

胆道闭锁患儿肝移植术后并发症的观察及护理

谢春香

(华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北武汉 430000)

摘要:目的: 讨论胆道闭锁患儿肝移植术后并发症的护理措施及效果。方法: 选择我院 2019 年 1 月至 2021 年 12 月收治的行肝移植术治疗的胆道闭锁患儿 40 例, 随机分组各 20 例, 对照组接受常规护理, 研究组施以并发症预见性护理, 观察干预结果。结果: 研究组的术后并发症率低于对照组, $P < 0.05$ 。研究组护理满意度 (95.00%) 高于对照组 (65.00%), $P < 0.05$ 。干预后研究组的 GLU 与 ALB 及 TBIL、ALT 指标水平优于对照组, $P < 0.05$ 。结论: 预见性护理可降低术后并发症率, 提高医疗服务满意度, 值得推广应用。

关键词: 胆道闭锁; 患儿; 肝移植术; 并发症; 护理

胆道闭锁是肝内外胆管梗阻导致的严重胆管病, 可致使患儿引发肝功能衰竭与起病理性黄疸, 也是患儿肝移植的第一适应症。但患儿的机体发育尚未成熟, 受手术应激反应等因素的影响, 发生术后并发症的几率大。在护理管理中需加强对并发症的预防, 及时发现和规避引起术后并发症的危险因素, 提高护理方案的针对性与有效性, 避免并发症的损害扩大, 实现医疗服务质量与效益持续改进, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 40 例行自体肝移植术治疗的胆道闭锁患儿当作观察对象, 家属均知情同意, 排除临床资料缺失与手术禁忌症者。随机分组各 20 例, 对照组中男 10 例、女 10 例; 平均年龄 8.1 ± 1.4 月。研究组中男 11 例、女 9 例; 平均年龄 8.4 ± 1.3 月。基线资料相匹配, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组施以常规护理, 包括麻醉管理与病情观察等。研究组施以并发症预见性护理, 如下所示:

1.2.1 术前护理

涉及以下几方面: ①术前准备: 做好术前评估工作, 确保手术顺利展开, 降低并发症率。根据术前评估结果, 合理给予早期支持性治疗。指导母乳喂养, 准确记录出入量。术前 1d 晚做好备皮与术前的肠道准备工作, 术前禁食水 4h, 静脉滴注 250ml 的 5% 葡萄糖, 利用输液泵控制 30ml/h 的输液速度。②改善营养: 术前纠正腹水, 提高患儿对手术的耐受力。在 B 超引导下行床旁腹水穿刺, 放置腹腔引流管, 遵医嘱放腹水 200ml/d, 静脉点滴 10g 人血白蛋白, 缓解腹胀等不适。通过氨基酸与血浆等支持疗法, 改善患儿的营养状况。③环境护理: 严格控制病房的温度与湿度, 做好消毒通风与患儿的保暖工作。严格执行手卫生与院感消毒隔离制度, 预防出现交叉感染。④心理护理: 宣教病因与治疗与护理等方面的内容, 讲解手术专业性 with 成功案例, 增强家属对手术成功的信心, 积极配合治疗和并发症等病情的观察。

1.2.2 术中护理

术中严格控制手术室的温度与湿度, 通过输液加温等方式, 做好患儿的保暖工作, 避免低体温引起的不适及术后并发症。做好麻醉管理, 术中密切配合手术医师完成操作, 尽可能的缩短手术时间, 降低手术风险。术中密切观察生命体征变化, 落实细节性护理, 及时处理异常情况, 确保手术得以顺利进行。

1.2.3 术后护理

涉及以下几方面: ①常规护理: 术后转入监护室, 术后 4d 病情平稳后转入病房。对患儿施行一级护理, 鼻导管吸氧控制 2L/min 的氧流量。密切监测患儿的血压与呼吸及心率和氧饱和度变化情况。观察喘憋与眼神呆滞等异常情况, 及时通知医师处理。记录引流管与尿量等每日出入量。输液泵控制 30ml/h 的液体输注速度。密切监测患儿的体温, 出现发热等症状, 及时通知医师处理。在换药与治疗等操作中做好保暖工作。②引流护理: 患儿的术后护理难度大, 需投入更多的细心。妥善固定引流管与输液通路, 保持引流通

