

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.09.035

系统化护理在连续性肾脏替代法治疗重症急性胰腺炎护理中的应用价值

冯秀蓉, 马会玲, 周 雅, 付晓翠

陕西省汉中市中心医院肾内科血液净化中心, 陕西汉中 723000

摘 要:目的 研究系统化护理在连续性肾脏替代法(CRRT)治疗重症急性胰腺炎护理中的应用价值。方法 选择 2016 年 4 月至 2019 年 4 月该院肾内科采用 CRRT 进行治疗的 79 例重症急性胰腺炎患者为研究对象,按照随机数字表法分为对照组与观察组。对照组采用常规护理,观察组采用系统化护理。比较两组的临床治疗效果、患者满意度和生命质量测定量表评分结果。结果 观察组的治疗有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组对护理措施完成度、生活环境、护理服务品质、健康指导和沟通的满意度明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组护理后的恶心呕吐、疼痛、疲倦、失眠、食欲丧失、气促、便秘及腹泻评分明显降低,情绪功能、躯体功能、认知功能、社会功能、总体健康状况、角色功能评分明显升高,且观察组以上指标的改善程度明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 在 CRRT 治疗重症急性胰腺炎的过程中采取系统化护理不但能提高疗效和患者生活质量,并且具有较高的满意度,应当在 CRRT 治疗中进行推广应用。

关键词:系统化护理; 连续性肾脏替代法; 重症急性胰腺炎; 满意度; 生活质量

中图法分类号:R471

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)09-1261-04

急性胰腺炎是一种治疗难度大、发病机制复杂、病死率较高的疾病^[1]。据报道,20%~30%的患者极有可能发展成重症胰腺炎,主要表现为继发性感染、胰腺出血坏死、腹膜炎和休克等^[2]。有效控制全身炎症,减少多器官功能障碍综合征(MODS)、脏器损伤和休克等并发症的出现,是早期治疗急性胰腺炎的重要环节。连续性肾脏替代法(CRRT)是一种新型的血液净化方法,不但具有较高的溶质清除率,而且血流动力学较稳定。CRRT 因能重建免疫稳态及内环境稳态,使内皮功能得到改善,可从根本上遏制急性胰腺炎的病理生理紊乱;还能有效清除炎症介质,抑制炎症介质引发的瀑布效应,缓解炎症损伤,还能清除体内的各种胰酶,使血浆内毒素水平明显降低^[3]。有效的护理干预是 CRRT 治疗成功的一个重要环节。本研究创新性地将系统化护理应用于 CRRT 治疗重症急性胰腺炎中,并分析了系统化护理的应用效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2016 年 4 月至 2019 年 4 月本院肾内科采用 CRRT 进行治疗的 79 例重症急性胰腺炎患者为研究对象,纳入标准:均符合中华医学会的诊断标准^[4],且均自愿参与本研究,并签署知情同意书。排除标准:(1)无法配合本研究者;(2)有严重的循环系统疾病、肾病、肝病、风湿免疫系统疾病、血液病、代谢性疾病者;(3)出现意识不清情况者。采用随机数字表法将 79 例患者分为观察组与对照组。观察组 39 例,其中男 26 例,女 13 例;年龄 34~67 岁,平均(48.35±14.22)岁;急性生理学及慢性健康状况评分系统(APACHE-II)评分 12~15 分,平均(13.59±

1.27)分;发病诱因分别为高脂肪餐者 10 例,饮酒者 6 例,胆石症者 13 例,暴饮暴食者 3 例,慢性胰腺炎病史者 2 例,不明原因者 5 例。对照组 40 例,其中男 28 例,女 12 例;年龄 34~67 岁,平均(48.35±14.22)岁;APACHE-II 评分 12~15 分,平均(13.26±1.13)分;发病诱因分别为高脂肪餐者 10 例,饮酒者 7 例,胆石症者 12 例,暴饮暴食者 3 例,慢性胰腺炎病史者 4 例,不明原因者 4 例。两组患者的年龄、APACHE-II 评分和发病诱因等比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 CRRT 治疗的方法如下:使用金宝 Prismaflex CRRT 机器,滤器选择 Prismaflex ST150,抗凝模式采取肝素抗凝,置换液流量设置为 30~60 mL/(h·kg),血流量设置为 150~250 mL/min。单次 CRRT 治疗时间平均为(12.75±6.43)h,连续治疗具体时间根据其病情决定,连续治疗时间平均为(7.93±2.25)d,根据病情设置超滤量。

