

肝豆状核变性合并肝硬化腹水的临床护理

许文明¹ 陈后勤² 程春香¹ 甄松萍¹ 许彬¹ 胡纪源¹

摘要 总结了肝豆状核变性合并肝硬化腹水患者的临床护理。包括对60例肝豆状核变性合并肝硬化腹水患者进行病情观察、饮食护理、心理护理、健康教育及一般常规护理。认为经积极治疗与精心护理后,肝豆状核变性合并肝硬化腹水的患者取得了满意的疗效,值得临床借鉴。

关键词:肝豆状核变性;肝硬化;腹水;护理

中图分类号:R473.5 **文献标识码:**B **文章编号:**1006-6411(2013)02-0029-03

工作单位:1. 230061 合肥 安徽中医学科学院神经病学研究所附属医院;2. 230038 合肥 安徽中医学科学院

许文明:女,本科,护师

胡纪源:通讯作者

收稿日期:2012-05-11

作时要注意口腔黏膜的保护。

2.3 观察生命体征

密切监测体温、脉搏、呼吸、血压的变化以及患者的意识状态,并做好记录。密切注意重点生化数值的变化,如血糖、电解质中的血钙、肾功能等,重症胰腺炎往往合并上述多种数值短期内变化。注意血氧饱和度,准确记录24 h出入量。注意观察发热的类型及伴随症状,若体温过高则应警惕出现胰腺脓肿的可能,此时预后不佳,应立即给予物理降温并遵照医嘱给予退热药并加强抗感染治疗,同时协助医师完成CT或B超等检查^[6]。患者出汗较多时,及时更换衣服和被褥,注意保暖,避免受凉。注意患者有无病情进展的情况:如腹痛剧烈,腹肌紧张,压痛和反跳痛明显,提示并发腹膜炎,应及时报告医生。观察有无脉速、出冷汗、呼吸加快、血压下降、尿少等休克表现,有无皮下出血,如皮肤出血斑点,腰部蓝棕色斑或脐周围蓝色改变;有无腹胀、肠麻痹、脱水、代谢性酸中毒、低钾、低钙的表现等,及时向医生反映,协助医生积极抢救。休克是急性胰腺炎常见的致死原因,往往是突发性的。通过补液、扩容、输血浆等抗休克治疗及加强营养支持,维持水电解质平衡和补充热量等可使患者转危为安。

2.4 饮食护理

因患者禁食时间较长,应补充足够的营养,有条件者应少量的多次输血浆、白蛋白和肠外营养剂以增加抵抗力,促使早日康复,在输液过程中严格执行无菌操作,并注意控制输液速度,注意心肺肾功能,每次输液完后给患者热敷,以防血管硬化和脉管炎。

2.5 心理护理

患者对疾病产生焦虑、急躁、挑剔、恐惧、悲观失望心理,甚至有拒医拒护行为。因此,进行心理护理,使患者情绪稳定,配合治疗与护理,对提高疗效极为重要。应建立良好的护患关系,多关爱、多安慰、多倾听,耐心解释急性胰腺炎的病理特点、治疗方法及治疗过程中的反复性。使患者及家属从思想上充分认识该病并对之树立良好的态度,以达到积极配合治疗,提高疗效的目的。

2.6 健康指导

出院前向患者及家属介绍急性胰腺炎的诱因,正确认识本病易复发的特性,教育患者重视胆道疾病。强调戒酒、忌暴饮暴食的

肝豆状核变性(Hepatolenticular Degeneration, HLD)又称Wilson病(Wilson Disease),是一种常染色体隐性遗传性铜代谢障碍疾病。由于铜在体内异常蓄积的部位不同,本病可出现多系统多器官损害,其中最常见损害的部位为肝脏及大脑基底节区,肾脏、角膜、骨关节、皮肤及内分泌系统也常受累。本病是少数可治性遗传性疾病,若得到良好的治疗和护理,大多可获得较好疗效,并能长期

