

慢性心力衰竭并发心肾综合征 30 例护理体会

张 勃*

摘 要 近年来慢性心力衰竭患者出现肾功能不全即心肾综合征的问题,逐渐引起人们注意。本文回顾性分析了2010年1月~2011年9月江苏省中医院心内科共收治慢性心力衰竭病人220例,其中出现肾功能不全者30例的临床资料,总结出一般护理如休息、活动、饮食,针对水肿、尿少、恶心呕吐、皮肤瘙痒、贫血、排便、呼吸困难、药物及心理护理、出院护理体会,以提高患者的生活质量。

关键词 慢性心力衰竭 心肾综合征 护理

中图分类号:R473.5

文献标识码:B

文章编号:1006-0979(2012)08-0134-02

Abstract This paper analyses 220 chronic heart failure patients, 30 of which come with cardiorenal syndrome. The summary of nursing is general duty nursing such as rest, exercise, food and drink care, clinic nursing such as edema, hypourine, nausea and vomit, defecation, Itch of skin, hypemia, dyspnea, drug, and psychic care discharge nursing. These may give patients better life.

Keywords Chronic heart failure cardiorenal syndrome

近年来慢性心力衰竭(CHF)患者出现肾功能不全即心肾综合征(cardiorenal syndrome)的问题,逐渐引起人们注意^[1]。广义上讲心肾综合征是指心脏和肾脏中一个器官对另一个器官的功能损害不能进行代偿,最终导致心脏和肾脏功能的共同损害。狭义的心肾综合征是特指 CHF 引起的进行性肾功能损害,并导致肾功能不全,通常认为是 CHF 发展到终末期的一种表现^[2]。心肾综合征发生率高、预后差,对其发生机理所知甚少,尚无有效治疗措施。本文2010年1月~2011年9月江苏省中医院心内科共收治慢性心力衰竭(CHF)病人220例,其中出现肾功能不全者30例,现回顾性分析30例病人的临床资料,以增强对心肾综合征的关注。

1 临床资料

220例CHF病人符合 Framingham 诊断标准,其中30例出现肾功能不全,CHF各年龄组心肾综合征分布情况:≤40岁组1例,41岁~60岁组11例,≥60岁组18例;男性发生率60%(18/30),女性为40%(12/30)。基础心脏病病因分布:高血压病126例、冠心病45例、扩张型心肌病12例、风湿性心脏病11例、慢性肺原性心脏病26例。心肾综合征的诊断标准^[3]对于心衰的患者判定其是否存在心肾综合征,主要根据病程中有无肾功能的进行性恶化,一般认为,肾功能恶化是指Ser(血清肌酐)升高超过26.4~44μmol/L或Ser升高大于25%或连续两次测血肌酐(Cr)≥133μmol/L。起病前后Ser升高的百分比较单纯Ser升高的绝对值意义更大。此外,在确立心肾综合征的诊断时应考虑Ser的基线水平。确立诊断的其他相关表现还包括利尿剂抵抗、高钾血症、贫血和低血压。

2 护理体会

2.1 休息与活动:保证患者充分休息与睡眠,以减少组织对氧的消耗,应根据患者的心功能情况、症状、体征指导休息与活动。

2.1.1 卧位选择:一般患者如劳力性呼吸困难应采取高枕位睡眠,较重者如夜间阵发性呼吸困难、心源性哮喘应采取半坐卧位或端坐位,急性肺水肿则应立即采取坐位,双下肢下垂。上述卧位可减少回心血量,使膈肌下降,增加肺活量,减轻肺淤血,从而有效缓解呼吸困难症状。

2.1.2 合理氧疗:一般为低流量持续吸氧2L/min,待患者适应后根据需要调节流量。急性肺水肿患者则应立即给予高流量酒精湿化吸氧4~6L/min。吸氧过程中要密切观察血氧饱和度、呼吸频率、节律、深浅度变化以及紫绀是否减轻,以判断氧疗效果。

