

中心静脉导管在心包积液引流中的应用及护理

杨世永(重庆市永川区中医院 ICU 402160)

【摘要】 目的 探讨中心静脉导管在心包积液引流中的应用及护理价值。**方法** 从 2007 年 1 月至 2011 年 1 月,在 B 超引导下,取剑突穿刺点,对 15 例心包积液患者行中心静脉导管(CVC)留置,并间断抽取心包积液,特别是对 10 例有心包填塞症状患者,能很快减轻症状;再行心包腔冲洗及注射药物以防止心包粘连。术中、后均采取合理的护理措施。**结果** 15 例患者均获成功,操作时间 15~30 min,导管留置时间 2~16 d,CVC 留置期间无继发感染、无导管脱出等并发症。10 例有心包填塞的患者抽取 300~400 mL 时症状明显减轻,没有发生因心包填塞而死亡的病例。**结论** 采用留置 CVC 引流,安全可靠,操作简便灵活,引流管可缓慢持续引流,无需反复、多次穿刺。同时,对患者有针对性地做好阶段性的护理工作,效果很满意,值得基层医院推广。

【关键词】 中心静脉导管; 心包积液; 应用护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.15.074 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)15-1948-02

心包穿刺是治疗心包积液的有效方法,但是心包穿刺是一项风险高的有创操作,而且长期反复穿刺,其致命性并发症发生率高,曾经有报道其比例达 11%~20%^[1]。2007 年 1 月至 2011 年 1 月,在 B 超引导下,对 15 例心包积液患者行中心静脉导管(central venous catheter,CVC)留置并间断抽取心包积液,特别是对 10 例有心包填塞症状的患者,能很快减轻症状;再行心包腔冲洗及注射药物以防止心包粘连。同时对患者有针对性地做好阶段性的护理工作,效果很满意,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2007 年 1 月至 2011 年 1 月本科室经心脏彩超声声明确诊断为心包积液患者共 15 例,其中男性 9 例,女性 6 例;年龄 19~68 岁,平均(53±16)岁。其中肿瘤性 4 例、结核性 9 例、系统性红斑狼疮 2 例。患者超声提示均为中到大量积液,10 例有心包填塞症状,5 例心包积液心包填塞症状不明显,但积液量较大。

1.2 方法

1.2.1 穿刺前准备

1.2.1.1 患者术前心理准备 首先向患者详细说明操作的目的及必要性,讲解操作方法,必要时用图解更直观、贴切。以消除患者紧张、恐惧情绪,取得患者的理解和术中配合,避免在术中操作时引起不必要的并发症。完善相关辅助检查,建立静脉通道,给予严密心电监护。

1.2.1.2 操作人员准备 戴上手术帽子、外科口罩,剪去指甲、常规外科洗手后再消毒。

1.2.1.3 物品准备 彩超 GE730pro;三腔中心静脉导管及辅件 1 套(7Fr 三腔 20 cm 导管 1 根、肝素帽 3 个、外延管夹 3 个、7F 蝶形夹 1 个、蓝色固定器 1 个、5 mL 注射器 2 个、18G×2-3/4Y 型穿刺针 1 根、8F 扩张器 1 个、11 号短柄手术刀 1 片、0.035-J60 cm 导丝 1 根、导丝助推装置 1 套、针垫 1 个、10 cm×12 cm 胶贴膜 1 张、0.5 mm×20.0 mm 注射针 25G 1 根、0.7 mm×32.0 mm 注射针 22G 1 根、10.0 cm×10.0 cm 8 层纱布 2 张、60.0 cm×81.5 cm 洞巾 1 张、15 cm 消毒具 3 把、加药杯 1 个、3-0 真丝缝合针线 1 根、80 cm×80 cm 蓝色无纺布 1 张、手术手套 1 双;无菌引流袋 1 个;1%利多卡因 10 mL。消毒用 3%碘酊、75%乙醇、棉签;收集标本的试管和培养管;肝素液;肾上腺素针、阿托品针、气管插管包、呼吸囊、除颤器、临时起搏器等抢救物品及药品。

