

• 临床研究 •

大容量血液滤过治疗重症感染性休克患者的疗效与安全性研究

邓树新

龙岩人民医院 364000

【摘要】目的 探究在重症感染性休克患者中采用大容量血液滤过治疗的临床疗效和安全性。**方法** 研究样本选自本院 2019 年 2 月到 2020 年 2 月间重症感染性休克患者 96 例,按照不同的治疗方式进行分组,实验组患者采用大容量血液滤过治疗(48 例),对照组患者采用常规液体复苏治疗(48 例),对比治疗效果。**结果** 实验组患者氧合指数、动脉血氧分压、血肌酐、谷丙转氨酶、总胆红素、PAR 指标较优,与对照组患者存在差异($P<0.05$)。实验组患者血小板减少、出血、凝血等不良反应发生率较少,与对照组存在差异($P<0.05$)。**结论** 对重症感染性休克患者采用大容量血液滤过治疗,能明显降低患者不良反应,有利于患者治疗效果的提升。

【关键词】重症;感染性休克;大容量;血液滤过**【中图分类号】**R459.7**【文献标识码】**A**【文章编号】**2095-7711(2020)04-074-02

对于重症感染性休克疾病而言,属于临床上一种常见的危急重症,当患者出现感染之后机体内会出现大量的抗炎因子,进而使得患者血管内皮受到严重损伤,加重了患者的病情。对于重症感染性休克患者而言,传统的治疗方式在于对原病灶的处理,对感染病灶进行引流操作,采取抗感染治疗,对患者疾病病情进行改善。虽然能够给予患者对症支持治疗,但是大量的炎症因子仍然会对加剧患者的损伤,提升了患者的死亡率。而大容量血液滤过治疗,属于一种血液净化方式,对患者的内环境的影响比较小,还能维持其血流动力学的稳定。本研究特对本院重症感染性休克患者采用不同的治疗方式,探究大容量血液滤过治疗的临床疗效和安全性。

1 资料与方法**1.1 一般资料**

研究对象为本院重症感染性休克患者,总共选择 96 例,研究时间在 2019 年 2 月到 2020 年 2 月之间,按照不同的治疗方法进行分组。实验组患者取 48 例,其中男性取 21 例,女性取 27 例,患者年龄在 23 岁到 61 岁之间,平均为(48.2 ± 3.5)岁;对照组患者取 48 例,其中男性取 20 例,女性取 28 例,患者年龄在 20 岁到 60 岁之间,平均为(45.8 ± 3.1)岁。本研究所有样本均符合本院伦理委员会批准,患者和家属均签署知情同意书,数据资料差异不影响研究科学性。

1.2 方法

实验组患者采用大容量血液滤过治疗,为患者建立血管通路,

在右侧颈内静脉或股静脉处进行插管,并留置单针双腔导管,采用连续性血液净化装置进行治疗。采用血液滤过器进行治疗,通过前后稀释的方式,置换液流量为 3000ml/h,将血流量控制在 200ml/min 到 220ml/min 之间,治疗剂量大于 $40\text{ml}/(\text{h} \cdot \text{kg})$,采用肝素药物和枸橼酸药物进行抗凝治疗,将碳酸氢钠进行同步输入,每 24h 更换滤器,并调整患者的超滤量和出入量。

对照组患者采用常规液体复苏治疗,采用血液、痰液进行液体培养,给予患者广谱抗生素来进行抗感染治疗,根据细菌学检查结果来采取抗感染治疗,给予患者去甲肾上腺素,将患者平均动脉压控制在 65mmHg 到 70mmHg 之间,将患者的血氧饱和度控制在 0.7 以上。

1.3 观察指标

①器官功能指标(氧合指数、动脉血氧分压、血肌酐、谷丙转氨酶、总胆红素、PAR 指标)、②不良反应发生率(出血、凝血、血小板减少)

1.4 统计学处理

用 SPSS22.0 统计学软件对所得数据进行分析研究。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,行 t 检验;计数资料采用 n(%)表示,以 χ^2 检验,当 $P < 0.05$ 时,差异有统计学意义。

2 结果**2.1 器官功能指标**

实验组患者氧合指数、动脉血氧分压、血肌酐、谷丙转氨酶、总胆红素、PAR 指标较优,与对照组患者存在差异($P < 0.05$)。

表 1: 两组患者器官功能指标对比分析 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	氧合指数 (mmHg)	动脉血氧分压 (mmHg)	血肌酐 ($\mu\text{mol/L}$)	谷丙转氨酶 (IU/L)	总胆红素 ($\mu\text{mol/L}$)	PAR 指标 (次/min)
实验组	48	$386.48 \pm 56.81^{\#}$	$153.68 \pm 28.75^{\#}$	$78.78 \pm 22.57^{\#}$	$61.53 \pm 29.70^{\#}$	$16.08 \pm 9.45^{\#}$	$14.15 \pm 2.51^{\#}$
对照组	48	316.82 ± 51.77	123.51 ± 31.45	106.53 ± 26.46	94.05 ± 34.68	28.62 ± 13.71	17.33 ± 2.97