2.1.3 休息原则:根据心肾综合征的程度,给予患者合理的活动休息指导。心功能二级,能起床活动,增加休息。心功能三级,限制活动,增加卧床休息。心功能四级,绝对卧床休息为主,病情好转后,逐渐增加活动量,原则上以不出现胸闷、气急症状为限。当心力衰竭急性发作时,患者常因严重缺氧而有濒死感,应加强床旁监护,给予半卧位或者坐位,给予安慰和心理支持,并及时通知医师进行处理。

* 江苏省中医院心内科西16病区(210029)

2012年2月16日收稿

2.2 饮食指导:

2.2.1 蛋白质的摄入:蛋白质的代谢产物要经过肾脏排泄,多食加重肾脏负担,少食又会出现低蛋白血症和营养不良,应指导患者进食适量优质蛋白质,即富含机体必需的氨基酸的蛋白质,如牛奶、鸡蛋、瘦肉、鱼肉等,以维持氮平衡。蛋白质的摄入量要据患者的肌酐清除率加以调整,当GFR<50ml/min时,必须进行适当的蛋白质限制,但要求饮食中60%以上蛋白质富含必需氨基酸(即高生物效价优质蛋白);当GFR降至5~10ml/min时,蛋白质摄入量约25g/d(0.4g/kg);GFR在10~20ml/min者,约35g/d(0.6g/kg);GFR>20ml/min者,约40g/d(0.7g/kg)。应尽量少食富含植物蛋白质物质如花生、黄豆及其制品等^[4]。

2.2.2 热量摄入:心肾综合征患者应供给足够的碳水化合物和脂肪,保证足够的热量以减少蛋白质的分解,使低蛋白饮食的氮得到充分地利用,减少体内蛋白质的消耗。每日宜供应30kcal/kg,可食用植物油和食糖,同时也应注意供给富含VitC、VitB和叶酸的食品。

2.2.3 钠盐摄入:心肾综合征患者80%同时伴有高血压,钠盐摄入过多可致钠水潴留,不仅可加重水肿,而且可加重高血压。因此,一定要限制钠的摄入,根据病情可将钠盐摄入量限制在2~3g/d,同时禁食腌制食品,如咸蛋、咸菜,少吃味精及食碱等。

2.3 临床护理

2.3.1 水肿尿少的护理:心肾综合征病人由于肾小球滤过率下降,钠水潴留等原因使患者出现尿少水肿症状,在护理病人时要向病人讲解发生水肿尿少的原因和诱发因素,观察水肿部位、程度、消长规律、尿量及颜色,协助病人准确记录24h出入水量。每次开始记录时间固定在早餐前,开始记录时要排小便1次。卧床休息,高度水肿者取半卧位,下肢水肿者当抬高患肢。严格控制饮水量,一般以总量多于前一日总出量500ml为宜。给予易消化清淡饮食,少进酸性食品,根据水肿程度不同给予无盐或低盐饮食。严重水肿者,补液时应控制滴速,以防发生心衰、脑水肿等情况。控制过量的液体潴留,严格准确记录出入量,对心功能的维持和改善显得尤为重要,尤其是心功能四级左右患者,保证每天的出入平衡,避免因出入失衡而引起急性心力衰竭发作。定期测BNP、体重、电解质判断治疗效果。注意皮肤护理,卧床患者尤以应注意尾骶皮肤,协助翻身、清洁。

2.3.2 恶心呕吐的护理:心肾综合征患者由于潴留的毒性物质对神经系统的作用,同时尿素从消化道排出增多,经细菌或肠道中水解酶的作用产生碳酸铵和氨,刺激胃肠黏膜,造成胃肠道功能紊乱以及广泛的黏膜炎症和溃疡,使病人出现恶心甚至呕吐。进食时宜少量多次频进,严格限制蛋白质摄入量每日不超过50g,宜选用精蛋白,少用豆类食品。呕吐严重者,应卧床休息,不宜过多翻身。吐后不宜立即进食。必要时针刺合谷内关穴,以降逆止呕。

2.3.3 皮肤瘙痒:心肾综合征患者由于尿素从汗腺排出后刺激皮肤,病人会出现皮肤瘙痒。此时应保持皮肤清洁,经常沐浴或用温水擦洗,但不可用刺激性香皂,也不宜用酒精涂擦皮肤。勤换内

