

9 例亲体肾移植的护理

王 丹(重庆医科大学附属第一医院泌尿外科 400041)

【摘要】 目的 探讨亲体肾移植护理方法,预防和减少并发症的发生,延长移植肾存活时间,提高患者生活质量。**方法** 针对亲体肾移植手术特点进行护理。**结果** 通过临床护理和观察,证明活体亲属供肾肾移植生存质量良好。**结论** 良好且有针对性的护理可防止亲体肾移植并发症的发生,提高供受双方的生存质量,对缓解目前尸体肾源匮乏的现状具有重要意义。

【关键词】 肾移植; 亲体; 护理

DIO:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.17.062

中图分类号:R473.6

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)17-1893-02

器官移植在世界范围内得到广泛开展,其中以肾移植发展最迅速,在数量和质量上处于优先地位,肾移植作为终末期尿毒症根治的惟一方法,挽救了许多垂危患者的生命。但是目前尸体肾源匮乏,亲属供肾将是必然趋势,亲体肾移植也将越来越受到重视。本院自 2006 年 1 月至 2008 年 12 月共行亲体肾移植 9 例,现将护理体会报道如下。

1 临床资料

受体 9 例,男 8 例,女 1 例,年龄 20~44 岁。术前均经血液透析,透析时间 4~15 个月,术前血肌酐平均 $926 \mu\text{mol/L}$ 。姐妹间供肾 1 例,姐弟间供肾 1 例,兄弟间供肾 1 例,父子间供肾 2 例,母子间供肾 4 例。供体手术前接受各种检查结果显示,无任何影响供肾的内科疾病。

2 术前护理

2.1 术前准备 供者术前需做以下常规检查:血常规、血型、出凝血时间、双侧肾功能检查、肾动脉造影以了解双肾位置、大小、肾血管情况,静脉肾盂造影了解上尿路情况,为选择左肾或右肾做准备。受者最好与供者安排同一个房间,利于其情感交流,同时取得家庭的最大支持,术前帮助患者树立手术的信心。首先检查全身情况,对手术耐受力及术后肾功能恢复程度做初步评估。术前充分的血液透析治疗有利于清除有毒代谢产物,其目的是:使患者尿素氮小于 11.6 mmol/L 、肌酐小于 $353.6 \mu\text{mol/L}$ 、血红蛋白大于 80 g/L 、红细胞比容大于 25%、血钾小于 4.5 mmol/L 、浮肿消退,心胸比近于正常,以提高术后肾存活率^[1]。

2.2 心理护理 不论供体还是受体,心理护理都极为重要。亲体肾移植手术国内开展较少,国人知之甚少。(1)首先要掌握供者的心理问题,给予情感和心里的支持,减轻供者的心理压力。作为一个健康个体,经受一次手术切取一个肾脏,尽管供肾出于自愿,仍难免会出现畏惧心理,而且由于各种原因他们承受着巨大的心理压力。如果不帮助供者减轻压力,会严重影响手术和术后恢复^[2]。(2)由于供者是亲属,受者的心态非常矛盾,既为亲人的奉献能使自己获得新生而感动,又因连累亲人,以牺牲亲人的健康为代价来延续自己生命而内疚,又怕人说其自私;思想非常复杂,心理压力非常大,而且受者本身长期经受着疾病的折磨以及长期服药、血液透析等引起的一些不良反应,容易出现恐惧、焦虑、悲观、失望等心理问题^[3],所以想让受者心情轻松地度过手术,术前的心理护理也很重要。(3)术前应多和供受双方进行交谈。因为涉及到隐私,应选择适宜的地点和时间,避开其他患者,单独交流。交谈时态度要和蔼可亲,神情自然,语调温和,语言通俗易懂,使其产生信任感,能

够说出内心的真实想法,然后实施耐心细致的心理疏导。首先应肯定供者作出捐献肾脏的决定是正确的,是值得提倡的。然后用通俗易懂的语言向供者讲述亲属肾移植的优点:由于供受两者存在着血缘关系,受者手术以后发生排斥反应的概率较低,肾脏功能恢复快,服用免疫抑制剂的剂量也可以减少,长期存活明显高于尸体肾移植,还能够选择最佳的手术时间和进行充分的术前准备等等。向供者简单讲述肾脏的功能,特别应强调,一个功能正常的肾脏足以满足人体的正常生理需要。向受者简述手术的基本过程和手术前的准备以及术后的治疗护理注意事项,特别要讲手术成功的例子,但对受者也应说明成功和失败都是有可能发生的,特别是不成功的心理准备,以免术后不顺利而产生精神障碍。病房有做完手术的患者可以带去看或交谈;讲手术室的设备和人员的安排,同时要做好家属和亲友的思想工作,让他们鼓励受者,在精神方面理解和支持他,创造良好的精神条件,使受者消除重重顾虑,以最佳的心态接受手术。