重要性,指导患者遵医嘱服药。出院后宜清淡饮食,恢复饮食时应逐渐增加饮食的量,忌增加饮食过快,否则极易引起疾病复发或淀粉酶再度升高^[7]。并定期检查血尿酸淀粉酶和血糖血脂。避免举重物和过度疲劳,避免情绪激动。

3 小结

急性胰腺炎是一种非常复杂的疾病,是由多种病因导致的胰酶激活后引起胰腺组织自身消化、水肿甚至坏死的反应。其病理病程涉及全身各个器官系统,发病急、变化快、病情凶险、并发症多且病程较长,因此在护理过程中,应首先做到耐心细致,既要有高度的责任心,更要有仔细的临床观察力;既要有专业知识,更要有熟练而细致的操作技能;同时要了解急性胰腺炎各个时期的特点,协助医生观察并及时反映病情变化^[8]。只有这样,才能达到治愈患者的最终目的。

参 考 文 献

- 1 叶任高,陆再英.内科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2004:466-472.
- 2 杨月琴.重症急性胰腺炎非手术治疗的护理体会[J].西南军医,2008,20(3):48.
- 3 姜德诵,谢文彪,邹飞燕.重症急性胰腺炎的早期外科治疗[J].中国医师杂志,2000,2:56-57.
- 4 龙洪航.急性胰腺炎的护理体会[J].中国误诊学杂志,2007,29(12):115.
- 5 陶然君,陈尔真,陆一鸣.早期肠内营养治疗重症急性胰腺炎的作用探讨[J].肠外与肠内营养,2007,3(2):89-90.
- 6 Isher WE. Diabetes: risk factor for the development of pancreatic of manifestation of the disease[J]. World J Surg, 2001, 25: 503-508.
- 7 Verhart J, Wright D. Diabetes mellitus as a risk factor for pancreatic cancer: a meta analysis[J]. JAMA, 1995, 273: 1605-1609.
- 8 Karlson BM, Ekblom A, Josefsson S, et al. The risk of pancreatic cancer following pancreatitis: an association due to confounding [J]. Gastroenterology, 1997, 113: 587-592.

(本文编辑:曹思军 张平)

存活¹⁰。腹水是HLD肝硬化失代偿期的病理表现,对于腹水的治疗必须在积极驱铜综合治疗的基础上,采取卧床休息和饮食调理,同时积极防治和处理其他并发症的出现,腹水可减轻或消失。护理是临床治疗HLD肝硬化腹水必不可少的重要手段。为此,笔者将HLD肝硬化腹水的护理措施报告如下。

1 临床资料

1.1 研究对象 选取2011年1月~2011年12月本院收治的HLD肝硬化腹水患者60例,男34例,女26例;年龄14~45岁,病程2~30年。所有病例均符合以下HLD诊断标准¹¹。①家族遗传史:父母系近亲婚配,同胞有HLD患者或死于原因不明的肝病;②缓慢进行性震颤、肌僵直、构音障碍等锥体外系症状、体征或/和肝脏症状;③肉眼或裂隙灯证实有K-F角膜色素环;④血清铜蓝蛋白(CP)<200 mg/L或血清铜氧化酶<0.2活力单位;⑤24 h尿铜排泄量>100 μg(1.56 μmol);⑥肝铜>250 μg/g(干重)。判断:凡完全具备上述1~3项或1及4项者,可确诊为临床显性型;具备上述3~5项者或3~4项者属无症状型。仅有1~2项或1、3项者,应怀疑HLD,必须通过第6项确诊。另全部病例均有不同程度的肝功能损害,主要表现为全身乏力、消瘦、低热、面容憔悴、晦暗无华、目黄、肤黄、纳差、腹胀、不同程度腹水、下肢水肿、尿少等。

1.2 结果 参照改良的GoldsteinADL分级及疗效评定标准¹²,所有60例患者经积极治疗与精心护理后,临床痊愈、显效及改善分别为:2例(3.33%)、3例(5.0%)及43例(71.67%),总有效率80.0%。无效11例,占18.33%;死亡1例,占1.67%。

