

1 例腹膜透析患者腹股沟疝术后合并胸膜漏的护理体会

叶小晶

浙江大学医学院附属第二医院滨江院区肾内科 310052

〔摘 要〕 总结 1 例腹膜透析患者腹股沟疝术后合并胸膜漏的护理经验, 护理要点: 在医护团队合作下, 对患者腹膜透析后出现一系列腹内压增高的并发症及时诊治及护理, 做好早期病情观察识别, 提供营养支持及心理护理, 定期随访, 提高患者生活质量。

〔关键词〕 腹膜透析; 腹股沟疝; 胸膜漏; 护理

〔中图分类号〕 R473.6 〔文献标识码〕 A 〔文章编号〕 2095-7165 (2019) 02-114-02

腹膜透析是慢性肾功能衰竭患者有效的肾脏替代疗法之一^[1], 对血流动力学的影响较小, 能有效保护残余肾功能, 操作简便、安全有效, 患者可以居家治疗。胸腹漏是腹膜透析的少见严重并发症之一, 发生率为 1%~2%^[2, 3]。因左侧膈肌有心包覆盖, 故膈肌缺损引起的胸腹漏多发生于右侧^[4]。胸腹漏不仅影响腹膜透析患者的透析效果, 而且影响患者的心肺功能, 甚至危及生命。我院肾内科收治 1 例腹膜透析患者腹股沟疝术后合并胸膜漏, 经过团队合作, 及时确诊、治疗及护理, 患者病情好转康复出院, 现护理体会报告如下。

1 临床资料

患者男, 60 岁, 因“维持性腹透 1 年, 胸闷气急十天”于 2017 年 2 月 2 日入院。

患者 2 年前在我院诊断为“糖尿病肾病, 慢性肾脏病 5 期”, 于 2015-07-14 行腹膜透析导管置管术, 开始腹膜透析治疗, 术后第 9 天出现腹透管管周有少量渗液于暂停腹透, 停止腹透 18 天后继续开始腹透治疗, 腹透管出口处无异常。术后半年出现腹股沟疝, 于 2016-11-11 于我院行右侧腹股沟复合疝无张力修补术。术后患者开始行低容量腹膜透析治疗, 术后 2 月渐出现胸闷气急、腹透负超现象, 最大负超量为 2800ml/天, 当地医院予以留置右胸腔引流管引流放液等对症支持治疗后转入我院。入院评估: 神清, 精神可, 胸闷气急明显, 腹透置管出口处无渗出, 双手部、双下肢中度凹陷性水肿, 带出一根右侧胸腔穿刺引流管。实验室检查: 红细胞 $3.69 \times 10^9/L$, 血红蛋白 98g/L, 血淀粉酶 116U/L, 肌酐 1688 $\mu\text{mol/L}$, 尿素氮 26.51mmol/L, 白蛋白 33.3g/L, 凝血酶原时间 14.1s、D-二聚体 890 $\mu\text{g/L}$ 。胸部高分辨 CT 示: 双侧胸腔积液, 右侧较多, 右下肺膨胀不全, 心包少量积液。入院诊断: 糖尿病肾病 CKD5 期维持性腹膜透析, 2 型糖尿病, 高血压病, 高脂血症, 慢性胆囊炎伴胆囊结石, 冠状动脉粥样硬化性心脏病 PCI 术后, 肾囊肿, 肝内脂质沉积, 腹股沟斜疝术后。入院后第 2 天行美蓝试验于以 2.5% 腹透液 1500ml 加美蓝, 胸腔引流管美蓝半小时内夹闭开放一次, 观察引流出胸水颜色, 2.5 小时后患者胸腔引流出淡蓝色液体至 1100ml, 胸腔引流出 700ml 淡蓝色液体, 累积正超滤 300ml。胸水生化示胸水中的葡萄糖 (36.07mmol/L) 明显高于血糖 (5.6mmol/L), 确诊为横膈肌漏, 患者拒绝继续进行腹膜透析治疗, 选择改血液透析治疗。入院后第 4 天患者置左腹股沟临时血透管开始行血透治疗。入院后第 5 天胸水明显减少, 胸闷气急好转, 于拔除右胸腔穿刺引流管。入

院后第 12 天行动静脉造瘘术及深静脉长期置管术。入院后第 13 天行腹膜透析导管拔除术。入院后第 19 天步行出院, 随访至今, 患者恢复良好。

2 胸膜漏的常用鉴别方法

2.1 胸水生化成分鉴定

胸腔穿刺放液检查一般呈漏出液性质, 液体中葡萄糖浓度异常升高, 明显高于血糖值, 糖尿病患者亦如此。因腹膜透析液含有较高浓度的葡萄糖, 未由腹膜转运吸收即渗漏如胸腔所致。胸水葡萄糖浓度超过 40mmol/L 可基本明确胸腹漏^[5]。

