

重症感染合并多器官功能衰竭患者的持续床边血液净化治疗临床应用推广

龙小平

江华瑶族自治县人民医院肾内科 湖南永州 425500

摘 要 目的 探讨重症感染合并多器官功能衰竭患者的持续床边血液净化治疗临床应用效果。方法 择取 2019 年 1 月至 2021 年 6 月期间到我院接受治疗的 50 例重症感染合并多器官功能衰竭患者进行本次研究, 随机均分 2 组, 对照组给予常规治疗, 观察组给予持续床边血液净化治疗。统计治疗前后两组患者的肾功能、血气指标、生命体征、尿量指标改善情况, 并评价与对比。结果 治疗前, 两组患者组间对比肾功能、血气指标、生命体征、尿量指标水平无统计学差异 (P 均 >0.05); 治疗后, 两组患者上述指标水平均有显著改善 (P 均 <0.05), 同时观察组上述指标水平改善情况均显著优于对照组 (P 均 <0.05)。结论 针对重症感染合并多器官功能衰竭病患, 对其应用持续床边血液净化治疗后能够改善临床指标和患者的生命体征, 有效促进康复, 临床价值显著, 可进行推广应用。

关键词 重症感染; 多器官功能衰竭; 持续床边血液净化**中图分类号** R459.5**文献标识码** A**文章编号** 1672-4356 (2021) 03-011-02

在临床中, 重症感染属于常见的一种症状, 此类病患往往会受到二氧化碳潴留、换气功能障碍等的影响, 从而出现心力衰竭等多种不良情况^[1]。而重症感染合并多器官功能衰竭病患的病情更加严重, 病死率也较高, 多予以机械通气、抗生素药物等进行干预, 但是所获得的效果并非十分理想^[2]。目前, 对于重症感染合并多器官功能衰竭患者多予以连续性血液净化治疗, 且效果满意。为进一步验证, 本文就我院重症感染合并多器官功能衰竭患者开展研究如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

择取 2019 年 1 月至 2021 年 6 月期间到我院接受治疗的 50 例重症感染合并多器官功能衰竭患者进行本次研究, 纳入标准: (1) 对研究知情, 签订同意书; (2) 均接受建立机械通气方式治疗; (3) 心率每分钟均在 90 ~ 162 次。排除标准: (1) 伴有精神疾病者; (2) 治疗依从性较差; (3) 中途退出研究者。随机均分 2 组, 对照组中男性 16 例、女性 9 例, 年龄最大 88 岁, 年龄最小 24 岁, 平均 57.64 岁; 观察组中男性 16 例、女性 9 例年龄最大 86 岁, 年龄最小 22 岁, 平均 57.66 岁。组间资料对比 ($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组: 接受常规治疗干预: 予以镇静、吸氧等措施干预, 并对其病情以及机体状况等进行分析, 进一步行抗生素、机械通气以及抗休克等常规治疗。

观察组: 将对照组常规治疗作为基础, 并接受持续床边血液净化治疗: 方式为导管通路, 模式为床边连续性静脉-静

脉血液滤过(CVVH)或床边连续性静脉-静脉血液透析(CVVHD), 且需要定时对净化器、管路进行维护, 如果存在凝血现象, 需要及时对滤器进行更换; 肝素 1000 ~ 5000U 为初始剂量, 每小时的剂量保持在 200 ~ 650U, 如果存在出血倾向, 或者出血情况严重, 可选择无肝素法或枸橼酸钠抗凝进行治疗; 在对置换液进行配制的时候, 需要充分考虑病患的电解质情况进行调整等, 血流量每分钟需要保持在 150 ~ 200mL, 速度则每小时在 2000 ~ 3000mL, 接受床边连续净化治疗, 时间为 2 ~ 20d, 如果静脉血氧饱和度 >0.7 , 血压指标水平稳定, 肾功能明显改善, 则可停止治疗。

1.3 评判指标

统计治疗前后肾功能、血气指标、生命体征、尿量 (24h 尿量) 指标改善情况, 并评价与对比。

肾功能: 血尿素氮 (BUN)、血肌酐 (SCr); 血气指标: pH、动脉血氧饱和度 (SaO₂)、动脉血氧分压 (PaO₂); 生命体征: 呼吸频率、平均动脉压、心率。

