维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2002年第11卷第1期
Chin J Regional Anat & Operative Surg,2002,Vol.11,No.1

利用腹腔引流管行腹膜透析的护理

刘凤君* 王殿珍* 许爱华*

常规腹膜透析需在腹部行腹透管植入术，我科于1999年3月24日收治一例急性肾功能衰竭、子宫全切术后患者。入院时因病情危重，不宜行血透及腹透管植入术，而利用子宫全切术时，留置的腹腔引流管行不卧床持续性腹膜透析治疗，效果显著。现将病例和腹透析护理体会介绍如下。

一、临床资料

患者，女，22岁，因顺产一男婴后宫腔大出血行子宫全切术后42h，无尿42h伴浮肿、腹胀、消化道出血，从外院转入我科，神志清楚，心率120次/min，血压14/8kPa，全身高度浮肿，四肢皮肤大片瘀块，腹部高度膨隆，腹水征(+)，脐下正中有一纵行手术切口，长约10cm，肝、脾未触及，腹部叩珍呈鼓音，肠鸣音消失，阴道有少量出血，留置胃管，腹腔引流管分别引流出咖啡色和淡红色液体，尿管内无尿液流出，化验：尿蛋白(++)、血肌酐809，血尿素氮26.96mmol/L，血钾5.24mmol/L，二氧化碳结合力13.7mmol/L，诊断急性肾功能衰竭，子宫全切术后，急需行透析治疗。因患者全身高度水肿，建立血管通路困难且伴严重出血并发症，不宜行血透，故选腹膜透析，但从实践中注意到有高度腹胀时，腹部植管既困难又危险，加之患者刚行子宫全切术后，若再手术可能使病情恶化，增加痛苦，我们从腹腔引流管放入的位置和作用得到启示，尝试着利用引流管行不卧床持续性腹膜透析治疗，患者血尿素氮、肌酐逐渐下降，全身水肿消退，出血停止，尿量逐渐恢复正常，行腹透25d，住院41d，急性肾衰纠正，一般情况良好，痊愈出院。

二、讨论

通过本例说明利用腹腔引流管行腹膜透析治疗，为在特殊情况下不宜行血透和腹透管植入术的急性肾衰危重病人的抢救赢得了时间，探索了一条新的治疗方法，由于留置引流管放入腹腔位置和长度不够深，皮肤出口处缝合简单及管的生物相容行较差。因此在腹膜透析过程中除予常规的护理外，还应采取一些有针对性的护理措施，我们做法是：

1.最初4～6次灌入腹腔透析液速度宜缓慢，量要少，每次不超过500ml，留置时间短，每次仅15min，若观察无腹痛，管周无渗液和漏液，出入液体通畅正常时，再将透析液灌入量增至每次1000ml，留置时间2～3h，本例开始流出液体缓慢，入量大于出量，经改变体位，向管道侧侧卧，流出液增加，出量大于入量，或保持平衡。

2.引流管周围渗液和漏液时，患者应平卧位，以减轻腹腔内压力，同时再行管道皮肤出口处缝合，本例在腹透第8d，由于腹壁水肿消退，引流管出口处因皮肤松弛出现管周漏夜和渗液，经仔细缝合，局部加压包扎，漏夜渗液停止。

3.一般情况下，腹透液需预热至37～39℃，但析出液呈血性时，腹透液不宜预热，以免加重出血。本例开始4d析出液呈血性，在此期间都使用室温下的透析液，未引起体温下降，寒颤和腹痛等不适。

4.严格执行无菌操作，保持管周皮肤清洁，干燥，每天换药1次，敷料被渗出液或血液浸湿时，立即换药。如并发腹膜炎时，全身和局部应及时使用敏感抗生素，必要时立即封管停止腹透。

(收稿日期：2001-11-10)

* 作者单位：400038 重庆市第三军医大学附属西南医院肾科

上腔静脉完全梗阻的体外循环一例报告

扈存玲* 朱 薇* 李玉玲* 于丽红**

体外循环下行心内直视手术，动静脉出入平衡是必须保证的条件，否则术中很难顺利进行。该病例术前以右心房粘液瘤收住院。于97年3月3日行粘液瘤切除术。术中发现右心房内充满实质性肿物，且上腔静脉内也完全梗阻，使体外循环上下腔静脉插管造成很大困难。在上腔静脉无法插管的条件下，只行下腔静脉插管后并行降温。鼻咽温度很快降至30℃，阻断

* 作者单位：150001 黑龙江省哈尔滨医科大学附属第一临床医学心血管外科
** 黑龙江省航运局总医院