2.2 胸腔亚甲蓝注入法^[6], 此法目前被广泛应用

在腹膜透析液内加入一定剂量的亚甲蓝, 留腹数小时后观察胸腔引流液颜色, 如为蓝色, 则可确诊。但美蓝有一定刺激性, 部分患者使用时有胸腹痛的表现, 部分患者甚至会出现美蓝诱导的化学性腹膜炎, 如果瘘口较小, 亚甲蓝短期内进入胸腔的量少, 胸水蓝色并不明显。

3 护理

3.1 腹内压增高的并发症及护理

①渗漏: 透析液经腹腔薄弱或缺损处渗液到透析管出口处、腹壁和外生殖器或胸腔造成的管周渗漏、皮下渗漏和胸腹漏。管周渗漏常出现在置管 30 天内, 可暂停腹透若需继续透析治疗, 可改用小容量间断腹膜透析, 并减少留腹容量和时间, 或转作血液透析。一般 2 周后可缓解。如果持续渗漏可考虑外科修复。皮下渗漏多出现在腹膜透析 1 年左右, 出现腹部皮下水肿或腰围增粗; 体重增加, 但无下肢水肿; 阴囊、阴茎或阴唇部水肿; 腹壁疝。可改为低容量腹透治疗; 暂转作血液透析待腹膜愈合; 明确腹透液渗漏的原因和部位, 手术修补腹壁缺损。胸膜漏可在透析早期或在几年后出现, 无全身水肿时出现单侧胸腔积液, 多为右侧; 胸闷气促, 高渗透析液使用后呼吸困难加重; 超滤量减少; 与膈肌缺陷有关: 先天性或获得性胸腔-腹腔沟通。可暂停腹透 2-4 周, 改为血透, 停腹透期间胸腔内的透析液可起硬化剂作用, 横膈缺损可能自然修复。严重的引起呼吸窘迫, 立即胸腔穿刺抽液, 停腹透。腹膜炎所致的: 暂停腹透, 改作血透 2-4 周左右, 待腹膜炎治愈后仍可能继续。若是反复发作的胸腹漏, 可行外科手术修补或胸腔镜下胸膜固定术或横膈修补术。否则需转血透治疗。有文献报道^[4], 立即行胸腔穿刺引流放液是迅速改善胸腹漏患者临床症状的重要措施。胸腔穿刺引流放液可

减轻肺组织受压,从而减轻胸闷气急症状,护士应关注动脉血气分析值的改变,记录引流液量、色、性状;观察患者生命体征及胸闷气促有无改善;记录胸管深度和敷料固定情况;避免受压、牵拉、折叠。胸腔引流液引流速度不宜过快,控制在 600-800ml/天^[2]。指导患者采取舒适的体位,半卧或健侧卧位,以利呼吸。遵医嘱给予吸氧。鼓励患者适当下床活动,增加肺活量。②疝:持续存在的腹压以及透析液越来越多地积聚在疝囊中,疝囊逐步增大,并出现明显的症状。治疗上保守治疗为疝托、疝带缓解症状,其次手术治疗。避免腹腔内压增高护理上应注意:避免剧烈咳嗽,必要时给予祛痰止咳药,指导患者在咳嗽多时用手按压伤口,以减轻疼痛及促进伤口愈合;保持大便通畅,必要时给予通便药物;下床时可先侧卧,双腿移到床下后再坐起;避免提举重物,重体力劳动。术后后停止腹透 2 周改低容量卧位腹透,同时减少体力活动。

3.2 病情的早期观察

腹透开始后要关注出口渗液情况;呼吸系统症状:胸闷、气促;腹透超滤量明显减少;腹部症状:局部肿块、腹痛;术前详细询问病史;术后与置管医生沟通,了解术中情况,腹壁情况等。

3.3 营养支持

透析患者推荐适当优质动物蛋白,如淡水鱼、鸡肉、瘦猪肉、牛奶、鸡蛋等,以维持血氮平衡。注意水电解质的调节。每天入液量为 24h 超滤量+24h 尿量+500ml。避免高钠食物,如咸菜、罐头、腌制品等。适当限制高钾、高磷食物的摄入。尤其是暂停透析阶。多进食粗纤维食物,避免发生便秘。

