

移植肾功能延迟恢复期行自动化腹膜透析患者的护理

徐妙娟, 黄浩杰, 曾 静, 王可瑞

(树兰(杭州)医院, 浙江杭州 310004)

摘 要:总结 8 例肾移植患者移植肾功能延迟恢复期行自动化腹膜透析的护理体会。护理干预措施主要包括:密切监测循环功能,加强液体管理,严格执行自动化腹膜透析的操作规程,预防及处理自动化腹膜透析过程中出现的报警,预防并发症,加强患者心理支持。经自动化腹膜透析治疗后,6 例患者在 1 个月内肾功能逐渐恢复脱离透析,1 例在 3 个月左右肾功能逐渐恢复,1 例患者治疗 1 月余后脱离透析,但 3 个月后因并发症恢复透析治疗,6 个月后患者接受二次肾移植手术,术后恢复顺利脱离透析。

关键词:肾移植;肾功能延迟恢复;自动化腹膜透析;护理 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2019.06.016

中图分类号:R473.6

文献标识码:B

文章编号:1671-9875(2019)06-0054-03

肾移植技术已成为终末期肾病的有效治疗手段^[1]。移植肾功能延迟恢复(delayed graft function, DGF)是肾移植术后影响移植肾脏和受体长期存活率的常见并发症。在移植肾功能尚未恢复时,需要给新肾减负,用透析的方式清除体内的代谢废物,同时在透析过程中,维持血流动力学的稳定、减少透析相关并发症的发生,对促进移植肾功能的恢复起着重要作用。自动化腹膜透析(automated peritoneal dialysis, APD)泛指采用自动化循环机进行腹膜透析治疗的形式,除腹膜透析共有的血流动力学稳定、无需抗凝的优点外,治疗方案更易个体化灵活设置,尤其适用于不能耐受过高腹腔内压力的肾移植术后患者。研究表明,腹膜透析对于防止 DGF 的发生及保护肾功能方面起积极作用,且不会增加患者发生腹膜炎及其他并发症的危险性^[2]。2017 年 5 月至 2018 年 1 月,本院肾脏病科为使行肾移植术后患者安全度过 DGF 期,采用 APD 作为过渡期透析方式,现将临床观察和护理经验报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本科室 2017 年 5 月至 2018 年 1 月行同种异体肾移植患者共计 92 例,纳入其中发生 DGF 且术前透析方式为腹膜透析的患者 8 例,DGF 诊断需符合以下标准:肾移植术后 1 周内需要透析者;24 h 尿量<1 200 ml 或无尿者;血清肌酐(SCr)水平升高、无变化,或连续 3 d SCr

下降每天少于 10%^[3]。8 例患者中男 6 例、女 2 例;年龄 25~48 岁,平均年龄(38.4±9.1)岁。原发病为慢性肾炎 7 例,多囊肾 1 例。8 例患者在进行肾移植手术时均不拔除腹膜透析管,而在移植肾功能完全恢复后再择期拔除。APD 治疗排除肾移植术前腹膜透析导管移位而引流不畅的患者。

1.2 治疗方法 腹膜透析患者在肾移植术前放尽所有留腹的腹透液,8 例患者在肾移植术后被确诊为 DGF,开始行 APD 治疗,每天总治疗量为 6~10 L 腹透液,每周期留腹 600~1 000 ml,每周期留腹 1~3 h。APD 过渡透析的同时予调整患者的免疫抑制剂方案,控制液体入量,积极预防控制感染等综合治疗措施。

1.3 结果 8 例患者经 APD 过渡透析等综合治疗后,6 例患者在 1 个月内肾功能逐渐恢复,脱离透析;1 例在 3 个月左右肾功能逐渐恢复,脱离透析;1 例患者 APD 治疗 1 月余后脱离透析,但 3 个月后因并发症恢复透析治疗,6 个月后患者接受二次肾移植手术,术后恢复顺利脱离透析。

2 护 理

2.1 循环功能监测与液体管理 为保证移植肾有良好的血液灌注,促进其排尿功能早期恢复,维持血压稳定,对于促进移植肾功能恢复意义重大。术后 DGF 患者有专职护士为其实施特级护理,治疗过程中实时监测生命体征变化,确保患者的血压在目标值范围内平稳波动。患者在无尿及少尿期间严格加强液体管理,并密切关注血生化指标。留置导尿管接精密计尿器测量尿量,观察每

