

2.1.3 降压扩容 由于瘤体分泌大量的儿茶酚胺,血管处于收缩状态,使血压升高而血容量相对不足,因此,术前的降压扩容是治疗的重点。常用降压药物为 α -受体阻滞剂、酚苄明,其优点是作用维持24~48h,控制血压效果好,口服用药方便,根据病情逐渐加重,随时调整,但可诱发心律失常。所以,在用药期间应严密观察血压、心率改变,服药后要有有人在旁边照顾,不要随意下床活动,以免发生直立性低血压,护士要多巡视患者。扩容是术前准备的一项十分重要的措施,术前3天,每天输全血200ml,低分子右旋糖酐500ml,平衡液1000ml及5%的葡萄糖液500ml,同时摄入饮食不限盐,以利于血容量恢复。但当血压正常或接近正常2~4周,心率稳定,无心悸多汗等现象时,可行手术。

2.2 术后护理

2.2.1 生命体征监测 患者回病房后麻醉未清醒者取平卧位,设单人病房24h专人监护,尽量减少体位搬动,严密观察生命体征。护理中采用多参数持续心电图监护仪进行24h心电图监护,监控血压、脉搏,保证静脉通畅,记录每小时尿量及24h出入量,注意口腔和皮肤的护理。

2.2.2 低血容量休克的护理 嗜铬细胞瘤切除后,血循环中儿茶酚胺急剧下降,使长期处于收缩状态的血管开放,术前虽然进行了扩容治疗,但术后仍有一部分患者出现循环血量不足。因此必须做到:(1)保持两条静脉管道通畅,一条用微量泵调整药液达到控制血压的目的,另一条用来补充血容量,监测循环功能;(2)严格监测中心静脉压(CVP),根据CVP来调整输液的速度和量;(3)准确记录每小时尿量及24h出入量,作为补液另一个参考值;(4)注意水电解质紊乱,按医嘱检测各项生化指标。

2.2.3 术后预防肾上腺危象 同时行双侧肾上腺切除者,术后极易出现肾上腺危象。一例患者术后24h常表现为血压下降、四肢酸痛、腹痛,甚至嗜睡。预防:(1)患者术后72h内应密切观察病情变化,及时发现危象症状,同时补充糖皮质激素替代治疗;(2)术后24~48h内不宜随意搬动及改变患者体位,待心率、血压稳定后方可下床活动;(3)术后遵医嘱定期查尿内儿茶酚胺及其代谢产物。

2.2.4 各种引流管的护理

2.2.4.1 胃肠减压管的护理 保持持续负压、管道通畅,妥善固定,防止滑脱。观察引流的量、颜色、性状,注意胃液的颜色,每天引流情况须记录并交班。要加强口腔护理,观察口腔

黏膜有无溃疡、霉菌感染等。术后48h患者无明显腹胀,肠蠕动恢复,能自行排气后拔除胃肠减压管。

2.2.4.2 腹腔引流管的护理 保持引流管的通畅,观察引流的量、颜色及性质,并记录。保护引流管局部皮肤,观察伤口有无渗出,按无菌操作每日更换引流袋,引流管固定于床缘,避免扭曲、脱出、阻塞。

2.2.4.3 尿管的护理 保持尿管通畅,妥善固定尿管,观察尿液的量、颜色及性质,并记录。每天尿道口用0.1%苯扎溴铵清洗2次,防止尿路感染。

2.2.5 预防呼吸道感染 手术一般采用气管插管全麻,术后呼吸道分泌物较多,为使痰液便于咳出,常规予超声雾化吸入,生理盐水30ml加庆大霉素8万单位, α -糜蛋白酶4000单位,地塞米松5mg,达到消炎、止咳、祛痰效果。鼓励患者咳嗽,并协助翻身拍背,进行有效排痰,同时使用有效抗生素,预防感染。

