

发病的发生。术后并发症是术后死亡的主要原因,若出现多脏器衰竭时死亡率更高。本研究中术后 136 例患者发生并发症,占 45.8%。主要有呼吸道病变、消化道出血、心肾功能不全等。共死亡 127 例(42.8%),并发症致死 97 例(32.7%),占并发症发病人数的 71.3%,占死亡人数的 76.4%。

加强基础护理,减少非必要的侵入性操作,严格无菌操作,减少感染的发生概率;对口咽分泌物及时清理,保持呼吸道通畅,防止肺炎的发生。加强医务人员院内感染知识培训,防止病区患者间传染和以护理人员为媒介的传染,养成良好的消毒意识和严格的隔离制度,可有效防止感染的发生。对于确诊并发症的患者,进行合理的抗菌药物治疗有助于患者康复。原发病与并发症同时治疗,可以减少患者的恢复时间,增强患者的抵抗力^[10]。

老年颅脑手术患者院内危险因素有很多,多数诱因可寻,可通过仪器或检查进行干预,通过提高医护人员对危险因素的认知水平,做好病区消毒、清洁、隔离工作,加上合理运用抗菌药物进行抗感染治疗,可有效减少老年颅脑手术患者的病死率、致残率,提高治疗质量。

参考文献

[1] 龚小玲. 护理干预对颅脑手术患者并发静脉栓塞的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2010, 26(15): 18-19.
 [2] 陈春林, 康晓明, 陈力行, 等. 重型颅脑损伤开颅术后早期气管切开对防治肺部感染的作用研究[J]. 实用心脑血管病杂志, 2011, 19(7): 1120-1121.

[3] 郭徐华, 陈光烈, 陈炜毅. 双侧开颅治疗重型颅脑创伤 55 例疗效观察[J]. 中国全科医学, 2011, 14(15): 1715-1716.
 [4] 丁德武, 王力群, 於德滋. 重型颅脑损伤合并肺部感染的临床研究[J]. 实用心脑血管病杂志, 2010, 18(11): 1568-1570.
 [5] Smith PR, Baig M, Brito V, et al. Postoperative pulmonary complications after laparotomy[J]. Respiration, 2010, 80(4): 269-274.
 [6] 马龙, 吴昆, 李娜, 等. 择期颅脑手术患者肺部并发症的相关危险因素研究[J]. 中国全科医学, 2012, 15(3): 276-278.
 [7] 李瑞龙, 郝解贺. 开颅术后颅内感染相关危险因素分析[J]. 山西医科大学学报, 2011, 42(6): 510-513.
 [8] 孙莉, 范素红. 心脏手术中皮肤压疮的预防及护理[J]. 全科护理, 2010, 8(19): 1721-1722.
 [9] Agostini P, Cieslik H, Rathinam S, et al. Postoperative pulmonary complications following thoracic surgery: are there any modifiable risk factors[J]. Thorax, 2010, 65(9): 815-818.
 [10] Yadav YR, Yadav S, Sherekar S, et al. A new minimally invasive tubular brain retractor system for surgery of deep intracerebral hematoma[J]. Neurol India, 2011, 59(1): 74-77.

(收稿日期: 2013-08-21 修回日期: 2013-11-03)

经皮穿刺心包置管治疗大量心包积液的护理体会

周 婷, 周 莲, 赵 兰(第三军医大学附属西南医院心血管内科, 重庆 400038)

【摘要】 目的 探讨经皮穿刺心包置管治疗大量心包积液的效果及临床护理。方法 选择 2012 年 8 月至 2012 年 12 月第三军医大学附属西南医院诊断为大量心包积液并行心包穿刺置管的 7 例患者为研究对象, 在剑突下或心尖部置入中心静脉导管, 加强术前护理, 术中配合, 置管后做好体位、留置导管、心理及生活方面的护理指导并密切观察病情, 探讨经皮穿刺心包置管的治疗及护理效果。结果 7 例大量心包积液患者均成功置入 Seldinger 导管。导管留置时间 5~30 d, 中位时间 17 d。置管后 1 例出现穿刺点渗液, 1 例出现导管松脱, 1 例发生导管堵塞。结论 经皮心包置管治疗大量心包积液具有安全、简单、痛苦少、损伤小、并发症少、引流彻底、恢复快等优点, 结合行之有效的护理是取得满意疗效的重要保证。

【关键词】 大量心包积液; 心包置管; 护理

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 06. 059 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)06-0843-03

