

腹水超滤浓缩回输术的护理

蒋云琴(重庆市公共卫生医疗救治中心 400036)

【摘要】 目的 总结腹水超滤浓缩回输术治疗顽固性肝硬化腹水的护理体会。**方法** 对 30 例腹水患者进行腹水超滤浓缩回输术,做好术前、术中、术后的护理。**结果** 30 例腹水超滤浓缩回输术均顺利完成,通过腹水超滤浓缩回输术的相关护理,提高了成功率,减少并发症。**结论** 术前熟悉腹水超滤浓缩回输的治疗过程,做好充分准备及患者的心理护理是治疗成功的基础;术中保持引流管道通畅,预防并发症的发生是治疗成功的关键;术后加强饮食护理确保了腹水超滤浓缩回输腹腔治疗的良好效果。

【关键词】 肝硬化; 腹水; 腹水超滤浓缩回输术; 护理
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.20.065 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)20-2639-02

腹水为肝硬化失代偿期最常见的临床表现之一,大量的腹水不但影响心肺功能,且易导致自发性腹膜炎、肝肾综合征而危及生命。腹水超滤浓缩回输术多用于顽固性肝硬化腹水的治疗,可清除潴留的水和钠,同时提高血清蛋白的浓度和有效循环血量、改善血液循环,从而减轻或消除腹水^[1]。现将护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2009~2010 年来本院就诊的 30 例患者,其中男 26 例,女 4 例;年龄 42~67 岁,平均 47 岁。其中乙型肝炎肝硬化 22 例,酒精性肝硬化 5 例,肝癌 3 例。所有病例均经常规内科治疗,但效果不好,有明显的压迫症状。

1.2 操作方法 采用重庆多泰 DTB-100 型腹水超滤浓缩回输系统。患者取平卧位,不能平卧者取半卧,按腹腔穿刺术常规操作,将腹水自一侧下腹引入导管内,以正压泵抑制腹水流速为 100~180 mL/min,腹水通过过滤器时在负压泵的作用下将水及中小分子等物质滤出,腹水中相对分子质量大的蛋白质经导管输入患者另一侧腹腔。

2 护 理

2.1 术前护理

2.1.1 术前检查 详细了解患者基本资料,如病情、诊断、药物过敏史、血型等。常规进行腹围、尿量、肝肾功能、凝血时间及生命体征的测定。

2.1.2 心理护理 患者因病程长、大量腹水,治疗效果不显著,加之患者对腹水超滤回输的过程、治疗中的反应及效果不了解,可能产生紧张、恐惧和焦虑等负性情绪。因此,护理人员要耐心、细致地向患者讲解回输机制与治疗意义,解释操作的目的、方法、过程,介绍成功病例,减轻患者的不良情绪;使患者对整个过程的有一定的了解和认识,并能以积极、主动的心态促进治疗的顺利进行^[2]。

2.1.3 环境准备 治疗室单独设立,严格消毒,每次进行腹水超滤浓缩回输治疗前 1 d 应使用三氧消毒机对治疗室进行空气消毒 2 h;对室内地面及物体表面用含有效氯 1 000 mg/L 的“84”消毒液擦拭。

2.2 术中护理

2.2.1 严格无菌技术操作,衣帽整洁,戴手套,口罩,穿隔离衣。保持环境整洁,空气流通。床单被套一用一消毒,手术器械一人一用。

2.2.2 密切观察病情变化,每 15~30 min 观察生命体征 1 次,同时注意面色、四肢皮温、腹水量及颜色变化,并做好记录,询问患者有无头晕、心悸、腹痛等不适,发现血压下降,心率增快或不适主诉立即停止回输,并配合医生做好相应处理。

2.2.3 腹水滤出开始应低速,若患者无不适可适当提高回输速度,防止腹水滤出过快使腹压突然下降出现低血压。若患者出现心慌不适、脉搏增快等症时应减慢滤出速度。

2.2.4 在回输过程中如发生引流不畅,主要是腹水中纤维蛋白沉积物排出时阻塞和腹水量减少所致,可移动腹腔穿刺针位置、变换患者体位或用注射器抽取生理盐水冲洗,若无效应考虑穿刺针吸附大网膜而阻塞,可改变针头方向,必要时重做腹部穿刺或更换超滤器;保持管路各连接处紧密,防止脱落。固定好腹部穿刺针,避免滑脱、扭曲,保持引流循环通畅。不可在机器运行时将穿刺针与管路接头分离。以免空气进入腹腔,造成气腹而继发感染。