1.3 护理方法 对对照组患者及家属进行一般的病情介绍,给予患者常规的用药护理、急救护理、监测护理。在常规护理的基础上,对观察组患者进行系统化护理,内容包括:(1)入院护理,患者入院第一时间了解患者病情,并及时与患者家属交流,全面把握患者病情相关情况,并准确评估,做好预见性问题处理的准备措施。(2)临床护理,保证 CRRT 治疗所使用的相关机器运转正常,第一时间处理报警,观察及记录滤器压、输入压、回输压、△P 及半透膜两侧压力梯度差(TMP)等数值,如果患者出现凝血的迹象,需要尽早地对配套进行更换,一般情况下,需要 8~12 h 对配套进行更换;妥善固定导管,避免发生扭曲,导管外翼

的小孔要与患者的皮肤之间紧密缝合,减少患者的活动度,加强观察导管局部的情况,以防止导管脱出而导致大出血。认真观察敷贴是否发生渗血,且及时地进行更换。(3)心理护理,积极与患者沟通交流,若发现患者出现过度担忧、焦虑等不良情绪时,酌情将疾病的发病原因、病情进展、治疗过程及相关禁忌事项详细告知患者及其家属,使患者全面了解自身情况,鼓励患者积极配合治疗,增加患者及其家属战胜疾病的信心,从而提高患者治疗依从性、减少医患纠纷。(4)维持液体的平衡,准确记录患者每天详细的出入液量,保证出入量处于平衡状态。如果超滤量过多会引起低血压休克,对肾功能的恢复不利;如果输入量过多,则有可能会使肺水肿和心力衰竭加重,因此必须准确地评估入量、尿量,以及设置超滤量,以尽量维持平衡。(5)预防感染,患者在禁食、胃肠减压的过程中,加强对口腔鼻腔的护理,每天定时对住院病房进行紫外线消毒,严格遵守无菌操作。(6)营养支持,重症急性胰腺炎会引发一系列的异常代谢,例如低蛋白、高血糖、低镁和低钙等。深静脉完全肠道外营养可以有效保证患者的营养支持,在配制营养袋的过程中需要严格遵守无菌操作要求。

1.4 观察指标 (1)所有患者在出院前 1 d 进行疗效评价。疗效标准^[4]:①显效,重症急性胰腺炎患者的胃肠功能无明显异常,症状消失时间小于 1 周,血清淀粉酶水平处于 35~135 U/L 正常范围内;②有效,重症急性胰腺炎患者的血清淀粉酶水平明显降低,但未在正常范围内,胃肠功能与治疗前比较有所改善,症状缓解时间小于 1 周,但是还没有恢复正常;③无效,重症急性胰腺炎患者的胃肠功能、症状和血清淀粉酶水平均未出现好转,甚至死亡。(2)采用本院肾内科自制的满意度评估表,在患者出院前 1 d(护理干预后)由患者对护理的满意度进行评估,包括护理措施完成度、生活环境、护理服务品质、健康指导和沟通

等,分数越高,对护理的满意度越高。(3)分别在系统化护理干预前 1 d 和出院前 1 d(护理干预后)使用肿瘤患者生命质量测定量表(EORTCQLQ-C30)对患者的生活质量进行判断,包括躯体功能、恶心呕吐、情绪功能、疲倦、社会功能、疼痛、认知功能、失眠、角色功能、气促、总体健康状况、食欲丧失、便秘、经济困难及腹泻等内容。

1.5 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件进行数据处理及统计学分析,呈正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对样本 t 检验;计数资料以例数或百分率表示,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 两组临床疗效比较 观察组的有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[n(%)]					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	有效率
对照组	40	10 (25.00)	12 (30.00)	18 (45.00)	22(55.00)
观察组	39	13 (33.34)	18 (46.15)	8 (20.51)	31(79.49)*

