

记录时,以心理浮动和满意程度来体现心理护理指标。

**1.5 统计学方法** 采用 SPSS17.0 和 Excel 软件进行处理,以  $P < 0.01$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

两组心理指标统计结果见表 1。由表 1 可见,两组生理和心理各项指标差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。

表 1 两组生理和心理指标统计结果[n(%)]

组别	n	血压↑	心率↑	心理浮动↓	满意程度
实验组	155	34(21.9)	14(9.0)	72(46.5)	148(95.5)
对照组	165	48(29.1)	44(26.7)	10(6.1)	123(74.5)

## 3 讨论

本文是对在静脉输液时产生的局部疼痛的主要原因对于外界的物体引起身体的反应,这就是所谓的应急反应,同时会加快血液输送,引起局部细胞感觉增强。在输液反应中,输液过程就已经将某些原因归于一系列的原发性疾病所没有的症状和体征<sup>[3]</sup>。同时在选择针头和微粒污染方面都给予很好说明,采用的穿刺方法的研究,引起的局部疼痛,且如何引发静脉输液的疼痛紧张,都需要不断提高静脉输液质量<sup>[4]</sup>。郑素霞<sup>[5]</sup>在静脉输液减轻疼痛的感觉时作出分析,说明采用记录的心理变化可以做到减弱疼痛。陶贤凤和李淑娥<sup>[6]</sup>的研究表明,局部穿刺的疼痛改善具有不同时期的调整,采用疼痛的局部调整可以有效改善疼痛,这从心理上可以作为尝试性研究。也是对于改善静脉输液的医护工作,还有潘凤<sup>[7]</sup>对无痛拔针 100 例研究显示,运用不同的方式来改善针刺且对于局部无疼痛感。杨玉金等<sup>[8]</sup>对于从角度选取,采集了 600 例患者,都是从不同角度出发来减弱疼痛的感觉。同时在有关研究方面都是非常好的关注输液的体态语,这也就是说可以运用心理护理来进行探讨。对于静脉输液患者采用心理护理时所引起疼痛的感觉

改善是有效果的。

采用心理护理方法,是在临床静脉输液时所需要面临的,是有较好优势的,可以提前了解患者的基本信息,对静脉输液的整个过程进行记录和进行心理护理和调理。本护理方法的机制主要是通过外在的生理表现来从内部心理上攻克患者的意志力,可以在短时间内将机体的机能达到一个较高水平。本护理方法对于改善临床医护护理工作起到理论上的指导作用,同时也能临床医护工作者在临床中增加经验。

## 参考文献

- [1] 蒋晓芳,黄玲,廖茂,等. 警示牌在心内科患者控制静脉输液速度中的应用[J]. 现代临床护理,2011,10(4):67-68.
- [2] 付川玲,陈进,张丽萍. 双联静脉输液单的应用[J]. 护理研究,2003,17(2):229-230.
- [3] 张艳燕. 静脉输液反应原因与预防的研究进展[J]. 当代护士:学术版,2006,14(10):10-12.
- [4] 冯爱利. 静脉输液新进展[J]. 中华现代护理学杂志,2007,4(5):389-390.
- [5] 郑素霞. “止痛灵药垫”热敷治疗静脉输液疼痛 53 例效果观察[J]. 齐鲁护理杂志,2008,14(11):124.
- [6] 陶贤凤,李淑娥. 80 例门诊静脉输液患者穿刺部位疼痛的观察和护理[J]. 海军总医院学报,2007,20(2):121-122.
- [7] 潘凤. 无痛拔针法用于静脉输液患者 100 例的观察[J]. 中国社区医师:医学专业,2012,14(6):314.
- [8] 杨玉金,谭翠莲,李艳玲. 针尖斜面向下拔针 600 例效果观察[J]. 齐鲁护理杂志,2007,13(23):55-56.

