

如有较为明确的外感病史,应多从风热上袭论治,一般即使感受风寒之邪,也容易很快入里化热。早期治疗角膜病变还不很严重,多用银翘散加青箱子、蔓荆子、蝉蜕、谷精草等,配合外用抗病毒的中西药滴眼液治疗,一般效果很好。如出现眼险红肿,结膜充血、畏光流泪症状较为明显者,可以应用新制柴连汤加减。新制柴连汤在角膜病治疗中应用很广泛。角膜在五轮学说中为黑睛,属肝,肝火上炎者没有明显湿热者,多用新制柴连汤^[4]。此方实际上主要有两部分组成:(1)清肝之郁火:黄芩、黄连、栀子、赤芍、木通、龙胆、柴胡;(2)肝郁久不仅化热,且易生风,祛肝风药物:蔓荆子、荆芥、防风。一般角膜出现树枝状改变时可考虑使用。如伴有湿热,可用龙胆泻肝汤加减,但注意本方过于苦寒,随着病情变化注意用量和调方。以上三个方子常用于所谓“红肿热痛”者,有些患者可以辨出明显的阴虚津伤体征,滋阴散邪亦较为常用。尤其是在本病后期,眼部表现已无明显“红肿热痛”,即使阴虚体征不甚明显,但考虑火热伤阴,加上部分滋阴药物效果更好。有些反复发作的病人,或者经常“感冒”且“感冒”时体温不高者,多考虑肺脾

同虚,身体上也会有相应的脾肺气虚的体征表现。在治疗期间或病情稳定期间,可以酌加党参、黄芪、大枣、白术等药物以提高疗效,减少复发,但注意本病发病初期有“火热”者慎用。本病后期迁延不愈者,如属于肝肾不足者,要认真辨别属于阴虚还是阳虚。角膜属肝,肾水生肝木,后期角膜尤其是角膜上皮的生长愈合,和肾密切相关。如阴虚,可予归芍地黄丸、明目地黄丸滋阴清热,阳虚可用金匱肾气丸温阳益气。临床上,结膜充血不明显,角膜总有些点状浸润者,结合全身之体征,应用金匱肾气丸补肾气以养肝者并不少见,并不是后期就一定为阴虚^[5]。如难以明确判断阴阳者,为稳妥也可以先少量用药,小方试药观察用药后身体及眼部病情变化来判断调整。

参考文献

[1] 葛坚.眼科学[M].北京:人民卫生出版社,2005:184.
 [2] 廖品正.中医眼科学[M].上海:上海科学技术出版社,1986:87.
 [3] 傅仁宇.审视瑶函[M].北京:人民卫生出版社,2006:22.
 [4] 李传课.中医眼科学[M].北京:人民卫生出版社,2006:291.
 [5] 邱礼新.国医大师唐由之临床经验实录[M].北京,中国医药科技出版社,2011:114.

· 护 理 ·

白内障手术患者的血液透析自体动静脉内瘘护理

刘晓丽 刘 静 邱模炎 李晓娟 李 楠 康 羽 侯伟丽 籍 婧

【摘要】目的 探讨糖尿病肾病血液透析患者白内障术后自体动静脉内瘘应用不同护理方法的护理效果。**方法** 2012年1月至2014年1月在我院施行白内障手术治疗的糖尿病肾病患者20例,所有患者均同时接受血管通路为自体动静脉内瘘的血液透析治疗。给予制订的动静脉内瘘护理方法,统计该20例患者自体动静脉内瘘并发症的例数及比例,并观察白内障术眼的恢复情况。**结果** 20例白内障术后的患者未出现感染、血栓及假性动脉瘤,未发生白内障术后感染、前房出血等并发症。**结论** 制订的动静脉内瘘护理方法能够显著降低糖尿病血液透析患者白内障术后动静脉内瘘感染、血栓和假性动脉瘤等并发症的发生。

