

. 护理技术 .

1 例腹膜透析治疗的慢性肾功能不全继发脑出血破入脑室 行脑室外引流术的护理

卢 红

【关键词】脑出血;脑室出血;慢性肾功能不全;腹膜透析;脑室外引流术;多重耐药感染

【文章编号】1009-153X(2021)11-0880-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 743.34; R 473.6

1 病例资料

55 岁女性,因血糖升高、肌酐高、浮肿于 2019 年 6 月 13 日入住肾内科。入院体格检查:神志清楚,GCS 评分 15 分;颜面部浮肿,双眼睑水肿;双侧瞳孔等圆等大,对光反射灵敏;腰骶部轻度凹陷性水肿;四肢肌力正常;右腹部留置腹膜透析管。心脏彩色超声多普勒检查显示先天性心脏病、房间隔缺损、轻度肺动脉高压、室间隔与左室后壁稍厚。泌尿系统彩色超声多普勒检查显示双肾弥漫性损害改变。既往有慢性肾病、肾性贫血、肾性高血压、2 型糖尿病、先天性房间隔缺损、梅毒、大疱性类天疱疮病史。6 月 15 日,出现血压明显升高,219/111 mmHg,意识不清,口吐白沫,双侧瞳孔不等大,对光反射迟钝。急诊 CT 显示急性脑出血,破入脑室。6 月 15 日,行双侧脑室外引流术,术中输注 3 U 同型红细胞悬液。6 月 24 日,双脑室外引流处于夹闭状态,双侧瞳孔不等大,对光反射消失,四肢肌力 3 级。6 月 25 日,拔除左脑室外引流管。6 月 27 日,拔除右脑室外引流管。7 月 26 日,病人出院。

2 术后护理

2.1 腹膜透析治疗的护理 术后根据病人出入量、肾功能、肝功能指标的变化,合理制定腹透方案。根据需要请肾内科透析小组会诊,观察透析管的透析状态,透析液的性状、颜色、量;准确记录透析液的进出量,警惕腹透并发症。

2.2 肠内营养的护理 鼻饲前检查鼻胃管的固定情况,确认胃管前端在胃内后,进行鼻饲。鼻饲速度从 20 ml/h 开始,每 4 小时回抽一次胃液,根据消化情况,调节营养液泵入速度。

2.3 血糖的监测 皮下注射短效胰岛素诺和灵 R 加长效甘精胰岛素控制血糖,每天监测血糖 4 次。随机血糖尽可能控制在 <11 mmol/L。根据随机血糖浮动规律,请内分泌科会诊制定和调整血糖控制方案。病人右侧腹壁下有留置的腹膜透析管穿行,腹壁皮下注射时,避开右侧腹壁,选择左侧腹壁皮下注射,避免穿刺到皮下的腹膜透析管。

2.4 积极维持水、电解质的平衡 精确记录每天腹透液的进出

量,严密监控肾功能和肝功能情况,出现电解质异常时,及时调整。因有房间隔缺损、肺动脉高压,静脉给药时,使用输液泵控制静脉输注,速度控制在 <60 ml/h。

2.5 脑室外引流管的护理 引流管留置期间,保持引流管高于外耳道 15 cm。引流管保持通畅,防止管道扭曲。密切监测颅内压变化,颅内压 >20 mmHg 时,及时 CT 扫描,早期发现迟发性血肿及术后复发血肿、脑水肿。严密观察和记录脑脊液的引流情况,准确记录 24 h 脑脊液的引流量。

2.6 控制血压和甲状腺激素补充药物治疗 密切监测每小时的血压波动,血压波动幅度大时,定时鼻饲降血压药。收缩压 >160 mmHg 时,及时调整降压药给药时间和给药方案。视情况请心内科会诊,调整降压药用药方案。

病人切除了部分甲状腺,甲状腺激素分泌不足,每天早上鼻饲左甲状腺素钠片 75 μg。定期监测甲状腺功能,根据检查结果,调整优甲乐鼻饲药物剂量。

2.7 纠正贫血和低蛋白血症 皮下注射重组人促红素,刺激髓质内红系干细胞增殖和分化,纠正红细胞低下状况。血红蛋白浓度 <70 g/L 时,输注同型红细胞悬液。定期监血清白蛋白情况,当血清白蛋白 <25 g/L,可静脉滴注人血白蛋白。

2.8 抗感染治疗 监测体温和血常规变化,出现异常时,结合血培养、脑脊液培养、透析液培养、痰培养等情况,选用有效抗生素治疗。病人梅毒抗体阳性,合并尿培养多重耐药菌大肠埃希菌,除标准预防外,还执行接触隔离。病人置单间,床尾放置消毒洗手液。房间物表和地面每天使用 1 000 mg/l 含氯消毒剂消毒 2 次;不能耐受含氯消毒剂的物表,每天使用 75% 酒精擦拭 2 次。指导病人家属和陪护每天使用 2% 氯己定沐浴液给予病人擦浴,减少和预防多重耐药菌的定植。接触病人体的操作,穿戴手套,隔离衣。接触病人的所有垃圾,置入黄色医用垃圾袋处理。病人所换下的衣服、被褥等个人被服用品,放入白色塑料袋双层密封后送洗消毒。

3 体会

现在临床分科越来越细,对于病情复杂的病人,需要多学科合作配合,开放式沟通,对病人进行制定合理的个体化护理方案,帮助病人达到早日康复的目标。

(2019-09-30 收稿,2019-09-30 修回)