

腹膜透析合并腹外疝护理体会

李叶萍 顾婷婷* 吴 水
上海松江区中心医院 201699

摘 要: 目的: 总结慢性肾衰竭合并疝气的腹膜透析患者的围手术期护理经验。方法: 2019 年 1 月至 2022 年 12 月共有 169 名慢性肾功能不全患者接受腹膜透析治疗, 其中 12 人 (7%) 发生疝气, 所有患者均接受无张力疝气修补术, 10 人接受小剂量、多次、非连续性的术后腹膜透析, 2 人接受临时血液透析代替治疗, 术后予以专科护理。结果: 这组患者在随访中没有围手术期死亡及严重的并发症, 没有腹壁疝气或腹腔透析液渗漏, 也没有透析相关的并发症。结论: 腹膜透析合并疝气的围手术期护理对促进术后恢复和预防并发症尤为关键和重要。

关键词: 腹膜透析; 疝修补术; 护理

Nursing experience of peritoneal dialysis complicated with external abdominal hernia

Yeping Li Tingting Gu* Shui Wu
Shanghai Songjiang Central Hospital 201699

Abstract: Objective: To summarize the perioperative nursing experience of peritoneal dialysis patients with chronic renal failure complicated with hernia. Method: A total of 169 patients with chronic renal insufficiency received peritoneal dialysis treatment from January 2019 to December 2022, of which 12 (7%) developed hernias, all of whom received tension-free hernia repair, 10 received low-dose, multiple and discontinuous postoperative peritoneal dialysis, and 2 received temporary hemodialysis instead of treatment and specialized postoperative nursing. Results: There were no perioperative deaths or serious complications, no abdominal hernias or peritoneal dialysate leakage, or dialysis-related complications in this group during follow-up. Conclusion: Peritoneal dialysis combined with hernia perioperative nursing is particularly critical and important to promote postoperative recovery and prevent complications.

Keywords: Peritoneal dialysis; Herniorrhaphy; Nursing

中国慢性肾脏病高发, 终末期需要进行肾脏替代治疗病人数量巨大, 与血液透析 (hemodialysis, HD) 相比腹膜透析 (peritoneal dialysis, PD), 具有保护残肾功能、血流动力学平稳、简便易操作、患者回归社会能力好、占用社会医疗资源少等优点。在腹膜透析治疗中不断灌注的腹膜透析液导致较高的腹内压, 而尿毒症患者腹肌萎缩使腹壁相对薄弱等因素导致腹壁疝的发生^[1], 国外报道此类腹壁疝中以脐疝最多, 国内则以腹股沟疝最多。疝的早期临床症状可能不明显, 较小是疝囊仅通过体格检查无法明确, 除了临床诊断外还可通过腹膜闪烁成像、CT 腹膜造影等影像学手段加以辅助诊断, 腹壁疝发病后会因疼痛, 疝内容物嵌顿或较窄, 造成腹膜透析的停止, 甚至危及生命所以一旦确诊, 需及早手术。本文对腹膜透析合并疝气行疝气修补术的护理体会进行如下报告。

一、临床资料

1. 一般资料

2019 年 1 月至 2022 年 12 月期间有 169 例慢性肾功能衰竭行腹透置管术进行腹膜透析治疗, 平均年龄在 (62±10), 其中在腹膜透析期间合并腹外疝有 12 例, 占 7%, 平均年

龄在 (67±9), 男性 8 例 (66%)、女性 4 例 (34%), 其中脐疝 2 例, 单侧腹股沟疝 7 例, 双侧腹股沟疝 3 例。原发病中慢性肾炎 5 例, 糖尿病肾病 4 例, 高血压肾病 2 例, 多囊肾 2 例。

2. 方法

为保证一定透析量, 维持体内水电解质平衡, 本组 7 例患者行腹膜透析治疗至术前 1 日, 3 例较小疝气患者行腹膜透析至手术当天, 2 例置临时血透管予临时血液透析治疗, 疝修补术后次日恢复腹膜透析 10 例, 术后根据不同情况行小剂量、多次、非持续性腹膜透析治疗 2 周 (1-1.5L/4-6 次交换/d), 2 例行临时血透治疗为过渡期治疗。经外科及麻醉科评估后进行生物补片, 行无张力修补术, 以最大限度微创的手术方式完成手术, 术中应尽量保持疝囊完整, 以防术后出现透析液渗漏和感染。

3. 结果

本组 12 例患者行疝修补术后均痊愈出院, 无严重并发症, 术后 1 例因原发病死亡, 1 例因腹膜透析不能维持肾功能转为血透, 10 例均继续腹透治疗, 术后一个月每周监测肝肾功能及电解质的情况, 术后并且在 1 个月、3 个月、6

