

避免肠内营养液误接入胃肠减压管或压力调节管,避免喂食管滑脱至胃内,而引起营养液返流及误吸,保证治疗安全。

2.3 营养液的输注护理 输注营养液时患者取端坐位或半坡卧位,保持管路通畅。瑞素即开即用,严格无菌操作,使用前充分摇匀,使用专用肠内营养管路,每日更换,保持清洁。根据患者耐受情况随时调整用量、速度,需注意“三度”原则:肠内营养液浓度、温度和输注速度^[4]。

2.4 注意事项 (1)加强肠内营养监测。注意观察有无胃肠道反应,有无恶心呕吐、腹痛腹泻腹胀等症状。有腹泻者留取大便标本送检,通过良好的护理及时

缓解胃肠道反应,同时注意调节肠内营养液的量及速度。观察生命体征,准确记录出入量,保持胃肠减压管路通畅,注意引流液的量及性状,及时倾倒,保持有效负压。(2)口腔护理。由于患者长时间禁食,口腔分泌物减少,口腔自洁作用丧失,需加强口腔护理,每天2次,观察口腔黏膜情况。口唇干裂者可使用青瓜片敷口唇,滋润效果良好。(3)其他:保持安静清洁的病房环境,输注营养液时使用有别于静脉输液时的白色单独挂钩,勾上挂有白底红字醒目的肠内营养标识牌,输注管路上粘贴一同配置的一次性不粘胶红色标签,与静脉通路明显

区分,做到班班安全管理。

参考文献:

- [1] 张秀,彭琼. 食道癌术后吻合口瘘保守治疗的护理[J]. 中外健康文摘, 2012, 9(2): 360-361.
- [2] 张效公. 食道贲门外科学[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2005: 412-416.
- [3] 全国卫生专业技术资格考试专家委员会. 营养学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 12.
- [4] 蒋玉丽. 全胃切除术后患者早期肠内营养支持的护理[J]. 护理与康复, 2008, 7(9): 691-692.

收稿日期: 2013-02-07

(本文编辑: 钟美春)

居家自动化腹膜透析患者的护理

吴丹, 薛聪平, 蔡珂丹

【关键词】 腹膜透析; 居家; 护理

doi: 10.3969/j.issn.1671-0800.2013.06.063

【中图分类号】 R473.6 【文献标志码】 B 【文章编号】 1671-0800(2013)06-0705-02

随着经济水平不断的发展以及患者对生活质量的更高追求,选择自动化腹膜透析治疗成为趋势。家庭腹膜透析的治疗和护理是否得当,直接影响家庭腹膜透析成败^[1]。本研究拟总结居家自动化腹膜透析(APD)患者的护理经验,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 收集2012年1月至2013年1月宁波市第二医院收治的居家自动化腹膜透析患者9例,其中男7例,女2例;年龄40~60岁,平均47.3岁。文化程度为小学1例,初中4例,高中3例,大学及以上学历1例。其中因腹膜功能为高转运的由持续性不卧床腹膜透析(CAPD)转为APD的7例,注重生活质量选择APD的2例。平均居家APD 18个月。

1.2 方法 9例患者中夜间间断性腹膜透析(NIPD)1例,持续循环式腹膜透析

(CCPD)8例,其中NIPD仅在夜间进行,白天干腹,连续进行4~6个循环,每个循环存腹2~3h,总治疗时间8~12h,总治疗量8~10 L。CCPD是在NIPD的基础上白天留存1袋透析液。

1.3 结果 治疗期间无一例出现腹透管漂移及发生腹膜炎、出口感染、隧道感染等导管相关感染。营养评估均达标: 血红蛋白 ≥ 35 g/L,电解质酸碱平衡,透析充分,每周总尿素清除指数(Kt/V)为 2.225 ± 0.323 ,肌酐清除率(Ccr)为 (61.554 ± 3.884) L/周。采用抑郁自评量表(SDS)标准评分为 (46.33 ± 2.06) 分,维持较好的生活质量。

