

3 讨 论

气管切开术是建立人工气道的一种急救方法^[4]。气管切开后,在窦道还未形成之前,导管一旦滑脱,切开处将发生闭合,很难将气管切开套管重新插入,导致患者呼吸道梗阻和严重缺氧,甚至病死^[5-6]。因此,导管的妥善固定是维持患者气道通气功能的基本保证。

临床将系带直接绕在患者颈部,然后打结于气管外套管 2 端,以固定气管切开导管。常规使用的系带是气管切开导管器配套的白色棉质系带,棉质系带由于其吸水的物理特性导致在使用过程中出现很多弊端^[7]。如容易被气管切开患者套管内咳出的分泌物污染,由于清洁困难,细菌极易定植于被污染的系带,再通过直接接触对颈部皮肤产生不良刺激,甚至可造成气管切开瘘口的感染;由于棉质系带表面较为粗糙,尤其在浸湿、污染再干后,质地变得更硬,摩擦系数增加,造成患者颈部皮肤发红、破损、出血甚至糜烂,严重影响护理质量;另外,系带污染后频繁更换,既增加护士工作量,同时更换过程中难免造成导管的移位甚至脱出,加大医疗风险^[8]。

本研究对 137 例患者采用头皮针管代替棉质系带固定气管导管,皮肤损害发生率为 5.1%,低于采用传统棉质系带的对照组(16.7%)发生率,差异有统计学意义($P<0.05$)。实验组在皮损发生时间及皮损程度方面均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$),且实验组皮损的 7 名患者未见 3 度及以上皮损发生。这是由于头皮针管以聚氯乙烯(PVC)或者热塑性弹性体(TEP)为原料,具有一定的伸缩性,其表面光滑,直径小,临床使用中可有效减少系带与颈部之间的摩擦力和压力,防止皮肤红肿、溃烂;同时,此类材质易清洁,易消毒,即便被患者分泌物污染,使用 75%乙醇棉球擦拭即可恢复干净,有效防止外源性感染发生;另外,使用头皮针管固定气管导管后减少

了护士更换污染系带的工作量,提高护理工作效率。

综上所述,采用头皮针管固定气管导管的方法操作简易,耗材低廉,取材方便,清洁美观,易于清理,对患者损伤小,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 金月红,何玉平. 介绍一种气管切开套管固定方法[J]. 当代护士,2012,11(3):113-114.
[2] 郝清凡,曹亚梅. 气管切开套管口加用氧气面罩的临床效果观察及护理探讨[J]. 检验医学与临床,2013,10(16):2188-2189.
[3] 张学军. 皮肤性病学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2004:33.
[4] Guglicm-Inotti J, Desmonts JM, Durenuff B. Effects of tracheal suctioning on respiratory resistance in mechanically ventilated patients[J]. Chest,1998,113(5):1335-1338.
[5] 燕纯叔,乐涛,廖光华,等. 气管切开后套管固定带方法改良的临床效果观察[J]. 现代预防医学,2007,34(5):841-842.
[6] 张晓红. 100 例重型颅脑损伤气管切开后患者气道护理临床分析[J]. 检验医学与临床,2010,7(5):408-409.
[7] 张美琼,钟弋云. 气管套管固定方法的改进[J]. 护理学报,2013,20(8):34-35.
[8] 林巧红,范红云. 气管切开套管新固定法在临床实践中的应用[J]. 中外医学研究,2013,11(20):146-147.

(收稿日期:2015-03-20 修回日期:2015-04-15)

• 临床探讨 •

自我饮食管理对维持性血液透析患者干体质量的影响

杨玉洁,张颖君,袁怀红,蒋 婕(四川大学华西医院肾脏内科血液透析中心,成都 610041)

【摘要】 目的 探讨自我饮食管理对维持性血液透析患者干体质量影响的临床价值。**方法** 将该院 60 例维持性血液透析患者随机分成对照组($n=30$)和实验组($n=30$)。对照组患者采取常规健康宣教,实验组在常规健康宣教的基础上通过饮食指导及控制、饮食记录引导患者自我饮食管理。共 3 个月,第 4 个月开始记录 2 组患者透析间期体质量增长情况及透析过程中并发症发生情况,共记录 3 个月。**结果** 实验组患者透析期间体质量(IDWG)增长与干体质量的比值、透析并发症发生率显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 自我饮食管理可使维持性血液透析患者透析间期体质量增长控制在理想范围,从而降低透析期间并发症发生率,提高患者透析质量。

【关键词】 血液透析; 饮食管理; 干体质量
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.18.052 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)18-2766-03

