

家庭指导对腹膜透析患者生存质量的影响

尚玉真 夏新玲 康 岚 (山东省立医院 山东济南 250021)

腹膜透析技术(以下简称腹透)是治疗终末期肾病(ESRD)的主要方法,其中部分患者需在家行连续性非卧床腹膜透析(CAPD),而 CAPD 的质量很大程度上取决于患者操作。我们自 1999 年 5 月开始对 46 例 CAPD 患者进行家庭指导。现将随访结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 92 例资料完整、行 CAPD 的患者随机分为家庭指导组(随访组)和对照组,每组各 46 例。两组患者一般情况基本相同,无统计学意义,见表 1。

表 1 两组患者一般情况

组别	n	年龄(岁)	糖尿病(n)	腹膜转运特性(n)			腹透时间(年)
				高转运	高平均转运	低平均转运	
随访组	46	59.8±12.6	20	11	21	14	2.38±1.22
对照组	46	60.6±11.9	19	10	20	16	2.28±1.18

注:两组各项比较, P 均 >0.05

1.2 方法 随访组 每月由 1 名医师和 1 名护士进行家庭随访指导。内容包括家庭环境的清洁,实施 CAPD 的设备和条件,介绍腹透知识、透析处方、实际透析剂量及制定 3 天食谱。现场观察患者进行一次完整的腹透操作,并进行体格检查,根据具体情况提出指导性意见,调整透析处方。对照组采用常规护理措施。对两组患者透析依从性、充分性及感染率和住院率等指标进行比较。每周检测尿素清除指数(KT/V)、肌酐清除率(cCr)和蛋白质分解代谢率(nPCR)。数据用($\bar{x}\pm s$)表示,统计学处理用 t 检验。

2 结果

随访初期,随访组不依从和腹膜透析操作不规范者均 $>50\%$,主要见于进行腹透 6 个月以内的新

病例、老年患者和文化程度较低的患者及每天交换透析液 4 袋以上者。不依从内容主要包括透析剂量和透析时间,如残余肾功能丧失的患者未遵循医嘱将每次透析液剂量相应增加到 5~6 袋,或 CAPD 在夜间空腹等。经过 1 年的家庭指导,此类患者比例降至 20%左右。

两组患者透析充分性、营养、感染率和住院率情况比较见表 2。经过 1 年的家庭随访指导,其感染率由 36.8 病人月下降到 58.6 病人月。随访组每周 KT/V 较对照组增加了 16.2%($P<0.01$),每周肌 cCr 提高了 18.5%($P<0.01$)。但 nPCR 和血清白蛋白水平两组无显著差异($P>0.05$)。随访组患者住院率较低,住院时间明显缩短,医疗费用明显降低。

表 2 两组相关指标检测结果比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	感染率(病人月)	KT/V	cCr(L/1.73m ²)	nPCR(g/kg·d)	血清白蛋白(g/L)	每年住院天数
随访组	46	58.6	2.4±0.43*	63.3±16.7*	0.87±0.20	31.8±5.44	30.7±28.7*
对照组	46	36.8	1.99±0.38	53.4±10.1	0.82±0.17	30.4±5.36	60.6±45.3

注:与对照组比较,* $P<0.01$

3 讨论

资料显示,CAPD 患者不依从并不少见。Bernardini 提出不依从会引起更多技术上的失败,但没有提示其对患者生存率的影响。而 Blake 提出不依从除可导致透析清除率下降外,还可导致病死率升高,故应引起高度重视。本组患者出现不依从的主要原因为:①对透析充分性和超滤的重要性认识不足。

②经济原因。

定期家庭随访指导有利于个体化透析(每个患者的残余肾功能和腹膜特性不同,且会随时间而改变,随着患者残余肾功能的逐渐丧失,透析剂量应有所调整),对确保透析充分性至关重要。经过 1 年的随访,本组患者每周 KT/V 和 cCr 都明显提高。

透析相关性腹膜炎是腹透常见的并发症。自开

展家庭指导以来,我院 CAPD 患者腹膜炎发生率明显下降,说明家庭随访对降低感染率有一定作用。在家庭随访中,我们发现不少患者在腹膜透析操作中存在问题,如重复使用碘伏帽、操作前不洗手、腹透时对出口处过分牵拉等。

患者血清白蛋白未能明显改善的原因为多数患者存在营养不良。Kumano 指出,营养不良患者(尤其是不伴有其他疾病的腹膜透析患者)刻意提高 KT/V 一段时间可以改善营养参数(包括血清白蛋白、中臂周径、能量摄入)。本组患者透析剂量增加后血清白蛋白没有随之显著增高,可能与以下因素有关:①

