

非感染性腹泻患儿应用袋鼠式护理的效果分析及预后评价

谈晓倩¹, 席慧菊^{2△}

陕西省宝鸡市妇幼保健院:1. 医保科;2. 儿三科,陕西宝鸡 723000

摘要:**目的** 探讨非感染性腹泻患儿应用袋鼠式护理的效果及其对患儿预后的影响。**方法** 选择 2019 年 1—12 月于该院接受治疗的 82 例非感染性腹泻患儿为研究对象,按照随机数字表法将其分为试验组与对照组,每组 41 例,对照组患儿接受常规腹泻护理,试验组患儿在常规腹泻护理基础上接受袋鼠式护理模式。比较 2 组患儿干预有效率,干预后粪便性状、恶心呕吐、纳差、尿少、精神状态等临床症状评分,干预中酸碱失衡、红臀等不良事件发生率,以及出院后食欲恢复情况。**结果** 试验组干预 3 d 后总有效率高于对照组,干预 3 d 后试验组粪便性状、恶心呕吐、纳差、尿少、精神状态等临床症状评分低于对照组,干预中试验组酸碱失衡、红臀等不良事件总发生率低于对照组,出院后 72 h 试验组食欲恢复情况优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对非感染性腹泻患儿实施袋鼠式护理,能提高干预总有效率,改善患儿的临床症状,降低酸碱失衡、红臀等不良事件的发生率,促进患儿食欲恢复。

关键词:非感染性腹泻; 袋鼠式护理; 效果分析; 预后评价

中图法分类号:R473.72 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2021)05-0676-03

随着近年来我国二孩政策的全面开放,国内新生儿出生数有逐年递增趋势,同时小儿各类疾病的患病例数也有了明显升高^[1-2]。腹泻是小儿常见胃肠道疾病之一,其诱因较多,包括环境因素、饮食因素、遗传因素、药物因素等,其中非感染性腹泻是小儿最常见的腹泻类型。轻微腹泻不会对小儿正常生长发育造成影响,但部分患儿病情较重,需要及时实施干预,否则小儿可能会因营养不良或微量元素缺乏影响其正常生长^[3]。有研究指出,当前临床上对腹泻小儿实施护理的方式较为刻板,多属于被动式护理,患儿病情转归时间长、预后差^[4]。袋鼠式护理是一种基于循证依据的小儿护理干预措施,又被称为皮肤接触式护理,该模式起源于 20 世纪 80 年代初期,最早被应用于早期新生儿的护理,其主旨为摒弃传统的暖箱护理,将低出生体质量儿早期与母亲进行一段时间的皮肤接触,将小儿贴于母亲或父亲胸膛,给予患儿温暖感和安全感,进而达到恒定小儿体温的目的,该模式目前在临床上有较广泛的应用^[5-7]。笔者通过研究发现,对腹泻小儿实施袋鼠式护理干预有效率较高,能明显改善患儿生命体征,缩短患儿哭闹时间,同时患儿预后、睡眠质量较好,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2019 年 1—12 月于本院住院治疗的 82 例非感染性腹泻患儿为研究对象,按照随机数字表法将其分为试验组与对照组,每组 41 例。纳入标准:(1)入组患儿年龄 ≤ 3 个月,均出现腹泻症

状,粪便检查无病原体感染;(2)病例资料齐全;(3)患儿意识清晰;(4)患儿家长对本次调研过程、方法、原理清楚并签署知情同意书。排除标准:(1)合并先天性胃肠道功能障碍患儿;(2)合并严重器质性功能障碍患儿;(3)合并肝肾功能障碍患儿;(4)护理干预依从性较差患儿;(5)合并先天性畸形患儿。剔除标准:(1)干预中患儿病情转危无法继续实施调研者;(2)患儿家长主动提出退出调研者;(3)随访失访患儿。本研究经本院伦理委员会审核批准实施。2 组患儿性别、年龄、病程等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表 1。

