

血液灌流联合透析治疗尿毒症皮肤瘙痒的疗效观察及护理

杨 佳, 傅嘉容, 唐一可, 傅 利[△] (重庆市第三人民医院肾内科 400014)

【摘要】 目的 探讨血液灌流联合血液透析治疗尿毒症皮肤瘙痒的临床疗效和护理措施。**方法** 选取重庆市第三人民医院肾内科 2010 年 3 月至 2013 年 3 月收治的尿毒症皮肤瘙痒患者 38 例, 将所有患者随机分成常规组和观察组, 各 19 例; 常规组给予普通的血液透析治疗, 观察组在此基础上行血液灌流联合透析治疗, 治疗 2 个月后观察两组皮肤瘙痒症状的改善情况。**结果** 观察组皮肤瘙痒的疗效明显优于常规组, 组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 血液灌流联合血液透析治疗尿毒症皮肤瘙痒的临床效果明显, 治疗前充分准备、过程中密切观察、加强基础护理是保证治疗效果的重要护理措施。

【关键词】 皮肤瘙痒; 血液灌流; 血液透析; 尿毒症

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.06.062 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2015)06-0864-02

皮肤瘙痒是尿毒症患者常见的一种症状, 其发生率为 36.1%, 因肝素抗凝剂在血液透析中的运用, 透析膜的生物相容性等因素可增加皮肤瘙痒的发生, 其发生率约为 60%~90%^[1]。瘙痒虽然不会直接威胁患者的生命, 但严重影响其生活质量, 导致患者感染、穿刺困难、情绪异常, 是尿毒症患者死亡的一个不可忽视的相关因素。有文献报道, 至今约 42% 的透析患者仍遭受着中度至重度的瘙痒症困扰^[2]。血液灌流 (HP) 能弥补普通血液透析对大分子毒素清除的缺陷, 两种血液净化方式相结合, 使透析患者体内的毒素得到充分、有效的排出, 从而治疗和缓解尿毒症患者的皮肤瘙痒症状, 提高患者的生活质量。本科自 2010 年 3 月至 2013 年 3 月采用血液灌流联合血液透析治疗尿毒症皮肤瘙痒, 取得明显效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 3 月至 2013 年 3 月本科收治的尿毒症皮肤瘙痒患者 38 例, 其中原发病为慢性肾小球肾炎 14 例, 糖尿病肾病 11 例, 高血压性肾损害 6 例, 急性肾炎 5 例, 多囊肾 2 例; 重度皮肤瘙痒 16 例, 中度皮肤瘙痒 22 例。采用随机数字法将所有患者随机分为常规组和观察组, 各 19 例。常规组仅进行普通的血液透析治疗, 透析时间每次 4 h, 每周 3 次; 观察组在单纯的普通透析基础上行血液灌流联合血液透析治疗, 每周 1 次, 连续 3~8 周。常规组中男 12 例, 女 7 例; 年龄 53~75 岁。观察组中男 11 例, 女 8 例; 年龄 51~74 岁。两组年龄、性别、病情程度及皮肤瘙痒程度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 治疗方法 血液透析机采用德国费森尤斯 4008B 血液透析机, 透析器使用德国生产的聚砜纤维膜透析器, 透析液使用碳酸氢盐透析液, 灌流器使用淄博康贝医疗器械有限公司生产的一次性 YTS-100 血液灌流器。常规组: 严格按照《血液净化标准操作规程》进行血液透析, 治疗 4 h。观察组: 首先用 500 mL 生理盐水预冲透析器和血路管, 排尽透析器血室侧和血路管内的空气, 然后取下透析器换上灌流器, 血路管连接灌流器时一定要注意血流方向的标示。随即用 500 mL 生理盐水排净灌流器内的反渗透 (RO) 液, 再用含 40 mg 肝素的 5% 葡萄糖溶液密闭式循环灌流器 30 min, 最后用含 30 mg 肝素的生理盐水 500 mL 排尽葡萄糖液, 并把透析器通过串连连接于灌流器之后。两组患者均采用动静脉内瘘作为血管通路, 在治疗前 30 min 遵医嘱从静脉端一次性推注低分子肝素抗凝, 血流量 200 mL/min, 透析液流量 500 mL/min。观察组治疗 2 h 后取下灌流器, 继续常规透析 2 h。

