

· 医学护理信息 ·

加温护理在失血性休克患者输液输血中的应用效果

刘洋

(吉林省辽源市人民医院输血科, 吉林 辽源 136201)

摘要: 目的 浅析失血性休克患者在输血、输液的过程中实施加温护理的临床效果。方法 择我院收治的失血性休克患者 70 例, 依据护理方法均分为甲、乙组, 两组患者均为 35 例, 前组实施常规护理、后组在此基础上联合加温护理。结果 与甲组相比, 乙组患者 PH 值、PT、aPTT 指标较优, 组间差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 甲、乙组患者就诊时体温差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 就诊 10min、20min、30min 时观察组患者体温高于甲组, 组间差异无统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 加温护理可有效改善失血性休克患者预后效果, 改善患者凝血指标, 缩短 ICU 滞留时间, 提高患者护理满意度, 可研究。

关键词: 加温护理; 失血性休克; 输血输液; 应用效果

中图分类号: R541.6+4

文献标识码: B

DOI: 10.3969/j.issn.1671-3141.2022.028.017

本文引用格式: 刘洋. 加温护理在失血性休克患者输液输血中的应用效果 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2022, 22(028): 70-

73.

0 引言

失血性休克的发生主要是因患者在机体血液快速丢失后, 引发急性循环衰竭, 是临床较为常见、多发性的病症之一^[1]。其诱发病因具有多样性特点, 外科休克病人多因失血性、创伤性以及感染性原因引起, 多发生于消化道、外伤性出血以及孕妇产后出血等, 属于多发性危重症^[2]。休克前期患者主要因机体的代偿作用, 导致中枢神经系统兴奋性提高, 出现紧张、烦躁、面色苍白等症状, 需及时进行干预, 以免病情发展至休克期; 休克期患者以表情淡漠、反应迟钝、皮下黏膜发绀、脉搏细速为主要临床症状, 同时伴有代谢性酸中毒症状; 休克晚期患者会出现意识模糊、昏迷等症状, 此阶段患者极易发生多系统器官功能衰竭^[3-4]。

当前临床失血性休克患者的治疗中, 为其进行扩容补液治疗尤为关键。体温是人体最重要的生命体征之一, 体温的恒定是维持机体各项生理功能的基本保证, 输液过程中患者会因低温引发血液循环受阻、内环境紊乱, 造成治疗效果欠佳^[5]。除此之外, 患者会因突然出血而出现紧张情绪, 导致应激反应的发生, 极易导致机体体温降低, 增加休克患者的病情。但是近年来, 针对失血性休克实施扩容补液治疗时, 复温还是低温复苏仍旧存在较大争议, 尚无统一标准。本研究以我院收治的 70 例失血性休克患者为研究对象, 进行设组对比, 实施不同护理方案, 重在分析加温护理的实施, 对于失血性休克患者在输液、输血过程中临床价值, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

择 2020 年 1 月至 2021 年 1 月我院收治的失血性休克患者, $n=70$ 例。依据护理方法的不同, 将 70 例患者分为甲、乙组。甲组: $n=35$ 例, 男 24, 女 11, 年龄 20 ~ 65 岁, 中位值 (42.50 ± 1.03) 岁, 休克指数 (1.52 ± 0.23), 35 例患者主要以腹部创伤为主 15 例, 胸部创伤 6 例, 胸腹联合伤 7 例, 四肢、脊柱创伤 7 例; 致伤原因: 车祸伤、撞击伤、挤压伤、坠落伤以及其他各占: 10 例、7 例、4 例、8 例、6 例; 乙组: $n=35$ 例, 男 23, 女 12, 年龄 20 ~ 66 岁, 中位值 (43.00 ± 1.00) 岁, 休克指数 (1.50 ± 0.21), 35 例患者主要以腹部创伤为主 16 例, 胸部创伤 7 例, 胸腹联合伤 6 例, 四肢、脊柱创伤 6 例; 致伤原因: 车祸伤、撞击伤、挤压伤、坠落伤以及其他各占: 11 例、8 例、3 例、8 例、5 例; 两组患者基线资料具有同质性 ($P > 0.05$), 可比较。

