

[临床护理]

# 1 例同种异体原位肝移植术后合并多种并发症患者的护理

郑佩慈 黄美玲 石羽 黄文洁 贺松林

**[摘要]** 总结 1 例同种异体原位肝移植术后合并多种并发症患者的护理救治经验,患者在住院过程中,并发了术后出血、急性脑梗死、脑出血、贫血、肝性脑病、肺炎等并发症,通过给予针对性的治疗和精细化的护理,最终患者的病情得到控制并逐渐恢复,并转出到普通病房进行延续性治疗。

**[关键词]** 肝移植;并发症;脑梗死;脑出血;护理

自 20 世纪开始发展至今,肝移植手术成为肝病末期最有效的治疗手段。我国肝移植技术也逐渐成熟并日益完善,但在术后患者仍可能会出现术后出血、胆道疾病、肿瘤复发等并发症<sup>[1]</sup>。本科室于 2022 年 3 月 13 日收治了 1 名肝移植术后并发出血、急性脑梗死、急性脑出血、贫血、肝性脑病、肺炎等多种并发症的患者,该患者在短短两天内相继并发了术后出血、急性脑梗死和急性脑出血,并在 17 日确诊为肺炎,病情变化之迅猛,生命岌岌可危。在治疗该患者的过程中,除了给予针对性的治疗方式以外,还进行了精细化的护理,其中护理工作对该患者的病情控制起到了重要的作用,通过严密的病情监测、异常体征和症状的处理、严格的体液管理和并发症的预防,最终该患者的病情逐渐平稳并有所好转,并于 3 月 29 日平安转出回到普通病房,现将护理体会报道如下。

## 1 病例介绍

患者,男,60 岁,于 2022 年 3 月 13 日因“肝癌综合治疗 1 月余”入肝胆外科治疗,肾移植术后二十余年,既往有肝癌、2 型糖尿病、高血压。3 月 13 日,患者在本院进行同种异体原位肝移植术,术后转入 ICU 治疗;次日 9:00,患者清醒并能配合动作,予以暂停呼吸机辅助呼吸并拔除气管导管,但 11:00,患者突发意识改变、血氧下降,伴右侧肢体不能动,医护人员立即组织床边抢救,重新于床边气管插管并接上呼吸机,后急查头部+胸部+腹部 CT,检查结果提示:左侧大脑中动脉狭窄,急性脑梗死,腹部出血可能。经会诊决定,于 3 月 14 日 21:00 给患者进行剖腹探查术,对腹部出血部位进行血管结扎,术毕

再次返回本科室,返回科室时间为 3 月 15 日凌晨。经过 2 次手术,患者身上置入各类管道达 10 条。3 月 16 日中午,患者再次出现意识改变,紧急复查头部 CT,结果提示:左侧颞枕叶脑出血合并周围水肿、左侧蛛网膜下腔出血,出血量约 16 mL;16:00,再次复查患者头部 CT,结果提示出血量未再增加,因患者贫血、血小板低下,手术风险过大,医生予以保守治疗。当日实验室数据显示:血红蛋白 48.00 g/L,血小板计数  $28.00 \times 10^9/L$ 。3 月 17 日,胸部 DR 正位片提示:右下肺炎。由于患者经过 2 次手术,且术后生命体征极其不稳定,还出现了术区伤口出血、脑梗死、脑出血、贫血、肺炎等并发症,医生决定予以患者充分镇静镇痛治疗,在治疗过程中,护理人员对患者进行了充分的精细化护理,并于术后第 3 天(3 月 18 日)使患者的病情得到了控制,患者的生命体征、化验指标等也逐步恢复正常;3 月 29 日上午,患者顺利脱离呼吸机治疗,在拔除气管导管后,改为经鼻高流量吸氧装置吸氧治疗,29 日下午转回普通病房继续治疗。

