

抗中性粒细胞胞质抗体相关性血管炎肾损害患者的护理

苏海燕, 曾石养

(暨南大学医学院附属清远医院 清远市人民医院, 广东清远, 511500)

[摘要] 目的 探讨抗中性粒细胞胞质抗体相关性血管炎肾损害患者的护理方法。方法 回顾性分析 10 例抗中性粒细胞胞质抗体相关性血管炎肾损害患者的护理措施。结果 9 例患者均病情好转出院, 其中 7 例血清肌酐水平明显下降; 2 例继续门诊血液透析, 1 例因严重肺部感染导致呼吸衰竭死亡。结论 严密观察患者的病情变化, 预防并发症的发生, 做好心理护理, 对提高抗中性粒细胞胞质抗体相关性血管炎患者的治疗效果和护理质量具有重要的意义。

[关键词] 抗中性粒细胞胞质抗体; 血管炎; 护理

[中图分类号] R473.5 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2014)05-0034-03 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2014.05.10

Nursing of patients with anti-neutrophil cytoplasmic antibody associated with vasculitis and renal damage

Su Haiyan, Zeng Shiyang// Modern Clinical Nursing, -2014, 13(5):10.

[Abstract] **Objective** To summarize the nursing strategies for the patients with anti-neutrophil cytoplasmic antibody associated with vasculitis and renal damage. **Methods** The nursing histories of 10 patients with anti-neutrophil cytoplasmic antibody associated with vasculitis and renal damage were retrospectively analyzed to summarize the nursing strategies. **Results** Nine of them were discharged after improvement. Seven of them had marked decrease in serum creatinine, 2 survived by hemodialysis at the outpatient section and 1 died of severe pulmonary infection. **Conclusion** Such strategies as close observation of patients, prevention of complications and mental care are important for the curative effect and nursing quality for the patients with anti-neutrophil cytoplasmic antibody associated with vasculitis and renal damage.

[key words] anti-neutrophil cytoplasmic antibody; vasculitis; nursing

抗中性粒细胞胞质抗体相关性血管炎是一种严重累及小和中等血管引起严重全身多系统器官功能衰竭, 其病理特点是小血管壁的炎症和纤维素样坏死^[1], 主要包括韦格纳肉芽肿、显微镜下多血管炎和过敏性肉芽肿性血管炎。常起病缓慢, 但肾脏、肺脏受累到一定程度时, 则病情进展迅速, 预后凶险^[2-3]。早期诊断、及时合理的治疗和护理可控制病情进展, 改善预后。本院自 2010 年 1 月~2013 年 10 月收治了 10 例抗中性粒细胞胞质抗体相关性血管炎患者, 现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2010 年 1 月~2013 年 10 月本院收治的 10 例抗中性粒细胞胞质抗体相关性血管炎患者, 均符合抗中性粒细胞胞质抗体相关性血管炎

诊断标准^[4]。10 例患者中, 男 4 例, 女 6 例; 年龄 36~73 岁, 平均(48.0±12.5)岁; 血清肌酐: 131.2~1264.8 μmol/L, 平均(323.5±78.4) μmol/L。

1.2 治疗及转归

本组 10 例患者均采用泼尼松口服治疗, 方法: 治疗初期剂量为 1mg/(kg·d), 时间 4~8 周, 病情控制后, 逐步减量, 每周减 5~10 mg, 减至隔日 60 mg 或 30 mg/d 后, 每周减量 2.5~5 mg, 治疗 6 个月后减至 10 mg/d, 再维持 6 个月。其中有 8 例患者采用泼尼松口服治疗同时, 静脉滴注环磷酰胺治疗, 方法: 在泼尼松治疗 10~14 d 开始, 依据肾功能和白细胞计数, 静脉滴注 1g/1.75 m², 每月 1 次, 连续 6 个月, 以后维持治疗 3 个月 1 次, 整个疗程约为 1.5~2 年; 6 例患者接受血液透析治疗。经治疗 9 例患者均病情好转出院, 7 例血清肌酐水平明显下降, 血清肌酐: 78.3~764.5 μmol/L, 平均(254.6±57.2) μmol/L; 2 例继续行血液透析, 1 例因严重肺部感染导致呼吸衰竭死亡。