3 术后护理

3.1 供者 供者的术后护理与一般肾切除术类似。(1)严密观察生命体征,监测心电和血氧饱和度,严密观察有无气胸发生,这对保护供者的安全非常重要。(2)观察肾脏功能:严格记录 24 h 出入量,平衡补液,术后隔日 1 次检验血生化,防止电解质紊乱及肾功能不全发生。(3)引流管的护理:肾脏切除术后,一般留置导尿管和肾窝引流管各 1 根。尿袋放置要低于膀胱水平,引流袋要低于肾窝水平,防止尿液或引流液反流。留置期间要保持管腔通畅,避免压迫和扭曲。经常挤压管腔,防止阻塞。观察尿液和引流液的量、色、性质等。

3.2 受者 (1)常规病情观察:给予持续心电监护,每小时监测 1 次血压、心率、呼吸、血氧饱和度,每 4 小时测体温 1 次,及时发现高血压、心律失常等并发症^[4]。正确记录每小时进出液体量,每日血常规、肾功能及电解质;根据尿量及生化检查情况及时调整液体量及补充电解质,维持水电解质平衡。初期 24 h 内患者大多数出现多尿现象,每小时尿量可达 800 mL 以上,尿中电解质中有高浓度的钠和钾,氯化物则较少。肛门排气后鼓励患者进食,少食多餐易消化饮食,这对纠正电解质失衡有益。注意患者心功能情况,根据尿量遵医嘱调整补液速度。(2)正确应用免疫抑制剂:术中静脉滴注甲基强的松龙 500 mg,术后第 1~2 天静脉滴注甲泼尼龙 500 mg/d,其后 60 mg/d 泼尼松口服,逐减至 10 mg/d 维持;骁悉(MMF)用量为 0.5 g q12h 维持;环孢素 A(CsA)用量为 $4\sim6 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$,略低于尸体供肾移植用量 $5\sim7 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 。按时检

测 CsA 浓度和肝功能。(3)预防感染:肾移植患者由于长期处于尿毒症期,加上移植免疫抑制药物的应用,免疫功能及全身抵抗力极为低下,移植后非常容易并发感染,导致移植失败,甚至造成患者生命危险。因此预防术后感染必须引起足够的重视。具体措施如下:①病房每日用紫外线灯消毒 1 次,每次 40 min,每日空气消毒剂消毒 3 次,每次 30 min,房间内物品用含氯消毒液擦拭,每日 2 次。②做好口腔护理、留置尿管护理、皮肤护理等,每天更换引流袋,更换时须用 0.5% 碘伏消毒,保持切口敷料干燥,有渗液及时更换敷料。指导患者进行深呼吸和有效咳嗽,咳嗽时协助按压切口部位,减轻疼痛。定时翻身拍背,痰液黏稠者可给予雾化吸入,促进排痰。③禁止家属及外来人员进入隔离病房,工作人员进入病室必须穿消毒隔离衣并消毒双手,防止发生交叉感染。(4)早期排斥反应观察:亲属移植仍然可以出现早期排斥反应,表现为体温升高、血压骤升、移植肾区肿痛、移植肾体积增大变硬、尿量减少、尿比重下降等。本组病例未出现排斥反应。

4 出院指导

- 4.1 严格按医嘱服药,坚持终身服用抗排斥药物 定期到医院复查血环孢素浓度,肝、肾功能,血糖,血常规,尿常规。1 个月内每周查 1 次,半年内每 2 周 1 次,以后逐渐延长间隔时间。每日最好在清晨大小便后、早餐前定时测体重。每日 2 次固定时间测血压和体温,测血压前须休息 10~15 min。如出现尿量减少、水肿、全身乏力等不适立即到医院就诊。
- 4.2 注意个人卫生,养成良好的卫生习惯 注意劳逸结合,避免过度劳累。嘱患者活动时应注意自我保护,防止撞伤。
- 4.3 避免出入公共场所,必要时应戴口罩防止感染,勿接近各