个月分别行 KTV、PET 了解腹膜功能情况, 未出现透析不充分, 容量超负荷。随访无腹壁疝或腹透液渗漏、无透析相关并发症。

二、护理

1. 完善术前准备

CAPD 患者疝气治疗的主要指南是: 1) 在 CAPD 患者出现疝气症状的情况下与透析中心合作获得 CAPD 资格的外科医生会诊, 2) 应用无张力方法(推荐 PHS), 3) 抗生素预防性给药, 4) 局部或硬膜外麻醉的应用, 5) 无需中断 CAPD 程序^[2]。患者在术前接受了实验室检查、尿液和血液检查、凝血标志物、以肾功能、肝功能、电解质和血糖为重点的生化检查、免疫标志物如 C 反应蛋白, 以及增强型 CT 扫描。了解既往史, 评估透析及并发症治疗效果, 改善营养不良, 纠正低蛋白血症, 排除术前禁忌症, 进行术前进行麻醉评估, 明确手术方法及麻醉方式, 联合普外科行疝修补术, 术前予以备皮, 备皮时要轻柔以防皮肤破损, 保持皮肤完整性, 做好患者的饮食指导, 肠道准备, 术前 4 小时禁、8 小时禁食。由于随着腹膜透析液的频繁滴注和网状异物的存在, 手术部位容易发生感染, 这可能会导致腹透停止, 所以抗生素预防对腹透患者很重要^[3]术前预防性使用抗生素, 并在术前 2-4 小时经腹透管尽可能排空腹透液。在给患者进行优质护理的同时就患者病情的进展、愈合, 术后的注意事项及潜在的并发症与患者及家属保持实时, 良好的沟通, 消除患者紧张及焦虑的心情, 在病情和生活上给予最大的关心和帮助, 提高患者的医从性。

2. 术后护理

(1) 观察生命体征

由于肾功能下降, 残余的肾单位不能充分地排泄代谢废物和降解某些内分泌激素易引起体液过多发生水肿、高血压、心衰等并发症, 术后密切观察患者的生命体征、血压、呼吸、心率、意识、尿量的变化, 予以心电监护, 低流量吸氧并观察氧饱和度的情况, 观察体温的变化, 注意保暖, 记录 24 小时出入量避免循环过重, 以防心血管意外事件发生。术后次日进行血常规、肝、肾功能和电解质检测(血钾、血钠、血磷)。

(2) 避免腹内压增高

腹股沟疝气修补术后让患者采取屈膝位或半卧位, 膝下软枕、髋、膝关节略屈曲, 这可以缓解腹股沟切口的张力, 降低腹内压力, 从而减轻病人的切口疼痛, 并防止疝修补处组织裂开, 并常规用 0.5kg 沙袋压迫切口 6-10 小时, 减少局部

渗血, 起床时动作要慢, 轻柔, 避免突然的体位改变引起腹内压增加。由于阴囊的组织结构比较松弛、位置低, 渗血、渗液易积聚于此^[4], 术后护理人员用丁字带将阴囊托起, 以利于血液及淋巴的回流, 并密切观察阴囊肿胀情况。脐疝修补术后使用腹带减轻腹壁张力, 降低腹部压力并有利于补片与组织相黏连疝修补术后患者会有切口疼痛感、出血甚至感染的情况, 给患者提供舒适的环境, 避免外界因素刺激引发切口疼痛, 做好疼痛的评估, 若出现可耐受痛感, 可给予放松疗法、转移注意力等物理措施, 若出现难以忍受的痛感, 可给予适量镇痛药物^[5]。每日对切口及周围皮肤进行皮肤消毒及清洁, 辅料始终处于干燥, 清洁的状态。嘱建议病人在翻身时用手轻压保护切口以防渗血及渗液, 并教会病人如何有效咳嗽和排痰, 避免肺部感染及震裂切口。长时间卧床易引起静脉栓塞及不利于肠蠕动的恢复, 在无特殊情况下第二天鼓励下床进行床边活动。

(3) 透析护理

以往常将 CAPD 改为临时颈内静脉置管 HD 作为过渡期透析方案, 深静脉置管会增加病人脓毒血症的发生率, 延长住院时间, 增加死亡率, 所以现尽量避免血透^[6]作为临时过度治疗尽量采用 APD 方案, 但由于多囊肾的病人由于腹腔容量减少, APD 时会使腹腔压力过大, 增加腹壁疝发生的可能, 可及时改用 HD 治疗方案。腹膜透析护理: 行腹膜透析时避免腹内压过高, 影响术后恢复, 每次 1L 留腹 1-2 小时, 每日 4-8L, 根据残肾功能和腹膜透析运输特点、观察患者每日尿量及超滤情况动态的调整腹透方案, 根据病情慢慢恢复至术前正常方案, 保证透析量, 维持水电解质平衡。护理人员应严格遵守无菌操作方法, 每隔一天更换一次隧道口, 换药时观察隧道口和透析管周围的皮肤红肿、渗出物、肉芽组织和脓性分泌物, 并保持清洁和干燥, 同时做好病房消毒工作, 避免发生腹膜炎。血液透析护理: 深静脉留置导管护理, 观察留置导管附近的皮肤是否有感染的迹象, 如渗血、发红、肿胀和渗出物, 检查导管是否固定妥善, 导管夹是否夹紧, 并防止导管脱出, 严格执行无菌操作, 定期换药, 如发现敷料污染应随时更换, 深静脉留置导管不宜用于抽血、静脉注射、输液、输血等其他用途。指导患者养成良好的卫生习惯, 保持导管周围清洁干燥, 避免污染; 嘱患者若出现发热、红肿、疼痛应及时就诊。

