

下肢人造血管内瘘术后淋巴漏的个案护理

谢玲琪 杨丽黎

下肢人造血管动静脉内瘘 (arteriovenous graft-fistula, AVG) 一般采用腹股沟部位的股动脉、大隐静脉或股静脉搭建, 股三角是淋巴管密集之处, 该区手术后淋巴漏的发生率为3.06%^[1]。淋巴漏指淋巴管受损引起的淋巴液外流, 以伤口间断或持续流出清亮或淡黄色液体为主要临床表现, 术后切口不能解释的溢液或积液应怀疑淋巴漏^[2]。淋巴液外漏可致营养物质丢失, 影响患者全身营养状况和免疫力, 使伤口难以愈合, 引发局部和全身感染^[3]。在2009年10月至2014年11月期间, 浙江大学医学院附属邵逸夫医院行下肢AVG手术共23例, 其中2例术后并发腹股沟淋巴漏, 对其采取针对性护理措施, 取得良好预期效果。现报道如下。

1 临床资料

例1, 患者男性, 64岁, 维持性血透6年, 右下肢人造血管动静脉内瘘术后3年余。右大腿淋巴囊肿手术4次。2010年4月5日, 患者行右下肢人造血管动静脉内瘘术(U型), 采用聚四氟乙烯人造血管(由Gore-tex公司生产)分别与股动脉和股浅静脉行端侧吻合。术后3 d内少量渗血、渗液, 1月后, 右侧腹股沟出现一囊性包块, 穿刺液淡黄色, 乳糜试验阳性, 考虑为“淋巴漏”。现今, 患者右侧腹股沟仍存在4 cm × 4 cm肿块, 无明显增大, 无红肿压痛, 未压迫血管。动静脉内瘘功能良好, 维持规律血透治疗血流量 > 300 ml/min。

例2, 患者女性, 59岁, 维持性血透8年, 右下肢人造血管动静脉内瘘术后35个月。2011年12月28日, 患者行右下肢人造血管动静脉内瘘术(U型), 采用聚四氟乙烯人造血管(由Bard公司生产)两端分别与股动脉、大隐静脉端侧吻合。术后3 d内少量渗血、

渗液, 2012年6月, 右腹股沟出现黄豆大小囊性包块, 穿刺液淡黄色, 乳糜试验阳性, 确诊“淋巴漏”。患者拒绝手术, 且人造血管功能良好, 予以对症处理; 2012年9月, 右腹股沟渐现鸡蛋大小囊性包块伴局部红肿, 穿刺液培养提示: 草绿色链球菌属100%, 确诊淋巴漏伴感染, 予以泰能针0.5 g 静注, 每12小时一次, 头孢噻肟针2.0 g 静注, 每天一次, 抗感染, 患者包块红肿好转后出院, 随访至今肿块无明显增大, 仍然是8 cm × 7 cm大小, 无红肿、热痛, 未压迫血管。动静脉内瘘功能良好, 维持规律血透治疗血流量 > 300 ml/min。

2 护理

2.1 体位及日常活动 因为身体运动或静脉压升高时, 淋巴液生成增快; 下肢AVG建立后, 可能会出现静脉曲张、静脉高压和下肢水肿, 所以责任护士对患者实施健康教育, 教育患者除去上厕所, 不要行走, 以静坐、静卧休息, 避免重体力及其他增加建瘘侧下肢压力活动, 如登楼、爬山、骑自行车等; 适当抬高建瘘侧下肢, 促进静脉血液回流, 减少淋巴液生成。

2.2 饮食管理 淋巴液的生成与饮食有关, 是否表现为典型的乳白色液体取决于饮食中的脂肪含量^[4]。患者确诊有腹股沟淋巴漏并发症存在时, 医嘱立即改为低脂低蛋白的清淡饮食, 禁食高脂类食物, 减少水分摄入, 禁止喝水和饮料, 禁止吃水分含量高的食物。为了能使患者与家人积极地参与饮食管理, 每班责任护士都耐心地向患者及其家属讲解饮食要点和水分限制摄入的重要性, 避免如稀饭、馄饨、面条等半流食物, 以吃干燥的食物为宜, 如米饭、馒头, 每天吃2到4个白煮蛋蛋白或2到3两白切精肉等, 以减少淋巴液生成, 促使淋巴漏口尽快闭合。24 h水分摄入量控制在生理需要量加尿量以内, 其中包括摄入食物中的水分。2例患者都表现出较高的饮食依从性, 能复述饮食要点并表示理解接受, 配合照顾者管理。

