

# 中心静脉置管在胸腔积液、腹水诊疗中的护理

朱 莉,王冬梅(重庆市公共卫生医疗救治中心 400036)

**【摘要】 目的** 总结中心静脉置管技术在胸腔积液、腹水诊疗中的护理经验。**方法** 对 88 例胸腔积液或腹水患者采用中心静脉置管技术行胸腹腔置管引流与治疗。**结果** 置管一次成功率 100%,平均引流时间 12 d,除 2 例导管脱落,无穿刺部位局部水肿、皮下气肿及胸腹腔感染等并发症。**结论** 采用中心静脉置管引流取代传统的穿刺抽液,具有便捷、安全、减少抽液次数和感染概率,减轻患者的痛苦和医护工作量的优点,值得推荐应用。

**【关键词】** 中心静脉置管; 胸腔积液; 腹水; 诊疗; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.02.063 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)02-0238-02

目前,胸腔积液、腹水采取胸腹腔穿刺术的办法给患者带来了诸多的不便,为了减轻胸腔积液、腹水患者反复穿刺排液的痛苦及改善临床症状,作者将中心静脉置管应用在胸腔积液、腹水治疗方面,效果满意。现将护理体会总结如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择本科 2007 年 5 月至 2010 年 10 月经 B 超、X 线、CT 或病理检查确诊的胸腔积液、腹水患者 88 例,其中结核性胸膜炎 33 例,肺癌 20 例,结核性腹膜炎 18 例,肝硬化 11 例,肝癌 3 例,低蛋白血症 1 例。

## 1.2 方法

**1.2.1 物品准备** 材料准备:益兴达中心静脉导管、缝合包、引流袋、输液器、一次性无菌伤口敷料、常规生化检查试管等。药品准备:利多卡因、肾上腺素、阿托品。器械准备:氧气、心电监护。

**1.2.2 胸腔置管操作方法** 患者取坐位或半坐位,一般取肩胛下角线第 7~9 肋间或胸腔积液最低点的上一肋间隙为穿刺点,或根据 B 超、X 线定位选择穿刺点,常规消毒穿刺点周围皮肤,铺无菌洞巾,穿刺点用 1%~2% 盐酸利多卡因局部浸润麻醉并缓慢进入胸腔抽出胸腔积液 1~2 mL,更换穿刺针在负压下缓慢进针,抽到胸腔积液后再缓慢进针 0.5~1 cm,将指引软导丝沿导丝孔缓慢进入胸腔 10~20 cm,退出穿刺针,使用扩皮器扩展皮肤,以便导管沿导丝置入胸腔,导管的深度根据患者情况决定,一般为 10~15 cm,抽出导丝,用缝线将导管固定在皮肤上,穿刺点贴一次性无菌伤口敷料,尾端接肝素帽或接输液器再接引流袋,形成密闭的通道,便于引流,防止空气进入。

**1.2.3 腹腔置管操作方法** 通常患者取半卧体位,以脐与耻骨联合连线之中点或脐与髂前上棘连线之外 1/3 处作为穿刺点。其他操作步骤同胸腔置管操作法。

## 1.3 护理

**1.3.1 心理护理** 绝大多数患者都存在悲观、焦虑心理,对穿刺有许多担忧。应向患者讲解穿刺的过程、注意事项及穿刺的好处,使其消除焦虑,树立信心,并告知患者良好的心理状态有利于疾病的恢复。

**1.3.2 病情观察** (1)注意观察患者穿刺后有无头晕、面色苍白、出汗、心悸、胸部压迫感或剧烈疼痛、昏厥等反应,注意观察患者生命体征的变化,如有异常,及时和医生联系,酌情给予处理。(2)患者应卧床休息,适当控制活动量,护士加强巡视病房,保持导管通畅,防止脱落、扭曲,并观察记录引流胸腔积液、腹水的颜色、性质及引流量,结合病情,及时送检胸腹腔引流液。(3)引流速度保持在 150 mL/h,24 h 不超过 2 000 mL,对高龄及体质较弱患者,引流速度控制在 80~100 mL/h,防止纵

隔摆动和复张性肺水肿的发生。(4)置管排液同时鼓励患者适当轻咳,改变体位,尽可能使胸腔积液、腹水引流通畅,引流过程中患者如出现乏力、气短、出虚汗、血压低等症状时,应及时夹闭导管停止引流,给予吸氧对症处理,待症状好转后继续引流。(5)引流过程中,如胸腔积液、腹水黏稠,出现引流不畅时,可以给予生理盐水、肝素盐水或甲硝唑冲洗,必要时每日用注射器冲洗引流管 1~2 次,压力不宜过大,注意询问患者反应,发现异常及时处理,当无引流液或引流液小于 5 mL 时行超声检查确定胸部情况后,决定是否给予拔管。