2 护理

2.1 了解病史,观察病情变化 患者入院后,即全面而详细地询问病史。特别是发病经过、治疗情况、腹胀程度、尿量等情况要准确掌握。动态观察腹水消长是利尿剂使用是否恰当的重要指标,是否维持水、电解质平衡的重要参考。每日称体重,测腹围,准确记录24 h尿量及出入量,同时注意观察有无电解质紊乱,遵医嘱定期抽血复查电解质,并为医生调整治疗方案提供参考。密切观察患者意识、性格、行为、步态、面色、精神等方面的改变,尽早发现肝性脑病的先兆症状,及时处理。另外HLD肝硬化腹水还可诱发上消化道出血、腹水感染、肝肾综合征等,应注意观察体温、脉搏、呼吸、血压的变化,发现异常及时报告医师。

2.2 饮食护理 所有HLD患者均应终身坚持低铜饮食,如豆类、坚果类、薯类、菠菜、茄子、南瓜、蕈类、菌藻类、干菜类、干果类、软体动物、贝类、螺类、虾蟹类、动物的肝和血、巧克力、可可等。尽量少食含铜量较高的食物:如小米、荞麦面、糙米。正确的饮食护理是缓解和稳定HLD肝硬化腹水患者病情的重要手段。对肝硬化腹水患者应按病情给予高蛋白、高热量、高维生素、低脂肪、易消化的混合性饮食,总热能:2000~2500 kcal,碳水化合物占50%~55%,蛋白质占20%~30%,脂肪占20%~25%¹³。食物宜少渣,并少量多餐,以减轻消化道负担,避免因毛细血管脆性增加、凝血因子减少等原因引起的上消化道出血,同时绝对禁酒,限制钠、水的入量,每日摄入钠量控制在500 mg以内,慎食辛辣食品。蛋白质的补充有利于腹水消退和体质恢复,因此,饮食上要给足够的蛋白质,指导患者选用乳制品、瘦肉、蛋等优质蛋白,但若有肾功能下降或肝昏迷先兆者,应控制或禁食蛋白质。肝硬化时由于多方面因素可造成维生素和微量元素的缺乏,新鲜蔬菜、水果含丰富维生素、矿物质、微量元素,是较好的食品。

2.3 心理干预 ①由于HLD肝硬化腹水患者病程长,部分患者又

因长期误诊而得不到规范化的治疗¹⁴,腹水常常反复出现。患者常有消极悲观情绪,多有抑郁、焦虑、恐惧甚至绝望等心理反应,护士要及时掌握患者的心理状态,理解同情患者,针对不同原因及时给予心理疏导、分析病情,讲解疾病的有关知识,指导患者对疾病采取正确的态度,积极配合治疗。耐心细致地向患者和家属解答各种疑问,告知患者及家属本病是可治性遗传性疾病,长期坚持低铜饮食和中西医结合维持驱铜治疗,大多可获得较好疗效,使其树立战胜疾病的信心。②HLD患者给家庭和社会带来沉重的负担,患者能否坚持治疗,与家人、朋友、同事的支持和帮助密不可分,有的患者因为家庭成员及同事朋友的疏远感到内心十分苦恼,甚至产生轻生的念头,护士应理解患者的心情,向其亲属、朋友、单位同事介绍HLD的有关知识,动员他们关心患者,经常探视陪伴患者,妥善安排患者的工作生活,解决治疗费用,让患者积极配合治疗。

2.4 常规护理 ①HLD肝硬化腹水患者应卧床休息,以减轻肝脏负担,减少患者能量消耗。卧床休息时肝血流量增多,同时肾血流量也增多,醛固酮分泌减少,使肾小球滤过率增加,尿量增多。增加肝脏的血流量有助于肝细胞修复,改善腹水和水肿。充足的睡眠可增加糖原和蛋白质的合成。②大量腹水患者取半卧位。使膈肌下降,增加肺活量,减轻呼吸困难。③经常用温水擦洗皮肤,保持皮肤清洁,防止皮肤搔破而引起感染。嘱患者按时翻身,协助患者变换体位,床铺保持清洁整齐,臀部、足部及其他水肿部位可用棉垫,并给予热敷或按摩,促进血液循环,防止压疮的发生。④静脉输液时,要按照医嘱严格控制输液量,速度不宜快,一般以30~40 gtt/min为宜。现配现用。严格执行无菌操作,密切注意有无输液反应,一旦出现,立即通知医师及时进行处理。