作者简介:徐妙娟(1973—),女,本科,副主任护师。

收稿日期:2018-12-30

小时尿量,量出为入,根据前 1 h 的尿量调节循环补液量,每 4 h、12 h、24 h 进行出入量统计,根据尿量、血压、中心静脉压及全身状况来控制液体入量,补液速度宜慢,以防心力衰竭发生。血压低也是影响 DGF 的因素^[4]。透析中发生的低血压,排除出血原因后,多与超滤量和超滤速度掌握不当有关。因此,注意对超滤量的控制,及时调整透析方案达目标超滤量,确保患者液体量达到动态平衡。DGF 期患者饮食上注意限制高钾食物的摄入,给予低蛋白、高热量易消化饮食。本组 2 例患者移植术后出现高钾血症,经 APD 治疗后血钾恢复正常。8 例患者在肾功能恢复前未出现心力衰竭等并发症。

2.2 APD 透析过程异常报警的处理

2.2.1 管路不畅报警 护理中注意避免翻身时对管路造成的压迫,尤其是在换液、换药、改变体位时将管路位置放好。本组 2 例患者 APD 治疗过程中机器报警,显示有问题的管路名称,检查发现为管路打折受压所致,排除管路问题后机器继续治疗。

2.2.2 引流量不足报警 透析过程中密切观察,尽量避免一些不必要的报警,从而避免增加患者的心理压力,保证透析治疗正常进行。本组 1 例患者 APD 治疗过程中出现引流量不足报警,是由于引流量未达到机器设置灌注量的 85%,通过帮助患者改变体位,尝试手动引流,纠正警讯后机器继续治疗。

2.3 预防透析相关并发症

2.3.1 感染 感染是肾移植后常见而重要的并发症。由于肾移植患者术后应用大剂量免疫抑制剂,身体抵抗力低下,因此患者容易发生细菌、霉菌、病毒如巨细胞病毒等引起的感染。而腹膜透析本身又是可能引起感染的途径之一。多数研究报道 APD 患者腹膜透析相关性腹膜炎的发生率低于其他腹膜透析模式^[5]。肾移植患者术后常规入住隔离病房 1 周,专职护士护理,限制探陪人员,严格执行消毒隔离制度,加强基础护理,严防各种感染并发症发生。护士严格执行 APD 操作流程,遵循无菌操作原则,机器导管连接接头处予无菌纱布包裹。透析过程中密切观察患者有无腹痛、发热,透出液有无浑浊等异常情况。妥善固定腹

膜透析导管,每 1~2 d 进行规范的出口处护理。注意饮食卫生,避免发生肠道感染。本组 8 例 APD 患者均未发生腹膜透析相关感染。

2.3.2 腹胀 肾移植术后患者需避免出现过高的腹腔内压力,单次灌入量过大会造成腹腔压力过大而导致患者腹胀难受,APD 能够精确控制腹腔内腹膜透析液流量,患者卧位透析,在保证充分透析的同时可以最大限度减少腹腔内压力^[6]。同时为了保证移植肾的供血,移植肾侧下肢避免过度屈曲。透析过程密切观察每一周期的灌注引流情况及超滤量,观察患者有无腹痛、腹胀及其他病情变化。根据患者身材、腹腔压力耐受情况及动态观察血生化、透析指标及尿量情况,实时调整个体化的透析方案。本组 3 例患者在使用自动腹膜透析机治疗过程中因出现腹胀痛,停止透析液继续留腹,进入下一步引流,引流出腹腔内液体,重新设置透析方案,减少每次留腹量,经处理后患者症状缓解继续透析完成治疗。

2.4 心理支持 腹膜透析患者存在不同程度的焦虑^[7],肾移植受者抑郁水平高于一般人群^[8]。腹膜透析患者在肾移植术后,由于 DGF 的发生需再次接受透析治疗,担心移植肾失去功能,从而加重患者焦虑、抑郁心理。护士与患者深入交流,采用抑郁自评量表评估患者心理状态,本组 2 例患者评分为 53~62 分,属轻度抑郁。针对患者对疾病和治疗的一些错误认识,在 APD 治疗前耐心向患者解释治疗的目的和必要性,介绍 APD 机的优点和安全性,给予正性的情感支持,让患者理解并配合治疗。

3 小 结

APD 过渡期透析护理干预的重点在于:密切监测循环功能,加强液体管理,预防并及时处理 APD 过程中出现的报警,预防 APD 过程中透析相关并发症,加强患者心理支持等。完善的医护配合和规范的护理方案为提高肾移植患者存活率提供了保障,从而更好地减少移植术后早期并发症,促进移植肾功能恢复期的平稳过渡,提高肾移植的成功率。

参考文献:

- [1] 孙胜红,刘安诺,金宗兰,等.接受父母供肾移植患者术后心理体验的质性研究[J].中华护理杂志,2017,52(4):395-399.