2 护理

2.1 心理护理 慢性病患者容易产生消极情绪,介绍成功病例比护士空谈更有说服力。家庭成员的情感支持与有效帮助能使患者维持一个良好状态,提高生活质量。护士要理解尊重患者,与其建立平等信任的人际关系,耐心解答问题,要比患者想的更多,做的更细,使患者正确认识疾病,积极对待治疗,自信能

在家庭内独立的进行有效的透析治疗。

2.2 规范操作

2.2.1 良好的操作环境 选择一间面积 > 5 m²,光线充足空气流通的起居室,每天用紫外线空气密闭消毒1h,操作区域3 m内要有独立卫生间,操作前用75%酒精棉球擦拭操作台面及自动腹膜透析机,操作间地面每日湿式清洁,操作时避开通风口,暂时关闭电风扇和门窗,尽量减少人员进出,避免宠物进入起居室。

2.2.2 透析前准备 将APD机器放在床旁桌与身体同等的高度上。准备治疗所需物品: 透析液、卡匣式管组、引流桶、白色迷你帽及口罩。检查透析液透明澄清,葡萄糖浓度正确,容量正确,没有超过有效期

限,没有渗漏情形,拉环及注射孔处完整。**2.2.3 开始透析治疗** 进行程序处方设置,加温至 $36 \sim 37$ °C,装置卡匣架上管组,机器自检后进行排气,完成排气后,戴口罩及洗手后连接患者短管,治疗开始。

2.2.4 治疗结束 记录各项检测指标,关闭所有管夹及患者身上的短管,洗手后将管组分离,旋入新的碘伏帽,取出卡匣

作者单位: 315010 宁波,宁波市第二医院

通信作者: 吴丹, Email: wudan_pd@yahoo.com.cn

式管组,关闭机器。观察引流液的颜色、性状及澄清度,处理管路及丢弃引流液。

2.3 机器报警处理 (1) 低引流量报警:①“0 周期引流”报警设置错误:患者如为 NIPD 患者或 CCPD 白天留置 4 h 后已手工引流的。“0 周期引流”报警设置应为“0”,而不应该常规设置为灌入量的 70%。②由于患者在夜间睡眠状态下治疗时管路部分折叠引起的引流量不足,只要改变体位,进行几次腹式深呼吸,检查管路有无折叠、扭曲,保持管路通畅。(2) 管路堵塞报警:立即检查管路,是否有卡匣处管路折叠、扭曲及管夹未打开,患者短管处开关未打开等情况存在。(3) 自检通不过:①未人性化对待机器,上一次治疗结束后未关闭机器,使机器一直持续处于工作状态。予关闭机器,切断电源,10 min 后打开重新自检。②卡匣和管组有破损。重新更换新的卡匣和管组。

2.4 短管固定 顺着导管出口自然走势向下向外固定导管,距离出口 5 cm 处使用胶布固定,在连接患者短管端管路的 1 ~ 1.5 m 处用空心夹固定在机器用侧的床单上,但应便于患者翻身和坐起而又不会折叠、扭曲管路。避免伤口处

附近使用剪刀、针等锐器。日常活动时使用专用腰带容纳导管。

2.5 出口护理 Tenckhoff 导管插入 6 周后出口处每天或隔天护理 1 次。如果出口处出现了感染或不小心拉扯导管造成局部外伤,一定要立即报告你的腹膜透析护士,并按照要求特殊处理。

2.6 并发症的预防和护理 (1) 疼痛。多因机器虹吸作用较强,管路刺激腹壁所致。可将机器放高约 20 cm,从而降低引流速度,减轻疼痛。(2) 腹透管漂移。多因肠蠕动异常,反复牵拉腹膜透析导管有关。妥善固定导管,注意导管引出时皮下隧道方向正确。避免反复牵拉腹膜透析管,在机器引流时避免过大幅度的改变体位。(3) 导管相关感染^[2]。预防措施有:①规范的出口处护理;②良好的个人卫生习惯;③每次操作前后应采用六步洗手法洗手;④预防肠源性感染,避免发生便秘和肠道感染。