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 两组护理满意度比较 观察组对护理措施完成度、生活环境、护理服务品质、健康指导和沟通的满意度评分明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 EORTCQLQ-C30 评分在两组间的差异 与护理干预前相比,两组护理干预后的恶心呕吐、疼痛、疲倦、失眠、食欲丧失、气促、便秘及腹泻评分明显降低,情绪功能、躯体功能、认知功能、社会功能、总体健康状况、角色功能评分明显升高,且观察组的各项评分明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 两组护理满意度比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	护理措施完成度	生活环境	护理服务品质	健康指导	沟通
对照组	40	16.27±3.44	15.73±3.25	16.59±2.46	15.26±2.48	16.17±2.44
观察组	39	19.93±4.21*	18.32±3.67*	19.23±4.15*	18.93±3.21*	19.25±3.16*

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

表 3 EORTCQLQ-C30 评分在两组间的差异($\bar{x} \pm s$,分)

项目	观察组(<i>n</i> = 39)		对照组(<i>n</i> = 40)	
	护理干预前	护理干预后	护理干预前	护理干预后
躯体功能	49.27±10.24	60.23±11.75 [#]	48.72±11.62	53.28±10.64 [#]
恶心呕吐	23.49±2.74	14.53±1.39* [#]	23.67±3.02	19.31±2.17 [#]
情绪功能	62.54±10.38	73.62±12.57* [#]	63.14±10.23	68.25±11.34 [#]
疲倦	51.36±11.03	43.86±10.85* [#]	52.25±10.14	48.72±10.25 [#]
社会功能	49.57±10.24	70.34±14.56* [#]	50.32±9.17	56.38±11.25 [#]

续表 3 EORTCQLQ-C30 评分在两组间的差异($\bar{x}\pm s$,分)

项目	观察组($n=39$)		对照组($n=40$)	
	护理干预前	护理干预后	护理干预前	护理干预后
疼痛	40.32±10.57	30.41±10.69 ^{* #}	40.27±11.63	37.54±10.13 [#]
认知功能	60.29±11.67	78.35±12.82 ^{* #}	60.34±10.57	64.24±10.56 [#]
失眠	45.39±12.87	34.24±10.59 ^{* #}	44.36±12.27	39.63±10.82 [#]
角色功能	53.36±11.59	65.63±13.24 ^{* #}	52.13±12.25	57.39±10.26 [#]
气促	44.31±10.48	36.75±11.34 ^{* #}	45.52±11.67	40.03±10.34 [#]
总体健康状况	39.72±10.59	53.36±12.49 ^{* #}	39.83±10.72	45.35±11.07 [#]
食欲丧失	54.29±13.67	43.32±10.14 ^{* #}	49.34±11.29	44.23±10.85 [#]
便秘	34.13±5.67	23.25±4.63 ^{* #}	34.39±5.26	30.13±4.54 [#]
经济困难	59.17±12.26	51.54±6.83	58.42±12.36	53.57±5.83
腹泻	18.24±4.69	7.92±1.31 ^{* #}	18.57±4.28	12.45±2.13 [#]

注:与同期对照组比较,* $P<0.05$;与同组护理干预前比较,[#] $P<0.05$ 。

3 讨 论

急性胰腺炎的发病机制包括胰腺血液循环障碍、胰腺腺酶自身消化、肠道细菌移至胰腺及白细胞过度激活等多种学说^[5]。患者常常具有病情发展速度快、起病急、并发症多、病情比较凶险、病死率高的特点^[6]。CRRT 技术通过采取连续的、缓慢的治疗方法对患者机体中的溶质、水等实施有效清除,是一种比较高效的血液净化方法^[7]。近年来,CRRT 技术的治疗范围已经逐渐从肾脏疾病发展至全身炎症反应综合征、重症急性胰腺炎、MODS、急性呼吸窘迫综合征、挤压综合征、肝性脑病、慢性心力衰竭及中毒性疾病等^[8]。采取 CRRT 进行治疗,能使血流动力学维持稳定的状态,而且有效控制氮质血症和水、盐、电解质的代谢等,持续不断地清除患者机体循环系统内出现的各种毒素等。而且,CRRT 能及时为患者提供营养补充,使患者的内稳态维持平衡状态^[9]。因此,CRRT 用于胰腺炎的治疗是通过吸附、对流清除和滤过清除作用,使免疫功能重新得到调节,维持内环境的稳定^[10-11]。

