

中的不遵医行为较为普遍,致使难以坚持规范化的药物治疗。让病人了解降压治疗必须通过长期服药,才能达到控制血压之目的,只有控制好血压,才可避免或减轻对心、脑、肾等器官的损害。

3.2 大力开展健康教育活动,重视综合性治疗 ①医院是健康教育的重点<sup>[2]</sup>,护理人员的整体素质是健康教育的保障,护理人员要在护理病人的过程中,根据病人的具体情况寻求对策,做有针对性的健康教育,指导病人坚持长期用药,教会病人或家属正确测量血压。护理人员应根据病人的文化程度,采取灵活多样的形式,经常性地向病人介绍有关疾病的知识,增强病人的保健意识。②重视综合性治疗措施。主要是改善病人生活行为,包括减轻体重、合理的膳食结构、保持健康的心理状态、参加适宜的体育锻炼等。

3.3 开展社区服务,定点、定区域包干管理 通过发放保健知识材料,开展节假日义诊、小规模普查等便民措施,方便病人复查及监测血压,边远山区组织送医送药,建立高血压病人档案,便于交换信息,督促其复查,并在此过程中促使其形成良好的遵医行为。

3.4 取得家庭社会的大力支持 呼吁社会健全医疗保险制度,改革医药卫生制度,减少药品中间环节,降低药品费用,使病人病有所医。家庭成员是病人精神和生活上的最主要支持者,护理人员要同时对家属进行教育,强调家庭支持的重要性。

#### 4 小结

全世界高血压病患者人数 6 亿多<sup>[3]</sup>。高血压病一经诊断,需要终生治疗控制其病情发展,这不仅要选择有效的降压药物,更需要病人有良好的遵医行为。在基层由于各种因素的限制和影响,大多数病人未能对本病予以应有的重视,不良的行为使高血压不能得到有效的控制,导致严重并发症。本次调查的目的旨在为医护人员探索如何提高高血压病人的遵医行为提供方向和对策,以达到唤醒全民提高高血压病的危害,并把高血压对人体的危害降低到最低限度的目的。

#### 参考文献

- [1] 顾大风,汤烈芳,张世美,等.影响基层高血压病人遵医行为的因素调查[J].护理研究,2001,15(1):14.
- [2] 陶寿洪,吴锡贵,段秀芳,等.中国人高血压患病率及其变化趋势[J].高血压杂志,1995(增刊):7-13.
- [3] 任树生.更新高血压防治观念强化综合防治意识[J].中国慢性病预防与控制,1999,7(5):193.

作者简介:李智英(1968—),女,山西省静乐人,护士长,主管护师,本科,从事内科护理工作。工作单位:035100,山西省静乐县人民医院。寇丽华工作单位同第一作者。

(收稿日期:2002-05-14 修回日期:2002-07-14)

(本文编辑 范秋霞)

## 1 007 例肾移植病人的护理分析

### Nursing Analysis on 1 007 Cases Underwent Renal Transplantation

刘 贞 王晓莉 魏晓红

Liu Zhen, Wang Xiaoli, Kui Xiaohong (General Hospital of Jinan Military Region of PLA, Shandong 250031 China)

中图分类号:R473.6 文献标识码:C

文章编号:1009-6493(2002)10-0593-03

我院 1978 年 9 月—2001 年 4 月行同种异体肾移植 1 007 例,取得满意效果,护士在肾移植过程中起着重要作用,现将临床护理情况分析如下。

#### 1 资料

1 007 例肾移植病人中男 834 例,女 173 例,年龄最小 12 岁,最大 68 岁,50 岁以上 108 例,平均 37.8 岁。术前 929 例行血液透析,58 例行腹膜透析,20 例未经透析。受者原发病均为慢性肾小球肾炎,病程平均 26 个月。术前高血压占 80%。本组均做淋巴细胞毒交叉配血试验,232 例检测受者群体反应性抗体(PRA)及 HLA 配型。1988 年前采用二联免疫抑制剂用药方案:硫唑嘌呤(Aza)加强的松(Pred);1989 后采用三联用药:硫唑嘌呤(Aza)或骁悉(MMF)加强的松(pred)及环孢素 A(CsA)或 FK506;赛尼哌治疗 13 例,急性排斥反应应用甲基强的松龙或地塞米松冲击治疗,耐激素排斥反应采用单克隆抗体(OKT<sub>3</sub>)或抗淋巴细胞球蛋白(ALG)治疗。

