

重症急性肾衰竭患者连续性肾脏替代治疗的效果观察及护理

曹 蕾,汪 蓉,邓春艳,马小芳(湖北医药学院附属太和医院,湖北十堰 442000)

【摘要】 目的 探讨针对重症急性肾衰竭患者开展连续性肾脏替代治疗的临床效果,以及治疗期间的临床护理方式。**方法** 选取 2012 年 4 月至 2014 年 4 月收治的重症急性肾衰竭患者 76 例,分为对照组与治疗组,各 38 例。对照组给予间歇性透析治疗与常规护理措施,治疗组给予连续性肾脏替代治疗并在治疗过程中联合综合护理干预措施。**结果** 治疗后,观察组患者的肌酐与尿素氮水平、APACHE II 评分、心律失常次数、低血压次数、24 h 尿量恢复 600 mL 时间、尿素清除指数(Kt/V)值及护理满意度均优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 针对重症急性肾衰竭患者开展连续性肾脏替代治疗具有确切的临床效果,治疗期间给予综合护理干预措施,可明显抑制并发症的发生。

【关键词】 肾衰竭; 连续性肾脏替代治疗; 综合护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.06.059 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)06-0855-03

连续性肾脏替代治疗(CRRT)是基于血液透析技术发展而来的新型血液净化治疗方案^[1]。该项技术广泛应用于脑水肿、血流动力学异常心脏病、高分解代谢等患者中,主要通过对流、吸收及滤过膜扩散来完成治疗,可有效地将血液中各种分子溶质清除,具有溶质与炎性介质清除率高、血流动力学稳定性强的特点^[2-3]。良好的治疗方式需要完善的护理干预措施作为保障,通过综合干预可进一步增强临床治疗的有效性与安全性。本研究对 38 例急性肾衰竭患者开展该种治疗方式,并给予相应的护理措施,获得了满意的治疗效果。现将具体的治疗与护理方式,以及预后效果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2012 年 4 月至 2014 年 4 月收治的重症急性肾衰竭患者 76 例,采取双盲原则将患者分为观察组与对照组,各 38 例。观察组中男 21 例,女 17 例;年龄 42~65 岁,平均(55.1±4.8)岁;平均血尿素氮为(31.0±5.4)mmol/L,平均肌酐为(354.2±66.2)μmol/L;原发病:肺部感染 16 例,严重颅脑损伤 7 例,严重胸腔外伤 5 例,急性大面积前壁心肌梗死 4 例,胰腺炎 4 例,药物中毒 2 例。对照组中男 20 例,女 18 例;年龄 42~64 岁,平均(54.7±5.3)岁;平均血尿素氮为(31.1±5.1)mmol/L,平均肌酐为(352.9±63.2)μmol/L;原发病:肺部感染 14 例,严重颅脑损伤 8 例,严重胸腔外伤 5 例,急性大面积前壁心肌梗死 5 例,胰腺炎 4 例,药物中毒 2 例。两组基本资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组治疗与护理方法 对照组患者给予间歇性透析治疗与护理措施,应用 F60 聚砜膜透析器与碳酸氢盐透析液,选择颈静脉或股静脉置管方式,血流量设置为 200~350 mL/min,透析液流速设置为 500 mL/min,每次 4 h,较为严重的患者每日 1 次,危急状态稍轻微者隔日 1 次。护理过程中注意观察患者的原发病情况,存在颅脑功能损伤的患者给予神志与体征监测,保证呼吸道畅通;肺功能障碍患者适当采用呼吸机辅助呼吸,并监测血气与血氧饱和度的状况;存在心功能损伤患者需要严格观测心电图变化,并详细记录脉搏、心律等基本体征的情况;如患者存在合并低血压的表现,需要给予清蛋白、高渗葡萄糖等。治疗过程中确保密切监护,避免意外事件的发生^[4]。

