

我院首例全离体肝包虫切除联合自体肝移植围手术期护理方法分析

胡巧丽

绵阳市中心医院肝胆外科 四川绵阳

【摘要】肝包虫病是肝脏慢性寄生虫病，因棘球蚴虫寄生于肝脏内所导致。多应用手术治疗，但大部分患者发现患病时多已至晚期，肝脏内的重要血管、胆管及周围脏器受浸，根治性切除率低。术后患者不需使用免疫抑制剂，不仅能降低治疗费，而且还可避免服用免疫抑制剂造成的副反应。鉴于此，对我院首例全离体肝包虫切除联合自体肝移植围手术期护理方法进行分析，现将其护理方案简述如下。

【关键词】全离体肝包虫切除；自体肝移植；围手术期；护理

【收稿日期】2023 年 3 月 20 日

【出刊日期】2023 年 5 月 21 日

【DOI】10.12208/j.cn.20230239

Analysis of the perioperative nursing methods of the first total isolated liver hydatid resection combined with autologous liver transplantation in our hospital

Qiaoli Hu

Department of Hepatobiliary Surgery, Mianyang Central Hospital, Mianyang, Sichuan

【Abstract】 Hepatic echinococcosis is a chronic parasitic disease of the liver, which is caused by the parasite of the Hydatid. Many surgical treatments were used, but most patients were found to have advanced disease, and the important blood vessels, bile ducts and surrounding organs in the liver were soaked, and the radical resection rate was low. Postoperative patients do not need to use immunosuppressants, which can not only reduce the treatment cost, but also avoid the side effects caused by immunosuppressants. In view of this, the perioperative nursing methods of the first case of total isolated liver hydatid resection combined with autologous liver transplantation in our hospital were analyzed, and the nursing plan was summarized as follows.

【Keywords】 Total isolated liver hydatid resection; Autologous liver transplantation; Perioperative; Nursing

引言

肝包虫病是肝脏慢性寄生虫病，因棘球蚴虫寄生于肝脏内所导致，国内以西北地区多见，与该地区畜牧业发达有关。该病早期多隐匿，临床表现不明显，逐渐因右上腹偶见肿块引起注意，很容易出现上腹部不适感、食欲下降，病情特别严重者可因囊肿穿破而出现剧烈腹痛、发热，甚至休克、急腹症等急性过敏性病症^[1]。肝包虫病目前尚无特效治疗药物，一般采取手术治疗，但大部分患者发现患病时多已至晚期，肝脏内的重要血管、胆管及周围脏器受浸，根治性切除率低。术后患者不需使用免疫抑制剂，不仅能降低治疗费，而且还可避免服用免疫抑制剂造成的副反应。因未服用免疫抑制剂术后免疫功能不受影响，复发率大大降低^[2]。鉴于此，对我院首例全离体肝包虫切除联合自体肝移植围手术期护理方法进行分析，现将其护理方案简述如下。

1 病案回顾

患者女，49 岁，因“右上腹胀痛 1 月余”为主诉入本院治疗。查体：体温 37.2℃，呼吸 20 次/min，脉搏 75 次/min；皮肤巩膜无黄染，胸部听诊无明显异常，腹部平坦，腹壁柔软，存在腹式呼吸，无手术瘢痕；肝肋缘下 5cm 处能被触及，但脾脏无法被触及，右上腹轻微压痛，但无反跳痛及腹肌紧张；墨菲征阴性，存在肝区叩痛，但肾区无疼痛感；移动性浊音阴性，且未见异常肠鸣音；完善辅助检查，结果显示，CT 扫描发现，肝脏存在巨大占位性病变，大小 20×18cm；考虑可能肝包虫病（泡状棘球蚴病）可能性大。该患者自发病以来，患者一般情况可，该患者既往体质一般，在外院“鼻窦炎”手术治疗，否认传染学病史及基础疾病。否认化学性物质、放射性物质及有毒物质接触史，否认既往输血史，且其预防接种史不详，该患者无吸烟、饮酒嗜好，无精神创伤史。门诊以“肝

脏占位性病变”收治入院治疗。该患者采取低脂饮食，并予以保肝及补液等对症支持措施，予以限期手术治疗。入院后第 19 日，该患者在全麻状态下行全离体右三肝切除及自体肝移植术；手术时间长达 11.5 小时，其中无肝期 2.5 小时，术中出血量 600ml；输注去白细胞悬浮红细胞 4U，新鲜冰冻血浆 600ml；术后患者转入 ICU 病房，术后第二日转回移植病房，予以抗感染、保肝及抗栓等对症措施；患者术后未出现严重并发症；该患者入院近 50 天后，恢复良好，顺利出院。

