

压形成或试管负压不够,造成标本量不足^[5]。

3.3 标本溶血的主要原因 标本与抗凝剂混匀晃动过于猛烈;由于各种原因患者血管难以准确定位,针尖在血管内反复穿刺,造成血肿或血样溶血^[6]。

3.4 对策探讨

3.4.1 加强护士对标本采集知识的学习 各科室应该在护士长的带领下,组织、强化科室人员(包括护工)对标本采集操作规范与操作流程的学习^[7],从业务训练人手,利用护理查房、晨间提问等方式,扩大护士的知识面,确保检验前标本的采集质量,并不断建立和健全标本采集质量管理标准与要求,使护理质量和检验质量得到同步提高。

3.4.2 保证试管质量 护士在抽血前应加强对试管的检查,发现有破损、裂隙、抗凝剂及负压不够等情况应及时更换,防止标本污染、标本量不够及凝血、溶血等现象的发生。

3.4.3 提高护士的静脉穿刺技术 对于一些血管条件不理想的患者,科室要重视,护士应不断提高自身静脉穿刺技术,做到一次成功。护理部经常组织技术操作训练,以促进和提高护士的穿刺技术。采血前不应拍打采血部位,采血须顺利一针见血,避免混入组织液或发生溶血。因组织液中含有丰富的凝血因子Ⅲ,可激活外源性凝血途径,加速凝血酶原的消耗,使试验结果偏低(假阴性结果)。

3.4.4 止血带的使用 采集标本时,不宜长时间扎止血带,静脉穿刺最好一次成功,否则可能造成血管的损伤,约 30%的护理人员扎止血带的时间常在 1 min 以上,慢性病患者、危重患者,抽血时比较困难,扎止血带的时间更长^[8]。止血带扎的时间过长可使血管内皮细胞释放组织纤溶酶激活物,使纤溶活性增强或加速血小板的激活及血小板因子Ⅳ分泌增加。因此,尽量在使用止血带 1 min 内采血,见回血即解开止血带。

因此,建议护士采集标本应注意以下问题:抗凝剂与标本比例应严格按 1:9 准确收集,加强培训采集标本人员,保证采样量准确;抽血后须立即颠倒混匀(用力要适当),否则标本会出现部分反应,导致凝血因子消耗或激活,以致凝固时间延长或缩短,检验人员要随时检查凝血标本血量比例是否符合要求,标本是否溶血,是否有凝块,不合格标本坚决退回,保证检验结果的准确性和可靠性,为临床提供真实的数据。

参考文献

- [1] 刘成玉. 临床检验基础 [M]. 北京:科学出版社,2005:53-55.
- [2] 丛玉隆. 血液学与血液学检验 [M]. 北京:人民军医出版社,2004:217-224.
- [3] 丛玉隆,张海明. 血液学检验分析前质量控制的重要因素——标本的采集及其控制[J]. 中华医学检验杂志,1998,21(1):52.
- [4] 王秀明,吴江丽. 标本因素对凝血四项检验结果的影响 2450 例分析[J]. 中国误诊杂志,2008,8(21):5181-5182.
- [5] 石敏,江慕尧,张秀琼. 血液标本采集中护理因素的影响及对策[J]. 护理管理杂志,2004,4(7):26-28.
- [6] 陆琴,沈春苗. 持续质量改进在标本送检流程中的应用[J]. 中华护理杂志,2005,40(10):778-779.
- [7] 叶丙莲,肖建宁. 采血标本注血方法的探讨[J]. 实用中西医结合临床,2005,5(3):76.
- [8] 刘维虹. 静脉采血检验结果的影响因素及控制[J]. 中华护理杂志,2001,36(4):304-305.