1.2.2 术中护理 首先操作者铺好无菌操作台,打开三腔中心静脉导管及辅件包,然后检查三腔中心静脉导管的每一个腔是否通畅、导丝是否能顺利推送、Y 型穿刺针是否通畅等,保证每一样都完好备用。协助患者取平卧位选好穿刺点,用消毒具严格皮肤消毒,铺好洞巾。患者配合;术时多安慰,消除患者紧张情绪,嘱患者勿咳嗽和深呼吸。手术开始后,严密观察患者的神志、面色、呼吸、心率和心律。穿刺出血性液体后,要注意观察是否凝固,谨防穿刺针误入心腔血管。置管成功后,协助医生固定导管,连接三通管,观察积液流出量和性质,及时将积液送检。操作完毕,用固定器固定后再用针线缝合固定,用贴膜贴好,妥善固定。根据病情间断抽取心包积液后,注入肝素液,并塞紧肝素帽。

1.2.3 术后护理 嘱患者卧床休息,持续心电监护,严密观察患者生命体征,注意有无低血压、心动过速、胸痛、气喘等表现,并及时记录,必要时向医生汇报。翻身时注意妥善固定导管,防止脱落、扭曲、阻塞,以保持引流通畅。加强局部皮肤护理,擦身时保持置管周围皮肤清洁干燥,定时在无菌操作下更换穿刺处敷料,保持敷料干燥。如穿刺局部皮肤有红肿、疼痛、发热等感染症状时,加强换药次数,必要时请外科医生处理。术后须反复抽液、冲洗、注药,防止导管阻塞,操作时应严格无菌操作,动作轻柔,勿一次性快速大量抽、排液。观察并记录引流液的量、色、性状,且根据心包积液的量、压力大小、病情等用输液器的调节器控制引流速度,一般第 1 个 1 h 放 300 mL,无不适第 2 个 1 h 放 500 mL,以后逐渐增多,如出现心悸、不适时,应立即停止放液。护士每天在严格无菌操作下更换引流管及引流袋,定期做细菌培养,严禁将不慎被拉出体外部分 CVC 重新插入。如引流液明显减少,每天小于 50 mL,临床症状消失,夹闭引流管停止引流观察 2 d,同时彩超检查心包积液量消失时即可拔管,拔管动作要轻柔,以免造成心肌、心包损伤。

2 结果

15 例患者均获成功,操作时间 15~30 min,导管留置时间 2~16 d,抽取心包积液量 500~3 450 mL。CVC 留置期间无继发感染、无导管脱出等并发症。10 例有心包填塞患者抽取 300~400 mL 时症状明显减轻,没有发生因心包填塞而死亡的病例。

3 讨论

临床上引起心包积液的原因很多,当有心包填塞时应尽快

排液解除症状。传统方法风险大,且并发症较多^[2],如心肌或冠状动脉损伤,严重心律失常、气胸等^[3]。文献报道心包穿刺术并发症发生率为 0%~5%^[4]。采用留置 CVC 引流,其优点安全可靠,操作简便灵活,引流管可缓慢持续引流,因引流管较细、较软,不会损伤心肌,可最大限度排尽积液^[5],无需反复多次穿刺引起患者痛苦及并发症,并可进行心包冲洗、减少心包粘连^[6],但在操作中须加强心理护理,密切观察生命体征,术后注意预防感染^[7]。

参考文献

[1] 黄建群. 373 例次心包穿刺的经验与体会[J]. 中华内科杂志,1988,27(3):177.
[2] 施德毅,陈永东. 心包穿刺置管引流术及相关难题处理对策[J]. 左江民族医学院学报,2009,31(3):483-485.
[3] 谢晓勇,张赋,江毅. 改良心包穿刺引流治疗心脏术后心

包积[J]. 右江民族医学院学报,2008,30(5):800.
[4] 余世庆,黄晓英,李丹奇,等. 改良 Seldinger 置管法引流恶性心包积液 23 例临床分析[J]. 中国医师杂志,2006,29(24):65-66.
[5] 任晖,张军康,鲁海. 超声下 Seldinger 技术心包穿刺置管引流治疗急性心包填塞的临床观察[J]. 中国心血管杂志,2003,8(1):61.
[6] 覃数,雷寒,马康华. 心包腔内置管引流与传统心包穿刺抽液的安全性、有效性评价[J]. 重庆医学,2004,33(1):27-28.
[7] 陈宗宁,文林,邓永莲. 深静脉置管在心包积液引流中的应用[J]. 中国医药导报 2008,29(5):63-64.