1.4 统计学方法

研究数据纳入 SPSS21.0 软件分析, 计量资料以平均数 ± 标准差表示, 行 t 检验, 计数资料率表示, 行卡方检验, $P<0.05$ 可认为有统计学意义, 差异显著。

2 结果

2.1 肾功能、血气指标改善情况对比

治疗前, 组间对比肾功能、血气指标改善情况 ($P>0.05$); 治疗后, 观察组上述情况均显著优于对照组 ($P<0.05$), 详见表 1。

表 1 肾功能、血气指标改善情况对比 ($\bar{x} \pm s$, $n=38$)

组别	时间	BUN (mmol/L)	SCr (μ mol/L)	pH	SaO ₂	PaO ₂ (mmHg)
观察组	治疗前	37.46 ± 4.87	518.23 ± 21.02	6.68 ± 0.48	0.56 ± 0.05	52.36 ± 8.46
	治疗后	13.25 ± 2.12 ^{ab}	175.65 ± 13.25 ^{ab}	8.06 ± 0.78 ^{ab}	0.99 ± 0.04 ^{ab}	90.43 ± 11.82 ^{ab}
对照组	治疗前	37.47 ± 4.88	518.25 ± 21.03	6.69 ± 0.50	0.57 ± 0.06	52.37 ± 8.47
	治疗后	23.58 ± 3.76 ^a	280.36 ± 21.57 ^a	7.02 ± 0.42 ^a	0.74 ± 0.03 ^a	70.26 ± 9.54 ^a

注: 组内治疗前后对比, ^a $P<0.05$; 治疗后观察组同对照组对比, ^b $P<0.05$ 。

2.2 生命体征、24h 尿量情况对比

治疗前, 组间对比生命体征、尿量指标改善情况 ($P>0.05$);

治疗后, 观察组上述情况均显著优于对照组 ($P<0.05$), 详见表 2。

表2 生命体征、24h尿量情况对比 ($\bar{x} \pm s$, n=38)

组别	时间	呼吸频率(次/min)	平均动脉压(mmHg)	心率(次/min)	24h尿量(mL)
观察组	治疗前	34.85±6.45	57.46±10.68	116.85±13.52	504.36±45.84
	治疗后	17.43±2.68 ^{ab}	85.64±13.84 ^{ab}	88.46±7.46 ^{ab}	1344.68±63.25 ^{ab}
对照组	治疗前	34.86±6.46	57.47±10.70	116.87±13.53	505.37±45.85
	治疗后	26.64±5.36 ^a	72.36±11.28 ^a	97.85±9.98 ^a	834.65±46.85 ^a

注:组内治疗前后对比,^aP<0.05;治疗后观察组同对照组对比,^bP<0.05。

3 讨论

重症感染病患在临床重症科室中的发病率较高,且病情危重;除此之外,其还容易合并多器官功能衰竭,从而增加治疗难度以及死亡率^[3]。重症感染合并多器官功能衰竭病患机体中的炎性因子表达基本会存在过度现象,从而对心肌正常收缩功能产生影响,极易形成血栓,从而增加血管的通透性程度,并影响血压的稳定性,导致器官代谢以及组织代谢异常。通过抗生素等治疗后,虽然能够获得一定程度的疗效,但是如果合并多器官功能衰竭现象,疗效更是不理想,病情严重者还可能会死亡^[4]。因此,为更好地对此类病患进行救治,首先需要对代谢产物进行有效干预,对促炎因子需要及时抑制,避免炎性因子的进一步发展。目前,对于危重疾病,临床中多行连续性血液净化技术进行治疗,帮助将毒素等进行有效清除,避免对组织器官带来更大的损伤^[5]。

本研究显示,治疗前,组间对比肾功能、血气指标、生命体征、尿量指标改善情况(P>0.05);治疗后,观察组上述情况均显著优于对照组(P<0.05),也提示进行持续床边血液净化治疗的效果理想。通过此方式进行治疗,能够帮助改善呼吸功能,尽快地改善缺氧状态以及心功能、肺泡水肿等情况。但是在治疗过程中需要注意确保平均动脉压稳定,并根据实际情况予以抗生素、营养支持等治疗,确保治疗效果。