## 2 护理

### 2.1 病情监测

**2.1.1 生命体征的监测** 由于患者第 2 次手术后 3 d 内(文中的术后 3 d,均指第 2 次手术后 3 d,即 3 月 16 日—3 月 18 日)血压不稳定,凝血功能差,极易再次发生脑出血、脑疝等严重并发症,故在术后前 3 天,做到每 30 min 监测患者的心率、血压、体温、呼吸和血氧饱和度。①血压:患者处于脑出血状态,颅内压增高致血压增高,留置左桡动脉导管,连接监护仪动态监测患者的血压变化,在血压高时,遵医嘱将 NS 10 mL+乌拉地尔 200 mg 通过微量泵持续泵入,降低患者血压,并动态调整血管活性药物的用量,将患者收缩压控制在 140~160 mmHg 之间,避免因血压波动过大对患者脑部造成二次损伤<sup>[2]</sup>。②体温:因高热会致患者脑耗氧量增加,将患者体温

[DOI] 10.19792/j.cnki.1006-6411.2024.11.024

[工作单位] 中山大学附属第五医院重症医学科 珠海 519000

[作者简介] 郑佩慈,女,本科,护师

[收稿日期] 2023-01-11

控制在 36~37.5 ℃;使用金属探头体温计持续监测患者体温变化,当体温超过 38 ℃时,立即予冰袋或冰毯行物理降温,体温>38.5 ℃时,物理降温联合药物降温,使用退热药物如鼻饲布洛芬混悬液、静脉注射地塞米松等。③呼吸和血氧饱和度:患者处于机械通气状态,保持呼吸道的通畅,按需吸痰,关注血氧饱和度的变化,使血氧饱和度维持在 95%及以上。术后第 4 天,即 3 月 19 日,由于患者的生命体征波动较前平稳,调整了以上监测指标的监测频次,调整成每小时监测 1 次,生命体征值的控制目标不变。

2.1.2 意识的监测 患者肝移植术后合并脑出血,需严密监测意识的变化,术后 1 周内(3 月 16 日—3 月 22 日)需充分进行镇静镇痛治疗,本案例采取了以下 3 种方式对患者进行脑部护理。①镇静镇痛:术后由于经口气管插管、术区疼痛、双上肢约束等情况的存在,患者出现了躁动。遵医嘱联合使用盐酸瑞芬太尼注射液、盐酸右美托咪定注射液、咪达唑仑注射液和丙泊酚注射液等药物,对患者进行镇痛镇静治疗,使患者处于静息状态,每小时使用重症监护疼痛观察量表(critical-care pain observation tool, CPOT)及 RASS(Richmond 躁动-镇静评分)评分工具对患者进行评估,镇痛目标定为<3 分,镇静目标定为-3~1 分,避免镇静过度,不利于观察瞳孔变化<sup>[3]</sup>。②脑保护:采用冰帽对患者进行脑保护,减少脑部耗氧量及代谢废物的产生。③意识、瞳孔的监测:每小时观察患者瞳孔的大小、直径和对光反射的变化<sup>[4]</sup>,并于每日早上 8:00—9:00 停止镇静药物的泵入,对患者进行每日镇静唤醒(daily awaking, DA)。3 月 23 日,患者苏醒,格拉斯哥昏迷评分(Glasgow Coma Scale, GCS)为 E5+VTM6 分,暂停脑保护和镇静药物的使用,镇痛药物则继续使用,以减轻经口气管插管给患者带来的不适感,将疼痛控制在 3 分以下,同时需每小时评估患者瞳孔大小、对光反射等的变化。

2.1.3 出入量的监测 患者的入量包括鼻饲量和补液量,出量则包括尿量、胃液、各伤口引流量、大便量及超滤量;为保持患者出入量平衡,遵循量出为入的原则。①入量:做好液体管理,每小时进入患者体内的补液总量不超过 180 mL,维持中心静脉压在稳定范围内,波动控制在 5 cmH<sub>2</sub>O 左右,遵医嘱予以营养液鼻饲,速度不宜过快,鼻饲速度以回抽不到胃液为宜,根据胃液回抽结果动态调整鼻饲液的速度为 30~60 mL/h;②出量:术后前 3 天每小时监测患者腹部各伤口引流管(胃管、T 引流管、右上腹腔引流管、右下腹腔引流管、左侧腹腔引流管)的引流量、尿量、超滤量及大便量,每小时离心挤压引流管,