#### 2 观察统计项目

人/肾 1 a、3 a、5 a 存活率;术前教育方法、形式与住院日及并发症的关系;围术期血压的观察与治疗,对减少心脑血管并发症的影响;术后早期补液管理对移植肾的影响;急性排斥的类型、症状、治疗与逆转的结果;肾破裂发生的原因、表现及护理观察、预防措施;心理护理对精神障碍的影响。

#### 3 结果

3.1 存活情况 自 1989 年应用 CsA 后,人/肾 1 a、3 a、5 a 存活率分别为 92%/90%、87.7%/85.2%、46.3%/40.1%。存活时间最长者 23 a,10 a 以上 20 例,20 例术后结婚,8 例生育子女。存活 3 a 以上的病人 80%恢复工作。

3.2 术前教育对住院时间及并发症的影响 自 1994 年实施有计划系统的术前教育,现教育率达 100%,住院时间缩短 20 d。1991 年—1993 年 170 例平均住院日 45 d,1994 年 62 例平均住院日 31 d,1999 年—2000 年 227 例平均住院日 25 d。各种并发症减少 20%。有 85 例病人进行了第 2 次、第 3 次肾移植。

3.3 高血压的观察 肾移植术后高血压占 52%,1978 年—1994 年 275 例肾移植病人中顽固性高血压 13 例,因心脑血管并发症死亡 8 例。加强对术后高血压的观察与治疗,1995 年—2001 年 4 月 657 例围术期病人无一例因心脑血管并发症死亡;围术期低血压占 15%,抢救成功率 98%。

3.4 术后补液原则 术后明显多尿 700 例,少尿无尿 99 例。补液原则:根据尿量补液,尿多补,尿少补;根据血压情况补液,即根据病人口渴症状补液。补液种类为平衡液和对半液(葡萄糖氯化钠注射液为 2:1)交替补充。本组多尿病人无一例发生水电解质紊乱,少尿无尿者无一例因补液发生心力衰竭。

恒新达专业制作彩钢活动房  
施工周期短 综合经济效益好  
抗震性能高  
www.hrbdq.com

上海山起,破碎机出口全球!  
上海山起专业制造各种型号  
破碎机,出口全球。  
www.shunqi.cn

一千元创业项目开店月入 500.  
千种小生意小项目,国家政策  
扶持创业  
7808 扶持创业  
360.7808.cn

3.5 并发症观察 本组术后 3 月内发生急性排斥反应 396 例次,逆转 367 例次。肾破裂 53 例,均发生在术后 7 d 内,保守治疗成功 46 例,7 例行肾切除。1989 年 8 月—1991 年 7 月肾移植 104 例,移植肾破裂 7 例,占 6.7%,6 例修补成功。经采取措施后,1992 年 8 月—2001 年 4 月 811 例肾移植发生破裂 19 例,发生率仅为 2.3%。对 179 例术后有精神症状者实施心理护理,严重精神障碍的并发症减少 91%。

#### 4 讨论

4.1 加强对护士的训练 我院是国内开展肾移植较早的单位,护士在肾移植过程中扮演着重要角色,从病人的术前准备、健康宣教、消毒隔离、术后病房管理、病人病情观察等都离不开护士。自 1990 年以来,我科每年行肾移植病人均在 50 例以上,1998 年达 137 例,曾 6 次创下 1 d 移植 7 例,1 周移植 32 例的佳绩,每年特护病人天数达 960 d。因此,培养一组技术熟练、责任心强、观察敏锐、吃苦耐劳的护士是十分重要的。

4.2 重视术前教育和术后个体化指导 术前教育是肾移植顺利开展和较快恢复的重要手段之一<sup>[1]</sup>。国外非常重视对移植受者的教育<sup>[2,3]</sup>。强调在对病人实施全面评价后,确立教育内容,包括消毒隔离知识、肾移植基本知识、免疫抑制剂使用及注意事项。根据病人经济、家庭、社会支持情况进行个性化的指导是非常重要的。教育形式:由责任护士与病人进行面对面地相互交流,经常召开“肾移植病友联谊会”。教育时间:每日上午交接班后利用 10 min~15 min 由责任护士进行知识宣教,术前一日加强手术注意事项的指导,术后进行饮食、活动、服药注意事项、防止便秘等内容的宣教。通过教育,病人增加了对肾移植手术的知识,减少了对手术的盲目性,提高了手术效果。

