

慢性肾功能衰竭伴发精神障碍的原因分析与护理

潘红, 金小龙

(山东省立医院, 山东 济南 250021)

研究证明, 慢性肾功能衰竭不仅造成很多并发症, 同时也会引起患者精神障碍, 进而对治疗产生不同程度的负面影响。为此, 我们对 36 例慢性肾功能衰竭伴发精神障碍的原因进行分析并提出相应的护理对策。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 36 例慢性肾衰患者均符合慢性肾衰的诊断标准, 男 28 例, 女 8 例, 32~54 岁, 平均 43 岁, 病程 2~8 年, 36 例患者中进行血液透析治疗 22 例, 腹膜透析治疗 14 例, 既往无精神症状发作史和精神病家族史。

1.2 临床表现 情感高涨, 易激惹 4 例。抑郁焦虑 20 例, 主要症状以焦虑为主, 伴有恐惧和抑郁, 对人、事失去兴趣, 情绪低落, 情感淡漠, 缄默少语。幻视、幻听 5 例, 语言增多, 自言自语, 语无伦次, 语言持续刻板 12 例, 妄想 2 例, 哭闹、喊叫、兴奋躁动、冲动伤人 11 例, 自伤 4 例, 自杀 1 例。28 例患者表现为头痛, 肢体无力, 注意力不集中, 睡眠障碍, 肌肉震颤, 痉挛等症状。

1.3 治疗和转归 36 例患者均在原发病治疗的基础上加用抗精神病药物, 如地西洋、鲁米那、苯妥英钠等, 精神症状控制后逐渐减量至停药, 结果 32 例治愈, 用抗精神病药至精神症状控制为 3~7d, 3 例因伴发其他并发症死亡, 1 例严重抑郁自杀身亡。

2 精神障碍的病因分析

2.1 患病后强烈的心理应激反应 慢性肾功能衰竭一经确诊后, 患者面对着多种压力源, 如昂贵的医疗费用, 需反复住院, 对未来生活的不确定, 饮食节制及家庭责任的改变等。这些都给患者造成了极大的生理、心理损害, 使患者体力及自理能力受到了限制, 出现了焦虑, 情绪低落等严重的
万方数据

心理功能紊乱, 从而导致精神障碍的发生。

2.2 血液透析疗法的影响 最常见的是透析平衡失调综合征, 一般在透析后 3~4h 内或治疗后当天出现, 停止透析后 24h 至数天内可缓解。临床表现为头痛、恶心、呕吐, 激动不安, 定向障碍, 精神失常, 谵妄等。发生原因是: 透析时, 患者体内积累的有害物质和尿素等很快得到清除, 血浆渗透压下降, 但由于血脑屏障使脑脊液渗透压下降较慢而相对增高, 水分进入脑内, 引起脑水肿出现神经精神症状。

2.3 腹膜透析疗法及肾移植的影响 腹膜透析后出现的各种并发症, 如各种细菌、病毒感染, 腹膜炎, 腹透管阻塞、移位及肾移植后出现排斥反应, 出血, 移植肾破裂, 移植肾功能恢复不全等, 使患者的生存希望受到威胁, 患者在思想上、经济上、精神上均有受挫感, 悲观失望而出现焦虑、抑郁症状。

2.4 家庭支持功能的影响 应激与适应理论强调控制应激反应的方法之一是寻求并获得支持网。良好的家庭支持对透析患者的身心健康具有直接的保护作用。本组 2 例是因家庭关系破裂而诱发精神障碍的发生。

2.5 各种影响脑部代谢的因素 慢性肾衰的各种症状, 如疼痛不适、感染、发热、贫血、出血、营养失调、酸碱及水电解质平衡紊乱等均可造成脑组织的供氧不足, 脑细胞缺氧, 引起脑组织水肿, 诱发精神症状。

3 护理对策

3.1 积极治疗原发病及各种并发症

3.1.1 血液透析患者透析前做好充分的解释工作, 目的是使患者对透析治疗有正确的看法, 消除其心理恐惧。透析治疗时为预防平衡失调综合征的

发生, 应选用小面积透析器, 透析开始时减少血流量。有平衡失调综合征者, 应短透频透, 每次透析尿素氮下降不能超过原水平的 20%~30%。

3.1.2 腹膜透析的患者要保证插管的到位率, 腹透换液要严格无菌操作, 并加强对腹透液的观察。努力消除各种并发症, 提高患者的生存质量。

3.1.3 密切观察肾移植术后的病情, 制订缜密的治疗护理方案, 指导患者合理用药, 说明用药的目的、注意事项及常见的副作用及减少副作用的方法, 减轻患者的心理负担。

3.1.4 预防感染, 防止过劳, 各种原因的感染及过度疲劳是导致尿毒症加重的最常见的诱发因素。感染使机体代谢旺盛, 分解加速, 增加肾脏的负荷, 感染产生的内毒素也可损伤肾脏。因此, 指导患者要经常开窗, 通气, 保持室内清洁, 注意休息, 根据气候变化及时增减衣服, 少去公共场合及与感冒者接触。

3.1.5 饮食护理, 饮食控制是治疗慢性肾功能衰竭的基本措施之一, 指导患者进食优质低蛋白饮食, 非透析患者蛋白含量 0.5~0.6g/(kg·d) 透析患者 0.8~1.2g/(kg·d), 忌豆制品, 忌高磷、动物内脏, 供给热量应 > 125.5kJ/(kg·d), 食盐摄入 1~2g/d, 多用蒸煮烹调, 少用煎炸方法。