综上所述,针对重症感染合并多器官功能衰竭病患,在综合治疗的基础上,对其应用持续床边血液净化治疗后能够有效改善肾功能、生命体征等情况,从而促进康复,临床价值理想。

参考文献

- [1] 达力.重症感染合并多器官功能衰竭患者的持续床边血液净化治疗效果观察[J].医药前沿,2019(34):96-97.
- [2] 张海英,袁烁.连续性血液净化改善重症肺炎合并心力衰竭患者心功能的效果观察[J].河北医药,2020,39(21):3300-3302.
- [3] 王鹏,石玉琴,郭翠,等.连续性血液净化治疗重症肺炎合并多器官功能衰竭患者的效果[J].医学综述,2018,22(19):3902-3905.
- [4] 吴丽芳,顾伟,袁晓春,陆恺,陈林祥,朱月琴,范国伟,陈松华.重症感染合并多器官功能衰竭患者的持续床边血液净化治疗临床分析[J].世界最新医学信息文摘,2019(41):62.
- [5] 张海明.探讨连续性血液净化治疗ICU多脏器功能衰竭综合征患者的临床应用效果[J].智慧健康,2020,6(31):52-53.

(上接第9页)

起到一定的治疗效果^[5]。

研究结果显示,研究组总有效34例(97.14%),优于常规组的29例(82.86%),差异明显,P<0.05;研究组肠鸣音、肛门排气、肠蠕动恢复等均优于常规组,差异明显,P<0.05,说明艾灸疗法在子宫肌瘤术后腹胀患者中的疗效比较显著,这是因为艾灸过程中艾绒燃烧产生的热量会刺激穴位、机体,起到相应的治疗效果,足三里、上巨虚、下巨虚是治疗胃肠道疾病常用穴位,足三里为胃下合穴,上巨虚属于大肠下合穴,下巨虚是小肠经下合穴,通过艾灸刺激以上穴位,能够发挥行气活血、舒筋通脉等作用,从而缓解和消除腹胀症状。

综上所述,针对子宫肌瘤术后腹胀患者采取艾灸治疗,治

疗效果比较显著,且有助于患者胃肠功能的恢复,值得在子宫肌瘤术后腹胀患者临床治疗中推广与应用。

参考文献

- [1] 马蕊.艾灸在术后腹胀中的应用与护理[J].医药前沿,2017,7(7):164.
- [2] 张鑫,马继艳.穴位按摩联合艾灸治疗妇科术后腹胀的临床观察[J].光明中医,2018,v.33;No.299(10):94-96.
- [3] 罗洁燕.穴位按摩联合艾灸治疗妇科术后腹胀40例疗效观察[J].中国继续医学教育,2017,9(13):167-168.
- [4] 范长儒,郑岩.艾灸促进腹部术后胃肠功能恢复的研究[J].南通大学学报(医学版),2017,37(2):164-165.
- [5] 关棱.穴位艾灸在治疗盆腔恶性肿瘤术后尿潴留中的效果[J].中国医学创新,2017,14(18):124-127.

(上接第10页)

有效患者14例(18.4%),总有效率为86.8%的较好疗效,提示中医周期疗法对治疗多囊卵巢综合征有较好疗效,值得推广。

参考文献

- [1] 韩兰英,崔蓉,苏耘.中西医结合治疗多囊卵巢综合征性不孕症的临床观察[J].中国实用医药,2019,14(31):121-123.
- [2] 彭艳,黎静,郭秀蕊,冯铁为,吕娜,侯淑峰,付鹏,尹艳.多囊卵巢综合征的中医健康管理模式探讨[J].

西部中医药,2019,32(09):35-37.

- [3] 布威坚乃提·托合提如则,闫宏宇,阿布都热西提·吐尔送托合提.多囊卵巢综合征的中医病因病机及治疗进展[J].新疆中医药,2019,37(04):101-104.
- [4] 邹文君,李吉彦,解建国,白长川.中医从痰论治肥胖型多囊卵巢综合征不孕进展[J].中国中医药现代远程教育,2019,17(16):137-141.
- [5] 刘东君.中医综合治疗多囊卵巢综合征的临床效果观察[J].中外女性健康研究,2019(14):29-31.