 IL-8 是体内重要的促炎症细胞因子。IL-6 能促进 C 反应蛋白等急性时相性蛋白的合成, 诱导细胞间粘附分子的表达, 促进炎症扩展, 是急性期损伤的诱导物和炎症反应的促发剂, 一般认为是手术创伤后组织损伤严重程度的标志

(上接第 87 页) 早期, 随着肝功能的恢复, 胆汁分泌量逐渐增加, 质地由稀变稠, 但胆汁引流量受 T 管管径及十二指肠乳头功能的影响, 引流量与肝功能恢复不一定成正比^[4]。在观察引流量时, 还要注意胆汁的性状, 术后 48h 要每 2 小时记录胆汁引流量一次, 后改为每天一次, 如果引流量少, 但质地黄稠澄清, 全身情况可, 肝功能无加重, 考虑胆汁经肠道途径排泄。如果引流量减少, 全身情况差, 有腹胀, 肝功能检查损害加重, 要注意胆道梗阻, 首先要排除 T 管扭曲、受压等机械因素, 并根据胆汁性状进一步判断。如果胆汁中夹有血液, 考虑胆道出血凝血块堵塞; 如果有脓性胆汁或絮状物引出, 考虑胆道感染; 如果有胆泥引出, 考虑胆道有结石形成的可能。可分别用去甲肾上腺素、甲硝唑等溶液低压少量冲洗, 保证 T 管通畅, 必要时可行 T 管胆道造影。如果引流液由稠变稀, 由黄变绿, 伴畏寒、发热、乏力、肝区疼痛、总胆红素上升, 要考虑有无排斥反应^[7]、移植肝功能衰竭。

2.4 更换引流管 注意严格无菌操作, 术后 1 周每日更换引流袋一次, 引流管与引流袋连接处用无菌敷料包扎, 更换时要夹闭 T 管上端, 末端不可提高, 防止胆汁回流。术后第 1 周每天做胆汁细菌培养, 1 周后改 3d 或 1 周一次至拔管。

2.5 夹管 长期行 T 管引流, 尤其是在胆汁引流量大时, 易

引起 IL-8 能刺激中性粒细胞、T 淋巴细胞和嗜酸性粒细胞的趋化, 促进中性粒细胞脱颗粒, 释放弹性蛋白酶, 损伤内皮细胞, 使微循环血流淤滞和组织坏死。本研究结果显示, LC 术后第 1、3 天 IL-6 和 IL-8 水平均较术前明显升高, 但第 5 天即恢复至术前水平, 可见 LC 手术可引起 IL-6 和 IL-8 水平暂时性上升, 这也说明腹腔镜手术是微创的而不是无创的, 仍然会产生一定创伤反应, 从而抑制机体的免疫功能。同时本研究结果还显示用乌司他丁进行预防性治疗, 乌司他丁治疗组术后 IL-6 和 IL-8 升高程度明显低于对照组, 可见乌司他丁能够有效地降低 IL-6 和 IL-8 的水平。表明乌司他丁可抑制手术引起的促炎症细胞因子释放, 减轻全身炎症反应, 提高机体抵抗手术侵袭的能力。

参考文献

[1]Giraud G, Brachet Contul R, Caccetta M, et al. Gasless laparoscopy could avoid alterations in hepatic function[J]. Surg Endosc, 2001, 15: 741-746
[2]Hochstadetr H, Bekavac-Beslin M, Doko M, et al. Functional liver damage during laparoscopic cholecystectomy as the sign of the late common bile duct stricture development[J]. Hepatogastroenterology, 2003, 50: 676-679
[3]潘成, 虞惠康, 罗月娥. 注射用乌司他丁[J]. 中国新药杂志, 2000, 9 (2): 123-124
[4]Nesek V, Rasic Z, Kos J, et al. Puninotransfersses after experimental pneumoperitoneum in dogs [J]. Acta Anaesthesiol Scand, 2004, 48: 862-866
[5]Hashikura Y, Kawasaki S, Munakata Y, et al. Effects of insufflation on hepatic and renal blood flow[J]. Surg Endosc, 1994, 8: 759-761
[6]Scapa E, Pinhasov I, Eshchar J. Does general anesthesia affect sinusoidal liver cells as measured by beta-N-acetyl hexosaminidase serum activity level[J]. Hepatogastroenterology, 1998, 45: 1 813-1 815
[7]杨浩波, 孙志香, 郭曲练. 腹腔镜手术时乌司他丁对肝肾功能保护作用[J]. 中华实验外科杂志, 2006, 23(3): 362-363

(收稿日期: 2007-07-30)

致水电解紊乱、食欲减退、消化不良等现象。我院一般术后 3 周开始夹管。开始时每 2 小时交替开放和夹闭, 如无腹胀、腹痛等症状, 可逐渐延长夹管时间至完全夹管。夹管过程中如果出现腹胀、恶心、畏寒发热等胆管炎症状, 要及时开放引流管, 并注意观察胆汁的量和性状。夹管后要做好 T 管护理, 皮肤伤口定期换药, T 管末端用碘伏消毒, 用无菌敷料封闭, 并妥善固定于腹壁。3 个月后如果全身情况良好, 行胆道造影后可考虑拔管。

胆道并发症是目前导致肝移植失败的主要原因之一, 移植术后胆道并发症发生率为 10%~20%, 部分与 T 管护理有关。肝移植后密切观察病人的病情变化, 重视病人主诉, 尤其做好 T 管护理, 防止 T 管的滑脱、移位、阻塞, 注意观察胆汁的量及性状, 能有效降低胆道并发症的发生。

参考文献

[1]黄洁夫. 肝脏移植的理论与实践[M]. 广州: 广东科技出版社, 1998. 190
[2]黄美清. 同种原位肝移植术的监护[J]. 中华护理杂志, 1996, 31 (3): 140
[3]揭彬. 肝移植术后早期急性排斥反应的护理[J]. 解放军护理杂志, 2004, 21 (1): 60

(收稿日期: 2007-06-26)