

非手术手法复位在腹膜透析导管移位护理中的应用价值

韩玉婧 刘佳 张平 朱婧

兴安盟人民医院 内蒙古 乌兰浩特 137400

【摘要】目的：探讨非手术手法复位在腹膜透析导管移位护理中的应用价值。方法：选取2024年1月~2025年10月在兴安盟人民医院接受腹膜透析并发生导管移位的30例终末期肾病患者作为研究对象，对其实施非手术手法复位，配合护理干预。统计30例患者的复位成功率、复位时间、再次导管移位发生率、并发症发生率，并比较干预前与干预后患者的自我管理评分、心理评分、舒适度评分、生活质量评分。结果：30例患者经非手术手法复位后有27例患者一次性复位成功，复位成功率为90.00%，这27例经手法复位成功的患者未发生严重并发症，2例复位后出现短暂腹痛的患者均自行缓解；复位时间为6~32 min，平均为(15.23±2.71) min。复位后，有2例患者再次发生导管移位，再次导管移位发生率为6.67%。干预后，患者的自我管理4个维度得分及总分、舒适度评分、生活质量4个维度分数均比干预前增高(P<0.05)，其焦虑评分、抑郁评分均较干预前降低(P<0.05)。结论：在腹膜透析发生导管移位的终末期肾病患者中，采用非手术手法复位，具有较高的复位成功率和复位效率，能够增强患者自我管理能力，改善其心理状况，提升其舒适度和生活质量水平。

【关键词】：终末期肾病；腹膜透析；导管移位；非手术手法复位；护理

DOI:10.12417/2705-098X.26.06.033

腹膜透析是临床上用于治疗终末期肾病的一种肾脏替代疗法，可利用患者自身腹膜的半透膜特性，以弥散、对流原理，向腹腔内注入透析液，再将废液排出，以清除体内滞留的代谢废物，纠正电解质紊乱。但在腹膜透析治疗期间，患者可能发生导管移位情况，一旦导管发生移位，会导致腹膜透析治疗中断，还可能增加并发症风险，不利于预后^[1]。对于腹膜透析导管移位，临床主张实施复位处理，近年来，非手术手法复位在腹膜透析导管护理中逐渐得到应用^[2]，但临床上关于腹膜透析导管移位应用非手术手法复位的研究报道较少见，对此，本研究对兴安盟人民医院30例腹膜透析导管移位患者进行研究，旨在探讨非手术手法复位对腹膜透析导管移位的干预效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年1月~2025年10月在兴安盟人民医院接受腹膜透析并发生导管移位的30例终末期肾病患者作为研究对象，患者年龄为26~71岁，平均(50.39±5.64)岁，性别为男20例、女10例，原发病包括肾小球肾炎15例、糖尿病肾病11例、高血压肾病4例。

纳入标准：(1)符合《慢性肾衰竭中西医结合诊疗指南》^[3]中慢性肾脏病5期诊断标准，确诊为终末期肾病；(2)接受腹膜透析治疗，腹膜透析置管后发生导管移位情况；(3)成年人；(4)无意识障碍，对治疗方法和护理方法知情同意。

排除标准：(1)腹膜透析前存在腹膜炎、腹膜缺损、肠穿孔；(2)合并腹部烧伤、疝气；(3)伴明显精神障碍；(4)伴严重凝血功能障碍。

1.2 方法

30例患者均接受非手术手法复位，嘱咐患者先排空大小

便，做好肠道准备。在复位前，先对患者腹部进行超声检查，确定导管位置、移位方向及程度，常规消毒处理。复位时，根据国际腹膜透析学会标准将腹膜透析导管移位分型，对于I型患者，让患者采取膝胸位，经腹膜透析导管进行脉冲式腹膜透析液灌注，用量为1000 mL左右，再指导患者在安全范围内进行下床活动，可进行踮脚、上下楼梯活动，以腹部震颤方式使导管复位；对于II型、III型患者，让患者采取截石位，在超声引导下确定导管尖端位置，采用“推-旋-提”手法，再将导丝缓慢插入至尖端前1 cm，以每秒2次的频率顺时针、逆时针两个方向交替旋转，在超声实时监测下将导丝回撤，将导管尾端推入，直至导管尖端抵达目标位置。在X光机透视下确认导管复位，尖端位于S2~S4水平即可。

