前,需要做充分的电凝止血,尽量多保留正常的视网膜组织,术中避免触碰色素膜,以免增加术后炎症反应。由于视网膜大范围切开,需要长期顶压,填充材料宜选择硅油,如果未发生乳化,建议硅油取出术适当延后,以确保视网膜复位[6]。

虽然大范围视网膜切开可以复位视网膜,但由于其创伤较大,可能出现严重的并发症,应严格掌握手术指征[6]:①视网膜僵硬、皱缩和纤维化,纤维增殖引起的视网膜牵拉和缩短,应用常规玻璃体膜剥离手术不能使视网膜复位;②严重的外伤性视网膜嵌顿出现广泛的 PVR;③PVR 合并大面积的视网膜下增殖;④巨大裂孔性视网膜脱离合并裂孔卷边、增殖、皱缩;⑤严重的视网膜下出血、脉络膜上腔积血等。

视网膜大范围切开对眼球内的干扰较大,炎症反应也相应增加,术后抗炎应该更积极。由于色素膜暴露,房水循环的巩膜流出道增加,硅油取出后,眼压可能偏低,需进一步观察。

综上所述,玻璃体切割术联合大范围视网膜切开可以有效治疗严重增殖的高度近视眼伴球内异物。

[参考文献]

[1] 黎晓新,姜燕荣. 角巩膜破裂伤后视网膜脱离合并视网膜嵌顿的玻璃体手术方法探讨[J]. 北京大学学报(医学版),2002,34(5):615-617.

[2] 吴惠琴,赵燕麟,王 彤. 玻璃体视网膜手术治疗复杂性眼外伤的临床分析[J]. 国际眼科杂志,2007,7(6):1731-1733.

[3] 仇宜解,刘国军,马海华,等. 玻璃体切割联合巩膜扣带术治疗复杂性视网膜脱离扣带作用的评价[J]. 中国实用眼科杂志,2003,21(1):11-13.

[4] 赵静如,盖春柳,陈晓隆,等. 玻璃体切割术治疗复杂眼外伤的临床研究[J]. 国际眼科杂志,2011,11(3):545-547.

[5] 邱新文,周朝晖,李定章. 视网膜切开切除术治疗难治性复杂性视网膜脱离[J]. 中国实用眼科杂志,2011,29(11):1162-1166.

[6] 刘 映,张少冲. 360 度视网膜切开术治疗复杂性视网膜脱离[J]. 中国实用眼科杂志,2008,26(10):1117-1119.

(编辑:余汇洋)

维持血液透析过程中并发上消化道出血的病因及护理

Etiological analysis and nursing care for maintenance hemodialysis patients complicated with upper gastrointestinal hemorrhage

陈志林[1],王海花[1],郭彩虹[1],田 敏[2] (海南医学院附属医院:1. ICU;2. 肾内科,海南 海口 570102)

[关键词] 血液透析;上消化道出血;病因;护理
[中图分类号] R573.2 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2014)03-0313-02

维持透析患者往往应用较大剂量的抗凝剂,增加了上消化道出血的风险。研究表明幽门螺杆菌感染、肾功能损害、凝血功能障碍、低血钙、胃泌素水平增高是尿毒症并发上消化道出血的危险因素[1-3]。透析过程中并发急性上消化道出血导致循环障碍,即加重了肾功能衰竭,严重者可危及生命,处理不当易导致医患纠纷的发生。认识血液透析患者并发急性上消化道出血的病因,采取合理的护理,可有效减少上消化道出血的风险。为此,本研究分析了我院 2010 年以来 86 例维持血液透析患者中并发急性上消化道出血患者的病因,并对其护理措施进行总结汇报如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择 2010 年 1 月至 2013 年 6 月我院血透中心行维持血液透析中并发急性上消化道出血的患者作为研究对象。纳入标准:①均为慢性肾功能不全(尿毒症期),维持血液透析患者;②透析过程中出现呕血、黑便等临床表现;③均有急诊胃镜检查结果,消化道出血病因明确;④病例资料完整。符合上述纳入标准的患者共 86 例,其中男 58 例,女 28 例,年龄 36~78 岁,平均(66.8±12.2)岁。透析时间 18~68 个月,平均(42.2±16.6)个月。肾基础病包括:慢性肾小球肾炎 46 例,糖尿病肾病 22 例,高血压肾病 12 例,狼疮性肾炎 4 例,梗阻性肾衰 2 例。