4.3 做好围术期血压的观察 高血压易导致心力衰竭,低血压由于肾脏血灌注不足而致急性肾功能衰竭。本组尿毒症 83%均伴有高血压,收缩压>21.33 kPa,术后仍有 52%血压高。术后血压不能以正常血压标准来判断,要以病人术前血压为参照,一般术后血压不能低于术前血压的 20%。Perez Ley<sup>[4]</sup>强调肾移植后 24 h 观察动脉血压的重要性。术后我们常规心电图监护 48 h,6 h 内每 15 min~30 min 测血压 1 次,平稳后改为每小时测 1 次,连续测 48 h,后改为每 2 小时测 1 次。如病人收缩压≥24.00 kPa 或病人伴有胸闷不适,即给予心痛定 10 mg 舌下含化,必要时重复使用,有效防止了急性心力衰竭及脑部并发症的发生。本组术后 24 h 内明显低血压者占 15%,常见的原因有血容量不足、心功能差、术后出血。发现血压下降过快应尽快输血、补液,应用升压药物。有 87 例严重低血压者救治成功。

4.4 补液管理 术后补液是肾移植早期护理的关键环节,一直受到移植护士的重视<sup>[5-7]</sup>。术后 1 周内,特别是 72 h 内应重视补液,因病人胃肠蠕动恢复较慢,腹胀等进食水量少,需要补液维持水电解质的平衡。本组术后出现多尿者占 70%,每小时尿量达 500 ml~1 000 ml,连续 6 h~10 h,24 h 尿量达 8 000 ml~19 000 ml。根据补液原则做到:①术前一日行血液透析者:入量等于出量;术前一日未行透析者入量是出量的三分之二。术后多尿者连续补液 72 h,第 1 日补液量:尿量 800 ml/h~1 000 ml/h,补液 700 ml/h~900 ml/h;尿量 500 ml/h,补液 400 ml/h;尿量 500 ml/h 以下等量补液。第 2 日、第 3 日补液量等于尿量。特殊体型病人,如身材高大者,体表面积较大,补液量等于尿量。②术后血压较高者,入量小于出量,术后血压偏低,入量

等于出量,以维持血压和血容量,利于肾灌注。③经常询问病人口渴程度,加快或控制补液。本组中少尿无尿 99 例,要严格控制入量,术后即给予速尿 40 mg,常规给予利尿剂。对于术后尿量较多,术后尿量减少者给予速尿 40 mg~60 mg,并快速输液 250 ml,观察尿量变化。

4.5 排斥反应的观察与护理 急性排斥反应是临床最常见的一种以免疫反应为主的排斥反应,肾移植术后发生率达 30%~50%,其中 80%~90%采用大剂量激素冲击疗法可减少排斥反应<sup>[8]</sup>。本组 1 007 例中,早期 3 个月内,发生 1 次排斥者 287 例,2 次以上 109 例。早期的排斥反应有以下几种类型:典型表现:三高一少,即体温高、血压高、体重增加、尿量减少。由于大剂量 CsA 的应用,排斥反应已不典型,护士应学会鉴别排斥反应,为医生诊断提供依据。不典型的表现为单纯移植肾肿大、变硬,而尿量不减;少数病例表现为术后 1 d~2 d 高热 38℃~39℃,尿量在 1 d~2 d 内突然减少甚至无尿,这种排斥来势凶险,应尽早行冲击治疗。还有的表现为移植肾局部触诊无异常,而尿量减少。以上表现者生化检查 Cr 升高,但局部症状、体征早于临床化验指标,发生排斥时及早采用冲击疗法。为减少早期急性排斥的发生,给 13 例病人预防性应用赛尼哌,无一例发生严重排斥反应,移植肾功能均在 7 d 内恢复正常。

4.6 肾破裂的观察 术后移植肾破裂是严重的并发症,发病急、病死率高,发生率 0.8%~9.6%,本组发生 53 例,占 5.2%,由于及早发现,及时压迫止血,抗排斥处理,保守及修复成功 46 例,为及时修补移植肾获得时机。作者认为:肾破裂早期最典型的表现为突发性的移植肾区剧痛,血压下降并不明显;切口渗出鲜红色血性液体约 150 ml,尿量急剧减少,甚至无尿,同时伴血尿。应针对诱因加强预防,术后卧床不少于 10 d,多食蔬菜及含纤维素多的食物,咳嗽时注意按压切口处,减少该处用力。近几年,加强了对移植肾破裂的预防,证明是行之有效的,大大减少了肾破裂的发生。