2.5 腹腔穿刺护理 临床上大量腹水的患者可行腹腔穿刺放液术。术前向患者说明目的,取得患者的合作。嘱其排空膀胱,防止穿刺中误伤。穿刺中严密观察患者面色、心率、血压、腹痛等,穿刺毕立即用腹带包扎腹部,随时观察患者意识、生命体征、尿量,穿刺点有无渗血、渗液及其他不适。放腹水时速度不可过快,液量不宜过多,一次放液量不宜超过2000~3000 ml。术后卧床休息8~12 h,密切观察患者的反应,防止诱发肝性脑病等并发症,如有异常及时报告医师¹⁵。

2.6 用药护理 肝豆状核变性肝硬合并化腹水患者治疗积极给予驱铜、保肝、利尿、补充白蛋白等综合处理。①使用二巯基丙磺酸钠时密切观察患者有无恶心、呕吐及发热、皮疹等不良反应发生。定期监测24 h尿铜的情况以及血常规及肝功能变化。②使用利尿剂时应特别注意维持水电解质和酸碱平衡。利尿速度不宜过快,以每天体重减轻不超过0.5 kg为宜。注意定期复查电解质、血常规等。③使用输入人血白蛋白时注意患者有无发热、寒战、腰酸背痛等输血反应的发生。④讲解用药的疗程,告诉患者用药后可能发生的一些不良反应。⑤告诉患者按医嘱服药。

2.7 健康教育 (1)介绍HLD的基本知识,必须说明其长期治疗的重要性。(2)合理安排休息,保证充足的睡眠。(3)制定合理的饮食计划和营养搭配,向其说明终生低铜饮食的重要性,防治便秘,减少内因性有害物质的产生,严格限制吸烟和饮酒。(4)指导患者合理用药,不滥用药物,以免加重肝脏负担。(5)注意保暖,防止感染,即时发现可能产生的并发症。(6)疾病缓解期要定时复诊和检查血常规、肾功能等。

3 小结

※外科护理

旋转式铰链膝关节置换术护理

郭丽英

摘要 总结了18例施行旋转式铰链膝关节置换术患者的护理,包括术前护理、术后护理、功能锻炼及出院指导。认为正确的护理能促进患者术后康复,促使患者膝关节功能早日恢复。

关键词: 旋转式铰链; 假体; 膝关节置换术; 护理

中图分类号: R473.6 **文献标识码**: B **文章编号**: 1006-6411(2013)02-0031-02

膝关节是人体重要的负重关节,由股骨髁、胫骨平台、髌骨、关节囊、韧带、半月板和肌肉等组成^[1]。铰链式膝关节置换术适用于膝关节强直或严重损伤,同时伴有或不伴有膝关节侧韧带损坏的老年患者,或有多发关节损伤、不能进行剧烈活动的较年轻患者^[2]。铰链型假体金属结构和乙烷结构的组成较轻,和腿部的骨骼相近,术后和术前腿型相近,其既有表面膝的面面接触也有绞链膝的稳定,能有效地矫正畸形、解除疼痛、恢复无痛行走。自2009年6月~2010年6月本科对18例患者施行了旋转铰链膝关节置换术,取得了满意效果,现将手术配合与护理经验总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组18例,男10例,女8例,年龄57~76岁,平均年龄(37.7±3.0)岁。致伤原因:车祸伤10例,高处坠落伤5例,压砸伤3例。致伤节段:2节段7例,3节段7例,4节段4例,所有患者均未出现脊髓神经受压表现。