**1.3.3 导管的护理** 为了防止管腔堵塞,可应用肝素钠 12 500 U 配制到生理盐水 250 mL 内,抽出 5~10 mL 注入胸腹腔内。另外,中心静脉穿刺管质地较软而细,应用胶布固定牢,防止因固定不当、不牢或不小力用力牵拉而使导管向外滑脱。

**1.3.4 控制感染,加强皮肤护理** 引流期间禁止洗淋浴,擦洗时避开置管部位,避免浸湿一次性无菌敷料造成感染,引流期间每周更换敷料贴和肝素帽 2~3 次<sup>[1]</sup>,用碘伏常规消毒外置导管的穿刺点及周围皮肤。如置管部位红肿或有分泌物时,应对穿刺部位彻底消毒,必要时对分泌物进行细菌培养,并进行相应的治疗,防止继发感染。另外在操作过程中要特别注意,引流袋不可高于引流口,以免引起胸腔积液、腹水倒流,引起医源性感染。

## 2 结 果

全组患者均一次置管成功,平均引流时间 3~18 d,除 2 例导管脱落外,无皮下水肿、局部水肿、皮下气胸、胸腔感染等并发症,均达到消除胸腔积液、腹水,缓解压迫症状的目的。

## 3 讨 论

应用中心静脉导管留置技术对胸腔积液、腹水进行引流及治疗,相比传统的胸腹腔穿刺有许多优点:(1)中心静脉导管柔韧性好,头部光滑圆钝,组织相容性好,由于该导管材料特殊,穿刺时减少了对组织及内脏的损伤。(2)导管经过超滑处理,穿刺时减少患者的痛苦,穿刺成功率高。(3)留置导管可有效调控胸腔积液、腹水的引流速度,动态观察胸腔积液、腹水情况,同时可减少反复穿刺给患者带来的痛苦。(4)该导管保留时间长,除引流胸腔积液、腹水外,还可以利用导管胸腹腔给药,增强治疗效果。(5)夜间睡眠不需引流时,肝素帽封管,去除引流袋,患者可以自由活动、翻身等。(6)减轻反复胸腔穿刺带给患者的恐惧与焦虑感。(7)符合生理,导管与人体生理特性相适应,其在体外能保持一定硬度,在体内受体温影响导管柔软<sup>[2]</sup>。其具有优质的组织相容性、热敏性、延展性,置管后患者可随意活动,无痛苦<sup>[3-4]</sup>。

## 参考文献

[1] 许永慧. 中心静脉导管留置胸腔积液的护理[J]. 贵阳中

- 医学院学报, 2009, 31(5): 51-53.
- [2] 东文霞, 乔爱珍, 李新华. PICC 插管与锁骨下静脉插管在血液病患者中的应用比较[J]. 中华护理杂志, 2003, 38(1): 31-33.
- [3] 明菊梅, 郭喜朝, 孟静. 中心静脉置管引流胸腔积液 50 例护理体会[J]. 河北医学, 2011, 17(1): 138-140.
- [4] 江淑贤, 刘秀金, 康贤妹. 中心静脉置管在腹腔引流中的应用及护理[J]. 当代护士: 学术版, 2010 (7): 84-85.
- (收稿日期: 2011-07-06)

# 男性尿道血管瘤的护理探讨

王晓英, 房磊臣, 刘 嫄(重庆医科大学附属第一医院泌尿外科, 重庆 400016)

**【摘要】 目的** 探讨男性尿道血管瘤患者术后的护理。**方法** 3 例男性尿道血管瘤患者分别行阴囊血管瘤切除术、血管瘤注射硬化剂治疗和阴囊及尿道外口血管瘤切除术。术后分别给予患者心理护理, 一般护理联合泌尿外科护理并积极配合临床医师治疗。**结果** 全部 3 例平稳度过围手术护理, 并以积极的心态配合治疗、护理。手术成功, 无护理并发症。**结论** 消除患者思想负担, 术后及时、准确地观察病情变化, 可有效地预防手术后并发症的发生, 从而提高治愈率。

**【关键词】** 尿道血管瘤; 男性; 护理  
**DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 02. 064 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)02-0239-02**

男性尿道血管瘤临床罕见, 发病年龄 10~68 岁, 好发于 20~40 岁的青壮年。部分患者有外伤史或尿道器械操作检查的诱因, 临床表现主要有无诱因尿道出血或肉眼血尿, 部分患者尿道血管瘤较大时还会造成尿道狭窄, 出现排尿困难。本院 20 年收治 3 例, 在护理上积极配合医生治疗, 治疗非常成功, 现将护理体会总结如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本组 3 例患者, 年龄 13~21 岁。例 1, 16 岁, 有导尿史, 后发生尿道出血而就诊, 诊断阴囊及尿道血管瘤。例 2, 21 岁, 发现阴茎背侧血管瘤 14 年, 肉眼血尿 15 d 入院, 诊断阴茎及尿道血管瘤。例 3, 13 岁, 发现阴囊血管瘤 13 年入院, 诊断尿道及阴囊血管瘤。本组 3 例病理报告均诊断为海绵状血管瘤。