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2016.06.035

作者单位: 310016 浙江杭州, 浙江大学医学院附属邵逸夫医院血透室

通讯作者: 杨丽黎, Email: yangll@srrsh.com

2.3 淋巴液渗出护理 责任护士每隔30分钟通过观察术区渗出液的色、量,有无持续渗出非血性、清亮或淡黄色稍混浊液体等监测漏出液。淋巴液的渗出动态变化根据更换的敷料数量来计算(以一块湿透的纱布称重量作为基数),并及时告知医生。本组2例患者每日渗出量在50~100 ml,通过勤换纱布保持局部干燥清洁,避免感染。同时认真观察局部皮肤有无红、肿、热、痛情况,观察体温、血常规变化。例1未出现感染,例2患者确诊淋巴漏伴感染即遵嘱用泰能及头孢噻肟针给与抗感染治疗。淋巴液渗出采用加压包扎护理,持续加压包扎可通过外在压力防止淋巴液进入周围组织间隙,还可以使淋巴管直接闭合^[9],因此,加压包扎的观察与护理很重要,护理要点包括:①每隔30分钟定时检查弹力绷带处在加压部位无移位、松脱,始终保持压迫有效;②认真倾听患者主诉,尽量做到包扎加压力度,既能减缓淋巴液外渗,又能让患者耐受,更要避免因持续长时间加压包扎引起远端肢体血循环障碍并水肿,检查时询问并尊重患者主诉,帮助校正包扎加压的力度;③观察、触摸局部和脚趾皮肤颜色和温度,评估血液循环是否良好;本组2例均使用过粘性胶布加压包扎,并注意皮肤有无红肿、水泡、痛痒等胶布过敏或牵拉力过大损伤局部皮肤等情况发生。例1患者出现局部过敏性皮疹,按时给患者口服氯雷他定片,同时局部涂抹糠酸莫米松乳膏,为避免患者抓挠,即改用弹力绷带加压包扎,因发现及时,措施得当,皮疹一周内消失,减少了患者痛苦。④每当发现弹力绷带被渗出液污染,马上更换,时刻保持弹力绷带干燥、清洁,防止切口感染。

2.4 做好内瘘护理,谨防感染 每次AVG穿刺前,护士遵循望、触、听三步骤细致评估动AVG。①望:细查AVG处皮肤有无皮疹、红肿、瘀斑与突起,吻合口有无渗液,敷料是否干燥清洁;触:触摸AVG震颤、皮温有无异常,感知AVG周围有无囊性隆起;听:听血管杂音是否柔和如沙沙的海浪声,还是音调变得异常尖锐高亢或减弱消失。②评估部位包括沿着动脉吻合口至静脉吻合口的区域与腹股沟。③腹股沟淋巴漏诊断标准:腹股沟术区持续渗液或腹股沟囊性包块、且持续增大,可伴有局部皮肤红、皮温高,穿刺液或渗出液清亮或淡黄色混浊,乳糜试验阳性。AVG穿刺前先确定AVG的动脉端,远离囊肿跟渗液区域,避免囊肿破溃与感染,选择在AVG穿刺引血。例2患者明确存在感染灶,避开感染区

域,在U型AVG静脉端逆流方向穿刺引血,同时另选外周自体静脉血管穿刺作为血液回路,这样既有利于提高透析充分性,又能维持充沛透析血流量。

2.5 心理护理 在下肢建立AVG会让患者行走不方便,日常活动受限制,故患者只有在上肢无法建立AVG时,才考虑在下肢建立AVG。由于血管资源不可再生,所以,当腹股沟淋巴漏出现,2例患者依次出现紧张焦虑、惊恐悲伤、绝望无助等心理。而且,淋巴漏具有慢性化倾向^[9],患者因腹股沟淋巴漏复发,彻底治愈困难,再考虑到内瘘感染风险和再次手术治疗等高昂医疗费用负担,心理压力与日俱增,表现为寝食不安、沉默寡言、易怒、不礼貌、不合作等。对此,在积极治疗与精心护理的同时,责任护士随时向患者及家属介绍病情,耐心倾听患者的主诉,时刻怀有恻隐之心理解患者的不良情绪与言行,鼓励患者正确面对并接受事实,要求患者加强个人卫生,配合治疗,树立战胜AVG感染的信心,确保AVG功能良好,拯救并维护自己的“生命线”。努力提高患者治疗依从性,减轻淋巴漏症状。

2.6 健康教育,预防AVG感染 向患者解释养成良好的个人卫生习惯在预防AVG感染中的重要性,尤其保持会阴部、腹股沟清洁干燥,以减少切口与AVG感染因素。谨防AVG受压迫:交代患者穿宽松内裤。并教会患者学会用听诊器听诊AVG,做到勤听诊、勤触摸AVG,每天晨起至睡前至少检查AVG 3次,用听诊器从动脉吻合口开始沿着人造血管一直到静脉吻合口常规听诊。一旦发现AVG杂音异常或减弱消失,以及AVG搏动消失,应立刻就近到医院诊治,争取最佳溶栓时机。告知患者及家属每3个月到医院进行AVG CT检查。