(收稿日期:2010-08-01)

中心静脉导管在结核性胸腔积液患者中的应用及护理

蒋琛,梁月新,应燕萍(广西壮族自治区龙潭医院内五科,广西柳州 545005)

【摘要】 目的 探讨中心静脉导管在结核性胸膜炎胸腔积液患者中的应用及护理方法。**方法** 回顾分析 80 例采用中心静脉导管治疗的结核性胸膜炎患者的具体护理措施。**结果** 80 例胸腔积液患者,46 例在置管后 10~15 d,24 例在置管后 7~10 d,10 例在 1 周内胸腔积液吸收。**结论** 采用中心静脉导管行胸腔闭式引流治疗结核性胸膜炎,操作简便、损伤小、安全性高,避免了反复穿刺带来的痛苦、损伤,也减轻了护理人员的工作量,临床疗效满意。

【关键词】 中心静脉导管; 结核性胸膜炎; 胸腔积液; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.23.056

中图分类号:R472.9

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)23-2653-03

结核性胸膜炎是结核杆菌及其代谢产物进入高敏状态的机体胸腔内所引起的胸膜炎性反应,是一种常见病、多发病,在结核病分类法中属于肺结核的范畴。结核性胸膜炎胸腔积液发病率高,约占肺结核发病率的 4.7%~17.6%^[1]。如不彻底治疗 60%~65%患者可发展为活动性肺结核^[2]。有学者报道发生结核性胸膜炎 5 d 即有粘连形成,7 d 粘连带变粗变大,10 d 即形成包裹^[3]。因此,结核性胸膜炎患者除症状较轻就诊较晚的因素外,胸水处理不及时或不彻底是造成目前临床上各种包裹性积液、胸膜粘连增厚、肺功能减损、支气管扩张,甚至结核性脓胸的重要原因。近年来祝斌^[1]报道在正规抗痨治疗的同时采用微创中心静脉导管胸腔内留置引流胸腔积液取得良好效果。本科在 2007 年 1 月至 2009 年 12 月应用中心静脉导

管作胸腔置管引流治疗中、配合胸腔内注药,取得满意的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2007 年 1 月至 2009 年 12 月,作者应用中心静脉导管作胸腔内置管,治疗结核性胸膜炎中等量以上胸腔积液患者 80 例,其中男 52 例,女 28 例,年龄 17~85 岁,平均 43.8 岁;患者均经 B 超检查证实大量积液 46 例,中等量积液 34 例,均无胸膜粘连、肥厚及积液包裹者。

1.2 治疗方法

1.2.1 材料 一次性中心静脉导管包,内含单腔静脉导管(自带管路开关),穿刺针 1 支,带刻度的导引钢丝 1 条,扩张套管,一次性 5 mL 注射器 1 副,另备三通管 1 个和橡胶接管 1

根,一次性引流袋 1 个,3M 透明敷贴 1 张,2%利多卡因 1 支。

1.2.2 穿刺方法 根据超声定位,常选择患者肩胛下角线 7~9 肋间,腋后线 7~8 肋间,腋中线 6~7 肋间肋骨上缘为穿刺点。患者反坐在靠背椅上,上肢搭于椅背上,头部伏于臂上方,打开中心静脉导管包,戴无菌手套。常规皮肤消毒,铺无菌洞巾,2%利多卡因局部浸润麻醉后,持穿刺针沿肋骨上缘缓慢刺入,当阻力突然消失,回抽注射器见有积液吸出,插入导引钢丝,拔针,使用血管扩张器,沿弹性导丝扩张穿刺通路后,退出扩张器,插入中心静脉导管,使其在胸腔内保留约 10~15 cm,退出弹性导丝,抽出积液,证实管腔通畅,导管末端依次接三通管、橡胶接管、无菌引流袋,调节控制夹,控制引流速度。最后消毒穿刺部位皮肤,用 3M 透明贴膜覆盖伤口将导管固定于胸壁上。

2 结果

本组 80 例置管均一次穿刺成功,胸水在 3~15 d 基本引流完毕,引流胸水量为 2 500~10 050 mL。5 例患者在引流过程中出现引流不畅,经生理盐水或 1:50 的肝素液冲管后,完成引流。置管期间无胸膜反应、复张性肺水肿、皮下气肿、出血、液气胸、胸膜组织损伤等并发症,无胸膜腔感染或局部穿刺点感染等症状。