(收稿日期:2013-05-23 修回日期:2013-08-27)

# 乳腺癌患者中心静脉导管异位的正位处理方法

李倩雯(首都医科大学附属北京世纪坛医院乳腺科 100038)

**【摘要】目的** 分析乳腺癌患者行外周静脉留置中心静脉导管(PICC)异位的最佳正位处理方法。**方法** 回顾性分析 2009~2012 年在首都医科大学附属北京世纪坛医院收治的行 PICC 的乳腺癌患者 160 例,并比较不同正位方法(退管后再送管、拔出部分导管)的一次成功率。**结果** PICC 异位率为 15.00%,头静脉发生异位的概率最大,其次为肘正中静脉,再次为贵静脉,三者相比差异有统计学意义( $P < 0.05$ );在一次正位成功率上,退管后再送管和拔出部分导管的成功率差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论** 防止乳腺癌患者经 PICC 异位,首先要选发生异位率低的贵要静脉或肘正中静脉,一旦发生异位,一定要及时正位,防止并发症发生。

**【关键词】** 乳腺癌; 经外周静脉留置中心静脉导管; 异位; 正位

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.24.081 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)24-3394-03

临床上为了保证乳腺癌患者化疗的顺利进行及能够更加安全输入某些具有刺激性质的药物,同时也是为了保护患者的血管和让患者减少穿刺的痛苦,往往会选择使用经外周静脉留置中心静脉导管(PICC)<sup>[1-3]</sup>。PICC 最大的风险便在于其极易在头端穿刺处发生异位。有文献报道显示,PICC 头端穿刺处异位发生的概率高达 34.2%<sup>[3-4]</sup>。目前临床上所指的 PICC 穿刺异位是指穿刺完成后,导管的头端出现在上腔静脉之外的位置。PICC 异位极易导致炎症、血栓及血管堵塞等发生,严重时危及患者生命。为了探讨乳腺癌患者 PICC 异位的最佳正位处理方法,作者特进行本次实验,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 回顾性分析 2009 年 2 月至 2012 年 2 月在本院乳腺外科行 PICC 的乳腺癌患者 160 例。本研究入选患者经过病理确诊为乳腺癌,且患者均行 PICC 化疗,其中发生 PICC 异位患者 24 例。24 例患者年龄 42~59 岁,平均(53.5±2.1)岁。所有患者发生 PICC 异位的时间均为在手术后 10 d 左右行化疗插管时,患者中左侧 PICC 异位 15 例,右侧 PICC 异位 9 例。患者手术类型为改良根治术 20 例,保乳术 4 例。发生 PICC 异位 24 例,其乳腺癌的病理类型有小管混合癌 3 例,浸润性导管癌 16 例,浸润性小叶癌 3 例,髓样癌 2 例。肿

瘤部位:左乳乳腺癌 15 例,右乳乳腺癌 9 例。按照乳腺癌的分期标准,发生 PICC 导管异位的 24 例患者癌症分期分别为 II a (2 例)、II b(7 例)、III a(10 例)、III b(3 例)、III c(3 例),所有患者均顺利完成为期 4~8 个疗程的化疗,每个疗程化疗 2~3 d,2 个疗程之间有 2 周休息。

**1.2 导管插入及正位方法** 本次实验中回顾性分析 160 例患者均由科室内部具有丰富经验的 PICC 插管护理人员执行,保证本次实验不会因为人为操作原因而造成数据误差及不可信产生。对于出现 PICC 置管异位患者的正位处理则完全由同一个护理人员进行正位处理,并对异位时患者所处的体位、发生异位的外周静脉及不同正位处理方式的一次正位成功率进行记录。对发生异位的 24 例患者通过计算机随机分组的方式采用拔出部分导管和退管后再送管的方式进行复位,每种方法均 12 例。

**1.3 统计学方法** 采用 SPSS19.0 中文版软件包进行统计,采用配对  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

**2.1 不同体位及不同外周静脉发生 PICC 异位的概率比较** 见表 1。在不同外周静脉发生 PICC 异位的比较中,头静脉发生异位的概率最大,其次是肘正中静脉,再次是贵要静脉,三者相比差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

**表 1 经不同体位及不同外周静脉发生 PICC 异位的概率比较**

穿刺部位	总例数(n)	异位例数(n)	异位率(%)
贵要静脉	116	7	6.03
正中静脉	24	6	25.00*
头静脉	20	11	55.00*

注:与贵要静脉相比,\* $P < 0.05$ 。

**2.2 不同正位方法的一次成功率比较** 拔出部分导管一次成功率 33.33%(4/12),退管后再送管一次成功率 41.67%(5/12),二者一次成功率差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