经过精心细致的血透专科护理与治疗,2例患者AVG均未被感染,至今功能良好,维持规律血透治疗血流量 >300 ml/min。3年来,2例患者的腹股沟淋巴漏包块都无明显增大。这不仅挽救了维持性血液透析患者的“生命线”,也减轻了患者的经济负担,并避免了医患矛盾。

总之,下肢AVG术后淋巴漏易复发,手术结扎淋巴囊肿不能彻底治愈淋巴漏。积极的护理措施有助于预防AVG感染和减轻淋巴漏症状。护理重点是做好淋巴液渗出护理,谨防AVG感染,确保AVG功能完好;其次是饮食管理与心理护理及相关的健康教育,提高患者治疗依从性,利于减轻淋巴漏症状,促使淋巴管早日闭合。

参考文献

- 1 陆信武, 蒋米尔. 血管手术后腹股沟部淋巴漏的原因和防治[J]. 外科理论与实践, 2002, 7(3): 218-220.
- 2 许红, 蒋欣欣, 叶有新. 下肢人造血管内瘘术后淋巴漏二例[J]. 中华肾脏病杂志, 2013, 29(3): 240-231.
- 3 王未, 陈守万, 付小明. 医源性淋巴漏的预防和处理. 医源性淋巴漏的预防和处理[J]. 华西医学, 2013, 28(10): 1497-1498.
- 4 魏涛, 朱精强. 颈淋巴结清扫术后乳糜漏[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2009, 16(5): 362-364.
- 5 俞青. 甲状腺癌颈淋巴结清扫术后淋巴管漏及胸导管漏处理体会[J]. 中外健康文摘, 2009, 8(18): 146-148.
- 6 Hamed O, Muck PE, Smith JM, et al. Use of vacuum-assisted closure (VAC) therapy in treating lymphatic complications after vascular procedures: new approach for lymphoceles[J]. J Vasc Surg, 2008, 48(6): 1520-1523.

(收稿日期 2016-09-20)

(本文编辑 蔡华波)

·全科护理·

补偿支持护理在卵巢囊肿切除术后自理能力及康复的应用

李海珍

卵巢囊肿属于广义上的一种卵巢肿瘤, 狭义的卵巢囊肿是指良性的卵巢肿瘤^[1], 是一种常见的女性生殖系统疾病。近年来随着女性地位的上升和生活节奏的加快, 卵巢囊肿的发病率呈逐年上升的趋势, 目前手术是主要的治疗手段。手术治疗目的是能尽可能的保留患者的生理功能及生活质量。但由于卵巢是女性重要的器官, 部分患者无法正确认识卵巢囊肿切除术, 术后会出现低落的情绪及抗拒术后下床活动^[2,3], 从而延长术后自理能力恢复过程。因此, 为了探讨补偿支持护理在卵巢囊肿切除术后患者中的应用效果, 本次研究选取了96例卵巢囊肿患者作为研究对象。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取玉环县中医院2011年1月至2014年12月收治的96例卵巢囊肿患者作为研究对象, 平均年龄为(34.80 ± 12.32)岁, 包括54例单侧囊肿和42例双侧囊肿, 囊肿平均直径为(5.22 ± 2.30)cm, 其中64例患者选择腹腔镜手术, 32例患者选择传统

开腹手术。按随机数表法分为常规护理组(采用常规护理)和护理干预组(采用补偿支持护理)两组, 其中常规护理组48例, 平均年龄(35.71 ± 8.90)岁; 平均病程为(3.22 ± 1.43)年; 囊肿平均直径为(5.18 ± 2.40)cm; 护理干预组48例, 平均年龄(33.29 ± 9.44)岁; 平均病程为(3.10 ± 1.10)年; 囊肿平均直径为(5.24 ± 1.80)cm, 两组患者的基线资料比较, 差异无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 纳入排除标准 ①所有患者均经临床病理确诊为卵巢囊肿, 且均为良性肿块; ②所有患者均符合手术条件, 接受手术治疗; ③所有患者或家属均签署知情同意书, 同意参加本次研究。排除患有严重基础性疾病患者及精神病患者。

1.3 方法

1.3.1 常规护理组 采用卵巢囊肿围手术期常规护理, 包括入院一般护理, 健康知识宣教, 术前常规检查, 术中护理, 手术准备、术后护理及康复知识宣教指导。

1.3.2 护理干预组 采用围术期补偿支持护理, 包括完全补偿护理、部分补偿护理及支持教育系统护理。

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2016.06.036

作者单位: 317600 浙江台州, 玉环县中医院妇产科