

# 小肠移植患儿术后并发急性排斥反应的护理

金 亚, 汤洒潇, 卢芳燕

浙江大学医学院附属第一医院, 浙江杭州 310003

**摘 要:**总结 1 例小肠移植患儿术后并发急性排斥反应的护理经验。护理重点为早期识别排斥反应, 做好移植肠造口、肠镜检查、免疫抑制剂的护理。患儿经过治疗和护理急性排斥反应得到控制, 术后第 66 天行造口回纳术+肠粘连松解术后, 并顺利康复出院。

**关键词:**小肠移植; 排斥反应; 小儿; 护理 DOI:10.3969/j.issn.1671-9875.2022.02.019

中图分类号:R473.72

文献标识码:B

文章编号:1671-9875(2022)02-0067-03

小肠移植手术是目前治疗短肠综合征及不可逆肠功能衰竭的有效手段之一。但由于小肠是人体内较大的免疫器官, 富集淋巴免疫组织, 小肠移植术后易出现排斥反应, 且发生率高<sup>[1]</sup>。研究指出小肠移植术后急性排斥反应的发生率可高达 90% 及以上, 临床表现为发热、水样腹泻、肠麻痹、移植肠造口排泄物增多, 严重者有肠出血、多器官功能衰竭等<sup>[2]</sup>。随着小肠移植技术的发展, 小肠移植手术开始应用于儿童患者。但由于患儿机体功能尚未发育成熟, 对手术疼痛的耐受性及对治疗的配合度较差, 移植手术后使用免疫抑制剂产生的急性排斥反应及实验室检查结果多不典型, 给患儿小肠移植围手术期并发急性排斥反应的干预和护理带来挑战。2019 年 11 月, 浙江大学医学院附属第一医院肝移植重症监护室收治 1 例 5 岁患儿行亲体小肠移植术后并发急性排斥反应, 经及时诊治及护理后恢复良好, 顺利出院。现护理报告如下。

## 1 病例简介

患儿男, 5 岁, 因 5 个月前腹痛伴呕吐、肠扭转, 在外院先后行“剖腹探查+肠管切开减压+肠扭转复位+腹腔引流术”和“坏死肠管切除+部分坏死肠壁切除+肠修补+肠粘连松解术”均无明显改善, 于 2019 年 11 月 1 日转入浙江大学医学院附属第一医院。入院后完善术前检查, 于 11 月 3 日全身麻醉下行活体部分小肠移植术, 手术后返回无菌层流监护室, 予抗排斥、抗感染、预防血栓、

营养支持等治疗。11 月 21 日, 患儿体温 37.5℃, 他克莫司血药浓度为 11.1 ng/mL(11 月 3 日至 20 日他克莫司血药浓度维持在 15~20 ng/mL), 医嘱予调整他克莫司口服剂量。11 月 22 日, 患儿体温 38.8℃, 他克莫司血药浓度为 8.5 ng/mL, 在 24 h 入量 2 000 mL 的基础上移植肠造口排泄量 1 500 mL(11 月 3 日至 21 日平均排泄量为 197 mL/d), 呈黄色水样, 调整他克莫司剂量。11 月 24 日, 肠镜检查结果显示移植小肠溃疡、移植小肠多发淋巴管扩张, 考虑疑似排斥反应伴急性感染。遵医嘱给予甲泼尼龙 40 mg 每日一次, 连续冲击治疗 7 d, 兔抗人胸腺细胞免疫蛋白 50 mg 隔天一次, 连续 2 次, 2 次后改 50 mg, 隔 4 d 一次。11 月 25 日开始患儿他克莫司血药浓度 >15 ng/mL。11 月 27 日, 肠镜检查结果考虑排斥反应, 排除感染性病变, 继续原方案治疗。12 月 2 日肠镜检查结果显示移植肠-结肠吻合口黏膜充血水肿, 近造口端黏膜充血水肿, 病理活检结果较前改善。12 月 10 日, 肠镜检查结果显示移植肠黏膜表现和病理活检结论均为黏膜正常, 遵医嘱停止使用兔抗人胸腺细胞免疫蛋白, 移植肠造口排泄量 680 mL, 为黄色稀糊状。2020 年 1 月 8 日, 行肠造口回纳术+肠粘连松解术, 1 月 16 日患儿恢复良好出院。

## 2 护理

### 2.1 早期识别排斥反应

急性排斥反应的发热特征是先有 1~2 d 超过 37℃ 的低热, 之后体温 >38.5℃。因此, 加强患儿体温监测, 以便及时发现体温变化, 及时识别排斥反应; 一旦出现体温变化, 及时报告医生, 协助医