## 3 讨 论

对于乳腺癌患者,目前我国的治疗以开放性切除术为主,这类患者往往切口范围大,其对应的创伤也大,为了防止癌细胞随着淋巴途径进行转移,往往在手术中会对周围的淋巴结进行扫荡型清除,同时伴随切除的还有较多的腋静脉分支,经过该种处理之后往往患者对应的患肢静脉和淋巴系统会出现回流受阻的情况,极易出现水肿<sup>[5-7]</sup>。在临床实际操作中,对于那些行化疗且需进行 PICC 的乳腺癌患者,大多会选择其健侧上肢进行插管<sup>[8]</sup>。本次进行回顾性分析的 160 例患者中,都在其健侧进行 PICC 插管。虽然有部分学者在实验中提出只要方法掌握得当,患者充分配合,对于乳腺癌患者的 PICC 插管同样可以再患侧进行<sup>[9]</sup>。但是作者认为,在患侧进行 PICC 插管其技术要求较高,同时也要求患者能高度配合医生,以上这些要求在实际操作中存在较大困难。

作者根据多年的工作经验认为,要想 PICC 插管顺利进行,必须做到以下几点。(1)要做好的是医患之间的沟通,让患者在穿刺过程中能充分配合。相关实验显示,发生 PICC 异位的原因,有很大一部分是因为患者在进行下颌转向穿刺部位时体位配合不到位。作者认为,为了解决这个医患沟通和配合的问题,应该在 PICC 前先对患者进行一定程度的 PICC 的相关介绍,特别是要具体介绍整个插管的关键过程,让患者充分了解整个插管过程,解除其顾虑。同时加强沟通,让患者在 PICC

时能准确地配合。(2)选择合适的导管,导管的正确选择与否也是 PICC 能否顺利进行的关键。为了正确选择导管,首先要对患者的血管状况作出正确评估,尽量避免在患者已经出现硬化或者是破损的血管处进行 PICC。(3)在进行正位处理的时候,一定要根据胸片来测量,测量导管从异位静脉退至上腔静脉所需的长度,对于该长度的选取一定要准确实用,同时在整个正位过程中都一定要注意无菌操作。另据作者本次实验显示,选择的外周静脉不同,PICC 发生异位的概率也大不相同。头静脉发生异位的概率为 55.00%,其次为肘正中静脉(25.00%),再次为贵要静脉(6.03%),三者相比差异有统计学 ( $P < 0.05$ ),因而在进行 PICC 时首先应选择贵要静脉,其次为肘正中静脉,最后才是头静脉。作者也考虑到了 PICC 时不同体位的穿刺可能导致其异位概率不同,但经查阅相关实验文献后发现,经坐位和卧位发生 PICC 异位的概率差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )<sup>[10]</sup>。目前,PICC 的最佳位置,世界各国医生一般以美国食品药品监督管理局所推荐的以进入上腔静脉为最理想的位置。

为了有效防止 PICC 异位的发生,作者认为,在操作中首先要保证规范,对那些难以准确进行 PICC 的患者,特别是已经发生水肿的患者,在进行插管前,应该先行扎好止血带,并用力将血管周围发生水肿的组织进行挤压,确保需要插管的血管能够充分暴露。若需要插管的患者血管因为血容量不足而发生塌陷,在进行穿刺前将该血管需要穿刺的上端血管支用热水袋热敷。在体位上最好采用卧位,穿刺的护理人员指导患者正确平卧后,让其所需穿刺肢向外伸张 90°,同时患者下颌要与肩膀紧贴,头部要偏向穿刺侧,这样能有效防止导管穿刺时进入颈静脉。对于那些已经处于意识模糊或者是已经失去意识的患者,应该更加注意其体位的正确摆放,并适当地用手来压迫需要进行穿刺侧的颈静脉。在插管前最好使用生理盐水进行浸润,对导管起到润滑作用。送管时动作要保持轻柔,这样才能尽量避免血管痉挛发生,防止增加插管时的困难。一旦发生 PICC 异位,处理一定要及时,力争在第一时间纠正异位,防止对患者造成更大的伤害。

