

护理风险管理在心脏术后患者行CRRT治疗中的护理效果研究

赵文静

西安交通大学第一附属医院-心血管外科 陕西 西安 710061

摘要：目的：探讨护理风险管理在心脏术后患者行连续性肾脏替代治疗(CRRT)及护理中的应用效果。方法：选取xx院2023年1月至2024年6月期间心脏术后行CRRT治疗的48例患者，经随机数字表法分为风险管理组和非风管组，各24例。非风管组根据患者心脏术后体征及CRRT治疗需求实施常规护理，风险管理组在非风管组基础上增加护理风险管理。对比两组患者术后心功能及肾功能改善情况，并追踪患者术后并发症情况。结果：风险管理组干预后左心室舒张末期径(46.25 ± 1.89 mm)和收缩末期径(32.16 ± 1.45 mm)均显著低于非风管组(47.63 ± 1.29 mm、 34.05 ± 1.52 mm) ($P < 0.05$)，LVEF[(53.16 ± 1.68) %]显著高于非风管组[(51.79 ± 1.86) %] ($P < 0.05$)。风险管理组干预后尿素氮 (14.24 ± 1.13 mmol/L)、血肌酐 (182.44 ± 7.26 μ mol/L)、胱抑素C (0.91 ± 0.09 mg/L) 指标水平显著低于非风管组 (16.15 ± 1.15 mmol/L、 215.12 ± 4.97 μ mol/L、 1.23 ± 0.11 mg/L) ($P < 0.05$)。风险管理组术后并发症发生率 (12.50%) 显著低于非风管组 (33.33%) ($P < 0.05$)。结论：根据心脏术后CRRT治疗患者护理需求和风向，实施护理风险管理干预，可有效提升患者术后心功能改善效果，并改善患者肾功能指标，有助于降低术后并发症风险，临床应用效果良好。

关键词：护理风险管理；心脏术后护理；CRRT治疗；心功能；肾功能

心脏手术是治疗心脏疾病的重要方法，手术创伤性较大，术后需要依靠相关器械维持代谢功能，连续性肾脏替代治疗(CRRT)是替代肾脏功能的可靠方法，可帮助患者改善术后代谢功能，有助于患者心功能恢复，并有助于减少术后急性肾损伤发生，对于患者术后康复至关重要^[1]。但是，患者术后治疗措施复杂，且术后康复要求较高，需进一步优化护理措施，强化风险管理支持，从而改善患者康复效果，减少相关并发症风险^[2]。为此，本人根据心脏手术后护理要求及CRRT治疗要点，总结了针对性的护理风险管理模式，并选择xx院2023年1月至2024年6月期间心脏术后行CRRT治疗的48例患者，对比分析了该针对性护理风险管理对患者术后康复及并发症发生情况的影响，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取xx院2023年1月至2024年6月期间心脏术后行CRRT治疗的48例患者，经随机数字表法分为风险管理组和非风管组，各24例。风险管理组，男15例，女9例，年龄21~72岁，平均 56.36 ± 4.96 岁；体质指数 $18 \sim 31$ kg/ m^2 ，平均 21.36 ± 2.52 kg/ m^2 。非风管组，男16例，女8例，年龄22~72岁，平均 56.32 ± 4.72 岁；体质指数 $18 \sim 31$ kg/ m^2 ，平均 21.41 ± 2.51 kg/ m^2 。

两组一般资料方面，具有可比性 ($p > 0.05$)。本研究经院伦理委员会批准通过。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:(1)患者均符合心脏手术指征；(2)患者术后去除心脏疾病的诱发因素；(3)临床资料完善；(4)患者意识清晰、可正常沟通交流；(5)患者均签署知情同意书。排除标准:(1)合并严重器质性疾病者；(2)免疫系统缺陷者；(3)合并急性感染期者；(4)精神障碍者；(5)无法配合治疗及护理者；(6)合并恶性肿瘤者。

1.3 方法

非风管组根据患者心脏术后体征及CRRT治疗需求实施常规护理，观察患者体征，建立血管通路，将其连接血液净化机，观察患者电解质指标、肾功能指标、血气分析指标等，灵活调整治疗措施治疗参数等。风险管理组在非风管组基础上增加护理风险管理，如下。

