

- [3] 刘路秀,彭艳梅,易红艳,等.舒适护理在手术室整体护理中的应用分析[J].中国医药导刊,2011,13(7):1258-1259.
- [4] 荣秋华,李晶.舒适护理对无痛消化内镜检查患者心理状况及护理质量的影响[J].中华现代护理杂志,2012,18(27):3294-3296.
- [5] 庞惠玲,何赛琴.不同护理模式在无痛消化内镜检查术中的应用效果比较[J].中国实用护理杂志,2010,26(13):39-40.
- [6] 俞圣月.不同护理模式在改善无痛消化内镜检查患者状态中的综合效果比较[J].河北医科大学学报,2011,32(3):328-329.
- [7] 陈国玉,毛金葵,张琼,等.舒适护理在消化道息肉内镜切除手术患者中的应用[J].海南医学,2009,20(3):251-253.
- [8] 胡慧,曾等娣,盛传玲,等.舒适护理在消化内镜诊疗中的临床应用[J].九江学院学报:自然科学版,2011,26(3):91-93.

(收稿日期:2013-10-17 修回日期:2013-11-29)

• 临床护理 •

遵医行为及自我管理对腹膜透析超滤衰竭的影响研究

田 敏,唐文庄,林 仙

(海南医学院附属医院肾脏内科,海口 570102)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.08.044

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)08-1008-03

腹膜透析是终末期肾病患者肾脏替代治疗的有效方法之一,然而随着腹膜透析时间延长,患者的腹膜因各种原因出现结构和功能的改变,最终导致超滤衰竭(ultrafiltration failure,UFF)^[1]。UFF导致腹膜透析患者容量超负荷,而容量超负荷会导致患者严重水肿、顽固性高血压、肺淤血、心血管并发症等,成为了腹膜透析患者死亡的首要原因^[2],也是大多数患者退出腹膜透析治疗的主要原因。本研究对2009年3月至2011年3月本院收治22例腹膜透析并发UFF的患者,选用《内外伤辨惑论》中的补中益气汤进行辅助治疗,与60例进行腹膜透析但未发生UFF患者进行比较,分析原因并采取相应的护理干预,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将本院2009年3月至2011年3月收治的腹膜透析合并UFF患者22例作为观察组,男13例,女9例,年龄30~74岁,平均52岁;其中原发慢性肾小球肾炎14例,高血压肾损害3例,糖尿病肾病5例。在同期收治的腹膜透析未并发UFF患者中随机抽取60例作为对照组,男35例,女25例,年龄9~71岁,平均50岁;其中原发慢性肾小球肾炎40例,高血压肾损害6例,糖尿病肾病14例。纳入标准:(1)UFF诊断标准,在水盐摄入控制的前提下,每天使用4.25%葡萄糖透析液3次及以上仍出现体液超负荷(水潴留)状态或4.25%葡萄糖透析液留腹4h后超滤量小于400mL为UFF;(2)病历资料完整,能够完成随访;(3)均无腹膜透析禁忌证。两组患者年龄、性别、疾病构成、透析处方及治疗方法等比较,差异无统计学意义($P < 0.05$),具有可比性。

1.2 透析处方 两组均采用百特公司双联腹膜透析液,透析剂量为:男8L/d,分4次;女6L/d,分3次,均进行连续性不卧床、居家腹膜透析,患者均经过培训学习掌握居家腹膜透析操作及相关自我管理。记录患者每日腹膜透析的次数、透析剂量、透析液浓度、引流液的颜色、超滤量、尿量、饮食习惯、水肿

情况、透析前后的体质量、皮肤情况、睡眠、食欲;监测血压和肝、肾功能,定时更换腹膜透析短管,进行腹膜平衡试验。

1.3 中药治疗 予以补中益气汤进行治疗,主要组成药物为黄芪、党参、白术、炙甘草、当归、陈皮、升麻、柴胡、生姜、大枣。每日1剂,每次200mL,早晚各1次^[3]。

1.4 观察指标 所有患者门诊或电话随访2年,自制调查表记录患者的遵医行为及自我管理情况。其中遵医行为调查指标主要包括:是否每天都记录尿量;是否记录腹膜透析每天的超滤量;是否正确自我评估选择合适浓度的腹膜透析液;是否正确护理隧道口周围的皮肤;是否能规律应用促红细胞生成素、钙剂、骨化三醇等辅助治疗;是否规律服用降压药,血压控制在理想范围;是否遵医规律进行腹膜透析。患者自我管理调查指标包括:有无自行改变腹膜透析处方;有无食欲缺乏,存在低蛋白血症;有无发生腹膜相关性腹膜炎;有无遵医服用药物;有无重口味,嗜好含水份多的食物;有无尿量明显减少;有无原发病治疗疗效不佳。

