

人工肝血浆置换术治疗重型肝病的临床护理

刘建华

(河南省濮阳市中医医院肝胆脾胃科, 河南 濮阳 457000)

【摘要】 探讨人工肝血浆置换术在治疗重型肝病过程中的护理。回顾性分析2012年1月至2012年12月, 21例重型肝病患者行血浆置换术的术前准备、血浆置换术过程中的密切配合、血浆置换术后病情观察、导管的管理护理措施等。严密观察及有针对性的护理对保证血浆置换术安全、有效地实施具有重要意义。

【关键词】 人工肝血浆置换术; 重型肝病; 护理

中图分类号: R473.6

文献标识码: B

文章编号: 1671-8194 (2013) 16-0372-02

人工肝支持系统(ALSS)是借助体外机械、化学或生物性装置, 暂时及部分替代肝脏功能, 从而协助治疗肝功能不全、肝功能衰竭或相关疾病的方法。血浆置换(PE)是ALSS治疗中的一种, 治疗原理为将患者的血液引出体外, 经PE装置将患者的血浆从全血中分离出来弃去, 然后补充等量的新鲜冰冻血浆或人血白蛋白等置换液, 以清除患者体内的各种代谢毒素和致病因子, 从而达到治疗目的。人工肝技术经过近年来的迅速发展及十余年的攻关和创新研究, 使急性重型肝炎的病死率从原来的80%降低到20%左右, 慢性重型肝炎的病死率从原来的90%降低到40%左右, 人工肝支持系统治疗重型肝病, 取得了良好成效。我院2012年1月至2012年12月期间, 对21例重型肝病患者进行了34次人工肝血浆置换术, 经过有针对性的护理, 取得了良好的效果。现报道如下。

1 临床资料

本组21例患者。其中男16例, 女5例, 年龄32~60岁, 平均年龄(48.22±10.58)岁。其中急性重症肝病5例, 慢性加重重型肝病16例。全部病例, 均符合2010年更新的《慢性乙型肝炎防治指南》诊断标准(凝血酶原活动度低于40%, 血清总胆红素大于正常10倍)。21

例患者共实施血浆置换术34次, 其中8例分别接受两次治疗, 6例患者分别接受三次治疗。每次血浆置换量为2000mL, 治疗时间2~2.5h, 两次治疗间隔3~5天。血浆置换装置采用日本旭化成医疗公司Plasauto-IQ21全自动血浆净化装置, 膜性血浆分离器(-OP-08W)。21例患者经过人工肝血浆置换术后, 治愈出院4例, 好转出院14例, 死亡3例。

2 治疗方法

全部病例在运用还原型谷胱甘肽、思美肽、促肝细胞生长素、多烯磷脂酰胆碱、门冬氨酸钾镁及人血白蛋白等支持治疗的基础上行血浆置换术。以肝素生理盐水1500mL预冲洗PE管路装置。患者取平卧位, 行一侧锁骨下或颈内静脉或股静脉穿刺并置管, 然后将患者的血液引出体外, 经PE装置将患者的血浆从全血中分离出来弃去, 然后补充等量的新鲜冰冻血浆或人血白蛋白等置换液, 以清除患者体内的各种代谢毒素和致病因子, 从而达到治疗目的。设定PE相关参数: 血流量80~120mL/min, 血浆流速为血流量的25%~30%。置换液为新鲜冰冻血浆2000mL, 单次血浆置换量为2000mL, 治疗时间2~2.5h, 两次治疗间隔3~5d。

表1 实验组与对照组的自评量表调查结果比较

组别	强迫	人际关系敏感	抑郁	焦虑	敌对	偏执	总分
实验组(n=80)	1.74±0.36	1.89±0.78	1.65±0.32	1.71±0.68	1.61±0.41	1.47±0.31	131.25±35.27
对照组(n=80)	1.61±0.56	1.64±0.50	1.49±0.58	1.38±0.42	1.47±0.55	1.43±0.56	129.94±37.98

身的压力、陌生的实习环境、复杂的人际关系、角色转换、理论知识与实践操作的脱节、护理技术操作的不熟练等, 不排除实习生自身的社会人口学因素以及社会心理特征的影响^[1]。

相关研究结果表明: 家庭背景为农村的护理实习生焦虑分数明显高于家庭背景为城镇的护理实习生。进一步分析其原因在于: 农村环境下家庭供养大学生的难度较大, 绝大部分农村大学生所背负的心理压力较大, 同时表现为心理的脆弱, 导致在城镇学生沟通、身处整个社会中表现出比较强烈的自卑感。与此同时, 农村环境下护理实习生所能够利用的社会关系比较狭窄, 这使得这部分护理实习生将就业的希望完全寄托于实习医院, 希望能够在实习当中好好表现, 并被院方聘用。然而这种心理情绪所导致的负面影响在于: 这部分护理实习生心理紧张且压力, 过于担心出错, 引发焦虑。针对这一问题的改善措施在于: 学生在进入院校之后, 就应当由专人负责配合学生做好职业生涯的规范, 在实习单位的分配中需要公平公正, 同时给予农村背景的学生更多的关注与重视。