护理干预是保障 CRRT 能顺利、有序进行和确保患者病情稳定的重要环节。系统化护理作为一种新型的护理措施,具有系统性的优点,通过对各种护理服务措施进行综合应用,可以对患者进行全面的、整体的护理,从而有效预防护理缺漏的出现^[12-13]。系统化护理在重症急性胰腺炎治疗中的应用对护理人员的专业性提出了更高的要求,要求其具备灵活的判断能力及丰富的护理知识,以更好地协助临床医师迅速诊断及做好抢救准备^[14]。CRRT 要求护理人员熟练掌握 CRRT 治疗技术,从而确保机器可以正常运转,而且治疗过程中血管通路的护理、抗凝剂的应用、液体平衡的评价及液体监控均是重要的护理干预措施^[15]。本研究在重症急性胰腺炎 CRRT 治疗中采取的系统化护理综合了多项护理措施,包括机器护理、

导管护理、监测患者生命体征、维持液体的平衡、预防感染及营养支持等,确保在 CRRT 治疗的过程中,患者得到全方位的护理。本研究发现,观察组的有效率明显高于对照组($P<0.05$),表明系统化护理能保证 CRRT 治疗过程的完整和顺利,保证 CRRT 的治疗效果,明显提高治疗有效率。观察组对护理措施完成度、生活环境、护理服务品质、健康指导和沟通的满意度明显高于对照组($P<0.05$),表明系统化护理通过采取一系列的护理措施,可以提高患者的满意度,有效改善护患之间的关系。护理干预后,观察组的 EORTCQLQ-C30 各项评分明显优于对照组($P<0.05$),表明系统化护理更加有助于改善重症急性胰腺炎患者的生活质量。原因为护理人员全程参与患者的监护和 CRRT 机器的操作,精确地维持液体平衡,维持体外循环管路及滤器的寿命,保证了治疗的连续性及安全性,能明显稳定患者的生命体征,为患者提供了一个积极有效的现代化器官支持疗法。另外,系统化护理措施的实施有助于患者了解自身疾病相关情况,鼓励患者采取积极正面的治疗态度,消除负面情绪,从而提高患者治疗依从性,保证治疗的顺利进行。因此,将系统化护理作为重症急性胰腺炎治疗的辅助手段可明显提高治疗有效率及患者满意度,并改善患者生活质量。

综上所述,在 CRRT 治疗重症急性胰腺炎的过程中采取系统化护理,不但能提高该疾病的临床治疗效果,还能提高患者满意度,改善其生活质量,应当在 CRRT 治疗中进行推广应用。

参考文献

[1] 吕一鸣,黄玉军,俞雷来,等.重症急性胰腺炎患者出现肠源性感染的炎症指标与肠内营养支持治疗分析[J].中华医院感染学杂志,2017,27(2):373-376.
[2] 杨丽丽,李川,魏晓华.连续性血液净化对重症急性胰腺炎患者血清疾病相关指标的影响研究[J].临床和实验医