1.2.2 观察组治疗与护理方法 观察组患者给予连续性肾脏

替代治疗,选择 Flex 血滤机,置换液为 2 mL 25% 硫酸镁、7 mL 50% 葡萄糖、8 mL 10% 氯化钾、750 mL 灭菌水及 2 000 mL 生理盐水,采取静脉-静脉的滤过方式。在股静脉位置置入导管,治疗开展前参考患者的实际病情、酸碱平衡及水电解质平衡进行具体操作。输入置换液的同时联合 5% 碳酸氢钠,并根据患者的血气 pH 值设定具体输入量,准备完毕后有效连接血滤机开展滤过治疗。并在治疗过程中给予综合护理干预,具体措施如下。(1)心理干预:顺利实施治疗方案的前提是建立起和谐互信的医患关系和护患关系。在采取治疗措施前,护理人员应当加强与患者及其家属的情感交流,详细、耐心地告知发病原因、临床症状、治疗的必要性、注意事项等相关事宜,消除患者及其家属因无知造成的恐惧和担忧心理;在治疗过程中,应该及时告知治疗阶段、病情恢复情况、相关辅助护理办法等,增强患者及其家属的治愈信心,鼓励他们乐观、积极地坚持配合治疗。(2)健康宣教:向患者交代完整的治疗方式,提高其对连续性肾脏替代治疗的认识程度,综合指导患者管道维护的方法,避免发生打折、脱落等情况^[5]。(3)环境干预:营造一个安静、整洁、无菌、舒适、明亮的病区环境和治疗环境,将为成功实施连续性肾脏替代治疗提供有效的保障。在护理实践过程中,需要加强病区环境的消毒灭菌工作,治疗及护理器具按照无菌操作标准严格消毒;定时清扫病房卫生,换洗床单;在无雾霾天气的情况下定期开窗换气,保证病房空气的清新,必要时可采取技术性手段清洁空气质量;同时,将室内温度和湿度控制在适宜范围内。为确保患者拥有一个安静的休息与睡眠环境,护理人员应拟订相关制度,严格控制陪护时间及探视时间,保证患者得到充分的休息。(4)指向性干预:详细记录患者的病情变化和检验报告作为日后准确评估患者病情、制订治疗和护理方案的主要参考依据,根据患者病情及身体耐受程度,掌握成功实施治疗方案的切入点和关键点,针对病灶展开治疗及护理措施,直达并消除病灶,提高患者成功治愈的概率。(5)血管通路干预:顺利完成连续性肾脏替代治疗的关键是保持血管通路的顺畅性。选择深静脉置管是进行肾脏替代疗法的常用措施,在严格遵守无菌操作的前提下,密切监测穿刺处周围有无发生异常红肿或渗血症状;同时,做好置管周围皮肤的干燥清洁护理工作。在每次治疗完成后,用生理盐水冲洗清洁管腔后再以肝素盐水封管,进一步做好管腔消毒清洁和保存工作,在下次治疗前先回抽封管物质后再用于治疗。(6)静脉滴注干预:准确计算并记录患者每小时的出入量,保证

机体的平衡状态^[6]。置换液大量输入过程会造成患者的体温降低,血滤机自身的加热效果能够起到一定的改善作用。但治疗过程还会对患者的血压水平产生严重影响,护理人员应加强对患者各项生命体征的监测,在患者血压下降时应立即遵医嘱使用血管活性药物,并将监测数值报告给责任医师,避免发生严重的不良事件。(7)并发症预防干预:连续性肾脏替代治疗所需时间偏长,持续给予抗凝措施容易发生出血^[7]。所以,在治疗过程中需加强对穿刺部位的观察,出现局部出血后给予加压止血,检测凝血酶原时间,并严格控制肝素的应用剂量。此外,连续性肾脏替代治疗容易发生凝血相关事件,护理人员需加大观察的频率,及时纠正不良症状表现。全面的监护措施是避免发生并发症的关键,血压、心率、穿刺部位及皮肤表现均需要给予全面的观察,针对部分皮肤出现压疮表现的患者视实际情况增加气垫床的应用,保证最佳的治疗状态。