避免导管堵塞,记录伤口引流液的颜色、性状、量,各引流液每小时总量超 300 mL 时立即报告医生,3 d 后(3 月 19 日)将观察、挤压引流管、记录等操作的频次改为 2 h/次;患者尿少,在血压稳定的前提下,遵医嘱动态调整每小时呋塞米注射液的微量泵入量,并调整血液净化治疗时每小时的脱水量,每当患者解出大便时,记录大便的颜色、性状和量,尽量保持患者每小时的出入量为平衡状态<sup>[5]</sup>。

2.1.4 血糖的监测 高血糖易给移植肝带来较大负担,因此控制患者的血糖有利于减轻肝损伤<sup>[6]</sup>。为控制患者血糖,遵医嘱使用胰岛素注射液微量泵调控患者的血糖,将患者的血糖目标值定为 8~10 mmol/L。在取得患者家属同意后,留置雅培瞬感血糖仪,动态监测血糖,尽量减少患者指端末梢的针刺次数<sup>[7]</sup>。

2.1.5 实验室指标的监测 每日关注并追踪患者红细胞计数、白细胞计数、降钙素原(PCT)、血小板计数、血红蛋白、白蛋白、血氨浓度、血糖浓度、血钾浓度、BNP 值、D-二聚体、凝血酶原时间等敏感指标的变化,出现异常值及时报告医生并根据医嘱给予针对性的治疗措施,比如静脉输血输液、泵入胰岛素调控血糖值、泵入氯化钾保持血液钾离子浓度在正常范围内等;各指标出现危急值时,及时做好危急值的对症处理并做好记录。

2.2 一般护理 ①安排专人护理,穿着一一次性隔离衣,予以患者保护性隔离。②体位管理:予以绝对卧床休息,每 2 h 翻身 1 次、皮肤受压处予以减压处理,使用泡沫敷料外贴及液体敷料外涂预防压力性损伤;取半卧位,抬高床头 30~45°,一能让胸廓得到充分的扩张,二可帮助胃肠向下蠕动,避免胃内容物的反流和潴留,三有利于腹部伤口引流液的排出,减轻腹内压,降低腹肌张力。③基础护理:每天早上予以患者床上擦浴,使用擦澡湿巾和洁肤液对患者皮肤表面进行擦拭和清洁,达到抑制细菌的目的;每 8 h 进行 1 次口腔护理,护理液为洗必泰漱口液,有助于抑制口腔细菌繁殖;每日 2 次会阴护理,生理盐水清洗后使用洁悠神抑菌液外喷。④保持消化道通畅:每日 3 次腹部按摩,顺时针方向,帮助患者大便排出。

### 2.3 并发症的护理

2.3.1 术后出血的护理 ①指导患者穿着舒适柔软的病服,保持患者腹部伤口干燥清洁,每班观察敷料是否有渗血渗液。②观察身上皮肤出血点的变化,操作时动作轻柔,避免动作粗鲁导致患者出血。③术后 3 d 内,每小时(19 日开始改为每 2 h 挤压 1 次)离心挤压术后各种引流管,保持引流管通畅,

使用负压引流球持续低负压吸引,记录引流液的颜色、性状和量,当各引流量总量>300 mL/h 时及时报告医生。④遵医嘱使用各类血制品(如红细胞悬液、冷沉淀、血浆、血小板、白蛋白等)及止血药进行针对性治疗,并关注患者血红蛋白、红细胞计数、凝血酶原时间和血小板计数指标的变化<sup>[8]</sup>。⑤操作时应动作轻柔,避免给患者带来损伤。