2 护理措施

2.1 术前护理

(1) 一般护理

护理人员通过详细询问病史，特别是是否存在出血倾向、个人既往输血史、肝病史、药物过敏史等，掌握既往疾病及手术史；通过检查肝脾，判断其是否有黄疸、腹水及门静脉高压体征；注意排除感染，若患者既往有手术史，则需排除肝内周感染，同时获取患者身高、体重等身体数据；完善实验室、影像学检查，并且邀请麻醉科、手术室及监护室等科室开展联合会诊；纠正其肝功能异常及低蛋白血症，提升其营养水平；术前若发现患者存在凝血功能障碍，则予以药物纠正；做好呼吸道准备、嘱咐患者戒烟戒酒，并且开展深呼吸训练；若患者合并呼吸道感染，则遵医嘱予以抗感染治疗^[3-4]。

(2) 消化道护理

术前 3 日，嘱咐患者进食少渣饮食；术前 1 日，嘱咐并指导其进食流质饮食；术前一晚，予以清洁灌肠；术前 8 小时，严禁其摄取水及食物；术前安置胃管。

(3) 皮肤护理

术前 1 日，全身沐浴，做好皮肤准备。

(4) 心理护理

术前患者及家属交流，向其解释围术期风险，并告知其在围术期可能出现的任何意外情况，使其了解在特殊时期获得治疗与社会支持途径、需接受神经或精神学检查的患者类型，并对患者、家属开展关于心理学、社会状况方面的评估^[5-6]。

(5) 物品准备

术前准备足够的药品、血液制品等，并遵医嘱做好核查工作；嘱咐患者、家属准备湿纸巾、纸巾、有刻度毛巾、便盆等诸多生活用品。

2.2 术后护理

(1) 环境准备

患者由监护室转回移植病房，为患者准备单人病

房，做好物品及空气的消毒工作，保持室温范围 18-22℃，其中，空气需每日 3 次消毒，病房物表利用含氯消毒液（1: 500）擦拭消毒 3 次；严禁该病房与其他病房物品混用，数量够用即可；限制查房人数；该病房护理人员、该患者的陪护人员尽量固定，并限制家属探视，避免因人员流动频繁而增加的感染风险，以确保患者安全^[7]。

(2) 病情观察

比如生命体征、伤口渗血渗液情况，保证引流管通畅，确保其无受压、扭曲、堵塞、脱落等异常情况，持续观察、详细记录引流液色、质、量^[8]。由于该手术过程复杂，手术过程中大量输血输液，加之无肝期长，持续动态的体温检测是关键，术后 48h 内需要恢复体温自身调节。一般持续在 38℃ 以上，应考虑感染征象，要求对病灶分析，进行抗感染治疗。

(3) 活动

嘱咐患者术后 24h 内取平卧位，可采用气垫床；术后早期，护理人员在协助病人翻身时，需注意保持动作轻柔，严禁动作粗暴或幅度过大，避免挤压患侧肝脏。术后 3d 时，患者多能从床上坐起，指导其开展适当床上运动；术后 7d 时，患者能够下床活动；护理人员可鼓励其多下床活动，适当外出病区活动。通过早期的主动和被动活动，可加快新陈代谢，增加肠蠕动，预防肺部和泌尿系统及血管栓塞性并发症，对患者康复有重要意义^[9]。该病人早期活动配合好，未出现血管栓塞、泌尿系统感染等相关并发症。

(4) 营养支持

术后营养支持有其特殊性，对营养素的成分、数量和补充方法均有着严格的要求，营养治疗一般要根据肝的代谢及肝功能状况补充营养，动态监测肝功能变化，给营养支持提供依据，而且尽早实行肠内营养^[10]。术后通过营养评估表对患者营养状况进行准确评估；术后 24h 后，若患者无任何特殊不适，可允许其饮用糖水 20-30ml/次；若患者胃肠功能未恢复，则需遵医嘱予以其肠外营养；术后 3 天，观察肠蠕动，若恢复，则嘱其尽早进食，饮食原包括低脂低糖低盐及高蛋白，采取少食多餐原则，从流质、半流质、逐步过度至软食，以患者腹部无不适为食量衡量点，注意对维生素的补充，保持水电解质平衡，降低肝脏或脂肪的进食量，避免增加肝脏负担，如有需要，可以适当给与肠内营养制剂支持。该患者术后每日给与入血白蛋白 10g，术后第一天拔出胃管，少量饮用糖水，术后第三天肛门排气，术后第四天开始给与肠外营养液，术后第八天增加肠内营养制