同时，配合施以相应的护理措施，具体为：(1)健康宣教：结合图片、视频，详细地为患者介绍腹膜透析的相关知识，向其解释导管移位的原因，说明非手术手法复位的步骤，强调非手术手法复位的重要性，并发放《导管护理健康手册》，详细记录腹膜透析导管相关护理技巧，为患者列举腹膜透析置管后的注意事项，尤其是导管护理事项。(2)复位后护理：指导患者在复位后24小时内尽可能采取俯卧位或膝胸卧位，避免弯腰、剧烈咳嗽；注意保持清淡饮食，选择易消化的食物，确保大便通畅；密切观察导管穿刺口，保持导管穿刺口清洁、干燥，采用专用固定贴对导管进行固定，检查导管接头是否紧密，并注意观察引流情况，若引流中断或出现腹痛腹胀情况，需及时就医。

1.3 观察指标

统计30例患者的复位成功率(24小时内观察)、复位时间、再次导管移位发生率、并发症发生情况，并发症包括出血、导管感染、腹腔粘连、引流障碍、透析液渗漏、腹膜炎等。

在干预前、干预后,对患者自我管理评分、心理评分、舒适度评分、生活质量评分进行评估,具体为:

(1)自我管理评分:采用自我护理力量表(ESCA)评估,量表包含4个方面,即自我概念(9个条目)、自护责任感(8个条目)、健康认知(14个条目)、自护技能(12个条目),单个条目计0~4分,分值范围分别为0~36分、0~32分、0~56分、0~48分,总分为0~172分,得分越高,自我管理能力越好。

(2)心理评分:采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评估,量表包含20个条目,单项计1~4分,总分为20个条目分数相加之和 $\times 1.25$,范围为25~100分,得分越高,负面情绪越明显。

(3)舒适度评分:采用舒适度状况量表(GCQ)评估,量表包含28个条目,单项计1~4分,总分为28~112分,得分越高越舒适。

(4)生活质量评分:应用世界卫生组织生活质量测定简表(WHOQOL)-BREF,包含4个维度,即生理、心理、环境、社交,分值范围均为0~100分,分数越高越好。

1.4 统计学方法

采用SPSS 26.0软件对数据进行统计学分析,计量资料符合正态分布,表示为($\bar{x} \pm s$),行t检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 复位结果及并发症发生情况

30例患者经非手术手法复位后有27例患者一次性复位成功,复位成功率为90.00%,其余3例患者手法复位失败,转手术复位;复位时间为6~32 min,平均为(15.23 ± 2.71) min。复位后,有2例患者再次发生导管移位,再次导管移位发生率为6.67%。27例经手法复位成功的患者未发生出血、导管感染、腹腔粘连、引流障碍、透析液渗漏、腹膜炎等并发症,其中2例患者在复位后出现短暂腹痛,均自行缓解;3例转手术复位的患者均未发生并发症,但在复位手术后切口处有明显疼痛感。

2.2 干预前与干预后的自我管理评分比较

干预后,患者的自我管理4个维度得分及总分均比干预前增高($P < 0.05$)。见表1:

表1 干预前与干预后的自我管理评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

时间(n=30)	干预前	干预后	t	P
自我概念	26.53 \pm 2.06	29.10 \pm 2.25	4.614	<0.001
自护责任感	22.89 \pm 1.95	26.87 \pm 1.63	8.577	<0.001

健康认知	43.62 \pm 2.84	48.96 \pm 2.01	8.406	<0.001
自护技能	38.69 \pm 2.45	41.72 \pm 1.97	5.279	<0.001
总分	131.73 \pm 7.02	146.65 \pm 6.64	8.457	<0.001

2.3 干预前与干预后的心理评分、舒适度评分比较

干预后,患者的焦虑评分、抑郁评分均较干预前降低($P < 0.05$),其舒适度评分比干预前增高($P < 0.05$)。见表2:
表2 干预前与干预后的心理评分、舒适度评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

时间(n=30)	干预前	干预后	t	P
SAS评分	53.26 \pm 5.01	41.70 \pm 3.85	10.021	<0.001
SDS评分	56.89 \pm 4.72	45.02 \pm 3.46	11.109	<0.001
GCQ评分	85.71 \pm 5.18	98.37 \pm 4.62	9.990	<0.001

2.4 干预前与干预后的生活质量评分

干预后,患者生活质量4个维度的分数均较干预前增高($P < 0.05$)。见表3:

表3 干预前与干预后的生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

时间(n=30)	干预前	干预后	t	P
生理	76.93 \pm 4.85	86.75 \pm 5.48	7.350	<0.001
心理	75.82 \pm 4.13	87.04 \pm 5.52	8.914	<0.001
环境	76.27 \pm 4.30	87.31 \pm 5.29	8.870	<0.001
社交	76.14 \pm 4.54	86.29 \pm 5.37	7.906	<0.001

