

血液透析血管通路的并发症及预防对策分析

蒙花细, 黄济安

(广西中医药大学第一附属医院仙葫院区 肾病科, 广西 南宁 530200)

摘要: 血液透析主要应用于肾功能衰竭患者, 同时也是终末期肾功能衰竭患者的唯一治疗手段, 有效的延缓了患者的生存时间。想要保证血液透析的效果那么最主要的就是建立及维护有效的血管通路, 当内瘘达到一定血流量时才可以更好的提高透析的效果。

关键词: 血液透析; 血管通路; 并发症; 预防对策

中图分类号: R459.5

文献标识码: A

DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.70.022

本文引用格式: 蒙花细, 黄济安. 血液透析血管通路的并发症及预防对策分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(70): 39+41.

0 引言

维持内瘘长期的通畅可以保证血液透析的效果, 进而延长了患者的生存时间, 同时也避免了血栓形成, 血管形成是引起自体动静脉内瘘阻塞的重要原因^[1]。

1 血管通路的选择

作为患者的生命线在选择血管通路时应具备以下几个特点: ①在反复建立血液循环的过程中应较为简单, 并能保证有效流量; ②在透析后血流量在极短的时间内归零; ③其功能维持的时间较长, 不需要经常进行手术干预; ④没有并发症; ⑤避免感染。在临床中血液透析血管通路主要有三种通路, 分别为临时性留置导管通路、长期留置导管通路及永久血管内瘘通路^[2]。

2 血管通路的并发症及预防对策

2.1 临时留置导管的并发症及预防对策

2.1.1 穿刺后的观察: 在穿刺完成之后应检查固定情况, 同时密切关注局部有没有渗出及血肿的情况。

2.1.2 正确使用留置导管: 在完成血液透析之后, 对导管采取消毒措施, 使用生理盐水对管内的血液进行冲洗, 然后将肝素钠生理盐水注入其中, 避免血栓形成, 针对易凝患者可以增加肝素钠生理盐水的使用剂量。

2.1.3 并发症及预防对策:

(1) 感染。感染是最常见的一种并发症, 有导管出口部感染、隧道感染及血液扩散性感染^[3]。当导管出口部位发生感染之后导管口周围的皮肤或隧道表现皮肤呈现出红、肿、热的状态, 同时会渗出脓性分泌物, 这时应采取局部消毒的处理措施, 并及时更换敷料, 必要时患者需服药抗生素。在临床中患者在透析约 1 小时后即可出现畏寒、颤抖、发热等症状, 当患者不是其他感染因素时可以考虑因留置导管内细菌繁殖所引起的感染, 若是这种情况可以先拔除导管, 剪下留置导管前端并做细菌培养, 根据培养结果合理使用抗生素进行治疗。针对长期导管感染的患者来说应先进行抗菌治疗, 治疗的时间约为两个星期^[4]。

(2) 出血。出血的临床表现是导管皮肤出口处发生出血或是局部形成血肿, 主要发生于穿刺探查经过不顺利的患者, 发生因素与反复穿刺对血管造成的损伤较为严重有着直接的关系, 在应用抗凝剂之后极易发生出血的症状, 在这种情况下应采取局部压迫止血的方式。

(3) 血栓形成。血栓形成的因素有长期留置导管、患者处于高凝的一种状态、肝素使用的剂量不够等, 在血栓形成之后应使用尿激酶溶栓法, 经治疗后大部分的溶栓均会被溶解掉。

(4) 导管脱落。发生原因主要是临时性深 V 留置导管保留的时间比较长, 因此缝线极易出现断裂, 或者是个人体质对缝线产生排斥, 缝线与皮肤不能贴合在一起, 从而发生导管滑脱的症状, 导管在脱出后会引起出血的现象, 尤其是针对股静脉留置导管的患者而言, 在这种情况下先拔除导管然后采取局部压迫止血手段。若导管脱落的部分比较短, 且患者没有其他血管通路可以选择时应在无菌状态下留置导管重新进行固定^[5-6]。

2.2 血管内瘘的并发症预防对策

2.2.1 出血: 通常发生在术后 24 小时之内, 主要发生在麻醉穿刺点与手术切口部位, 均是因手术操作所引起的^[4]。全身出血因尿毒症血小板功能紊乱及肝功能受损所导致, 这种情况在进行手术之前可以进行纠正。迟发性出血多发生于动脉瘤形成及感染, 应对出血点进行压迫止血在根据实际情况进行手术。

