

- [11] Zhang WD, Chen H, Zhang C, et al. Astragaloside N from astragalus membranaceus shows cardioprotection during myocardial ischemia in vivo and in vitro. *Planta Med*, 2006, 72 (1): 4-8.
- [12] 王要军, 孙自勤, 权启镇, 等. 黄芪对人成纤维细胞 ICAM-1、CD126 表达及合成 ECM 的影响. *中国临床药理学与治疗学*, 1999, 4(3): 209-210.
- [13] 严彬, 牛茜, 南晓东, 等. 黄芪注射液对大鼠肾缺血-再灌注损伤的影响. *医药导报*, 2006, 25(1): 10-12.
- (收稿日期: 2009-12-21) (本文编辑: 李银平)

• 经验交流 •

血液灌流联合血液透析治疗重症急性胰腺炎 12 例护理体会

何 珊, 林 鑫

(贵州省人民医院血液净化中心, 贵州 贵阳 550002)

【关键词】 胰腺炎, 急性, 重症; 血液灌流; 血液透析

中图分类号: R576 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2010.01.005

2005 年至 2009 年, 本中心采取血液灌流(HP)联合血液透析(HD)辅助治疗 12 例重症急性胰腺炎(SAP)合并急性肾功能衰竭(ARF)患者, 总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料: 12 例患者中男 9 例, 女 3 例; 年龄 36~67 岁, 中位年龄 49 岁。SAP 诊断标准参照中华医学会外科分会制定的“SAP 临床诊断和分级标准”。患者发病前均无肾脏疾病及其他影响肾功能的全身性疾病。

1.2 治疗方法

1.2.1 常规治疗: 所有患者给予禁食、持续胃肠减压、体液复苏、质子泵抑制剂、生长抑素、抗生素等。

1.2.2 营养支持、预防和治疗肠衰竭: 首先给予 7~10 d 的肠外营养, 待病情稳定时可实施肠内营养。进行肠内营养时应注意腹痛、肠麻痹、腹部压痛等胰腺炎症状体征是否加重, 并定期复查电解质、血脂、血糖、总胆红素、血清白蛋白、血常规及肾功能等, 以评价机体代谢状况, 调整肠内营养的剂量。监测肠鸣音变化, 及早给予促肠道动力药物, 微生态制剂调节肠道细菌菌群, 使用谷氨酰胺保护肠道黏膜屏障。

1.2.3 血液净化治疗: 诊断明确后及早进行 HP 联合 HD 治疗。采用直接动静脉穿刺或锁骨下静脉置管建立血管通路, 用珠海健帆生物科技有限公司生产的一次性 HA330 型树脂灌流器串联于透析器前, 根据患者出血情况和管路凝血情况调整低分子肝素剂量, 血流量 180~200 ml/min, 每次治疗时间 2.0~

2.5 h, 视病情每位患者治疗 2~4 次。

1.2.4 并发症及处理: ①血液灌流综合征: 静脉注射 5~10 mg 地塞米松可有效控制症状。②预防低血压: 根据患者血压情况, 将预充液输入体内, 防止快速引出过多血液至血压下降。透析前 15 min 暂不超滤, 待患者适应后恢复超滤。③出血倾向: HP 时血小板如降到临界值以下可考虑输血小板浓缩液, 同时给予糖皮质激素。④操作注意事项: 保证灌流器管道通畅; 治疗中肝素液应持续泵入, 掌握好剂量; 血流量保持 100 ml/min 以上, 环境温度不能太低, 以防凝血堵罐。同时加强危重患者的临床护理, 定时监测中心静脉压及各项生化指标, 以便及早发现病情变化并抢救。

1.3 观察指标: 治疗前后观察患者的体温、血压、脉搏、呼吸频率、腹部体征变化及尿量; 实验室检查检测肝肾功能、C-反应蛋白、血淀粉酶、尿素氮等, 以判断患者病情变化。体温 < 38 °C、心率 < 90 次/min、呼吸频率 < 22 次/min 时, 则停止 HP 联合 HD。

1.4 统计学处理: 采用 SPSS 10.0 统计软件, 计量资料用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

1.5 结果: 12 例患者均完成首次治疗; 其中 10 例完成全疗程治疗未出现明显不良反应, 均治愈或缓解出院, 平均住院时间 28 d; 1 例出现弥散性血管内凝血(DIC), 终止治疗, 最后死于多器官功能障碍综合征(MODS); 1 例放弃治疗。治疗过程中大部分患者发热、呼吸窘迫、烦躁、谵妄、腹痛、腹胀等症状逐渐缓解, 体温、心率、血压降至正常范围; 3 例合并心力衰竭患者肺部啰音减少, 心功能明

显改善; 少尿和无尿患者治疗 3 d 后尿量逐渐增多至正常。治疗后各指标均较治疗前有明显改善, 无不良反应发生。

2 讨论

无论 SAP 的病因如何, 最终结果总是局部和全身炎症反应综合征(SIRS), 这与炎症介质过度生成有关。临床治疗策略由初期的“手术治疗为主, 综合治疗为辅”改为目前以“综合治疗为主, 手术治疗为辅”。早期干预, 抑制促炎因子的活化, 使促炎/抗炎细胞因子在病理状态下获得动态平衡, 可阻断 SIRS 的进一步发展, 对 SAP 治疗更有效^[1]。大量炎症介质过度释放导致 SIRS 是 SAP 的主要发病机制之一, 也是导致急性肾损伤(AKI)和 MODS 的常见原因, ARF 早期诊断和干预是重点。因此, 采用 HD 进行早期的干预治疗, 有效维持水、电解质、酸碱平衡; 而用 HP 有效吸附清除炎症介质, 可阻止病情进一步恶化^[2]。护理干预在 SAP 的整体治疗中有重要作用, 无论是血液净化过程中的护理操作、病情监测和反馈, 还是患者的整体护理, 都将影响疾病的进展, 是治疗顺利进行并达到预期目标不可忽视的重要环节^[3]。

参考文献

- [1] 杨晓娟, 李丽霞, 王淑贤. 血液灌流与血液透析滤过联合治疗重症急性胰腺炎合并急性肾功能衰竭. *中国危重病急救医学*, 2007, 19(8): 476.
- [2] 贾春红. 血液灌流联合血液透析治疗重症急性胰腺炎 9 例疗效观察. *中国中西医结合急救杂志*, 2008, 15(6): 349.
- [3] 梅长林, 叶朝阳, 戎戈. 实用透析手册. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 166-172.

(收稿日期: 2009-08-21)

(本文编辑: 李银平)

作者简介: 何 珊(1968 -), 女(汉族), 贵州省人, 主管护师。