

床旁血滤技术在危急重症患者中的应用与护理

刘宇婷

河北中石油中心医院, 重症医学科 河北廊坊 065000

【摘要】目的: 探究床旁血滤技术在危急重症患者中的应用与护理。方法: 收集2021年1月-2023年6月治疗的80例急危重症患者, 随机分组, 均接受床旁血滤治疗, 对照组配合常规护理, 观察组配合危重症护理, 分析效果。结果: 护理后观察组体温、心率、呼吸频率降幅显著($P < 0.05$), 并发症发生率更低($P < 0.05$)。结论: 床旁血滤技术是危急重症患者的有效治疗技术, 治疗期间辅以危重症护理能改善生命体征指标, 促进其稳定, 预防相关并发症, 进而提高救治效率。

【关键词】床旁血滤技术; 危急重症; 危重症护理

床旁血液滤过技术是重症医学科的重大医疗进展, 能够维持危急重症患者体内的水分以及电解质平衡, 可以在患者床旁进行, 减少对循环的影响, 目前在危急重症患者中的应用已经十分广泛, 是提高其救治率和成功率的有效措施。床旁血滤技术以促进患者机体内环境的稳定, 减少血液中的毒素以及部分脏器功能减退后对身体的影响^[1]。而床旁血液滤过技术为有创操作, 患者在病情的发展下, 身体状态虚弱, 容易引起生命体征的波动, 在治疗的期间辅以针对性的有效护理, 能够促进治疗的安全性, 及时应对复杂的问题。危重症护理能够针对病情和治疗技术特点而制定全面的护理措施来提高危重症患者的救治效果, 改善生理功能^[2]。本文针对危急重症患者床旁血滤技术治疗期间的护理进行探究, 应用危重症护理, 观察其效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集2021年1月-2023年6月治疗的80例急危重症患者, 随机分组, 均接受床旁血滤治疗, 对照组男22例, 女18例, 年龄32-76岁, 均值(51.24 ± 1.12)岁, 观察组男24例, 女16例, 年龄34-72岁, 均值(52.27 ± 1.15)岁, 比较组间基线资料无统计学意义($P > 0.05$), 具备可比条件。

1.2 方法

均接受床旁血滤治疗: B/BRATB 血液净化机, 结合患者的血管情况评估和定位穿刺的血管, 选择颈内静脉或者股静脉, 进行局部麻醉, 之后行穿刺操作, 置入双腔深静脉导管, 设置设备的各项参数, 血流量为每分钟100-200毫升, 置换液体流量每小时2-4升、超滤率为每小时0-500毫升, 血滤之前进行抗凝管路的预冲, 50毫克肝素融合1000毫升的生理盐水, 血滤过程中要注意抗凝操作, 监测定时监测凝血功能, 动态性调整肝素使用剂量。

对照组: 接受常规护理, 针对床旁血滤技术的操作方法和医疗用途内容对患者和家属展开必要性的宣教, 保持护患有效沟通, 治疗期间监测心电图监护、血压、血氧饱和等指标, 定时进行肝肾功能和心功能的相关指标以及心电图监测, 分析病情的变化, 在血气指标的变化下针对性调整血流量和超滤率; 治疗期间辅以营养支持以及康复指导措施。

观察组接受危重症护理措施: (1) 团队建设, 护士长带领护理能力和经验扎实、丰富的责任护士组成小组, 每天跟随主治医生查房, 了解患者的病情变化。每个月开展一次床旁血滤技术质量管理会议, 对期间出现的血滤风险事件进行总结和分析, 根据其危险因素制定相应的措施。(2) 定期开展护理培训, 对重症监护室以及护理小组的责任护士均统一进行床旁血液滤过操作和护理技术的专业课程学习, 深入了解床旁血液滤过知识以及治疗过程中的专科应急处理内容, 进行临床模拟训练, 以提高护士的应急处理能力。制定严苛的考核系统和标准, 参与考核合格者可以进行临床护理工作, 与个人绩效的奖惩机制相挂钩, 考核不合格者做出相应惩罚。(3) 护理流程, 由病床的责任护士对患者的病情以及指标进行动态性的监测, 发现异常后及时上报, 第一时间开展针对性地处理。注意监测动静脉压、液体温度以及血流量、超滤量等参数, 根据其变化评估血滤机是否正常运行, 出现血滤机的报警信号时及时排除设备故障, 并检查患者管道内的血液是否流动以及有无血凝块, 对泡沫血通过血泵抽吸, 排除空气报警并解决低血流量的问题。当出现凝血以及回路不通畅时, 可通过雾化吸痰的形式来确保患者呼吸道通畅, 然后观察凝血以及回路不畅的问题是否得到解决。在做上述处理依然未解决报警信号时, 应邀请医生会诊进行分析和原因排查。(4) 安全护理, 小组人员根据压疮、深静脉血栓等评估表对患者开展安全隐患的等级评估, 结合不同的评估等级制定相对应的风险管理措施。(5) 制定系统化的护