**2.3.2 脑梗死和脑出血** ①脑水肿期对患者进行脑保护,予以头戴冰帽,控制体温,降低脑部耗氧量。②每小时监测患者的意识、瞳孔变化。③严格控制患者血压,使收缩压维持在 140~160 mmHg,使用血管活性药物动态调整血压。④抬高床头,减轻脑水肿的症状,有利于头部静脉血液回流。⑤氧疗:予以吸入中高浓度(45%~60%)的氧气,保证充足的氧气,供机体代谢需求及脑部消耗<sup>[9]</sup>。

**2.3.3 贫血** ①保持患者安静状态,使用呼吸机持续辅助呼吸。②遵医嘱给予患者静脉滴注红细胞悬液,及时补充血容量和血红蛋白含量。③密切关注患者伤口出血情况和实验室检查指标。④抽血过程中注意减少血液的丢失,避免多抽,抽完血后压迫针刺点的时间要足够长。⑤予以肠内优质蛋白流质饮食,及时补充优质蛋白质。⑥遵医嘱使用促红素、多糖铁复合胶囊等药物促进患者自身红细胞的生成。

**2.3.4 肺炎** ①抬高床头,使胸廓得以扩张。②按需吸痰,通过听诊、观察 SpO<sub>2</sub> 指标、查看呼吸机气道峰流速等方式判断患者是否有痰;每次吸痰时间<15 s,必要时协助医生进行床边纤支镜吸痰,保持呼吸道通畅,根据痰液的黏稠度调节呼吸机的湿化程度,使患者的痰液黏稠度保持在 II 度<sup>[10]</sup>。③及时倾倒冷凝水,避免误吸。④定期更换呼吸机回路,有明显污染时及时更换。⑤落实手卫生,在进行气道相关操作时严格无菌操作。⑥保持气管导管内气囊压力不小于 25 mmHg。⑦协助排痰,给予叩背帮助咳痰,痰液黏稠时使用振动排痰仪帮助排痰。⑧保证口腔清洁,清理口腔、鼻腔分泌物,充分吸引干净后,每 8 小时进行 1 次口腔护理,及时更换导管固定的边带和敷料,口腔护理时使用含氯己定的含漱液<sup>[11]</sup>。⑨遵医嘱使用抗生素及化痰药物,并观察药物的疗效和不良反应<sup>[10]</sup>。

**2.3.5 肌无力** 患者由于发生脑梗塞后继发了脑出血,致右侧肢体偏瘫。研究<sup>[12]</sup>表明,越对患者进行康复锻炼,越能促进患者患侧肌力的恢复。本案例邀请康复科会诊,在患者术后 3 d 开始进行康复锻炼:①由康复师指导患者进行四肢主动及被动练习;②使用电动康复机联合神经肌肉电刺激,每天 2 次,每次 30 min,观察患者肢体活动情况及肌力恢复

程度<sup>[13]</sup>;③使用针灸及微电疗刺激患者呼吸肌,训练患者呼吸功能<sup>[14]</sup>。

**2.3.6 其他并发症的预防** ①排斥反应:遵医嘱予以抗排斥药物治疗,每日静脉滴注注射用巴利昔单抗 20 mg,给予吗替麦考酚酯胶囊及他克莫司;②肝性脑病:保持消化道的通畅,监测患者排气排便状况、血氨浓度变化情况;血氨浓度过高予以乳果糖、开塞露和白醋等药物,辅以腹部按摩,促进肠蠕动,吸收氨离子,减少肠道氨的残留;③病毒性肝炎<sup>[15]</sup>:遵医嘱使用乙肝免疫球蛋白及恩替卡韦分散片,另外,予以门冬氨酸鸟氨酸静脉给药,保护肝脏;④低蛋白血症:动态监测患者白蛋白数值,遵医嘱予以白蛋白 10 g,每日 3 次静脉滴注;⑤深静脉血栓:给予每日 3 次床边抗血栓压力治疗,每次 1 h,每周请 B 超科医生会诊,监测有无深静脉血栓的形成<sup>[16]</sup>;⑥非计划性脱管:患者身上管道较多,容易发生非计划性脱管,各管道应按标准固定,约束患者的双上肢,操作时应预留足够长度的管道,避免拖、拉、拽等导致脱管;⑦焦虑、抑郁:患者后期病情稳定,神志清楚,安排患者家属床边探视,给予心理护理,多与患者沟通,尽量满足其需求,耐心向患者解释病情和当下情况,鼓励其配合治疗,以达到早日转科的目的<sup>[17]</sup>。

