DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.06.031

等严重并发症。而试验组中100%的病人均表示"非常愿意"使用体位护理垫,无一例病人发生因不能坚持体位而致的眼部严重并发症。

3.4 开展舒适护理,提高玻璃体切除手术后病人的生命质量

舒适护理是一种整体的、个体化的、创造性的护理模式,是将护理研究成果应用于病人,使其在生理、心理上达到最愉快的状态,或缩短、降低其不愉快的程度[9,10]。玻璃体切除手术后的病人承受着疾病和体位带来的双重痛苦。为缓解长期面向下体位导致的疲劳,护士应指导病人定时变换体位,轮流保持俯卧位、面向下坐位和面向下步行位,原则上应每2 h变换1次[11],2 h以上则易发生褥疮。为了解病人保持正确体位的情况,英国发明了一种称为"Maculog"的电子设备[12],在监测时发现:病人最难保持面向下体位的时间是每天深夜12点和清晨3~5点,护士应在这两个时间段加强巡视,帮助病人纠正体位。另外,护士还应做好健康宣教工作,说明面向下体位的主要目的和重要意义,让病人主动配合,以保证体位能满足疾病康复的要求。

体位护理垫能极大地改善面向下体位给病人导致的生理不适,帮助病人坚持面向下体位以满足手术需要,减少了体位所致的并发症,有效地保证了手术效果。同时,护士应加强舒适护理,以病人的身心舒适作为护理活动的中心,从而提高病人手术后的生命质量。

参考文献:

[1] 黎晓新,王景昭. 玻璃体视网膜手术学[M]. 北京:人民卫生出版社,2000. 96-104.
[2] Thompson J T, Smiddy W E, Glaser B M, *et al*. Intraocular tamponade duration and success of macular hole surgery[J]. Retina, 1996, 16(5): 373-382.
[3] Treister G, Wygnanski T. Pressure sore in a patient who underwent repair of a retinal tear with gas injection[J]. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol, 1996, 234(10): 657-658.
[4] Ciulla T A, Frederick A R, Kelly C, *et al*. Postvitrectomy positioning complicated by ulnar nerve palsy[J]. Am J Ophthalmol, 1996, 122(5): 739-740.
[5] 贾雨虹. 玻璃体内注入惰性气体或硅油充填术后的体位护理[J]. 护士进修杂志, 2002, 17(6): 468.
[6] Greco G M. Treatment of retina detachments due to macular holes[J]. Retina, 1987, 7(3): 177-179.
[7] 周冬兰. 井字型头架在黄斑裂孔视网膜脱离术后体位护理中的应用[J]. 护士进修杂志, 2002, 17(7): 340-341.
[8] Holekamp N M, Meredith T A, Landers M B, *et al*. Ulnar neuropathy as a complication of macular hole surgery[J]. Arch Ophthalmol, 1999, 117(12): 1607-1610.
[9] 疗红辉. 拓展舒适护理研究,提供优质护理服务[J]. 黑龙江护理杂志, 1999, 5(7): 40-41.
[10] 汤 洁. 舒适护理模式之我见[J]. 护士进修杂志, 1999, 14(10): 23.
[11] 柳 炜. 体位护理[J]. 国外医学护理学分册, 2000, 19(6): 253-256.
[12] Verma D, Jalabi M W, Watts W G, *et al*. Evaluation of posturing in macular hole surgery[J]. Eye, 2002, 16(6): 701-704.

(编辑 栗 嘉)

文章编号:1000-5404(2004)06-0551-01

个案与短篇

腹水超滤浓缩回输治疗顽固性腹水患者及护理方法

Nursing experience in patients with refractory ascites by ascites reinfusion ultrafiltration

李春花,刘龙碧,戴 琴 (第三军医大学新桥医院消化内科,重庆 400037)

1 资料与方法

1.1 对象

治疗对象30例为我院住院确诊的肝硬变合并顽固性腹水患者,所有病例均经限水限钠利尿治疗两周以上效果不佳,腹胀症状明显。男22例,女8例,年龄23~78岁,平均46.5岁。肝炎后肝硬变26例,酒精性肝硬化4例,均无重度黄疸、肝昏迷及上消化道出血史。

作者简介:李春花(1970-),女,湖南省衡阳县人,主管护师,主要从事护理管理和消化系统疾病的护理方面的研究。电话:(023)65200567

收稿日期:2003-11-14;修回日期:2004-01-28

1.2 治疗方法

采用WLFHY-500型伟力电脑腹水超滤回输系统。治疗前停用利尿剂3 d以上,严格限制氯化钠及水摄入量,治疗前1~2 d抽血查电解质、肾功能、肝功能。

患者取平卧位,在无菌操作下,常规消毒左下腹、右中腹,分别进行腹腔穿刺,穿刺成功后将穿刺针与导管连接固定。腹穿时穿刺针先在皮下推进1 cm再进入腹腔以免漏液,两个穿刺点不宜太近,以免形成短路,影响超滤效果。腹水自左下腹引入动脉导管内,设置正压泵流速50~120 ml/min,腹水经蠕动泵转流,通过滤过器负压泵作用形成超滤,水及中小分子等物质滤出,保留蛋白成分,然后将浓缩后的腹水经静脉导管自右