对于需要进行化疗的乳腺癌患者,若 PICC 发生异位极易发生颅神经损伤、静脉血栓、静脉炎等,而对于 PICC 异位处理的黄金时间为异位发生后的 2 h 内,临床常用的正位方法主要为退管后再送管、经超声引导定位、拔出部分导管 3 种,但经超声定位并非所有医院都能进行。为了最大限度避免 PICC 异位发生,首先要选发生异位率低的贵要静脉或是肘正中静脉,一旦发生异位,一定要及时正位,防止并发症发生。

## 参考文献

- [1] 赵锐祯,谢彩琴,曹素娟. 25 例 PICC 异位的原因分析与护理对策[J]. 中华护理杂志,2009,44(6):526-528.
- [2] 宋葵,戴雪松. PICC 在肿瘤患者应用中的护理问题与对策[J]. 中华护理杂志,2007,42(8):742-744.
- [3] 王虹. 乳腺癌患者 PICC 异位分析及正位处理[J]. 护理学报,2010,17(13):53-55.
- [4] DeChicco R, Seidner DL, Brun C, et al. Tip position of long-term central venous access devices used for parenteral nutrition[J]. JPEN,2007,31(2):382-387.
- [5] 林嘉旋,黄水英,黄群爱. 乳腺癌患者 PICC 发生异位的正位处理[J]. 护士进修杂志,2011,26(6):544-545.
- [6] Harako ME, Nguyen TH, Cohen AJ, et al. Optimizing the

Patient Positioning for PICC Line Tip Determination[J].

Emerg Radiol, 2009, 10(4): 186-189.

[7] 张娜, 姜晓新. PICC 置管中存在的护理问题及原因分析[J]. 护理管理杂志, 2008, 8(10): 59-60.

[8] 高玲. 乳腺癌行 PICC 发生置管困难及异位原因分析及对策[J]. 齐鲁护理杂志, 2011, 17(1): 56.

[9] 郭潇. 三向瓣膜式 PICC 在乳腺癌病人患肢置管中的应用

及护理[J]. 护理研究, 2007, 21(2): 156-158.

[10] 张红, 马淑玲, 董静, 等. PICC 置管导管异位的发生情况及相关因素分析[J]. 护理管理杂志, 2011, 11(3): 203-204.

(收稿日期: 2013-05-18 修回日期: 2013-08-07)

## 53 例主动脉夹层围术期护理探讨

于凌波(南京医科大学附属南京医院/南京市第一医院 CCU 210006)

**【摘要】目的** 总结主动脉夹层围术期护理要点及体会。**方法** 分析 2012 年 1 月至 2013 年 3 月南京医科大学附属南京医院心血管外科收治的主动脉夹层患者 53 例, 总结其护理经验。**结果** 术后并发肺部并发症 8 例(15.1%), 心律失常 13 例(24.5%), 脑部并发症 7 例(13.2%), 无死亡病例, 所有患者术后均康复出院。**结论** 术前及时进行心理干预, 严格控制患者血压和心率, 术后给予周到的病情变化观察, 努力降低并发症, 可促进患者早日康复。

**【关键词】** 主动脉夹层; 手术; 临床护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.24.082 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)24-3396-02

主动脉夹层系主动脉腔内的血液从主动脉内膜撕裂口进入主动脉壁内, 导致主动脉中层形成血肿并沿主动脉延伸扩展的一种心血管系统疾病, 自然预后较差, 往往因动脉瘤破裂大出血死亡, 是一种较为严重的心血管疾病<sup>[1]</sup>。主动脉夹层一旦明确诊断应及早手术, 降低病死率。如何提高主动脉夹层手术治疗的有效率, 降低并发症及病死率, 是临床医护人员密切关注的问题。作者对 2012 年 1 月至 2013 年 3 月本科室收治的主动脉夹层患者 53 例患者术前、术后进行精心护理, 取得了满意效果, 现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本组 53 例患者均来自于本科室 2012 年 1 月至 2013 年 3 月收治的主动脉夹层患者, 其中男 28 例, 女 25 例, 年龄 53~78 岁, 平均 65.7 岁。并发高血压 32 例, 糖尿病 16 例, 马方综合征 3 例, 脑梗死 2 例。急诊手术 29 例, 择期手术 24 例。

