

患者在不同健康照护场所及同一健康照护场所,获得不同水平的协作性与连续性护理。通过经验、关系、弹性、信息等 4 个方面的延续,确保患者可以借鉴以往经验,顺利地评价护理工作进展,使患者和服务提供者之间存在的继续治疗关系,使服务模式和内容随着时间及患者需求的不同,而不断地调整,跟随患者健康照护场所的变动,而相应调整信息,形成跟随患者健康照护场所不断变动的动态、持续性护理,使患者大脑形成持续的信息。连续性护理还包括,对患者社区医疗机构的帮助,带患者出院后,所在社区医院亦能为患者提供医疗护理服务。

本组研究证实,两组护理干预后治疗依从性和生活质量比较差异有统计学意义($P<0.05$),护理干预后观察组治疗依从性和生活质量明显高于对照组。护士在进行预见性临床护理路径干预时应向患者讲清心律失常病变的特点,对患者进行连续且有效的健康教育和护理干预,使心律失常病变的防护知识如饮食、控压、降脂等,深入患者头脑之中,并通过有效沟通,使患者树立战胜疾病的信心,使患者积极地配合治疗,从而增加其治疗的依从性。

总之,连续细节护理模式对心律失常患者进行护理干预,能有效控制预防病情发生和进展,提高患者满意度,值得在临床上广泛推广和应用。

参考文献

[1] 张劲林,苏晞,唐成,等.肺静脉间嵴消融在肺静脉线性隔

离术中的应用[J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志,2010,24(4):325-328.

[2] 邹红雁,王蓓,张华. 心脏介入手术围术期血管迷走反射的护理[J]. 上海护理,2009,9(2):38-39.

[3] 中华医学会心血管病学分会. 经皮冠状动脉介入治疗指南(2009)[J]. 中华心血管病杂志,2009,37(1):4-25.

[4] 朱达霞. 老年冠心病患者介入术后并发造影剂肾病的预防及护理[J]. 当代医学,2011,14(2):45-46.

[5] 张秀锦,李小鹰. 老年心房颤动患者抗凝治疗影响因素分析[J]. 中华保健医学杂志,2009,11(3):183-185.

[6] 中华医学会心血管病学分会. 高血压左室肥厚伴左心衰诊断治疗指南[J]. 中华心血管病杂志,2010,35(12):1076-1095.

[7] 黄红连. 护理干预对心脏介入治疗并发症的影响[J]. 岭南心血管病杂志,2011,17(6):510-511.

[8] 章丽丽. 心脏介入手术后预防尿潴留的护理干预[J]. 安徽医药,2011,15(11):133-134.

(收稿日期:2014-04-27 修回日期:2014-06-10)

难治性肾病综合征临床护理用药方法及其疗效

李 萍,黄 英(重庆市第九人民医院 400700)

【摘要】 目的 探讨难治性肾病综合征(RNS)的临床护理用药的手段和必要性。**方法** 对 2011 年 9 月至 2013 年 9 月来本院接受治疗的 138 例难治性肾病综合征患者的临床护理用药进行了回顾性分析。随机分为实验组和对照组,对照组给予常规激素治疗以及常规的心理护理、饮食护理和病室环境护理等,实验组在对照组治疗和护理的基础上,针对不同并发症及药物不良反应给予针对性的药物护理。两组疗程均为两周。**结果** 实验组患者血浆清蛋白的上升率和尿蛋白的下降率明显高于对照组患者,实验结果差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 在对难治性肾病综合征患者进行临床护理过程中使用科学的药物护理手段对提高疗效、达到治愈有积极作用。

【关键词】 难治性肾病综合征; 临床护理; 感染; 高脂血症; 并发症
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.16.061 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)16-2326-02

