

100.00%, 高于对照组的 90.48%。研究组无并发症发生优于对照组, 差异具有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 治疗有效率及并发症情况[n(%)]

组别	n	近期有效率	远期有效率	并发症
研究组	21	21(100.00)	21(100.00)	0(0.00)
对照组	21	21(100.00)	19(90.48)	2(9.52)
P		>0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

支气管内膜结核患者临床多采取超声雾化、抗结核化疗、内镜药物注射等方式进行治疗, 近年来随着内镜技术的日益完善^[7], 镜高频电灼联合化疗已成为一种临床常用的治疗方式^[8-9]。由于该治疗方式应用较晚, 在临床护理模式上研究相对缺乏。本研究以本院 2011 年 2 月至 2013 年 2 月收治的 42 例支气管内膜结核患者为研究对象, 对其分别实施了常规性护理和全面护理干预, 比较了两种护理模式的临床效果。结果显示, 实施全面护理干预的研究组, 在肺功能改善和治疗有效率方面均明显优于常规护理对照组, 差异具有统计学意义($P<0.05$)。说明有效的护理干预对于促进患者康复, 减少并发症具有积极意义。在围术期对患者进行全面心理疏导、健康教育和并发症预防护理, 是治疗成功的保障。

总之, 采用内镜高频电灼联合化疗治疗支气管内膜结核安全有效, 围术期对患者提供全面护理干预, 对于改善治理效果、提高患者护理满意率具有积极意义。

参考文献

[1] 孙兆玲. 纤支镜治疗支气管内膜结核的护理体会[J]. 职

业与健康, 2007, 23(9): 777-778.

[2] 张廷梅, 吴鉴文, 袁国琴, 等. 经气管镜介导高频电治疗支气管内膜结核[J]. 贵阳医学院学报, 2005, 13(2): 152.

[3] 邓群益, 蔡雄茂, 邓永聪, 等. 内镜下高频电刀治疗气管-支气管结核的初步临床观察[J]. 临床肺科杂志, 2008, 13(1): 53-55.

[4] 李强. 呼吸内镜学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2003: 207-208.

[5] 苏月巧, 蔡兰英, 赵连萍, 等. 32 例支气管内膜结核经支气管镜高频电灼治疗的护理[J]. 中华护理杂志, 2007, 42(5): 431-432.

[6] 肖芑, 赵自洁, 张言斌, 等. 支气管结核的微波介入治疗[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2003, 26(2): 116-117.

[7] 郭纪全, 陈正贤, 高兴林, 等. 经纤维支气管镜激光治疗气道内阻塞性病变并发症分析[J]. 中国内镜杂志, 2002, 8(10): 58-59.

[8] 李强, 刘忠令, 白冲, 等. 支气管结核腔内支架置入疗法适应证的掌握及其疗效评价[J]. 第二军医大学学报, 2004, 25(7): 705-708.

[9] Iwamoto Y, Miyazawa T, Kurimoto N, et al. Interventional bronchoscopy in the management of airway stenosis due to tracheobronchial tuberculosis[J]. Chest, 2004, 126(4): 1344-1352.

(收稿日期: 2013-05-23 修回日期: 2013-09-15)

危重型肾综合征出血热患者无肝素连续性静-静脉血液过滤治疗的并发症

罗 琛, 鱼丽荣[△], 张小艳, 王 静(陕西省咸阳市中心医院感染科 712000)

【摘要】 目的 探讨危重型肾综合征出血热患者进行无肝素连续性静-静脉血液过滤(CVVH)治疗的并发症和护理措施。方法 选取 2011 年 4 月至 2013 年 1 月收治的经由无肝素 CVVH 治疗的 120 例危重型肾综合征出血热的患者, 分析其并发症, 并提出护理方法。结果 120 例中有 67 例出现类型不一的并发症, 其中低血压 11 例, 占 16.4%; 穿刺的局部感染 10 例, 占 14.9%; 管路凝血 23 例, 占 34.3%; 穿刺位置出血 15 例, 占 22.5%; 脱管 8 例, 占 11.9%。结论 危重型肾综合征出血热患者在行无肝素 CVVH 治疗时需注重上述并发症并及时采取有效护理措施。