### 3 小结

肝移植手术在我国已发展成熟,但对于部分合并较多慢性疾病的患者来说,实行肝移植手术,术后发生并发症的概率较高。本例患者术后出现诸多并发症,细微的病情变化会对疾病预后及生存率产生较大影响,因此在整个护理过程中,护理人员采取了严密的病情观察和精细化的护理措施,这对患者病情的稳定、各器官功能的逐步恢复和早日康复起到了促进作用<sup>[18]</sup>。该患者术后生命体征极其不稳定,且存在多种合并症,要想稳定患者的病情,需要连续不断的观察。本案例中该患者由 1 位责任护士负责,其工作量巨大且繁重,容易导致心理压力过重,也容易导致护理操作实效性欠佳,该患者经过 16 d 的精心治疗和护理,病情趋于稳定,最终也转回了普通病房。但针对该患者,科室可建立多学科协作团队管理患者,针对患者出现的各种并发症提出更专业、更细致的护理,同时可安排多人看管该患者,或是安排护理组长协同监管,一方面可以分担管床护士的看管压力,另一方面可以保证患者的病情更稳定,保证护理的工作质量和患者的生命安全<sup>[19]</sup>。

#### [参 考 文 献]

- [1] 孙丽莹.肝移植术后常见并发症及其处理[J].中华医学信息导报,2011(12):15-17.
- [2] SANER F H,HOYER D P,HARTMANN M,et al.The Edge of Unknown:Postoperative Critical Care in Liver Transplantation[J].

[临床护理]

# 7例系统性红斑狼疮伴重度血小板减少患者的护理

戴晓英<sup>1</sup> 宋小玲<sup>1</sup> 许亚军<sup>2</sup>

**[摘要]** 总结7例系统性红斑狼疮伴重度血小板减少患者的护理经验。护理要点:密切观察病情,预防再出血;合理用药,遵医嘱予以升血小板治疗及护理;遵医嘱给予对症处理,做好高热护理;注重饮食指导,做好患者安全护理;加强心理护理,提高自我护理能力;加强出院宣教,提高患者出院后生活质量。7例患者经精心治疗及护理,病情均得到缓解后出院。

**[关键词]** 系统性红斑狼疮;重度血小板减少;护理

系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)是一种自身免疫性炎症性结缔组织病,其特点是多种自身抗体损害靶器官,累及的器官及系统多为皮肤、关节、肾脏、心、肺及中枢神经系统<sup>[1]</sup>, SLE国内男女发病比例约为1:8.7~1:12.2<sup>[2-3]</sup>。SLE的发病原因及发病机制目前尚未完全明确,其可能与遗传、环境和感染等因素密切相关,以上因素

导致机体固有的免疫系统紊乱并形成慢性免疫性反应,导致多种自身抗体损伤靶器官及血管炎症<sup>[4]</sup>。血液系统损害是反映SLE疾病活动度的一项重要指标,有研究<sup>[5]</sup>表明,80%的SLE患者至少会出现过1次血液系统损害,有血液系统损害的SLE患者疾病活动度更高<sup>[6]</sup>。SLE的血液系统损害表现形式各异,包括贫血、血小板减少、白细胞减少、淋巴细胞减少、血小板减少性紫癜,甚至全血细胞减少等<sup>[7-8]</sup>,血小板减少是SLE血液系统受累常见的临床表现,发生率仅次于贫血,为10%~15%<sup>[8]</sup>。伴有血小板减少的SLE患者的长期生存率较低<sup>[9]</sup>,尤其伴发血小板减少性紫癜的SLE患者的死亡率为34.0%~62.5%<sup>[10]</sup>。目前,针对系统性红斑狼疮伴重度血小板减少患者的护理报告较少,可借鉴的相关护理经验有限。本院自2022年1月—2022年10月收治了7例系统性红斑狼疮合并重度血小板减少的患者,