2.3 预防并发症

2.3.1 腹痛 一般由于腹压解除后造成肠蠕动的增加引起,经解痉对症处理后会缓解。

2.3.2 感染 由于腹水在管路和腹腔经过长时间循环,以及该手术是一个有创性操作,若操作不当易发生感染,因此治疗过程中必须严格无菌技术,保持穿刺点敷料干燥,随湿即换,防止腹腔感染。

2.3.3 出血 由于肝硬化患者凝血功能降低,加之大量腹水滤出,腹压下降,食道静脉压迫突然被解除,易破裂出血,因此应密切观察有无出血倾向,以便及时处理。

2.3.4 肝性脑病及电解质紊乱 腹水超滤浓缩回输术后,由于肾小球血流量增多,内生肌酐清除率增加,利尿剂的利尿效果恢复,患者尿量增加,钾随尿排出增多;另外,滤出液中也带走大量电解质,易导致低钾、低氯而诱发肝性脑病。故要密切观察患者自觉症状和意识状态,监测电解质变化,准确记录出入量,及时调整补液量。

2.4 术后护理

2.4.1 放液完毕拔针后,2%碘酊和 75%的乙醇常规消毒后用无菌纱布固定穿刺点,用腹带包扎腹部,防止腹水迅速再生及外渗,必要时可用沙袋加压压迫。

2.4.2 腹水回输结束后,记录回收瓶内的液体量,以观察腹水滤出量。测量 T、P、R、BP 及腹围。患者 24 h 内应绝对卧床休

息,严密监测生命体征并注意有无腹痛或休克症状,以发现有无感染性腹膜炎或因创伤所引起的出血等并发症。

2.4.3 饮食指导 患者腹水消退后,腹胀减轻,胃肠蠕动增加,食欲改善。此时应告诫患者,不能暴饮暴食,不能进食油炸等坚硬的食物及刺激性食物,避免粗纤维食物。可给予高热量、高维生素、适量蛋白质、低盐易消化饮食及含钾高的新鲜蔬菜水果,限制钠盐摄入,少食多餐。如有血氨升高及肝性脑病症状,应限制蛋白质摄入。

3 结 果

30 例腹水超滤浓缩回输术,滤出腹水量 4 000~10 000 mL,术后腹围 73~85 cm,平均 77 cm,比术前减少 7 cm;术后体质量 42~73 kg,平均 58 kg,比术前减少 5 kg。所有腹水超滤浓缩回输腹腔术患者腹水均逐渐减少,尿量明显增加,肾功能改善。

4 讨 论

肝硬化顽固性腹水患者,由于大量腹水存在,致使腹压增高,膈肌上抬,出现心累、呼吸困难等;加之肾脏受到压迫,肾血流量下降,尿量进一步减少,可诱发和加重肝肾综合征^[3]。以往大量腹水患者均采用反复放腹水治疗,虽有一定的治疗效果,但易诱发严重的水、电解质失衡,诱发肝性脑病、肝肾衰竭以及脑水肿,造成大量蛋白丢失。内科治疗包括抗感染、利尿、输清蛋白、排放腹水等,无明显疗效,病死率高,预后极差。腹水超滤浓缩回输术是近年来开展治疗顽固性腹水的新技术,是一种经济、安全、有效的治疗方法。为患者缩短住院时间,节约住院费用,提高了患者的生活质量^[4]。腹水浓缩回输术是在腹水直接回输术的基础上发展而来,可滤出大量腹水,清除部分内毒素,除去腹水中的细菌,回收清蛋白,可迅速缓解症状,有效预防肝性脑病的发生。由于腹水蛋白的迅速提高,打破了血浆与腹水之间蛋白转运的动态平衡,腹水中的蛋白经毛细血管和淋巴管持续进入血液增加,这一现象与腹膜的超微结构及蛋白质吸收特性有关^[5]。腹水回输前后血和腹水中电解质改变

