DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.09.021

维持治疗，耐心等待，大多数移植肾功能均能恢复。

参考文献：

[1] Hancock W, Gao W, Shemmeri N, *et al*. Immunopathogenesis of accelerated allograft rejection in sensitized recipients: humoral and nonhumoral mechanisms[J]. Transplantation, 2002, 73(9): 1392—1397.

[2] Colvin R B. Renal transplant pathology. In: Jennette J C, Olson J L, Schwartz M M, *et al*, eds. Heptinstall's Pathology of the Kidney[M]. New York: Lippincott-Raven, 1998. 1409—1540.

[3] Belitsky P, MacDonald A S, Lawen J, *et al*. Use of rabbit antithymocyte globulin for induction immunosuppression in high risk kidney transplant recipient[J]. Transplant Proc, 1997. 29(7A): 16s—17s.

[4] Guttmann R D, Fleming C. Sequential biological immunosuppression: Induction therapy with rabbit antithymocyte globulin[J]. Clin Tansplant, 1997. 11(3): 185—192.

[5] Ahsan N, Johnson C, Gonwa T, *et al*. Randomized trial of tacrolimus plus mycophenolate mofetil or azathioprine versus cyclosporine oral solution (modified) plus mycophenolate mofetil after cadaveric kidney transplantation: results at 2 years[J]. Transplantation, 2001, 72(2): 245—250.

（编辑 薛国文）

个案与短篇

文章编号：1000-5404(2004)09-0800-01

移植肾破裂出血的护理

Nursing of hemorrhage of ruptured renal allograft

王殿珍，刘 宏，许爱华 （第三军医大学西南医院全军泌尿外科中心肾科，重庆 400038）

移植肾破裂出血是肾移植后严重的并发症，若不及时救治，将危及患者的生命。我院自1998年至今成功抢救移植肾破裂2例，报告如下。

1 病例资料

例1，女，48岁，因患尿毒症于2000年9月行同种异体肾移植术，术后经甲强龙、环孢素、强的松、骁悉等药物抗排斥治疗，移植肾功能恢复良好，第5天血肌酐降至正常，但第6天出现急性排斥反应，予甲强龙冲击治疗，第7天于剧烈咳嗽后出现腹部胀痛，30 min后血压降至50/30 mmHg，查体腹形饱满，切口敷料血染，考虑有移植肾破裂出血。予紧急输血，并迅速行手术探查，见移植肾中下极破裂出血，经移植肾修补并继续激素冲击治疗后移植肾功能恢复出院。

例2，男，28岁，因患尿毒症于2002年2月于同种异体肾移植术，术后经甲强龙、环孢素、强的松、骁悉等药物抗排斥治疗，前4天尿量3 500～7 000 ml/d，但肌酐仅从1 550 μmol/L降至586 μmol/L，第5天尿量仅为500 ml，当晚于剧烈咳嗽后，出现移植肾区胀痛，伤口引流出大量的鲜红色的血性液体，血压80/50 mmHg，考虑移植肾破裂出血，迅速局部压迫止血、抗休克处理，急诊手术探查见移植肾外侧缘有一长3 cm，深1.5 cm纵行裂口，难以修补而切除移植肾，等待再次肾移植。

2 移植肾破裂的监护

移植肾破裂的表现：疼痛和出血是主要症状。疼痛表现为移植肾区或伤口的突然剧痛或胀痛，其程度与出血量、病人对疼痛的耐受程度有关，可局限于局部，也可延伸到肛门、外生殖器等部位；也可出现腹胀、呃逆等腹膜刺激征[1]，其原因可能与血肿刺激后腹膜所致。出血表现为移植肾肾区饱满，伤口渗血量突然增加和出血休克征象；若裂口大、出血量多则移植肾区可隆起，局部可触及质硬包块；裂口小而出血量少则移植肾边缘不清[1]。B超检查可见肾包膜连续性中断，肾周血肿等。

排斥反应和移植肾破裂的抢救：排斥反应是移植肾自发性破裂最常见的原因[2]。及时发现排斥反应如发热、高血压、少尿或无尿、血肌酐上升、移植肾肿胀及压痛等，并进行有效的抗排斥治疗，是预防移植肾破裂的关键。在冲击治疗过程中，对移植肾肿胀，局部压痛改善不明显者，要高度警惕。

发现移植肾破裂出血时，应立即压迫止血、迅速抗休克治疗、准备行移植肾探查术，手术治疗中应积极保留移植肾[3]，在肾修补术前后均应严密观察生命体征、移植肾区、尿液情况；防止腹压增高。如有血尿，应及时留置三腔尿管并持续冲洗，防止血凝块引起尿路梗阻及排尿困难。

加强移植肾功能延迟恢复患者的观察：如例2为移植肾功能延迟恢复，术后第5天血肌酐尚居高不下，此类患者应警惕移植肾破裂。

减少外力对移植肾的损害：在肾移植后2周内易发生移植肾破裂，此间应防止剧烈活动及频繁咳嗽，保持大便通畅，绝对卧床休息，避免移植肾区受到外力碰伤，保持下尿路通畅，以防止肿胀的移植肾破裂。

关键词：肾移植；肾破裂；出血；护理

中图法分类号：R473.6 文献标识码：B

参考文献：

[1] 叶启发. 器官移植临床指南[M]. 北京：科学出版社，1999. 29—30.

[2] 李玉梅，张枝荣，户思战，等. 移植肾自发性破裂2例救治成功体会[J]. 山西医科大学学报，2000，31(4)：299.

[3] 杨亦荣，夏 鹏，蔡 勇. 肾移植术后自发性肾破裂的临床分析[J]. 中华器官移植杂志，2000，21(2)：88.

（编辑 陈聪连）

作者简介：王殿珍(1964—)，女，四川省大邑县人，主管护师，主要从事肾脏内外科和器官移植的护理方面的研究，电话：(023)65318301-73085

收稿日期：2003-09-27；修回日期：2003-10-27

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net