【关键词】 糖尿病;血液透析;白内障术后;自体动静脉内瘘;护理

中图分类号:R473.77 文献标识码:B 文章编号:1002-4379(2015)02-0130-03

终末期肾功能衰竭中糖尿病肾病的比例逐年递增。大多数糖尿病肾病患者的全身情况均较差,容易导致感染、心力衰竭、脑血管疾病等并发症^[1]。近年来,糖尿病导致白内障发生率亦呈现出上升趋势,临床上多采用手术治疗白内障。但是,手术的应激会加

重糖尿病病情,而糖尿病又会影 响手术效果和术后的恢复^[2]。血液透析中血管通路是患者的生命线,而大多数糖尿病患者存在血脂高、血管弹性差、壁厚、穿刺点易感染、瘘管易堵塞等问题。有研究表明:内瘘血栓形成和内瘘狭窄、糖尿病、高血压、高超滤量是内瘘失功的易患因素^[3]。为了早期预防,本血液净化中心2012年开始对糖尿病血液透析患者内瘘失功的危险因素进行文献整理研究,总结出相应的护

DOI: 10.13444/j.cnki.zgzykzz.2015.02.018

作者单位:中国中医科学院望京医院,北京 100102

通讯作者:刘静,E-mail:zyujl@sina.com

理措施,制订新的动静脉内瘘护理方法,降低了糖尿病血液透析患者动静脉内瘘并发症的发生率。白内障手术前后血糖控制不当,可能造成感染、前房出血和糖尿病性视网膜病变加重等并发症^[4]。在观察过程中 20 例患者前后做了白内障手术,我们在应用制订动静脉内瘘护理方法的基础上,给予了针对性的护理,避免了内瘘并发症的同时也未发生白内障术后感染、前房出血和糖尿病性视网膜病变加重等并发症,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

2012 年 1 月至 2014 年 1 月在我院施行白内障手术治疗的糖尿病肾病患者 20 例,所有患者均同时接受血管通路为自体动静脉内瘘的血液透析治疗。年龄 53~80 岁,中位年龄 67 岁,其 53~59 岁 3 例,59~69 岁 10 例,70~80 岁 7 例。每周透析 2~3 次,每次 3.5~4 h,透析结束后规范压迫止血。

1.2 内瘘护理的一般步骤

1.2.1 成立内瘘护理小组:成立血液净化中心内瘘护理小组,小组由 5 名护理人员组成,组长由科室年资高、且穿刺技术好的主管护师担任,护士长任辅导员。

1.2.2 图片采集、建立患者内瘘档案:病例入组后,对通路的吻合方式,血管情况进行归档。留取每 1 例患者动静脉内瘘穿刺前后及拔针压迫的图片资料,用图片采集的方法对患者血管做前后比对,收集患者血管情况,每周 1 次。对于新使用的内瘘血管,血管较深、走向不太明确及血管迂曲、硬化较严重的血管,由组长及责任护士陪同患者做血管彩色多普勒超声,对患者血管走向、血管深度、血管内壁直径等做详细记录,并以作图的形式标示,建立患者自体动静脉内瘘档案,便于对患者自体动静脉内瘘进行有规划性的管理。

1.2.3 分析讨论:针对每 1 例患者的血管条件进行科室讨论,提出针对性的护理方法,包括穿刺部位的选择、轮换、血管的保护、护士穿刺的手法、拔针的手法、压迫的手法及有针对性的健康教育知识。

1.3 内瘘护理的具体方法

1.3.1 穿刺方法:对全体护士进行培训,留取影像资料,科室观看影像资料,并进行讨论,提出问题及下一步改进方法,培训护士不同条件血管的穿刺手法。对于新的瘘管,因管壁薄而脆,要做好保护,在穿刺前日组长及责任护士对其血管图片及血管资料进行