- 学杂志,2017,16(2):93-95.
- [3] 木塔里甫·买合木提,美克拉依·阿不都克里木,买买提艾力·买托合提,等.乌司他丁联合连续性肾脏替代疗法对急性重症胰腺炎患者炎症因子及免疫球蛋白的影响[J].现代生物医学进展,2018,18(20):139-142.
- [4] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组.中国急性胰腺炎诊治指南(草案)[J].中华消化杂志,2004,43(3):110-112.
- [5] 马丽,伏添,王成立,等.奥曲肽联合持续性血液滤过治疗重症急性胰腺炎合并急性呼吸窘迫综合征患者的效果观察[J].疑难病杂志,2018,17(1):46-50.
- [6] 何书典,杨远征,庄桂凤,等.乌司他丁联合奥曲肽对重症急性胰腺炎患者血清胰蛋白酶原激活肽、淀粉样蛋白 A 及血清炎性反应因子的影响[J].中国综合临床,2018,34(5):416-421.
- [7] 朱青云,孙运波,潘新亭,等.CRRT 联合超声引导下 PT-GD 在治疗重症急性胆源性胰腺炎中的临床评价[J].中华急诊医学杂志,2017,26(6):669-673.
- [8] 沈萍,顾勤,冯波,等.重症急性胰腺炎患者连续性肾脏替代治疗中不同抗凝方案与非计划性下机时间相关性研究[J].山西医药杂志,2017,46(23):2897-2900.
- [9] OLIVEIRA M A, MONTE J C M, BATISTA M C, et al. The impact of continuous renal replacement therapy on renal outcomes in dialysis-requiring acute kidney injury may be related to the baseline kidney function[J]. BMC Nephrol, 2017, 18(1):150.
- [10] 何洪英,朱敏.床旁持续血液净化监护对重症急性胰腺炎患者疗效及血清内毒素水平的影响[J].海军医学杂志,2018,39(6):78-82.
- [11] PISTOLESI V, ZEPELLI L, POLISTENA F, et al. Preventing continuous renal replacement therapy-induced hypophosphatemia: an extended clinical experience with a phosphate-containing solution in the setting of regional citrate anticoagulation[J]. Blood Purification, 2017, 44(1):8-15.
- [12] 陈平,黎玉平,陈熊丽.系统化护理对鼻咽癌放疗患者口腔黏膜炎的预防作用及负面情绪、生活质量的影响[J].海南医学,2017,28(16):2739-2741.
- [13] 张海艳,赵文彩,罗晓桃,等.围术期全程系统化护理措施在腹腔镜下肾癌根治术患者中的应用[J].实用临床医药杂志,2017,21(20):63-65.
- [14] 张静静.系统性护理预防重症急性胰腺炎中心静脉留置导管感染的效果分析[J/CD].实用妇科内分泌电子杂志,2016,3(18):47-48.
- [15] 张其霞,蔡晓丹,木晶晶,等.护理质控小组管理方案对预防 ICU 床旁连续性肾替代治疗非计划性下机的效果研究[J].护士进修杂志,2019,34(1):45-49.

(收稿日期:2019-09-05 修回日期:2019-12-29)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.09.036

基于奥马哈系统的延续性护理对胃癌患者术后的生存质量和自我效能感的影响

许丽萍

河南省漯河市郾城区中医院外科,河南漯河 462300

摘要:目的 观察基于奥马哈系统的延续性护理对胃癌患者术后的影响。方法 采用随机数字表法将 116 例胃癌患者分成对照组与观察组,对照组给予常规护理,观察组给予基于奥马哈系统的延续性护理,比较两组患者出院时、出院 1 个月、出院 3 个月的生存质量简表(WHOQOL-BREF)评分、一般自我效能感量表(GSES)评分及奥马哈 KBS 成效评分。结果 出院 1、3 个月,观察组 WHOQOL-BREF、GSES 评分均明显高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。出院 1、3 个月,观察组环境领域、社会心理领域、生理领域、健康行为领域评分均明显高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 基于奥马哈系统的延续性护理能改善患者的生存质量,提高自我效能感,改善患者接受治疗的依从性,值得推广。

关键词:奥马哈系统; 延续性护理; 胃癌; 生存质量; 自我效能

中图分类号:R471 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2020)09-1264-04

胃癌是常见的临床疾病之一,起病隐匿,早期诊断率较低^[1],多数患者确诊时已处于中晚期,给患者家庭带来极大的痛苦,并产生一定的社会经济压力^[2]。目前,临床上主要采用手术治疗,术后化疗也是常用的治疗手段^[3],但在化疗期间,患者常对疾病和化疗产生恐惧,造成患者的自我效能感下降,营养状况下降,如得不到专业的指导,患者易产生社交障碍、营养不良、照护负担等心理和生理问题,对术后康

复具有一定的影响^[4]。奥马哈系统是一种记录和分析患者临床资料的方法,可以记录整个护理连续体,包括环境、社会心理、生理和健康行为四个领域。奥马哈系统在问题分类、干预和发展之间建立了独特的关系,通过护理常见问题调查表在出院前对患者进行评估,并采取相应的干预措施^[5]。近年来,本院采用基于奥马哈系统的延续性护理对胃癌患者进行干预,效果明显,现将结果报道如下。