血清白蛋白是一负相急性期蛋白,炎症、感染和其他急性病变时水平下降。②糖尿病患者血清白蛋白水平明显下降,而本组糖尿病患者比例相当高。③观察时间短,不足以对营养状况发生影响。

由于本组大部分患者是老年人和糖尿病患者,有的甚至丧失视力,很难主动到医院来随访。定期家庭随访指导对避免不依从现象的发生、确保透析充分性、降低腹膜炎的发生率、改善患者预后很有帮助;还可以降低医疗费用,具有一定的经济效益。

(2003-04-12 收稿)

· 医技学科 ·

电视胸腔镜食管重建术治疗先天性食管闭锁手术配合体会

张龙秋 黄俊卿 (深圳市人民医院 广东深圳 518001)

2002 年 8 月,我院成功为 1 例先天性食管闭锁患儿实施电视胸腔镜下食管重建术,术后患儿恢复良好。现将手术配合和护理体会介绍如下。

一般资料:患儿男,年龄 11 天。因口吐白沫、气促、喂养后呕吐伴发绀 11 天于 2002 年 8 月 7 日入院。查体:体温 37.5℃,体重 2.5kg,足月顺产、发育营养中等。入院后行食管碘油造影,结果显示食管闭锁伴食管气管瘘(ⅢB 型),X 线示吸入性肺炎。经吸痰、给氧、营养支持、抗感染处理,患儿情况稳定,于 8 月 13 日在电视胸腔镜下行食管重建术。

手术方法:取右侧第 6 肋平腋中线切一 0.7cm 小切口,用小血管钳分离至胸腔,放入 5mm 穿刺器,将 5mm 的 0°目镜放入切口,在窥镜监视下于第 4 肋间切一 2.5cm 小口,分离进入胸腔。探查胸腔,用小肺挡将右肺推开,纵行切开纵隔胸膜,4 号丝线结扎、切断奇静脉。分离下段食管,暴露食管气管瘘管,4 号丝线缝扎并切断之。游离食管上下段,将上段食管剪开,行食管端-端吻合,并将胃管从上段食管送入下段食道。吻合完毕后,用生理盐水冲洗胸膜腔。窥镜下检查无活动性出血后,拔出穿刺器,放置胸腔引流管,关闭胸腔。

手术配合:①术前详细了解病情及手术方式;建立通畅的静脉通道;协助麻醉师行气管插管全麻;置留尿管;取左侧卧位,受压及约束带固定部位垫棉垫;贴好电刀负极片;保持室温恒定,手术床上铺电热恒温毯。②术前用物准备:常规小儿开胸包、胸腔镜器械(摄像头,分光镜,光源线,直径 5mm 穿刺

器 2 个,直径 3mm 穿刺器 2 个,直径 3mm、5mm 的 0°胸腔镜各 1 个)、高频电刀、吸引器 1 套、22 号胸管 1 条、肥皂水适量。另备特殊器械:小儿胸撑、小儿肺挡大小号各 1 个,18cm 无损伤尖镊 2 把,22cm 无损伤精细持针器 2 把,各型号心房拉勾、18cm 无损伤直角钳 2 把,26cm 胸科小儿弯吸头 1 把,18cm 尖头镊 1 把,3-0 薇乔线一排。③术中配合:连接各种仪器,保证其正常工作。严密观察患儿生命体征变化,保持呼吸道通畅。准确记录出血量、尿量,及时调整输液速度,保持尿管通畅。结扎奇静脉及气管食管瘘时,密切观察患儿血压及血氧饱和度变化。

术后护理及效果:术中出血 5~10ml。术后第 1 天伤口敷料干净,胸管引出淡红色血性液体 12ml,尿量 60ml。第 3 天应用开塞露后排便 2 次。第 4 天拔除胸管,伤口无感染。第 8 天给予 10%葡萄糖 10ml 及 1:1 奶(10ml)胃管内注入,每 3 小时 1 次,无溢奶及呕吐。第 17 天行食管碘油造影示食管通畅,吻合口边缘光滑,未见狭窄。第 18 天康复出院。出院时体重 2.9kg,双肺无感染,四肢肌张力正常。

讨论:与传统手术相比,本手术具有切口小、出血少、损伤小、痛苦轻、恢复快及术后并发症少等优点,对婴幼儿尤为适宜。该手术的顺利完成拓宽了小儿胸腔手术的范围。随着胸腔镜操作技术的进一步完善、提高和操作经验的积累,胸腔镜手术将有更广泛的应用前景。

(2003-03-19 收稿)