维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2003年第12卷第5期
J Regional Anat & Operative Surg, 2003, Vol.12, No.5

尿毒症性肺水肿的护理

王殿珍，吴 亿，许爱华
（第三军医大学附属西南医院泌尿中心肾科，重庆 400038）

[关键词] 尿毒症；肺水肿；抢救及护理
[中图分类号]R692；R541.6+3 [文献标识码] B [文章编号]1672-5042(2003)05-0392-01

心力衰竭是尿毒症的严重并发症和重要的死亡原因，即使在维持性血液透析病例中仍有30%～45%合并左心功能不全，从而并发肺水肿[1]。因其发生机制的特殊性，一般强心、利尿效果不理想。为了更好地做好此类病人的护理，本文就我科1997年1月至2002年12月收治的101例尿毒症性肺水肿患者的护理总结如下。

1 临床资料

本组101例均为尿毒症患者，其中男67例，女34例，年龄9～82岁。原发病：慢性肾小球肾炎62例，狼疮性肾炎11例，糖尿病肾病9例，慢性肾盂肾炎6例，其它肾病13例。主要临床表现：发作时表现为呼吸困难、剧烈咳嗽、咳白色泡沫痰或粉红色泡沫痰、心率加快，出现舒张期奔马律，两肺底有湿罗音和哮鸣音，肺部X线为肺瘀血、肺间质水肿。其中84例伴有高血压，34例咳粉红色泡沫痰，无尿58例，少尿35例；代谢性酸中毒101例，严重贫血(血红蛋白≤60 g/L)86例，维持性血液透析45例。101例中抢救成功84例，死亡14例，自动出院3例.

2 讨论

尿毒症性肺水肿的发生与高血压、容量负荷增加、慢性贫血、电解质紊乱、甲状旁腺功能亢进等因素有关[2]。尿毒症并发高血压引起心室壁肥厚、心脏扩大，心肌耗氧量增加，导致心力衰竭；由于少尿无尿，不恰当的饮食和饮水，或透析间期过长，透析不充分[3]，使钠水潴留导致心室前负荷加重，左室舒张末容量增加，使心排血量、心肌耗氧量增加，久之，导致心力衰竭；因长期贫血使心肌缺血、缺氧、心肌功能减退，由于代偿性心率加快，使心排血量增加，从而导致心功能不全；因电解质紊乱(钾、钙、镁等)使心肌电及心肌兴奋性改变，从而导致心律失常和心功能不全。因此治疗高血压、纠正贫血，控制液体摄入量，规律血液透析，改善贫血症状，纠症电解质紊乱等对减少或避免肺水肿的发生至关重要。

3 护理

尿毒症性肺水肿的护理应重在预防，患者持续的高血压未得到纠正、无尿少尿未进行血液净化治疗，慢性贫血未得到改善、电解质紊乱未得到治疗等情况时应特别警惕肺水肿的发生。护理上注意以下几点：①取坐位或半坐卧位；②高流量吸氧，由于尿毒症性肺水肿者贫血严重，紫绀不明显，粉红色泡沫痰发生率也不高，有呼吸困难时先给予吸氧，没有泡沫痰者不宜用酒精，否则会使神志清醒的患者难受、烦躁，而收到事与愿违之果；③积极降压措施，有重度呼吸困难时应给予硝普钠或硝酸甘油静滴，使血压尽快到理想水平；也可用扩血管药物如依那普利、波依定及立其丁剂联合治疗后，症状轻者应用血管扩张剂，可常规使用消心痛、硝酸甘油或心痛定舌下含化；④镇静，安定10 mg静推或苯巴比妥钠10 mg、吗啡3 mg肌注，以达到解除病人紧张情绪的目的；⑤解除呼吸道痉挛，氨茶碱或喘定0.25 g加入葡萄糖注射液缓慢静推，必要时氢化考的松100 mg或地塞米松10 mg静脉注射；⑥慎用洋地黄类强心药，强心剂尤其西地兰类药物大部分从肾排出，尿毒症时排泄较慢，易产生洋地黄中毒；⑦纠正酸中毒，5%碳酸氢钠静滴或静推；⑧不常规使用利尿剂，因利尿药对绝大多数尿毒症终末期病人无效，且常用的利尿药如速尿有耳聋的副作用；⑨严重贫血者控制后，可输少量新鲜红细胞悬液，以改善心肌缺氧状态；⑩控制液体入量，及时纠正电解质紊乱，对纠正心律失常和增加心肌收缩力有效。上述综合措施效果不佳时宜尽快血液透析治疗，血液透析治疗尿毒症性肺水肿疗效显著，且安全可靠[4]。

总之，尿毒症病人突然出现气促、咳嗽、进行性呼吸困难是肺水肿的典型症状。牢记体位－吸氧－血管扩张药舌下含化这一应急抢救程序，护士应一边执行上述程序，一边报告医生。个体化用药原则，例如不盲目使用利尿剂、强心剂，做好透析准备工作，若保守措施无效，应即行紧急血液透析。

[收稿日期] 2003-10-15 [修回日期]2003-11-08

[参考文献]

[1] 任宏伟.尿毒症性心衰24例临床分析[J].中国临床医学，2001,8(6):683.
[2] 王海燕. 肾脏病学[M].第2版.北京：人民卫生出版社，1996.1428.
[3] 王秋云，姜继光，陈佩意. 68例次尿毒症合并急性心力衰竭的原因分析及对策[J]. 透析与人工器官，1998,(9)4:9-10.
[4] 钟建斌.28例尿毒症性重症心力衰竭患者血液透析的疗效[J]. 心血管康复医学杂志，2002,11(1):50-51.

(编辑：张天飞)