

肝移植术后 GVHD 个案护理

王仁辉

国防科技大学第六十三研究所门诊部 江苏南京 210007

【中图分类号】R473.6

【文献标识码】A

【文章编号】2095-9753 (2020) 02-154-02

移植抗宿主 (GVHD) 是指移植中的淋巴细胞识别宿主的主要组织相容性复合物 (MHC) 抗原进而增殖分化, 并对含有该 MHC 抗原组织和器官进行免疫攻击, 引起宿主的全是性疾病, 该病多见于骨髓移植和小肠移植术后, 肝移植术后发生 GVHD 较为罕见, 从 1988 年 Burdick 等第一次报道了肝移植术后 GVHD 病例以来, GVHD 逐渐被医学界认为是器官移植术后致死性并发症之一, 这种并发症的发生率约为 0.1%-2.0%, 死亡率大于 75%。

1 临床表现

1.1 皮疹

肝移植术后 GVHD 最常见的首发症状就是皮肤病变。皮疹常为红色斑丘疹, 压之褪色, 首见于胸部和颈部, 随后逐渐扩展至全身, 随着疾病的发展皮疹颜色逐渐加深并且融合成片, 常伴有明显的瘙痒。个别严重的患者与剥脱性皮炎类似, 呈大疱样皮疹。

1.2 发热

GVHD 的发热多为不明原因的高热, 一般伴随皮疹的出现, 体温常在 38℃ 以上波动。

1.3 消化道症状

腹泻一般出现在皮疹与发热之后, 呈水样腹泻。轻者表现为恶心呕吐及轻微腹泻, 重者出现严重腹泻和消化道糜烂出血。

1.4 骨髓抑制

症状出现的较晚, 一旦发生多为不可逆, 患者逐渐出现全血细胞减少, 直至骨髓衰竭。

2 治疗方法

早期常被误诊为感染, 急性排斥反应, 药物的不良反应等, 多采取对症处理及 CSA 和 FK506 之间的转换治疗。

确诊后即给予大量激素冲击, 及时调整免疫抑制剂的用量, 并联合应用免疫球蛋白, 集落刺激因子 (G-CSF, GM-CSF)。

3 案例

患者男性 66 岁, 抽烟酗酒史, 门诊拟“原发性肝癌”收治入院, 入院后完善各项相关检查后, 在全麻下“行原位肝移植术”, 术中见肝脏脏面散在粟粒状, 肝脏大小正常, 腹腔内少量腹水, 手术顺利, 术后患者恢复良好, 予以 FK506, 米芙, 激素三联抗排斥治疗, 术后第 8 天患者出现白细胞明显下降, 最低 WBC $0.3 \times 10^9/L$, 考虑可能与免疫抑制剂副作用有关, 遂先后停用 FK506 和米芙, 并予以使用升白细胞药物, 患者白细胞逐渐上升, 此时患者体温也逐渐上升, 予以泰能, 他格适, 万迅, 抗感染, 患者体温一直未能完全正常, 全身出现暗红色斑丘疹, 并出现严重腹泻, 每日约十余次, 均为稀水样便, 粪常规检查未见异常, 血常规检查发现白细胞明显下降, 且使用升白细胞药物也无明显效果, 皮肤活检明确诊断为 GVHD, 予以激素冲击治疗同时加用 ATG

抗免疫治疗, 白蛋白, 丙球支持治疗, 使供体和受体之间免疫系统平衡失调重新倾向于受体, 抑制供体淋巴细胞激活增殖, 治疗后病人的病情得到控制。

4 原因分析

4.1 供体年轻, 受体年纪过大, 受体年龄 > 65 岁 GVHD 的发病率比年龄 < 65 岁患者的发病率高 9 倍以上。

4.2 患者免疫力低下, 营养不良, 酗酒也时移植术后 GVHD 的潜在高位因素。

5 护理问题及护理措施

5.1 皮肤完整性受损—与长期卧床, 全身皮疹, 腹泻有关

1) 保持床单位的清洁, 每日更换衣服, 被服及时清理脱落的皮屑, 污染时及时更换, 接触患者的物品如毛巾, 使用后应立即消毒。

2) 保持皮肤的清洁, 早晚用温水清洁皮肤, 已破损皮肤, 创面消毒后覆盖凡士林纱布, 如果有渗液及时换药, 向患者解释, 勿抓破, 抓伤皮肤。

3) 使用气垫床, 每两小时协助患者更换体位, 动作要轻柔, 对于能活动的患者, 鼓励患者自己慢慢转动, 避免拖, 拉, 拽等大动作, 造成皮肤的损伤。

4) 皮疹部位禁止冷热刺激及静脉穿刺, 皮肤活检部位每日换药, 观察有无渗血。

4) 观察肛周及尾骶部皮肤有无发红, 疼痛, 破溃等现象, 及时采取有效护理措施。

5.2 体温过高—与疾病有关

1) 严密监测体温变化, 观察体温曲线动态变化, 发热时正确留取各种培养标本。

2) 慎用药物降温, 高热时采取冰袋物理降温, 禁用酒精擦浴, 使用冰袋物理降温时将冰袋用无菌治疗巾包裹好, 放置位置应该避开皮疹破损处, 放置冰袋的部位并定时更换。

3) 在使用冰袋物理降温时要注意冰袋部位皮肤有无冻伤, 患者出汗后应及时更换衣服, 被服。

4) 监测水电解质的变化, 维持水电解质酸碱平衡。

5.3 营养失调, 低于机体需求量—与皮肤出现红色斑疹同时口腔粘膜溃疡, 吞咽困难和腹泻有关

护理措施

1) 给予流质饮食如米汤, 豆浆, 牛奶等所有易吞咽饮食。

2) 所有食物必须高温消毒, 凉至温热后食用, 注意饮食卫生, 不食生冷及不洁食物。

3) 餐后用洗必泰口腔护理, 防止口腔感染, 口腔溃疡处用贝复济或者两性霉素溶液外涂, 口唇干裂时, 可使用甘油涂抹。

4) 记录出入量, 当肠内营养不足时, 可补充静脉营养。

5.4 潜在并发症: 感染, 出血

护理措施

1) 患者置于单人病房,采取严格的隔离措施,进入病房人员均需洗手,戴口罩帽子,穿鞋套,室内物体表面用洁力佳擦拭3次/天。

2) 严格按照无菌操作原则执行各项操作,破损皮肤注意观察,保持创面的清洁。

3) 鼓励患者深呼吸,咳嗽,避免长期卧床所致坠积性肺炎。

4) 使用激素冲击治疗前,使用护胃药,预防消化道的应激性溃疡出血。

6 健康教育

6.1 心理护理:了解患者的需求,对患者进行心理疏导,通过治疗性交流沟通来缓解患者紧张,焦虑,恐惧的心理,帮助患者与情况恢复较好的患者联系,通过病友间的交流谈心,增强其战胜疾病的信心和勇气。

6.2 嘱患者尽量卧床休息,下床时,需家属或医护人员协助。

6.3 频繁的腹泻,严重影响正常的休息且消耗体力,必要时床上使用便盆,在使用便盆时动作轻柔,避免划伤皮肤,记录大便次数,性状,量,便后用温水清洁肛周皮肤,毛巾擦干后,肛周涂护臀膏,保护肛周皮肤,预防失禁性皮炎。

6.4 告知患者目前的用药情况,用药的注意事项和用药的时间。

7 小结

肝移植术后移植物抗宿主的发病率虽低,但一旦发生死亡率极高。

GVHD重在预防,首先是供体的选择,尽量避免使用HLA

位点相近的供体。

供肝处理过程中,尽量耗竭体内的T细胞。

对HLA配型相近或者年纪较大的受者,术中应用比较温和的免疫抑制方案。

尽早采取相应治疗措施,有助于改变GVHD的预后,临床护理人员需要提高对GVHD的认识,密切观察患者体温情况,皮疹特点和消化道症状出现的时间,及早发现GVHD的迹象,早期加强皮肤,消化道的护理,监测血常规,肝功能,预防控制感染,减少患者感染发生,同时加强心理护理,提高患者治愈疾病的信心结合临床和组织病理表现尽早识别。

参考文献:

[1] 梁延波,汤晓峰,郑树森等.肝移植术后移植物抗宿主病三例报告[J].中华医学杂志,2004,85(10):826-829

[2] 张晓君,傅志仁.肝移植术后移植物抗宿主病的研究进展(2008)04-0377-03

[3] 肝移植术后急性移植勿抗宿主疾病的诊断和治疗(2008)09-0671-02

[4] 包俊霞.一例肝移植术后移植物抗宿主病患者的护理[J].护士进修杂志,2010,(21):118-120

[5] 刘红,刘婷等.一例肝移植术后移植物抗宿主病患者的护理[J].中华护理杂志,2007,42(5):418-419

[6] 钱卫红,张德珍.1例肝移植术后移植物抗宿主病护理[J].护理研究,2007,21(10B):2721-2722

[7] 张赛君,金静,沈丽华.5例肝移植术后移植抗宿主的观察与护理[J].中华护理杂志,2005,40(10):746-747

(上接第152页)

及手术做好周全准备,有利于手术顺利进行;术后根据患者的实际病情制定相应的康复护理计划,能降低并发症的发生率,提高治疗效果,助其早日康复。可见,对经尿道膀胱肿瘤电切术的围手术期护理临床合作可以减少住院时间和费用,减少术后并发症的发生,促进早日康复,并对医院提高患者满意度,该护理模式具有临床推广价值^[5-6]。

参考文献:

[1] 董磊.浅析膀胱肿瘤经尿道等离子切除术患者的围术期护理体会[J].中国卫生标准管理,2017,8(2):162-163.

[2] 宋莉.膀胱肿瘤经尿道等离子切除术患者的围术期护理[J].医学信息,2014,(23):382-382.

[3] Tang Xiangwei, Zhu Xinfu. Nursing Experience of

Transurethral Plasma Bipolar Electroresection for Recurrent Bladder Cancer [C].

[4] Liu Chunhui. Nursing intervention for patients undergoing permanent cystostomy [C]. // Proceedings of the Chinese Society of Nursing Symposium on New Progress in Cancer Nursing. 2011:179-181.

[5] 张艳,庞凡,龙小丽等.透明质酸钠液治疗放射性膀胱炎的护理体会[C].//中华护理学会全国肿瘤护理新进展研讨会论文集.2011:377-378.

[6] Guo Xiaoli, Wang Shuxian. Investigation and Study on Coping Styles of Patients with Bladder Cancer after Bladder Preservation [C]. // Proceedings of National Cancer Nursing Academic Exchange and Symposium. 2009:189-192.

(上接第153页)

见表2,在下床活动时间与住院时长上,综合组各项时间明显少于基本组,差异有统计学意义($p < 0.05$)。

3 讨论

小儿疝气患者中护理工作可以辅助患儿有更好的治疗体验,减少治疗阻力,促使恢复更为理想。具体处理应对中,要考虑个体情况差异,要了解患儿与家属的综合情况,提升整体的治疗依从性。具体处理应对中,要在专业方向下倾向个体诉求,以稳定患儿与家属的情绪,提升其治疗依从性为标准,保持因人制宜的合理护理工作优化。尤其是术后恢复管理,要避免手术切口愈合不良,要减少各方面干扰因素,要让家属意识到及时反馈异常情况,同时接受医护人员的指导,避免不配合导致的不良事件。

总而言之,小儿疝气患者中采用围术期的综合护理干预可以有助于优化患者的术后恢复速度,整体的并发症控制更为理想。

参考文献:

[1] 林美虹.围术期综合护理干预在小儿疝气手术中的实施效果观察[J].基层医学论坛,2019,23(33):4766-4767.

[2] 鞠文倩.综合性护理干预在小儿腹腔镜疝气围术期的护理效果观察及有效性分析[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(21):41.

[3] 薛晓红.综合护理干预在小儿疝气腹腔镜围手术期中的应用分析[J].现代诊断与治疗,2018,29(21):3573-3575.

[4] 贾瑞瑞.小儿疝气患者围术期的疼痛、心理状况及护理干预效果[J].养生保健指南,2018,(35):231.