表 1 2 组患儿一般资料比较

组别	<i>n</i>	男/女(<i>n/n</i>)	年龄($\bar{x}\pm s$,月)	病程($\bar{x}\pm s$,d)
试验组	41	23/18	1.03 $\pm$ 0.21	3.02 $\pm$ 0.21
对照组	41	22/19	0.98 $\pm$ 0.32	2.99 $\pm$ 0.19
χ^2/t		0.049	0.836	0.678
<i>P</i>		0.824	0.406	0.500

1.2 方法 对照组患儿接受常规腹泻护理,包括饮食干预、臀部护理、环境护理等^[8]。试验组患儿在对照组患儿常规腹泻护理基础上接受袋鼠式护理模式,具体措施如下:(1)袋鼠式体位。寻找半躺椅作为干预场所,嘱患儿母亲或父亲清洗双手并消毒,而后取半卧位,打开胸前衣物将患儿贴于其胸部,使家长与患儿皮肤相互接触,患儿体表覆盖毛毯,做好保温工作,每日 1 次,每次持续 2 h,同时使用温水对患儿面

△ 通信作者, E-mail: xihuiju198412@163.com.
本文引用格式: 谈晓倩, 席慧菊. 非感染性腹泻患儿应用袋鼠式护理的效果分析及预后评价[J]. 检验医学与临床, 2021, 18(5): 676-678.

部和身体进行擦拭。(2)症状护理。腹泻会导致患儿臀部皮肤红肿,肛周易出现感染,护理人员应注意做好患儿臀部护理,①及时更换患儿内裤和尿布;②使用温水擦拭患儿臀部,并擦干保持臀部干燥清爽;③可通过涂抹凡士林保持患儿皮肤润滑,避免污物对患儿臀部皮肤的刺激。(3)袋鼠式营养。对仍在哺乳期的患儿应尽量使用纯母乳喂养,如有需要可辅以外营养支持,对脱离哺乳期的患儿应注意尽量采用半流食,禁止食用海鲜、牛肉、碳酸饮料等。(4)袋鼠式出院。患儿症状稳定后及时出院,并嘱家长做好院外护理,注意与患儿的接触频次。

1.3 观察指标

1.3.1 护理干预有效率 分别评估 2 组患儿在护理干预 3 d 后的有效性。显效:指护理干预后患儿临床症状基本消失,粪便性状及次数恢复正常;有效:指护理干预后患儿临床症状出现好转,粪便性状及次数基本正常,但仍偶尔有腹泻情况;无效:指护理干预后患儿临床症状未出现改观,甚至有加重趋向。护理干预总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.3.2 临床症状评分 分别对护理干预 3 d 后 2 组患儿粪便性状、恶心呕吐、纳差、尿少、精神状态等临床症状进行评分。临床症状评分参考《中国腹泻病诊断治疗方案》,其中粪便性状、恶心呕吐、纳差、尿少每项评分 0~4 分,得分越高代表症状越严重,精神状态

评分 0~15 分,得分越高表示患儿的精神状态越差。

1.3.3 护理期间不良反应发生率 统计并比较 2 组患儿在护理期间酸碱失衡及红臀发生率情况。

1.3.4 预后情况 采取随访的方式,记录并比较 2 组患儿出院后 24 h、48 h 及 72 h 的食欲恢复情况。

1.4 统计学处理 使用 SPSS16.0 统计软件对数据进行分析。计数资料以频数、率表示,组间比较采用 χ^2 检验;正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患儿护理干预 3 d 后有效率比较 试验组患儿护理干预 3 d 后总有效率高干对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 2 组患儿护理干预 3 d 后有效率对比[n(%)]					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
试验组	41	35(85.37)	4(9.76)	2(4.88)	39(95.12)
对照组	41	29(70.73)	3(7.32)	9(21.95)	32(78.05)
χ^2					5.145
<i>P</i>					0.023