畅, 清晰标注左右肝断面引流管, 避免出现受压与扭曲及牵拉等情况。严格执行无菌操作规程, 及时更换引流装置。观察记录引流液的引出量与性状及颜色。在腕部固定引流管, 将肢体用约束带固定在两侧床档处, 防患儿抓落伤口敷料与拔出引流管。固定期间观察肢端末梢的血运情况, 及时报告发生导管脱出等情况。加强导管周围的皮肤护理, 及时更换敷料。待组织愈合后拔除导管。③饮食护理: 术后早期禁食水, 施行全肠外营养支持治疗, 自主排气排便肠道功能恢复后, 尽早恢复母乳喂养。对胃肠道功能恢复延迟者, 口服西甲硅油 1ml/次或开塞露灌肠 10ml/次, 中心静脉输注肠外营养液支持治疗。④并发症护理: 针对于血管并发症的护理, 术前 CT 检查供肝体积测量, 选用大小合适的肝脏, 避免过大肝叶引起的血管结扎或压迫。术前准备 2 路动静脉压监测, 利用输液泵与凝血监测设备监测术中情况。术后 2 周内进行移植肝血流动态监测, 动态观察判断肝脏及其上下腔静脉与肝动脉及门静脉等血管血流情况。术后给予 (0.5-15.0) U/(kg·h) 的肝素钠微量泵泵入抗凝治疗, 以预防血栓, 观察凝血指标与血常规及伤口和引流情况, 有创操作后延长按压时间, 防范出血风险。发现口唇青紫与胸闷及气短等血栓先兆, 积极预防肺栓塞。针对于术后感染的护理, 严格执行保护性隔离措施, 严格消毒所用的生活物品, 限制人员出入。做好腹腔引流液与尿液及痰液和动静脉置管血液等细菌培养工作, 并进行血培养与病毒抗原及抗体检测和降钙素原监测等检测工作, 全面性的排查病毒及真菌感染情况。对术后感染者, 根据药敏试验结果, 动态调整抗感染方案, 包括利奈唑胺与卡泊芬静及更昔洛韦等, 严格执行感染护理管理重点。针对于消化道瘘的护理, 观察患儿的哭闹与食欲及四肢循环和腹部体征等情况。观察白细胞计数与腹腔引流液性质, 引出乳糜色液和乳白色沉淀物, 表示腹胀症状及腹膜刺激征明显, 禁食后持续胃肠减压, 行空肠修补造瘘与腹腔粘连修补术。术后早期给予静脉营养支持, 恢复体温与消化道功能, 逐步增加经口胃肠营养摄入量。针对于胆道并发症的护理, 行移植肝超声检查, 了解肝脏及胆道情况。监测胆红素及肝酶与皮肤巩膜黄染的变化情况。观察腹部腹膜刺激征与精神状态, 监测腹围。根据腹腔引流管颜色警惕胆漏, 如腹腔引流管颜色棕黄色与黄绿色, 及时给予对症处理。⑤用药护理: 遵医嘱按剂量服药, 观察用药疗效及不良反应情况。根据药物浓度与肝肾功能等指标的监测结果, 合理调整用量。服用免疫抑制剂 2 次/d, 服用前 2h 及服药后 1h 禁食水, 因呕吐或腹泻会影响药物的吸收, 需合理追加药量。⑥健康指导: 讲解术后引起并发症的危险因素, 包括手卫生不到位与着凉等, 指导家属正确的护理管理患儿。

1.3 观察指标

比较两组的术后并发症率。向家属发放护理满意度调查表, 了解家属对服务态度与基础操作等方面的满意情况, 采取百分制, 分数越高表示对医疗服务越满意。参照 GLU 血糖与 ALB 白蛋白及 TBIL 总胆红素、ALT 谷丙转氨酶的指标水平, 了解患儿的肝功能恢复情况。

1.4 统计学方法

数据处理用 spss22.0 软件, 以均数 \pm 标准差表示的计量数据,

行秩和检验；以百分数表示的计数资料，行卡方检验；组间统计学差异用 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

2.1 并发症情况

研究组的术后并发症率低于对照组， $P < 0.05$ 。如表 1 所示：
表 1 并发症率对比 (n,%)

并发症	对照组	研究组	χ^2	P
血管并发	1(5.00)	0(0)	-	-
下腔静脉吻合口狭窄				
门静脉血栓	1(5.00)	0(0)	-	-
HAT	1(5.00)	1(5.00)	-	-
感染并发	1(5.00)	0(0)	-	-
败血症				
伤口感染	1(5.00)	0(0)	-	-
腹腔感染	1(5.00)	0(0)	-	-
呼吸道感染	2(10.00)	1(5.00)	-	-
乳糜腹	1(5.00)	0(0)	-	-
排斥反应	1(5.00)	0(0)	-	-
肠穿孔	1(5.00)	0(0)	-	-
腹腔出血	1(5.00)	1(5.00)	-	-
总计	12(60.00)	3(15.00)	8.640	0.003

2.2 满意度情况

研究组护理满意度 (95.00%) 高于对照组 (65.00%)， $P < 0.05$ 。如表 2 所示：

表 2 满意度对比 (n,%)

组别	n	非常满意	满意	不满意	满意度
对照组	20	5 (25.00)	8 (40.00)	7 (35.00)	65.00
研究组	20	8 (40.00)	11 (55.00)	1 (5.00)	95.00
χ^2					5.625
P					0.018

2.3 肝功能改善情况

干预后研究组的 GLU 与 ALB 及 TBIL、ALT 指标水平优于对照组， $P < 0.05$ 。如表 3 所示：

表 3 肝功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$, n=20)