研究,提出次日穿刺的方案。前 3 次由组长进行穿刺,责任护士进行观摩学习,穿刺时应谨慎,仔细摸清血管走行的方向及血管深度,距吻合口较远处进针,应尽量做到一次成功。以后责任护士穿刺前几次,组长应在旁指导。新的瘘管穿刺应做好记录,每次穿刺前后都进行图片采集,严格阶梯式穿刺,做到有计划的使用血管;对于血管条件较差,内瘘位置偏高的患者,应注意穿刺血管的轮换,做好记录,做到有计划的使用血管;对于血管较深,走向不太明确的穿刺区域,止血带加压后,按揉图片指示血管部位,根据超声指示血管直径及深度选择合适的进针角度,保证穿刺成功率;对于血管迂曲,硬化较严重的血管,进针要考虑进针方向血管的长度,选择进针的长度,避免进针过长穿透血管壁;对于年老、皮下脂肪少,易滚动的血管,穿刺时应注意血管的固定,穿刺成功后,将针头斜面转至朝下,防止血泵抽吸时血管壁贴到针头斜面上影响流量。

1.3.2 内瘘监测:每次穿刺前后由责任护士通过视、触、听观察瘘管有无炎症、感染、狭窄及动脉瘤等并发症,如发现异常及时通知医生并做出相应的处理;每周内瘘组员对血管外观、损伤后修复进行观察,发现情况及时记录;每月内瘘组长不定时的对患者血管通路进行物理检查。必要时进行图片采集,集体讨论,提出问题及整改措施。

1.3.3 透析过程中预见性的处理并发症:低血压为内瘘栓塞独立危险因素^[5],因此根据糖尿病患者的个体情况,准确评估干体质量,并且加强宣教,使患者能够控制透析间期的体质量是预防低血压的首要措施。对于易发生透析中低血压的患者透析前可减药或停药 1 次;加强血糖监测,指导患者适量进餐,或减少胰岛素用量,使用含糖透析液^[6],或于透析 2.5 h 给予 30 g 葡萄糖^[7]也是预防低血压的措施之一。

1.3.4 透析后内瘘的保护:糖尿病患者腕部桡动脉粥样硬化和钙化的发生率很高,血管扩张受限内瘘处血流量会低于非糖尿病患者。所以压迫可用棉球以减小压迫的力度,防止内瘘阻塞。透析结束后,嘱咐病人平躺 10 min 再离开病床,以免压力过大,胶布崩开。对于固定后动脉搏动较弱的患者,嘱患者不要离开,20 min 后,由护士予以解压。

1.4 针对白内障手术的透析护理

20 例患者均是做完白内障手术后 2 天进行血液透析的患者,遵医嘱选择无肝素透析,以防止眼底出血。无肝素透析时,提前预冲管路,剩余 300 ml 生

理盐水时加入含 20 mg 肝素的肝素盐水 4 ml, 设脱水 300 ml, 时间 30 min, 动静脉端对接循环, 上机前用生理盐水冲洗透析器及管路, 透析后每隔 0.5 h 用生理盐水冲洗透析器及管路 1 次, 密切观察透析器管路中血液的颜色、动脉压、静脉压及跨膜压的变化。若血液颜色变黑、动静脉压增加、跨膜压在短时间内迅速增大等都表明透析器出现凝血, 须及时更换透析器或结束透析, 此外, 在透析过程中不能输血及输脂肪乳剂, 以免加速透析器的凝血发生; 透析时避免超滤过量, 以防发生恶心、呕吐、抽搐等造成眼压增高而引起眼部充血、切口裂开等并发症的发生; 透析过程严密观察血压、心率的变化, 提前预防; 对高龄合并高血压、心脏病的患者必要时进行心电监护, 以便及时发现病情变化。

心理护理: 白内障手术患者因手术具有一定的创伤性及患者对手术复明效果的期盼和担心, 患者会出现不同程度的焦虑, 表现为血压升高、情绪波动、睡眠差甚至失眠等现象。我们在护理白内障术前患者时, 早期对患者进行中医情志疏导、食疗药膳、中药、针灸等综合措施干预, 减少了患者焦虑症状, 促进手术的顺利进行。

