DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.12.035

论著

文章编号:1000-5404(2003)12-1104-03

101例尿毒症相关性肺水肿的特殊护理措施

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

提 要:目的 探讨尿毒症相关性肺水肿的特殊护理措施。方法 对尿毒症相关性肺水肿的护理除常规护理措施外,应做到以下几点特殊护理:①密切观察血压、血氧饱和度、近期尿量变化;②有效控制血压;③采取不同的透析方式适时适量透析超滤、加强透析中的护理;④改善全身营养状况,防止肺部感染;⑤牢记护理程序体位-吸氧-血管扩张药-血液透析;⑥严格控制入量。结果 101例病人中抢救成功84例,死亡13例,自动出院3例。结论 采取治疗和特殊护理对抢救尿毒症相关性肺水肿患者有较好效果。

关键词:尿毒症;相关性肺水肿;特殊护理
中图法分类号:R473.5;R541.6+3;R692.506 文献标识码:A

Special nursing for 101 patients with pulmonary edema related to uremia

WANG Dian-zhen, ZHAO Hong-wen, WU Yi, XU Ai-hua (Department of Kidney, Center of Urology, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

Abstract: Objective To explore special nursing measures for patients with pulmonary edema related to uremia. Methods Treatment and nursing were performed on 101 patients with pulmonary edema related to uremia. Results Of the 101 patients, 84 cases were rescued successfully, 13 cases were dead and 3 cases were discharged automatically. Conclusion When nursing for patients with pulmonary edema related to uremia, besides general nursing measures, the following aspects should be included: ① specially observing the blood pressure, arterial blood oxygen saturation and urine volume of patients; ② controlling the blood pressure of patients effectively; ③ dialysing or ultrafiltrating in proper manner and at proper time, meanwhile nursing carefully during dialysis; ④ ameliorating the general nutritional status of patients to prevent infection of the lungs; ⑤ keeping firmly in mind the care program: postur-sucking oxygen-drugs of vasodilatation-hemodialysis; ⑥ controlling water drinking.

Key words: uremia; pulmonary edema; special nursing

左心功能衰竭、肺水肿是尿毒症的常见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%出现左心功能不全[1],非规律透析或未透析者急性肺水肿的发生率更高,在肾移植术后延迟肾功能恢复时也经常并发肺水肿。因其发生机制有其特殊性,常规内科处理效果多不理想。为了更好地作好此类病人的护理,本研究就我科1997年1月至2002年12月抢救的101例尿毒症相关性肺水肿患者的特殊护理总结如下,供同行参考。

1 资料与方法

1.1 病人资料

本组101例发生肺水肿患者为我科1997年1月至2002年12月收治的慢性肾功能衰竭、尿毒症病人。原发病:慢性肾小球肾炎72例,高血压肾病11例,狼疮性肾炎6例,糖尿病肾病4例,慢性肾盂肾炎6例,其他肾病2例,慢性肾功能衰竭均诊断明确其中男67例,女34例,年龄9~82(37.2±18.4)岁。其中非规律透析组(为发生肺水肿时未接受透析和不规律血液透析者)70人,占69.3%,维持性血液透析组(每周2~3次,每次4 h)在肾移植术前1周内发生肺水肿23人,占22.8%,肾移植后延迟肾功能恢复(Delayed graft function, DGF)者8人,占7.9%。急性发作时有典型的急性肺水肿临床表现,端坐呼吸困难、咳嗽、咳白色或粉红色泡沫痰、心率加快,有时出现舒张期奔马律,两肺满布湿啰音和/或哮鸣音,肺部X线为肺淤血、肺间质水肿表现。合并高血压84例,代谢性酸中毒101例,无尿58例,少尿35例,严重贫血(血红蛋白≤60 g/L)86例。慢性肺水肿主要表现为反复咳嗽、咳痰,间断呼吸不畅甚至呼吸困难,活动后加重,休息时可有所缓解。