(收稿日期:2012-02-15)

临床路径在县级医院临床护理中的应用——以腹腔镜胆囊切除术为例

杜德勤(重庆市忠县人民医院外三科 404300)

【摘要】 目的 以腹腔镜胆囊切除术为例,探讨临床路径在县级医院临床护理中的应用效果。**方法** 传统组按传统的诊疗护理模式进行,临床路径组按临床路径表进行治疗和护理。**结果** 临床路径组在住院天数、住院费用、患者满意度、对疾病相关知识的认知等方面明显优于传统组。**结论** 临床路径有利于规范医疗护理行为、提高医护质量、减轻患者负担、提升患者满意度,值得推广。

【关键词】 临床路径; 腹腔镜胆囊切除术; 护理
DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 15. 075 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)15-1949-02

临床路径(clinical pathway,CP)是指由医生、护士和其他人员对一定的诊断和手术作出最适当、有顺序和有时间性的照护计划,以减少康复的延迟及资源的浪费,使服务对象获得最佳的照护品质^[1]。它具有最佳的医疗护理方案、平均住院时间短、医疗费用的支出合理、服务质量高等优点^[2]。本科室自 2011 年 7 月以来,将临床路径运用于腹腔镜胆囊切除术患者的护理中,取得了较好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 7 月至 2012 年 3 月,本科室共收治腹腔镜胆囊切除术患者 255 例,其中 152 例按传统的诊疗护理模式进行护理;103 例进入临床路径管理。

表 1 两组患者一般资料

组别	n	性别		平均年龄 (岁)
		男(n)	女(n)	
传统组	152	40	112	48.79
路径组	103	24	79	46.17

1.2 方法

1.2.1 制订临床路径表 成立临床路径小组,由医务部、护理部、科主任、护士长、专科医生、责任护士组成,根据卫生部下发《胆囊结石临床路径》,结合以往经验和本院实际情况,按治疗过程和应有的进度组织整合成一个以患者为中心的临床路径表格,适用对象为诊断胆囊结石,须行镜下胆囊切除术者。(1)入院第 1 天,二级护理,病史采集、入院评估、术前准备、入院宣教、签署手术知情同意书等。(2)住院第 2 天(手术日),一级护

理,术后严密观察患者生命体征及腹部体征、禁食、补液、预防感染、止血、观察引流管,警惕并发症等。(3)住院第 3 天(术后第 1 天),一级护理,补液、预防感染,指导进少量低脂半流食,鼓励下床活动,促进肠功能恢复。(4)住院第 4 天(术后第 2 天),二级护理,观察切口,拔管、换药,液体减量适当增加进食量。(5)住院第 5~6 天(出院日),出院计划及变异记录。

1.2.2 实施方法 临床路径组患者由主管医生和责任护士根据统一制订的临床路径表,实施标准化的治疗护理。(1)患者入院后,由医生、护士仔细检查、评估,确定能否进入临床路径。(2)患者进入临床路径之日,主管医生和责任护士告知临床路径的目的与方法,如:住院天数、手术时间、住院费用、怎么配合治疗护理等,让患者以最快速度、最短时间完成术前各项检查,以按期手术^[3]。(3)主管医生、责任护士根据临床路径表对疾病进展、治疗护理措施的实施进行记录、评估。(4)护士长每天对临床路径组患者护理质量进行抽查,发现问题及时纠正。(5)患者出院时,进行满意度调查及对临床路径各项指标进行评价。

1.3 评价指标 包括患者平均住院天数、住院费用、患者满意度及对疾病相关知识的认知,采用本院自制满意度调查表。

2 结果

两组患者评价指标结果见表 2。

表 2 两组患者评价指标结果比较

组别	平均住院日 (d)	平均住院费用 (元)	对疾病相关知识 的认知率(%)	出院患者 满意率(%)
传统组	9.61	4 781.93	75.23	90.52
路径组	5.91	3 204.15	90.15	95.16