3 讨论

结核性胸腔积液特别是中等量以上积液常为纤维素性和浆液性渗出,除正规抗结核药物治疗外,早期彻底引流胸水是治疗结核性胸膜炎的重要措施。胸腔内置入中心静脉导管是近几年来逐渐推广和普及的一项技术,患者采用中心静脉导管引流具有以下优点,(1)组织损伤小:导管管径小,顶端柔软,且有导丝引导,损伤小,安全性高,一般情况差和年老体弱者也可耐受。(2)操作简便:一次穿刺成功,避免了反复多次穿刺造成的胸壁、肋间神经、血管、组织损伤及气胸、感染等,且可一次彻底排尽胸腔积液,引流速度可调,可及时解除对心肺压迫,改善肺功能,缓解患者自觉症状,也不会发生复张性肺水肿等并发症。(3)便于观察和用药:引流过程中可动态观察胸腔积液及穿刺点皮肤的情况,可随时留取标本送检和记录引流量,并且可经导管胸腔内注入抗结核药、激素、尿激酶等药物,使结核性胸膜炎病情最快速度得以控制,症状减轻、胸液吸收,胸膜得以恢复,不发生明显的增厚、粘连,尽可能地保护肺功能^[8]。(4)减少护理工作量:以前每一次胸腔穿刺均需专门的助手护理,现置管期间无需专门护理,且护理操作简单,大大减少了护理工作量。(5)患者满意:置管后可自由活动,不影响日常生活,提高了患者生活自理能力,且对患者的穿刺只有一次,大大提高了疗效,降低了治疗费用,提高了患者的生活质量。当然中心静脉置管也有其缺点,留置时间长或操作不规范易引起逆行感染,应争取早日拔管。积液浑浊、黏稠或留置时间较长易堵塞,一般采用生理盐水或 1:50 肝素液冲管后可保持通畅。综上所述,中心静脉胸腔置管引流彻底,疗效确切,治愈及带管时间短,并发症少,优点明显,具有较好的社会效益。其护理方法如下。

3.1 术前护理 术前向患者及家属适当介绍病情、以及用药情况,讲解置管闭式引流的必要性,引流的目的、方法、优点、置管的时间,术中可能出现的风险及术中如何配合,术后的注意事项等,消除患者紧张、恐惧、焦虑等心理,解除思想顾虑,使其能积极主动配合治疗和护理。对有剧烈咳嗽、咳痰的患者术前给予止咳祛痰,避免穿刺过程出现意外。

3.2 术中的观察及护理 穿刺过程中严格无菌操作。指导患

者放松,密切观察患者的生命体征、面色等变化,本组患者穿刺过程均顺利,无胸闷、气短、心悸、头晕、出冷汗等不良反应发生。穿刺成功后,协助患者取舒适卧位,将引流袋妥善固定于床旁。

3.3 术后护理

3.3.1 一般护理

3.3.1.1 加强心理护理 胸腔积液患者大都有胸痛、胸闷、气喘、呼吸困难、发热等症状,其要求诊疗心情迫切,但胸腔穿刺也是一种创伤性操作,而且导管需长时间在胸腔内留置,应及时做好患者及家属的解释工作消除恐惧心理。插管后要告知患者及家属注意事项。

3.3.1.2 活动与休息 术后指导患者适当休息,指导患者经常更换体位,以利胸水充分引流,促进肺早日复张。置管后可带管活动,协助患者离床活动,但要控制活动量,防止导管滑脱。

3.3.1.3 用药的观察及护理 在引流胸液的同时给予正规抗痨治疗及糖皮质激素药物治疗,能有效的对抗变态反应,减轻中毒症状及炎症反应发生,减少胸膜粘连肥厚。长期大量应用激素可诱发溃疡病、高血压、动脉粥样硬化、糖尿病,对儿童、老年人、绝经期妇女易发生骨质疏松现象。而抗结核药物对肝、肾、神经系统有一定的损伤,当患者有恶心呕吐、消化不良、视物模糊、听力下降,应立即停药。所以护理人员应严格掌握每种药物的剂量、方法、时间,密切观察患者的反应。

3.3.1.4 饮食护理 营养因素在结核患者的发生、发展、治疗恢复过程中起着举足轻重的作用,患者长期应用结核药易导致营养素及微量元素的失衡,大量胸水导致患者蛋白质丢失。饮食疗法极为重要,应给予高蛋白、高热量、丰富的维生素和矿物质,适当的脂肪,充足的碳水化合物饮食为宜。