1.5 统计学处理 采用SPSS13.0软件进行统计分析,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者居家腹膜透析遵医行为比较 观察组遵医行为较对照组差,能够坚持完成各项调查指标的患者所占比例均显著低于对照组($P < 0.01$),见表1。

2.2 两组患者自我管理比较 观察组自我管理情况明显比对照组差,所调查指标结果为“有”者所占比例均显著高于对照组($P < 0.01$),见表2。

2.3 转归 观察组22例2年内死亡6例(27.3%),对照组无死亡病例,观察组病死率高于对照组;观察组转为血液透析7例,对照组无病例转为血液透析;观察组至今仍坚持腹膜透析9名,而对照组所有患者至今均坚持腹膜透析。

表 1 两组患者居家腹膜透析遵医行为比较[n(%)]

项目	观察组(n=22)		对照组(n=60)	
	是	否	是	否
是否每天都记录尿量	4(18.2) ^a	18(81.8)	60(100.0)	0
是否记录腹膜透析每天的超滤量	3(13.6) ^a	19(86.4)	60(100.0)	0
是否正确自我评估选择合适浓度的腹膜透析液	2(9.1) ^a	20(90.9)	58(96.7)	2(3.3)
是否正确护理隧道口周围的皮肤	2(9.1) ^a	20(90.9)	60(100.0)	0
是否能规律应用促红细胞生成素、钙剂、骨化三醇等辅助治疗	5(22.7) ^a	17(77.3)	52(86.7)	8(13.3)
是否规律服用降压药,血压控制在理想范围	6(27.3) ^a	16(72.7)	60(100.0)	0
是否遵医规律行腹膜透析	3(13.6) ^a	19(86.4)	60(100.0)	0

^a: $P<0.01$,与对照组比较。

表 2 两组患者自我管理比较[n(%)]

项目	观察组(n=22)		对照组(n=60)	
	有	无	有	无
有无自行改变腹膜透析处方	18(81.4) ^a	4(18.2)	0	60(100.0)
有无患者胃纳差,存在低蛋白血症	17(77.3) ^a	5(22.7)	0	60(100.0)
有无发生腹膜相关性腹膜炎	16(72.2) ^a	6(27.3)	2(3.3)	58(96.7)
有无遵医服用药物	16(72.7) ^a	6(27.3)	0	60(100.0)
有无重口味,嗜好含水分多的食物	15(68.2) ^a	7(31.8)	0	60(100.0)
有无尿量明显减少	19(86.4) ^a	3(13.6)	0	60(100.0)
有无原发病治疗疗效不佳	15(68.2) ^a	7(31.8)	3(5)	57(95.0)

^a: $P<0.01$,与对照组比较。

3 讨论

UFF 是腹膜透析患者预后差的重要因素,也是退出腹膜透析的主要原因^[4]。本组资料显示并发 UFF 的腹膜透析患者病死率及腹膜透析退出率均显著高于未并发 UFF 患者。患者依从性不高、并发腹膜炎、饮食结构不当、原发病不稳定、营养不良、残存肾功能下降、腹膜超滤功能下降等是 UFF 的主要原因。本组资料显示遵医行为及自我管理不佳是腹膜透析并发 UFF 的重要原因。腹膜透析患者的遵医行为及自我管理能力决定了腹膜透析的效果,对预防 UFF 至关重要。

UFF 重在预防,合理的护理干预能够提高患者的自我管理能力及遵医行为。对腹膜透析患者应定时随访护理,密切追踪、观察患者,多与其交流,帮助树立战胜疾病的信心,提高治疗依从性,加强营养,纠正不良饮食习惯,防止出现低蛋白血症,限制水、钠摄入,预防水钠潴留,规律服药,积极治疗原发病,规范腹膜透析操作,加强隧道口皮肤护理避免腹膜炎发生,制定个体化透析方案,充分透析^[5]。

为了提高患者的遵医行为及自我管理能力,预防 UFF 的发生,作者对腹膜透析患者尤其是并发 UFF 的患者有如下护理体会:(1)主动随访,提高患者的遵医行为和自我管理。患者的态度和信念决定患者的治疗依从性,护士应多与患者沟通,理解、同情他们,尊重他们的隐私权,消除患者的疑虑,主动配合治疗,指导患者规律服用降压药控制血压,使用促红细胞生长素纠正肾性贫血,补充钙剂和骨化三醇防止肾性骨病,积极治疗糖尿病等原发病。(2)规范腹膜透析操作,预防腹膜炎的发生。腹膜炎反复发作,造成腹膜间皮细胞损害,间皮下基质纤维化,最终导致腹膜纤维化致 UFF^[6]。指导患者居家腹膜