作者简介:金亚(1983-),女,本科,主管护师。

收稿日期:2021-06-04

通信作者:卢芳燕,2196032@zju.edu.cn

生处理识别排斥反应。移植手术后遵医嘱使用免疫抑制剂需要预防感染,采取单间病房保护性隔离,专人照护;限制探视;氯己定漱口液和复方碳酸氢钠漱口液交替漱口,每2 h漱口1次;每天更换衣裤及床单被套,洗必泰消毒湿巾擦拭全身皮肤和制霉菌素甘油擦拭皮肤皱褶处,4次/d;500 mg/L含氯消毒液及消毒湿巾擦拭床单位和仪器设备2次/d(早晚各一次)。本例患儿术后第18天体温37.5℃,存在低热,加强观察;术后第19天体温达到38.8℃,出现高热,立即报告医生,加强观察,给予调整他克莫司剂量;术后第21天,体温升高至39.1℃,精神萎靡、烦躁,无寒战表现,遵医嘱补液、使用退热贴降温,并关注患儿出汗情况,同时给予肠镜检查,考虑疑似排斥反应伴急性感染,按医嘱调整用药后3 d,体温36.5℃。

## 2.2 移植肠造口的护理

小肠移植手术后可通过移植肠造口观察黏膜色泽变化和造口排泄物,以监测小肠移植手术后急性排斥反应和移植肠血液循环。故术后由专人每30 min记录观察移植肠造口黏膜、造口排泄物情况。由于小肠移植手术后的移植肠造口周围皮肤感染是常见的造口并发症,其发生率高达26.9%<sup>[3]</sup>,因此要做好造口袋的更换护理,同时加强移植肠造口周围皮肤观察。选用经环氧乙烷消毒后的小儿两件式造口袋,按照造口大小修剪为合适的孔径,底盘孔和造口边缘空隙长度约1 mm,减少造口袋更换频率。清洁时使用温0.9%氯化钠溶液清洗造口及周围皮肤后用干纱布吸干,3M液体敷料喷洒在造口周围形成皮肤保护膜,造口周围使用防漏膏防止排泄物浸渍刺激周围皮肤,渗漏时及时更换,减少皮肤感染的发生。本例患儿术后第19天移植肠黏膜红润未见黏膜水肿,但移植肠造口排泄量增多,为黄色水样液体,量达1 500 mL,报告医生处理。由于在小肠移植术后做好患儿造口袋的更换护理,患儿在术后第66天行肠造口回纳术+肠粘连松解术前未发生肠造口周围皮肤感染。

## 2.3 肠镜检查的配合及护理

小肠移植手术后并发排斥反应的主要诊断方法是内镜检查<sup>[4]</sup>。由于肠镜检查为侵入性操作,患儿会有抗拒、耐受性和依从性差等表现,检查前向

家长介绍肠镜检查的目的、流程及注意事项,请家长协助与患儿沟通。检查前一晚晚餐后开始禁食。肠镜检查内镜需从移植肠造口进入,体位为仰卧或半卧位。检查过程中患儿哭闹不配合,遵医嘱静脉使用镇静剂,吸氧,密切监测生命体征、血氧饱和度,防止误吸或镇静过度出现呼吸抑制。患儿清醒后因不适感哭闹,通过与家长通话、给予玩具缓解其不适感。观察移植肠造口排泄物的颜色、性状及量,关注患儿情绪变化及主诉,如呕血、腹痛、不适感等情况,以便及时处理。该患儿行肠镜检查结果显示移植肠造口处的肠黏膜颜色无明显改变,但近造口端黏膜充血水肿,同时前2次肠镜检查显示移植小肠黏膜多发溃疡,第3次溃疡减轻,最后1次黏膜恢复正常。

## 2.4 使用免疫抑制剂的护理

免疫抑制剂治疗的基本原则是联合用药,以减少单一药物剂量,在增加免疫抑制协同效应的同时减轻其不良反应。该患儿遵医嘱联合使用他克莫司、兔抗人胸腺细胞免疫球蛋白等预防和控制排斥反应。儿童的他克莫司推荐量为0.075~0.3 mg/(kg·d),以达预期的血药浓度<sup>[5]</sup>。同时,使用他克莫司期间,加强该药血药浓度监测,根据血药浓度调整用药剂量,维持血药浓度15~20 ng/mL<sup>[6]</sup>。加强对家长宣教,他克莫司用药期间患儿可能会有消化道症状及头晕等神经系统症状的不良反应,停药和减药后均会消失。兔抗人胸腺细胞免疫球蛋白需要2~8℃避光保存和运输,不得冰冻,现配现用。由于兔抗人胸腺细胞免疫球蛋白使用易发生发热、寒战、呼吸困难、恶心/呕吐、腹泻、低血压或高血压、皮疹等不良反应,临床上用此药前静脉使用皮质醇或抗组胺类药物预防不良反应。本例患儿手术当日予他克莫司静脉制剂4 mg(60 mL)以0.5 mL/h微泵静脉给药,手术8 h后改他克莫司口服制剂经胃造瘘管管饲,用药期间未发生不良反应;术后第4天临时使用兔抗人胸腺细胞免疫球蛋白与他克莫司联合使用,预防排斥反应,之后停止使用兔抗人胸腺细胞免疫球蛋白,术后第21天,肠镜检查后考虑为排斥反应,按医嘱增加兔抗人胸腺细胞免疫球蛋白和糖皮质激素,用药期间未发生不良反应。

(下转第71页)