

血漿置換治療患者的護理體會

羅 汶 吳 毅 吳慧霞

血漿置換術是將患者的血液緩緩地引流出體外，利用血流經過空心纖維之時，通過有效的分離置換方法，迅速地選擇性地移除患者身上致病物質成分，同時輸入他人新鮮冷凍血漿，以作交換(梅長林、葉朝陽、趙學智, 2003)。澳門鏡湖醫院ICU於2007年5月~11月進行4例共9次血漿置換術，現將護理體會總結如下。

1. 臨床資料

病例1：男性，66歲，結腸癌術後，小腸穿孔術後，肝轉移，多器官衰竭，行血漿置換3次；

病例2：男性，60歲，重症肺炎，肝衰竭，行血漿置換3次；

病例3：男性，95歲，直腸癌術後，肝功能損害，行血漿置換2次；

病例4：女性，87歲，藥物過敏，大疱剝脫性皮炎，行血漿置換1次。

2. 方法

4例病人均行股靜脈穿刺術，留置雙腔透析穿刺管。採用 Prisma flex TPE 2000 set，設定分離速度：2000毫升/小時；血流速度：180~200毫升/分鐘；血漿交換量：5000毫升/次；置換液：新鮮冷凍血漿；置換頻度：每天1次，每次時間約3小時；抗凝劑：用 Heparin 或低分子肝素 0.2mg 治療前靜注。

3. 護理

3.1 血漿置換治療前準備及護理

心理護理對病人及家人非常重要。由於疾病危重，多數患者的心理狀態均發生了改變，常有悲觀、失望、無助和孤獨感，同時對血漿置換治療的知識瞭解很少。因此，醫護人員治療前向病人和家人耐心、詳細地解釋安慰，介紹血漿置換治療的過程，詳細說明治療是目前較先進的手段，安全性好，穩定病人的情緒，增強病人和家人的信心，取得了合作。

治療前嚴密監測病人的生命體征，查血常規、

凝血功能、血小板計數、血生化指標，如有低血壓、活動出血、高熱感染者，需糾正後才治療。

3.2 血漿置換治療中的護理

開始治療時，需要兩名護士共同操作，遵醫囑予低分子肝素 0.2mg 靜注，嚴格遵守無菌操作的原則，消毒後將充滿血漿的管路與股靜脈穿刺管連接。密切觀察病人的神志、血壓、心率、呼吸變化，並做好記錄。如出現血壓下降，要及時通知醫生調整血流速度。我們的經驗是開始時的血流速度不宜太快，否則易出現低血壓，一般以 100 毫升/分鐘血流量循環，密切觀察病人血壓、心率變化，穩定之後調整血流速為 180~200 毫升/分鐘。

密切觀察管路連接情況，有否鬆脫、受壓、漏血，如管路鬆脫會造成短時間內快速失血。注意穿刺部位有否腫脹、滲血的情況，發現問題要立即處理(陳紅琴、朱繼光, 2007)。由於輸入大量異體血漿，容易發生過敏反應和低鈣血症。因此，治療中應仔細觀察病人有否出現皮疹、發熱、顏面及四肢麻木等症狀，要及時通知醫生處理(許家璋、段鍾平, 2005)。

記錄每小時出入量，定時查血常規、凝血功能、肝功能、電解質等生化指標，及時將結果通知醫生。

3.3 血漿置換結束治療的護理

血漿置換結束時，嚴格遵守無菌操作，需採用生理鹽水沖管，保持穿刺管通暢，用肝素封管。多器官衰竭病人的凝血功能較差，治療中又使用了低分子肝素，增加了出血的危險。因此結束治療後仍需密切觀察病人有無出血傾向，如皮膚出血點、牙齦出血、穿刺口滲血等(吳亞亭, 2005)。

治療後收集袋中的廢棄血漿應嚴格按照感染控制的原則處理，儀器及治療車需用含氯消毒劑擦拭，管路為一次性使用，要用紅色膠袋密封好才能棄置。

4. 小結

本院 4 例病人在 ICU 成功實施血漿置換技術救治，病人在治療後臨床症狀、生化指標均有顯著地改善，及時挽救了病人的生命，沒有發生護理上的併發症。

因此，作為 ICU 護理人員，應不斷探索，不斷提高專業操作能力，積極開展血漿置換的臨床研究，提高危重症病人的存活率。

參考文獻

梅長林、葉朝陽、趙學智 (2003). *實用透析手冊*. 北京：人民衛生出版社.

陳紅琴、朱繼光 (2007). *實用 ICU 護理手冊*. 北京：人民軍醫出版社.

許家璋、段鍾平 (2005). *實用人工肝及血液淨化*：中國醫藥科技出版社

吳亞亭 (2005). *血漿置換治療重症肝炎的護理*. 下載於 <http://www.nursing.net.cn>