

养时,采用循证护理干预,应注意以下几点:一定要将患者床头尽量抬高,以 30°~45°合适;选用合适的胃管,插入一定深度;保持气囊一定压力;监测胃残留量和定时冲洗管道;保持营养液一定温度,对胃肠道蠕动差患者,加用胃动力药。只有采取这些有效措施,才能减少肠内营养并发症发生,保证肠内营养顺利实施,提高护理质量。

参考文献:

- [1] O'Boyle CJ, MacFie J, Dave K, et al. Alterations in intestinal barrier function do not predispose to translocation of enteric bacteria in gastroenterologic patients [J]. *Nutrition*, 1998, 14(4): 358-362.
- [2] 刘先福, 王晓川, 曹枫. 早期肠内营养在 ICU 机械通气患者中的临床应用 [J]. *重庆医学*, 2009, 38(2): 173-174, 176.
- [3] 石向群, 王运良. 脑卒中后吞咽障碍鼻饲肠内营养支持治疗实施模式的探讨 [J]. *河南实用神经病杂志*, 2002, 5

(6): 22-23.

- [4] 莫海花. 危重患者置管鼻饲反流误吸的原因与预防 2 例 [J]. *实用护理杂志*, 2003, 19(15): 66-66.
- [5] 施海红, 郝奉菊, 龚绍荣. 体位改变对鼻饲病人胃内容物反流发生率的影响 [J]. *护理研究*, 2006, 20(29): 2698-2699.
- [6] 杨爱民. 机械通气病人的管理及护理进展 [J]. *护理研究*, 2006, 20(22): 1980-1982.
- [7] Granja C, Faraldo S, Laguna P, et al. Control of the endotracheal cuff balloon pressure as a method of preventing laryngotracheal lesions in critically ill intubated patients [J]. *Rev Esp Anestesiol Reanim*, 2002, 49(3): 137-140.
- [8] 张宏, 朱光君. 循证护理实践研究进展 [J]. *中华护理杂志*, 2003, 38(1): 42-44.

(收稿日期: 2013-05-08 修回日期: 2013-07-22)

· 临床护理 ·

尿毒症维持性血液透析患者并发上消化道出血的护理

杨 佳

(重庆市第三人民医院肾内科 400014)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2013.29.057

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2013)29-3591-02

尿症患者尤其是行血液透析治疗的患者常并发急性上消化道出血,并成为部分患者的致死原因^[1]。维持性血液透析患者,抗凝剂的使用,透析不充分致药物及机体代谢产物在体内蓄积,进食辛辣刺激性食物等都可诱发和加重上消化道出血。本院血液净化中心自 2010 年 4 月至 2011 年 10 月,维持性透析患者中并发上消化道出血患者 10 例,现将其护理体会报道如下。

1 临床资料

2010 年 4 月至 2011 年 10 月在本院血液净化治疗中心进行维持性血透患者 140 例,其中有 10 例患者合并上消化道出血。其中男 6 例,女 4 例,年龄 27~82 岁,进行维持性血透 4~12 年,原发病:慢性肾小球肾炎 3 例,糖尿病肾病 3 例,高血压肾病 2 例,痛风性肾病 1 例,多囊肾 1 例。因上消化道出血住院 20~60 d,病情转归均良好。治疗采取以下措施:(1)抑制胃酸分泌,提高胃内 pH 值。(2)止血:静脉和口服止血药。(3)输入新鲜全血以维持血容量。(4)进行无肝素血液透析治疗。因为出血症状发现早,抢救治疗及时,10 例患者均治愈出院。

2 护 理

2.1 透析治疗前的护理评估 患者在每次透析前护士应进行认真的护理评估,评估的内容包括:(1)患者体质重在两次透析间期的变化;(2)血压值;(3)皮肤有无可见的青紫、瘀斑;(4)鼻腔、牙龈有无出血;(5)大便颜色及次数;(6)动静脉内瘘能否触及震颤;(7)年轻女性月经来潮情况;(8)有无痔疮出血。本组