(下转556页)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

3 讨论

血管内皮与平滑肌细胞的联合双层培养，是国外 20 世纪 90 年代发展起来的一种方法，它对探讨两种细胞之间的旁分泌功能发挥了重要的作用[1,2,4]。他们均采用两种细胞完全重叠的方法，主要用于检测两种细胞间的旁分泌功能。我们对其进行改进的目的，是为了探讨缝隙连接介导的信号（尤其是 Ca^{2+} 信号）在这两种细胞间的传递情况。因为在应用激光共聚焦技术实时检测[Ca^{2+}] i 的变化时，尽管激光共聚焦技术具有“细胞 CT”的功能，但由于培养膜很薄，两种细胞间的信号可能产生干扰，我们采用将两种细胞按不同比例重叠的方法，可应用不重叠部分可对其信号进行矫正[5]。此外，在不重叠部分进行细胞内微注射，可防止刺破对面的细胞。本实验采用孔径分别为 1.0 或 3.0 μm 微孔滤膜，是为了检测这两种孔径对缝隙连接形成的数目及通信能力的影响，我们准备在进一步的实验中对其进行检测。进行联合双层培养的关键，在于单层内皮细胞刚刚形成后，翻转小室及种植平滑肌细胞于背面时，动作要轻柔，种植后将培养膜倾斜 45°，以防止内皮细胞脱落，待细胞完全融合后，则不易脱落。此外，同时应用大鼠胸主动脉培养血管内皮和平滑肌细胞进行共培养，经济、简便，同时也更接近生理状态。

关键词：血管内皮细胞；血管平滑肌细胞；联合培养
中图法分类号：R329.2 文献标识码：B

参考文献：

[1] Fillinger M F, O'Conner S, Wagner S, *et al*. The effect of endothelial cell coculture on smooth muscle cell proliferation[J]. J Vas Surg, 1993, 17(6): 1058－1067.
[2] Di Luozzo G, Bhargava J, Powell R J. Vascular smooth muscle cell effect on endothelial cell endothelin-1 production[J]. J Vasc Surg, 2000, 31(4): 781－789.
[3] 张静波. 细胞生物学使用方法与技术[M]. 北京：北京医科大学中国协和医科大学联合出版社，1991. 59－76.
[4] Powell R J, Bhargava J, Basson M D, *et al*. Coculture conditions alter endothelial modulation of TGF-β_1 activation and smooth muscle growth morphology[J]. Am J Physiol Heart Circ Physiol, 1998, 274(2): H642－H649.
[5] 李 楠，王凤翔，周春喜. 荧光探针应用技术[M]. 北京：军事医学科学出版社，1998. 127－133.

（编辑 王 红）

（上接 551 页）

上腹回输入腹腔，全过程为封闭式无菌操作[1]，一次液体超滤量为 3 000～7 000 ml，治疗时间 2～3 h，治疗中用腕式血压计监测心率和血压。

1.3 统计学分析

采用 *t* 检验。

2 结果

从表 1 可见，经腹水超滤浓缩后，病人体质量下降，腹围减小，24 h 尿量增加，腹胀及呼吸困难症状得到明显改善。治疗后患者血中的白蛋白，总蛋白浓度比治疗前增高，肌酐明显降低。而治疗前后血液中的尿素氮、钾、钠、氯无明显差异。治疗组 21 例腹水消退，占 70%，9 例腹水减少，占 30%。

表 1 治疗前后临床症状体征对比（$\bar{x} \pm s$）

	体质量（kg）	腹围（cm）	24 h 尿量（ml）
治疗前	62.24±12.18	86.31±7.80	1 160±142
治疗后	57.35±13.37	77.47±5.81	1 676±172
P	＜0.05	＜0.05	＜0.05

3 护理方法

3.1 回输前护理

认真做好准备工作及心理护理，说明治疗的意义、原理，取得病人的合作，或请做过此治疗的病人现身说法，消除病人及家属的紧张情绪。

3.2 操作中的观察及护理

术前排空膀胱，穿刺后取半卧位，观察病人面色、心率、血压及腹痛情况。发现心率增快，主诉不适时，适当放慢速度，引流不畅时，可适当移动穿刺针位置或轻轻按压腹部使引流通物为止。注意穿刺点有无渗液、渗血，针头有无脱落，病人有无腹痛，机器运转是否正常，发现异常及时报告医生。

3.3 治疗后护理

腹围直径大于 100 cm 的患者，有时有腹水外溢[2]，拔针时用碘伏消毒局部针孔，盖上无菌纱布，用腹带加压包扎，若腹水污染腹带被服，应及时更换。治疗后患者少数可出现发热，本组病例有 3 例低热，体温在 37.5～38 ℃，占 10%，可能与腹水蛋白和血浆蛋白的交换吸收有关，未予特殊处理，3 d 以后恢复正常。治疗后患者可进半流质饮食，告诉病人腹水浓缩回输后各项症状改善明显，但仍然是姑息疗法，对肝脏或肾脏本身无明显作用[3]。应坚持低盐、高营养，易消化的饮食，禁忌粗纤维及过硬的食品摄入，以巩固疗效。

关键词：腹水；回输术；护理
中图法分类号：R442.5 文献标识码：B

参考文献：

[1] 周 霞，王春莲. 824 例腹水环注术的观察与护理[J]. 实用护理杂志，1999，15(11)：28.
[2] 池肇春. 新编实用肝病学[M]. 北京：中国医药科技出版社，1994. 253－254.
[3] 骆玉琼. 自体腹水超滤浓缩回输腹腔术观察护理[J]. 护士进修杂志，1997，12(9)：30.

（编辑 陈聪连）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net