种动物以避免感染。

5 小 结

亲体肾移植的开展,一定程度上改善了尸体肾匮乏的现状,为广大尿毒症患者带来福音,既延长寿命,又提高生活质量。护理质量的高低直接影响手术成败。通过护理 9 例亲体肾移植患者,深刻体会到:(1)心理护理对供者、受者都极其重要;(2)要把好感染关,严格控制感染的各个环节;(3)做好细节护理,提高生存质量。只有充分的术前准备、良好的心理护理、密切的术中配合、规范的术后护理,才能帮助患者平安渡过危险期,防止并发症发生,提高术后存活率,对缓解目前尸体肾源匮乏的现状具有重要意义。

参考文献

[1] 顾风雨,徐斌. 肾移植术前充分透析的重要性[J]. 辽宁医学杂志,2006,20(5):299-301.

[2] Taghavi R, Mahdavi R, Toufani H. The psychological effects of kidney donation on living kidney donors (related and unrelated)[J]. Transplant Proc, 2001, 33(5): 2636-2637.

[3] 李桂萍. 肾病综合征的护理现状[J]. 临床误诊误治, 2004,17(7):517-518.

[4] 张静,李清. 肾移植术后急性心力衰竭的观察及护理[J]. 解放军护理杂志,2003,20(2):67-58.

(收稿日期:2009-12-17 修回日期:2010-03-08)

342 例产后抑郁症的病因调查及护理干预

刘长慧(湖北省鄂州职业大学医学院 436000)

【摘要】 目的 通过对 2006 年 1~10 月本市妇幼保健医院收治的 342 例孕产妇进行调查研究,探讨产后抑郁症发病的相关因素,并寻求积极有效的护理干预措施。方法 采取自行制订的产后抑郁症发病因素问卷调查表和爱丁堡产后抑郁量表评分进行评估,并进行高危因素分析和护理干预。结果 针对产后抑郁症的高危因素,进行心理干预、生理干预和社会干预,预防产后抑郁症的发生,促进产妇身心健康。结论 了解产后抑郁症病因及对该病进行有效护理干预,对产后抑郁症的康复有积极意义。

【关键词】 产后抑郁症; 病因; 护理干预
DIO:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.17.063
中图分类号:R473.71 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2010)17-1894-02

产后抑郁症是产后常见的一种精神心理障碍,也是产后精神障碍综合征中最常见的一种类型,其发生受社会因素、生物因素和心理因素影响,通常在产后 2 周内发病,4~6 周症状明显。临床表现为产后心理适应不良,情绪障碍如易激惹、恐怖、焦虑、沮丧及对自身和婴儿健康过度担忧,常失去生活自理和照顾婴儿的能力,甚至还会陷入神经错乱和嗜睡状态^[1]。产后抑郁症对产妇的身心健康、婴儿的生长发育和智力行为发育、家庭及社会均造成严重危害,已经引起广大医务工作者的关注。为此作者对 2006 年 1~10 月本市妇幼保健院收治的 342 例孕产妇进行了调查研究,调查引发产后抑郁症的相关因素,为寻求有效的护理干预措施提供依据。

1 对象与方法

1.1 对象 选择 2006 年 1~10 月本市妇幼保健医院收治的 342 例孕产妇进行调查研究。342 例孕产妇年龄为 21~41 岁,

平均 24.5 岁。文化层次大专及以上者 158 例,占 46%;其余 184 例为大专以下文化层次,占 54%。顺产者 218 例,占 63%;剖宫产者 124 例,占 37%。342 例孕产妇均无精神病史和家族精神病史。

1.2 方法 在产后 42 d 回访时,由专人负责并采用爱丁堡产后抑郁量表(EPDS)和自行制订的产后抑郁症发病因素问卷调查表进行评估。爱丁堡产后抑郁量表是目前最常用的特用于产后抑郁的评估工具^[2],此量表共有 10 个条目,每个条目按照 0、1、2、3 进行四级评分,总分为 0~30 分。总分大于或等于 13 分提示患者存在不同程度的抑郁症状,视为筛查阳性;总分越高,提示抑郁程度越重。同时作者参阅了相关资料^[3-4]并请教有关妇产科、精神科的专家审核和反复修改,自行制订出产后抑郁症发病因素问卷调查表。此问卷包括 4 个项目:生理因素(6 个子项目)、心理因素(6 个子项目)、社会因素(6 个子项目)