3 讨论

因终末期肾病患者的肾脏功能受到严重损害,其代谢功能丧失,导致代谢废物在体内滞留,体内液体和代谢出现紊乱,多伴有水肿、皮肤瘙痒等症状。为维持这类患者的生命,临床上主要采取肾脏替代疗法,腹膜透析是终末期肾病患者常用的一种肾脏替代疗法,可持续清理患者体内代谢产物和血液毒素,遏制病情进展,实现维持生命的目标。

腹膜透析在终末期肾病治疗中应用的有效性得到临床广泛认可,但在实际工作开展时,患者可能在腹膜透析导管置入后发生导管移位,通常在2~4周内,而导管移位是导致透析失功的重要原因,可能增加导管感染、堵管等并发症的发生风险,因此,一旦发现这一情况,需及时对导管进行复位^[4-5]。传统的复位技术以手术复位为主,主要是在腹腔镜下对导管进行复位处理,这种复位技术的成功率较高^[6],但手术操作会增加患者痛苦,还会增加感染、出血等并发症发生的风险。

我院基于腹膜透析导管移位情况,引入非手术手法复位技术,主要是针对患者导管移位类型进行处理,对于I型导管移位

患者,通过指导患者采取特殊体位,再采取脉冲式腹膜透析液灌注,利用对导管的瞬间冲击作用,使导管内附着物、气泡排出,配合适当活动,利用垂直的重力作用可促使导管伸直、延展^[7-8];而对于II型、III型导管移位患者,因其移位程度更严重,复位难度更大,可采取超声引导下导丝辅助手法复位,在实时超声显像下以推、旋、提的手法对导管进行推送,并借助导丝对膜性粘连进行松解,将导管推送至目标位置^[9]。本研究结果显示,30例患者经非手术手法复位后有27例患者一次性复位成功,复位成功率为90.00%,其余3例患者转手术复位成功,且经手法复位成功的患者未发生明显并发症,表明非手术手法复位对腹膜透析导管移位问题可妥善解决,避免患者因导管问题而频繁就医,还能减少复位后并发症的发生,这种复位技术更加安全可靠,有助于提高患者的接受度。

本研究还发现,干预后,患者的自我管理评分、舒适度评分、生活质量分数均比干预前增高,其焦虑评分、抑郁评分均较干预前降低,说明非手术手法复位对患者自我管理能力、舒适度、心理状况及生活质量均有改善作用,这主要是因为非手术手法复位通过体位调整、重力作用、超声引导下手法复位等方式对导管进行复位处理,可在解决导管移位问题的同时避免手术创伤,同时配合健康宣教、复位后护理等措施,可使患者更好地了解导管护理相关知识,增强其自护能力,减轻其生理和心理双重层面的不适,进而减轻对其生活质量的负面影响。

综上所述,在终末期肾病患者发生腹膜透析导管移位后,以非手术手法复位技术进行处理,可有效将导管复位,有助于消除患者不良情绪和不适感,使其自我管理水平和生活质量提升。

参考文献:

- [1] 陈彬志.腹膜透析导管移位的影响因素分析及处理[D].福建:福建医科大学,2022.
- [2] 廖兵,梁叶.腹膜透析导管复位技术的研究进展[J].中外医疗,2021,40(31):190-194.
- [3] 中国中西医结合学会肾脏疾病专业委员会.慢性肾衰竭中西医结合诊疗指南[J].中国中西医结合杂志,2015,35(9):1029-1033.
- [4] 徐青.腹膜透析置管术患者导管移位的影响因素分析[J].国际医药卫生导报,2021,27(6):912-915.
- [5] 王自强,王颖,杜书同,等.X线下实时引导超滑加硬导丝二步法辅助腹膜透析导管复位的临床研究[J].中国血液净化,2021,20(10):676-677,716.
- [6] 郑婕,李小生,罗娟,等.腹腔镜法处理腹膜透析导管移位的临床疗效观察[J].江西医药,2023,58(1):72-73.
- [7] 王吉,朱楠,于青,等.采用垂直律动技术改善导管移位所致腹膜透析液引流障碍临床疗效探讨[J].中国血液净化,2020,19(6):381-384.
- [8] 魏菊华,谢莉.体位配合非手术方法复位在腹膜透析置管导管漂移中的应用效果[J].福建医药杂志,2020,42(3):145-146.
- [9] 王海瑞,刘兆玉.透视引导下腹膜透析导管介入导丝复位术的临床应用[J].介入放射学杂志,2020,29(12):1213-1216.