DOI:10.16016/j.1000-5404.2001.11.033

[3] Bengala C, Pazzagli I, Tibaldi C, *et al*. Mobilization, collection and characterization of peripheral blood hemopoietic progenitors after chemotherapy with epirubicin, paclitaxel, and granulocyte-colony stimulating factor administered to patients with metastatic breast carcinoma[J]. Cancer, 1998, 82(5): 867—873.
[4] Dreger P, Haferlach T, Eckstein V, *et al*. G-CSF mobilized peripheral blood progenitor cells for allogeneic transplantation: safety, kinetics of mobilization, and composition of the graft[J]. Br J Haematol, 1994, 87(3): 609—613.
[5] Korbling M, Huh Y O, Durett A, *et al*. Allogeneic blood stem cell transplantation: Peripheralization and yield of donor-derived primitive hematopoietic progenitor cell ($CD34^+Thy\text{-}1^{dim}$) and lymphoid subsets, and possible predictors of engraftment and graft-versus-host disease[J]. Blood, 1995, 86(7): 2 842—2 848.
[6] Silva M R G, Parreira A, Ascensao J L. Natural killer cell numbers and activity in mobilized peripheral blood stem cell grafts: condition for in vitro expansion[J]. Exp Hematol, 1995, 23(14): 1 676—1 681.
[7] Takenaka K, Mizuno S, Harada M, *et al*. Generation of human natural killer cells from peripheral blood $CD34^+$ cells mobilized by granulocyte colony-stimulating factor[J]. Br J Haematol, 1996, 92(4): 788—794.
[8] Siena S, Di Nicola M, Bregni M, *et al*. Massive *ex vivo* generation of functional dendritic cells from mobilized $CD34^+$ blood progenitors for anticancer therapy[J]. Exp Hematol, 1995, 23(14): 1 463—1 471.

（编辑 冯崇英）

文章编号：1000-5404(2001)11-1323-01

个案与短篇

移植肾破裂的护理

Nursing of rupture of transplanted kidney

王安静，方 丽，卢 宇，张 萍 （第三军医大学附属新桥医院肾病中心，重庆 400037）

移植肾破裂是同种异体肾移植术后早期严重并发症，发病率国内报告为3.5%～6%[1]，如观察不及时，处理不当可导致肾严重损害甚至出现生命危险，我院从1978-01—2000-01共行同种异体肾移植手术1026例，发生移植肾破裂15例，发生率为1.5%。

1 临床资料

本组15例，男9例，女6例，年龄平均23～49岁，均为同血型尸体供肾。淋巴细胞毒试验均＜10%，术后应用强的松、硫唑嘌呤、环孢素A等治疗，移植肾破裂时间在术后2周内，行手术探查12例，9例保留移植肾，3例切除移植肾，另外3例出血量少，经保守治疗后痊愈。

2 移植肾破裂原因分析

一般认为，移植肾破裂是移植肾排斥反应的并发症。急性排斥反应是移植肾破裂的主要因素。术后2周是急性排斥反应的高发期，本组行手术探查12例中有6例为急性排斥反应，其中3例行移植肾切除，保守治疗3例均有急性排斥反应表现，由急性排斥反应所致者占75%。支持排斥反应是移植肾破裂最主要的病理基础[2]。排斥反应时移植肾有不同程度的肿大、水肿，组织脆弱，当肾内压力增加，如活动、咳嗽、排便等使腹压增加或血液透析肝素化后极易破裂。此外，供肾摘取过程和移植手术造成的缺血性损害、尿路梗阻及供肾过度灌洗或灌注压力过高均可使肾组织反应性水肿破裂，移植肾静脉引流不畅，吻合口狭窄、髂静脉扭转、肾静脉血栓形成亦可造成移植肾压力过高。在腹压增加时，移植肾受力不均，导致受力小的地方发生破裂。本组未行肾包膜切开者的1.5%与包膜切开组0.42%比较，有显著差异。因此我们认为肾包膜未行切开也是移植肾发生破裂的重要因素。

3 对策

3.1 预防

常规切开肾包膜以减少张力是预防移植肾破裂的有效措施[3]。摘取供肾时要缩短缺血时间，防止过度灌洗或灌注压力过高，修肾时严防损伤血管内膜以免发生静脉血栓，保证肾静脉吻合口通畅，避免肾静脉扭曲，术后合理应用免疫抑制剂，及早发现和正确处理急性排斥反应是十分必要的。急性排斥反应期加强生活护理、防止剧烈活动和咳嗽，保持大便通畅，减少其它使腹压增高的因素对预防移植肾破裂均有重要意义。

3.2 严密观察病情

移植肾破裂主要表现为肾移植区突然巨痛，并逐渐肿胀、隆起、少尿和血尿、手术切口或引流口有鲜血流出。同时伴有血压下降、脉搏增快，大汗等。此时严密观察生命体征，尤其是血压、疼痛的变化，观察有无出血性休克的表现，以及做好抢救准备。

3.3 正确处理

一旦发现有移植肾破裂征兆时，立即绝对卧床，禁止活动，交叉合血，留置尿管，建立静脉通道。出血量多时，快速补液、输血，并做好手术探查准备。有休克时，必须在纠正休克的同时进行手术止血。对移植肾功能差、出血量大、休克严重者，应果断切肾，以保全病人生命。对出血量较少、肾功能好、血压下降不明显者，可保守治疗。

关键词：同种异体肾移植；并发症；排斥反应
中图法分类号：R473.6 文献标识码：B

参考文献：

[1] 夏穗生 主编. 器官移植学[M]. 上海：上海科学技术出版社，1995. 166.
[2] 刘少鸽，李慎勤，李香铁，等. 移植肾实质自发性破裂8例报告[J]. 临床泌尿外科杂志，1993，8(4)：214—215.
[3] 张先有，谢 桐. 肾移植后急性外科并发症的发生及防治[J]. 中华器官移植杂志，1993，14(2)：59—60.

（编辑 陈聪连）

作者简介：王安静(1965—)，女，重庆市人，主管护师，主要从事器官移植方面的研究，发表论文5篇。电话：(023)65200281
收稿日期：2000-07-14；修回日期：2001-05-25

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