1.2 铰链型假体优点

铰链型假体属于半限制型假体,这种关节仿生式旋转设计,接近膝关节生理活动,该假体具有轴向旋转功能,有2个活动面,即屈伸和旋转,使假体的二维运动变为三维运动,不仅有屈伸活动和小腿能做内旋外旋,而且屈伸轴的位置也近人体,更符合膝关节生物力学特点。假体由钴铬合金制成,受力大的区域采用锻造工艺的材料,钴合金较重、耐磨,在摩擦部位更显得重要。

1.3 结果 本组18例患者术后切口均甲级愈合,均未发生并发症,出院时患肢无疼痛、无肿胀。经1~3年随访,无1例发生关节僵硬。

工作单位:363000 漳州 中国人民解放军第一七五医院(厦门大学附属东南医院)

郭丽英:女,大专,护师,护士长

收稿日期:2012-04-17

2 护理措施

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 由于长期病痛折磨及手术不可预知性,患者普遍存在焦虑及恐惧心理,护士应主动与患者沟通,介绍手术的优势性,主治医师的技术及类似手术成功病例,消除其负性心理作用。

2.1.2 术前康复训练 ①训练下肢肌肉舒缩功能:取仰卧位双手支撑床面,伸直膝关节将肢体抬高床面双下肢伸直交替进行肌肉收缩动作,持续数秒后放松。②训练膝关节屈伸功能:患者坐床边小腿下垂,缓慢屈伸膝关节,仰卧位时将患肢伸直后缓慢屈膝关节和髌关节。③训练腘肌牵拉功能:将足跟置矮凳上,单腿支撑站立,缓慢弯腰至腘肌受牵拉,持续数秒后放松。

2.2 术后护理

2.2.1 肢体位置 手术后患肢用海绵垫,弹力绷带加压包扎。术前屈曲畸形较严重者术后保持伸膝位,并于踝上后方和膝关节前垫水袋,或行患肢皮牵引。

2.2.2 引流液观察 该手术创伤大,术中术后的出血量较多,出血量最多为1100 ml,应仔细观察引流管是否通畅,引流液性质、量及颜色,早发现出血征兆,如患者脉搏、呼吸增快、血压下降、自感头晕、恶心等不适及时报告医生给予处理。

2.2.3 预防深静脉血栓 深静脉血栓形成是膝关节置换术后一种常见并发症,手术前后密切监测凝血功能并常规使用抗凝剂是预防栓塞关键,术后患肢应用弹力绷带包扎,并适当抬高,早期的深静脉血栓患者一般无疼痛表现,应严密观察肢体是否肿胀,皮温改变及静脉回流状况,出现下肢深静脉栓塞,给予溶栓、抗凝治疗后可治愈。

2.3 功能锻炼

2.3.1 股四头肌和小腿三头肌的收缩锻炼方法:麻醉失效后即指导患者开始足的背曲、跖曲以及伸小腿动作,每(下转第146页)

HLD肝硬化腹水的并发症多,护理难度大,但大多数患者经过理想的住院驱铜和综合护理,肝功能可逐渐恢复,低蛋白血症可得到纠正,肝脏内循环改善,肾滤过率增加,腹水减轻。在护理过程中,密切观察病情变化,加强身心护理,让患者掌握有关疾病相关的知识,得到了家人和社会的支持,就能够促进肝硬化腹水患者的康复,减少并发症的发生,提高患者的生活质量,提高社会效益。

参 考 文 献

1 杨任民,程楠.中西医结合治198例HLD患者的近期疗效及随访

观察[J].中国中西医结合杂志,2002,9(22):657-659.

2 杨任民.肝豆状核变性[M].合肥:安徽科技出版社,1995:16-205.

3 袁金明,张金安.82例肝硬化大量腹水患者的护理体会[J].中国民康医学,2010,22(13):1758-1759.

4 胡纪源,吕达平,王共强,等.HLD的临床误诊研究[J].中华医学杂志,2001,11(81):642-644.

5 张丽敏.病毒性肝炎肝硬化腹水的临床护理[J].中国医药指南,2009,7(6):146-147.

(本文编辑:曹思军 张平)