难治性肾病综合征(RNS)是由多种病因引起的一组临床症候群,其最基本的特征为“三高一低”,即大量蛋白尿、低蛋白血症、高度水肿和高脂血症^[1-2],也以其他代谢紊乱为特征。难治性肾病综合征患者常伴有感染、血栓及栓塞、蛋白质及脂肪代谢紊乱等并发症^[3-4],同时,治疗难治性肾病综合征的首选药激素又往往导致糖皮质激素性骨质疏松症(GIOP),具有较高的致残率^[5]。这些都是影响长期预后的重要因素,应采取综合治疗的方式。在临床护理过程中要合理用药以减少或防止并发症的出现,同时重视各种药物的配伍禁忌及不良反应等。笔者对 2011 年 9 月至 2013 年 9 月来本院接受治疗的 138 例难治性肾病综合征患者的临床护理用药进行了回顾性分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 符合诊断标准的患者共 138 例,随机分为实验组和对照组,每组各 69 例。实验组男 41 例,女 28 例;年龄

25~73 岁,平均(45.1±6.7)岁。对照组男 37 例,女 32 例;年龄 23~87 岁,平均(47.2±7.3)岁。所有患者均排除严重心功能不全、肝肾衰竭、严重高血压和严重感染。两组性别、年龄、病程等比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参考人民卫生出版社出版的《内科学》中有关难治性肾病综合征的诊断标准^[6],尿蛋白大于 3.5 g/d,血浆清蛋白小于 30 g/L,血胆固醇大于 5.7 mmol/L,且伴有不同程度的水肿。

1.3 治疗方法 对照组给予常规激素治疗,并给予常规的心理护理、饮食护理和病室环境护理等;实验组在对照组治疗和护理的基础上,针对不同并发症及药物不良反应给予针对性的药物护理。感染时,入组前进行药敏检查,根据药敏结果选择抗菌药物。选择无肾毒性抗菌药物。青霉素类药物临床使用必须现配现用,30 min 内滴完。严重感染难控制时应考虑减少或停用激素。血栓及栓塞时,当血浆白蛋白低于 20 g/L 时

可给予肝素钠或低分子肝素皮下注射或口服华法林,必要时辅以口服双嘧达莫或阿司匹林。对已发生血栓及栓塞者应给予尿激酶(现配现用,不可过度震荡)。准确计算给药剂量且滴注时注意调节速度,避免发生出血。蛋白质及脂肪代谢紊乱时,ACEI 及血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂联合黄芪的中西药联合调整。糖皮质激素性骨质疏松症时,口服阿仑膦酸钠片 10 mg,1 片/天,空腹服用,服药后至少半小时内禁止平躺和进食。避免与钙同时服用。两组疗程均为两周。

1.4 考察指标 将治疗和临床护理后患者尿蛋白的下降率和血浆清蛋白的上升率作为考察和评价指标。

1.5 统计学方法 采用 SPSS15.0 统计软件进行统计分析,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

两组患者在治疗和临床护理前后,尿蛋白和血浆清蛋白的变化率详见表 1。结果表明,实验组患者血浆清蛋白的上升率明显高于对照组患者,实验组患者尿蛋白的下降率明显高于对照组患者,两组结果差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 两组患者治疗和护理前后尿蛋白和血浆清蛋白变化比较

组别	指标	n	前	后	变化率(%)
实验组	尿蛋白(g/d)	69	6.2	1.3	-79.03
	血浆清蛋白(g/L)	69	20.6	37.7	+83.01
对照组	尿蛋白(g/d)	69	5.8	2.8	-51.72
	血浆清蛋白(g/L)	69	21.9	31.6	+44.29