1.2 出血后救治方法

透析过程中患者出现呕血、黑便等表现时,及时检查血常规、粪便常规及潜血,给予抑酸、止血、补液、必要时输血等治疗。根据患者病情尽早安排急诊胃镜检查以明确病因,并在胃镜下进行止血治疗,主要包括胃镜下止血药物喷洒、止血钛夹、硬化剂注射、电凝止血等。血液透析改为无肝素透析。

1.3 护理干预

1.3.1 上机前护理 上机前向患者及家属讲明急性上消化道出血是长期维持透析患者常见的并发症之一。详细了解患者近期有无上腹痛、恶心、呕吐、反酸、呕血、黑便等消化道症状,有无活动性溃疡、胃炎、肝硬化、便潜血阳性病史,对有明确活动性出血表现者,如呕血、黑便、活动性溃疡等,尽量安排无肝素透析。

1.3.2 透析过程中护理 透析过程中严密观察患者有无呕血、黑便、头晕、乏力等不适,密切观察血压、心率。如出现上述

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201403041
[收稿日期] 2014-03-20 [修回日期] 2014-04-05

表现及时向医生汇报。

1.3.3 并发急性上消化道出血后的护理 首先对出血患者进行心理疏导,缓解他们的担忧、恐惧和烦躁,保持病房安静,增强患者信心,积极配合治疗,同时向患者家属做好解释工作。另外要严密观察有无活动性出血,监测血压、心率,观察血红蛋白、红细胞压积,观察呕吐物及大便的性状、量、颜色及次数。记录 24 h 出入量。合理进行饮食指导,出血未控制前严格禁食水,待出血停止 24 h 以上给予半量流食,逐渐过渡至普通饮食。积极配合医生进行抢救,规范输血护理等。

1.3.4 无肝素透析的护理 透析前向患者及家属讲明无肝素透析的必要性及风险。透析过程中严密观察血压、心率等,控制血流速度,密切观察静脉壶和动脉壶有无凝血块,透析器及管路内有无血液颜色变深、变暗。如有凝血发生,尽早更换透析器和管路。

1.4 观察指标

对患者上消化道出血病因进行总结分析,采用自制护理综合评分量表及患者满意度调查表,进行护理综合评分及患者满意度调查。统计护理不良事件、护患纠纷的发生率。

2 结果

2.1 血液透析并发急性上消化道出血病因

本组 86 例患者均行急诊胃镜检查,发现急性胃黏膜病变 42 例(48.8%),胃溃疡 21 例(24.5%),十二指肠球部溃疡 16 例(18.6%),食管黏膜糜烂 5 例(5.8%),肝硬化食管静脉曲张 2 例(2.3%)。其中幽门螺旋杆菌阳性 68 例(79.1%)。

2.2 护理满意度

本组患者出院时护理综合评分(98.3 ± 1.2)分,患者对护理工作满意度调查 95.3%,护理不良事件发生率 1/86(1.2%),无护患纠纷发生。

2.3 预后

86 例患者中 85 例上消化道出血治愈,其中经内科保守治疗治愈 42 例,经内镜下止血治疗及内科保守治疗治愈 44 例。48 例患者给予输悬浮红细胞,平均输血 400 mL。出血停止时间 12 h 至 6 d,平均 78.6 h。1 例患者死亡,为肝硬化食管静脉曲张破裂出血患者。