[收稿日期] 2014-02-16

[作者简介] 苏海燕(1975-), 女, 广东清远人, 主管护师, 本科, 主要从事临床护理工作。

2 护理

2.1 激素治疗护理

本组患者均使用激素治疗,激素具有强大的抗炎和免疫抑制作用^[5]。常见副作用有高血压、高血糖、低血钾、向心性肥胖、青光眼、无菌性骨坏死等。在用药期间,严密观察患者的血压、血糖、血钾等,并向患者讲解药物的作用及副作用,反复教育患者遵医嘱用药,切忌自行加、减药量或停药。本组患者有1例出现血糖升高,经加用胰岛素治疗,控制饮食后,血糖正常。

2.2 环磷酰胺应用的护理

环磷酰胺副作用有恶心、呕吐、脱发、胃肠道不适、白细胞减少、肝功能受损及出血性膀胱炎等^[6]。因此,用药后要密切观察有无尿频、尿痛、血尿、恶心、呕吐等症状,嘱患者多饮水,增加尿液排泄,防止膀胱炎发生,呕吐时给予止吐处理。本组8例患者应用环磷酰胺后均无出现出血性膀胱炎、肝功能受损及骨髓抑制。

2.3 预防感染

由于患者本身存在免疫功能失调,再加上应用激素和(或)免疫抑制剂治疗,导致白细胞下降、抵抗力降低,因此预防感染尤为重要。护理措施:对患者采取保护性隔离;保持病室清洁,空气流通,减少探视;患者佩戴口罩;保持患者口腔清洁,每日晨起、睡前和进餐前后用4%苏打水和2%雷夫诺尔交替漱口;做好眼部的护理,及时用消毒棉签清除内眦分泌物,眼球突出者注意避免角膜干燥受损和感染;保持皮肤、会阴部的清洁,卧床及水肿患者预防压疮及坠积性肺炎的发生,给予气垫床减压,勤翻身叩背。本组患者有1例发生肺部严重感染,使用舒普深抗感染效果欠佳,转到ICU继续治疗,因呼吸衰竭死亡。

2.4 饮食护理

给予低盐、低脂、优质蛋白饮食,同时适量补充维生素,伴有肾功能不全时应限制蛋白质的摄入量:0.6~0.8 g/(kg·d),并予优质蛋白质,如鸡蛋、牛奶、瘦肉等,保证充足的热量;限制钾、磷的摄入;有高血压、水肿、尿少时限制钠的摄入(<2 g/d)和水的摄入,以免加重患者心脏负荷。

2.5 血液净化护理

①透析前做好患者心理护理,减轻患者恐惧

心理,取得患者的配合;在严格无菌操作下,留置血液透析导管。②根据病情及实验室检查结果确定抗凝剂及其用量,密切观察透析机器各参数的变化,及时处理各种报警,避免凝血现象的发生;密切观察有无透析并发症发生,如有寒颤、发热、头晕、头痛、恶心、呕吐等症状,及时处理。③保持透析导管固定,定期更换敷料,避免管道感染。本组患者无出现透析管道感染。

2.6 病情观察

抗中性粒细胞胞浆抗体相关性血管炎通常累及多个器官。肾脏受累时通常会出现血尿、蛋白尿以及少尿的表现,定时监测尿液性质及尿量;患者使用糖皮质激素时严密监测血糖、血压和心功能等,观察患者有无出血倾向,如有异常及时报告医生给予相应处理。本组患者有1例患者出现急性左心衰竭,即给予取半坐卧位,吸氧,使用西地兰、速尿等强心利尿治疗后,症状缓解。

2.7 心理护理

由于该病进展快,病情危重,缺乏特异性,变化较多,且病程长容易反复,患者易产生恐惧、焦虑心理。使用激素和环磷酰胺治疗时,出现不良反应如脱发、满月脸、胃肠道症状时,患者负性心理更加突出。护理措施:采用图表、照片和宣传单张对患者进行健康教育,经常与患者进行沟通,认真倾听患者的主诉,主动及时向患者解释药物可能产生的不良反应处理方法,注意患者的情绪变化,主动向患者介绍病情、治疗及护理的相关知识,帮助其树立战胜疾病的信心。本组患者经心理护理后,心理状态稳定,积极配合治疗和护理。

3 小结

由于本疾病临床表现复杂多样,病情重,变化快,主要采用激素和血液透析治疗。通过对10例患者的护理体会到,严密观察患者的病情变化,积极采取有效的护理措施,预防并发症的发生,做好患者的心理护理及健康教育,对提高疾病的治疗效果和护理质量具有重要的意义。

参考文献:

- [1] Savige J, Davies D, Falk RJ, et al. Antineutrophil cytoplasmic antibodies and associated disease: A review