1.3.1 建立风险管理小组

由本科室护士长任护理风险管理小组组长，选拔科室内骨干护理人员作为组员，并邀请心脏专科医师及CRRT治疗相关医师作为技术指导，共同完成。风险管理小组共同分析风险管理模式，根据临床护理需求，制订风险管理护理计划，并结合心脏手术后护理风险因素和CRRT危险因素制定针对性风险管控措施。小组培训护理

人员风险评估能力,指导护理人员识别常见风险因素,并采取正确处理方法,尽快避免风险因素发展为不良事件。此外,针对患者常见的应急事件,制定处理流程和应激预案,积极控制护理风险。

1.3.2 风险评估与干预

对患者临床资料进行全面评估,并测评患者及家属的认知能力、自护能力,分析是否存在相关危险情况,制定针对性干预措施,最大程度规避风险。明确患者肺部感染、压疮形成、深静脉血栓形成等并发症风险,帮助患者调节体位,增加患者翻身次数,受压位置覆盖保护材料、协助被动运动、及时吸痰等,降低患者术后并发症风险。

1.3.3 认知与心理干预

与患者和家属沟通心脏手术相关知识,了解其认知状态,尽量采用简单明了的语言讲解患者疾病及手术治疗知识,说明当前CRRT的必要性,讲解治疗效果与术后并发症风险,指出患者当前主要防控措施,指导家属积极配合治疗与护理,并结合患者治疗情况说明常见注意事项。引导患者和家属积极向护理人员倾诉问题和情绪问题等,耐心回答患者的问题,针对患者心理问题,实施心理疏导,缓解患者不适感,减轻心理压力及负性情绪反应。

1.4 观察指标

1.4.1 心功能监测

观察患者干预前和干预7d心功能指标变化,对比患者左心室舒张末期内径、左心室收缩末期内径、左室射血分数指标差异。

1.4.2 肾功能监测

采集患者空腹静脉血3~5ml,静脉血观察患者尿素氮、血肌酐、胱抑素指标变化,对比干预前和干预7d肾功能变化^[3]。

1.4.3 并发症监测

观察患者是否出现低血压、出血、血栓、肺部感染、导管相关并发症等,对比两组并发症发生率。

1.5 统计学方法

采用SPSS20.0统计学软件分析所有数据,以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,采用t检验;以(% , n)表示计数资料,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 认为差异显著,有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心功能比较

两组干预后心功能指标均显著改善($P < 0.05$);风险管理组干预后左心室舒张末期内径($46.25 \pm 1.89\text{mm}$)和收缩末期内径($32.16 \pm 1.45\text{mm}$)均显著低于非风管组(mm)($P < 0.05$), LVEF[(53.16 ± 1.68) %]显著高于非风管组[(51.79 ± 1.86) %] ($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组心功能比较($\bar{x} \pm s$)

分组	LVEDD (mm)		LVESD (mm)		LVEF (%)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
风险管理组 (n = 24)	48.69±2.13	46.25±1.89*	35.02±1.13	32.16±1.45*	46.06±2.69	53.16±1.68*
非风管组 (n = 24)	48.62±2.15	47.63±1.29*	35.12±1.11	34.05±1.52*	46.10±2.67	51.79±1.86*
t	0.124	5.729	0.184	5.873	0.086	5.903
P	0.726	0.016	0.878	0.015	0.893	0.014

注:与同组干预前比较,* $P < 0.05$.

2.2肾功能比较

两组干预后肾功能指标均显著改善($P < 0.05$);风险管理组干预后尿素氮($14.24 \pm 1.13\text{mmol/L}$)、血肌酐

($182.44 \pm 7.26\mu\text{mol/L}$)、胱抑素C($0.91 \pm 0.09\text{mg/L}$)指标水平显著低于非风管组($1.23 \pm 0.11\text{mg/L}$)($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组肾功能比较($\bar{x} \pm s$)

分组	尿素氮 (mmol/L)		血肌酐 (μmol/L)		胱抑素C (mg/L)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
风险管理组 (n = 24)	17.63±1.41	14.24±1.13*	403.63±4.11	182.44±7.26*	1.63±0.11	0.91±0.09*
非风管组 (n = 24)	19.65±1.43	16.15±1.15*	404.65±4.07	215.12±4.97*	1.65±0.12	1.23±0.11*
t	0.085	5.753	0.069	6.018	0.072	5.932
P	0.893	0.014	0.917	0.007	0.914	0.017

注:与同组干预前比较,* $P < 0.05$.