3.3.2 引流时的观察及护理 保持引流通畅,导管应固定牢靠,防止受压、打折、脱落、扭曲。根据病情及胸腔积液的量选择放液速度及量,首次引流量小于 1 000 mL,引流速度控制在 500 mL/h,可避免复张性肺水肿^[4]。引流过程中注意观察患者的心率、呼吸、血压、面色的变化,注意观察及记录引流液的量、颜色、性状。当有引流管堵塞时,及时用生理盐水冲洗或 1:50 肝素液冲管。保持引流袋低于引流口,防止胸液逆流胸腔而引起感染,每日更换引流袋 1 次,在更换引流袋或者排空引流袋时,注意夹闭引流管,严格无菌操作。

3.3.3 局部皮肤护理 保持局部皮肤清洁干燥,注意观察穿刺点处皮肤有无红肿,根据情况给予更换贴膜,穿刺 24 h 后在无菌操作下更换 3M 敷贴,以后 2~3 d 更换一次^[5],贴膜如有污染、脱落或出现汗多,局部有渗液应及时消毒并更换一次。在撕贴膜时应固定好导管,避免导管脱出。

3.3.4 胸腔内注药的护理 应确保胸腔穿刺成功后方可稀释药液,注药时需缓慢注入,放液后根据引流及胸水情况,应用异烟肼 0.2 g、地塞米松 5 mg、速尿 20 mg 或生理盐水 20 mL、尿激酶 10 万 U 交替注入胸腔内,防止胸膜粘连,促进胸水吸收^[6]。注药后关闭调节夹,指导患者卧床休息,每隔 0.5 h 变换体位一次,使药液充分涂布整个胸腔,4~6 h 后打开开关引流出残液。胸腔内注入尿激酶可使胸液中纤维蛋白降低,减少纤维素沉积,减轻胸腔积液黏稠度,有利于积液引流,防止胸膜粘连和分隔形成,从而改善肺功能^[7]。注意患者用药后的不良反应,在应用尿激酶治疗过程中,要观察胸腔积液颜色变化,本组有 6 例引流液变为淡红色,检查凝血时间及血小板情况无异常。

3.3.5 拔管时观察及护理 (1)在保证导管通畅的情况下 24 h 无液体溢出,根据医嘱再夹管 24 h,复查 X 光片、B 超,观察胸腔积液无增加,可予以拔管。(2)拔管后立即用 2%碘乙醇液棉签消毒穿刺点及周围皮肤,再用透明敷贴或无菌敷料覆盖。(3)拔管后 48 h 内禁淋浴,观察穿刺点处有无渗血、渗液。

参考文献

[1] 祝斌. 胸腔内置管治疗结核性胸腔积液的价值[J]. 临床肺科杂志, 2009, 14(8): 1045-1046.

[2] 王改, 曹青山, 王金绳. 结核性包裹性胸膜炎 766 例分析[J]. 临床荟萃杂志, 2006, 21(22): 1644-1645.

[3] 马永昌, 丁卫民, 王永亮. 结核性渗出性胸膜炎不同胸腔积液方法的疗效观察[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2000, 23(3): 248.

[4] 王丽, 宋波, 刘文衡, 等. 深静脉置管技术在肺癌胸腔积液引流中的应用[J]. 实用肿瘤学杂志, 2001, 3(15): 221-222.

[5] 林雯, 黄建娇. 45 例胸腔积液患者胸腔置管引流的护理[J]. 护理与康复, 2005, 4(1): 54.

[6] 魏爱东, 王玉伟. 胸膜腔内注尿激酶治疗结核性胸膜炎的观察[J]. 临床肺科杂志, 2004, 9(4): 416.

[7] 郑法德, 刘斌. 胸腔静脉导管留置注射尿激酶治疗结核性胸腔积液 60 例[J]. 临床肺科杂志, 2008, 13(10): 1262-1263.

[8] 李月翠, 梅芳荣, 刘锦铭. 结核性胸膜炎患者胸腔内注药治疗效果分析[J]. 中国防痨杂志, 2007, 29(6): 554-555.