纳入标准: ①患者均符合休克诊断标准; ②患者家属知晓本次研究内容, 且自愿将其资料用于临床研究中。

排除标准: ①合并颅脑损伤; ②临床资料残缺; ③凝血功能障碍; ④合并精神障碍疾病; ⑤语言功能障碍者。

1.2 方法

两组患者入院后均进行补液、补血治疗, 纠正患者微循环障碍、恢复正常代谢。

甲组: 采用常规输液保暖护理。由于失血性休

克患者多伴有不同程度的缺氧,因此给予患者吸氧干预,纠正缺氧状态对机体损害,为患者及时清除口腔以及咽喉分泌物、呕吐物,防止吸入器官引发窒息。实施输血输液干预,控制温度在 20℃,观察患者输液过程中生命体征,依据既往临床护理经验,预防不良事件发生。

乙组:以甲组护理为基础,实施加温护理。①护理人员需展开头脑风暴,结合查阅资料信息,分析失血性休克患者输血输液治疗中常见现象发生原因,并结合原因制定护理目标。如维持患者体液平衡,生命体征平稳,改善其正常的心排出量,促使组织灌注量得以改善,维持患者体温稳定,预防低体温的发生,降低寒战发生率。②加温护理原则:患者所输注的血制品、液体均采用加温设备实施加温,以温度维持在 37℃为宜。可为患者加盖棉被、羊毛毯等,预防体温过度流失,切忌不可采用热水袋或电热毯等进行体表加温,以免烫伤患者皮肤以及皮肤血管扩张。实施护理前护理人员检查加温器运行状态,确认无误后将其固定于输液架上,确保加温器周围有 15cm 以上间隙,以达到散热目的。

一般护理:①在患者进入我院 ICU 后,护理人员迅速为其建立 2~3 组静脉通路,依据患者病况,必要时可建立中心静脉通道,同时给予扩容治疗,促使组织灌注得以增加。对于多度肥胖或周围血管萎陷患者出现穿刺困难时,需立即进行中心静脉插管处理。②控制室内温(24℃~26℃)、湿度(40%~55%),维持适宜的温度,注重对患者保暖,可依据患者感受温度的自觉情况给予棉被或者加温毯保温,观察患者各项生命体征,并详细记录指标变化。对患者体温进行监测,做好体温监测登记,准确记录输入液体的种类、数量等,做好记录工作,为后续疾病治疗提供动态信息依据。③快速完成补液治疗,先输入晶体液体,例如生理盐水、平衡盐溶液等,增加患者回心血量以及心搏出量,后为其输入胶体液体,如全血、血浆等。

生命体征监测:对于失血性休克患者而言,因其在短时间内大量失血,会出现心率加快、血压降低以及尿量减少等情况,因此应加强失血性休克患者的血压、心率等各项生命体征变化情况的监测,统计出入量,若患者血压高于 90/60mmHg,心率减缓至 100 次/min 时,减缓药物输注速度;观察患者治疗期间血氧饱和度、呼吸情况给予氧合指数变化情况,对于血氧饱和度出现持续性降低、呼吸困难

或氧合指数 < 300mmHg 时,立即给予患者呼吸机干预。在患者实施止血治疗后,护理人员严格观察患者止血情况,观察其气道通畅情况,确保患者呼吸循环稳定。

加温输液器护理干预:将输液或输血管绕缠于加温输液器上,与液体连接、排气,加温器放置应距离患者 50cm 左右,进行电源连接,输血时温度以 37℃为宜,输液时温度以 39℃为宜,按键进入工作状态,在 1min 内达到预热温度,通过对流动液体进行持续加温,通过热交换器,促使管道内径得到加温的血制品、液体输送至患者体内。护理人员在对患者使用加温器的过程中,严格观察显示屏温度,若温度高于 42℃,立即停止加温。同时检查机器性能,若液体流速 < 1mL/min,则应重新更换机器。使用完毕后按键将设备处于待机状态,关闭输液泵,断开电源,废弃加温输液管,并对仪器进行清洁、消毒,采用多参数监护仪明确患者生命体征变化情况,若有异常,及时告知医生。

