

1.4 统计学方法

采用 SPSS 25.0 软件分析数据, 计量资料采用均数±标准差表示, 组间比较采用 t 检验。计数资料采用 χ^2 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

表一 对比两组患者的首次进食时间以及住院时间 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	首次进食时间 (h)	住院时间 (d)
观察组	40	9.88±1.27	15.46±0.61
对照组	40	12.61±1.53	18.94±1.05
T 值	—	8.06491	10.11284
P 值	—	0.003	0.001

表二 对比两组患者护理满意度 (n) %

组别	例数 (n)	非常满意 (n) %	一般满意 (n) %	不满意 (n) %	满意度 (n) %
观察组	40	20 (50.00)	18 (45.00)	2 (5.00)	44 (95.00)
对照组	40	19 (47.50)	17 (42.50)	4 (10.00)	39 (90.00)
χ^2					6.40344
P 值					0.015

3 讨论

在医疗技术不断进步的过程中, 乳腺外科手术治疗方法逐渐得到认可, 在临床上得到广泛应用, 并且具有较好的治疗效果。但是, 接受乳腺手术治疗的患者会出现不同程度的应激反应, 进而出现并发症、不良反应等情况, 这就需要重视护理服务, 消除患者的应激反应, 以便提升乳腺手术治疗效果^[3]。

常规护理措施主要是从患者的用药、病情监测等方面实施护理, 虽然也有较好的效果,

但患者康复速度相对较慢, 进而对患者的护理服务满意度产生影响。在护理理念和技术不断进步的基础上, 快速康复外科护理模式逐渐形成, 并且在临床上得到广泛应用。将其应用在乳腺外科手术护理中, 能够在保证患者恢复效果的基础上缩短康复时间, 具体是从术前、术中以及术后三个阶段实施护理, 不仅丰富护理内容, 还能够提高护理的针对性。术前护理能够使患者在较好的状态下接受手术治疗; 术后护理则能够有效保证手术顺利进行, 并在出现异常时及时处理; 术后护理主要是针对容易出现的感染、出血等并发症实施护理, 有效控制其发生率, 对患者实施有效保护, 从而有效改善护患关系, 提高护理满意度^[4]。

本次研究结果显示: 观察组患者的首次进食时间和住院时间短于对照组, 且患者的护理满意度高于对照组。可见, 快速康复外科护理应用在乳腺外科手术患者的临床护理服务中, 能够加速患者的康复, 改善其康复效率, 提高护理满意度。

综上所述, 快速康复外科护理应用在乳腺外科手术中的护理中, 能够对护理服务进行整体优化, 有效缩短患者的首次进食时间和住院时间, 提高患者的康复效率, 并且能够改善患者对护理服务的认识, 提升满意度, 即快速康复外科护理具有较高的临床应用价值, 值得推广。

参考文献:

- [1] 王欣,刘佳,姜丽维.快速康复外科护理对外科手术患者恢复效率及护理满意度的影响[J].中外女性健康研究,2020(07):162-163.
- [2] 卢俊梅.快速康复外科护理对外科手术患者恢复效率及护理满意度的影响[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(04):96+102.
- [3] 罗婷婷.快速康复外科护理对外科手术患者恢复效率及护理满意度的影响[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(32):84+86.
- [4] 林彩霞,陈海清,冯梅.快速康复外科护理对外科手术患者恢复效率及护理满意度的影响[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(92):18131-18132.

肝衰竭人工肝 (DPMAS 联合 PE) 治疗中低血压原因及护理效果探讨

李 菊, 梁江宏, 袁正英 (通讯作者)

西南医科大学附属中医医院, 四川 泸州 646000

【摘要】目的:观察肝衰竭人工肝 (DPMAS联合PE) 治疗中低血压原因及护理效果。**方法:**选取肝衰竭人工肝 (DPMAS联合PE) 治疗患者86例 (2019年7月至2020年10月), 随机分为优质护理的观察组 (62例) 与常规护理的对照组 (43例), 观察患者低血压发生率及心理状态。**结果:**与对照组相比, 观察组低血压发生率低, SAS、SDS评分低, P<0.05。**结论:**肝衰竭人工肝 (DPMAS联合PE) 治疗患者会由于有效循环血容量减少及失血过多等出现低血压, 经有效护理, 能降低患者低血压发生率, 且促进心理状态改善, 值得借鉴。**【关键词】**肝衰竭; 人工肝 (DPMAS联合PE); 低血压; 护理

肝衰竭为临床常见疾病, 这类疾病病情严重且进展快速, 患者预后较差。该病治疗一直是临床研究重点, 同时也是一个棘手问题^[1]。在肝衰竭治疗, 内科治疗效果不佳, 无法降低患者病死率。近年来, 医疗技术的发现使血液净化得到了广泛应用, 进而人工肝治疗也成为了该病常用治疗方式^[2]; 我科人工肝治疗以人工肝-胆红素吸附-血液灌流-血浆置换 (DPMAS联合PE) 为主。因此, 临床发现, 患者治疗期间容易引发并发症, 最为明显的就是低血压。本研究选取肝衰竭人工肝 (DPMAS联合PE) 治疗患者 86 例, 观察低血压原因及护理效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2019 年 7 月至 2020 年 10 月, 选取肝衰竭人工肝 (DPMAS 联合 PE) 治疗患者 86 例, 随机分为 2 组, 各 43 例。对照组男 26 例, 女 17 例, 年龄 23 至 76 (50.72±3.71) 岁, 观察组男 26 例, 女 17 例, 年龄 24 至 75 (51.49±3.26) 岁。一般资料对比, P>0.05。

