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

维普资讯 http://www.cqvip.com

循环，行心内肿瘤切除术，术中经过顺利，报告如下。

一、临床资料

患者，男，46岁。体重53kg，中心静脉压3.73kPa，呼吸20次/min，心率90次/min。一年无明显诱因出现胸闷气短，活动后呼吸困难，多次对症抗炎治疗，病情无明显好转，自感上述症状加重，且出现肝区胀疼，食欲不佳，腹胀，尿少。查体：全身浅表淋巴结未触及，双眼睑无浮肿，双侧瞳孔等大等圆。听诊心律规整，心音低钝，心率95次/min。双肺无干湿性罗音。口唇及面部皮肤发绀，颈静脉怒张。肝肋下3.0cm，剑下5.0cm，有触疼，脾未及。腹部叩诊鼓音、有移动性浊音，双下肢浮肿。心脏彩超诊断：右心房粘液瘤。心电图显示窦性心律，低电压，边界范围心电图。

术中开胸后，发现无名静脉充满血栓，上腔静脉管状硬化完全堵塞。右心房增大，可触及实质性肿物，肺动脉萎缩。由于上腔静脉完全堵塞，无法插管引流，因此反行下腔静脉插管后施行体外循环。体外循环同时降温，鼻咽温30℃，阻断循环，主动脉根部灌注心脏停跳液。开心后行心内肿瘤切除术。病理报告：以心横纹肌肉瘤，为实质性，体积9cm×7cm×5cm，重量为280g。上腔静脉、无名静脉内充满血栓、无法消除，仍处完全梗阻状态。转流中单纯下腔静脉插管，引流充分，动静脉平衡。流量为2.0～2.4L·m^{-2}·min^{-1}，无上腔静脉瘀血临床症状。开放循环后中心静脉压由3.73kPa降至1.57kPa，鼻咽温32℃，心脏自动复跳。呈窦性心律。术终呼之呼睁眼。术后2h完全清醒，无意识障碍，两周后痊病愈出院。

二、讨论

体外循环顺利进行，动静脉出入平衡是手术成功的必要条件，否则术中很难安全维持。该患者近1年多时间出现活动后呼吸困难，胸闷气短，呈进行性加重，说明上腔静脉的梗阻是由轻而重逐渐形成。随着梗阻的加重，大量侧枝循环形成。尽管患者在入院前中心静脉压高至3.73 kPa上腔静脉完全梗阻的情况下，由于侧枝循环的形成，使患者仍维持生存。该病实属少见。术前未发现上腔静脉完全梗阻，术中在没有办法的情况下只插下腔静脉管后并行降温。当时非常担心引流不好。出乎预料之外的是：体外循环全过程动静脉出入平衡，且流量在2.0～2.4L·m^{-2}·min^{-1}，静脉血氧饱和度在80%～90%。说明上腔静脉大量的血流均经侧枝循环回至右心房，以适应人体循环血液分布，这与急性上腔静脉梗阻有本质上的区别。后者很可能发生上腔静脉压聚然升高至脑出血，脑缺氧，脑水肿，意识障碍等一系列神经系统症状，而该患者却没有上述任何并发症。大量的侧枝循环功能完全取代了上腔静脉的功能。

（收稿日期：2001-09-17）

整体护理在肺癌围手术期应用的体会

黄 艳* 赵本琴**

传统的护理是护士机械性地执行医嘱，一切以疾病为中心而进行工作。随着现代医学模式的转变，护理转向以病人为中心，融预防、保健、康复、指导为一体，即包括病人的生理、心理、精神功能等全方位的整体护理，使用护理工作得到了进一步的充实与提高。我们对1998年元月至2000年2月间收治的49例肺癌病人的围手术期实施整体护理，结果收到了病人、护士、医生三满意的效果，现将在肺癌围手术期的整体护理体会进行总结报告。

一、一般资料：本组男性40例，女性12例，年龄最大75岁，最小38岁，其中有49例经手术治疗，平均住院19.5d。

二、实施整体护理过程：(1)责任护士以热情微笑接待病人，首先进行情感交流，医患彼此留下深刻印象，具体有：①责任护士主动向病人介绍自己的姓名、职务、有关住院的制度、病区环境，让病人尽快消除陌生感。②收集相关资料，通过与病人的情感交流，责任护士完全了解病人的文化程度和对疾病认识水平的高低、心理状况，有何嗜好（如吸烟、饮酒、有关过敏史）等。③将收集的资料归纳总结，对不同类型的病人心理活动进行分类，制定有针对性的护理计划，如：对有吸烟，饮酒习惯的病人，说明其危害性，劝其立即禁烟、禁酒；对恐惧紧张的病人，将成功的病例向他们介绍，鼓励病人正确对待疾病，主动配合医生治疗，在护士指导下，做好手术前后的健康训练；对有过敏史的病人，要在病志上记录原因，还要通知医生和相关护士勿用易发生过敏的药物，防止过敏发生。④注意口腔清洁，令病人早晚各刷牙一次，睡觉前勿食食物、饮料等。⑤呼吸功能训练向患者说明深呼吸和有效咳痰的意义与方法。深呼吸是用鼻深吸气，直到不能再吸时为止，然后再缓缓呼出气体，深吸气与呼气时间比为1:2或1:3。此外，还尽量教病人做腹式呼吸，加强胸肌运动，以增进肺泡通气量，缓解缺氧。有效的咳痰也很重要。令病人深吸气后屏住呼吸，用力将气管内痰咳出，保持气道通畅。预防肺炎发生。⑥责任护士参加手术前讨论，了解术中及术后可能出现的并发症，做到心中有数，随机应变。忙而不乱。

三、做好术后各项护理

要求责任护士守候在床前，给病人吸氧吸痰，防止误吸。

* 作者单位：111300 辽宁省灯塔市中心医院外科
** 鞍山市鞍钢立山医院外科