[DOI] 10.19792/j.cnki.1006-6411.2024.11.025

[工作单位] 1.皖南医学院第一附属医院风湿免疫科 芜湖 241001;2.皖南医学院心理学教研室 芜湖 241001

[作者简介] 戴晓英,女,本科,副主任护师

[通信作者] 许亚军

[基金项目] 1.安徽省新时代育人质量工程研究生教育项目(编号:2022zyxwjalk168);2.皖南医学院科学研究“揭榜挂帅”专项立项(编号:WKS2022J01)

[收稿日期] 2023-02-22

\*\*\*\*\*

Journal of Clinical Medicine, 2022, 11(14): 4036.

[3] 唐静,吕露露.ICU护士主导的程序化镇痛镇静方案在肝移植术后重症患者中的应用效果评价[J].中华现代护理杂志, 2022, 28(7): 930-935.

[4] 阮恒芳,马盈盈,杨彧,等.原位肝移植术后ICU监护期间出血的早期预防与护理[J].全科护理, 2010, 8(23): 2074-2075.

[5] 张四梅,安睿,刘琳,等.围手术期液体治疗对经典原位肝移植术后早期肺部并发症的影响[J].中华外科杂志, 2019, 57(6): 440-446.

[6] 冷艳娜,王瑜贵,雷联会,等.Neuman护理模式对肝移植术后患者血糖控制的影响[J].齐鲁护理杂志, 2018, 24(6): 74-76.

[7] 孙胜红,张玲,赵红川,等.肝移植术后糖尿病患者血糖管理护理研究进展[J].临床护理杂志, 2021, 20(5): 63-66.

[8] 张水军,王智慧.肝移植的出血及凝血围术期管理[J].实用器官移植电子杂志, 2021, 9(5): 340, 345-347.

[9] 沈传宇,吕平,姜乐乐,等.预见性气道护理模式在肝脏移植术后患者中的应用[J].护理实践与研究, 2022, 19(15): 2311-2315.

[10] 刘红艳,唐静,周黎,等.预防肝移植患者肺部感染的集束化护理管理[J].护理学杂志, 2020, 35(3): 40-41, 45.

[11] 邱丹梨.循证护理对肝移植术后患者早期肺部感染及疼痛的影响[J].当代护士(中旬刊), 2021, 28(10): 44-46.

[12] 铁涛,田金徽,邓美霞,等.超早期康复对脑出血患者的临床疗效和安全性影响的系统评价[J].中国临床研究, 2021, 34(4): 470-476.

[13] 周刘蕾,刘晓燕,张晓梅.电动康复机联合神经肌肉电刺激对脑出血偏瘫患者功能康复的研究[J].当代护士(上旬刊), 2021, 28(7): 4-7.

[14] 徐祁新,何心念,任芳菲.早期康复护理对肝移植术后患者生活自理能力的影响[J].实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(25): 107.

[15] 秦蒙华,史冀华,郭文治,等.肝移植术后远期并发症及其防治[J].中华器官移植杂志, 2018, 39(11): 694-697.

[16] 万娟,唐荔,任秋萍,等.多学科协作下的快速康复管理措施对肝移植术后住院时间及并发症的影响[J].中国普外基础与临床杂志, 2022, 29(3): 315-321.

[17] 黄纯杰.人性化护理干预对肝移植患者的术前焦虑及术后满意度的影响[J].实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(26): 28.

[18] 庄莉,刘相艳.肝移植受者围手术期管理及并发症预防与治疗[J].中华消化外科杂志, 2021, 20(10): 1037-1041.

[19] 俞静娴,肖文洁,张晓春,等.肝移植患者术后管理MDT的组建和运行模式的实践[J].实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(34): 193-194.

[本文编辑:樊玲]