【关键词】 危重型肾综合征出血热; 无肝素; 静脉血液过滤; 并发症

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.01.061 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)01-0121-03

危重型肾综合征出血热是一种急性传染病, 临床上有发热、出血、低血压及肾脏损害等主要表现, 按病情轻重分轻型、中型、重型和危重型。连续性静-静脉血液过滤(CVVH)是模拟常态化肾小球过滤功能^[1], 把血液引向一个高能量、低阻力、小型的过滤器, 促使血液内部的水分持续地被过滤, 在这期间, 体内刚刚得到的置换液可把残留的水及氮产物排至体外, 以便于达到酸碱平衡的状态^[2]。早在 20 世纪 70 年代后期, CVVH 技术便在危重型肾综合征出血热的治疗中得以应用。在 21 世纪的今天, CVVH 治疗的优点已逐步显现, 即便是体外循环, 对于血流动力学的影响也极小, 对于危重型患者较为便捷与有

效。不过随着 CVVH 治疗时间的延长, 也会不可避免地产生一系列并发症, 比如局部性感染、管路凝血、出血等。为有效地熟知与掌握 CVVH 在危重型肾综合征出血热治疗中的并发症, 作者回顾性分析 2011 年 4 月至 2013 年 1 月收治的经由无肝素 CVVH 治疗的危重型肾综合征出血热的患者 120 例, 现将结果报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 4 月至 2013 年 1 月收治的经由无肝素 CVVH 治疗的危重型肾综合征出血热的患者 120 例, 其中男 78 例, 女 42 例, 年龄 18~63 岁, 平均(49.3±9.8)岁,

[△] 通讯作者, E-mail: 610573700@qq.com.

所有患者均存在出血倾向。其中,在危重型患者中,患难治性休克有 8 例;出血现象严重、有重要脏器出血 13 例;肾损伤极为严重,少尿超过 5 d 的 23 例,尿闭 2 d 以上的 19 例,心力衰竭 37 例;肺水肿 8 例;患有中枢神经系统合并症 12 例。无肝素 CVVH 治疗的时间依据患者病情调整,每次 24~72 h,部分患者进行重复多次治疗。

1.2 护理方法

1.2.1 有效防范感染 确保接头与导管出口、过滤器同管路的有效连接与消毒,坚持每天消毒置管口,每一次治疗完成后要消毒接口部位,动静脉管需借助肝素进行合理封管,并用无菌敷料予以覆盖,用胶布使其牢固,切实防止污染、弯曲与漏血,对穿刺位置出现血液外渗者,用手进行压迫以有效止血,无菌敷料也应及时更换^[3]。置换液要现配现用。

1.2.2 密切注重病情的变化,确保血路畅通 由于危重型肾综合征出血热的临床特征,需要护士定期巡防,尤其当有多位患者行透析时,更要在每 6~10 min 探测 1 次生命体征,以期尽早发现低血压现象^[4]。凝血十分容易出现在血液过滤器中,所以必须认真查看血液过滤器盖上的血液分配的匀称程度,过滤器的纤维色泽是否呈深色,过滤而来的血液是否畅通。通过这一系列的举措监测是否有凝血的发生,同时还需防范高蛋白等液体,避免滤器凝血于血液通路。

1.2.3 做好基础护理与监护工作 CVVH 治疗所用时长为 24 h 以上,患者长期取同一个体位必定会感觉厌倦与烦躁。基于此,可通过气垫床减轻局部压力,在治疗得以顺利开展的前提下更换体位,使肢体得到按摩。在这期间,护理人员需悉心呵护患者,给予其更多的心理慰藉,力促患者缓解紧张感和焦虑感,对少数病情危重、无法使用口语进行表达或借助呼吸机的患者,必须做好妥善的互动与沟通,还可运用束缚带保持肢体停留于最优治疗状态,避免体外循环管路不畅通的发生。危重患者自身较为脆弱的血流动力学变换会加剧病情,体外循环中血流量的调整和完毕时的回血全过程,均易导致血流动力学迅速发生变化^[5]。另外,血液同耗材接触时还可引致机体反应,产生呼吸浅表、焦虑和皮疹等现象,必须密切监测血压、心率以及意识等生命体征的变化,并记录。对于低血压或者血压变化明显的患者,必须借助于清蛋白、血浆等血液制剂补充血容量,并仔细监测进入量和脱水量是否达到平衡,切实防止脱水速度过快、血压波动的情况发生。