病例在护理评估中的共同点是:透析间期体质量增长均在 0~1 kg,甚至体质量下降、血压低于正常值、解黑便。护士立即报告医生,急查大便隐血实验结果阳性。门诊透析患者并发上消化道出血,必须住院接受治疗。对于上消化道出血患者,护士必须提高警惕,及时进行合理评估和护理干预^[2]。为患者的治疗和抢救赢得时间,有利于透析过程中的病情观察和治疗效果的评价。

2.2 透析过程中加强心理护理 心理护理贯穿护理的全过程,抢救时护士尽量创造轻松的气氛消除患者紧张恐惧心理,执行医嘱时要以娴熟的技术忙而不乱,有条不紊地操作获得患者信任感^[3]。本组 7 例患者均是首次并发上消化道出血,由于对疾病缺乏认知患者常产生恐惧焦虑心理,透析过程中护士通过与患者沟通交流,关心安慰患者,耐心讲解疾病发生原因,解释各项检查、治疗护理措施,解除患者的疑虑。并告知负面情绪对疾病的影响,该病积极配合治疗是完全可以治愈的,对于 3 例复发出血的病例,勤巡视,关心安慰患者,加强心理疏导稳定患者情绪,积极寻找多次出血的原因,鼓励患者树立战胜疾病的信心。心理护理是对病人精神上的安慰、支持、劝解,护理人员应以高度的责任心和同情心,以极度的耐心面对患者^[4]。

2.3 透析过程中病情观察和护理 血液透析是尿毒症出血性疾病患者最重要的治疗手段^[5]。上消化道出血期间要求患者绝对卧床休息,使用可移动病床送入透析室,以免因搬动等加

重出血。透析过程中患者采取舒适卧位,协助患者床上排便并及时清除血迹和污物。密切监测生命体征和便血情况,并记录。为防止患者呕血窒息嘱患者头偏向一侧,并备好吸痰器。保持呼吸道通畅同时给予吸氧。患者出血期间绝对禁食,在透析过程中由于透析液含糖量低,更容易发生低血糖症状,患者表现为心慌、饥饿、出汗甚至表情淡漠、反应迟钝。在透析过程中,护士要加强巡视,遵医嘱每 1 小时进行血糖监测,血糖低者予静脉推注高渗葡萄糖。消化道出血停止 3~5 d 后鼓励患者透析时,可进食清淡、易消化的流质饮食如牛奶、米汤,再逐渐过渡到半流质饮食和软食,一方面可预防透析过程中低血糖症状的发生,同时有利于胃黏膜的修复。

2.4 无肝素血液透析的操作及护理 本血液进化中心,对本组 10 例上消化道出血患者均实施无肝素血液透析。采用无肝素血液透析可以有效地避免出血的发生,而无肝素血液透析最主要的并发症就是凝血^[6]。护理人员应具有高度的责任心与心理素质,运用熟练的操作技术,严格操作规程,不断丰富临床经验,为患者取得最佳的透析治疗效果^[7]。关于无肝素透析的操作步骤如下:透析前透析器及管路先用无菌生理盐水 500 mL,冲洗排尽空气,再用肝素生理盐水(500 mL 含 30 mg 肝素)冲洗,密闭循环 30 min,使透析材料肝素化,充分预冲减少凝血发生。30 min 后再用生理盐水 500 mL 排净透析器和管路中的肝素生理盐水,以避免肝素进入体内加重出血。透析时保证有效血流量,只要患者耐受血流量尽可能高,一般 250~300 mL/min。每小时用 100~150 mL 生理盐水快速冲洗透析器 1 次,观察透析器及管路内有无凝血。在血液透析时不要输血及静滴止血药^[8]。避免空气进入透析器是保证无肝素透析的关键^[9]。透析过程中如果静脉压或跨膜压升高,动、静脉壶变硬,体外循环血液颜色呈深黑色,护士应首先排除管路是否打褶,致血流不畅压力增高,同时要高度警惕透析器及管路凝血的可能,立刻用生理盐水冲洗管路并通知医生。本组病例中只有 1 例患者,滤器纤维几乎全部凝血需要更换透析材料,由于治疗前护士与患者进行过沟通,告之无肝素透析有造成管路凝血损失血液的危险。所以该患者对治疗和处理表示理解,其他 9 例患者均为滤器纤维部分凝血,顺利完成透析。