3.2 精神障碍的症状护理及心理护理

3.2.1 评估患者发生情感障碍的相关因素, 有针对性地进行心理护理 应客观的向患者介绍疾病的发生、发展及预后, 使患者正确认识疾病, 正确对待自己, 消除不健康意识。还可以向患者介绍治疗成功的病例, 阻断负向思考, 以激发其乐观向上的人生态度。其次应建立相互信任的治疗性人际关系, 多与患者谈话, 鼓励患者表述自己的想法和需要, 给予他们发泄

感情的机会,协助患者接受别人的帮助。

3.2.2 对感知觉、言语及思维障碍的患者 首先创造良好的休息环境,减少与患者谈话,减少各种环境刺激,尽可能使患者情绪安定。其次,仔细观察患者幻听、幻视的种类、内容,及时疏导患者因幻听引起的情绪变化,阻止患者在幻听支配下产生相应的行为。

3.2.3 对因透析失衡引起的兴奋躁动、哭闹喊叫、冲动伤人、喜怒无常的患者 护理中态度要温和,可采用暗示、启发、引导的方式消除患者的恐惧心理,合理使用床档,适当给予约束,保证其安全,必要时用鲁米那、安定等镇静药物。注射时要固定好体位,防止发生折针意外。对极度兴奋不合作的患者,协助或用强迫的方法使患者得到有效的治疗和相应的护理,强迫治疗时要作好解释劝说工作,以帮助患者稳定情绪,将不配合治疗的行为降至最低限度。

3.2.4 对有自杀企图的患者 要密切观察患者自杀的先兆症状,将患者安置于护理人员易观察的大房间,房间要光线明亮,整洁舒适,摆放适量鲜

花,以调动患者积极良好的情绪,焕发对生活的热爱。同时严格执行整体护理管理制度,护理人员要有高度的责任感,对这种患者心中有数,重点巡视。同时要加强对病房设施的安全检查,严格做好药品及危险物品的保管工作,杜绝不安全因素。同时向家属交代病情,取得家属的帮助。

3.2.5 对病程长,住院时间长,经济、心理负担过重引起的神经衰弱患者 应给予耐心解释安慰和支持。给失眠者创造良好的睡眠环境,保持病房安静,指导患者养成良好的睡眠习惯,必要时口服或肌注安定,但要避免长期使用。

3.3 帮助建立社会家庭支持系统 慢性肾衰是长期的慢性疾病,治疗方式较特殊,家庭护理或家庭成员作为护理照顾的提供者已成为趋势,护理人员可通过集体授课,座谈讨论,发放健康教育手册等方式加强对患者及家属的卫生宣传教育,充分调动发挥家庭的支持作用。社会及家庭对患者的理解、支持、关心、帮助,不但使患者享受到亲情和温暖,而且可获得精神上的安慰,是提高患者透析质量、

生活质量及社会回归率的重要保证。

参考文献

- [1] 胡佩诚,宋燕华.心理卫生和精神疾病的护理[M].北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1999.120
- [2] 韩仲岩.神经病学—全身疾病的神经系统表现[M].北京:人民军医出版社,2001.344
- [3] 刘明,扬青,等.肾移植术后病人不同时期压力源的研究与分析[J].实用内科杂志,2001,17(4):5
- [4] 王群元,赵芝华,周文燕,等.慢性尿毒症常见兼症—抑郁症的防治[J].临床荟萃,2001,16(3):131
- [5] 李晓玲,王志娟,李露霞,等.肾移植患者发生精神障碍护理[J].护士进修杂志,2001,16(4):281
- [6] 张敬丽,史建莉,姜玉芳,等.血液透析患者家庭支持调查分析与护理对策[J].实用护理杂志,2001,17(1):57

(收稿日期 2002-01-21)

心脏直视手术患者安装临时起搏器的护理

夏文艳

(舟山市人民医院,浙江 舟山 316000)

体外循环心脏直视手术患者通常需要安装心脏临时起搏器。我院于1996年9月至2001年10月共开展心脏直视手术73例,其中45例在术中安装了心外膜临时起搏器,现将护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 45例安装心外膜临时起搏器的心脏直视手术患者中,男22例,女23例,7~57岁,平均36.7岁,其中ASD 7例,VSD 6例,F4 3例,ASD+PS 1例,MVR 15例,AVR 3例,DVR 8例,室缺修补、右室双腔矫治术1例,外伤性室缺修补1例。

1.2 方法 术中心外膜电极安置方法

为:在右室前壁无血管区的心外膜上安装2个特制的与缝针连接在一起的心外膜导线电极,2根电极线相距1.5cm,电极的另一端穿出心包腔,从肋缘下穿出皮肤,与起搏器连通。临时起搏器用BIOTRONIK EDP20/A型或MEDTRONIC 5275型,术后起搏器应用2~10d,起搏导线留置14d。

2 护理

2.1 术前护理 术前除做好心理护理及常规的健康宣教外,还向患者介绍术后安装心脏临时起搏器的意义和保护心外膜起搏导线的注意事项。同时测试临时起搏器的性能状态,熟悉操作方法并备用电池。

2.2 术后护理

2.2.1 检查起搏器的连接和固定是否正确 检查并妥善固定2根心外膜起搏导线的体外段,使起搏电极和临时起搏器紧密连接。在操作过程中避免接触易导电物品。

2.2.2 起搏模式和参数的正确选择 这是起搏系统发挥最佳工作状态的关键。本组病例均选用VVI工作模式,参数设置一般为:起搏电压3.0V,感知灵敏度1.5~3.0mV,根据病情调节频率,是否有效起搏,可根据起搏夺获状态起搏器上的指示灯、心电图监护仪上的起搏信号及有无典型右室起搏心电图作出判断。本组1例术后及时