- [2] 张丽娟,王娟英,杨帆,等. 移植肾延迟恢复的原因及护理进展[J]. 护士进修杂志,2014,29(13):1224—1226.
- [3] HELFER M S, VICARI A R, SPULDARO F, et al. Incidence, risk factors, and outcomes of delayed graft function in deceased donor kidney transplantation in a brazilian center[J]. Transplantation Proceedings, 2014, 46(6):1727—1729.
- [4] 蔡利霞. 移植肾功能恢复延迟的影响因素及防护对策[J]. 当代护士(下旬刊), 2015(2):43—44.
- [5] BIEBER S D, BURKART J, GOLPER T A, et al. Comparative outcomes between continuous ambulatory and automated peritoneal dialysis: a narrative review[J]. Am J Kidney Dis, 2014, 63(6):1027—1037.
- [6] 金海蛟,方炜,卞正乾,等. 自动化腹膜透析在腹膜透析患者腹壁疝修补术后过渡期透析中的应用[J]. 中国血液净化, 2015, 14(9):521—524.
- [7] 董丽华,沈麒云,陆海英,等. 腹膜透析患者不良心理影响因素的研究进展[J]. 护理与康复, 2016, 15(2):133—135.
- [8] STANFILL A, HATHAWAY D, BLOODWORTH R, et al. A prospective study of depression and weight change after kidney transplant[J]. Prog Transplant, 2016, 26(1):70—74.

甲型 H1N1 流感并发呼吸窘迫综合征患儿行体外膜肺氧合 5 例的护理

朱丽娜, 诸纪华, 盛美君, 周红琴

(浙江大学医学院附属儿童医院, 浙江杭州 310000)

摘要:总结 5 例新型甲型 H1N1 流感并发呼吸窘迫综合征患儿应用体外膜肺氧合技术救治的护理体会。严格执行消毒隔离、液体管理及体外循环管路管理, 及时观察和处理出血、栓塞和感染等并发症。4 例患儿经过体外膜肺氧合及综合治疗和护理 4~12 d 后病情好转出院, 1 例体外膜肺氧合治疗 220 h, 因并发多脏器功能衰竭死亡。

关键词:甲型 H1N1 流感; 体外膜肺氧合; 护理 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2019.06.017

中图分类号:R473.72

文献标识码:B

文章编号:1671-9875(2019)06-0056-03

新型甲型 H1N1 流感是一种由变异后的甲型 H1N1 流感病毒引起的新型急性呼吸道传染病。近几年流行的甲型 H1N1 流感人群普遍易感, 儿童是其主要侵袭对象^[1]。儿童患甲型 H1N1 流感后, 较易发展为危重型, 儿童重症甲型 H1N1 流感多是以严重低氧血症为突出表现的重症肺炎, 加之部分病例伴有严重并发症或合并其他疾病, 容易发生急性呼吸窘迫综合征(ARDS)和肺气漏, 常规机械通气常无法纠正其严重的低氧血症和 CO₂ 潴留^[2]。此时可考虑尽早使用体外膜肺氧合(extracorporeal membrane oxygenation, ECMO), 给肺部组织充分休息和恢复, 为原发病的治疗和肺的修复赢得足够的时间。2016 年 4 月至 2018 年 1 月本院 PICU 共收治 5 例重症甲型 H1N1 流感并发 ARDS 患儿, 应用 ECMO 治疗, 现将护理体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 5 例患儿, 男 3 例, 女 2 例; 年龄 1.5~6.0 岁, 平均 39.6 个月; 体质量 10~21 kg, 平均 15.7 kg。5 例患儿均确诊危重型甲型 H1N1 流感病毒性肺炎并发 ARDS。咽拭子培养: 流感 A 病毒均阳性。临床表现均有咳嗽、高热和气促, 气促出现在发病后 0.5~2 d, 出现气促后病情很快加重, 5~24 h 出现低氧血症, PO₂ 为 45.3~62.6 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。

1.2 治疗与转归 均给予气管插管呼吸机辅助通气治疗, 治疗 2~48 h 低氧血症无法改善, 予以行 ECMO 治疗, 均选用 V-A ECMO(右侧颈内动、静脉)模式。同时行奥司他韦抗病毒治疗、激素和丙种球蛋白抗炎平喘、监测中心静脉压(CVP)和有创血压(ABP), 根据 CVP 和 ABP 值调整补液速度及血管活性药物, 及时胸片复查及纤维支气管镜灌洗和病原检查。本组治愈 4 例, ECMO 辅助时间为 96~293 h, 平均 165.7 h; 住院时间 21~58 d, 平均 39.2 d, 治愈率 80%。死亡

作者简介:朱丽娜(1988—), 女, 本科, 护师。

收稿日期:2019-01-28