(收稿日期: 2010-06-01)

对基层医院门诊静脉输液健康宣教需求的探讨

徐惠芬(江苏省常州市武进区邹区卜弋卫生院 213141)

【摘要】 目的 探讨门诊患者静脉输液健康宣教的需求。**方法** 通过有效的问卷调查对各种健康教育的需求进行统计。**结果** 100%的患者认为有必要在静脉输液时进行健康教育,对健康宣教的需求多样化。**结论** 护理人员有必要在输液过程中贯穿健康宣教的内容,以满足患者的需求,增加患者配合治疗的主动性。

【关键词】 健康宣教; 门诊患者; 静脉输液
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.23.057
中图分类号: R472.9 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2010)23-2655-02

目前,临床开展的健康教育主要是针对住院患者疾病的护理,而对门诊静脉输液患者的健康宣教并不是很重视。为此,2010 年 1~3 月作者就静脉输液健康教育存在的问题对卜弋卫生院输液室 70 例门诊输液患者的健康宣教需求进行了调查,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 70 例意识清晰、能回答问题、愿意合作的患者。年龄 26~72 岁,男 48 例,女 22 例。

1.2 方法 采用问卷调查法,内容包括一般资料,患者对宣教内容的需求和担心的问题,由专人负责发放并回收问卷,发放问卷 70 份,回收 70 份,回收率 100%。

2 结果

2.1 患者对静脉输液健康教育必要性的认识 结果显示 100%的患者认为对静脉输液的相关知识进行健康教育是十分必要的。

2.2 患者对静脉输液健康教育内容的需求,输液前的准备 15 例,占 21.4%;药名及作用 62 例,占 88.6%;输液速度 37 例,占 52.9%;液体滴完时的处理 60 例,占 85.7%;拔针后护理 22 例,占 31.4%。结果显示 88.6%的患者希望了解自己所用药的名称和作用,85.7%的患者希望了解液体滴完时的处理方式。

2.3 护理人员对静脉输液患者进行健康教育的情况。大多数护理人员对静脉输液患者的健康教育只是操作前“大小便的准备”,操作后“不要乱动”等简单、不完全准确的说教。

2.4 患者在静脉输液过程中担心的问题,空气栓塞 57 例,占 81.4%;药物反应 33 例,占 47.1%;液体速度 32 例,占 45.7%。结果显示输液时发生空气栓塞成为患者最担心的问题。

2.5 患者在静脉输液中的身心感受,疲劳 34 例,占 48.6%;

烦躁 27 例,占 38.6%;紧张 39 例,占 55.8%;无上述不适 11 例,占 15.7%。结果显示患者在长时间静脉输液时存在疲劳、紧张、烦躁等身心不适感。

3 讨论

3.1 绝大多数患者认为了解静脉输液的健康教育知识很有必要。静脉输液这项治疗手段其过程与患者的病情息息相关,绝大多数患者都希望在此过程中增加一些健康教育的内容,以使 他们获得一些基本的治疗护理常识,从而更好地配合医护人员完成治疗。

3.2 患者对静脉输液的健康教育内容的需求多样。大多数患者对静脉输液全过程所涉及的内容都想了解。在这个过程中,患者最希望了解的事自己所用药物的名称及作用;其次希望了解液体滴完时的处理方式,对输液速度也希望了解。可见患者对静脉输液相关知识的需求是多样化的。

3.3 护理人员对静脉输液患者进行健康教育时存在的不足。作者在临床中发现,由于护士的工作量大、输液繁忙时人手不够以及对静脉输液健康教育的意义缺乏认识、重视度不够,使得她们对静脉输液患者进行健康教育时缺乏主动性。同时由于护士在对静脉输液患者的巡视、观察、询问环节中缺少规范的内容及程序,也使得健康教育的内容单一且不准确,患者不易接受。如输液量大、品种较多时不告知具体药名,只是简单说明作用;加之护理管理上缺乏有效地检查督促,最终使静脉输液的健康教育流于形式。

3.4 液体滴完发生空气栓塞成为患者在静脉输液时最担心的问题。当护士未及时更换液体时有的患者会焦急反复按铃,甚至有的患者会认为按铃无济于事而再次派人去叫;还有些患者输液瓶内仍有部分液体就提前按铃,甚至还有些患者液体输完时不等护士到来而慌忙将输液针拔出。实际上在静脉输液时