1.3 观察指标 治疗前后检测两组患者的肌酐、尿素氮水平,依据尿素氮水平、体质量变化及治疗时长计算尿素清除指数(Kt/V)值。同时采用急性生理与慢性健康状况评分(APACHE)Ⅱ对患者的病情进行评分,并记录治疗结束后发生心律失常和低血压的次数,以及 24 h 尿量恢复至 600 mL 的时间。出院前进行护理满意度调查,总满意率=(满意例数+基本满意例数)/患者总例数×100%。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计学软件进行数据处理与统计学分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料以百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组治疗前后各临床指标检测结果比较 两组治疗前肌酐、尿素氮水平与 APACHE Ⅱ 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组均获得明显改善,且观察组患者肌酐、尿素氮水平与 APACHE Ⅱ 评分均低于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后各临床指标检测结果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	肌酐 ($\mu\text{mol/L}$)	尿素氮 (mmol/L)	APACHE Ⅱ 评分(分)
观察组	38	治疗前	763.82±235.87	39.02±11.35	20.83±3.92
		治疗后	298.91±102.34 ^{ab}	20.01±6.03 ^{ab}	14.41±4.82 ^{ab}
对照组	38	治疗前	758.26±241.04	39.18±11.83	20.81±4.02
		治疗后	387.29±124.24 ^a	27.43±6.92 ^a	17.98±4.23 ^a

注:与同组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组比较,^b $P<0.05$ 。

2.2 两组预后状况比较 治疗结束后,观察组患者心律失常次数、低血压次数、24 h 尿量恢复 600 mL 时间均低于对照组,Kt/V 值高于对照组,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组预后状况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	心律失常 次数(次)	低血压 次数(次)	24 h 尿量恢复 600 mL 时间(d)	Kt/V 值
观察组	38	1.34±2.43	1.79±0.19	15.18±5.09	1.42±0.15
对照组	38	3.81±3.09	3.74±1.31	22.61±8.31	1.23±0.14
<i>t</i>		7.14	8.23	7.98	4.12
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组护理满意度比较 观察组患者的护理总满意率(97.37%)高于对照组(76.32%),组间比较差异有统计学意义($\chi^2=4.97, P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组护理满意度比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	满意	基本满意	不满意	总满意率
观察组	38	21(55.26)	16(42.11)	1(2.63)	37(97.37)
对照组	38	14(36.84)	15(39.47)	9(23.69)	29(76.32)

3 讨 论

目前单纯肾衰竭的临床治疗效果已取得明显的提高,但是重症急性肾衰竭患者的病死率仍然较高。间歇性透析能够有效地将溶质与水分清除,但常伴随血压降低、脏器受损等并发症^[8]。连续性肾脏替代治疗已受到广泛的关注,且大量研究表明该治疗方式可明显降低病死率^[9]。全面的护理干预措施是保证临床治疗效果的推动性因素,能够避免治疗中发生的意外事件,降低并发症的发生率^[10]。

本研究对观察组的 38 例重症急性肾衰竭患者采用连续性肾脏替代治疗,并在治疗期间给予全面的护理干预措施。结果显示,观察组患者治疗后的肌酐水平[(298.91±102.34) $\mu\text{mol/L}$]、尿素氮水平[(20.01±6.03) mmol/L]及 APACHE Ⅱ 评分[(14.41±4.82)分]均较治疗前降低,差异有统计学意义($P<0.05$),提示该治疗方式下患者的肾功能可获得明显好转。并且与对照组治疗后比较差异有统计学意义($P<0.05$),进一步证明该治疗方式的临床疗效明显优于间歇性透析治疗与护理。为检测两种治疗方式的预后状况,作者开展了密切的临床监护措施,结果显示观察组患者的心律失常、低血压发生次数明显少于对照组,24 h 尿量恢复 600 mL 时间明显短于对照组,Kt/V 值明显高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。表明连续性肾脏替代治疗联合综合护理干预可提高患者的预后效果,降低并发症的发生概率,具有更佳的安全价值。两组患者出院前分别接受了护理满意度调查,观察组中仅 1 例患者表示不满意,总满意率为 97.37%,与对照组比较差异有统计学意义($P<0.05$),提示综合护理措施进一步增加了患者的信任程度,保证了良好的医患关系。

