

探讨体外膜肺氧合紧急救治危重症患者的临床护理

向秋悦

重庆医科大学附属第二医院, 中国·重庆 400010

【摘要】目的: 探讨体外膜肺氧合紧急救治危重症患者的临床护理措施与护理效果。方法: 回顾性分析我院收治的 80 例危重症患者各项临床资料, 所有患者均接受体外膜肺氧合紧急救治, 根据护理方式的不同将患者分为两组, 即应用常规护理的 40 例患者纳入参照组, 而应用强化护理的 40 例患者纳入研究组。记录两组不良状况死亡情况 (原发病死亡、感染死亡与出血死亡)、血气分析指标变化情况。结果: 研究组不良状况死亡率更低 ($P < 0.05$)。护理后, 两组二氧化碳分压 (SaO_2)、氧分压 (PaO_2) 水平提升, 二氧化碳分压 (PaCO_2) 水平下降, 比较发现研究组升幅、降幅均更大 ($P < 0.05$)。结论: 在危重症患者行体外膜肺氧合紧急救治过程中实施强化护理, 可改善患者血气指标, 减少原发病死亡、感染死亡等不良状况的发生。

【关键词】 体外膜肺氧合紧急救治; 危重症; 临床护理

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析我院 2019 年 1 月至 2020 年 3 月期间收治的 80 例危重症患者各项临床资料, 所有患者均接受体外膜肺氧合紧急救治, 根据护理方式的不同将患者分为两组, 即应用常规护理的 40 例患者纳入参照组, 而应用全面护理的 40 例患者纳入研究组。参照组: 男性与女性患者分别为 21 例、19 例; 平均年龄为 (48.68 ± 10.54) 岁; 其中, 肺梗死 9 例, 心肌梗死 10 例, 呼吸衰竭 8 例, 脓毒血症 13 例。研究组: 男性与女性患者分别为 20 例、20 例; 平均年龄为 (48.98 ± 10.67) 岁; 其中, 肺梗死 7 例, 心肌梗死 12 例, 呼吸衰竭 10 例, 脓毒血症 11 例。两组以上资料无显著差异存在 ($P > 0.05$), 此次研究经伦理委员会同意。

1.2 方法

参照组行常规护理, 即护理人员密切监测患者血流动力学, 在体外膜肺氧合紧急救治第 1d, 动脉血气间隔 2h 监测 1 次, 根据实际情况对机器参数进行调节。同时, 间隔 1h 观察患者下肢末梢血运情况, 观察其下肢是否出现肿胀、僵硬等现象, 及时为患者调整体位。

研究组行强化护理, 具体方法: (1) 血流速度护理: 与患者静脉引流情况为依据, 将其灌流量提升, 设置血流速度为 $50 \sim 75 \text{ml/min}$ 。在患者病情稳定的情况下, 结合心肺功能降低流速, 确保血流速度在离心泵运转过程中处于稳定状态, 一旦发现异常则及时通知医生进行处理。护理期间, 各护理人员详细做好护理记录, 交接班时汇报患者当前情况, 以此强化护理管理; (2) 凝血功能检测: 每日观察患者有无出血倾向, 做好凝血酶原时间 (PT)、活化部分凝血活酶时间 (APTT) 复查工作, 因机器运转过程中需要持续输注肝素抗凝于环路中, 促使全身肝素化, 故需要避免血液凝固堵塞管道; 每日在管道旁路中注入含 $2 \text{U/mL} \sim 10 \text{U/mL}$ 肝素盐水时, 有效预防血栓形成与出血, 依据 PT、APTT 复查情况对肝素用量进行调节; (3) 呼吸功能护理: 间隔 3h 为患者吸痰、叩背与翻身, 保持呼吸道畅通, 通过胸部 X 线片对其肺部情况与呼吸功能进行分析, 强化呼吸道湿化处理; 间隔 1h 记录患者动静脉氧饱和度数据, 将其静脉血氧饱和度维持在 55% 之上, 待患者恢复自主呼吸, 处于清醒状态时, 锻炼脱机 30min, 若血气指标正常, 即可将气管插管拔除, 予以面罩吸氧。此外, 将

通气模式设置为容量控制, 并调节呼吸机至最小参数, 为患者肺脏提供充分休息的机会。(4) 预防并发症护理: ①感染: 护理人员需要严格遵循无菌操作原则, 佩戴一次性口罩、无菌手套与帽子后再实施各项医护操作, 并做好环境清洁工作, 每日为患者更换 1 次切口敷料。②出血: 护理人员需对患者的穿刺针眼、切口、全身皮肤黏膜等部位进行密切观察, 做好黏膜保护工作, 尽可能减少穿刺点, 尤其是避免肌内、皮下注射, 并且在穿刺过后以合理力度适当按压穿刺部位, 拔管后有效缝合与包扎; ③栓塞: 做好患者的心理疏导工作, 帮助其减轻心理负担, 避免过度紧张导致血管痉挛。同时妥善固定管道, 避免患者对管道造成牵拉, 叮嘱其在治疗过程中减少插管侧肢体的活动, 以保护血管内壁。