衣,勤剪指甲,防止抓痒损伤皮肤,导致感染控制磷摄入,因心肾综合征患者由于钙磷代谢紊乱,患者出现高磷低钙,血磷增高,同样会引起皮肤搔痒。可口服氢氧化铝凝胶,每次10ml,每日3次,使磷与氢氧化铝结合以肠道排出。

2.3.4 贫血的护理^[5] 心肾综合征患者由于促红细胞生成素减少,加之体内滞留的代谢产物对红细胞的破坏及生成抑制作用,病人会出现肾性贫血。由于贫血的原因是由心肾综合征所引起,故不易纠正,对治疗的反应很差。在病情许可下可多食富含铁的食物如黑米、黑芝麻等以及动物肝脏及深绿叶蔬菜,同时应补充维生素B₆及维生素C以利铁的吸收。对膳食摄入量无法满足需要的患者可适当补充一些铁剂,如苏力菲等,以血红素铁的制剂为好。皮下注射促红素(重组人类似促红细胞生成素),注射部位依据药物吸收好坏依次为:大腿内侧皮下、脐周、三角肌下缘。用药过程中严格检查患者的血红蛋白含量、血压的高低,如血红蛋白上升过快(红细胞压积每周上升超过2%)或血压升高则应暂停用药。使用促红素的同时使用叶酸、铁剂。贫血严重时或危及病人的生命时,应输入新鲜血。血红蛋白 $\geq 60\text{g/L}$ 时一般不需输血,如贫血明显,则需少量多次输血。过多输血可引起血尿素氮升高和血钾升高,加重病情。同时增加了以后肾移植排斥反应的出现。必要输血时以输新鲜血或少量红细胞为宜。

2.3.5 排便的护理 患者常因精神因素使规律排便活动受抑制,以及胃肠道淤血进食减少,卧床过久及某些药物作用等影响肠蠕动,易致便秘。需解除患者的顾虑,帮助适应病房环境,养成排便习惯,切忌排便过度用力增加心脏负荷而诱发心律失常及心力衰竭,加强腹部顺时针按摩,排便时可给心电监护。饮食中需增加粗纤维素,必要时给缓泻剂和开塞露等。

2.3.6 呼吸困难的护理 监测呼吸困难出现的时间与体位的关系、诱因和缓解方式,监测呼吸频率、节律和呼吸音、心率、心律、紫绀程度等。夜间加强巡视,因左心衰竭的呼吸困难多发生在夜间。必要时可检测血BNP,根据BNP结果来判断是否是心源性呼吸困难,并给予针对性的治疗与护理:取半卧位、卧位或两腿下垂,减少回心血量,减轻肺淤血,缓解呼吸困难。合理氧疗,一般为低流量持续吸氧 $2\text{L}/\text{min}$,也可调至 $4\sim 6\text{L}/\text{min}$ 。吸氧过程中要密切观察血氧饱和度、呼吸频率、节律、深浅度变化以及紫绀是否减轻,以判断氧疗效果,必要时可行血气分析。

2.3.7 水肿的护理 观察水肿出现的时间、部位、性质、程度。控制过量的液体滞留,严格准确记录出入量,对心功能的维持和改善显得尤为重要,尤其是心功能4级左右患者,保证每天的出入平衡,避免因出入失衡而引起急性心力衰竭发作。定期测BNP、体重、电解质判断治疗效果。注意皮肤护理,卧床患者尤以应注意尾骶皮肤,协助翻身、清洁。

2.3.8 药物护理^[6] 对BNP值升高伴心力衰竭症状明显者,临床上我们常用血管扩张剂以减轻心脏的前、后负荷,减轻心脏淤血症状,尤其是应用硝酸酯类药物。应用前应向患者及家属讲解药物

的作用、输注时间和每小时输注速度,避免长时间输注使患者产生厌烦心理,并协助做好生活护理(进餐、如厕),解除患者因输液带来的后顾之忧。输注过程中密切观察血压变化,及时调整输注速度。定期检测电解质水平以观察不良反应。