不大,这可避免因大量的腹水滤出而引起电解质紊乱^[6]。同时,回输腹腔的清蛋白通过腹膜吸收,使血浆胶体渗透压和有效循环血量增加,改善全身血流动力学及肾脏功能,增强利尿剂的敏感性,从而阻断腹水的形成环节,起到治疗作用^[7]。治疗后全部病例的临床症状均可改善,腹胀减轻、食欲增加、尿量增加,极个别病例治疗后出现穿刺部位渗液、皮下水肿等,未发生一例直接与本治疗有关的并发症。在腹水浓缩回输过程中,护理工作的配合尤为重要,即治疗前做好心理护理,治疗中严格无菌操作,严密观察病情,治疗后预防并发症的发生,做好饮食护理。临床表明,只有做好术前、术中、术后的护理,才能保证腹水超滤浓缩回输术的顺利完成,减少并发症的发生。

参考文献

[1] 闵卫红,王燕萍.肝硬化腹水浓缩回输的护理体会[J].世界感染杂志,2009,9(4):277.
[2] 张芸.床旁腹水浓缩回输术治疗肝硬化腹水患者的护理[J].解放军护理杂志,2003,20(9):78.
[3] 杨建英,魏淑萍.自体腹水超滤浓缩回输腹腔效果观察[J].护理学杂志,2002,17(11):825.
[4] 杨正梅.腹水浓缩回输术治疗顽固性肝硬化腹水 11 例护理体会[J].淮海医药,2003,21(2):157.
[5] 陈俊飞,姚玉华,蒋丽芳.腹水超滤浓缩回输治疗肝硬化顽固性腹水 48 例[J].实用肝脏病杂志,2009,12(1):46-47.
[6] 徐成润,饶日春.腹水浓缩回输腹腔治疗顽固性腹水的研究进展[J].实用肝脏病杂志,2005,8(3):176-177.
[7] 胡大荣,熊锦华,陈立强,等.腹水浓缩回输腹腔治疗顽固性腹水[J].解放军医学杂志,2002,27(7):639-640.

(收稿日期:2012-03-21)

艾滋病患者合并股动脉假性动脉瘤破裂大出血院前急救护理

李筱翠,徐 灵,陈春蓉(广西柳州市龙潭医院急诊科 545005)

【摘要】 目的 探讨艾滋病患者动脉假性动脉瘤形成感染破溃出血的急救及护理措施。**方法** 对 10 例艾滋病患者自我注射毒品致假性动脉瘤形成并感染破溃出血时给予紧急加压包扎、止血、抗休克、密切观察病情、心理干预、安全转运等。**结果** 经有效的院前急救护理,患者均能及时、安全转送到病房。**结论** 对艾滋病患者股动脉瘤形成并破溃感染出血者,护士不仅做好充分准备,掌握熟练的急救技术护理操作技能,还要重视患者的心理及职业防备保护,最大限度确保医患双方安全。

【关键词】 艾滋病; 股动脉假性动脉瘤; 破裂大出血; 院前急救; 护理
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.20.066 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)20-2640-03

艾滋病(AIDS)是人类免疫缺陷病毒(HIV)引起的一种致死的传染病。艾滋病患者因反复经浅静脉穿刺注射毒品而引起静脉炎导致静脉闭塞,在毒瘾发作时,由于性急和不熟悉解剖部位,易误入股动脉,加上消毒不严和交叉使用注射器,常引起感染导致股动脉壁破损而形成假性股动脉瘤^[1],假性股动脉瘤极易破裂并继发感染。本院为艾滋病定点收治医院,现将接诊 10 例艾滋病患者合并股动脉假性动脉瘤破裂大出血的急救

护理报道如下。
1 临床资料
本组病例 10 例,均为男性,年龄 22~48 岁,静脉吸毒时间 2~9 年,发病到就诊时间 1~5 d,患者均在本院做人类免疫缺陷病毒(HIV)抗体初筛,确认试验(WB)阳性,符合国家 HIV/AIDS 诊断标准,患者局部形成破溃感染,患者大腿根部出现破溃流脓、流血,其中 2 例有出血性休克表现,均因自我注射毒