3 讨 论

3.1 提高透析治疗患者的依从性 尿毒症维持性血液透析患者并发上消化道出血是可以防治的疾病。在工作中护士应加强健康宣教,特别是对于依从性差的患者,提高他们对透析相关知识的认知。在血液透析中,不管患者是否有出血倾向,尽量使用低分子肝素,不仅可以防止出血的危险性,还可预防体外循环凝血,大大减少近期及远期并发症的发生^[10]。肝素长期使用可诱发血小板减少,增加出血风险^[11]。平时饮食宜清淡、忌辛辣坚硬刺激性食物。其次患者应认识到透析充分对减少透析并发症,提高生活质量十分重要,每周透析治疗时间不

低于 10~12 h。理解定期检测血常规、肝肾功能、出血时间(BT)、凝血酶原时间(PT)、活化全凝血时间(APTT),各项生化指标的意义,是为制定个体化透析方案提供依据。

3.2 病情观察 护士要全面掌握尿毒症维持性血透患者,并发上消化道出血的发生原因和护理要点。认真做好透析前的护理评估,及早发现有出血倾向的患者,指导患者在透析间期如出现头晕、乏力、呕血、黑便,及时就诊。透析过程中严密观察生命体征和病情变化,备好急救的药品和物品。

3.3 护患沟通 对于采取无肝素血液透析的患者,与患者进行有效的护患沟通,将治疗目的、必要性、操作方法及存在风险一一告知对方,使患者理解并积极支持配合治疗,可以有效避免医疗纠纷的发生。在维护和尊重患者合法权益的同时,懂得运用法律维护护理人员自身的合法权益^[12]。

参考文献:

- [1] 罗宇鸿,陆建枫,陈菊艳,等. 兰索拉唑联合无肝素血液透析治疗尿毒症并发上消化道出血临床观察[J]. 河北医药,2011,33(16):2434-2435.
- [2] 王淑玲. 人文化护理对上消化道出血护理效果的研究[J]. 中国伤残医学,2013,21(3):186-187.
- [3] 高翔,梅长林. 尿毒症出血性疾病的治疗[J]. 中华肾脏病杂志,2007,23(11):751-754.
- [4] 李敬辉,李晓翠. 维持性血液透析患者心理护理体会[J]. 中国伤残医学,2013,21(3):191-192.
- [5] 李晓鸣,陈凤,宋彩红,等. 活动性出血倾向患者无肝素透析的护理[J]. 中外医学研究,2012,10(3):8-9.
- [6] 程建萍,鲍群梅,林秋华,等. 密闭式回血法在无肝素血液透析结束时的应用[J]. 国际护理学杂志,2011,30(8):1263-1264.
- [7] 程丹. 无肝素血液透析凝血预防的研究进展[J]. 中华现代护理杂志,2012,18(1):111-113.
- [8] 沈保尔. 肾衰合并活动性出血 64 例无肝素血液透析临床分析[J]. 航空航天医学杂志,2012,23(9):1060-1061.
- [9] 冯云生,宋延峰,邢伟. 无肝素血液透析的临床护理[J]. 承德医学院学报,2012,29(1):55-56.
- [10] 倪风云. 普通肝素和低分子肝素在血液透析中应用的讨论[J]. 按摩与康复医学:中旬刊,2011,2(8):14.
- [11] 袁静. 血液透析患者抗凝药物使用情况调查[J]. 中外医疗,2012,31(30):66-67.
- [12] 蒋蓉华. 浅谈基层临床护士如何避免护患纠纷[J]. 现代医药卫生,2011,27(19):3024-3025.

(收稿日期:2013-04-25 修回日期:2013-06-22)

启事:本刊对院士及 863、973 项目文章开通绿色通道,欢迎投稿。