理工作程序,对小组人员进行职责的分配,并对其所负责的护理服务内容进行明确,保持小组间护理人员的科学合理分工,落实个人责任制,各环节严格保持无菌操作,护士长每天对床旁血滤技术的风险事件进行评估,落实风险应对措施。

1.3 观察指标

(1) 生命体征变化。(2) 并发症。

1.4 统计学方法

统计学处理软件 SPSS20.0,符合正态分布的计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间差异性比较采用独立样本 t 检验,采用百分比(%)表示计数资料,组间差异性比较采用 χ^2 检验,当 $P < 0.05$ 时视为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 生命体征变化

护理后观察组体温、心率、呼吸频率降幅显著 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 生命体征变化 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	体温 (°C)		心率 (次/min)		呼吸频率 (次/min)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	40	38.14 ± 1.04	37.92 ± 0.55	128.52 ± 10.25	110.52 ± 5.25	34.85 ± 2.14	28.52 ± 1.52
观察组	40	38.19 ± 1.10	37.15 ± 0.48	128.97 ± 10.30	90.58 ± 2.45	35.92 ± 2.45	22.96 ± 1.25
t		0.152	4.178	0.415	5.961	0.470	6.824
P		0.476	0.000	0.328	0.001	1.204	0.001

2.2 并发症

观察组并发症发生率更低 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 并发症 (n, %)

组别	例数	低血压	心律失常	失衡综合征	恶心呕吐	合计
对照组	40	3 (7.50)	2 (5.00)	1 (2.50)	3 (7.50)	9 (22.50)
观察组	40	1 (2.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.50)	2 (5.00)
χ^2						5.165
P						0.023

3 讨论

危急重症所覆盖的疾病类型种类多样,涉及人体的不同生理结构和范围,死亡率较高,病情危急变化较快且复杂。目前,床旁血滤技术在危急重症患者中被临床证实是有效的生命支持技术之一,可以对体内的炎症物质、毒素以及有害的细胞等进行清除,减轻多脏器功能的损害和障碍^[3]。由于可以在床旁进行,具有更理想的便捷性,床旁治疗的应用还提高了血液滤过技术的血液动力学稳定性,更利于危急重症患者维持体内的水分和电解质平衡。而床旁血滤技术操作复杂且对护理人员专业性有极高要求,尤其危急重症患者的生理功能减退,身体处于高消耗状态,更容易发生体征不稳定等变动,需要紧急专业的处理来保障治疗安全,对护理配合提出更多要求。

常规的护理模式下目前存在分工不均、混乱、护理人员专业素质不高等问题,护理期间易发生低血压等问题而无法及时应对和预防,降低疗效^[4-5]。本文应用危重症护理,结果为,护理后观察组体温、心率、呼

吸频率降幅显著 ($P < 0.05$),并发症发生率更低 ($P < 0.05$)。危重症护理模式可以根据患者病情和治疗技术的特点进行综合评估来制定系统化的护理流程和内容,对护理小组进行能力的培养以及考核,保持护理的专业能力和标准化技能操作;小组不断地总结治疗期间的安全隐患和设备报警等不良治疗问题,制定应急预案,对床旁血滤技术的安全顺利应用可以进行辅助,从而提高疗效,改善各指标,减少治疗的不良反应。

综上所述,危急重症患者通过床旁血滤技术治疗以及配合危重症护理能提高医疗作用,促进体温、呼吸的稳定,提高床旁血滤技术的安全性,减少其并发症,促进治疗有效,改善病情。

参考文献:

[1]薛乾隆,杨李鹏,王慧,王佳,贺英.连续性床旁血滤对心肾综合征患者肾脏弹性和肾血流谱的影响[J].影像科学与光化学,2022,40(5):1179-1183.
 [2]马汉春,石奎,哈茜.危重症管理小组模式用于重症肾衰竭患者床旁血液净化对炎症指标,应激指标和预后的影响[J].检验医学与临床,2023,20(13):1962-1965.
 [3]郭守涛.责任制护理在连续性血液净化治疗重症脓毒症中的应用及对患者预后的影响[J].重庆医学,2021,50(S02):447-449.
 [4]王新博,杜银科,耿野,等.阿加曲班在高危出血患者床旁血液滤过治疗中的应用研究[J].中国实用内科杂志,2022,42(7):577-581.
 [5]张艳萍.探究综合护理干预在ICU重症患者护理中的效果及对降低呼吸机相关性肺炎发生率,改善患者血气指标的影响[J].重庆医学,2021,50(S02):449-450.