维持性血液透析(MHD)是治疗终末期肾脏疾病的有效替代疗法之一。血液透析治疗的目的之一是充分清除患者体内过多的水分和毒素,也就是使患者达到干体质量。干体质量即透析后最低耐受的、且逐渐缓慢调整的体质量,透析后体质量可存在低血容量或高血容量最轻微的症状或表现^[1]。据报道,临床有 25%~50% 的患者存在干体质量问题,导致并发症增加,影响患者透析及生存质量^[2]。由于血液透析患者大多数是门诊患者,无护理人员监督,为帮助患者更好管理干体质量,提高透析质量,同时更好地开展优质护理服务,现探讨使患者进

行自我饮食管理,干体质量管理效果良好。报道如下。
1 资料与方法
1.1 一般资料 选择该院 2013 年 8 月至 2014 年 5 月进行维持性血液透析(>6 个月)患者 60 例,年龄 18~76 岁,男 36 例,女 24 例,每周透析 2~3 次,每次 4 h,均神志清楚,病情稳定,有一定的文化程度,听力、智力正常,生活能够自理,能理解并配合调查内容,自愿参加。将患者随机分为实验组 30 例,对照组 30 例,2 组患者的年龄、性别、家庭状况等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。排除其他原因造

成的恶心、呕吐、高血压、低血压、肌肉痉挛、心力衰竭等。有 1 例患者肾移植,实际 59 例,实验组 29 例,对照组 30 例。

1.2 方法

1.2.1 对照组采取常规健康宣教 血液透析原理、干体质量概念、血液透析相关并发症等常规健康宣教。实验组在此基础上使用自我饮食管理,共 3 个月。第 4 个月开始记录 2 组患者透析间期体质量(IDWG) 干体质量比值及相关并发症发生例数,共记录 3 个月。

1.2.2 超滤量与最高超滤量宣教 由临床经验及专科知识丰富的责任护士进行宣教,教会患者超滤量的自我评定公式:本次透析前体质量—干体质量+透析过程中预计进食量+下机回水量。最高超滤量是指患者在透析过程中所能耐受的最高超滤量,此范围内患者透析较稳定,一般不会发生透析反应^[3]。使患者充分认识到自己的干体质量和透析间期的体质量增长情况直接决定自己的超滤量。而且干体质量并不是固定不变,会受到饮食、摄入水分的量、气候、排便情况的影响,让患者与医务人员共同讨论自己的干体质量和最高超滤量的评估,让患者成为主体参与治疗,调动患者自主积极性及依从性。

1.2.3 饮食指导与控制 向患者介绍维持性血液透析饮食疗法的意义,发放饮食小册子,指导患者饮食应以高热量、优质蛋白质、高钙低磷、低盐低钾、低脂、注意控制水分的摄入和补充维生素^[4]。(1)优质蛋白饮食:每周透析 2 次者,蛋白质含量应每日 1.0~1.2 g/kg,每周透析 3 次者为 1.2~1.5 g/kg。多食动物性蛋白,少食植物蛋白。(2)高钙低磷饮食:需要注意的是含钙高的食物含磷也高,可通过改变烹调方法来降低食物中的磷,在烹调鱼和瘦肉时,用水煮一下捞出,再进行热炒,能够降低该食物的磷含量。(3)低钠盐饮食:钠盐摄入增多,可增加水分的摄入量,增加水钠潴留。透析 3 次者,食盐控制在 4~5 g/d,可通过分次放盐^[5-6]。不食用腌制品、咸菜等含钠高的食物。水肿、高血压、心力衰竭时应严格控制。(4)低钾饮食:高钾血症是血液透析患者常见的并发症,血钾过高可引起心脏骤停^[7]。香蕉、橘子、生菜等食物含钾高。(5)水分控制:指导患者透析期间体质量增长不超过干体质量的 3%~5%,教会患者计算每日入液量:有尿者测 24 h 尿量+500 mL,则为患者第 2 天入液量,包括食物中的含水量;无尿者必须严格控制水钠摄入量。(6)高热量饮食:避免热量不足,热量摄入应为 138~147 kJ/(kg·d),补充各种维生素,增加含纤维素的食物,保持大便通畅。

1.2.4 饮食记录 教会患者自己制作饮食记录表,记录每日体质量、尿量、进食时间、食物名称、进食量。患者根据自己的最高超滤量以及干体质量,初步计算出下次预计的超滤量,透析间期可根据此超滤量合理分配饮食及饮水量。要求患者在透析期间每日定时测量体质量,排除衣物、饮食变化影响,确认自身体质量,根据其变化合理进食并记录,有条件者测血压。使用有刻度的水杯有计划饮水。教会患者饮水控制小技巧,口渴时可含清凉糖也可将部分水混合柠檬汁结成冰块,口渴时含在口中,让冰块慢慢溶化。稍微口渴时,用棉花棒润湿嘴唇或漱口,十分口渴时再小口喝水。让患者清楚每天能进食量、已经进食量、还能进食量,使患者可以便捷、清晰地对饮食进行管理,并嘱咐患者每次透析带回饮食记录表,由医师、责任护士共同参与讨论,根据患者不同情况制定不同计划。

