

# 护理干预对降低小儿血液透析急性并发症发生率的影响

刘惠娟<sup>1</sup>, 孙 珍<sup>1</sup>, 李智红<sup>2</sup>

(1. 山东大学附属省立医院 山东 济南 250021; 2. 济南市长清区人民医院)

**摘 要** 目的:探讨护理干预对小儿血液透析急性并发症的预防作用。方法:将 16 例血液透析患儿随机分为观察组和对照组各 8 例,观察组给予护理干预,对照组接受常规标准透析,观察两组患儿透析效果、急性并发症的发生率。结果:观察组透析急性并发症的发生率低于对照组( $P < 0.05$ )。结论:护理干预可有效预防小儿血液透析急性并发症的发生。

**关键词** 护理干预;小儿;血液透析;急性并发症

**中图分类号**:R473.72 **文献标识码**:A **文章编号**:1006-7256(2010)03-0031-02

在血液透析过程中或在血液透析结束时发生的与透析治疗本身相关的并发症为急性透析并发症,包括首次使用综合征、低血压、高血压、失衡综合征等<sup>[1]</sup>。由于小儿的生理特点,更容易在血液透析过程中发生各种急性并发症,可造成血液透析不充分,心功能受损,甚至危及患儿生命。2004 年 10 月~2009 年 1 月,我们对 8 例血液透析患儿进行护理干预,经临床观察,取得满意效果。现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 16 例,男 9 例,女 7 例;年龄 5 岁 3 个月~15 岁,平均 7.8 岁。其中急性肾衰竭(ARF)5 例,溶血尿毒综合征(HUS)3 例,慢性肾衰竭(CRF)3 例,急性中毒 2 例,急性肿瘤溶解综合征 1 例,肾病综合征 1 例,均符合小儿血液透析指征<sup>[2]</sup>。血液透析次数 1~23 次/例,共计 162 次。将 16 例患儿随机分为对照组和观察组各 8 例,两组性别、年龄、原发病、透析时间比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

1.2 方法 全部患儿均经股静脉应用 ARROW 8F 单针双腔中心静脉导管建立血管通路,采用德国 Fresenius4008S 血液透析机,选用德国 Fresenius 聚砜膜 F4、F5 透析器,根据患儿体重选择不同型号,透析液选用碳酸氢盐透析液。抗凝方法选用全身肝素抗凝,血流量 3~5 ml/(min·kg),透析液流量 500 ml/min。对照组采用常规标准透析,观察组在透析前、透析中给予护理干预。由责任护士专门指导患儿饮食、服药,了解患儿心理状态,给予适时的心理指导。根据患儿的个体情况制定个体化治疗方案,透析中采用容量平衡超滤,每次超滤量以体重的 3%~5%为宜<sup>[3]</sup>。对于年龄小、贫血的患儿在透析前及透析中给予 20% 甘露醇 50~100 ml 静脉点滴。采用低温可调钠透析,透析液温度设为 35℃,钠浓度起始设为 148 mmol/L,随后逐渐减少,最后降至 135 mmol/L。透析中密切观察患儿有无不适,及时处理。

## 2 结果

2.1 血液透析效果 16 例患儿经 1~23 次透析后肾功能好转,尿毒症症状明显减轻。观察组透析前 BUN 17.8~69.2 mmol/L,平均 37.38 mmol/L,透析后 11.36 mmol/L,平均下降 27.13 mmol/L。对照组透析前 BUN 19.1~70.3 mmol/L,平均 41.4 mmol/L,透析后 12.19 mmol/L,平均

下降 28.37 mmol/L。经统计学处理,无显著性意义( $P > 0.05$ )。

2.2 转归 16 例患儿中 1 例死于多脏器衰竭,1 例死于高血压脑病,1 例自动出院,其余均好转或治愈出院。

2.3 两组血液透析患儿并发症发生情况 见表 1。

表 1 两组血液透析患儿并发症发生情况(n)

组别	透析总例次	并发症	低血压	失衡综合征	低体温	高血压	腹痛
观察组	70	17*	5*	2*	3	2	5
对照组	92	33	13	5	4	3	8

注:与对照组比较,\* $P < 0.01$

## 3 护理

3.1 做好心理护理 疾病的折磨、陌生的环境、透析室内各种机器,再加上穿刺时的疼痛易使患儿产生恐惧、紧张情绪,常常哭闹,不配合治疗。护理人员在透析期间运用小儿心理护理知识,根据患儿的年龄、性别和个性特征,分别给予不同的护理。多交流沟通,用鼓励性的语言,耐心细致地安抚患儿。转移患儿的注意力,减少负性情绪,使其尽快适应环境,以最佳状态配合治疗。同时还要对家长进行心理疏导,认真耐心解释家长提出的问题,并在精神上给予安慰。让家长感到护士是千方百计为患儿着想,从而更好地配合治疗。

3.2 严格掌握小儿血液透析护理操作技术 做好透析前的准备工作,准确测量患儿的体重、血压、脉搏,透析前降压药物可暂停 1 次。为防止过度超滤,在透析间期,指导患儿合理饮食,适当限制水、钠的摄入,以免体重增长过快,从而避免血液透析时脱水过多过快而诱发心力衰竭的发生和血容量骤减引起的低血压。透析开始时血流量由 30~40 ml/min 逐渐增加至 80~120 ml/min,以免体内循环血量突然减少而发生低血压。