1.5 评价标准

自体动静脉内瘘并发症的评价标准: 经常性凝血(>1 次/d)、穿刺困难、止血困难(>20 min)、手臂持续肿胀, 触诊震颤和杂音消失均提示内瘘狭窄或血栓形成^[8]; 瘘口处皮肤红肿、疼痛, 体温>37.5℃, 排除身体其他部位感染, 提示内瘘感染; 假性动脉瘤形成标准是穿刺后出现逐渐凸出皮肤包块, 触之有与心率一致性搏动, 表面可听到血管杂音, 彩色多普勒超声可见动脉腔内异常血流信号, 血管壁向外膨出即为动脉瘤样扩张^[9]。

1.6 统计分析

统计自体动静脉内瘘感染、血栓、假性动脉瘤等并发症发生的例数及白内障术后感染、前房出血等并发症的发生率。

2 结果

截止到 2015 年 1 月统计, 20 例白内障手术术后的患者均未出现感染、血栓、假性动脉瘤等并发症, 发生率为 0.0%。白内障术后未出现感染、前房出血等并发症。提示应用所制订的动静脉内瘘护理方法能够降低透析患者自体动静脉内瘘并发症的发生率, 对术后患者眼部情况的恢复没有影响, 对控制白内障手术后的患者动静脉内瘘并发症的发生有着重

要的临床意义。

3 讨论

血管通路的维护是医护人员义不容辞的责任和义务, 应贯穿于患者的整体治疗中, 维护良好的、高质量的血管通路, 是患者透析充分性的基本保证, 对疾病的治疗和患者远期生存质量的提高有积极的促进作用。制订的动静脉内瘘护理方法狭义上是一种护理的方法, 广义上是一种管理的理念, 不仅要求我们不断地建立理论知识的体系, 还要对实践能力进行严格培训, 在工作中, 不仅要规范操作, 优先选择, 更要把“全程护理”作为以后工作的目标。“全程护理”包括不在血液净化中心进行的做瘘之前的护理, 血管的保护及内瘘术前、术后的护理等。作为血液透析护士不仅要不断地提高自身的专业素质, 还有义务对相关科室医护人员做好专业的交接, 必要时给予专业知识培训, 让保护血管通路贯穿于患者的整个就医过程。进行本次研究我们在进行图片采集, 患者内瘘归档的过程中只对患者血管条件不好的进行了彩色超声及绘图标示, 以后的工作中为了更好地管理患者的内瘘, 我们要对每一位患者内瘘侧血管进行彩色超声及绘图标示, 并要定期进行血管的彩色超声检查, 以便及时发现问题, 有计划地使用和保护患者的内瘘。

参考文献

- [1] 王海燕. 肾脏病学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 192-193.
- [2] 宛维, 金明. 糖尿病白内障中医治疗进展[J]. 北京中医药大学学报, 2004, 27(1): 89.
- [3] 张智敏, 程圣英, 张五星, 等. 维持性血液透析患者内瘘失功情况分析[J]. 中国血液净化, 2007, 6(6): 312-313.
- [4] 王正芹. 中西医结合治疗糖尿病性白内障疗效观察[J]. 中国民族民间医药, 2010, 19(16): 157.
- [5] Kimmel PL, Varela MP, Peterson RA, et al. Interdialytic weight-gain and survival in hemodialysis patients: effects of duration of ES-RD and diabetes mellitus[J]. Kidney Int, 2000, 57(3): 1141.
- [6] 刘宁, 黄雯, 赵慧颖, 等. 糖尿病肾病尿毒症应用无糖及含糖透析液血液透析特点及其对血糖的影响[J]. 中国血液净化, 2007, 6(4): 192-194.
- [7] 刘东, 伦立德, 刘杰, 等. 血液透析对血糖的影响[J]. 空军总医院学报, 2006, 22(2): 66-69.
- [8] 梅长林, 付文成. 血管通路的评价、选择及并发症防治[J]. 临床内科杂志, 2004, 21(11): 725.
- [9] 杨立明, 朝春晖, 姚敏, 等. 血液透析血管通路假性动脉瘤 34 例临床分析[J]. 山西医药杂志, 2004, 33(5): 375-376.