3 讨 论

难治性肾病综合征为临床常见病、多发病。难治性肾病综合征治疗时间较长,需要使用激素,每日服药的种类多、次数多,因此具有并发症多、治疗不良反应大、复发率高等特点^[7-8]。难治性肾病综合征患者通常伴有感染、血液高凝状态、静脉血栓形成、蛋白质及脂肪代谢紊乱、糖皮质激素性骨质疏松症等并发症。患者易发生感染主要是因为尿液中大量的 IgG、转铁蛋白和锌流失以及机体非特异性免疫应答能力减弱^[9]。患者血液常处于高凝状态,主要是由于血中凝血因子的改变,包括Ⅸ、Ⅺ因子下降,V、Ⅷ、X 因子、纤维蛋白原、β-血栓球蛋白和血小板水平增加,血小板的黏附和凝集力增强,抗凝血酶Ⅲ和抗纤溶酶活力降低^[10-11]等原因,高凝状态的血液和静卧休息导致患者静脉血栓的发生率大大增加。难治性肾病综合征患者常伴有高脂血症,其机制还不太清楚,可能与肝脏代偿性合成增加与外周分解利用减少有关,长期可造成动脉硬化性并发症,其危害不容忽视。糖皮质激素治疗原发性难治性肾病综合征(无血尿、无持续性高血压及肾功能不全)有较好效果,临床早已广泛应用,而糖皮质激素的不良反应也随之而来。骨质疏松是糖皮质激素最常见的不良反应之一,也是灾难性的不良反应。有数据显示,口服任何剂量糖皮质激素的患者都有可能出现骨量丢失、骨重建功能减退,使骨的脆性增加^[12-13]。接受糖皮质激素治疗 1 年以上的患者骨质疏松发生率高达 30%~50%,而超生理剂量的糖皮质激素更是对骨组织的发育和生长有着非常不利的影响。

本研究针对难治性肾病综合征患者的不同并发症,综合考

虑药物不良反应,给予患者针对性的药物护理。对于感染,采用无肾毒性抗菌药物治疗;对于血栓和栓塞,使用相对分子量低的肝素和尿激酶对抗;对于蛋白质及脂肪代谢紊乱,采用 ACEI 及血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂联合黄芪的中西药结合手段调整;针对糖皮质激素性骨质疏松症,采取口服阿仑膦酸钠片进行治疗。经过针对性护理的患者预后良好。实验结果显示,实验组患者血浆清蛋白的上升率和尿蛋白的下降率明显高于对照组患者,两组结果差异有统计学意义($P<0.05$)。研究说明在对难治性肾病综合征患者进行临床护理过程中使用科学的药物护理手段对提高疗效、降低药物不良反应有着积极的作用。

参考文献

[1] 孟海华. 80 例肾病综合征患者脂质与蛋白质检测分析[J]. 检验医学与临床, 2009, 6(23): 2054.

[2] Debbie SG, Kassandra LM, Cheryl LT, et al. Inpatient Health Care Utilization in the United States Among Children, Adolescents, and Young Adults With Nephrotic Syndrome[J]. American Journal of Kidney Diseases, 2013, 61(6): 910-917.

[3] 戴庆忠, 覃瑜. 75 例肾病综合征患者凝血指标变化分析[J]. 检验医学与临床, 2009, 6(15): 1276-1277.

[4] Srivastava RN, Vasudev A. Complications In Nephrotic Syndrome In Children[J]. Apollo Medicine, 2009, 6(2): 129-132.

[5] 李洪涛, 于雪峰, 李臀宇, 等. 糖皮质激素性骨质疏松症发病机理研究进展[J]. 中国骨质疏松杂志, 2009, 15(2): 150-152.

[6] 叶任高, 陆再英. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 532.

[7] Krishnan RG. Nephrotic syndrome[J]. Paediatrics and Child Health, 2013, 22(8): 337-340.

[8] Rachel L, Louise W, Nicholas JW. Nephrotic syndrome in children[J]. Paediatrics and Child Health, 2010, 20(1): 36-42.

[9] 左红, 曹咏梅, 李白非. 肾病综合征患者医院内感染因素分析及护理对策[J]. 检验医学与临床, 2012, 9(14): 1796-1797.

[10] 王远, 丘艳英, 余新跃. 凝血功能和血小板检测在肾病综合征患者中的临床应用[J]. 检验医学与临床, 2012, 9(16): 2005-2006.

[11] 韦秀芳. 12 例原发性肾病综合征合并肾静脉血栓形成患者的治疗随访[J]. 检验医学与临床, 2009, 6(23): 2055.

[12] 吴艳. 骨质疏松与慢性多发性疼痛[J]. 重庆医学, 2013, 42(16): 1892-1894.

[13] Guan WL, Shi XC, Jing ZF, et al. Marrow adiposity recovery after early zoledronic acid treatment of glucocorticoid-induced bone loss in rabbits assessed by magnetic resonance spectroscopy[J]. Bone, 2013, 52(2): 668-675.