2.2 2 组患儿护理干预 3 d 后临床症状评分比较 干预后,试验组患儿粪便性状、恶心呕吐、纳差、尿少、精神状态等临床症状评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 2 组患儿护理干预 3 d 后临床症状评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	粪便性状	恶心呕吐	纳差	尿少	精神状态
试验组	41	0.87±0.22	1.09±0.21	1.22±0.21	1.05±0.31	3.05±0.74
对照组	41	1.27±0.41	1.44±0.26	1.59±0.22	1.50±0.32	4.92±1.23
<i>t</i>		5.505	6.706	7.79	6.467	8.342
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 2 组患儿护理干预中不良事件总发生率比较 护理干预中试验组患儿酸碱失衡、红臀等不良事件总发生率低于对照组患儿,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

表 4 2 组患儿干预中不良事件总发生率比较[n(%)]

组别	<i>n</i>	酸碱失衡	红臀	合计
试验组	41	1(2.44)	0(0.00)	1(2.44)
对照组	41	5(12.20)	3(7.32)	8(19.51)
χ^2				6.116
<i>P</i>				0.029

2.4 2 组患儿护理干预后不同时间段食欲恢复情况比较 经随访,出院后 72 h 试验组患儿食欲恢复情况优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 5。

表 5 2 组患儿护理干预后不同时间段食欲恢复情况对比[n(%)]

组别	<i>n</i>	24 h	48 h	72 h
试验组	41	17(41.46)	28(68.29)	40(97.56)
对照组	41	16(39.02)	23(56.10)	32(78.05)
χ^2		0.051	1.297	7.289
<i>P</i>		0.822	0.255	0.014

3 讨 论

腹泻是小儿常见的胃肠道疾病之一,是一种在不同病原体、不同因素影响下出现的消化道综合征,其主要临床表现包括粪便次数增多、粪便性状改变等,是儿科临床常见症、高发病,在小儿各类疾病患病率中位居第 2 位,仅次于呼吸道感染性疾病^[9-10]。非感

染性腹泻的临床症状主要包括呕吐、发热、排便次数增多、粪质稀薄等,喂养不当、气候变化均会引发非感染性腹泻。轻症腹泻患儿临床症状并不严重,多可自愈,但重症腹泻患儿如得不到及时治疗可出现水电解质紊乱、脱水等严重后果,甚至死亡^[11-13]。

目前临床上对非感染性小儿腹泻的治疗手段包括调整饮食结构、纠正水电解质紊乱、积极预防并发症等。有研究指出,良好的护理是改善腹泻患儿预后的重要影响因素,但传统腹泻患儿的护理模式较为刻板,护理效果有限,患儿腹泻转归时间长,对患儿家长正常工作、生活影响较大^[13]。袋鼠式护理是哥伦比亚医生雷及马丁尼于 1983 年首次提出的,近年在早产儿照顾中得以广泛应用并取得了较好的效果。有研究通过对早产儿实施袋鼠式护理发现,该护理模式有助于稳定早产儿生命征象,加快早产儿体质量增加,并且能够延长早产儿的睡眠时间^[14]。还有研究指出,袋鼠式护理能够使亲子关系更加亲密,还有助于产妇产下奶,提高母乳喂养的成功率,降低产妇产后抑郁及焦虑的发生率,缩减住院开支^[15]。

笔者通过将 82 例非感染性腹泻患儿进行分组护理干预的方式,对袋鼠式护理在腹泻患儿中的应用效果进行了探讨,结果显示,相对于实施常规护理的对照组患儿,实施袋鼠式护理的试验组患儿干预 3 d 后总有效率高达 95.12%,高于对照组的 78.05%,差异有统计学意义($P < 0.05$),同时试验组患儿干预 3 d 后粪便性状、恶心呕吐、纳差、尿少、精神状态等临床症状评分均低于对照组患儿,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。有研究指出,袋鼠式护理借鉴了有袋动物如袋鼠、无尾熊等照顾幼崽的方式,通过将婴幼儿抱于怀中,来促进家长与婴幼儿的情感交流,以达到稳定婴幼儿体温,加快其病情转归的效果^[15]。另有研究指出,母婴间密切的皮肤接触有助于刺激母婴双方体内各类激素水平的调节,对加快新生儿成长发育具有促进作用^[13]。笔者分析认为,袋鼠式护理一方面为腹泻患儿提供了良好的保暖,使患儿的生命体征不易被外界所影响,另一方面皮肤接触对患儿的神经末梢感受器产生了刺激,有助于加快患儿机体免疫功能的发育,促进患儿神经系统的完善,对改善患儿临床症状及精神状态具有积极意义。本研究还提示,袋鼠式护理能够降低干预期间患儿酸碱失衡、红臀等不良事件的总发生率,加快患儿食欲恢复,改善腹泻患儿预后,分析其原因为袋鼠式护理有助于提高患儿免疫水平,调节肠道菌群平衡,进而影响患儿食欲。

