DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.08.040

灭螺效果及消除钉螺繁殖有着极为重要的作用。机场内低凹的沼泽地也是钉螺的繁殖孳生场所，也必须彻底根治，才能达到阻断传播途径。汽车运输、油料供应、机务、警卫、场务人员接触疫水的机会较多，感染率也较高，我们重点对这些人员采取了个人防护措施。在钉螺已经被消灭的机场，外出感染和来自疫区的新兵是部队血吸虫病的主要传播源，所以，每当新兵入伍后在当年春季，我们组织部队卫生人员对新战士进行一次感染普查体检，及时查出和治疗带虫者，并组织积极防护教育和防护防范。

关键词：血吸虫病；钉螺；防治措施

中图法分类号：R532.210.1 文献标识码：B

参考文献：

[1] 王秀珍，黎世涛，周肇西. 高灵敏度快速检测血吸虫循环抗原试剂盒的研制[J]. 中华医学杂志，1992，72(11)：686.
[2] 刘崇义. 四川省大山区传播源以阻断血吸虫病传播的研究[J]. 实用寄生虫病杂志，1993，1(1)：10.
[3] 中华人民共和国卫生部地方病防治司. 血吸虫病防治手册[M]. 上海：上海科学技术出版社，1990. 39-79.

（编辑 张大春）

文章编号：1000-5404(2003)08-0743-02

经验交流

肝移植术后胆系并发症的护理

Nursing care of patients with biliary complications following orthotopic liver transplantation

王庆梅，张明霞 （第三军医大学附属西南医院全军肝胆外科研究所、西南肝胆外科医院，重庆 400038）

肝脏移植术后胆管消融、胆漏、胆石形成、胆管狭窄等是可能导致肝脏移植物功能丧失、影响患者生存质量的重要并发症。1999年2月至2002年12月，我所完成95例原位肝移植，7例受体发生胆系并发症，发生率为7.3%，除2例受体因胆系并发症死亡外，余均得到及时有效诊断治疗。现将原位肝移植后胆系并发症的护理经验报告如下。

1 临床资料

1.1 一般临床资料

95例受体中，男性81例，女性14例，年龄19～68岁[平均(43.8±10.2)岁]。肝移植术前诊断：进展期肝癌并肝硬化29例，乙型肝炎后肝硬化28例，慢性重型乙型病毒性肝炎18例，急性重型乙型病毒性肝炎4例，酒精性肝硬化、胆汁性肝硬化各3例，原发性硬化性胆管炎、肝包虫病、丙型肝炎后肝硬化各2例，肝淀粉样变性、多囊肝、Caroli病、肝移植后环孢素毒性肝损害、转移性肝癌各1例。

1.2 手术方式

体外静脉转流下原位肝移植12例，背驮式肝移植78例，活体部分肝移植5例。5例活体肝移植外的90例移植中，71例肝移植物的切取采用标准法，19例采用快速切取法[1]。标准法及活体肝移植获取的移植物热缺血时间为0 min，快速切取时肝移植物热缺血时间为5～19 min。供肝冷灌注、保存使用4 ℃平衡液、UW液。肝移植物冷保存时间3.0～18.5 h，平均(7.8±3.5)h。

肝移植物植入时胆道的重建方式：移植物胆管与受体胆总管对端吻合91例，其中55例放置Fr 12 T管或Fr 8橡胶尿管外引流胆道，其长臂经受体的胆总管戳孔引出，36例未放置胆道外引流管管。4例应用胆管空肠Roux-en-Y吻合，未放置胆道外引流管。胆道的吻合重建均在直视下应用5-0或6-0 Vicryl、Monocryl或PDS缝线单层缝合完成，对端吻合的两胆管内径≥4 mm时，采取连续缝合方式，内径＜4 mm时采取间断缝合方式。移植后应用环孢素A或FK506＋霉酚酸酯＋甲泼尼松三联抗免疫治疗。根据术后患者进食及血清胆红素下降情况，在术后5～7 d夹闭胆道外引流管，于术后3个月拔除胆道外引流管。