1.2.4 保证 CVVH 体外循环通畅 仔细监测静脉壶的压力,避免管路及透析器的凝血,确保血流量达到充足的状态。对于血流动力学稳定的患者,力求将血流量维持在 245 mL/min 以上。行无肝素 CVVH 透析治疗者,需用 19 mg 肝素加 500 mL 生理盐水预冲管路及过滤器,并循环 10~30 min,然后用生理盐水 500 mL 冲洗,并行 CVVH 治疗。仔细观察过滤器是否有凝血的指征,主要看过滤出的液体能否顺畅以及滤器有无血凝块;过滤器里的血液颜色有无变暗。当无法明确过滤器有无凝血时,可用止血钳把动脉端夹紧,用生理盐水迅速把过滤器冲洗干净以便观察。在行 CVVH 治疗中,需隔绝血路中的空气,以防血路出现凝结,每一个接口均应相连紧密。

1.2.5 准确计算出入量,维持液体的平衡状态 要注重区别白天 CVVH 和 24 h CVVH 液体平衡办法的差异。日间 CVVH 的治疗通常在 8 h/d 以上,用于液体交换量在 15~23 L/d,这一办法能最大程度地确保患者夜间的休息质量,也减少护理工作量,有利于 CVVH 过滤器以及管路的重复性运用,尽早地将过滤器内部的凝固血液予以清除掉,完善过滤器对流与吸附的基本功能,削减经费开支。但需做到让每一类治疗同液体

的分配均匀,并在规定的时段内结束。对于 24 h CVVH,每一类液体需平均分配至 24 h 内,假若超出过滤量较多,则血容量同样会在短时期内下降,血压降低,静脉压降低也能导致低血压休克现象的出现;反之,如若输液量超出规定值,患者也会出现肺水肿与心力衰竭等症状。

2 结果

CVVH 治疗法的实施采用吸附法与生理盐水的冲刷法相结合,在无肝素 CVVH 治疗中,共产生各种类型的并发症 67 例,其中低血压 11 例,占 16.4%;穿刺的局部感染 10 例,占 14.9%;管路凝血 23 例,占 34.3%;穿刺位置出血 15 例,占 22.5%;脱管 8 例,占 11.9%。

3 讨论

危重型肾综合征出血热患者,有明显的出血倾向,并且血压波动较为明显,所以需要采用无抗凝或血流稳定的透析办法^[6],无肝素 CVVH 主要应用于危重型肾综合征出血热中,通过研究应用中出现的并发症,明确了相应的护理措施。

根据统计的结果,发生率比较高的并发症是管路凝血、局部出血、低血压、局部感染和脱管等。CVVH 管路凝血和其平均透析时间久、不具备全身肝素抗凝,以及为维持血流的稳定所采用的低血液流动速度的透析方法、低压力相关联。穿刺方位出血的直接原因是危重型肾综合征出血热,同 CVVH 的实际应用联系不大,低血压的出现与行无肝素 CVVH 的治疗较为密切,也同危重型出血热的病症相关。CVVH 使血液流到体外,但又限制了液体进入量,较易导致低血压。长期置管同穿刺位置的感染息息相关,尤其是当创痕处出现血液渗透时,血液会充当优质的培养基,给细菌的滋生、繁衍提供了便利的环境^[7]。

针对高新陈代谢、血流欠平稳的危重型肾综合征出血热的患者,首要的治疗措施是行 CVVH 治疗。相较于传统意义上的血液透析,CVVH 的主要优势在于水分与溶质的清除是连续性的、较为平缓的,这就有力地防止体液同溶质的较大起伏,减缓渗透压的波动,使血流动力学得以平稳,进而获得较为理想的清洗溶质的效果^[8-9]。所以说,在疗效无差别的前提下,优先选用无肝素 CVVH 并强化护理工作,最大限度地避免并发症的出现,便能成为治疗肾衰竭合并危重型出血热的新方法。