综上所述,对非感染性腹泻患儿实施袋鼠式护理

能提高干预总有效率,改善患儿的临床症状,降低酸碱失衡、红臀等不良事件的发生率,促进患儿食欲恢复。

参考文献

- [1] 王静. 新生儿坏死性小肠结肠炎发病机制研究进展[J]. 安徽医药, 2019, 23(6): 1074-1077.
- [2] 杜立中, 马晓路. 新生儿高胆红素血症诊断和治疗专家共识[J]. 中华儿科杂志, 2014, 52(10): 745-748.
- [3] 范平莉, 陈姣, 符海珠, 等. 小儿腹泻应用综合性护理的临床效果观察[J]. 现代消化及介入诊疗, 2016, 21(1): 149-151.
- [4] 戚莉. 临床护理路径在小儿腹泻护理中的应用效果及体会[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(1): 257-258.
- [5] 丁林娟, 秦玲, 高倩, 等. 袋鼠式护理配合母乳吸吮对新生儿足跟采血所致疼痛程度的影响[J]. 循证护理, 2016, 2(1): 61-63.
- [6] VAHDATI M, MOHAMMADIZADEH M, TALAKOUB S. Effect of kangaroo care combined with music on the mother-premature neonate attachment: a randomized controlled trial[J]. Iran J Nurs Midwifery Res, 2017, 22(5): 403-407.
- [7] BEAR R J, MELLOR D J. Kangaroo mother care 1: alleviation of physiological problems in premature infants[J]. J Perinat Educ, 2017, 26(3): 117-124.
- [8] 郭慧芳. 临床护理路径在小儿腹泻护理中的应用效果分析[J]. 内科, 2015, 10(6): 913-914.
- [9] 代秀琼. 整体护理程序用于小儿腹泻护理的临床效果观察[J]. 临床合理用药杂志, 2016, 9(22): 131-132.
- [10] 杨烈利. 金双歧联合思密达治疗小儿腹泻的临床效果分析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2014, 24(6): 139-140.
- [11] BEAR R J, MELLOR D J. Continuing education module-kangaroo mother care 2: potential beneficial impacts on brain development in premature infants[J]. J Perinat Educ, 2017, 26(4): 177-184.
- [12] SHAH R K, SAINJU N K, JOSHI S K. Knowledge, attitude and practice towards kangaroo mother care[J]. J Nepal Health Res Counc, 2018, 15(3): 275-281.
- [13] 黄晓睿, 向建文, 王越. 袋鼠式护理防治早产儿喂养不耐受的临床观察[J]. 国际医药卫生导报, 2018, 24(21): 3356-3358.
- [14] 刘丽香, 莫蓓蓉, 雷佳芳. 袋鼠式护理缓解足跟采血所致新生儿疼痛的 Meta 分析[J]. 护理实践与研究, 2017, 14(19): 7-11.
- [15] 林春. 袋鼠式护理配合婴儿抚触对新生儿睡眠的影响[J]. 白求恩医学杂志, 2018, 16(5): 531-532.