1.2.5 干体质量管理 管理良好的患者给予正性反馈,以提高患者主动参与的积极性。

1.3 效果评价 记录 3 个月并分析实施饮食管理后 2 组患者

IDWG/干体质量比值、透析过程中并发症的发生例数。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行分析,计数资料使用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者自我饮食管理结果比较 实验组患者 3 个月共进行透析 1 156 次;对照组 1 163 次。实验组患者 IDWG/干体质量比值显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者饮食管理前后体质量控制结果比较[n(%)]

项目		实验组 (n=1 156)	对照组 (n=1 163)	χ^2	P
饮食管理前	<3%	256(22)	268(23)	0.27	>0.05
	3%~5%	846(73)	847(73)	0.04	>0.05
	>5%	54(5)	48(4)	0.41	>0.05
饮食管理后	<3%	546(47)	265(23)	152.35	<0.05
	3%~5%	591(51)	845(73)	114.00	<0.05
	>5%	19(2)	53(5)	16.36	<0.05

2.2 2 组患者自我饮食管理后并发症发生率结果比较 实验组患者透析并发症显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者饮食管理后并发症发生率结果比较[n(%)]

项目	n	低血压	容量性高血压	肌肉痉挛	心力衰竭
实验组	1 156	74(6.4)	62(5.4)	19(1.6)	8(0.7)
对照组	1 163	168(14.4)	171(14.7)	83(7.1)	25(2.1)
χ^2		40.14	55.96	41.60	8.78
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

干体质量是 MHD 患者的理想体质量或目标体质量,是评价患者透析充分性的指标之一。影响干体质量的众多因素中,饮食是起主要影响作用,且也是最可干预因素,尤其是饮水控制^[8]。但是由于体内尿毒症毒素潴留所致的严重口渴和液体限制带来的生活方式改变,绝大部分 MHD 患者将液体摄入视为其生活中最困难部分,所以患者常存在水钠潴留^[9]。多项研究表明,水钠潴留与透析高血压和左心室肥厚的发生有密切关系,这也是维持性血液透析患者病死的主要原因;并且水钠潴留导致超滤量增多,透析时超滤过多过快,引起循环血容量不足,发生透析相关性低血压,甚至有些患者需提早结束透析治疗^[10]。

MHD 患者自我饮食管理能有效帮助患者管理干体质量。本组在进行健康教育的同时指导患者记录饮食,使患者对自己进食的情况充分掌握,能有效帮助患者控制透析间期体质量增长,保持干体质量稳定,减少透析中并发症发生,同时提高患者自我管理能力,强调患者在疾病中的中心作用,体现患者自我价值。且饮食记录表也可反映患者健康教育知识的接受情况、依从性以及存在的问题。

实施 MHD 患者自我饮食管理,增加了护患沟通交流。护理人员耐心、细心为患者讲解,增强患者对护理人员的信任感,提高患者满意度,体现优质护理服务。

综上所述,MHD 患者自我饮食管理可帮助患者更好地改

变已往的生活方式从而适应透析治疗,减少透析相关并发症发生,提高患者依从性及生活质量,减少住院率及病死率;同时调动护理人员学习的积极性与主动性。创造良好的护患关系。

参考文献

[1] Sinha AD, Agarwal R. Can chronic volume overload be recognized and prevented in hemodialysis patients? The pitfalls of the clinical examination in assessing volume status[J]. Semin Dial, 2009, 22(5): 480-482.

[2] 燕莺. 护理干预对血液透析患者干体重的影响[J]. 中国社区医师, 2009, 9(2): 11-12.

[3] 肖静. 维持性血液透析患者干体质量的护理[J]. 全科护理, 2011, 9(3): 694-695.

[4] 肖观清, 黄英伟, 邵咏红, 等. 维持性血液透析患者营养状况的评价[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2003, 4(9): 523-525.

[5] 陶利杰. 维持性血液透析患者营养需要与饮食指导[J]. 吉林医学, 2011, 32(1): 156-157.

[6] 张立国, 吴艳青, 宋延峰, 等. 对维持性血透患者血压与透析间期体重质量增长关系的研究及护理[J]. 护士进修杂志, 2009, 24(21): 1977-1978.