注: $^{\#}$ 与对照组相比, $P < 0.05$

2.2 不良反应发生率

实验组患者血小板减少、出血、凝血等不良反应发生率较少,与对照组患者存在差异($P < 0.05$)。

表 2: 两组患者不良反应发生率对比分析 (n%)

组别	例数 (n)	出血 (n)	凝血 (n)	血小板减少 (n)	发生率 (%)
实验组	48	2	2	1	10.4 $^{\#}$
对照组	48	5	6	3	29.2

注: $^{\#}$ 与对照组相比, $P < 0.05$

3 讨论

在重症感染性休克患者治疗过程中^[1],主要有胃肠减压治疗、饮食控制治疗、液体复苏治疗、抑酸治疗、血容量补充等综合治疗方案,但患者仍然有着比较高的死亡率^[2],其死亡原因也与患

者多器官功能障碍、急性呼吸窘迫、急性肾损伤疾病有关。采用持续性静脉血流滤过,能够对患者血液当中的细胞因子和炎症递质^[3],同时也能排空患者体内的毒素,降低其全身炎症性反应,从而对患者内皮细胞的功能进行改善^[4],让其体内的环境处于稳定状态,提升患者治疗效果。但是不同容量的血液滤过治疗,其临床疗效和预后有着不同的影响,高通量血液滤过治疗属于一种行之有效的治疗方案,能够有效改善患者的临床症状,并降低死亡率^[5]。通过这种治疗方式,能够减轻患者全身性炎症反应,并让其机体处于稳定状态,进一步降低或者患者的并发症,提升临床疗效^[6]。

本研究中,实验组患者氧合指数、动脉血氧分压、血肌酐、谷丙转氨酶、总胆红素、PAR 指标较优,与对照组患者存在差异

(下转第 78 页)

研究能看出,为老年孤立性肺结节患者进行单操作孔胸腔镜手术治疗,可以在胸腔镜下对患者的病灶进行全面探查,准确切除结节并送至冰冻检查,一次性完成治疗。良性病变技能得到准确诊断又能完整切除,消除了良性结节恶性病变的可能,帮助患者摆脱了后顾之忧。而且,单操作孔手术还最大限度地保留了患者肺功能。对于恶性肿瘤疾病,这一治疗方法也能实现彻底根治,有效防止治疗延误,患者预后得到明显改善。符合肿瘤疾病早发现早治疗的原则。

而且,相对于多孔操作而言,单操作孔胸腔镜下切除肺结节手术方法,在患者腋前线第四、第五肋骨之间进行定位穿孔,双手协调配合,手术操作的时间并不会延长。减少一个肋间切口,手术治疗效果与传统三孔手术方法相比,效果相似甚至更好。在今后的临床治疗工作中,相关领域的医护人员要注意,如果患者胸腔粘连严重且暴露困难的情况下,不必要盲目坚持单操作孔手术方法。手术要结合患者的胸廓形状和病情特征,选择最适合的治疗方法。单操作孔位置选择要根据肿瘤位置确定,切口大小要和肿瘤大小保持一致,以方便肿瘤切除后取出。对于一些位置较

深或者近肺门的结节可以适当延长切口,或者选择中转小切口方式辅助手术,保证患者安全。

综上所述,单操作孔对老年孤立性肺结节患者病症治疗效果更好,有利于改善患者预后。

参考文献:

- [1] 陆荣国,郑明峰,何毅军.单操作孔电视胸腔镜手术对老年孤立性肺结节患者肺功能和免疫球蛋白的影响[J].现代生物医学进展,2019,19(24):4707-4710+4784.
- [2] 赵恒池,梁钧,黄成成.单操作孔胸腔镜肺段切除术 55 例临床分析[J].浙江中西医结合杂志,2019,29(08):688-690.
- [3] 王玉波,黄秉韬,张庆广.单孔与单操作孔胸腔镜肺叶切除术治疗肺结节比较研究[J].滨州医学院学报,2019,42(04):288-290.
- [4] 武毅.单操作孔胸腔镜对高龄孤立性肺结节手术配合及预后讨论[J].中国医疗器械信息,2019,25(04):72-73.
- [5] 沈宇舟,钱俊,李文涛.单操作孔胸腔镜前、后亚段联合部分切除术治疗右上肺深部结节 6 例报告[J].中国微创外科杂志,2019,19(02):167-169.

(上接第 74 页)

($P < 0.05$)。实验组患者血小板减少、出血、凝血等不良反应发生率较少,与对照组存在差异($P < 0.05$)。

综上,对重症感染性休克患者采用高容量血液滤过治疗,能明显降低患者不良反应,有利于患者治疗效果的提升。

参考文献:

- [1] 尹路.重症感染性休克患者应用高容量血液滤过治疗的疗效及安全性分析[J].首都食品与医药,2019,26(14):37-38.
- [2] 夏建光,陈羽,禹江涛.高容量血液滤过对重症感染性休克患者脏器功能及动脉氧合指标的影响[J].中国实用医刊,

2019,46(12):98-100.