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.05.031

CRRT 联合血液灌流治疗对脓毒血症合并多器官功能衰竭患者预后的影响

汪媛¹, 雷建卫², 宣向飞^{3△}

陕西省宝鸡市中心医院:1. 重症医学科;2. 肿瘤外科;3. 呼吸与危重症医学科, 陕西宝鸡 721000

摘要:目的 探讨连续性肾脏替代治疗(CRRT)联合血液灌流(HP)对脓毒血症合并多器官功能损害患者预后的影响。方法 收集该院 2016 年 1 月至 2019 年 12 月重症监护病房收治的脓毒血症合并多器官功能衰竭患者共 53 例作为研究对象,分为对照组和观察组。对照组在常规治疗基础上给予 HP 治疗,观察组在常规治疗基础上采用 HP 联合 CRRT,观察不同治疗模式对患者预后的影响。结果 2 组患者治疗后序贯器官衰竭评分(SOFA)、急性生理与慢性健康评分(APACHE II 评分),血肌酐(SCr)、活化部分凝血活酶时间(APTT)和凝血酶原时间(PT)均较治疗前降低,且观察组的 SOFA、APACHE II 评分,SCr、APTT 和 PT 的改善效果好于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组住院时间 $[(11.89 \pm 1.13) \text{d}]$ 比对照组住院时间 $[(18.22 \pm 1.98) \text{d}]$ 更短,病死率(12.00%)比对照组(35.71%)更低,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 采取 CRRT 联合 HP 治疗严重脓毒血症合并多器官功能衰竭,可迅速缓解患者病情,改善其凝血功能与肾功能,缩短住院时间,提高患者生存率。

关键词:脓毒血症; 多器官功能衰竭; 连续性肾脏替代治疗; 血液灌流

中图分类号:R459.7

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2021)05-0679-03

脓毒血症是继发于感染的一种以器官功能损害为特征的临床综合征,多由局部感染部位的致病菌和毒素进入血液循环并扩散至各组织器官,导致全身性感染,能进一步发展为脓毒症休克、急性肾衰竭、多器官功能障碍综合征(MODS)等,该病病情危重,病死率高。脓毒血症合并多器官功能衰竭是重症监护病房(ICU)患者病死率高的主要原因之一。据估计,全世界每年有 1 900 万例脓毒血症病例,造成约 500 万人死亡^[1],病死率约为 26.3%。血液灌流(HP)治疗为目前临床治疗重症脓毒血症合并多器官功能衰竭的重要方法,其可以有效清除血液中多种炎症介质、毒素等有害物质。在重症脓毒血症治疗中具有一定疗效,能有效加快毒素清除,降低血药浓度,减轻凝血功能障碍,改善微循环,改善预后^[2]。但其清除炎症介质的能力有限、作用时间短,而连续性肾脏替代治疗(CRRT)技术的应用对其缺陷进行了弥补,从而取得了满意效果^[3-4]。本文旨在探索 CRRT 技术联合 HP 治疗的临床疗效,以及对脓毒血症合并多器官功能衰竭患者预后的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本院 2016 年 1 月至 2019 年 12 月 ICU 收治的脓毒血症合并多器官功能衰竭患者共 53 例作为研究对象,分为对照组和观察组。对照组患者 28 例,其中男 15 例,女 13 例;年龄 26~73 岁,平均 (47.23 ± 9.78) 岁;体质量 45~85 kg,平均 (61.23 ± 6.23) kg;原发感染中肺部感染 13 例,胰腺炎 11 例,