1.2.2 护理干预 (1) 严格按照《血液净化标准操作规程》进行血液透析及血液灌流的操作, 充分做好血液灌流及血液透析的准备工作, 预冲过程中泵速不宜过快, 控制在 100 mL/min 以内, 并用手轻轻揉搓灌流器, 以排尽其中的空气。肝素葡萄糖溶液循环 30 min, 使灌流器充分肝素化, 以防止治疗时出现灌流器凝血。(2) 规范动静脉内瘘穿刺技术, 严格无菌操作, 防止内瘘感染。在血液灌流器与透析器串联的衔接过程中, 严格执行无菌操作, 旋紧接口, 避免漏血。(3) 病情观察: 严密观察患者的生命体征, 特别是血压的变化, 每 30 分钟监测 1 次。有报道认为在血液透析联合血液灌流治疗时, 应以较慢的血流量开始, 待患者的生命体征稳定后再慢慢增大血流量^[3]。同时严密观察灌流器的颜色及静脉压、跨膜压指数的变化, 如灌流器颜色加深, 静脉压、跨膜压指数增大, 说明体外有凝血的可能, 要及时妥善处理。观察有无过敏反应。若患者出现呼吸困难、皮疹、发热等表现时, 立即通知医师进行处理, 若考虑透析器或灌流器过敏, 需要停止治疗, 并丢弃管路中血液。灌流器吸附毒素的同时也能吸附体内部分的白细胞、血小板, 从而容易引起患者穿刺部位发生渗血、出血^[4]。治疗前医护人员应详细询问患者牙龈、皮肤黏膜有无出血, 存在明确活动性出血性疾病的患者不宜进行此项治疗。治疗过程中及下机后应仔细观察患者穿刺点是否有渗血、出血。(4) 治疗 2 h 结束灌流时, 从泵前血路管输入生理盐水 200~300 mL, 使灌流器中的血液回流至患者体内, 所输入的液体量要加入超滤量中。取下灌流器时应严格无菌操作, 勿触碰罐体, 防止碳粒脱落溶血; 血流速不超过 120 mL/min, 不能过快, 特别是心功能不好的患者。(5) 心理护理: 因患者对新的透析治疗模式不了解和疾病本身的原因, 易产生恐惧、烦躁、焦虑及悲观等负面情绪, 护士应根据患者的心理状态及当时的情绪有针对性地给予疏导。首先, 耐心听取患者的诉说, 使其将不良的情绪尽情宣泄, 加强基础护理尽力满足其生活和心理需要。其次应多与患者亲人及朋友交谈, 介绍相关的治疗和护理措施, 并让他们多陪伴患者, 给予患者精神上及物质上的支持。护士应勤巡视病房, 仔细观察, 对不想配合的患者应鼓励其说出心里话。请治疗效果好的患者现身说法, 从而给予患者鼓励和信心。在进行治疗前责任护士应向患者详细解释治疗的目的, 血液透析联合血液灌流治疗的过程、效果、成功病例及医保报销比例, 让患者从心理上重视疾病, 理解治疗的必要性, 明确治疗经过, 以平和、积极的心态密切配合医护人员进行该项治疗。(6) 生活护理: 为了避免皮肤破溃感染, 以及形成越挠越痒的恶性循环, 责任护士应嘱患者切忌挠皮肤瘙痒处。指导患者瘙痒时可用温水擦拭, 忌热水浴、乙醇涂抹。每周帮助修剪指甲 1 次; 保持皮肤清洁卫生, 勤

[△] 通讯作者, E-mail: 1375325630@qq.com。

换衣;洗澡不能过勤,特别是冬天(每周洗澡 2 次),且洗澡水不能过烫。洗浴产品应具有保湿、柔肤、温和和无刺激功能^[5],避免使用碱性肥皂,以免皮肤干燥,且夏天不宜每次都用沐浴露。忌揉搓过度,宜穿宽松棉质内衣,沐浴后可涂抹止痒润肤品。加强对患者的饮食指导,告知患者少食动物内脏、海鲜、豆类、面食、汤汁等高磷食物,日常饮食宜清淡,维持性透析患者蛋白质摄入量为 1.0~1.2 g/(kg·d),保持大便通畅。同时加强维生素 B、C 和叶酸的补充,鼓励患者多进行户外活动以增强体质。

1.3 观察评估指标 (1)护理评估:①皮肤有无明显抓痕;②瘙痒发作持续时间;③影响睡眠情况;④身体有无出血;⑤血压值。(2)疗效评定标准:按照文献[6]中的标准,治疗后患者皮肤瘙痒症状完全消失为痊愈;治疗后仅白天发生皮肤瘙痒,程度明显减轻无明显抓痕,不影响睡眠为显效;治疗后白天偶尔发生轻微瘙痒为有效;治疗后患者皮肤瘙痒症状无任何改善为无效。治疗总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/患者总例数×100%。

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 两组患者治疗效果 38 例患者中未发生灌流器凝血;有 6 例患者出现低血压,给予暂停脱水,减少血流量,50%的葡萄糖 40 mL 静脉推注等处理,15 min 后血压恢复正常,未中断治疗;无一例发生过敏反应。在治疗过程中和治疗结束后无一例患者发生渗血、出血。

2.2 两组患者皮肤瘙痒改善状况比较 观察组患者连续治疗 3 次后有 5 例显效,8 例有效,6 例无效;连续治疗 5 次后有 8 例痊愈,5 例显效,4 例有效,2 例无效;连续治疗 8 次(2 个月)后有 10 例痊愈,6 例显效,2 例有效,1 例无效。经过 2 个月的治疗,观察组患者皮肤瘙痒的治疗总有效率高于常规组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者治疗 2 个月后皮肤瘙痒症状改善情况[n 或 n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	19	10	6	2	1	18(94.7)
常规组	19	7	5	1	6	13(68.4)