参考文献

- [1] 孙雪峰,苏金环.持续性肾脏替代治疗处方的设定和抗凝策略[J].中国实用内科杂志,2009,29(8):700-702.
- [2] 陈彦茹,陈念嫦,郑小燕.无肝素 CRRT 治疗肝移植术后急性肾功能衰竭的护理[J].实用医技杂志,2012,13(5):814-815.
- [3] 张蔚.连续性肾脏替代治疗的并发症及护理[J].山东医药,2011,47(15):85-86.
- [4] 唐智妮,黄贤慧.连续肾替代疗法治疗烧伤脓毒症的护理[J].第三军医大学学报,2013,25(16):1478.
- [5] 闫晓蕾,于洋,张明,等.连续性肾脏替代治疗在心脏术后并发急性肾功能衰竭患者治疗中的应用[J].中华心血管病杂志,2012,33(5):463.
- [6] 高杰,朱凤雪,朱继业,等.连续肾脏替代治疗在肝移植围手术期的应用[J].中华普通外科杂志,2009,20(6):359-361.
- [7] 廖松,米存东,赖月玲,等.连续性肾替代治疗中抗凝剂应用探讨[J].护士进修杂志,2013,18(10):940-941.
- [8] Lindhout T. Biocompatibility of extracorporeal blood treat-

ment[J]. Nephrol Dial Transplant, 2009, 19(21): 188-191.

[9] Boisclair MD, Lane DA, Philippou H, et al. Thrombin production, inactivation and expression during open heart surgery measured by assays for activation fragments in-

cluding a new ELISA for prothrombin fragment [J]. Thromb Haemost, 2010, 19(13): 257-262.

(收稿日期: 2013-06-04 修回日期: 2013-09-05)

安置心脏起搏器患者行前列腺电切术的护理

金武烱¹, 胡 华¹, 吴嗣清¹, 杨利君¹, 钟 斌², 张雪飞³ (重庆市第五人民医院: 1. 泌尿外科; 2. 心内科; 3. 麻醉科 400062)

【摘要】 目的 探讨安置心脏起搏器患者施行经尿道前列腺电切术(TURP)的护理。**方法** 采用心理干预和支持, 进行体力状况评分, 充分术前常规准备, 做好心脏起搏器护理, 术后严密监测生命体征。**结果** 患者手术过程顺利, 术中生命体征平稳, 术后恢复良好。**结论** 只要充分做好术前准备、术后精心护理, 留置心脏起搏器并非 TURP 的绝对禁忌证, 可以安全地进行 TURP 手术。

【关键词】 经尿道前列腺电切术; 前列腺增生; 起搏器; 护理

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 01. 062 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)01-0123-02

经尿道前列腺电切除术(TURP)至今仍然是治疗良性前列腺增生症(BPH)最常见和有效的方法, 而安置心脏起搏器患者行 TURP 临床护理报道不多见^[1-2], 给专科护理带来一定难度。本科从 2002 年 11 月至 2013 年 4 月共收治疗 11 例该类患者, 取得了较好的效果, 现将临床护理报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2002 年 11 月至 2013 年 4 月收治的安置心脏起搏器患者施行 TURP 11 例, 年龄 62~94 岁, 平均 80 岁。有尿潴留 6 例, 5 例严重下尿路症状(LUTS), 国际前列腺症状评分(IPSS) 平均 25 分(22~30 分)。直肠指检前列腺增大, I 度 4 例, II 度 5 例, III 度 2 例。血清前列腺特异性抗原(PSA): 3 例分别为 121.98、19.94、13.1 ng/mL, 8 例 PSA 值正常。合并有高血压 3 例, 腹股沟斜疝 1 例, 糖尿病 1 例。

1.2 方法 8 例安置临时起搏器中 3 例为病态窦房结综合征, 1 例冠心病、陈旧性前壁心肌梗死, 完全性左束支阻滞, 频发室早, 2 例 III 0 AVB; 2 例 II 0 AVB, 3 例因病态窦房结综合征院外安置永久性起搏器。按 TURP 危险分度, 均为 III 级高度手术危险。美国麻醉师协会(ASA)麻醉危险体质状况分级为 IV。Karnofsky 体力状况评分: 4 例 30 分, 3 例 40 分, 3 例 60 分, 1 例 20 分。8 例安置临时起搏器患者手术当日由医师及护士先护送入介入治疗室, 由心内科医师行右侧股静脉穿刺, 植入电极导管至右心室心尖部, 起搏参数根据患者病情设定, 固定好起搏器, 护送到手术室。