胆道感染 3 例,消化道穿孔引起感染 1 例;合并多器官功能衰竭中,肾衰竭 26 例,呼吸衰竭 20 例,心力衰竭 15 例,中枢神经系统衰竭 7 例;患者 2 个器官衰竭 11 例,3 个器官衰竭 15 例,4 个器官衰竭 2 例。观察组患者 25 例,男 16 例,女 9 例;年龄 34~69 岁,平均 (44.63 ± 9.26) 岁;体质量 46~84 kg,平均 (62.12 ± 6.40) kg;原发感染中肺部感染 11 例,胆道感染 5 例,消化道穿孔引起感染有 6 例,胰腺炎 3 例;合并多器官功能衰竭中,肾衰竭 21 例,呼吸衰竭 19 例,心力衰竭 15 例,中枢神经系统衰竭 5 例;患者 2 个器官衰竭 10 例,3 个器官衰竭 13 例,4 个器官衰竭 2 例。2 组患者的性别、年龄、体质量、原发感染、脏器衰竭情况等一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 全部患者均给予抗感染、液体复苏、机械通气、营养支持、原发病治疗、血流动力学支持等常规治疗方法。对照组:在常规治疗基础上给予 HP 治疗,于右侧股静脉穿刺置入导管,应用 HP 器和碳酸氢盐置换液,以肝素抗凝,血流量 150~200 mL/min,置换液流量 2 000 mL/h,HP 2 h 后撤除灌流器。观察组:在 HP 基础上运用床旁血液净化机进行 CRRT,具体做法是经患者股静脉或颈内静脉实施静脉穿刺,置入静脉导管,并建立体外循环通路,以 0.9%氯化钠溶液冲管,血流速度设置为 150~200 mL/min,置换液流量 2 500 mL/h,治疗期间若跨膜压超过 250 mm Hg 需要更换滤器。

△ 通信作者, E-mail: xuanxiangfei@163.com。

1.3 观察指标 观察比较 2 组患者的治疗效果、住院时间、病死率,以及治疗前后的序贯器官衰竭评分(SOFA)、急性生理与慢性健康评分(APACHE II 评分)、活化部分凝血活酶时间(APTT)、凝血酶原时间(PT)和治疗效果评价标准,血肌酐(SCr)水平。显效:SOFA、APACHE II 评分、APTT、PT 和 SCr 恢复正常,症状体征消失;有效:SOFA、APACHE II 评分、APTT、PT 和 SCr 改善幅度 50% 以上;无效:SOFA、APACHE II 评分、APTT、PT 和 SCr 改善幅度低于 50%。总有效率=显效、有效百分率之和^[5]。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 22.0 统计学软件对数据进行分析处理。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料以频数、率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者治疗效果比较 观察组总有效率(96.00%)高于对照组(75.00%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 2 组患者治疗前后的 SOFA 和 APACHE II 评分比较 2 组患者治疗前 SOFA 和 APACHE II 评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);治疗后 SOFA 和 APACHE II 评分较治疗前降低,且观察组的 SOFA 和 APACHE II 评分较对照组更低,差异均有统计

学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 2 组患者治疗前后的 SCr 水平、APTT 和 PT 比较 2 组患者治疗前 SCr 水平、APTT 和 PT 比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);治疗后 SCr 水平、APTT 和 PT 较治疗前降低,且观察组的 SCr 水平、APTT 和 PT 较对照组更低,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 1 2 组患者治疗效果比较

组别	<i>n</i>	显效(<i>n</i>)	有效(<i>n</i>)	无效(<i>n</i>)	总有效[<i>n</i> (%)]
对照组	28	15	6	7	21(75.00)
观察组	25	20	4	1	24(96.00)
χ^2					5.837
<i>P</i>					0.016

表 2 2 组患者治疗前后的 SOFA 和 APACHE II 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	SOFA		APACHE II 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	28	11.47±2.74	6.21±1.13 ^a	27.81±3.15	12.65±1.87 ^a
观察组	25	12.21±2.23	2.35±0.65 ^a	28.59±3.24	7.85±0.98 ^a
<i>t</i>		1.070	14.998	0.888	11.494
<i>P</i>		0.290	<0.001	0.379	<0.001

注:与同组治疗前比较,^a $P < 0.05$ 。

表 3 2 组患者治疗前后的 SCr 水平、APTT 和 PT 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	SCr($\mu\text{mol/L}$)		APTT(s)		PT(s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	28	359.87±85.23	311.01±32.13 ^a	75.13±7.36	43.42±7.18 ^a	42.59±3.89	18.49±3.89 ^a
观察组	25	361.54±83.14	262.26±21.59 ^a	76.19±8.53	39.14±7.14 ^a	43.47±4.23	12.23±4.12 ^a
<i>t</i>		0.072	6.402	0.486	2.172	0.789	5.688
<i>P</i>		0.943	<0.001	0.629	0.035	0.434	<0.001