在实习之前, 要对实习生进行培训, 培训主要为转变实习生的观念, 消除误解, 正视实习, 在实习之前进行心理评估, 针对学生的特点给予不同的指导, 扫除学生的心理障碍, 要多与实习生交流沟通, 多关心照顾实习生, 必要时要进行针对性的心理疏导, 使其尽快的适应环境。带教教师不要过于要求严格, 要具有亲和力, 要不失幽默多与学生交流^[1]。

参考文献

- [1] 雷洁, 沈思娟, 李稚玲, 等. 临床实习期间护生焦虑状况及相关因素分析[J]. 卫生职业教育. 2012.30(17):118-119.
- [2] 王红霞, 崔静怡. 护生精神科临床实习前的心理状况分析与对策[J]. 中华现代护理杂志. 2011.17(34):4202-4204.
- [3] 赵雨俊, 刘艳, 王玲宝, 等. 精神科护士睡眠质量及影响相关性的研究[J]. 中华现代护理杂志. 2010.16(17):2109-2112.
- [4] 张小宁, 周莹, 周芳. 护理本科生实习前后焦虑程度的调查[J]. 现代临床护理. 2009.8(3):43-44.

3 护理体会

3.1 术前准备

3.1.1 治疗室准备：保持空气新鲜，每日治疗前后用紫外线照射30min，物体表面及地面用含2000mg/L有效氯消毒剂擦拭消毒。室温在22~25℃，湿度为50%~60%。

3.1.2 患者准备：①术前与主治医师确定治疗时间，如果患者没有进行深静脉置管需要到病房提前了解患者血管情况做到心中有数。②详细介绍血浆置换术的操作方法和作用，用温和的语言和诚挚的态度教会患者在术中如何配合及术后注意事项。事先告知患者在术中可能出现的不适，如过敏、皮肤瘙痒、口角麻木等症状，若有不适要及时告知医护人员，以便及时处理。③对患者提出的问题耐心解释，与患者及家属进行思想交流、沟通，以增加治疗信心，积极配合治疗。④详细介绍人工肝的费用及治疗效果等问题，让患者或家属在知情同意书上签字，以避免造成不必要的麻烦。

3.1.3 物品准备：①血浆置换管路和分离器、注射器、胶布、采血管和冻存管（写明患者姓名、病区、治疗种类、治疗日期、治疗前后时间）、止血钳、引流袋等。如果是需要穿刺的患者，要准备16G穿刺针、弹力绷带、止血棒、输液贴。肝素、0.9%氯化钠100mL和1000mL、地塞米松、盐酸异丙嗪、10%葡萄糖酸钙、50%葡萄糖。

②必要的抢救药品及物品；保证充足的氧气，备好吸痰设备及完好的心电监护仪和输液泵。③核对血浆的血型、剂量、献血者的姓名及血袋编号并作好记录。设定水浴箱温度为37℃，将冰冻血浆放于水浴箱轻摇融化备用，融化血浆应予4h内用完以减少过敏反应。确保人工肝机器设备运行状态完好。④安装和预冲管路：正确安装管路--预冲管路--在管路自动冲洗期间通知病区送患者和病历--管路冲洗结束设定参数，根据医嘱确定肝素用量。⑤遵循危重患者安全转运指导方针，针对每一位患者的具体情况，均安排有经验且熟知患者病情的人工肝专职医护人员全程实施不间断的监护，评估、核实患者的生命体征，特别是患者的药物过敏史、出、凝血时间、凝血酶原活动度，以及患者有无输血史、近期出血史。转运时一定要通知家属，熟悉转运路线，保证转运电梯的运作。本组21例患者转运顺利，没有意外发生。

3.2 术中护理

3.2.1 规范操作、循序渐进。治疗前再次核对患者姓名、血型及“人工肝治疗同意书”是否签署完整。熟练掌握仪器的操作，治疗过程中从电源的开启、管路安装、管路预冲、血路连接、体外血液循环的整个治疗过程到结束的每一步均应按步骤操作。治疗前10~20min给予抗过敏药物，根据医嘱给予合适的抗凝剂并检查核对各设定的治疗参数是否正确。治疗开始时血流速度应较慢，一般开始在40~80mL/h，密切观察患者的反应，10~20min后如患者无不适可逐渐加大血流量到预定值。在治疗的每一步骤都必须严格执行无菌操作。