心包积液主要病因多为结核、肿瘤、自身免疫性疾病, 大量积液引起的急性心包填塞造成明显的血流动力障碍, 若不及时处理易导致心包填塞而危及生命^[1]。传统治疗以多次心包穿刺治疗为主, 给患者造成极大的痛苦, 而且可能损伤心肌, 造成血胸、气胸、冠状动脉损伤、心脏破裂等严重并发症。近几年来国内外不少学者将 Seldinger 技术运用于心包腔穿刺置管引流心包积液, 在超声心动图引导和定位下, 以剑突旁途径穿刺, 极少有并发症发生^[2]。本科开展此项技术也取得显著疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 8 月至 2012 年 12 月本院诊断为大量心包积液并行心包穿刺置管的 7 例患者为研究对象。其中男 5 例, 女 2 例, 年龄 38~72 岁, 平均年龄 58.2 岁。大量心包积液病因: 结核 4 例, 肿瘤 2 例, 甲状腺功能减低 1 例。7

例患者均有不同程度的胸闷、呼吸困难、心率过快、烦躁、面色苍白、食欲下降、多汗。经心电图、X 线征、超声心动图证实心包腔内有大量积液。

1.2 方法 患者床旁半卧位, 常规消毒铺巾, 在超声心动图引导和定位下, 于剑突旁左 1 cm 处穿刺, 以 2% 利多卡因逐层局麻成功后用穿刺针 40° 斜角向左肩胛方向刺入, 有落空感后回抽出不凝液体, 确定为心包液后, 沿穿刺针送入长导丝, 超声心动图下沿长导丝送入中心静脉导管达心包腔约 6 cm, 退出导丝, 注射帽封管, 确定导管通畅后缝线固定导管。聚维酮碘消毒穿刺点, 用无菌敷料覆盖穿刺点及导管, 胶布妥善固定。

1.3 护理

1.3.1 术前护理 大量心包积液的患者多有胸闷、气促、呼吸困难等临床症状, 甚至有濒死感, 经皮心包穿刺具有一定的危险性, 这些都可导致患者产生恐惧、紧张、焦虑等情绪^[3]。关心

体贴患者,向患者和家属说明心包置管的目的、基本操作过程、注意事项、术中可能出现不适的应对方法以及该操作的安全性和优越性。如有已置过管的患者,请他们讲解自己的亲身感受,从而消除患者顾虑,积极配合治疗。应特别交代术中及术后的注意事项,如术中尽量不要咳嗽,尽量保持体位等。做好患者术前评估,遵医嘱查看血常规和凝血四项,操作前用屏风遮挡,减少病室人员走动并保持病室安静。建立静脉通道,协助医生做好抢救准备,备好急救药品和器材。

1.3.2 术中护理 术中嘱患者放松,协助取半卧位,保持平稳呼吸,必要时给患者带上眼罩,消除患者紧张情绪。连接好心电、血压、血氧饱和度监测,必要时给予低流量吸氧。密切观察患者心率(心律)、血压、心电图、ST段变化及患者有无胸闷、气促和心前区疼痛等症状。若出现上述症状应立即告知手术医生停止穿刺操作,积极查找原因,及时处理。穿刺过程必须严格无菌操作。穿刺置管成功后,应协助医生固定好引流管,观察心包积液的性质、引流量,并及时将积液送检,并做好护理记录。