1.2 方法

对照组: 向患者讲解治疗流程, 叮嘱注意事项等。

观察组: ①治疗期间, 监测患者生命体征, 一旦发现其出现心动过速、血压偏低等情况, 需进行及时处理, 进行纠正低血容量治疗。在此期间, 部分患者存在耐受性较差的情况, 因此患者起初治疗时需从低血流量开始, 治疗过程中需根据具体情况对血流量进行调节。对患者进行恒温灌流, 不仅有利于患者收缩, 而且能改善相关炎症指标, 对静脉回流具有促进作用, 进而稳定血压水平。接通体外循环 0.5h 以内, 循环管腔中会引入一定血液, 吸附器内引入一定量的血浆, 导致其循环血容量不足, 因此需更加重视生命体征的监测, 并测量血压, 每 5min 1 次。积极进行补液, 改善患者情况, 保证其血流动力学稳定性。控制血浆初始速度在 50ml/min 左右, 根据患者情况, 逐渐调节血浆速度, 如若过程中患者出现血压下降, 可减慢血浆速度, 采取头低足高位, 增加回心血量。②了解患者凝血指标等, 进而保证抗凝剂使用的准确性。治疗期间注意观察透析器与管路之间的情况, 密切观察跨膜压、膜外压的变化, 必要时进行抽血监测, 调整肝素用量。注意观察患者出血情况, 根据情况进行止血、补液等。

1.3 观察指标

低血压发生率; 心理状态: HAMA (汉密尔顿焦虑量表)、HAMD (汉密尔顿抑郁量表)。

1.4 统计学方法

SPSS20.0, 计量资料表示: ($\bar{x} \pm s$), t 检验, 计数资料表示: n, %, χ^2 检验, P<0.05, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 低血压发生率对比

观察组低于对照组, P<0.05, 见表 1。

表 1 低血压发生率对比

组别	发生 (n)	发生率 (%)
对照组 (n=43)	6	13.95
观察组 (n=43)	1	2.33
t	—	3.8879
P	—	0.0486

2.2 心理状态对比

干预后, 观察组 HAMA (4.30±0.27) 分, HAMD (6.85±0.14) 分, 均低于对照组, P<

0.05, 见表 2。

表 2 心理状态对比 (分)

组别	HAMA		HAMD	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=43)	17.72±2.49	9.28±0.43	19.47±2.52	11.62±1.11
观察组 (n=43)	17.40±2.39	4.30±0.27	19.66±2.38	6.85±0.14
t	0.6079	64.3164	0.3594	27.9577
P	0.5448	0.0000	0.7202	0.0000

3 讨论

肝衰竭是一种肝细胞坏死疾病, 这种疾病引发因素较多, 有肝细胞坏死而导致各种有毒物质蓄积, 如胆红素、转氨酶等, 进而导致凝血功能紊乱、黄疸等, 情况严重时会出现多器官衰竭^[3]。人工肝治疗是一种主要治疗手段, 在毒素清除及症状改善方面效果较好, 能有效阻碍肝脏及其他脏器损害。人工肝治疗时, 还需通过常规血透程序提升治疗效果, 但是由于患者心血管系统不稳定, 机体容易出现循环系统并发症, 因此, 需在治疗期间加强护理干预, 提高治疗安全性^[4]。

本研究结果中, 与对照组相比, 观察组低血压发生率低, SAS、SDS 评分低, P<0.05。人工肝 (DPMAS 联合 PE) 患者治疗期间出现低血压的原因主要表现在两个方面, 首先为有效循环血容量减少, 原因为患者处于高动力血液循环状态, 不仅存在血液循环时间较少的情况, 而且普遍存在心脏储存能力差的问题, 并且治疗初期循环管腔中会引入一定血液, 吸附器内引入一定量的血浆, 导致其循环血容量不足, 情况进一步加重, 加大低血压发生风险。失血过多也是一个重要原因, 由于患者凝血因子减少, 并且抗凝系统出现异常等, 治疗期间可能出现凝血功能障碍, 并且肝素的应用会进一步加重以上情况, 进而导致低血压的发生。针对以上情况, 需加强患者人工肝治疗期间护理干预, 首先, 治疗期间密切监测生命体征, 注意观察患者异常情况, 及时纠正低血容量^[5]。并且治疗期间不应以高血流量开始, 应根据患者情况进行合理的调整。低温透析对患者血压稳定也具有积极作用, 并且改善不良情况, 保持良好的身心状态。治疗期间还应密切监测血压, 给予补液, 保证治疗顺利进行。患者抗凝剂的使用需根据患者凝血指标等进行准确使用, 观察出血情况, 进行及时处理, 降低低血压发生风险。

所以, 肝衰竭人工肝 (DPMAS 联合 PE) 治疗患者会由于有效循环血容量减少及失血过多等出现低血压, 经有效护理, 能降低患者低血压发生率, 具有应用及推广价值。

参考文献:

- [1] 曲美晶.人工肝支持系统在肝衰竭中的应用及护理[J].湖南中医药大学学报,2018,40(A01):200-200.
- [2] 吴艳,廖成君.病情干预对慢性肝衰竭人工肝支持治疗患者心理弹性及自我管理能力的影[J].医学临床研究,2019,36(11):2278-2281.
- [3] 许艳,陈芳,王颖,等.血浆吸附序贯血浆置换人工肝模式治疗肝衰竭应用局部枸橼酸抗凝的护理[J].中国中西医结合急救杂志,2019,26(6):685-687.
- [4] 张友琼,袁雪梅.重症肝炎人工肝支持系统治疗病人护理中引入情感支持性照护模式的效果观察[J].护理研究,2018,32(23):103-106.
- [5] 李锐,张美霞.肾功能衰竭患者行人工肝血浆置换术后的护理措施探讨[J].湖南中医药大学学报,2018,40(A01):298-298.