2.2.6 做好出院指导,定期复查嗜铬细胞瘤术后有复发倾向^[4]。故要求患者定时复查,以及早发现嗜铬细胞瘤复发。

3 讨论

手术切除是治疗嗜铬细胞瘤最有效的方法,手术有一定的危险性。但只要充分地做好对围手术期的治疗、观察与护理,就能提高手术成功率,降低手术死亡率^[5]。因此,术前充分准备是确保手术成功的重要因素,治疗和护理是手术成功的关键。

【参考文献】

- [1] 张莱明,沈周俊.嗜铬细胞瘤的术前准备[J].上海医学杂志,2009,32(2):108-109.
- [2] 于新路,王禾,张波.肾上腺嗜铬细胞的确诊与手术治疗[J].临床泌尿外科杂志,2003,18(2):83.
- [3] 张旭,叶章群.腹腔镜和后腹腔镜肾上腺手术与开放肾上腺手术的疗效比较(附93例报告)[J].中华泌尿外科杂志,2002,23(6):332.
- [4] 宋志宇,陈岐辉,赵忠文,等.嗜铬细胞瘤43例临床分析[J].白求恩医科大学学报,2001,27(5):536-537.
- [5] 赵军,陆鹏.嗜铬细胞瘤50例分析[J].临床泌尿外科杂志,2003,18(4):207.

(收稿日期:2010-02-23)

家庭腹膜透析患者常见护理问题与指导

沈 灵

[关键词] 家庭;腹膜透析;护理

[中图分类号] R 692.5

[文章编号] 1672-7193(2010)04-0792-02

[文献标识码] B

Doi 10.3969/j.issn.1672-7193.2010.04.102

作者单位:661600 云南 开远,解放军59中心医院肾内科(沈 灵)

腹膜透析作为肾脏替代治疗的一种方式已广泛用于临床。由于腹膜透析操作简便易行,不需特殊的医疗仪器等特点,故可家庭透析治疗,从而有效地节约了医疗资源,降低了医疗成本。但患者实施家庭透析治疗中,易出现一些护理问题,需要及时护理指导,避免不良后果的发生,我们对 50例家庭腹膜透析进行了总结,报告如下。

1 临床资料

收集 2007年 6月~2009年 6月在我科就诊的家庭腹膜透析治疗患者,共 50例,男 28例,女 22例;年龄 28~58岁。对每月 1次的临床护理就诊的腹透患者情况详细记录,包括患者存在的护理问题及给予的相应指导。采用回顾性调查的方法分析并总结。50例患者中除了常规的随访外,有 20例患者存在着不同的护理问题,占就诊人数的 40%。

分析与指导

2.1 导管周围皮肤问题 (1)要求进行出口处护理的多数是新置管的患者。由于对自我护理缺乏信心,过分依赖医护人员,对导管周围的分泌物不敢清除,从而形成硬痂。对于这种情况,应鼓励患者及家属,同时再次示教换药操作,增强信心。通常用消毒液湿化硬痂,待硬痂软化后,予以轻轻去除。告知患者及家属,操作时切勿强行撕扯,湿化时用棉签轻点硬痂的外围,以防消毒液流入出口处。(2)湿疹的发生男性多于女性,且夏季多发。由于夏季是一些皮肤病的高发季节,人体出汗较多,局部皮肤潮湿;导管对局部皮肤的刺激;换药后消毒液未干即覆盖纱布;天热衣衫单薄,男性皮带扎得过紧,增加了局部摩擦。这也是男性较易发生湿疹的原因。一旦出现湿疹,应积极去除诱因,保持局部皮肤的干燥,避免摩擦,同时局部可使用湿疹软膏,如:洁悠神等,并加强局部护理。(3)出口处感染的发生多与不良卫生习惯有关。如换药操作时不戴口罩、经常用手搔抓出口处、不按时换药等。指导患者养成良好的个人卫生习惯,做好自身防护。出口处感染的主要致病菌为金黄色葡萄球菌,有证据表明鼻部金黄色葡萄球菌携带者出口处感染机会明显增加,而且金黄色葡萄球菌腹膜炎仅发生于鼻部携带金黄色葡萄球菌者。一旦发生出口处感染,局部应使用抗生素,如百多邦涂擦局部;硫酸庆大霉素局部湿敷或同时静脉使用抗生素。