**1.2 病变部位** 本组 3 例患者除患有尿道血管瘤外, 均伴有阴茎或阴囊的病变, 2 例发生在尿道外口, 1 例位于尿道球部。

**1.3 治疗方法** 尿道血管瘤的治疗方法由于病例数有限, 暂无成熟经验可循, 根据血管瘤的部位大小可选用非手术治疗和手术治疗<sup>[1-2]</sup>。非手术治疗主要指激光治疗、硬化栓塞治疗等。可采用明胶海绵对膜部尿道血管瘤进行选择性地动脉栓塞治疗, 使血管栓塞坏死, 疗效满意。手术治疗包括经尿道电灼、电切术和开放性手术。经尿道电灼、电切术对局限性血管瘤可以采用, 但手术后局部复发率较高。开放性手术切除是治疗血管瘤的主要方法<sup>[3]</sup>, 只要手术切除范围充分, 局部很少复发。

## 2 结 果

例 1 在硬膜外麻醉下行阴囊血管瘤切除术, 随访 10 年未见复发。本组例 2 采用消痔宁作为硬化剂, 行血管瘤注射硬化剂治疗, 随访 5 年未见复发。例 3 在硬膜外麻醉下行阴囊及尿道外口血管瘤切除术, 随访 3 年未见复发。

## 3 护 理

**3.1 心理护理** 首先要充分了解患者的心理状况。患者住院以后最关心的问题就是治疗能否成功, 治疗后是否会出现并发症, 将来是否会影响性功能等等。因此, 护士要从以下几个方面对患者进行心理护理: (1) 向患者简单介绍本病的大体治疗方法, 关键技术, 获得患者对治疗方法的认同。(2) 采用多种形式向患者介绍以前成功治疗的病例, 使患者了解到该病的治疗成功率高, 并发症少, 调动其积极性, 打消患者的疑虑, 树立对治疗的信心。(3) 向患者介绍主治医师的工作态度及经验技

术, 建立医患之间的信任关系。

治疗后, 患者一般都担心治疗效果, 因而应对患者做好耐心、细致的解释工作, 消除其思想顾虑, 若为成年人及嘱其戒烟、戒酒, 加强营养, 促进创面愈合, 同时应用有效抗生素, 预防感染。

**3.2 一般护理**<sup>[4]</sup> 治疗前, 对患者进行常规的尿道护理。需要手术者, 进行常规的术前准备, 术前行大小便、血常规, 肝、肾功能, 出凝血时间, 血糖检查。采用手术治疗的患者, 术后行硬膜外麻醉患者 6 h 内去枕平卧, 6 h 体位无特殊要求, 可行翻身等, 24~48 h 后可下床活动。由于本病患者年龄均较小, 身体素质及耐受力差, 较易诱发各种并发症。故手术后, 要严密观察患者的面色、呼吸、血压、脉搏及尿的颜色、性状、量并详细记录 24 h 出入量。向手术医师询问术中情况, 如为开放性手术, 要密切观察切口敷料有无渗血、渗液等情况, 谨防切口感染及切口长期不愈合等, 如果出现伤口异常应及时报告医师处理。

**3.3 泌尿外科护理** 主要是常规行泌尿道护理, 防止泌尿道感染<sup>[5-6]</sup>。作为本病手术治疗后, 主要注意观察尿道口渗血、渗液情况, 保护伤口清洁及敷料干燥。术后 3 d 内, 如无渗液出血, 不必更换敷料, 如敷料潮湿较多, 可更换敷料。保持尿道口清洁, 每天用碘伏行尿道口消毒 2 次; 操作时严格无菌操作。大便时应注意避免污染敷料, 便后洗净会阴部, 以减少污染概率, 影响伤口愈合。术后及时清除尿道分泌物及尿道外口堵塞血痂。每日定时用手指自后向前轻轻地挤压尿道, 排出尿道分泌物。术后每日更换尿袋, 并注意引流尿量及颜色, 如尿量少, 尿色深黄, 说明饮水过少, 要鼓励患者多饮水, 增加尿量, 使尿中沉淀物易于排出。术后饮食应保持有一定的热量, 注意进食易消化、富有营养的食物, 以增强抵抗力, 促进伤口愈合。出院时指导患者恢复期避免大便干结及重体力劳动, 多饮水增加小便量, 达到膀胱自我冲洗作用。3 个月内避免坐浴, 以免引起逆行感染。如出现排尿不畅、血尿、疼痛等症状应随时就诊。

虽然尿道海绵状血管瘤罕见, 但其治疗方法目前看来仍具有简便易行、经济安全、疗效可靠等特点, 而护理是治疗尿道海绵状血管瘤的重要组成部分。术后及时、准确地观察病情变化, 可有效地预防手术后并发症的发生, 从而提高治愈率。

## 参考文献

- [1] 梁思敏, 苟欣. 男性尿道血管瘤的诊治[J]. 罕少疾病杂