4.7 加强心理护理,减少精神障碍的发生 心理护理的重点病人是术后少尿无尿的病人、经济负担重而又恢复不利者、反复激素冲击治疗的病人、中年女病人。这些病人术后常由于少尿无尿而恐惧。经济负担重而恢复不利者,思想负担重,考虑家庭、子女、治疗费用等问题,心理复杂,特别是中年女病人常常为病情变化而彻夜不眠,即使应用安定等镇静催眠药,效果也较差。加上激素的应用,易发生幻觉、幻视、谵妄等现象,因此,及时的心理疏导是非常重要的。护士平时与病人多沟通,给予安慰、鼓励。当病人出现少尿无尿或产生精神症状时,让已康复的病人行现身说教。本组曾有 2 例分别于术后 69 d、63 d 尿量逐渐恢复至 3 000 ml/24 h,3 个月左右肌酐恢复正常。

#### 参考文献

- [1] 刘贞.肾移植病人术前教育[J].中华护理杂志,1998,33(2):78.
- [2] Rochema Gaya A. The evolution of kidney transplantation[J]. EDTNA ERCA, 1999, 25(1):15.
- [3] Bass M, Galley - Reilly J, Twiss D E, et al. A diversified patient education program for transplant recipients[J]. ANNA J, 1999, 26(3): 287-343.
- [4] Perez Ley A, Morales Sengil I, Diaz Hernandez A. Nursing care for patients with kidney transplants during the immediate postoperative period[J]. Rev Cubana Enferm, 1995, 11(2):95-101.
- [5] 叶桂荣,李苗,宣蓓.肾移植围术期水电解质平衡的临床观察

让您无比的舒服的地毯!  
金利达吴江岩棉彩钢板/质优吴  
贷款!凭身份证贷款 1-200 万!

恒新达专业制作彩钢活动房  
急用钱?凭身份证贷款(1-50 万)  
注册公司 零要求 高返税

上海山起,破碎机出口全球!  
澳大利亚华人养老的海外首选  
(翻译业)您身边的环境专

- [J]. 山西护理杂志, 1996, 10(3): 117.
- [6] 谭艺真,甘俊丽.肾移植术后早期补液的临床特点及护理[J]. 护士进修杂志, 2001, 16(8): 601.
- [7] 刘奉玲,邱惠英,马惠琴.肾移植术后多尿期的护理研究[J]. 中华护理杂志, 2000, 35(10): 581.
- [8] 叶桂荣,王静新,张玉兰,等.肾移植术后合并严重肺部感染原因分

析与救护[J]. 护理研究, 2002, 16(2): 80.

作者简介:刘贞(1967—),女,山东人,护士长,副主任护师,本科,从事肾移植护理研究。工作单位:250031,中国人民解放军济南军区总医院。王晓莉、魏晓红工作单位同第一作者。

(收稿日期:2002-04-18 修回日期:2002-09-10)

(本文编辑 范秋霞)

## 4 例硬膜外术后镇痛致锥体外系

### 反应的临床观察

#### Clinical Observation of 4 Cases of Extrapyramidal System Reaction Induced by Post-operative Analgesia

王 虹 王力甚

Wang Hong, Wang Lishi (Central Hospital of Jingzhou City Hubei Province, Hubei 434020 China)

中图分类号:R473.6 文献标识码:C

文章编号:1009-6493(2002)10-0595-01

病人自控镇痛法(PCA)具有镇痛效果好,用药量少,血药浓度维持恒定,可根据个体对止痛药的不同需求而投放用药<sup>[1]</sup>等优点,主要用于术后镇痛,是促进病人早日康复的重要环节<sup>[2]</sup>。我院于 1998 年 4 月—2001 年 11 月,共 2 089 例手术病人接受了硬膜外 PCA 镇痛,其中 4 例出现了锥体外系反应,现报告如下。

#### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组 4 例,其中女 3 例,男 1 例,年龄 12 岁~23 岁,平均年龄 17 岁。1 例因右侧卵巢成熟畸胎瘤行右侧附件切除,1 例行剖宫产术,1 例行阑尾切除术,1 例行胆囊切除、胆总管探查术;3 例采用连续硬膜外麻醉,1 例行气管内麻醉。