持续硬膜外麻醉, 术中用心电监护仪密切观察生命体征。设置高频发生器电切功率为 120~140 W, 电凝功率为 60~80 W, 术中常规 30 min 后给予呋塞米、高渗盐水预防稀释性低钠血症(经尿道电切综合征, TURS)^[3]。1 例前列腺癌患者同时行双侧睾丸切除术, 1 例同期行无张力腹股沟疝修补术。术后放置三腔气囊尿管行膀胱持续冲洗。右下肢制动, 固定好起搏器, 观察起搏参数。

2 结 果

手术时间为 53.1 min(30~120 min)。未输血。无手术并发症发生。安置临时起搏器 8 例患者, 停用临时起搏器取除电极导管时间为 31 h(23~54 h)。术后保留尿管持续膀胱冲洗平均 4.9 d(3~8 d)。术后住院天数为 7 d(4~10 d), 总住院日为 15.1 d(9~20 d)。术后拔除尿管后均能自行排尿, 尿流畅, 出院时测残余尿平均 10 mL(0~50 mL), LUTS 明显改

善。痊愈出院, 住院期无一例死亡。病理报告 9 例 BPH, 2 例前列腺腺癌。

3 讨 论

3.1 详细了解患者病情, 做好心理护理 BPH 患者病程较长, 长期受排尿异常的困扰, 又同时合并心脏疾病, 造成患者较大的精神压力以及身体上的痛苦。针对此特点, 术前医护人员对患者进行有效的心理干预, 积极心理支持, 充分交流沟通, 建立起良好的医患关系。讲解 TURP 和起搏器健康教育知识, 手术需安置起搏器的原因, 以及手术的过程、方法和注意事项, 列举成功病例以解除患者紧张、恐惧、焦虑的情绪, 树立康复的信心。刘鸣娣等^[4]认为系统实施心理护理干预能有效降低心脏起搏器植入术围术期患者的焦虑、抑郁程度, 是一种有效可行的护理措施。

3.2 对每例患者采用 Karnofsky 体力状况评分 张军龙等^[5]认为体力状况差的患者, 发生围术期心血管疾病的事件增加。本组研究对象是平均年龄为 80 岁高龄患者, 其中 2 例 90 岁以上, 同时合并有感知能力和认知能力下降。根据评分情况, 本组患者均生活不能自理, 需特别照顾及治疗。重点预防患者坠床, 下床活动、入厕时摔伤等, 同时加强患者的生活和基础护理, 协助患者沐浴或清洁会阴部。指导患者多饮水, 食入易消化食物, 保持大便通畅。协助完善术前各项检查。

3.3 充分术前常规准备, 制订个体化的护理计划 患者在 BPH 疾病的基础上合并有严重的心脏疾病, 在重视专科术前常规准备护理的同时应制订心脏起搏器的护理计划。参与本科与心内科、麻醉科医师会诊, 掌握心脏起搏器的护理观察要点, 做好应急预案。术前手术部位常规备皮, 建立有效的静脉通路。备好心电血压监测等抢救所需仪器和药品, 连接好心电监护仪。手术当日护士陪送患者到介入室, 完成安置临时起搏器后, 由医师护士直接送到手术室, 以保证护送途中患者的安全。

3.4 术后严密监测, 预防并发症发生

3.4.1 加强起搏器的管理 本组 8 例临时起搏器右侧股静脉穿刺, 起搏器常规固定于患者右侧大腿, 限制下肢肢体活动以防电极脱位。采用优力舒弹力绷带固定临时起搏器导管^[6], 能有效防止了电极移位及导管脱出, 保证了护理安全。如监护频率低于设定频率, 应首先检查各处连接是否稳妥和电量情况, 怀疑电极偏离或脱位, 应立即报告医师。高龄患者行 TURP