(4) 营养支持护理

尿毒症患者由于疾病本身原因会出现恶心呕吐、厌食、消化不良等不良反应, 加上饮食控制, 导致各种营养物质摄入不足^[7]而腹膜透析会导致过多的损失或蛋白质分解会导

致营养不良、红细胞生成障碍及钙磷失调等,这对术后恢复是不利的。营养状况差,白蛋白低下是腹膜透析合并腹壁疝的危险因素,加强对患者的营养状况的评估及宣教,根据患者自身肠道恢复情况护理人员术后 6 小时后给予流质后过渡到普食。嘱咐患者进食鸡蛋,瘦肉等优质动物蛋白,限制植物蛋白和碳水化合物的摄入,且详细记录患者每日的饮食情况、血压、尿量、透析超滤情况合理安排饮食情况,饮水量的计算,前日尿量+腹膜透析超滤量+500ml 为当日饮水量其中包括食物中包含的水分、每周透析 2 次的患者每日进水量为尿量加 300 ml,每周透析 3 次的患者每日进水量为尿量加 500 ml,做好家属及患者的沟通及宣教,确保患者膳食平衡、合理、营养。

3. 出院指导

指导患者进行居家腹透,保护好透析通路,严格执行腹膜透析无菌操作原则,强调饮食的调整,和水盐的控制,与医生有互动,有异常情况及时调整透析方案,加强患者营养护理,掌握蛋白质、水盐、钾磷等基本饮食 3 原则,合理用药,学会自我监测,出院前向患者说明下次复查时间,向患者指导出现的相关症状,指导好相应的护理措施,应避免其他的机械压力来源在术后应避免其他机械性压力。特别是在疝气修复后的前几周,病人应该防止强行咳嗽、用力、提举、弯腰、下蹲或爬楼梯,多进食粗纤维食物(高钾患者避免进食含钾高的食物如香蕉、橙子等水果及蔬菜)必要时可以使用大便软化剂和泻药以避免便秘^[8]。出院后,保持伤口清洁和干燥,出院后三周恢复轻度工作和适度的有氧运动,但三个月内避免剧烈运动或重体力劳动。脐疝修补术后继续使用腹带三个月,在出现便秘、切口不适等情况下应及时返院复查。

三、小结

腹外疝一旦形成,几乎不可逆转,疝内容物反复进入疝囊会给病人明显不适,还可能发生嵌顿导致肠梗阻甚至肠穿孔或肠坏死^[9]。由于腹部缺损,腹透液还可能通过疝囊颈渗入疝囊或软组织中导致无法继续进行腹膜透析或影响透析

效果^[10]。因此 CAPD 病人一旦发生腹壁疝均应及时实施疝修补术。腹膜透析患者是需要持续透析的慢性肾衰竭患者,免疫缺陷和局部组织肿胀使手术复杂化,所以围手术期的管理尤为关键和重要,密切监测电解质、营养状况、透析的充分性、血压的变化,择期手术维持心肺功能及肝肾功能的稳定调整内环境的稳定,纠正贫血,改善营养状态,从专科的角度做好腹透病人的并发症的防治,促进术后康复,提高护理质量。

参考文献:

- [1]王晶,陈帼英. 尿毒症腹膜透析患者并发腹壁疝的术后护理[J]. 护士进修杂志,2018,33(9):811-812.
- [2]Smietański M, Renke M, Bigda J et al. Inguinal hernia in patients with CAPD [J]. Wiadomości Lekarskie (Warsaw, Poland: 1960). 2005; 58(9-10): 553-556.
- [3]Luk Y, Li JYY, Law TT, Ng L, Wong KY. Tension-free patch repair of inguinal hernia in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. Peritoneal Dialysis Int. 2020;40(1):62-66.
- [4]闫耐香. 腹外疝的围手术期护理观察与体会[J]. 文摘版: 医药卫生,2016,0(1):120.
- [5]吴小静,吴挺艳. 腹股沟嵌顿疝患者急诊无张力疝修补术后护理体会[J]. 中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2019,13(3):282-284.
- [6]陈涛,徐煜,付学良,袁志青,花荣. 持续性非卧床腹膜透析病人并发腹股沟疝的外科治疗[J]. 外科理论与实践,2021,26(5):425-429
- [7]李子荣. 老年尿毒症患者诱导期血液透析的护理[J]. 当代护士(学术版),2009(12):3-4.
- [8]Crabtree JH. Hernia repair without delay in starting or continuing peritoneal dialysis. Peritoneal Dialysis Int. 2006;26(2):178-182
- [9]卞正乾,钟鸣,林爱武,等. 腹膜透析病人合并腹壁疝的临床诊治体会[J]. 外科理论与实践,2009,14(4):415-419.
- [10]辜树勇,彭启全. 腹腔镜下 TEP 治疗 CAPD 并发的腹股沟疝患者疗效分析[J]. 新医学,2018,49(7):517-520.