指标	对照组	研究组	t	P
GLU (mmol/L)	8.85 ± 0.15	7.24 ± 0.41	4.325	0.032
ALB (umol/L)	30.16 ± 2.65	33.84 ± 3.11	6.157	0.015
TBIL(mg/L)	55.26 ± 1.62	34.85 ± 0.62	13.628	0.000
ALT(U/L)	179.56 ± 41.45	145.82 ± 19.22	31.628	0.000

3 讨论

胆道闭锁患儿的肝移植手术操作难度与风险系数较大，术中及术后的死亡率高，但患儿的免疫排斥弱，机体的适应性强，促使肝移植的远期疗效更加理想。但影响整体疗效与生存质量的因素较多，尤其是术后并发症的影响。本着三分治疗七分护理的服务理念，在手术治疗的基础上施行护理干预，更利于手术安全可靠性的提升及预后的改善。引起术后并发症的因素较多，需在围术期护理中加强把控，以切实降低并发症率^[1]。

施行围术期护理干预，可显著改善患儿的肝功能。术前的准备充分，从容安排手术时间，利于受体调整机能状态，确保手术的疗效。供受体间存在血缘关系，组织相容性理想，可减少排斥反应等术后并发症的发生率。术中施行细节护理干预，冷热缺血时间短，不会破坏肝脏微循环和肝细胞的损伤，更利于术后肝功能的恢复。供肝的来源可选择，供者身体情况良好。但手术相对复杂，对供体的伤害较大，包括手术操作损伤肝脏与肝组织缺血损伤等，促使肝功能的指标出现异常，同时手术并发症的风险系数大。还需医护人员加强临床实践经验的总结，尽可能的减少手术操作与肝功能的损害，促使术后移植的肝功能恢复良好。

围术期优质护理干预，可降低术后并发症的发生率。涉及以下几方面：一是血管并发症，引起该并发症的危险因素较多，术中涉及到的血管吻合，都可能引起狭窄或出血及血栓或扭转等并发症，发生率高。血栓是引起患儿肝移植早期移植失功的常见因素。门静脉栓塞与供受体门静脉管径不匹配及门静脉细长和血液高凝、吻合技术等因素的影响有关，患儿肝移植受体门静脉直径细，易出现供受体血管不匹配的情况，促使门静脉血栓的发生率增大。胆道闭锁和反复胆管炎发作与葛西手术史也会导致肝硬化，从而增加门静脉血栓的发生率。二是术后感染，术后患儿的免疫力低下，长期应用抗菌与置管操作及门静脉阻断和术后肠道细菌移位等原因，都有可能感染细菌真菌或病毒，从而出现急性的肝肾等功能衰竭。患儿的手术耐受力更差，受炎症因子与手术应激反应及营养不良等致病因素的影响，极易发生术后感染等并发症^[2]。三是消化道瘘，患儿肝移植并发消化道穿孔的发生率和死亡率高，与腹部手术史和术中医源性损伤及大剂量应用糖皮质激素等原因的影响有关。肠内容物漏出促使营养物质丢失，并引发重度感染，以此形成恶性循环。四是胆道并发症，儿童胆管细小且壁薄，发生胆道并发症的几率高。针对各种并发症，需严格执行无菌操作规程等护理管理制度，提高护理工作的前瞻性与预见性及针对性，有效降低术后并发症。

围术期护理干预，可提高家属的医疗服务满意度。胆道闭锁患儿肝移植术后的并发症率高，对护理人员的专业度要求更高，需要护理团队不断提高责任意识与风险意识及服务意识，加强对护理流程各环节的把控，尽可能的规避工作疏忽等原因引起的术后并发症。热情的服务态度和娴熟的技能操作，更利于提高家属的信任度和配合度及安全感。护士长需检查护理执行情况，及时发现与完善护理薄弱环节，切实发挥护理团队的协作力量，帮助患儿安全过渡围术期，促使科室护理内涵更加丰富^[3]。

综上所述，预见性护理可降低术后并发症率，提高医疗服务满意度，改善患儿的肝功能，实现医疗资源的整合优化与高效利用，确保手术的整体疗效，值得深入研究。

参考文献

[1]王鸿,刘杨,汤蕙霞,李妍.葛西手术治疗胆道闭锁患儿的围术期护理干预[J].中国药物与临床,2021,21(15):2747-2749.
[2]李林林,叶娟,梁锦晶,黄春瑜,吴娜.终末期肝病等待肝移植患儿的护理经验[J].护理与康复,2021,20(7):53-56.
[3]赵宝红,钊金法,吕志宝,张志波,杨合英,王培,吴典明,李英超,詹江华,刘翔,刘远梅,任红霞,冯杰雄.胆道闭锁预后相关因素的多中心研究[J].中华小儿外科杂志,2021,42(6):494-500.