注:与同组治疗前比较,^a $P < 0.05$ 。

2.4 2 组患者住院时间和病死率比较 观察组患者住院时间短于对照组,且病死率低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 2 组患者住院时间、病死率比较

组别	<i>n</i>	住院时间($\bar{x} \pm s$,d)	病死[<i>n</i> (%)]
对照组	28	18.22±1.98	10(35.71)
观察组	25	11.89±1.13	3(12.00)
<i>t</i> / χ^2		14.062	4.012
<i>P</i>		<0.001	0.045

3 讨 论

脓毒血症是由于局部感染后大量的病原菌、毒素和细胞因子进入血液循环,从而引发机体的过度炎症反应,导致机体的免疫系统紊乱、凝血系统及代谢微循环障碍,最终可诱发多器官功能障碍、衰竭^[6-8]。脓

毒血症合并多器官功能障碍被认为是严重脓毒血症期,病死率高,预后差。临床上多单独使用 HP、CRRT 技术来治疗脓毒血症合并多器官功能衰竭患者。HP 技术是将血液引入装有吸附剂的容器,可在血液流经吸附器时有效清除炎症介质、改善组织代谢,但可能对患者血流动力产生不利影响,因此不能长时间应用^[9-11];而 CRRT 治疗技术是危急重症领域的常用技术,可清除炎症介质、稳定机体内环境、调节水电平衡,稳定血流动力学^[12-13]。HP 与 CRRT 联合进行,优势互补,可有效清除体内细胞因子和炎症介质,改善体内代谢,纠正电解质和酸碱平衡紊乱,改善微循环,促进和维持内环境稳定,达到抑制全身炎症反应综合征发展、纠正 MODS 的目的,有利于患者病情转归。

本研究中,观察组(CRRT 联合 HP 治疗)比对照组(单纯 HP 治疗)具有更高的疗效,2 组患者治疗后

SOFA、APACHE II 评分,SCr 水平、APTT 和 PT 较治疗前降低,且观察组的 SOFA、APACHE II 评分,SCr 水平、APTT 和 PT 的改善效果好于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组住院时间 $[(11.89 \pm 1.13) \text{ d}]$ 比对照组住院时间 $[(18.22 \pm 1.98) \text{ d}]$ 更短,病死率(12.00%)比对照组(35.71%)更低,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。由此可见,与单独使用 HP 相比,CRRT 联合 HP 治疗在改善凝血功能、肾功能,稳定病情,促进衰竭器官恢复,缩短住院时间,提高患者生存率等方面具有良好的临床效果,这与王全武^[14]、许勇^[15]的研究结果一致。

综上所述,脓毒血症合并多器官功能衰竭的患者可采取 CRRT 联合 HP 的治疗方法,能改善患者生命体征、提高生存率,改善预后,其安全性及有效性都值得肯定。本研究作为回顾性研究,临床资料可能存在回忆偏倚,需行前瞻性试验研究,进一步证实 CRRT 联合 HP 在脓毒血症合并多器官功能衰竭患者治疗中的积极作用,提高危急重症患者的救治成功率。

参考文献

[1] FLEISCHMANN C, SCHERAG A, ADHIKARI N K, et al. Assessment of global incidence and mortality of hospital-treated sepsis. Current estimates and limitations[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2016, 193(3): 259-272.

[2] 许剑云,戴晓勇,沈健,等.不同 CRRT 治疗时机对脓毒血症合并急性肾功能不全患者疗效及预后的影响[J].现代生物医学进展,2018,18(15):2922-2925.

[3] 尤伟艳,许航.血液灌流联合连续性静脉-静脉血液滤过对严重脓毒血症患者的效果分析[J].新疆医学,2019,49(3):218-220.