2.3两组并发症比较

风险管理组术后并发症发生率（12.50%）显著低于非风管组（33.33%）（ $P < 0.05$ ）。见表3。

表3 两组并发症比较

时间	低血压	出血	血栓	肺部感染	导管相关并发症	合计
风险管理组 (n=24)	0	4.17(1)	0	4.17(1)	4.17(1)	12.50 (3)
非风管组 (n=24)	4.17(1)	8.33(2)	4.17(1)	8.33(2)	8.33(2)	33.33 (8)
χ^2	0.071	0.061	0.071	0.061	0.061	5.265
P	0.902	0.892	0.902	0.892	0.892	0.015

3 讨论

心脏术后支持性治疗措施较大，术后多需要器械维持代谢功能，改善机体内环境状态，减少脏器负担，有助于维持患者术后生命体征稳定性^[4]。CRRT是一种可靠的肾脏替代疗法，可促进机体内代谢废物排出，减轻机体代谢压力，并保护肾脏等器官，对于患者术后脏器保护意义重大，需做好相关护理支持，强化风险管理，促进患者顺利康复^[5, 6]。

护理风险管理是一种科学化的护理风险控制模式，针对患者个体制定风险管理计划，可有效改善患者护理风险防控力度，应用效果可靠^[7]。目前，护理风险管理的临床应用范围逐渐扩大，广泛应用于心脏手术护理中，但是心脏术后CRRT治疗的护理研究不足^[8, 9]。为此，本院总结了针对性的护理风险控制措施，形成了护理风险管理，对患者个体进行针对性风险防控。本次研究追踪临床应用效果发现，风险管理组干预后心功能指标均显著优于非风管组，LVEF[（53.16±1.68）%]显著高于非风管组[（51.79±1.86）%]，可知护理风险管理有助于提升患者康复效果，促进心功能恢复，护理效果良好。同时，本次研究风险管理组干预后肾功能指标水平显著低于非风管组，可知护理风险管理进一步提升了患者术后CRRT治疗效果，有助于患者代谢指标复常，保护患者肾功能。此外，本次研究还发现，风险管理组术后并发症

发生率（12.50%）显著低于非风管组（33.33%），可知护理风险管理对于并发症风险的防控效果良好，有助于患者顺利康复，降低不良预后风险。

综上所述，根据心脏术后CRRT治疗患者护理需求和风向，实施护理风险管理干预，可有效提升患者术后心功能改善效果，并改善患者肾功能指标，有助于降低俗术后并发症风险，临床应用效果良好。

参考文献

[1]王凌云,陈豪,周景霞,等. 急性肾损伤患者CRRT相关低血压的影响因素及预测价值 [J]. 吉林医学, 2025, 46 (03): 629-633.

[2]吴晓蒙. 早期康复护理在心脏术后机械通气中的应用 [J]. 中国城乡企业卫生, 2025, 40 (03): 176-178.

[3]巴婕. 针对心脏瓣膜患者贯彻医护一体化护理对其术后生存质量的影响 [J]. 航空航天医学杂志, 2025, 36 (02): 203-205.

[4]曾秀梅,莫利容,蒙晓玲,等. 叙事护理结合运动康复对心脏瓣膜置换术后患者生活质量及心理状态的影响 [J]. 心理月刊, 2025, 20 (02): 180-183.

[5]陆柯盈,秦彩萍,钱慧丽珠,等. 1例心脏射频消融术后并发冠状动脉痉挛患者急救致阴囊血肿的护理 [J]. 中华护理杂志, 2025, 60 (02): 158-161.

[6]马艳楠,仲继红,魏茜,等. 多学科协助模式下循证护理对心脏瓣膜置换术后患者的肺部感染及预后的应用价值 [J]. 中国防痨杂志, 2024, 46 (S2): 428-430.

[7]黄育聪,曾丽秋,许培霞. 双心护理联合放松训练的康复护理对心脏瓣膜置换术后患者睡眠质量的影响 [J]. 世界睡眠医学杂志, 2024, 11 (12): 2781-2784.

[8]兰月凤,王塘颖,陈丽仙. 多元化康复护理对心脏移植术后患者心理与行为的影响 [J]. 福建医药杂志, 2024, 46 (08): 99-102.

[9]李真真,孙雪勤,徐新莉. LACE风险模型下的护理干预策略对心脏瓣膜置换术后患者院外自我管理能力及再入院率的影响 [J]. 广州医药, 2023, 54 (08): 58-62+69.