1.3 观察指标

记录两组不良状况死亡情况 (原发病死亡、感染死亡与出血死亡)、血气分析指标变化情况。血气分析指标应用全自动血气分析仪 [型号: GEM4000, 厂家: 圣迅 (上海) 医疗器械有限公司] 进行监测, 包括二氧化碳分压 (SaO_2)、氧分压 (PaO_2)、二氧化碳分压 (PaCO_2)。

1.4 统计学处理

本研究数据均采用 SPSS22.0 统计学软件处理。计量指标采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 t 检验, 计数指标采用 (%) 表示, 行 χ^2 检验; 若检验结果显示 $P < 0.05$ 说明组间差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 比较不良状况死亡率

参照组、研究组不良状况死亡率分别为 32.50%、12.50%, 比较发现研究组不良状况死亡率更低 ($P < 0.05$), 两组数据详见表 1。

表 1 对比 2 组不良状况死亡率 (n/%)

组别	例数	原发病死亡	感染死亡	出血死亡	总死亡率
参照组	40	4 (10.00)	5 (12.50)	4 (10.00)	13 (32.50)
研究组	40	2 (5.00)	2 (5.00)	1 (2.50)	5 (12.50)
χ^2	-				4.588
P	-				0.032

2.2 比较血气指标

护理前, 两组 SaO_2 、 PaO_2 、 PaCO_2 水平基本一致 ($P > 0.05$); 护理后, 两组 SaO_2 、 PaO_2 水平提升, PaCO_2 水平下降, 比较发现研究组升幅、降幅均更大 ($P < 0.05$), 两组数据详见表 2。

表 2 对比 2 组血气指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	SaO ₂ (%)	PaO ₂ (mmHg)	PaCO ₂ (mmHg)
参照组 (n=27)	治疗前	54.65±10.08	65.35±10.16	45.68±3.75
	治疗后	84.63±5.41	85.25±5.36	40.23±1.09
	t	5.016	2.709	2.470
P	-	0.010	0.017	0.020
研究组 (n=35)	治疗前	54.20±10.13	65.54±10.34	45.79±3.48
	治疗后	93.65±5.98	95.81±5.45	35.35±1.44
	t	6.594	4.967	5.106
P	-	0.007	0.012	0.009
t _{治疗前组间} 值	-	0.073	0.031	0.048
P _{治疗前组间} 值	-	0.562	0.598	0.572
t _{治疗后组间} 值	-	2.718	3.233	7.168
P _{治疗后组间} 值	-	0.016	0.015	0.005

3 讨论

此次研究,我院在80例危重症患者行体外膜肺氧合紧急救治过程中分别实施常规护理、强化护理,结果显示:参照组、研究组不良状况死亡率分别为32.50%、12.50% (P<0.05)。研究认为,护理人员开展强化护理工作过程中,予以患者全面、优质的护理服务,一方面能够根据紧急救治特点与患者病情变化,及时进行处理,减少导致患者死亡的不利因素,另一方面也有助于

保证紧急救治的顺利进行,确保患者病情与症状得以改善,使生存率得以提升。此次研究结果显示:护理前,两组 SaO₂、PaO₂、PaCO₂ 水平基本一致 (P>0.05); 护理后,两组 SaO₂、PaO₂ 水平提升, PaCO₂ 水平下降,比较发现研究组升幅、降幅均更大 (P<0.05)。对此结果进行分析,体外膜肺氧合紧急救治可为患者提供氧供,并保证其循环血量的稳定,护理人员在此基础上实施强化护理,同时密切关注患者呼吸功能,掌握其肺部情况,能够促进体外膜肺氧合紧急救治技术作用的充分发挥,保证患者呼吸道处于畅通状态,为相关功能的改善创造良好条件。

综上所述,在危重症患者行体外膜肺氧合紧急救治过程中实施强化护理,可改善患者血气分析指标,缩短治疗与住院时间,并降低死亡率。

参考文献:

- [1]杨帆,王军,丁金奎,等.体外膜肺氧合救治危重症患者的临床分析:附18例报告[J].第二军医大学学报,2018,39(001):105-109.
- [2]王丽红,崔妮,卜惠弟.体外膜肺氧合技术在危重症患儿护理中的应用进展[J].护士进修杂志,2018,33(005):416-418.
- [3]王玥珏,胡晓静,李丽玲,等.体外膜肺氧合联合血液透析救治呼吸衰竭新生儿的护理[J].护理学杂志,2018,33(22):21-25.