1.2 治疗方法

根据尿毒症病人的特殊性,除常规内科抢救措施外,对不规律透析组病人立即给予血液透析治疗,对合并高血压患者以

作者简介:王殿珍(1964-),女,四川省大邑县人,主管护师,主要从事护理管理工作方面的研究,发表论文10余篇。电话:(023)68754000-73085

收稿日期:2003-04-07;修回日期:2003-05-21

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

硝普钠静滴控制血压, 极严重贫血者迅速输血改善贫血和缺氧状况。维持性血液透析组合并慢性心功能不全, 在肾移植前发生肺水肿者在营养心肌、强心、控制血压和肺部慢性感染的基础上, 加强超滤。肾移植术后 DGF 患者, 常规给予持续性肾脏替代治疗(Continous renal replacement therapy, CRRT), 包括持续性静脉-静脉血液滤过(Continous venous venous filtration, CVVH)或高通量血液透析滤过(Hemodiafiltration, HDF), 缓慢超滤。

1.3　护理措施

除采取迅速而准确的常规护理措施如取坐位或半坐卧位、高流量吸氧、强心药、镇静、解除呼吸道痉挛、控制液体入量等外, 在尿毒症相关性肺水肿的各组, 护理有其特殊性。

1.3.1　密切观察肺水肿发生前症候变化　　尿毒症肺水肿病人有以下特征: 咳嗽咳痰增频或痰量增加, 出现气促、进行性呼吸困难、血压增高明显、血氧饱和度下降, 近期尿量减少或无尿、未进行规律血液透析、或合并发生肺部感染。护理中重点观察上述临床表现, 尤其注意观察氧饱和度, 当氧饱和度下降至 90%以下时, 短时间内即将会发生急性肺水肿, 应迅速采取措施。

1.3.2　控制血压　　有效控制血压在相对稳定水平, 给予最强的降压药物减轻心脏前后负荷, 对减轻心脏的负担、防止脑出血发生有重要意义。采用硝普钠或硝酸甘油迅速控制血压, 降低外周血管阻力, 减少回心血量。当收缩压降到 17.3~18.6 kPa(130~140 mmHg)时维持滴速并监测血压变化及时调整。当血压控制差且已出现急性左心衰的病人, 需要联合 2~3 种降血压药物剂量控制血压, 降低外周血管阻力和控制血容量, 降低心输出量。同时兼顾改善心肌营养。

1.3.3　根据病人病情采用不同的透析方式　　适时适量超滤、脱水可纠正肺间质水肿。普通透析对于血压高、容量负荷大、体质较好的病人, 能迅速改善体液潴留。不规律透析组的病人, 多为首次就诊或门诊透析, 到达医院时已出现肺水肿有典型症状, 而且多为高血容量, 这类病人普通透析效果显著。也可以用于肾移植前充分透析超滤, 辅以改善心肺功能, 治疗肺部感染, 以防使用一类有炎症因子释放综合征表现的免疫抑制剂如 OKT3 时, 发生致死性肺水肿。由于普通透析对血液循环和血压影响大, 对有血压下降的肺水肿患者, 大量超滤会导致血压进一步下降, 使透析不能完成, 应采取 CRRT 或阶梯式高钠低钠透析液进行透析, 缓慢性持续性血液透析滤过, 既可稳定血压, 又可较好将肺间质和细胞内水分吸入血管内, 并可对细胞进行清洗, 明显缓解肺水肿。维持血液透析病人并发急性左心衰竭, 多见于透析间期液体入量多或血压控制差的病人, 应迅速超滤脱水, 减轻心脏负荷; 超滤脱水至急性左心衰竭纠正, 再转为常规血液透析, 对肾移植术后延迟肾功能恢复(DGF)患者发生肺水肿时, 除常规控制水入量外, 应及时行 CRRT[2] 或 Online HDF[3], 以减少普通透析对移植肾血流的影响, 加速移植肾功能恢复。若 DGF 为急性排斥反应所致, 应以血浆置换为主。对慢性肺水肿病人缓慢超滤保持肺间质干燥, 对肺部感染的控制极为有利。