1.3 胆系并发症诊断及治疗

7例受体术后发生胆系并发症，发生率为7.3%。2例术后7、10 d时，出现腹胀、腹部隐痛等腹膜炎临床表现，外周血白细胞计数及噬中性粒细胞比例升高，T管造影提示吻合口处胆漏，超声扫描见右膈下、肝下间隙积液，再次剖腹探察，见吻合口左前方有0.3cm×0.5 cm破口，予修补，腹腔引流，治愈。1例术后1个月时血清胆红素水平、碱性磷酸酶及γ-谷氨酰转肽酶活性升高，ERCP提示胆管吻合口狭窄，内镜下支架内支撑治疗，迄今已2年，无胆道梗阻表现。2例术后3个月拔除T管时出现腹胀、腹痛等胆汁性腹膜炎表现，1例保守治愈，1例腹腔镜下缝合窦道、腹腔引流治愈。1例术后5个月寒战、发热，血清胆红素水平、碱性磷酸酶及氨酰转肽酶活性升高，CT扫描提示胆管消融、胆泥形成，患者因胆管炎死亡。1例术后10 d时肝动脉血栓形成，CT提示肝内胆管坏死，并有胆汁性腹膜炎表现，再次手术见吻合口处胆漏，行胆道外引流，3 d后死于肝衰竭。

1.4 胆系并发症护理

1.4.1 严密观察病情变化 肝移植后早期发生的腹胀、轻微腹痛可能是胆漏的首发症状，因肝移植后镇痛、免疫抑制等处理措施的联和应用，有胆漏并发症的受体腹膜炎的临床表现并不典型，所以要认真观察患者腹痛性质及腹部体征、腹腔引流物性状。如患者诉腹胀、腹痛，腹腔引流液中有胆汁性液混合或切口处有胆汁性液溢出时，应高度警惕胆管吻合口处胆漏。肝移植后1～3个月出现黄疸、发热、腹痛时，应考虑胆系

作者简介：王庆梅(1969－)，女，四川省自贡市人，主管护师，现在政治部干部科。电话：(023)68754043

收稿日期：2003-03-20；修回日期：2003-03-27

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

并发症可能。单纯吻合口狭窄致胆管扩张未合并胆道感染时患者可能无任何不适而仅表现为黄疸及血清碱性磷酸酶及γ-谷氨酰转肽酶活性升高，而合并胆道感染时则通常伴有发热、腹痛。继发于肝动脉血栓形成后的胆管坏死患者，在有上述胆系疾患临床征象同时，常伴有严重的肝功能损害，随着肝脏合成功能的下降，出现低白蛋白血症及出血倾向。

1.4.2 胆道系统影像检查的护理 超声、CT、经皮肝穿刺胆道造影(PTC)、经内镜逆行胆道造影(ERC)及核磁共振胆道成像(MRC)是常用的胆道系统疾患检查手段。在实施超声、CT、超声等非侵入性检查前，应作好肠道的清洁，防止肠道积气影响成像。实施PTC及ERC等侵入性检查时，在围检查期需预防性应用抗生素，防止感染，并注意观察有无胆道出血等并发症发生。

1.4.3 胆道外引流管的护理 肝移植时，胆道重建后可留置经吻合口的胆道外引流管，常采用T型管或硅胶管。留置胆道外引流管时，应保持胆道外引流管的通畅，观察胆汁的量及性状，有无泥沙或絮状物混合。每天更换引流袋并严格执行无菌操作规范。定时作胆汁细菌培养。胆道外引流管妥善固定，防止患者变换体位时脱出或折叠影响胆汁外引流。治疗胆系并发症时，可能留置经皮肝穿刺胆道引流(PTCD)管或经十二指肠留置鼻胆管，应定期冲洗PTCD管及鼻胆管，保持其通畅，同时注意记录外引流物的量及性状。