1.3.3 术后护理 (1)病情观察。了解术中情况,术后24 h给予心电图、血压、血氧饱和度监测,必要时给予患者吸氧。并密切观察患者的神智、呼吸、脉搏、血压等生命体征,胸闷气促症状有无改善,有无心前区疼痛。护士应重视患者的主诉,做出预见性的护理措施。对穿刺部位应定期更换无菌敷料,观察心包置管导管刻度,判断有无脱管现象,同时用0.5%聚维酮碘消毒穿刺点,保持敷料清洁干燥。若发现穿刺点有红肿,渗液,疼痛应立即报告医生,并用0.5%聚维酮碘涂擦,同时勤换敷料,在整个换药操作过程中,严格遵守无菌操作原则。擦浴时应避开穿刺部位,防止潮湿引起感染^[4]。导管应牢固固定,经常检查并做好记录,嘱患者保护好导管,防止受牵拉而脱出。每次抽液完毕时,应缓慢注入少量肝素盐水,防止管腔堵塞。(2)并发症的护理。①穿刺点渗液:发现穿刺点渗液应立即报告医生,用0.5%聚维酮碘涂擦消毒,消毒范围大于3M透明敷料面积,涂擦待干后用3M透明敷料覆盖,并于无菌纱布加压固定,防止感染。②导管松脱:妥善固定引流管,防止滑脱是保障心包置管成功的关键^[5]。发现导管松脱应立即报告医生用无菌纱布或凡士林纱布覆盖穿刺点。患者经过再次置管后,将导管与近穿刺点处皮肤缝合固定后再予3M透明敷料覆盖,并于无菌纱布加压固定。每次更换敷料时观察心包置管导管刻度,观察有无脱出。患者出汗较多时,及时更换。做好患者思想工作,戒焦戒躁,必要时用约束带约束。③导管堵塞:堵塞后医生应于床旁无菌肝素盐水2~3 mL正压冲管恢复引流通畅。之后加强健康宣教,翻身时注意导管位置,防止导管受压、弯折。注意每次抽液完后都用无菌肝素盐水2~3 mL正压冲管^[6]。(3)疼痛护理。术后疼痛是组织损伤的一种不愉快感受和情绪的混合表现^[7]。心包置管后一般不需止痛药物治疗,护士应倾听患者的主诉,进行VAS疼痛评分,对VAS疼痛评分达7分及以上患者遵医嘱给予恰当的止痛剂如曲马多、杜冷丁等,观察药物的疗效并做好记录。(4)饮食护理。术前、术后患者无需禁食,多数患者因体质虚弱,胸痛气促、不良情绪等原因常食欲下降,容易造成营养不良。所以需要营养师专门为患者搭配富有营养的饮食,如鱼类、排骨汤等食物,避免食用产气、产酸、难消化的食物,如豆制品、牛奶等,以免引起腹胀。因患者长期食欲低下,加之脾胃功能减退,长时间卧床,活动减少,易导致消化不良,因此做好饮食调理非常重要。(5)心理护理。术后患者一般渴望知道自己疾病的真实情况、手术效果和疾病

的预后,常产生焦躁不安的心情。因此,应该及时告知患者手术效果,以亲切和蔼的语言进行安慰、鼓励,与患者产生做好有效的沟通,以免患者术后焦虑。(6)拔管护理。引流液明显减少,夹管观察24 h后患者无胸闷、呼吸困难,复查心脏彩超未见明显心包积液,心包引流量小于25 mL/d时可拔除导管^[8]。拔管后24 h内必须严格观察患者心率、血压、呼吸变化,以及插管局部有无渗血、渗液情况。

2 结 果

本组7例大量心包积液患者均一次穿刺置管成功,穿刺过程中,心电监护显示心动过速,抽液后有不同程度的下降。导管留置5~30 d,中位时间17 d,引流量为300~3 000 mL,引出液为草黄色或淡红色血性心包积液,穿刺过程中无胸闷、心悸等并发症。置管引流1 h后,患者胸闷、呼吸困难、心律失常等临床症状明显好转。置管治疗期间无一例出现感染、心律失常、休克、胸闷胸痛等并发症。4例结核性心包积液患者经过5~10 d置管积液完全吸收;2例肿瘤性积液患者经过15~30 d置管,1例积液完全吸收,1例部分吸收,最终死于全身多器官功能衰竭;1例甲状腺功能减低患者经过14 d置管,积液完全吸收。心包置管后发生导管堵塞1例,出现穿刺点渗液1例,出现导管松脱1例。

3 讨 论

心包积液是临床常见病,当积液生长过快,发展为大量心包积液时易造成急性心包压塞而危及患者生命,必须迅速、有效地控制心包积液。常规的心包穿刺术具有较高的风险,给患者造成极大的痛苦,可能导致严重并发症。为了降低心包穿刺并发症,在超声心动图引导和定位下,将Seldinger技术运用于心包腔穿刺置管引流心包积液,是目前治疗大量心包积液较为安全的方法。

经皮心包置管治疗大量心包积液具有以下优点。(1)一次心包穿刺置管,可长时间多次使用,可以有效避免由于多次穿刺造成的急性或慢性心包填塞。同时,导管柔软有弹性,对心肌损伤小,明显减少反复穿刺的风险^[9];(2)可以动态观察心包积液的性质和引流量,便于及时调整治疗方案。(3)可在患者床旁进行,具有操作简单、快捷、安全、创伤小、恢复快等优点,患者只接受一次心包穿刺即可完成引流和病理标本的采集,合急救、诊断、病因治疗为一体^[10]。(4)穿刺引流管细小,柔软,置于心包腔对心功能无明显影响,并可人为控制引流速度。避免了短时间内过量引流引起的迷走神经反射所致的低血压,心动过缓以及循环呼吸系统并发症的发生。(5)心脏一直处于跳动状态,其去纤维作用使心包腔中的液体不会凝固,不易阻塞引流管^[11]。