综上所述,针对重症急性肾衰竭患者开展连续性肾脏替代治疗具有确切的临床治疗效果,在治疗期间给予综合护理干预措施,可明显抑制并发症的发生。

参考文献

[1] 聂小兰,李婧,吴嘉. CRRT 治疗重症急性肾功能衰竭患者的疗效观察[J]. 国际护理学杂志,2011,30(5):694-695.
[2] Maxvold NJ, Bunchman TE. Renal failure and renal replacement therapy[J]. Crit Care Clin, 2003, 19(3): 563-575.
[3] 陈晓,吴立松,张京岚. 连续肾脏替代治疗对脓毒症患者血清中 TNF- α 、IL-6 和 IL-8 变化的研究[J]. 中国卫生检验杂志,2010,20(12):3542-3544.
[4] 陈光权. 连续性肾脏替代疗法与间歇性血液透析治疗重症急性肾功能衰竭的比较分析[J]. 吉林医学,2013,34(21):4263-4265.
[5] 林阳. ECMO 联合 CRRT 抢救 ICU 危重患者的护理体会[J]. 当代护士:专科版,2014,19(2):108-109.

[6] 杨丽媛,刘艳,王爱田,等. CRRT 治疗脓毒症患者的疗效与护理观察[J/CD]. 中西医结合心血管病杂志:电子版, 2013,1(2):53-54.

[7] 张昕屏,倪冬姝. 护理干预对 ICU 行 CRRT 患者治疗效果的影响[J]. 辽宁医学杂志, 2013,18(2):96-97.

[8] 邹懿,王明初,程宗华,等. 重症急性肾功能衰竭应用 CRRT 比照 IHD 的效果研究[J]. 当代医学, 2014,21(2): 68-70.

[9] 魏新平. 连续性肾脏替代治疗(CRRT)对慢性肾功能衰竭合并心力衰竭患者的临床疗效[J/CD]. 世界最新医学信息文摘:电子版, 2013,13(19):14-15.

[10] 王凤珍. 优质、舒适护理在 CRRT 治疗中的应用[J]. 中国伤残医学, 2014,22(5):218.

(收稿日期:2014-06-24 修回日期:2014-11-16)

脑卒中相关性睡眠障碍的影响因素与护理干预

张 杨(解放军总医院南楼临床部神经内科,北京 100038)

【摘要】 目的 探讨脑卒中相关性睡眠障碍的影响因素及综合护理干预对脑卒中患者睡眠障碍的作用。**方法** 选取解放军总医院 2009 年 1 月至 2013 年 1 月收治的脑卒中患者 88 例,随机分为观察组和对照组,各 44 例。对照组实施常规护理,观察组在此基础上给予综合护理干预,探讨两组干预前后相关性睡眠障碍指标的变化及其影响因素,并对两组焦虑自评量表(SAS)与抑郁自评量表(SDS)评分进行比较。**结果** 干预后,观察组患者的入睡时间、睡眠时间、觉醒次数及匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)各项指标评分均优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组干预后 7 d 的 SAS 与 SDS 评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 脑卒中相关性睡眠障碍与心理、环境因素及患者自身疾病的病痛相关,给予老年脑卒中患者综合护理干预,可有效改善患者的睡眠状况,有助于降低患者抑郁和焦虑程度。

【关键词】 脑卒中; 睡眠障碍; 影响因素; 护理干预

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.06.060 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)06-0857-03