3.3 及时调整透析液温度 低温透析可防止热应激引起的不良作用,改善自主神经传出纤维功能,增加心肌收缩力和心输出量。还可增加儿茶酚胺的分泌,从而升高外周血管阻力,升高血压<sup>[4]</sup>。透析过程中护士要经常巡视透析液温度的变化,定时测量患儿体温并询问有无不适。本组观察组患儿全部采用低温透析,将透析液温度调至 35℃。有 3 例次患儿出

现低体温,经调整透析液温度、保暖后好转。

3.4 选择合适的透析模式 观察组患儿全部采用可调钠透析,钠浓度起始设为 148 mmol/L,随后逐渐减少,最后降至 135 mmol/L。可调钠透析是指透析液钠离子浓度从透析开始到结束由高到低变化。根据溶质扩散原理,透析液钠离子浓度高于血液时,钠离子由透析液侧进入血液,血钠离子浓度逐渐上升;反之,低于血钠浓度时,钠离子由血液侧进入透析液血钠离子浓度逐渐恢复。可避免透析后血浆晶体渗透压增高,钠水滞留引起心力衰竭,可有效预防低血压的发生<sup>[5]</sup>;可调钠透析过程中,应及时询问患儿有无口渴症状,轻度口渴无需处理,若口渴严重可适当减低透析液浓度。

3.5 密切观察病情变化 患儿年龄小,语言表达能力差,透析过程中护士应密切观察患儿有无不适,及时发现并发症并妥善处理。定时测量血压、心率,一般 20 min 测量 1 次,对心功能较差、贫血的患儿可适当增加测量次数。特别要注意观察低血压的伴随症状,如头晕、恶心、呕吐、面色苍白等。一旦发现患儿有上述表现,在通知医生的同时,立即降低血流速

度,暂停超滤,快速滴入生理盐水 100~200 ml。有恶心、呕吐的患儿将患儿头偏向一侧,以免误吸。及时清除呕吐物。如血压继续下降,可立即回血。另外还要观察滤器有无凝血,有效固定穿刺侧肢体,防止血管通路受压、扭曲及脱管。

#### 参考文献:

- [1] 王质刚.血液净化学[M].北京:北京科学技术出版社,2003:144.
- [2] 吴瑞萍,胡亚美,江载芳.实用儿科学[M].北京:人民卫生出版社,1995:1641.
- [3] 张毓文.血液透析疗法在儿科临床的应用[J].小儿急救医学,2002,9(2):65-67.
- [4] 丁可梅.11例422次低温透析对减少症状性低血压的护理体会[J].中国实用护理杂志,1997,10(7):3-4.
- [5] 曹玉兰,黄飘.可调钠透析对血液透析中低血压的疗效及相关护理对策[M].中国实用护理杂志,2006,22(7):8-10.

本文编辑:王海燕 2009-09-09 收稿

## · 专科护理 ·

# 失血性休克 56 例急救护理

倪文娟

(常州第一人民医院 江苏常州 213003)

各种原因引起失血性休克,使机体有效循环急剧减少,而引起全身组织血流灌注不足,使多器官功能受到损害<sup>[1]</sup>。2008年1月~8月,我们共收治失血性休克患者62例,经积极抢救与精心护理,取得满意效果。现报告如下。

## 1 临床资料

本组56例,男33例,女23例;年龄12~76岁。其中外伤性出血32例,消化道出血19例,肝硬化门静脉高压食管静脉曲张破裂出血5例。本组56例中抢救成功55例,成功率96.4%;死亡2例,病死率3.6%。

## 2 抢救与护理

2.1 快速评估患者病情 将患者安置在抢救室使患者安静,取休克卧位,头足抬高20°~30°,松解衣服,测量生命体征。

2.2 迅速建立静脉通道 迅速开通2~3条静脉通路迅速补充血容量,选择粗大近心端静脉,一般选择上肢静脉,使用9~12号静脉留置针穿刺,以便快速输入大量液体,至少一条通路使用输血器,为输血做好准备。难以穿刺者,进行静脉切开,确保输液通畅。

2.3 保持呼吸道通畅 清除呼吸道分泌物,必要时建立人工气道,尽快吸氧,吸氧浓度40%左右。

2.4 严密观察病情变化 休克是一个动态变化的过程,必须加强临床护理中的动态观察。密切观察患者尿量,休克时患

者出现少尿或无尿,如果经治疗尿量在每小时30 ml以上时,提示休克好转<sup>[2]</sup>。

2.5 详细的抢救记录 每次抢救患者,都要指定一名护士做好记录,包括记录有关会诊人员的到达时间,各项诊断及治疗的执行时间,输液种类和出入量,既要防止液体不足,也要防止液体量过多。多发伤伴有严重脑干损伤、胸腹部联合伤以及内外出血,休克时间过长,延误诊断和抢救时机是主要致死原因,如能快速诊断,正确抢救,可提高救治成功率。

2.6 做好抢救前准备 积极做好血交叉试验、凝血酶原试验、麻药试验、备皮等术前准备,为挽救患者生命争取时间。

2.7 严格交接班 患者待血压稍稳定之后,迅速转入手术科室。做好有关科室的交接班,不能因交接不清而拖延手术时间,如带止血带的患者,除了该肢体有明显标志及注明止血带具体时间外,仍需与有关科室严格交接班,以免止血带使用时间过长,引起肢体坏死。

#### 参考文献:

- [1] 金定华.重症胆管炎致感染性休克的急救护理[J].现代医学卫生,2001,17(9):765-766.
- [2] 梅月芳.58例食管胃底静脉曲张破裂致失血性休克的分析与护理[J].护理与康复,2004,3(3):174-175.

本文编辑:王海燕 2009-09-28 收稿