剂,患者术后营养状况良好。

(5) 用药护理

患者术后需使用舒普深、低分子肝素、奥西康等药物,用药种类多,且比较复杂;护理人员遵医嘱给药,使用前反复多次核对,确保在药品用法、用量、用药途径等信息准确;护理人员注意收集并保存药品说明书,注意不良反应。

(6) 呼吸道管理

肺部康复锻炼可增加肺容积、改善肺局部的血供及氧气供应,改善肺弥散功能,提高肺的抗感染能力。术前、术后均进行咳嗽训练,必要时给与雾化吸入,术后肺部并发症明显减少。术前的训练可使患者掌握呼吸及咳嗽技巧,能减轻术后不当呼吸及咳嗽引起的疼痛。患者主动深呼吸及咳嗽,增加痰液排出,减少肺部炎症及不张。有效的控制疼痛是患者术后咳嗽和尽早活动锻炼的重要前提。术后疼痛评分控制在4分以内,患者能够正常进行咳嗽、深呼吸以及四肢活动等功能锻炼。患者术后第二日顺利拔出气管插管,经过一系列呼吸道管理措施,该患者未出现呼吸道并发症。

(7) 心理护理

由于肝脏移植患者入院治疗时间较长,费用高,加重了患者、家属的经济及心理负担;护理人员需保持温和态度,关心患者,与患者建立和谐护患间关系;及时发现患者负面情绪,并进行适当疏导。给患者提供积极的心理护理,能缓解术前紧张的情绪,避免术后出现应激反应。

(8) 循环系统

该手术时间长,对患者血流动力学影响较大,术后循环系统既要能保证容量需求,又要能有效减少组织水肿。术后避免过量输注液体和尽早实现适当的负平衡是降低术后循环系统相关并发症发生率和死亡率的重要措施。根据中心静脉压(CVP)及尿量的变化及时评估容量负荷,随时调节输液速度,加强输入液管理,维持有效输液通道。严防大进大出,遵守量出为入原则。该患者术后一天出现室性早搏,经过以上措施,术后三天后未再出现早搏。

2.3 出院指导

告知患者出院后遵医嘱服用阿苯达唑、利伐沙班,并约好门诊复诊时间。术后1个月内避免肝脏受压、尽量不提重物、严禁驾驶任何交通工具;术后3个月可考虑重新开始工作,但需考虑工作时间及强度。肝移植病人出院后需进行的用药管理、康复管理,疾病

对肝移植术后病人生活质量的影响持续存在,应受到持续关注。

3 小结

总之,肝包虫病属于肝脏慢性寄生虫病,采取全离体肝包虫切除联合自体肝移植手术,克服了传统自体肝移植带来的高昂费用,有效避免“一次移植、终生服药”等问题,但其手术复杂、费用高,术前积极的心理护理,改善身体基础状况,术后关注生命体征变化、维持稳定的血流动力学、密切监测肝肾功能、严密观察引流情况,并准确记录、加强营养支持、做好术后康复锻炼在临床护理中显得尤为重要。

参考文献

- [1] 吴纲,潘洪帅,万陈飞,等.肝切除术治疗肝包虫病的疗效及对患者预后和肝功能的影响[J].现代生物医学进展,2019,19(17):3347-3350.
- [2] 唐群科,张瑛,叶雨辰.泡型包虫病治疗的研究进展[J].中华地方病学杂志,2021,40(02):169-172.
- [3] 朱雪娟,史艳敏,任贵军,等.循证护理在肝移植术后患者疼痛护理中的应用效果[J].河北医药,2019,41(1):150-152.
- [4] 张媛媛,袁志蓉,蔡亚楠.舒适护理在肝移植术后患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2019,25(24):43-45.
- [5] 马洁,孙媛萍,樊海宁,等.加速康复外科在肝泡型包虫病肝切除术围手术期护理中的应用[J].护理研究,2020,34(17):3174-3176.
- [6] 吴英,简红梅,谢君蓉,等.加速康复外科理念下肝移植围手术期护理进展[J].实用器官移植电子杂志,2020,8(3):233-236.
- [7] 张玲,胡少华,赵红川,等.肝移植患者术后早期感染病原菌分析及护理对策[J].肝胆外科杂志,2019,27(3):178-182.
- [8] 卓金凤,吕海金,易慧敏,等.肝移植术后加速康复护理的标准化操作流程[J].器官移植,2020,11(1):121-125.
- [9] 王兆北,陈玲,李红,等.肝移植患者术后早期活动管理的证据总结[J].护理学报,2020,27(21):46-50.
- [10] 殷蓉,许勤,王红霞,秦文俐.43例肝移植患者术后早期营养支持的观察及护理[J].现代护理,2005(08):613-615.

版权声明: ©2023 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS