

DOI:10.16096/J.cnki.nmgxzz.2016.48.09.034

亲体肾移植手术配合及体会

张爱霞

(内蒙古自治区人民医院手术麻醉一科,内蒙古 呼和浩特 010017)

[摘要] 目的 探讨肾移植手术的手术配合方法,提高护理配合质量。方法 回顾总结 13 例亲体肾移植的手术过程及配合流程。结果 13 例患者术程顺利,术中无并发症发生。结论 充分的术前准备和密切配合术中配合是肾移植手术顺利进行的关键,及时准确应用各类药物、严格无菌管理,对保证手术成功及肾移植受者长期存活具有重要意义。

[关键词] 亲体肾移植;手术配合;护理

[中图分类号] R476 **[文献标识码]** B **[论文编号]** 1004-0951(2016)09-1116-03

肾移植是目前治疗终末期肾病、慢性肾衰的一种主要手段,但近年来肾移植供体器官日趋缺乏,让亲体移植为生命接力,鼓励亲属活体捐赠,开展家庭自救,是解决供体缺乏的有效办法之一^[1]。本人于 2015 年 5 月至 11 月在北京朝阳医院进修肾移植专科,为 13 例肾衰患者施行了肾移植术。现报道如下。

1 临床资料

本组均为活体供肾,供肾者父母捐给子女 8 例,子女捐给父母 1 例,夫妻捐献 1 例,兄弟捐献 3 例,年龄在 32~58 岁。受肾者均为慢性肾炎尿毒症晚期患者,其中女性 5 例,男性 8 例,年龄在 28~52。患者术前均进行过血液透析治疗。

2 手术配合

2.1 活体供肾切取手术配合

2.1.1 用物准备 大腹包、盆、手术衣、膀胱器械、取肾特殊器械、半套南京拉钩、修肾器械、细纱布、盐水巾、23 号刀片、电刀、吸皮、保护膜、关腹线、砂皮、0、2-0、3-0 丝线、28# 腹腔引流管、引流袋、敷贴、2-0 八针八线、4-0 血管缝线、CV-5 血管缝线、牵引皮条、冰屑、肾保液、输液器、丁胺卡那 2 支(2 ml/支)20 ml 套管针、电子秤。

2.1.2 体位及切口 患者一般取折刀位,第 11 肋对准手术床的腰桥,同侧手绑于麻醉架上,约束带固定好病人。取第 12 肋下经腰斜切口或第 11 肋间切口。

2.1.3 供肾切取手术步骤 (1)常规消毒铺巾后递手术刀,电刀,纱布,血管钳等开腹。装南京拉钩暴露术野。(2)显露肾脏:更换电刀长头,切开肾周筋膜,钝性分离脂肪囊,充分游离肾脏,切除其周围粘

连组织。递心内镊、直角小弯分离,电刀电凝止血,3-0、2-0 丝线结扎。(3)输尿管的游离:保留肾门脂肪,远端游离输尿管,保证其血管平面。递心内镊、直角小弯分离,中弯夹持皮条穿过并提起输尿管,血管钳牵引皮条末端。(4)肾动静脉的游离:分离肾蒂周围组织,充分显露肾动、静脉。递心内镊、直角小弯分离,电刀电凝止血。(5)供肾切取:切断输尿管,远心端结扎。递阻断钳阻断肾动脉、组织剪剪断,起始部 0# 丝线结扎,残端 CV-5 血管缝线缝扎。递心耳钳阻断肾静脉后组织剪进行离断,起始部 0# 丝线结扎,残端 4-0 血管缝线贯穿缝扎。递血管钳、组织剪剪断输尿管,0# 丝线结扎。准备容器将移植肾置于保养液中。(6)止血关腹:检查创腔有无活动性出血,肾窝放置引流管,逐层关腹。准备好 28# 腹腔引流管,2-0 丝线三角针固定。0# 丝线大圆针数针,1-Dexon 关腹,2-0 八针八线缝皮,接上引流袋,贴上敷贴。关腹前仔细清点器械,纱布,缝针。

2.2 供肾的修整 将供肾置于修肾脸盆中,修肾脸盆内装 4℃ 肾保液,抽取丁胺卡那 4 ml 置入冰水中。准备好无菌冰屑。(1)输液器接肾保液进行灌注,灌注高度约 1 m。(2)递整形镊、组织剪剪去多余的肾周脂肪组织。(3)分离、修整供肾动脉、静脉。递整形镊、蚊氏钳分离,3-0 丝线结扎小分支血管,套管针冲洗管腔,必要时用血管缝线吻合断端血管。(4)递整形镊、组织剪游离输尿管达一定长度。(5)去皮称重。将肾脏放入内含冰屑的肾袋内,扎紧袋口,加盖无菌巾保存待用。

2.3 肾脏移植的手术配合

2.3.1 用物准备 大腹包、盆、衣服、膀胱器械、肾

移植特殊、普通电刀、吸引器管、保护膜、0#、2-0#、3-0# 丝线、细纱布、盐水巾、刀片、腹腔引流管、敷贴、关腹线(1-0DEXON)、引流袋、输液器、20 ml 注射器一个、稀释的肝素,5-0 肾移植血管线一板、4-0DEXOM 一根、冰屑、双J管。

2.3.2 体位 平卧位,将肾移植在髂窝。

2.3.3 肾移植手术步骤 (1)经右下腹弧形右切口进腹切开皮肤皮下组织,腹外斜肌腱膜。递 23# 刀片、电刀、吸引器、细纱布。切皮前“TIME OUT”,遇到腹壁下血管时,分别用丝线结扎两断端。(2)分离腹膜,将腹膜推向内侧。然后显露并游离髂血管。递盐水巾保护,腹部牵开器牵开。0# 丝线结扎子宫韧带,对于男性精索,一般不主张常规切断结扎,因为结扎后易引起同侧阴囊水肿及鞘膜积液;如果精索严重妨碍手术及可能压迫输尿管引起梗阻,可切断并结扎之。(3)游离髂外静脉,髂内动脉血管。递直角小弯,整形镊分离,血管钳带 3-0 丝线结扎血管,橡皮片牵引髂内动脉。旁边小分支用丝线结扎。对于血管表面的结缔组织,要分束结扎,以免术后形成淋巴囊肿。(4)递动脉血管夹阻断髂内动脉根部,血管钳夹闭、血管剪剪断,远心端双重结扎,注射器抽稀释肝素冲洗动脉管腔,0# 丝线双重结扎。头皮针皮管剪 5 cm 左右,套注射器头端,以便于管腔冲洗。(5)阻断髂外静脉,在表面剪一口径与供肾静脉口径相同的侧孔,肝素盐水冲洗血管腔。递静脉血管夹,血管钳,血管剪,用针筒抽好肝素水冲洗,选择在髂外静脉的前外侧,剪侧孔时应尽量避开静脉瓣,以免影响静脉回流或形成血栓。(6)将供肾静脉与受者髂外静脉进行吻合。在收紧最后 1 针时,在静脉腔内注入肝素盐水,使之充盈,然后缝线打结。递 5-0 血管缝线双头针 2 根,整形镊,注射器抽肝素水冲洗,一般采用三定点方法吻合(既在髂外静脉侧孔的上下端与供肾静脉进行定点缝合,再在一侧的中间定点缝合 1 针,并牵拉)。(7)供肾动脉-受者髂内或髂外动脉端端吻合。(因动脉管壁较厚,不易塌陷,两定点即可),递 5-0 血管缝线双头针 2 根,整形镊,注射器抽肝素水冲洗。通血前,调整动脉收缩压在 150 mmHg 左右。经静脉滴入甘露醇 250 ml+速尿 60~100 mg。(8)于肾血管根部阻断血管,分别缓慢开放肾动脉及静脉进行试通血。漏血处补针止血。递细纱布,5-0 血管缝线单头针,进行修补止血。(9)去除肾周冰屑,开放肾血流,递弯盘,线剪,与巡回护士清点肾袋内有无粗纱布等物品。(10)恢复移植肾血流,先开放肾静脉夹,再开放肾动脉夹,测量肾脏大小,检查出血,温盐水冲洗,温盐水中包裹移植肾。细纱布拭血,钢尺测量肾脏大小。(11)供肾输尿管与受者膀胱吻合放置输尿管支

架管,连续或间断缝合输尿管全层及膀胱粘膜,15# 刀片切开膀胱,4-0 可吸收缝线吻合,F5 双“J”管石蜡油润滑,在向膀胱内注入生理盐水 300 ml 的同时,修整供肾输尿管。一般将末端纵形剪开 0.8 cm,电凝止血。在膀胱充盈后,于其前外侧壁纵形切开浆肌层约 2 cm,然后在切口下端剪直径 0.5 cm 小孔,放出膀胱内液体。(12)做好三个吻合口后,取出伤口内细纱布,冲洗检查出血,置引流管,平稳放置移植肾,温盐水冲洗,递纱布,引流管,准备止血材料。清点手术用物。(13)逐层缝合伤口,固定引流管,1-0DEXON,8 针 8 线逐层关腹,三角针 2-0# 丝线固定引流管,三角针 3-0# 丝线缝皮,清点手术用物。(14)皮肤消毒后敷贴伤口,碘伏棉球,敷贴,清点手术用物。

3 结果

13 例患者术程顺利,术中无并发症发生。

4 讨论

亲属活体肾移植由于手术过程复杂,供肾、修肾、植肾几组医护人员紧密配合以及手术器械、肾灌注液、肾移植的药品准备齐全是手术成功的关键。因此,应选择经验丰富、应变能力强、技术过硬的护士参与手术,术前 1 d 明确分工,认真检查手术物品准备情况,在术中与术者要配合默契,保证手术顺利进行。

术后感染是亲属活体肾移植失败的重要原因之一^[2],慢性肾功能衰竭病人机体免疫功能低下,抵抗力低,术后更易并发各种感染,因此,术中的感染控制十分重要。手术中的用品必须经严格灭菌方可使用。选定相邻的 2 个层流手术间(受体手术间为百级层流),术前 1 d 进行物体表面消毒,术日提前 30 min 开启空气层流净化系统。手术间温度保持在 22℃左右,湿度保持在 55%左右。术前晚急诊手术不安排在此手术间,手术人员严格执行无菌操作,严格限制手术间的参观人员。

活体供肾切取的前提是保持良好的肾功能和绝对保证供者的安全。术前要认真评估病人全身情况,一般选择左肾切取术,因为左肾蒂易于暴露,左肾静脉较长,便于肾移植手术操作。如两个肾脏的功能有差异时,应将较好的肾脏留给供者。静脉通路开放在手术对侧上肢,术中仔细观察静脉通路是否通畅、固定是否牢固。麻醉完成后安置取肾卧位:仰卧,11 肋对手术床的折刀部,取肾侧靠近手术床的侧缘,约束带固定。取肾侧的上肢用绑带固定在麻醉架上(注意不要接触金属处)。将手术床摇成折刀位。取肾手术过程中备好的牵引带一定要注意其完整性,必须检查阻断钳和心耳钳的性能。遇精细处理时,用血管剪。这些都是保证取肾手术顺利进

行重要步骤。

为了缩短移植肾的热缺血和冷缺血时间,以促进肾功能恢复,两台手术衔接非常重要。一般在供体切开切口,游离血管时就要开始受体手术的准备。修肾与止血关腹这一步骤也可同时进行。修好的供肾应安全保管,避免污染和遗失。灌注时使灌注液温度保持在 4℃,压力适当,灌注高度不超过 1 m,灌注管插入肾动脉不宜过深,以 1 cm 为宜^[3]。注意观察输液管的滴速,及时调整灌注管的位置,如有部位无花斑改变,提示可能有多支肾动脉,应及时寻找和灌注。供肾在灌注修整时要谨防损伤,严禁将手术器械放于修肾盆内。

手术中巡回护士严密观察病情、静脉通道通畅情况和肢体局部及皮肤受压情况,特别需要观察尿量。尿量的多少是反映移植肾功能的重要指标,移植肾恢复血流灌注后,巡回护士要及时更换精密尿袋,密切观察尿量变化,准确记录,随时向主刀医生汇报。手术中要注意给患者进行体温保护,有条件

的医院手术床表面铺垫一循环变温水毯,连接于变温水箱,温度设置为 38℃,术中持续对患者加温。术中所用输液液体、输血加温至 37℃ 等措施对保持患者术中体温的恒定,防止低温的发生起到了积极预防作用^[5]。

总之,通过亲体肾移植手术的实践,我们深切体会手术室配合的重要性,严密组织、统筹安排、严格操作、默契配合是保障手术成功的关键。

[参考文献]

- [1] 刘凤. 亲体肾移植手术的配合[J]. 临床护理杂志, 2008, 7(4): 55-56.
- [2] 杜合英, 李美清, 谢卫珊, 等. 肾移植手术的配合与管理[J]. 当代护士, 2006, (9): 54-55.
- [3] 沈静, 王巧桂, 周亚昭, 等. 亲体肾移植手术患者的护理配合[J]. 医学研究生学报, 2009, 22(7): 750-753.
- [4] 肖莹, 孙晓红, 王菁. 围手术期保温技术的应用对肾移植患者体温的保护作用[J]. 吉林医学, 2010, 31(2): 225-226.

[收稿日期] 2016-08-23

DOI:10.16096/J.cnki.nmgxzz.2016.48.09.035

综合护理干预对消化性溃疡患者不良生活方式的影响

斯琴格日勒

(乌兰察布市职业学院, 内蒙古 集宁 012000)

[摘要] 目的 探讨和分析护理干预对消化性溃疡患者不良生活方式的影响。方法 选择 2013 年 5 月至 2014 年 5 月门诊确诊的消化性溃疡患者 86 例, 随机分为观察组和对照组。每组 43 例。两组治疗方案相同, 对于观察组患者不良生活方式进行分析, 给予相关疾病的知识指导, 制订随访计划, 给予系统的健康指导和干预, 督导患者养成健康的生活习惯。结果 观察组患者食欲、睡眠、躯体活动、精神生活评分均优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者护理满意度为 97.67%, 与对照组患者 81.40% 的护理满意度比较, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论 科学有效地护理干预, 可改变消化性溃疡患者的不良生活方式, 显著改善患者的生活质量, 提高患者满意度, 是值得临床推广应用的一种护理方式。

[关键词] 消化性溃疡; 护理干预; 生活方式; 满意度

[中图分类号] R473.5 [文献标识码] B [论文编号] 1004-0951(2016)09-1118-03

消化性溃疡是内科的常见病、多发病, 而且复发率高, 并发症多。消化性溃疡是由多种原因引起的慢性疾病, 表现为胃肠道粘膜被消化液、胃酸和胃蛋白酶损伤后的一种病理性变化, 以十二指肠溃疡更多见。消化性溃疡反复发作可引起胃或十二指肠的出血、穿孔等并发症。消化性溃疡病因复杂, 心理

状态及生活方式是影响消化性溃疡治愈的重要因素^[1]。因此, 改变不良生活习惯对于彻底治愈消化性溃疡十分重要。本研究观察了综合护理干预措施对消化性溃疡患者的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择自 2013 年 5 月至 2014 年 5