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.05.032

[4] 姚银山,岳子琪.连续性肾脏替代治疗对 ICU 脓毒血症的效果[J].中国继续医学教育,2020,12(7):107-109.

[5] 罗凯,汪贤聪,彭梅.持续血液滤过联合血液灌流治疗脓毒血症合并急性肾功能衰竭的疗效观察[J].中日友好医院学报,2014,28(4):219-221.

[6] 杨世炳.观察连续性肾脏替代治疗(CRRT)严重脓毒血症的疗效[J].中外医疗,2019,38(4):81-83.

[7] 张绍权.多器官功能障碍综合征诊治进展[J].蛇志,2015,27(2):192-196.

[8] 盛志勇,姚咏明.脓毒症与多器官功能障碍综合征[J].中华急诊医学杂志,2003,12(10):653-654.

[9] 冷凌涵.连续性肾脏替代治疗在脓毒血症治疗中的疗效观察[J].影像研究与医学应用,2017,1(2):200-201.

[10] 张琪,姜利,席修明,等.连续性肾脏替代治疗对 ICU 脓毒血症患者疗效的影响[J].广西医学,2016,38(9):1215-1218.

[11] 林玉珍,林银花,张丽珊,等.ICU 脓毒血症患者接受连续肾脏替代治疗中抗凝剂使用后凝血功能的变化及护理[J].岭南现代临床外科,2016,16(2):242-245.

[12] 陈文标,彭思苹,陈玉兰,等.连续性肾脏替代治疗对 ICU 脓毒血症合并急性呼吸窘迫综合征患者的疗效影响[J].中国医学创新,2016,13(5):34-37.

[13] 宗景景,刘春生,付晓菲,等.CRRT 对脓毒症治疗中抗菌药物清除作用的影响[J].中华危重病急救医学,2017,29(7):662-665.

[14] 王全武.持续性血液滤过联合血液灌流治疗 ICU 脓毒血症效果研究[J].中国疗养医学,2019,28(10):1104-1105.

[15] 许勇.连续性肾脏替代治疗联合血液灌流治疗 ICU 脓毒血症患者的效果[J].医疗装备,2018,31(18):106-107.

(收稿日期:2020-07-20 修回日期:2021-01-18)

基层医院使用腹腔镜肝门阻断装置行腹腔镜肝切除术 14 例临床报道

张 华,张 涛,余和斌,刘 洪,庞 飞
重庆市长寿区人民医院肝胆外科,重庆 401220

摘要:目的 评价基层医院采用腹腔镜肝门阻断装置行腹腔镜肝切除术的可行性及应用价值。方法 回顾性分析 2018 年 5 月至 2019 年 12 月该院 14 例使用腹腔镜肝门阻断装置行腹腔镜肝切除术患者的临床资料。**结果** 14 例患者中男 5 例,女 9 例;年龄 33~66 岁,平均(53.93±11.45)岁;术前诊断肝细胞癌 4 例,肝血管瘤 4 例,肝胆管结石 3 例,肝囊腺癌 1 例,肝局灶性结节增生 1 例,肝囊肿 1 例。14 例患者均顺利完成手术,1 例中转开腹手术。手术时间(302.14±95.02)min,术中失血量(320.00±297.14)mL,2 例术中输血,术中输血率为 14.3%(2/14)。术后无出血、胆漏、肝衰竭等并发症发生。术后住院时间(10.21±2.97)d。**结论** 腹腔镜肝门阻断装置能有效控制腹腔镜肝切除术中出血,有利于腹腔镜肝切除技术在基层医院推广。

关键词:腹腔镜; 肝切除; 腹腔镜肝门阻断装置
中图法分类号:R657.3 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2021)05-0681-03

随着腹腔镜技术的不断成熟和外科理念的更新,特别是离断肝脏工具的不断进步和对肝内解剖的深入了解,腹腔镜技术因为其明显的微创优势,在肝脏外科中的应用已逐步得到认可和推广^[1]。2016 年 1