2.2.2 血栓形成: 在血栓形成之后是引起内瘘失败的主要因素, 多发生于血管狭窄部位。当留置导管时间过长时, 患者处于高凝的一种状态, 使用肝素剂量不足或管路受压挤压变形后, 极易引起血栓形成。在血栓形成后使用尿激酶溶栓法, 大部分的血栓均可被溶解, 在留置导管动脉腔内注入尿激酶与生理盐水, 剂量分别为 5-15 万 U 与 2-5 mL, 保留的时间约为 20 分钟, 将被溶解的纤维蛋白或血凝块抽出。在患者进行透析的期间可将尿激酶与生理盐水混合在一起进行静脉滴注, 剂量分别为 25 万 U 及 250 mL, 另外也可加入纤溶酶等溶栓药^[7]。

2.2.3 感染: 终末期肾衰竭患者发生感染之后, 贫血可恢复单核巨噬细胞、中性粒细胞及 T、B 淋巴细胞介导的免疫反应下降, 内瘘感染可引起大出血的情况^[5]。实施血管手术时应严格按照无菌操作, 在术后严格按医嘱使用抗生素。当血管发生感染之后应对血管进行结扎。

2.2.4 静脉窃血综合征: 多发于全身性动脉硬化及糖尿病患者, 在术后患者感受手冷、无力, 严重时患者感到手疼痛、麻木, 在检查时手背呈现出浮肿、紫绀的状态。瘘口的血流量与动脉端血流量及瘘口长度有着密切的关系, 在进行手术之前就已经存在动脉损伤的症状时也极易发生窃血综合征, 经血管造影后发现血管较为狭窄。针对轻度窃血综合征患者来说在术后 1 个月可自行恢复, 针对窃血综合征比较严重的患者应重新进行手术。

2.2.5 血管狭窄: 多发生在瘘口部位, 与手术操作或局部纤维增生有着直接的关系, 当血管狭窄被证实为存在狭窄时可采取 PTFE 进行吻合治疗。

(下转第 41 页)

3 讨论

研究显示,近年来急性心肌梗死患者发病率呈上升趋势,对于该类患者实施一项有效的治疗方式十分重要。通过对患者实施急诊经皮冠状动脉介入术后,取得显著效果,能有效、快速开通患者梗死血管,恢复患者心肌再灌注,能显著提高患者生存率,但是在实施介入治疗过程中,易导致患者血管内膜受到损伤,使血小板聚集,引起血栓情况,导致急诊经皮冠状动脉介入术的治疗效果受到严重影响。因此,我院对急诊经皮冠状动脉介入术与替罗非班联合治疗急性心肌梗死的临床效果进行分析^[1-2]。

根据本次研究显示,两组急性心肌梗死患者实施治疗后,CK-MB、cTnI 指标与术前相比显著升高,由此可见两组患者均伴有心肌损伤,但是观察组急性心肌梗死患者在术后 12 小时的 CK-MB 水平低于对照组患者,24 小时后的 cTnI 水平也低于对照组,由此证明,替罗非班能显著降低人体 CK-MB、cTnI 水平,减轻患者心肌损伤。在患者实施急诊经皮冠状动脉介入术中,有效控制患者血栓十分重要。替罗非班为非肽类受体阻滞剂,对人体血小板膜糖蛋白具有强效阻滞作用,能阻断人体相关复合物和血液纤维蛋白原受体结合,抑制血小板生成,同时还能改善患者炎症程度,缓解血管收缩状态,促进其梗死血管较快复流,联合治疗和单一治疗相比,取得显著优势,能显著提高急性心肌梗死患者的治疗效果。现如今,急诊经皮冠状动脉介入术与替罗非班联合治疗已经成为急性心肌梗死患者首选治疗方式^[3-4]。

经研究表明,观察组急性心肌梗死患者的不良心脏事件

发生率 2.00% 低于对照组 ($P < 0.05$); 观察组急性心肌梗死患者的总有效率 94.00% 与对照组总有效率 80.00% 具有显著差异 ($P < 0.05$); 观察组急性心肌梗死患者的症状改善时间 (6.21 ± 1.01) d 和住院时间 (10.25 ± 1.21) d 与对照组具有差异 ($P < 0.05$); 观察组术前 CK-MB、cTnI 水平与对照组无显著差异 ($P > 0.05$); 两组急性心肌梗死患者术后的 CK-MB、cTnI 水平均显著升高,观察组患者术后 12 小时 CK-MB 低于对照组,术后 24 小时 cTnI 水平低于对照组 ($P < 0.05$)。