心理干预:由于失血性休克患者大部分为急性起病,病情进展迅速,同时具有较高的死亡率,造成患者以及家属过度焦虑、紧张等负性情绪,护理人员在患者输液期间可与其进行交流沟通,知晓患者心理状况,实行针对性心理护理,安抚患者家属;对于神志不清、烦躁乱动者进行适当的四肢约束,防止护理意外事件发生。

不良事件预防:护理人员在患者进行输血、输液过程中严格观察输液管有无扭曲或打结,避免因输液管堵塞而妨碍注射液流动;加温管不得弯曲、受损;若患者在卧位状态下实施液体输注,避免患者体位不适挤压加热管。对于烦躁或神志不清的患者,需要加床旁护栏以防坠床,输液肢体需采用夹板固定。

1.3 观察指标

(1) 实验室指标比较。对两组患者凝血酶原时间(PT)、部分凝血活酶时间(aPTT)、PH 值进行比较。

(2) 两组患者中心体温监测结果比较。对就诊时间、就诊 10min、就诊 20min、就诊 30min 患者体温变化情况进行比较。

1.4 统计学分析

本次研究所涉及数据均采用 SPSS 20.0 软件进行分析处理,计量资料(年龄、休克指数、实验室指标以及体温)采用($\bar{x} \pm s$)表示、计数资料(性别、

创伤部位、致伤原因)均采用 [n (%)] 把表示, 对应采取 t 检验、 χ^2 检验对比。当 $P < 0.05$ 时, 组间差异有统计学意义。

2 结果

2.1 实验室指标比较

乙组患者 PT、APTT 指标以及 PH 值优于甲组 ($P < 0.05$)。见表 1。

组名 (n)	PT (s)	aPTT (s)	PH
甲组 (35)	19.80 ± 2.95	47.63 ± 2.10	15.93 ± 3.59
乙组 (35)	14.32 ± 1.81	40.20 ± 1.80	19.75 ± 4.40
t	9.367	15.892	3.980
P	0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者中心体温监测结果比较

两组患者就诊时体温差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，两组患者就诊 10min、20min、30min 体温差异有统计学意义，观察组体温较高 ($P < 0.05$)。见表 2。

3 讨论

失血性休克属于低血容量性休克, 它是指在短时间内患者大量失血而引起急性循环系统功能障碍, 患者早期主要以头晕、心率加速以及面色苍白等症状为主^[6]。失血性休克的发生不仅受失血量的影响, 同时受失血速度影响, 失血性休克的发生往往是在快速、大量失血而又得不到及时补充的情况下发生的^[7-8]。其病理生理机制主要为组织灌注不足、组织细胞代谢紊乱、酸碱以及电解质平衡失调等, 因此在患者大量出血后需要立即进行临床干预预防休克发生。在失血性休克患者输液、输血的过程中实施加温护理可有效减少死亡率、寒战发生率^[9]。其原因可能在于在对失血性休克患者实施救治的过程中, 对冷的液体、血制品进行大量输注, 可诱发患者发生心脏低温, 严重者会引起患者心脏骤停。在低温状态下进行液体输注, 患者极易出现躁动、寒战等不良现象, 促使机体耗氧量增加, 心率发生变化, 血液粘稠度急剧升高, 外周组织增加, 抑制血液回流速度, 造成凝血功能紊乱、酸碱平

衡紊乱等。

本研究中乙组患者以常规保暖护理为基础, 实施加温护理取得显著效果, 经研究得出, 与甲组相比, 乙组患者 PH 值、PT、APTT、PH 较优 ($P < 0.05$); 甲、乙组患者就诊时体温差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 就诊 10min、20min、30min 时观察组患者体温高于甲组 ($P < 0.05$)。结果可得对于失血性休克患者在进行补液输注的同时给予加温护理, 可有效确保临床救治效果。加温护理可减少患者输入液体、血液的温度差值, 减轻患者不适, 降低机体对输血、输液治疗产生的病理反应, 抑制体温下降, 促使输注流程更为畅通, 同时通过液体加温, 促进药物溶解与吸收代谢, 从而改善机体循环。研究中观察组使用输血输液加温器具有显著作用, 是临床用来为患者输血或输液加温的设备, 能够通过给流动的液体进行加温处理, 将热交换器中的热量经过延伸的输液管传递给管内液体, 促使输注的液体或者血制品温度能够接近人体正常体温, 有效避免冰冷的药液直接进入人体从而造成四肢发冷、甚至麻木疼痛现象, 减少机体应激反应, 促使患者舒适度提高。加温护理的实施可有效规避常规护理弊端, 依据患者自身情况给予针对性温度调节, 可满足患者自身需求, 规避护理结局呈现个体化差异。张屹敏^[10]等学者研究中, 以 68 例失血性休克患者为研究对象, 随机分为对照组、观察组, 对照组在输液输血过程中, 输注的液体未使用加温措施, 只采用常规保暖, 观察组除了给予保暖措施之外, 在患者抗休克治疗期间将所有输注的液体以及血制品均采用加温设备实施加温, 经研究发现, 观察组患者凝血功能优于对照组、同时患者发生寒战、死亡率均较低, 研究中证实加温护理的实施, 可有效降低寒战、死亡发生率, 与本研究结果具有一致性。