- [3] 马朝阳,段丽红,张伟萍.重症医学高容量血液滤过在重症感染性休克治疗中的应用效果观察[J].临床研究,2019,27(7):10-11.
- [4] 杜煦.高容量血液滤过疗法在对重症感染性休克患者进行治疗中的应用价值[J].当代医药论坛,2018,16(24):32-33.
- [5] 任宏生,蒋进蛟,楚玉峰,等.高容量血液滤过对感染性休克患者血管外肺水和肺泡-动脉间氧交换影响的研究[J].中华危重病急救医学,2014,26(9):609-614.
- [6] 张健峰,张碧波.高容量血液滤过治疗重症感染性休克患者的疗效及安全性[J].现代中西医结合杂志,2018,27(19):24-27+122.

(上接第 75 页)

二次损伤。其原理为:以局部注射药物的形式,来促进组织肿胀,从而促进血管收缩,使得血管纤维硬化,形成血栓,达到止血的目的^[4]。聚桂醇注射液是临床多用的一种硬化剂,其能够增强血管的抵抗力,使得血管闭塞^[5]。福爱乐组织胶作为一种胶与离子相互结合发生聚合反应而产生的永久性聚合栓塞物,其作用产生热量较低,不会发生其他生物反应,疗效较好^[6]。

综上所述,内镜下注射福爱乐组织胶治疗消化道动脉灶性出血的临床效果明显优于内镜下注射聚桂醇,止血效果更为理想,且安全性高,值得选用。

参考文献:

- [1] 李应杰.内镜下不同止血方法治疗非静脉曲张性消化道出血的效果[J].中国医药导报,2016,13(20):128-131.

[2] 覃桂聪.急性上消化道出血的治疗新进展[J].广西中医药大学学报,2015,18(01):78-80.

- [3] 赖春晓,雷浩强.内镜下注射福爱乐组织胶与注射聚桂醇治疗消化道动脉灶性出血比较[J].中外医学研究,2019,17(29):23-25.
- [4] 乔月芹,许洪伟,王青,赵慧琳.泮托拉唑钠注射剂联合氯吡格雷片治疗急性心肌梗死伴消化道出血的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2017,33(06):483-485+489.
- [5] 孙金锋,张智高,高瑞莲.内镜下胃黏膜肾上腺素注射联合金属钛夹治疗溃疡性上消化道出血的临床研究[J].现代消化及介入诊疗,2016,21(01):120-122.
- [6] 王志英,赖春进,李凤荷,王自当.内镜下注射止血与金属钛夹止血治疗急性非静脉曲张性上消化道出血疗效比较[J].海南医学,2016,27(14):2360-2362.

(上接第 76 页)

较大的手术切口,再加上术野受限和失血量过多的影响,会显著降低患者的术后恢复速度,增加并发症的发生风险。近几年来,微创技术在临床中的应用越发广泛。超声引导微创经皮肾镜碎石取石术在临床中的应用能够减轻患者的手术创伤,有效改善其治疗效果^[4]。

微创组手术时间、住院时间、术中出血量、结石残留率、并发症发生率等相关指标均显著优于传统组,组间对比差异较大, $P < 0.05$ 。结果表明:经超声引导微创经皮肾镜碎石取石术治疗复杂性肾结石,能够使患者获得颇为理想的临床效果。超声引导微创经皮肾镜碎石取石术的应用可以使医护人员从多角度了解手术情况,同时还能清楚反馈结石与邻近组织的关系,明确结石、置管位置,从而提升手术效果,减少治疗风险。

综上所述,治疗复杂性肾结石时,予以患者超声引导微创经

皮肾镜碎石取石术,既能减少术中失血量,降低结石残留率,又可以减少术后并发症,加快康复进程,值得在临床中积极推广或选择。

参考文献:

- [1] 刘创明,廖伟强,陈志权.超声引导下多通道经皮肾镜取石术治疗复杂性结石的疗效观察[J].国际泌尿系统杂志,2018,38(4):565-567.
- [2] 赵盟杰,黄真,息金波.温肾排石汤辅助经皮肾镜碎石取石术治疗复杂性肾结石疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2018,27(27):3032-3034.
- [3] 李露霜,周晓敏,高莲,等.微创经皮肾镜取石术治疗老年复杂性肾结石的临床效果[J].四川医学,2018,39(10):1163-1166.
- [4] 杨华,李坚勇,谭卫,等.Sonix GPS 超声定位系统在经皮肾镜取石术治疗复杂肾结石的疗效及安全性分析[J].实用医院临床杂志,2018,15(4):229-232.