[7] 马福莲, 周雯, 马晶. 饮食治疗干预对维持性血液透析患者生活质量的影响[J]. 卫生与健康, 2013, 10(2): 121-123.

[8] 冯凯芬, 古婉仪, 李爱华. 血透患者干体质量的影响因素[J]. 亚太传统医药, 2009, 5(10): 65-66.

[9] Johnstone S, Halshaw D. Making peace with fluid. Social workers lead cognitive-behavioral intervention to reduce health-risk behavior[J]. Nephrology News and Issues, 2003, 17(13): 20-27.

[10] Meeus F, Kourilsky O, Guerin AP, et al. Pathophysiology of cardiovascular disease in hemodialysis patients[J]. Kidney Int, 2000, 58(Suppl76): 140-147.

(收稿日期: 2015-04-15

修回日期: 2015-05-15)

• 临床探讨 •

亲属纳入健康教育路径在异位妊娠围术期的应用研究

唐健梅(首都医科大学附属北京友谊医院妇产科, 北京 100050)

【摘要】 目的 探讨亲属纳入健康教育路径在异位妊娠女性围术期的临床价值。**方法** 选取该院 2009 年 6 月至 2013 年 6 月进行治疗的 200 例异位妊娠女性, 按照随机数表法分为观察组(100 例)与对照组(100 例)。对照组患者采取常规健康教育手段, 观察组患者在对照组的基础上, 对亲属实施健康教育路径。采用 SCL-90 量表观察比较 2 组患者术前不良情绪, 比较 2 组患者术后并发症发生率, 以及治疗依从性和术后生活质量评分。**结果** 2 组患者的孤独、焦虑、担忧等术前不良情绪评分, 观察组低于对照组($P<0.05$); 术后并发症发生率也显著低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。问卷结果显示, 观察组患者的治疗依从性和生活质量评分都低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 将亲属纳入健康教育路径有利于缓解患者术前不良情绪及术后并发症, 提高患者治疗依从性和术后生活质量, 促进患者治疗和恢复效果。

【关键词】 亲属; 健康教育路径; 异位妊娠

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2015. 18. 053 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)18-2768-03

异位妊娠(EP)是妇科临床最常见和多发的急腹症, 是指受精卵在运动过程中未按照预定路线进入子宫, 并着床于输卵管部位^[1-2]。该情况下受精卵无法正常发育, 同时会严重威胁到患者的生命安全, 是导致早孕期孕妇发生病死的重要原因^[3]。健康教育路径是临床路径在健康教育中的应用^[4]。将健康教育程序化、标准化, 使健康教育更全面、更科学^[5-6]。本研究探讨将异位妊娠患者亲属纳入健康教育路径, 对患者术前不良情绪时期应激反应、术后并发症情况的影响。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取该院 2009 年 6 月至 2013 年 6 月收治的 200 例异位妊娠女性作为研究对象, 年龄 22~45 岁, 平均年龄(31±5.4)岁。按照随机数表法随机分为观察组(100 例)和对照组(100 例), 2 组产妇的年龄、受教育水平等一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。纳入标准: 确诊为异位妊娠; 患者无器质性疾病; 无精神疾病和沟通交流障碍; 患者及其家属知情并同意。排除标准: 患有认知行为障碍, 难以配合研究; 同期正在参与其他研究实验。

1.2 方法

1.2.1 常规健康教育路径 对照组患者采用常规健康教育路径, 做好入院宣教, 平时由责任护士随机进行宣教, 说明手术目的、注意事项、可能产生的并发后遗症及相应的处理措施等各项工作。观察组在常规护理方案的基础上, 实施将亲属纳入健康教育的路径。

1.2.2 亲属纳入健康教育的路径 (1) 制定亲属纳入健康教育路径: 本研究决定按照时间指标进行策划, 制定亲属纳入健康教育路径表。具体时间段包括: 入院前, 手术前, 手术后, 出院前。包括内容介绍、心理疏导、教育方式等几个主要方面。(2) 患者健康教育路径: ①入院前, 首先向患者及其家属介绍负责治疗期间的主治医师、责任护士、医院环境、管理措施等, 让患者对医疗环境有清晰的认识, 增加熟悉度, 减轻术前恐惧。②针对不同文化水平的患者, 采用通俗易懂的交流方式讲解病症的相关知识、手术流程、治疗时间周期、不良反应及各种检查的重要性与必要性。叮嘱患者注意减少活动, 尽量卧床休息, 不能随便离院。③术后进行患者集中交流分享会, 邀请术后恢复良好的患者进行分享指导, 必要时由责任护士对患者进行“一对一”的心理问题疏导。④教育方式: 责任护士口头讲解、