综上所述,通过对急性心肌梗死患者实施急诊经皮冠状动脉介入术与替罗非班联合治疗后,取得显著效果,能促进患者较快康复,值得在进一步推广及运用。

参考文献

- [1] 陈翀昊,王广燕,苏衡,等.瑞舒伐他汀与阿托伐他汀对早发冠心病急性心肌梗死患者的近期疗效[J].中国临床药理学杂志,2013,29(2):126-128.
- [2] 李彦明,程冠昌,洪岩,等.溶栓后介入疗法和直接介入疗法治疗急性心肌梗死的疗效分析[J].中国老年学杂志,2013,33(19):4690-4692.
- [3] 方翔,李侠,刘旭辉,等.红花黄色素治疗老年糖尿病肾病合并急性心肌梗死患者的临床观察[J].中国药房,2017,28(29):4140-4143.
- [4] 白延涛,石金宝,李燕,等.果糖二磷酸钠治疗急性心肌梗死的临床研究[J].中国药房,2017,28(8):1076-1079.

(上接第 39 页)

2.2.6 血管瘤:多发于瘰口及穿刺部位,可使用 PTFE 血管做旁路搭桥手术,血管瘤部位极易发生感染的症状。

2.2.7 血肿:多发于人造血管搭桥内瘘患者,发生在人造血管起行的皮下隧道部位,在术后前 2 天情况比较严重。护理人员应把握好内瘘成熟的时间,避免过早使用从而形成局部血肿对以后的成熟造成影响,早期内瘘指导患者有计划的进行功能锻炼及自我监护,禁止在内瘘侧肢体上量血压、抽血等,避免受到挤压,不要进行大幅度的动作避免出现血肿^[6]。

2.2.8 肿胀综合征:因回流静脉被阻断或动脉血流压力受到影响,导致肢体远端回流出现障碍,当血管吻合后静脉流出道梗阻,动脉血流通过侧枝循环流经收不静脉或尺侧静脉或深静脉,对手部静脉回流造成了严重的影响,发生肿胀手臂。在早期时通过握拳的方式可增加血流,进行减轻水肿的症状,当患者长期出现肿胀时应重新制作内瘘^[9-13]。

3 结论

血管通路是血液透析患者的生命线,有效的延长了患者的生存时间,加强对血管通路并发症的预防,保证血液透析的效果,从而提高患者的生活质量。

参考文献

- [1] 文以君.舒适护理在血液透析室整体护理中的应用[J].中国实用护理杂志,2004,20(1):9-9.
- [2] 杨小华,韩晓骏,严冲,等.高通量血液透析对糖尿病肾病血液透

- 析患者预后的影响[J].实用医学杂志,2012,28(12):2009-2010.
- [3] 李中明,杨保申.高通量血液透析对 47 例糖尿病肾病血液透析患者预后的影响[J].中国民族民间医药,2014,23(9):109.
- [4] 纪晓宁,张宇平,冯新.高流量高通量血液透析对糖尿病肾病血液透析患者预后的影响[J].糖尿病新世界,2014(24):57.
- [5] 王新歌,樊少磊,韩哈,等.协同护理模式对血液透析患者自我护理能力和生活质量的影响[J].中华护理杂志,2013,48(3):207-209.
- [6] 李剑堂,郝丽,张江淮,等.维持性血液透析血管通路现状及影响因素分析[J].安徽医科大学学报,2015,14(4):555-557.
- [7] 梁建丽.维持性血液透析动静脉内瘘失功的原因分析及维护现状[J].中国医药指南,2011,09(21):352-353.
- [8] 萧远英,李芸,王立平,等.分组管理模式对血液透析患者血管通路维护的影响[J].护士进修杂志,2017,32(9):784-787.
- [9] 程亚菲,费晓,徐群红,等.不同血管通路对血液透析患者微炎症状态的影响[J].中国中西医结合肾病杂志,2010,11(2):145-146.
- [10] 饶毅峰,朱平,何川鄂.不同血管通路对维持性血液透析患者微炎症状态及透析充分性的影响[J].解放军医药杂志,2017,29(3):76-79.
- [11] 任红旗,何群鹏,贾凤玉,等.维持性血液透析患者血管通路使用情况分析[J].肾脏病与透析肾移植杂志,2017,26(03):235-239.
- [12] 赵渝,傅麒宁.中国血液透析血管通路领域机遇与挑战[J].中国血管外科杂志(电子版),2016,8(04):249-251+248.
- [13] 任崇,卢文文,杨晓莉,等.上海市首次血液透析血管通路使用情况及相关因素分析[J].中国血液净化,2016,15(06):344-347.