后期临床实施加温护理干预时, 护理人员应严格掌握加温设备运行参数设置, 在实施加温前观察设备运行情况, 实施护理过程中观察患者输液情况, 对于不适患者及时进行紧急处理。

本次研究中因受研究时间、例数等因素限制,

组名 (n)	治疗时	就诊 10min	就诊 20min	就诊 30min
甲组 (35)	35.23 ± 1.20	33.73 ± 0.85	33.25 ± 0.97	32.50 ± 1.03
乙组 (35)	35.20 ± 1.15	34.89 ± 1.02	35.63 ± 1.04	35.98 ± 1.12
t	0.108	5.035	9.901	13.530
P	0.457	0.000	0.000	0.000

导致研究结果可能存在偏倚性,建议后期加大研究力度,延长研究时间,以望取得较为全面研究数据,为后期临床护理工作提供借鉴价值。同时研究发现,当前关于加温护理在失血性休克患者输液输血中应用相关研究较少,其应用价值仍旧处于探索阶段,建议后期以此为研究方向,深入探讨加温护理的实施价值,为后期护理工作提供参考。

综上:对于失血性休克患者而言,在患者输血、输液过程中给予加温护理干预,可有效改善患者 PH 值、PT、aPTT 指标,促进康复,缩短 ICU 驻留时间,避免患者发生低体温,减少寒战发生率以及死亡率,患者对此护理模式认可度较高,应用效果理想。

参考文献

- [1] 赖晓娟,刘楠,吴琴江,等.休克指数指导急诊外科严重创伤合并失血性休克患者急救护理的意义[J].中国实用护理杂志,2020,36(22):1681-1684.
- [2] 姚晓丽,金培英,陆关珍,等.集束化干预策略在创伤失血性休克患者输血准备中的应用[J].全科医学临床与教育,2019,17(5):428-431.
- [3] 刘建琴.急诊护理对严重创伤失血性休克患者的并发症发生率及抢救成功率的影响[J].中国药物与临床,2019,19(11):1914-1915.
- [4] 李淑凤.预防性护理措施对严重创伤失血性休克患者并发症及抢救成功率的影响[J].山西医药杂志,2020,49(15):2081-2083.
- [5] 任丽霞,赵冬梅.神经外科失血性休克患者护理不良事件原因分析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(90):322-323.
- [6] 刘峰,丁威威,涂加园,等.允许性低压复苏对创伤失血性休克患者救治效果的系统评价[J].东南国防医药,2020,22(3):295-299.
- [7] 齐奎,陈永锋,张小乐,等.不同比例输血策略对创伤-失血性休克大鼠的凝血指标、血浆代谢指标影响及作用机制分析[J].现代生物医学进展,2021,21(14):2617-2621.
- [8] 陈兰局,许艳,徐金凤,等.临床护理路径对腹部创伤伴失血性休克患者抢救质量的影响[J].实用心脑血管病杂志,2019,27(6):108-110.
- [9] 陈燕萍,陈胜棣.预防性护理对严重创伤失血性休克急诊护理期间患者并发症发生率及生活质量的影响分析[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(16):150,153.
- [10] 张屹敏,柯亚萍.失血性休克早期加温输液输血的护理对患者凝血功能的影响分析[J].血栓与止血学,2019,25(6):125-126.