3 讨 论

血液透析是治疗慢性肾功能不全尿毒症患者的安全、有效的方法,皮肤瘙痒是慢性肾功能不全血液透析患者的常见症状之一,约占血液透析患者的 80%^[7]。如果得不到及时、有效的控制,易导致患者抑郁、失眠、抓伤等严重并发症。尿毒症皮肤瘙痒的形成是一个复杂的病理生理过程,普遍认为与下列因素有关。(1)钙磷代谢紊乱:尿毒症患者体内 Ca^{2+} 、 Mg^{2+} 等金属离子浓度增高,致使体内的 5-羟色胺、组胺等分泌增加;(2)继发甲状旁腺功能亢进:尿毒症患者因血磷升高引起血钙降低,进而刺激甲状旁腺功能亢进,体内大量分泌甲状旁腺激素使得患者的皮肤钙盐沉积增多,刺激体内组胺大量释放,导致患者皮肤瘙痒;(3)饮食因素:进食辛辣、刺激,高蛋白、高磷的食物^[8];(4)透析不充分:时间少于每周 12 h、血流量欠佳、长期低通量透析,致使毒素在体内蓄积^[9];(5)皮肤干燥:血液透析患者长期营养不良,控制水分摄入,皮肤内含水量减少而使患者皮肤角化,容易诱发皮肤瘙痒。血液灌流利用活性炭强大

的吸附作用非特异性地吸附尿毒症毒素^[10]。每月规律地进行血液灌流和血液透析滤过,可以有效地预防和减少透析并发症的发生。

本研究中血液灌流联合血液透析治疗尿毒症皮肤瘙痒的患者,连续治疗 3 次后有 5 例显效,8 例有效,6 例无效;连续治疗 5 次后有 8 例痊愈,5 例显效,4 例有效,2 例无效;连续治疗 8 次(2 个月)后有 10 例痊愈,6 例显效,2 例有效,1 例无效。分析发现:(1)血液灌流联合血液透析治疗时采用低分子肝素作为抗凝剂,能更有效地防止患者穿刺点的渗血、出血,与标准肝素相比较少发生过敏反应,且使用方便。(2)取下灌流器回血时血流量不宜过快,一般控制在 120 mL/min。(3)治疗前医护人员充分评估患者病情,若血压过低($<100/60$ mm Hg)不宜进行此项治疗。(4)重度皮肤瘙痒患者应加强血液灌流联合血液透析治疗的次数,一般 5 次以上效果更明显。(5)症状缓解的患者应该进行巩固治疗,每月进行 1 次或者 2 次血液灌流联合血液透析治疗。血液灌流联合血液透析治疗尿毒症皮肤瘙痒对绝大多数患者效果明显。

透析患者应定期监测血钙、磷、甲状旁腺素(PTH 值),必要时遵医嘱服用降磷药。进行高通量透析提高治疗效果,根据患者出凝血指标,实施个体化的抗凝方案,以避免大剂量肝素引起的不良反应。对消毒剂过敏的患者使用一次性透析材料。加强对患者的基础护理、心理护理、生活护理、饮食指导等,并鼓励患者家属给予患者心理上、生活上的帮助和支持,以达到提高治疗效果、延长患者生命的目的。该透析方式可明显改善患者皮肤瘙痒状况,值得临床广泛应用。

参考文献

[1] 王质刚. 血液净化学[M]. 2 版. 北京:北京科学技术出版社,2003:626-627.

[2] Pisoni RL, Wikstrom B, Elder SJ, et al. Pruritus in haemodialysis patients: international results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS) [J]. Nephrol Dial Transplant, 2006, 21(12): 3495-3505.

[3] 程静,魏江霞,严冬仙,等. 血液灌流联合血液透析治疗尿毒症的护理体会[J]. 实用临床医学, 2011, 12(5): 119-120.

[4] 周凡力,邹贵勉,车文体,等. 含糖透析液对糖尿病透析低血糖和低血压的影响[J]. 中国血液净化, 2010, 9(2): 91-93.

[5] Narita I, Iguchi S, Omori K, et al. Uremic pruritus in chronic hemodialysis patients[J]. J Nephrol, 2008, 21(2): 161-165.

[6] 伍秀梅,龙伟玲,王玉玲,等. APS-13U 空心纤维透析器对维持性血透患者皮肤瘙痒的疗效观察及护理[J]. 中国医药指南, 2012, 10(10): 690-692.

[7] 马鸿杰,刘梅. 临床血液透析学[M]. 天津:天津科学技术出版社,2001:217.

[8] 赵晋瑞,刘成像. 尿毒症血液透析病人皮肤瘙痒影响因素的询证护理[J]. 护理研究, 2008, 22(30): 2752-2753.

[9] 黄惠娥. 血液滤过治疗尿毒症长期血液透析病人皮肤瘙痒的护理[J]. 全科护理, 2010, 8(12): 1060-1061.

[10] 宋雪艾,宋梅,孙永强,等. 中药热敷治疗慢性胆汁淤积性肝病继发皮肤瘙痒的护理效果评价[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(16): 1521-1522.