2.3.9 心理护理 心肾综合征患者因病情迁延反复,常表现为焦虑抑郁、精神紧张、烦躁不安等不良情绪。这些情况可加重患者心脏负担及肺淤血,从而使呼吸困难症状加重。因此,护理人员要以和蔼、诚恳、充满信心的语言举止态度,使患者感到重视和尊重,还要尽可能帮助患者解决一些生活上的困难和思想上的疑虑,并做好家属工作,避免一切刺激和暗示,使患者感到安心、舒适,从而形成对护理人员的依赖,有利于心功能恢复。

3 出院指导

3.1 一般指导

3.1.1 积极治疗原发性疾病 要指导患者积极治疗原发性疾病,同时要正确对待疾病,保持乐观的情绪,使精神始终处于稳定状态,以利于疾病的康复。

3.1.2 预防感染 心肾综合征患者白细胞减少,趋化性减弱,细胞介质免疫功能减低,干扰素减少,感染是其严重并发症,也是致死原因之一,且各种感染所产生的毒素绝大多数要经过肾脏排泄,因此预防感染对保护肾功能尤为重要,一旦感染要立即治疗。

3.2 用药指导 大多数药物经肾脏代谢,心肾综合征患者禁用肾毒性药物。抗生素方面应指导患者合理选用青霉素类,不使用庆大霉素,卡那霉素及链霉素等药物,需其它治疗时应避免造影剂、利尿剂等肾毒性制剂,结合中医治疗时,避免使用苍耳子、木通等过寒过热中药,伴高血压患者应选用对肾脏无毒性。对肾脏血流无影响的药物如钙离子拮抗剂或血管转换酶抑制剂等。

3.3 康复指导 心肾综合征患者大都有器质性心血管疾病的基础。原发病控制不良,可使心肾综合征反复发作,直至越来越难于控制,甚至最终引起死亡。因此,护士要做好患者的康复指导,告知患者科学合理的生活方式及容易加重心脏负荷的诱发因素,使其提高自我护理意识,保护好自己心脏,防患于未然,从而提高生活质量。

参考文献

- [1]陈灏珠.心脏病学[M].第5版.北京:人民卫生出版社,2000:407,1740-1745.
- [2]Shlipak MG. Pharmacotherapy for heart failure in patients with renal insufficiency[J]. Ann Intern Med. 2003;138:917-924.
- [3]袁伟杰,边琪.心肾综合征的发病及治疗[J].中国中西医结合肾病杂志,2006,7(6).
- [4]王志军.优质蛋白质饮食治疗慢性肾功能不全的疗效观察[J].齐鲁护理杂志,2003,9(7):491-492.
- [5]和淑玲,杨栓霞,李凤英.慢性肾功能不全120例临床护理[J].洛阳医学专报,2002,20(4).
- [6]陈文英,邵乐文.BNP值与老年心功能不全患者的预见性护理[J].中国实用护理杂志,2005,21(9).

儿童氯胺酮静脉麻醉的巡回护理

赵海英*

关键词:氯胺酮 麻醉 护理

中图分类号:R473.72

文献标识码:B

文章编号:1006-0979(2012)08-0135-02

氯胺酮麻醉具有镇痛作用强,诱导迅速,对循环呼吸无明显抑制以及安全系数较大等特点,故广泛应用于小儿各类手术麻醉中。但氯胺酮不抑制咽喉反射,可引起呼吸道分泌物增多,甚至诱发喉痉挛甚至出现意外,所以在临床实际工作中,做好患儿围麻醉期的护理是手术成功的必要保障,现将我科实施氯胺酮麻醉手术巡回护理体会报告如下。

* 河南省安阳市中医院手术室(455000)

2012年2月2日收稿

1 临床资料

1.1 2009年9月~2011年9月我院103例手术患儿,男78例,女25例,最大年龄9岁,最小8个月。其中,疝修补术35例,睾丸鞘膜积液21例,包皮过长16例,阑尾炎13例,四肢骨折11例,脓肿切开引流5例,小儿肠套叠2例。

1.2 麻醉方法:基础麻醉,氯胺酮按 $4\sim 8\text{mg}/\text{kg}$ 计算,待患儿入睡后,开通静脉予 $0.1\sim 0.2\%$ 氯胺酮滴注,与麻醉师配合管理麻醉深度,保持呼吸道通畅^[1]。麻醉中均监测血氧饱和度。