1.3.4　透析中护理　　尿毒症性肺水肿多为急诊透析, 应予心电、氧饱和度监护, 透析超滤以先快后慢的模式进行, 先迅速超滤出患者体内多余的水分, 减轻前负荷, 多数患者在透析开始后 1 h 左右肺水肿症状可有迅速缓解, 氧饱和度逐渐升高。初次透析尤其是症状非常严重的患者, 时间不宜过长, 一般 2~3 h, 否则易出现首次透析综合征, 加重症状, 可于近期再次透析超滤。对于严重贫血, 尤其是血红蛋白低于 40 g/L 时, 应尽快合血, 在肺水肿症状有好转时输入, 可以改善患者的缺氧状态, 但量不宜过多, 200~400 ml 较合适。透析后患者的生命体征还不完全平稳, 多数患者心率较快, 因此透析后仍应严密观察, 最好以心电血压和氧饱和度监护, 透析后如电解质正常, 可酌情应用小剂量强心剂。

1.3.5　改善全身营养状况, 防止肺部感染　　尿毒症病人合并有慢性贫血, 低蛋白血症明显者, 应纠正低蛋白血症和贫血状况, 减少肺水肿的发生。

1.3.6　急性肺水肿时的应急处理　　牢记体位-吸氧-血管扩张药这一应急抢救程序, 及时报告医生; 注意个体化用药原则, 例如不盲目使用利尿剂、强心剂; 做好透析准备工作, 若内科处理措施无效, 应紧急血液透析。肺水肿缓解后应加强病人教育, 服药时尽量少饮水, 少食含水多的水果、食物, 尤其要注意的是病人的文化层次不同, 教育的方法也要有区别。

2　结果

101 例中抢救成功 84 例, 死亡 13 例, 自动出院 3 例。其中不规律透析组死亡 11 例, 自动出院 2 例, 维持性血液透析组死亡 1 例, 自动出院 1 例; DGF 组除 1 例死于心功能不全合并严重肺部感染外, 其余肾功能在 4~20 d 逐渐恢复。

3　讨论

尿毒症相关性肺水肿的发生与高血压、容量负荷增加、慢性严重贫血、电解质紊乱、感染、甲状旁腺功能亢进等因素有关[4]。尿毒症并发高血压引起左心室肥厚、心脏扩大, 心肌耗氧量增加, 严重贫血时血液携氧量不足, 进一步加重心肌负担; 由于少尿甚至无尿, 又未严格限制饮食和水摄入, 或透析间期过长, 透析不充分[5], 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; 长期贫血使心肌缺血、缺氧、心肌功能减退, 且代偿性心率加快, 使心排血量增加; 电解质紊乱(钾、钙、镁等)使心肌电活动及心肌兴奋性改变, 最终导致心律失常和心功能不全。因此治疗高血压、改善贫血症状、控制液体摄入量、纠正电解质紊乱、血液透析治疗是尿毒症性肺水肿治疗主要措施[6]。规律性血液透析, 对减少或避免肺水肿的发生至关重要, 应提倡。尿毒症水钠潴留、尿毒性肺水肿、慢性肺间质水肿等因素, 易导致并发肺部感染, 应加强感染控制。由于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, 所以不常规使用利尿剂。血液透析中发生急性左心衰与患者本身存在严重高血压、心包积液、心功差及在透析中激活肾素-血管紧张素系统有关, 对此类病人透析

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

中应严密观察血压，若有突然血压极度升高则有出现脑出血和心源性猝死的可能。

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] Gilbert R W, Caruso D M, Foster K N, *et al*. Development of a continuous renal replacement program in critically ill patients[J]. Am J Surg, 2002, 184(6): 526—532.

[3] Ding Feng, Ahrenholz Peter, Winkler-Roland E, *et al*. Online hemodiafiltration versus acetate-free biofiltration: a prospective crossover study[J]. Artif Organs, 2002, 26(2): 169—180.

[4] 王海燕. 肾脏病学[M]. 第 2 版, 北京: 人民卫生出版社, 1996. 1428.

[5] 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, 4(9): 9—10.