1.4.4 心理护理 接受肝移植的终末期肝病患者手术后期望获得优良的生活质量，对痊愈期望很高。而胆系并发症的发生给患者带来巨大的心理压力，患者思想顾虑多，焦虑不安，表现为沮丧、情绪低落，对移植远期疗效失去信心。护理时宜在精神上给患者以关心、帮助，主动与其谈心、缓解其心理压力，告知患者胆系并发症通过积极外科治疗能获得痊愈，并不影响其远期生存，使患者保持乐观情绪，身心处于最佳状态，更好地接受治疗。

2 讨论

原位肝移植已成为终末期肝病的常规治疗手段，移植后5年存活率达到80%以上，但胆系并发症已成为可能影响患者长期生存及生活质量的重要因素。胆系并发症是指具有临床表现、有放射学依据，需要进行手术或介入性治疗的胆道狭窄、梗阻及胆漏等[2]。

肝移植术后发生胆系并发症的危险因素可分为两类，一是外科操作技术因素，二是胆道缺血性损害及免疫相关性损害等非技术性因素。因手术操作技术导致的胆系并发症主要有胆漏和胆管吻合口狭窄。胆漏是严重的并发症，发生率可高达22%[3]，胆管吻合口狭窄的发生率为5%～20%[4]，发生部位在吻合口或胆道外引流管引出处，主要与缝合技术不当、供肝胆管断端血液循环不良、肝动脉血栓形成等有关。肝移植物冷保存>11.5 h、多次排斥反应事件等是导致非技术性胆系并发症的主要因素[5]。

黄疸、腹痛、发热常是肝移植后胆系并发症共有的临床表现，护理时应严密观察上述症状、体征，在实施侵入性检查及治疗时应预防性应用抗生素并作好胆道外引流管的管理。

关键词：肝移植；胆系并发症；护理
中图法分类号：R473.6 文献标识码：B

参考文献：

[1] Yanaga K, Podesta L G, Broznick B, *et al*. Multiple organ recovery for transplantation. In Starzl TE, ed. Alas of organ transplantation. J. B Lippincott Co[M]. Philallphia: Gower Medical Publishing, 1992. 3—11.

[2] Moser M A, Wall W J. Management of biliary problems after liver transplantation[J]. Liver Transpl, 2001, 7(11 Suppl 1): 46—52.

[3] Neuhaus P, Blumhardt G, Bechstein W O, *et al*. Technique and results of biliary reconstruction using side-to-side choledochocholedochostomy in 300 orthotopic liver transplantation[J]. Ann Surg, 1994, 219(4): 426—434.

[4] 王宝忠, Hardy K J, Jones R M. 肝移植术后胆系并发症[J]. 中华器官移植杂志, 1997, 18(2): 149—151.

[5] Sanchez U L, Batts K P, Gores G J, *et al*. Increased bile duct complications in liver transplantation across the ABO barrier[J]. Ann Surg, 1993, 218(2): 152—158.

(编辑 栗 嘉)

关于数字的用法

在各种出版物上数字的用法总的原则是：凡是可以使用阿拉伯数字，而且又很得体的地方均应使用阿拉伯数字。以下两种情况必须使用阿拉伯数字：

1 公历世纪、年代、年、月、日和时刻 例如：公元前5世纪、20世纪90年代、1995年6月8日14时30分。

表示年份要写全称，1995年不能写成95年或'95年；1953—1958年不能写成1953—58年。年月日可以写成1995-06-08。时刻用“:”分隔的形式。如：13时45分8秒可以写成13:45:08。

2 计数和计量(整数、小数、分数、百分数、约数)包括序数、编号 4位和4位以上的数字采用三位分节法，不用“千分撇”，节与节之间留半个阿拉伯数字的空隙(如2 431改为2 431)。年份、部分代号、仪器型号等非计量数字不用分节，也不加千分撇。尾数“0”多，5位以上的数字，可以用“万”“亿”表示，但不得以十、百、千、百万、十亿等汉字表示，例如3 579 000可写成357.9万但不能写成3百57万千或357万9千。

(本刊编辑部)

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