脑卒中相关性睡眠障碍是指在脑卒中病程中所发生的与正常睡眠和觉醒节律性交替紊乱有关的常见且严重的并发症^[1],可严重影响脑卒中患者的日常生活质量,更重要的是睡眠障碍容易导致患者出现抑郁或焦虑等负面情绪,间接影响患者的正常治疗和神经功能的恢复^[2]。睡眠障碍受患者疾病本身造成的痛苦、心理压力、环境噪声或光线等因素的影响,根据脑卒中患者的病情状况,建立符合个体化的综合护理干预措施,消除影响患者睡眠质量的因素,有利于改善患者预后^[3]。本研究探讨了脑卒中相关性睡眠障碍的可能影响因素及护理干预对脑卒中患者睡眠的辅助作用,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2009 年 1 月至 2013 年 1 月于本院神经内科就诊的脑卒中患者 88 例,按照随机数字表法分为观察组和对照组,各 44 例,均为男性,其中观察组年龄 80~95 岁,平均(87.36±5.62)岁,对照组年龄 80~95 岁,平均(86.23±5.73)岁。所有患者均符合我国 1995 年第 4 届脑血管病学术会议所制订的有关脑卒中的诊断标准,且均有计算机断层扫描(CT)及核磁共振成像(MRI)影像学资料佐证,均为首次脑卒中患者。排除标准:(1)合并有其他器官或系统的严重疾病者;(2)有严重的神经功能疾病或神经疾病家族史者;(3)有严重的肝肾功能异常及认知功能障碍者;(4)依从性差,不能坚持接受综合护理干预者。所有患者均自愿签署知情同意书。两组患者一般基线资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组患者实施常规护理,包括针对患者的常规入院护理和出院护理事项,以及根据患者病情程度进行本院规定的二级护理、一级护理及特级分级护理。观察组患者在对照组患者常规护理的基础上实施综合护理干预^[4],具体如下。

(1)心理干预:对入院患者进行疾病教育,讲述脑卒中的治疗及康复知识,减少患者的心理压力,尽可能满足患者的生活需求,

使患者以乐观的心态去面对疾病,从而提高患者的睡眠质量及原发病的康复。(2)环境因素干预:为患者创造理想的休息环境,在不影响治疗的前提下,每日帮助患者进行温水泡脚,给予有助于睡眠的牛奶,并鼓励患者睡前排尿;避免在夜间对患者进行问诊与治疗,在夜间对患者进行护理时应动作轻柔,晚上将病房灯光调低,室内温度调整在 20~25℃,相对湿度 55%~60%,促进患者慢波睡眠;对入睡困难的患者进行睡眠技巧的指导,使其能够更快入睡。(3)饮食干预:劝导患者建立良好的饮食习惯,严格控制每日热量与脂肪摄入量,鼓励患者多食用有助于睡眠和易于消化的食物,减少或不饮用含神经兴奋作用的饮料或茶水。(4)药物干预:在不影响治疗效果的前提下,护士可建议主管医生将利尿剂、中枢神经兴奋药的服用时间调整为上午,并告知患者及其家属正确对待催眠药物,不依赖也不排斥正常使用,从而改善患者的睡眠质量。

1.3 观察指标 记录两组患者的入睡时间、睡眠时间、觉醒次数。采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)量表对患者护理干预前、后的睡眠质量进行评价。该量表主要包括睡眠质量、睡眠时间、入睡时间、睡眠效率、睡眠障碍、睡眠药物及日间功能障碍 7 项内容,每项 0~3 分,0 分为好,1 分为较好,2 分为较差,3 分为很差。同时在入院时及干预后 3、7 d 采用焦虑自评量表(SAS)与抑郁自评量表(SDS)对患者的焦虑、抑郁情况进行评价。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计学软件进行数据处理与统计学分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组护理干预前后入睡时间、睡眠时间及觉醒次数比较

两组干预前入睡时间、睡眠时间和觉醒次数的比较差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组干预后与干预前相比入睡时间