3 讨论

血液透析患者多患尿毒症,其毒素排泄障碍,凝血功能下降[4],同时,透析过程中应用肝素抗凝,严重破坏了患者的凝血机制,使患者出血的风险增加[5]。普通人群中上消化道出血的病因以消化性溃疡为主,其次为食管静脉曲张、胃癌等[6]。本组资料发现,与普通人群不同的是血液透析患者并发消化道出血以急性胃黏膜病变为主,其次为胃溃疡或十二指肠溃疡,然后是食管静脉曲张。这可能是由于维持血液透析患者毒素在体内残留,同时长期应用抗凝剂,破坏胃黏膜屏障,容易诱发消化道黏膜糜烂、溃疡,增加了消化道出血的风险。也有报道尿毒症合并上消化道出血以消化性溃疡为主[7]。

了解了血液透析患者并发急性上消化道出血的病因,应针对上述病因进行科学护理,预防并尽量减少上消化道出血的发生。首先在透析前应详细了解患者是否存在上消化道出血的可能病因,观察患者是否有腹痛、呕血、黑便、便潜血阳性,如有上述表现尽可能安排胃镜检查,如有胃黏膜糜烂出血、活动性溃疡、食管静脉曲张等病变,尽量安排无肝素透析,并事先给予质子泵抑制剂治疗[8]。急性上消化道出血属于消化科疾病,对血透室护士来讲,应加强上消化道出血的护理培训,重点是密切观察患者生命体征,主要包括血压、心率,能正确判断是否存在活动性出血,给予患者合理的饮食指导,同时注重与患者及家属沟通,减少患者的恐惧和烦躁,减少护患纠纷的发生[9]。对合并急性上消化道出血的患者应无肝素透析,以防止再次出血,在无肝素透析过程中,最重要的是防止凝血,因此应严密观察是否有凝血发生,如发生凝血应及时处置[10]。

本组资料显示维持血液透析患者并发急性上消化道出血的病因主要包括急性胃黏膜病变、消化性溃疡、肝硬化食管静脉曲张破裂出血,其中急性胃黏膜病变经内科保守治疗疗效显著,大部分消化性溃疡经内科药物治疗及内镜下治疗可有效止血,但肝硬化食管静脉曲张破裂出血往往出血量大、出血迅猛、预后较差。针对这类患者,应在透析前尽可能排除上述疾病,预防和减少透析过程中上消化道出血的发生。一旦发生上消化道出血,应进行全面的护理干预,减少再次出血的风险。

[参考文献]

[1] 林尤冠,孙 龙,曾仕平. 尿毒症并发上消化道出血相关危险因素的分析[J]. 现代预防医学,2010,37(22):4363 - 4365.

[2] 李杨麟. 尿毒症并发上消化道出血的危险因素分析[J]. 重庆医学,2006,35(15):1390 - 1391.

[3] 刘沧桑,刘 琴. 维持性血液透析患者并发上消化道出血的临床分析[J]. 中国现代医药杂志,2013(3):44 - 46.

[4] 杨国刚. 尿毒症维持性血液透析患者凝血功能的变化及临床意义[J]. 中国实验诊断学,2009,13(11):1630 - 1631.

[5] 熊 焰,王亚丽,牛钦明,等. 维持性血透患者血浆抗凝血因子的变化及意义[J]. 中华急诊医学杂志,2003,12(2):82 - 83.

[6] 许 勤,胡乃中,崔小玲. 1520 例上消化道出血病因和临床特点分析[J]. 临床消化病杂志,2011,23(1):12 - 15.

[7] 盛旭翔,许淑梅. 维持性血液透析 68 例上消化道出血临床分析[J]. 临床医学,2012,32(1):56 - 57.

[8] 计春燕,汪 毅,谭诗云,等. 埃索美拉唑联合无肝素血液透析防治尿毒症患者上消化道出血的效果研究[J]. 中国全科医学,2011,(30):3465 - 3467.

[9] 刘 婷,吕倩倩,王 燕,等. 血液透析合并肝硬化消化道出血患者的护理[J]. 北京医学,2011,33(12):1019.

[10] 刘婉莹,徐 虹,杜烨辉. 改进无肝素血液透析的临床体会[J]. 中国血液净化,2008,7(1):51.

(编辑:杨 颖)