3.2.2 加强病情观察、防止并发症：①保持有效的血管通路：治疗中随时观察穿刺部位或置管处有无血肿及渗血，循环管路是否通畅，防止治疗中出现管路接口滑脱，管路打折、扭曲、受压等。一旦发生意外立即采取措施，以保证体外循环血液顺利返回体内。患者应保持安静，对于躁动不安的患者给予适当镇静以获取通畅的血流。②全程给予心电监护，严密观察患者的整体情况，如意识、面色及生命体征变化，及时调整设定参数。如经常询问患者有无不适，观察心电监护仪的血压、心率、呼吸及血氧饱和度，观察动脉压、静脉压、跨膜压及采血压、滤器的变化，每30min记录一次。如有变化应及时寻找原因并处理。观察患者在治疗中的不良反应，积极给予处理。

3.2.3 不良反应的处理：①过敏反应：是人工肝最常见的不良反应，术中应观察患者有无畏寒、寒战、发热、皮疹等，为减少过敏反应，术前常规应用抗过敏药物，正确保存和融化血浆。严格执行查对制度，检查血浆有无浑浊、沉淀、漂浮物，血袋有无破损及保质期。若有过敏可给予地塞米松5mg或异丙嗪25mg静脉推注，严重者给予吸氧。如对症治疗无效则应停止血浆置换。②电解质紊乱：低血钙时患者会出现口唇麻木、局部肌肉痉挛抽搐，重者可引起呼吸困难。低钾、低钠表现为头晕、恶心呕吐、腹胀等不适，应给予相应的电解质补充。本组中有1例出现低血钙症状，经处理后未影响治疗。③低血压：表现为心慌、面色苍白、脉搏细速、四肢厥冷、血压下降，可能与血流过快、过敏、血容量不足、脱水过多、心功能不全及回血温度参数设定过高有关，应根据不同情况妥善处理。如减慢血流速度，取头低脚高位，增加回心血量。如上述处理无效时可给予快速补液应用心血管活性药物等，必要时停止血浆置换治疗。④其他：观察有无出血，因重症肝炎患者凝血功能较差，在治疗时应尽量控制肝素用量，并根据凝血指标调整肝素的用量。观察穿刺部位有无渗血、血肿；观察滤出血浆的颜色、量。判断有无溶血。

3.2.4 准确记录、认真交班。在治疗过程中及时、准确、客观的记录有利于医生了解患者在治疗中动态信息、判断病情、调整治疗方案、评估预后。治疗结束时，人工肝护士应与病区护士认真交班，如治疗中有无并发症、生命体征如何、应用的药物及用法用量。人工肝护士在患者治疗结束后应继续观察30min，如患者情况稳定方可转入病房。

3.3 术后护理

3.3.1 保护性隔离、防止交叉感染。接受人工肝治疗的患者均处于肝功能失代偿期，免疫功能低下，加之术中插管，有开放性伤口存在，易合并感染，导致病情恶化。因此对患者应执行保护性隔离，置于相对无菌的单人病房，病室内应有空气净化系统，定时消毒，保持通风换气并减少探视。护士应严格遵守无菌操作原则，戴好帽子、口罩，穿隔离衣、换隔离鞋。有助于降低患者感染的风险，防止交叉感染。

3.3.2 静脉导管的护理。查导管是否固定牢固，告知患者保持局部清洁干燥，避免剧烈活动以免导管滑出。观察置管部位有无渗血、肿胀、疼痛和感染，若实施股静脉留置导管，那么留置导管侧肢体6h不宜屈曲，每班测量置管部位下5cm的腿围及对侧相应部位的腿围以便及时发现有无水肿和血栓形成。插管处换药、冲管每2~3d一次，并用无菌辅料覆盖，保持局部清洁干燥。如有渗液（尿液）浸湿应及时更换。置管处可用抗生素涂抹。如有红肿可用75%酒精湿敷。局部有感染时或出现与原发病无关的高热时应及时拔管，并作细菌培养。

3.3.3 饮食指导。血浆置换术治疗后患者血清胆红素、内毒素等有害物质可被清除40%~60%，全身中毒症状减轻，食欲也随之好转。应嘱患者注意勿进食过量，如摄入过多蛋白质可引起肝昏迷及消化道出血。因此在治疗后24~72h内饮食应适宜，控制蛋白质的人量，少食多餐，宜营养丰富、高热量、清淡易消化的流质或半流质为主。必要时给予静脉补充。保持大便的通畅。

4 小结

人工肝血浆置换技术作为治疗重症肝病的一种重要治疗手段，收到了良好的效果，已被相关专家承认和肯定，它降低了重型肝炎的死亡率，缩短了疗程，为重度患者延长了生命，也为肝脏移植争取了良好的治疗环境。在治疗过程中，慎密的术前准备及转运风险防范、血浆置换术过程中的密切配合、血浆置换术后病情观察、导管的管理护理措施，治疗前后的良好沟通及有效地健康宣教等是人工肝血浆置换术得以顺利进行和成功的保证。