

## · 护理园地 ·

## 慢性心力衰竭伴低钠血症患者的监测及护理

朱 亚, 曹 杰, 何俏梅, 余 萍, 高琴琴

[关键词] 慢性心力衰竭; 低钠血症; 观察; 护理

[中图分类号] R541.61 [文献标志码] B [文章编号] 1672-271X(2011)02-0163-02

慢性心力衰竭(CHF)是各种心血管疾病发展到严重阶段的一种复杂的临床症候群,已成为心血管疾病患者死亡的主要原因<sup>[1]</sup>。低钠血症是 CHF 患者的独立高危因素<sup>[2]</sup>,为有效防治低钠血症,提高患者的生存率,本科对 CHF 伴有中度、重度低钠血症患者,采取加强病情观察,严格输液护理,强化健康教育等综合护理措施,取得了明显的效果,现将护理体会总结如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般情况** 本院心血管中心 2008 年 1 月至 2010 年 12 月收治的患者 21 例,男 10 例,女 11 例,年龄 65~87(72.56±5.84)岁。基础疾病包括:慢性肺源性心脏病 9 例,缺血性心脏病 6 例,高血压心脏病 3 例,风湿性联合瓣膜病变 3 例;21 例均合并慢性肾功能不全、肺部感染,5 例合并糖尿病。心功能分级:Ⅱ级 3 例,Ⅲ级 11 例,Ⅳ级 7 例。低钠程度:中度低钠(血清钠 110~120 mmol/L)13 例,重度低钠(血清钠 <110 mmol/L)9 例。

**1.2 治疗方法** 除予吸氧、强心、扩血管、脱水、利尿、限水、卧床休息等治疗措施外,均采用微量输液泵经中心静脉导管持续静脉推注补充 10% 氯化钠溶液,精确计算氯化钠的需要量并严格控制输入速度。

## 1.3 护理方法

**1.3.1 临床症状的观察** CHF 患者治疗期间若出现乏力、食欲不振、恶心、呕吐、嗜睡、意识模糊、抽搐、肌力减退、腱反射减弱等神经系统症状,心力衰竭顽固无改善且有恶化趋势等表现,加上正在使用利尿剂者,应充分考虑并发低钠血症。本组 21 例均有不同程度的上述症状出现,经检测电解质确诊后,予积极输液、补充钠盐,同时予利尿、脱水、强心、扩

血管及原发疾病的治疗,18 例血钠恢复正常,心功能得到改善。因此护理上加强病情监测,早发现、早汇报、早诊断、早治疗,能减少心血管恶性事件发生的风险,改善患者预后。

**1.3.2 尿量和血钠的监测** 严密观察患者的皮肤弹性、黏膜色泽、水肿程度等体征,动态观察、记录每小时尿量和尿色泽、准确记录 24 h 出入量,适时监测尿比重。本组 11 例缺钠性低钠血症患者和 7 例稀释性低钠血症患者由于护理观察细致、指标监测到位,经及时的诊断和治疗,患者病情逐步稳定。

**1.3.3 微量泵补液的护理** 要严格控制输液速度。本组患者均由中心静脉通道,经微量输液泵持续静脉推注 10% 氯化钠,补钠量依据医嘱,首次补钠为其总量的 1/2~1/3,其余依据血钠结果,分次静脉补充。补钠速度:10% 氯化钠微量输液泵持续静脉推注 7~10 ml/h,控制血钠上升速度每小时为 0.5~1.0 mmol/L,首日血钠上升速度不大于 12 mmol/L,24 h 总量为 150~250 ml,以防补钠量过大、补钠速度过快导致脑神经细胞失水,脑桥中央髓鞘溶解甚至坏死<sup>[3]</sup>。对稀释性低钠血症患者在补钠的同时予利尿剂静脉注射。本组 18 例经上述处理 5~7 d 后血钠逐步恢复,心功能逐步改善,未发生血钠大起大落现象以及其他并发症。

**1.3.4 健康教育** ①强调按时服药的重要性和必要性,避免因误服、漏服而影响治疗效果。②告知患者每日钠盐摄取量为 2~3 g(相当于食盐 5~7 g),注意每日液体的摄入总量为前 1 天的尿量加 500 ml 以内。③告知患者须关注自身的体重、血压、尿量、心率、心律等变化。每天定时测体重,如 3 d 内体重增加 2 kg 以上,考虑已有水钠潴留(隐性水肿)合并稀释性低钠血症,需调整利尿剂的剂量;如 3 d 内体重下降 3 kg 以上,需预防有效血容量锐减和钠盐的丢失而诱发精神系统症状,均应及时就医。