1.2 镇痛方法 术后根据病人年龄配制镇痛剂,取吗啡 3 mg~8 mg、0.5%布比卡因 20 ml~30 ml、氟哌啶 5 mg 加生理盐水稀释至 100 ml 术后镇痛,以 2 ml/h 恒速输注,整个操作过程如药物调配、注射泵安装、硬膜外置管等均由麻醉师完成。

1.3 临床表现 眼部症状:3 例病人表现为眼球上翻,双眼睑不能闭合;1 例病人出现了左眼睑下垂,双侧瞳孔不等大,左侧约 3 mm,右侧约 2 mm,对光反射迟钝。肌肉抽搐样收缩:2 例病人均于术后 16 h 和 18 h 出现双下肢抽搐样收缩,肌张力增高,1 例因恶心呕吐,给予胃复安 5 mg 肌肉注射后,出现双下肢及颈背部伸肌群痉挛,呈角弓反张状态。4 例病人均于术后 24 h 内出现上述症状,当时病人意识清楚,体温、脉搏、血压正常,神经系统检查无异常,眼底无异常。出现症状后立即撤除镇痛泵,撤泵后 8 h~12 h 病人完全恢复正常。

#### 2 讨论

据国内外文献报道:使用 PCA 泵引起锥体外系症状的发生

率为 1% 左右。氟哌啶血浆半衰期为 12 h~38 h,可作镇痛药的辅助剂和制止呕吐。由于氟哌啶具有多巴胺拮抗作用,其作用于黑质纹状体神经通路产生锥体外系症状<sup>[3]</sup>,表现为静坐不能,急性肌张力障碍,如颈斜、阵发性双眼向上注视、动眼危象或角弓反张、类帕金森综合征等,降低剂量作用可消失。因此,病人在撤泵后 8 h~12 h 完全恢复了正常状态。

#### 3 观察及处理

使用 PCA 泵病人的并发症有皮肤瘙痒、腰骶部红肿硬块、恶心呕吐、尿潴留、呼吸抑制<sup>[4]</sup>以及锥体外系反应等。医护人员对使用 PCA 泵的病人要注意观察,耐心倾听病人及家属的反映,一旦出现锥体外系反应,立即采取应对措施,除停药外,并给予镇静、吸氧,必要时行心电图监护,密切观察病情变化;做好对症处理,如滴眼药水或涂眼膏保护眼球以防干燥受蚀;瞳孔散大者活动时注意,以防因视力模糊而出现意外;出现抽搐时,静脉注射安定,同时保持病房安静,嘱家属勿用力拉扯病人肢体,并安慰病人和家属,保持情绪稳定;出现恶心呕吐时,不宜用胃复安,因其可阻断多巴胺受体,使胆碱能受体相对亢进而导致锥体外系反应<sup>[5]</sup>。

向病人及家属讲解使用镇痛泵可能出现的并发症及其表现,以免并发症的讲引起病人和家属的极度恐慌和不安。做好病人及家属的心理护理,向病人及家属耐心讲解药物作用、机理、不良反应等,反复说明待药物作用消失后,机体会完全恢复正常,不会遗留任何后遗症,以缓解病人及家属的紧张、恐惧心理,消除他们的误解和疑虑,使他们理解并配合治疗护理工作。

#### 参考文献

- [1] 程勤.对自控镇痛病人的护理[J]. 国外医学·护理学分册, 1998, 17(5): 201-202.
- [2] 张玉萍,苏心镜.对 200 例手术病人术后镇痛认知程度的调查[J]. 护理观察, 2001, 15(2): 77.
- [3] 李家泰. 临床药理学[M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1997. 1292.
- [4] 文君,宋西.普外术后应用自控镇痛泵病人的护理体会[J]. 实用护理杂志, 2000, 16(10): 20-21.
- [5] 陈新谦,金有豫. 新编药理学[M]. 第 14 版. 北京: 人民卫生出版社, 1997. 345.

作者简介:王虹(1967—),女,湖北省荆门人,护士长,主管护师,大专,从事临床护理和护理管理研究。工作单位:434020,湖北省荆州市中心医院。王力甚工作单位同第一作者。

(收稿日期:2002-05-14 修回日期:2002-09-14)

(本文编辑 孙玉梅)