**1.2 手术方法** 在全身麻醉深低温停循环下施行了全弓置换及远端支架象鼻植入, 术中腋动脉插管单侧灌注脑保护。

### 1.3 护理

**1.3.1 术前护理** (1)心理护理: 大多数患者由于受到疼痛和对疾病认识不够的影响产生焦虑和恐惧心理, 因此在治疗的同时需要加强患者心理护理, 在护理工作进行中向患者强调维持稳定的心理情绪对疾病治疗的重要性, 鼓励患者主动表达自己的感受, 理解并耐心倾听患者主诉, 同时以娴熟的业务操作让患者信任。对需要紧急手术或者适宜手术的患者, 向患者及其家属宣教手术的必要性, 如有问题, 尽力帮助解决, 尽早进行手术。(2)心率和血压的控制: 因高血压发病的主动脉夹层越来越多, 血压过高和心率过快都可导致夹层破裂, 降低血压和减慢心率是必要措施<sup>[2]</sup>。一般给予患者微泵注入硝普钠 1~10 μg/kg, 将收缩压控制在 150~200 mm Hg。若降压效果仍不理想, 可给予微泵注入硝酸盐类药物。心率控制一般采用 β-受体阻滞剂, 例如倍他乐克或者普萘洛尔等药物。同时镇静剂的应用也可达到减慢心率的作用。(3)镇痛剂的应用: 主动脉夹层患者最常见的症状是疼痛, 临床表现多为胸部撕裂剧痛, 并

向背部延伸, 伴有呕吐、恶心、大汗。疼痛可致使患者产生恐惧焦虑心理, 使病情恶化甚至导致破裂死亡, 必须予以控制<sup>[3]</sup>。通过评估每例患者疼痛情况给予镇痛剂止痛, 一般间断给予肌内注射吗啡 10 mg、哌替啶 50 mg, 严重者可给予持续泵入异丙酚 3~10 mL/h。(4)卧床休息: 处于主动脉夹层急性期的患者需要绝对卧床休息, 减少活动<sup>[4]</sup>。安排各种检查尽量在床边进行, 尽量减少外出次数, 必须要外出时, 需要专人护送, 并携带急救药品。

**1.3.2 术后护理** (1)病情观察: 主动脉夹层术后常伴有心律失常、呼吸功能不全、肾功能不全、神经系统感染和出血等并发症。因此术后需要给予密切观察, 包括心电监护、尿量变化、患者神志状况、末梢循环和四肢活动情况。尤其是术后出血最为关键, 因为主动脉夹层采取人工血管置换手术, 吻合口多, 术中术后容易发生出血和弥散性渗血<sup>[5]</sup>。主要观察心包、纵隔引流量, 注意引流管是否通畅, 若引流量超过 2 mL/kg, 持续 3 h, 可能出现活动性出血, 应及时通知医生并做好开胸止血准备。(2)预防感染: 由于主动脉夹层手术创伤较大和手术侵入插管的操作, 因此需要做好预防感染工作。①重视口腔护理, 采用有聚维酮碘棉球给予患者口腔擦拭, 每日 2 次; ②尽早拔出侵入导管, 降低感染率; ③护理操作时做到严格无菌操作, 防止感染。(3)维护循环功能: 手术会使主动脉夹层患者发生心脏缺氧和再灌注损伤, 容易导致心功能不全和心律失常, 术中阻断循环。密切监测患者静脉压和动脉压, 充分给氧以防止缺氧。控制患者血压, 防止血压波动过大, 维持动脉压在 70~90 mm Hg 范围。对于危重患者可置心外膜起搏, 有效防止心律失常发生, 术后出现心律失常, 给予异搏定、西地兰等药物治疗后有效恢复窦性心律。(4)肾功能维护: 主动脉夹层病变影响肾动脉血流灌注, 且术中阻断循环也可导致肾功能不全。对于患者肾功能的维护, 术后密切观察 24 h 出入量、颜色和密度, 及时补充血容量, 控制血压, 维持肾血流灌注充足, 一旦发现病情变化即刻通知医生及时处理。(5)神经系统监护: 由于主动脉夹层手术时间较长且复杂, 无法完全避免患者神经损伤。主动脉夹层患者术后清醒时间是脑保护效果的有力指标<sup>[6]</sup>。以患者