**1.4 结果** 21 例中,18 例血钠恢复正常,心功能较

作者简介:朱 亚(1966-),女,浙江杭州人,本科,副主任护师,从事心血管中心护理管理工作

作者单位:310013 浙江杭州,解放军 117 医院心血管中心

(下转第 165 页)

**2.2.2 患者保温** 肝移植患者手术时间长,切口特别大,对身体的其他部位采取电热毯,上肢暖风衣,下肢棉裤等措施,减少皮肤的辐射、对流散热,有效地减少了自身体温的丢失。

**2.2.3 输入液体加温** 术中输血、输液及冲洗液的应用是造成体温降低的主要原因之一,本组病例平均输血量 3089.9 ml,输血量 2312 ml,前者加热至 37℃,后者加热至 41~43℃后使用,避免了因冷液体输入体内吸收大量的热,使体温下降。

**2.2.4 患者保温的重要性** 肝移植术中体温的护理只是术中护理的一个环节,如不加以重视和及时处理,会增加并发症的发生率,影响肝移植的效果。本组病例初期也出现 5 例无肝期体温低于 35℃且时间较长,影响了患者术后的恢复。了解低体温发生的原因、预防措施及护理方法,积极采取更安全、更科学的护理措施,才能有利于维持机体的最佳生

理状态,有效降低术中并发症的发生率,促进患者的康复。

## 【参考文献】

- [1] 刘庆兰,宋红.手术中低体温对患者的影响及其护理措施[J].中华临床医药,2003,4(1):92.
- [2] 刘俊杰,赵俊.现代麻醉学[M].2版.北京:人民卫生出版社,1996:673-674.
- [3] 赵俊.新编麻醉学[M].北京:人民军医出版社,2002:1062-1067.
- [4] 吴治敏,岳蕤,曾俊,等.肝移植麻醉手术期间低体温的研究与护理[J].中国实用护理杂志,2005,21(9):13.
- [5] 张淑月,朱君宇,彭延增,等.术中低体温对患者麻醉恢复期的影响及护理干预[J].中华护理杂志,2003,38(3):176-178.
- [6] 蒋玉娣,许凤燕,鲍磊.肝移植术中患者皮肤护理的体会[J].东南国防医药,2009,11(5):451.

(收稿日期:2010-08-13)

(本文编辑:黄攸生)

(上接第 163 页)

治疗前改善 I~II 级;3 例无效死亡,其中 1 例脑卒中,2 例终末期心力衰竭;未发生与补钠有关的高钠血症、心律(率)及血压的异常变化。

## 2 体会

**2.1 早期发现临床症状是 CHF 护理的重点** 加强监测尽早识别低钠血症并采取适当的临床干预措施是改善患者预后的关键<sup>[4-5]</sup>。低钠血症患者早期临床表现不仅缺乏特异性,而且 CHF 患者常合并多器官功能损害而掩盖其低钠的临床症状,有时难以及时识别与诊断。护士要加强观察患者意识、生命体征和尿量的变化,动态、准确地监测各项指标,为医疗诊断及时提供依据,以提高疾病治愈率及抢救成功率,全面提升医疗护理质量。

**2.2 提高患者自护能力是 CHF 护理的难点** 有研究发现,1/3 或更多的 CHF 患者住院治疗是因对饮食和药物治疗方案的不依从引起<sup>[6]</sup>。本组 21 例 CHF 患者低钠原因分析与该研究基本一致。通过住院期间形式多样的健康指导和出院以后的电话随

访等延续服务,患者对合理饮食、合理药物的应用及自我管理的能力均显著提高。因此,加强对 CHF 患者遵从治疗、饮食调整、症状的自我管理等知识的指导,注重健康教育的方式方法及效果评价,对降低再住院率和病死率具有重要的意义。

## 【参考文献】

- [1] 苏慧芳,曹滇.托伐普坦治疗老年重度心力衰竭伴中重度低钠血症的观察与护理[J].护理与康复,2010,9(3):271-272.
- [2] Oren RM. Hyponatremia in congestive heart failure[J]. Am J Cardiol,2005,95(9A):2-7.
- [3] 蔡加宁,王伟民,涂兰波,等.鞍区肿瘤术后低钠血症的治疗方法(附 51 例分析)[J].中国微侵袭神经外科杂志,2006,11(9):393-395.
- [4] 徐蕴芳.健康教育在用药护理中的应用[J].东南国防医药,2008,10(2):140-141.
- [5] 沈爱宗,陈飞虎,张善堂,等.美国慢性疾病药物治疗的依从性研究[J].国外医学:社会学分册,2004,21(4):155.
- [6] Tareen N, Martins D, Nagami G, et al. Sodium disorder in the elderly[J]. Natl Med Assoc,2005,97(2):217-224.

(收稿日期:2010-10-08;修回日期:2011-01-24)

(本文编辑:潘雪飞)