3.4 心理支持

文献证实^[7,8],腹膜透析患者受长期透析费用和透析并发症的影响,会出现不同程度焦虑、恐惧、甚至绝望等心理,并发症的发展迅速加重患者的心理问题。护士应做好患者心理护理,使患者做好充分的心理准备,积极配合治疗。

3.5 定期随访

胸腹漏大多发生于腹膜透析的第 1 年^[2],因此,定期随访对居家腹膜透析患者尤为重要。我院居家腹膜透析患者随访方式为门诊和电话随访相结合。置管一年以内门诊随访为每月 1 次,评估患者的透析方案、超滤量、残肾功能、其他症状和体征等。电话随访是腹膜透析专科护士每个月电话随

访 1 次,询问患者情况,患者有情况也可以 24 小时随时联系腹透专科护士,以便及时得到相应的处理,一年以上患者病情平稳改三个月一次门诊和电话随访。

4 体会

目前腹膜透析得到广泛应用,而相应的并发症也越来越得到大家的重视。但横膈胸膜漏由于发生率低,易误诊漏诊,并未引起有些医护人员的足够重视。本例患者老年男性,慢性病程,基础疾病复杂,从腹透置管后相连出现管周渗液、腹股沟疝、胸膜漏一系列并发症,可能与糖尿病患者皮肤恢复慢;持续存在的腹压以及透析液越来越多地积聚在疝囊中,疝囊逐步增大,疝修补术后 2 月出现胸腹漏考虑与腹腔内压的转移有关。由于处理及时,医护人员配合到位,使并发症得以控制,患者痛苦减到最低,但这也提醒我们在今后进行腹透宣教课程中应更加注重避免腹内压增高的宣教,积极预防有可能出现的各种并发症,对病情做好早期识别,积极帮助患者调整心态,应对随之而来的各种症状,制订合理的护理计划,帮助患者尽早康复。

[参考文献]

- [1] 陈香美.腹膜透析标准操作规程[M].北京:人民军医出版社,2010:2.
- [2] 余学清.腹膜透析治疗学[M].北京:科学技术文献出版社,2007:127.
- [3] 马小琴,王艳.腹膜透析胸腹漏发生原因及处理[J].临床护理,2011,33(8):791-792.
- [4] 于银春,郭林红,陈涛.1 例腹膜透析并发交通性胸腔积液患者的护理[J].中华护理杂志,2003,38(8):651-652.
- [5] 王海燕.肾脏病学[M].北京:人民卫生出版社,2008:2094.
- [6] 陈锦华,谢敏妍.腹膜透析并发胸腹瘘临床观察.临床医学,2011,31(12):10-11.
- [7] 李嵘,张洁,杨君,等.持续不卧床腹膜透析患者心理问题和护理干预[J].中国中医药现代远程教育,2012,10(1):118-119.
- [8] 苏春燕,李欢,肖顺真,等.居家腹膜透析患者家庭照顾者负担及其影响因素分析[J].中华护理杂志,2008,43(6):566-568.

(上接第 113 页)

好护理学基础的前提下,建立良好的护患关系,掌握患者心理动态变化,采取各种心理学方式,分析病因,排除患者疑惑,改善患者情绪,尽可能解决患者心理问题,控制各种不适症状,提高患者的生活质量^[4]。近几年,心理干预所带来的影响已经引起了国内外医学学者的重视与关注,将心理干预引入妇科恶性肿瘤中,可显著改善患者心理状态,改善患者躯体症状,提升患者生活质量。

4 结束语

综上所述,在妇科恶性肿瘤化疗期间,使用有效的护理方法是极为关键的,将心理护理干预应用到临床上不但提高了患者的护理满意度,还能保证患者的健康状况得到稳定提高。由此说明心理干预可改善改善患者不良情绪,最大程度降低不良情绪对疾病的影响,减少化疗不良反应,取得了显

著的护理效果。

[参考文献]

- [1] 潘永秀,徐银帆,朱春云.心理干预模式在妇科恶性肿瘤化疗患者护理中的应用研究[J].当代医学,2018,17(32):1110-1111.
- [2] 刘娟,马晓璐,赵彩霞,王富芳.妇科恶性肿瘤化疗期间的心理干预与护理分析[J].中国当代医药,2016,20(22):1120-1121.
- [3] 张雪清,宋秀红,姜永梅,崔琳.妇科恶性肿瘤化疗患者心理护理干预的效果分析[J].吉林医学,2018,33(01):1203-1204.
- [4] 黄雪梅,蔡燕珍,刘磊,何桂芬.护理干预对妇科恶性肿瘤化疗患者生活质量的影响[J].国际医药卫生导报,2017,18(14):2111-2113.