[6] 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 张大春）

个案与短篇

文章编号：1000-5404(2003)12-1106-01

电子喉镜和纤维喉镜下摘除声带良性增生性病变的围手术期护理

Perioperative nursing for patients after benign hyperplasia removal under electrolaryngoscope and fibrolaryngoscope

黄茂华，黄 敏，黄青平，陈小宏，肖 利，陈 媛 （第三军医大学附属西南医院耳鼻咽喉科，重庆 400038）

临床上声带息肉、小结、乳头状瘤等声带良性增生性病变治疗方法较多，可以分别采用直接喉镜、间接喉镜、显微支撑喉镜、纤维喉镜、电子喉镜等进行手术摘除。我科于 1989 年 2 月至 2002 年 4 月，在电子喉镜和纤维喉镜下对 280 例声带良性增生病变进行了手术摘除，取得了较理想的效果。现将围手术期护理体会报告如下。

1 临床资料

本组病例共 260 例，纤维喉镜下手术摘除 207 例，电子喉镜下手术摘除 53 例。男 99 例，女 161 例；年龄 16～65 岁，声嘶 2 周至数年不等；其中声带小结 87 例，声带息肉 138 例（其中基底较宽者 20 例，占 14.4%），乳头状瘤 20 例，声带囊肿 15 例。

门诊患者取坐位，用 1%丁卡因对鼻、咽、喉进行表面麻醉。术者采用 OLYMPUS ENF TYPE1T10 纤维鼻咽喉镜或 PENTAX VNL-1530T 电子鼻咽喉镜下摘除声带病变组织。

2 护理体会

心理指导：术前患者常有紧张情绪，担心手术的安全性及术后复发等心理问题[1]，给病人做必要的讲解，嘱患者调整情绪，消除紧张、恐惧心理，术中尽量放松，平静呼吸，主动配合治疗等。

手术当日给予易消化高蛋白饮食，增加病人耐受力，以免手术中因饥饿致低血糖反应而终止手术。合理使用抗生素：因手术部位不能常规进行消毒，对炎症及肿胀明显的患者术前予抗炎治疗，防止继发感染。

备齐急救药品及器材，包括氧气，气管切开包等，嘱病人与医护人员配合，护士应分散病人注意力，可以减轻其疼痛。护士与医生密切配合，当好助手，并及时吸出分泌物，防止窒息。术中密切观察病人病情变化，通过用语言与病人不断交流，发现异常，及时配合医生抢救。术后嘱病人休息 1～2 h，密切观察病情变化：观察有否呼吸困难及出血情况等。术后 2 h，无吞咽梗阻感可进食：先流质，后普食，忌辛辣食物。合理用声："不能不说话，不能多说话"，如果不说话，声带活动过少，容易使局部形成粘连，甚至瘢痕形成；如果大声或多说话，有可能加重声带水肿，使局部伤口恢复缓慢。术后常规口服抗生素药物 2～5 d，有利于伤口的愈合。

3 讨论

本组病人术中无呼吸困难，无明显出血，术后患者当时发音均有不同程度好转，嘱口服消炎药，部分患者可在术后 2 d 内因声带肿胀致发声困难加重，其后逐渐恢复。术后半年随访，无复发。

纤维或电子喉镜下行声带良性增生性病变手术，适应于增生病变部位较局限的患者，不适应广基型病变及声带发炎、肿胀者。手术采用喉部局麻较全麻下显微支撑喉镜手术安全，手术反应轻，并发症极罕见（本组无并发症发生），是广大患者乐于接受的治疗方案。电子喉镜较纤维喉镜功能更先进，显示屏图像清晰，直观，有利于操作，患者痛苦小，是目前最先进的仪器之一。

操作者动作应轻柔，护士应密切观察病情，做好心理护理及手术前后健康教育。

关键词：喉镜；声带；良性增生性病变；护理
中图法分类号：R473.76 文献标识码：B

参考文献：

[1] 黄茂华，袁雪琴. 浅谈声带息肉围手术期的护理[J]. 解放军护理杂志, 2002, 19(2): 46.

（编辑 张 宁）

作者简介：黄茂华（1963—），女，四川省绵阳市人，主管护师，主要从事耳鼻咽喉临床护理及管理方面的研究。电话：(023)68754406

收稿日期：2003-02-18；修回日期：2003-05-12

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net