2.7 饮食护理 腹膜透析过程中蛋白质和氨基酸的丢失增加^[3],由于营养不良导致持续性不卧床 CAPD 患者病死率占 17% ~ 56%^[4]。针对患者进行个性化指导,了解患者饮食情况,评估患者营养状

况,制定饮食处方。控制水盐摄入,指导患者进食低磷高钙高铁的食物,遵医嘱服用钙片作为磷结合剂。

2.8 随访 出院时制定随访计划,腹透护士在患者出院前进行一次随访,了解患者居家腹透环境,居室准备是否达到要求。定期电话随访了解患者的腹透情况和生活状况,腹透中遇到的问题,心理状态。同时,留下科室电话和每天 24 h 开通的腹透热线,解决患者居家腹透的后顾之忧,随时接受患者咨询。

参考文献:

- [1] 刘伏友,彭彭佑.腹膜透析[M].北京:人民卫生出版社,2000:510-526.
- [2] De Fijter CW, Oe LP, Nauta JJ, et al. Clinical efficacy and morbidity associated with continuous cyclic compared with continuous ambulatory peritoneal dialysis [J]. Ann Intern Med, 1994,120:264-271.
- [3] 陈香美.腹膜透析标准操作规程[M].北京:人民军医出版社,2010:119-121.
- [4] 俞雨生.腹膜透析充分性评价及其对策[J].肾脏病与透析移植杂志,1995,4(5):473.

收稿日期:2013-02-17

(本文编辑:钟美春)

麦默通微创旋切术治疗乳腺良性肿瘤的护理

劳锦绣

【关键词】 乳腺肿瘤;麦默通微创旋切术;护理

doi:10.3969/j.issn.1671-0800.2013.06.064

【中图分类号】 R473.6 【文献标志码】 B 【文章编号】 1671-0800(2013)06-0706-02

乳腺良性肿瘤患者都希望能在根除病灶的同时减少创伤,维持女性特征美。传统的乳腺肿块切除术往往会留有瘢痕,而麦默通微创手术具有定位准、创伤小、切口美观及手术方便快捷等优点。其在超声引导下,利用真空负压吸引原理进行乳腺组织微创切割,可用于乳腺组织的活检和较小良性肿瘤的切除^[1]。

作者单位: 30510 宁波,宁波市第二医院

通信作者: 劳锦绣, Email: 1162913990@163.com

本文拟总结乳腺良性肿瘤麦默通微创旋切术的护理经验,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 收集 2012 年 7 月至 2013 年 1 月宁波市第二医院收治的乳腺良性肿瘤患者 356 例,均为女性;年龄 17 ~ 66 岁,中位年龄 31 岁。单个肿块 277 例,2 个以上肿块 79 例。肿块直径均 ≤ 3 cm。

1.2 方法及结果 患者取仰卧位,手抱头。超声定位标记,选择合适手术切口。常规消毒铺巾,将 2%利多卡因 5 ml、

0.9%氯化钠注射液 15 ml 加少量盐酸肾上腺素混合,抽取后在 B 超引导下从穿刺点进针点进入到肿块后方,边推麻醉药边进针,实施麻醉。然后用手术刀片在预设的穿刺点切开皮肤 2 ~ 3 mm,麦默通沿此通道进入,再次确认肿块位置后开启旋切系统,将肿块完全切除,同时及时抽吸积血与碎组织。在超声探明切除干净后退出旋切刀头,用医用粘胶封闭切口,无菌纱布按压局部,切除肿块组织送病理检查。确认无出血再用弹力绷带常规加压包扎 72 h。