透析时,环境应符合操作要求,应设有独立的腹膜透析室,每天用紫外线灯照射 1 h,地板应每天用含有效氯 500 mg/L 氯消净擦洗地板,每天 1 次,操作时遵守无菌技术操作原则,规范实施“双联系统六步操作法”,防止接触污染。为防止隧道口皮肤感染,洗澡时应进行淋浴,避免盆浴,每日隧道口周围皮肤用 0.2% 聚维酮碘液消毒,出口处用无菌生理盐水或 2% 洗必泰溶液由内至外环形清洗。多吃粗纤维食物,保持大便通畅,便秘时给予缓泻剂,及时发现、治疗肠(胆)感染,预防肠源性腹膜炎^[7]。发生腹膜炎时,应正确留取样本送检,给予 1.5% 葡萄糖腹膜透析液连续冲洗腹膜,直至引流液清澄,1.5% 葡萄糖腹膜透析液 2 L 加头孢拉啶 0.5 g、头孢他啶 0.5 g 留腹 4 h,必要时全身用药,最后根据药敏试验选择敏感的抗菌药物。(3)正确选择透析处方,避免使用肾毒性药物,保护残余肾功能。残余肾功能在维护透析患者体液平衡方面发挥重要的作用,有研究认为每天排出 250 mL 尿量可以减少 36% 的病死率^[8]。应指导患者正确选择透析处方,准确记录尿量,每日腹膜透析超滤量,尿量和超滤量总和大于或等于 1 000 mL、患者无明显水肿、无心力衰竭时,腹膜透析治疗中常规使用低浓度(1.5%)葡萄糖腹膜透析液,反之给予高浓度(4.25%)葡萄糖腹膜透析液,因为高浓度的葡萄糖腹膜透析液增加超滤量的同时,患者在透析液中丢失的蛋白质、氨基酸也增多,长期使用可导致腹膜增厚,脂质代谢异常影响腹膜超滤功能和残余肾功能^[9]。避免使用对肾脏有损害的药物,如氨基糖甙类药物、襻利尿剂、非类固醇类抗炎药。(4)加强营养,改变不良饮食习惯,纠正低蛋白血症。腹膜透析治疗后,因腹膜透析液中葡萄糖吸收每天会额外提供能量,加之腹膜透析液灌入后会使得腹腔压力增高,从

而抑制患者的食欲,腹膜透析治疗每天透析液中也会丢失 2~4 g 氨基酸,5~15 g 蛋白质^[8-9],发生腹膜炎或使用高浓度葡萄糖腹透液时蛋白质丢失会明显增多。低蛋白血症使血液侧液体渗透压下降,腹膜超滤减少,甚至出现负超滤,故除了选择正确的透析处方,预防腹膜炎外,鼓励患者多进食蛋、鱼、瘦肉等动物蛋白,蛋白质摄入应达到 $1.0\sim 1.2\text{ g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$,进餐环境卫生、整洁、安静,促进患者食欲,出现低营养性水肿时适当静脉输入清蛋白、血浆,以纠正低蛋白血症。另外应纠正患者不良的饮食习惯,减少食盐的摄入,每天食盐摄入量不超过 6 g,并发高血压或无尿时每天食盐摄入量应限制在 4 g,少进吃含水分多的水果、稀饭,限制水的摄入,每天入量小于或等于出量,防止水钠潴留。(5)保护腹膜的腹膜超滤功能。如果诊断 UFF 后,停止腹膜透析至少 4 周可恢复腹膜的腹膜超滤功能,暂时转入血透让腹膜休息,是一个营救性治疗措施。

总之,自我管理能力及遵医行为不佳是腹膜透析患者发生 UFF 的主要原因,对并发 UFF 的患者应及时给予合理护理干预及中药治疗,及时纠正 UFF,可减少或延缓 UFF 的发生及病死率。

参考文献:

[1] 易觅,陈国纯,刘伏友.腹膜炎后腹膜透析超滤衰竭的
• 临床护理 •

- 机制研究进展[J].中国血液净化,2012,11(11):588-591.
- [2] 郑庆发,石咏军,刘冠贤.腹膜透析患者容量超负荷问题的研究进展[J].广东医学,2011,32(6):808-811.
- [3] 黄丛洋,姚强,钱家麒.腹膜透析超滤衰竭机制的研究进展[J].中国血液净化,2007,6(12):660-662.
- [4] 姚峥,贾强.连续不卧床腹膜透析超滤衰竭原因分析及对策[J].中国血液净化,2004,3(11):583-586.
- [5] 张红英,朱艳,牛红心,等.频发腹膜透析相关性腹膜炎的护理体会[J].实用临床医药杂志,2010,14(14):59-61.
- [6] 舒占钧,凌光辉,刘伏友,等.腹膜转运机制研究进展[J].中国血液净化,2010,9(3):163-166.
- [7] 汪海燕,王铁云,边晓璐.腹膜透析相关性腹膜炎的调查及护理[J].解放军护理杂志,2011,28(15):41-43.
- [8] 蒋红樱,李志鹏,连希艳.腹膜透析患者腹膜超滤衰竭的新靶点:腹膜血管的生成[J].大理学院学报:综合版,2011,10(6):64-67.
- [9] 黄国安,卢娟娟,许毓娜,等.腹膜透析中超滤衰竭的治疗体会[J].中国中西医结合肾病杂志,2005,6(6):360-361.

(收稿日期:2013-10-01 修回日期:2013-11-09)

PDCA 在手术室腔镜器械送消毒供应中心清洗灭菌中的应用

郑朝敏,甘晓琴[△],聂智容,谭春艳

(第三军医大学大坪医院野战外科研究所麻醉科,重庆 400042)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.08.045

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)08-1010-03

随着外科微创化的发展,腔镜手术占本院外科总手术量的 60%左右。目前,本院外科各临床科室将自己买的器械存放到手术室,由手术室护理人员进行器械的清洗灭菌,而器械的清洗直接影响到器械的灭菌效果。PDCA 循环是美国管理学家戴明环先生提出的一种程序化、标准化、科学化的基本管理方法,即通过计划(P)、实施(D)、检查(C)、处理(A)4 个阶段管理,使工作质量在不断循环中得到提升^[1]。本科自 2012 年 3~9 月采用 PDCA 循环管理法以来,腔镜器械的清洗灭菌质量得到提高,现报道如下。

1 方法

1.1 P 阶段

1.1.1 查找不能外送的因素 分析腔镜器械不能送消毒供应中心清洗的原因,以及造成器械清洗灭菌质量不合格的情况。

(1)临床科室购买的器械数量不够,面对手术台次多,接台手术间隔时间短的现状,腔镜器械呈现出供不应求的局面;(2)临床科室担心送消毒供应中心清洗,消毒供应中心工作人员对器械的结构不清楚,拆卸清洗时可能会造成意外损坏;(3)手术室担心器械在运送的过程中丢失;(4)手术室对器械的清洗质量未进行持续的监控。

1.1.2 确定质控组成员及具体措施 (1)手术室成立质量控

制小组,确定主要负责人及组员,主要负责人为科护士长和器械室组长,组员为腔镜组专科组长、消毒供应中心清洗组组长和打包组组长,开始应用 PDCA 持续质量改进的期限为 6 个月;(2)制定目标,腔镜器械送洗率为 100%,清洗质量合格率为 100%,器械清洗可追溯合格率为 100%;(3)制定腔镜器械清洗可追溯措施,采用日常检查加定期抽样检查的方法对器械清洗质量进行监测;(4)对消毒供应中心工作人员进行腔镜器械的清洗与保养维护知识培训;(5)质控组每月召开质量控制小组会议一次,对存在的不足进行分析,并提出改进措施^[2]。

1.2 D 阶段 (1)安排高年资的护士管理器械室,专门负责管理、监督外送消毒供应中心工作人员,同时负责指导消毒供应中心清洗组和打包组护士的培训,并及时协调各环节的实践工作。按临床各外科微创手术特点,细分各类腔镜器械的清洗流程,如根据不同类型器械分为实体类、管腔类和管件类;根据他们的特点制定不同的清洗流程,同时对消毒供应中心负责腔镜器械清洗的工作人员进行培训,经考核合格后才能上岗。(2)实现腔镜器械由手术室送消毒供应中心的流程具体化。手术完毕,由手术间器械护士如实填写腔镜器械清洗交接卡,交接卡一式二份,手术室、消毒供应中心各持一份,在卡上写明手术间号、器械名称、编号、总件数、器械可追溯条码贴于器械清洗