2.2 知识缺乏 (1)由于各种原因,需要在透析液中加入药物。然而,患者及家属又缺乏应有的知识,操作不当,反而造成不良后果。因此,必须给予相应的指导。首先要让患者知道清洁、污染、消毒的概念;学会无菌操作;学会药液的配置;注入正确的剂量。(2)透析治疗过程中,由于蛋白质摄入量不足、透析不充分、透析液中蛋白质的丢失及感染时蛋白质丢失增加等原因,可以使机体发生营养不良。营养不良是一种症状,容易使患者合并其他并发症,从而间接引起腹膜透析失败。为了维持

理想的营养状态,蛋白质及热量的摄入必须充足,腹透患者的蛋白质摄入量至少要达到 $1.2 \sim 1.5 \text{g}/(\text{kg} \cdot \text{d})$, $< 1.1 \text{g}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ 则有可能发生负氮平衡。所补蛋白质应以优质蛋白质为主,占 50%,同时蛋白质的摄入量应与所补充的热卡相适应,否则影响其利用。腹透患者每天的热量摄入主要取决于他的生理活动量,在没有重体力劳动的情况下,能量的补充与健康人相似,通常为 $35 \sim 40 \text{kcal}/(\text{kg} \cdot \text{d})$,腹膜运转能力正常的患者可吸收透析液中 60% 的糖,约 $100 \sim 200 \text{g}/24\text{h}$ 提供的热卡占总热量的 8%。尽管如此,所有患者的能量补充应结合患者机体情况而定。水溶性维生素分子量较小,容易在透析液中丢失,补充一般不限脂溶性维生素的缺乏通常不明显,过多补充易引起中毒反应。

2.3 透析充分性 所谓透析充分性是指通过透析透出了足够的毒素和水分,生活质量和预期寿命应和无肾脏病时相似。维持体液平衡是保证透析充分性的一个关键部分。在家庭腹膜透析中,患者和家属都非常重视透析液的超滤量。透析液的超滤主要受腹透液的浓度、透析液留置时间、腹膜的有效透析面积、腹膜溶质转运功能及血浆蛋白浓度等诸多因素影响。发生超滤量改变时我科通过腹膜平衡试验来了解腹膜转运的特性,重新调整透析处方。或根据患者具体情况,增加优质蛋白的摄入量,调整透析液的浓度、留置腹腔的时间等措施予以纠正。若超滤量过少时应控制水、钠的摄入,防止心血管并发症的发生;若超滤量过多时,则要预防低血压和低血钾的发生,可适当补充水分及含钾的食物。

2.4 医嘱依从性和心理问题 患者因为必须以腹膜透析终身替代肾脏以维持生命,加之本身疾病引起的不适而出现焦虑、忧郁等情绪障碍,有些患者则认为自己对家庭社会是负担,从而产生悲观情绪,甚至产生轻生念头。故而对医嘱的依从性降低。患者的依从性还与患者的文化程度和饮食习惯、经济状况、腹膜透析知识了解不足及社会心理因素有关。首先要肯定患者的积极态度,在精神上给予鼓励和安慰。鼓励患者表达自己的情绪和情感,帮助患者面对现实,振作精神,增强对透析的信心。培养患者对各种环境和精神刺激的心理适应能力;同时,使家属更多地关爱患者,与科室保持密切的联系并提供帮助,保证患者在熟悉、安全、愉快平静的环境中顺利地进行家庭腹膜透析。鼓励患者积极参加社会交往,给患者及其家属提供道义上的支持。

腹膜透析治疗是为了让患者更好地生活,通过及时有效的指导,有利于提高患者的生活质量,促进患者早日回归社会。

【参考文献】

- [1] 汪涛. 腹膜透析手册 [M]. 北京:人民军医出版社, 2004 448-459

(收稿日期: 2010-02-20)