在护理上对患者实施优质护理,加强对心包穿刺置管引流患者的心理护理、术前指导、术后病情观察,特别是保持引流通畅,防止导管脱落等护理措施是保证手术成功,防止并发症发生的关键^[12]。经皮穿刺心包置管治疗大量心包积液,其引流效果与心包切开引流效果相似,接三通后局部用药方便,患者疼痛明显缓解,易于置入,避免重复穿刺,住院时间短,治疗费用明显下降,患者及家属易于接受^[13]。实践证明,经皮穿刺心包置管治疗大量心包积液经济实用,安全可靠,疗效显著,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 付梅英,杨敏丽.心包积液穿刺留置引流的护理[J].临床医药实践杂志,2010,3(19):375-376.

- [2] 王昌育,辛渭川,廖菽丹,等.床边穿刺置管诊治心包积液 88 例临床分析[J].陕西医学杂志,2008,37(4):470-472.
- [3] 周静,徐静.采用 Seldinger 法心包穿刺置管治疗心包积液的护理[J].护理实践与研究,2010,7(21):43-44.
- [4] 张利芬,陈娇,蔡婷婷.心包穿刺置管引流治疗心包积液的护理[J].岭南心血管病杂志,2013,19(1):100-101.
- [5] 朱文娟.经皮心包穿刺置管治疗心包积液的护理体会[J].中外医学研究,2010,8(27):87-88.
- [6] 刘毅.深静脉置管的临床应用及护理进展[J].中外健康文摘,2011,8(37):242-245.
- [7] 周莲,蔡晓莲,何国祥.1 例髂动脉硬化性闭塞行支架植入与人工血管搭桥的护理[J].中华护理杂志,2005,1(1):41-42.
- [8] 胡江彦.Seldinger 技术置管引流恶性心包积液 35 例分析[J].临床肺科杂志,2012,17(3):568-569.
- [9] 田野,谭洪文,吴漫,等.心包穿刺置管引流治疗大量心包积液的疗效分析[J].中国循环杂志,2012,27(3):195.
- [10] 张林,熊明,张智,等.B 超引导下中心静脉导管留置引流心包积液的临床探讨[J].中西医结合心脑血管病杂志,2012,10(4):499-500.
- [11] 覃学美,曹保卫,覃自强,等.经皮穿刺心包置管引流治疗心包积液:附 38 例报告[J].浙江临床医学杂志,2010,12(8):806-807.
- [12] 何云.心包积液留置中心静脉导管引流的观察与护理[J].实用心脑血管病杂志,2010,18(12):1883-1884.
- [13] 陈国强,张爱平.经皮微创心包置管引流术的应用[J].检验医学与临床,2009,6(9):720.

(收稿日期:2013-07-17 修回日期:2013-11-26)

舒适护理在维持性血液透析患者中的应用

高海娥,王丽萍,肖秀丽(海南省农垦总医院血液净化室,海口 570311)

【摘要】 目的 探讨舒适护理模式在维持性血液透析患者中的应用价值。**方法** 将海南省农垦总医院 132 例维持性血液透析患者纳入对照组,对照组患者给予常规护理。将 145 例维持性血液透析患者纳入观察组,在常规护理的基础上,采用舒适护理模式对患者进行护理。比较两组患者的护理满意度、焦虑以及抑郁自评量表评分结果和透析并发症发生率。**结果** 对照组护理满意度评分为(80.37±1.69)分,观察组为(98.42±1.64)分,差异有统计学意义($P<0.05$)。对照组抑郁自评量表平均分为(47.56±5.26)分,标准分大于或等于 50 分的患者所占比例为 62.15%(82/132);观察组平均分为(42.13±6.59)分,标准分大于或等于 50 分的患者所占比例 12.56%(18/145)。组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。对照组焦虑自评量表平均分为(48.56±7.23)分,标准分大于或等于 50 分的患者所占比例为 75.36%(99/132);观察组平均分为(41.64±6.45)分,标准分大于或等于 50 分的患者所占比例 17.23%(24/145)。组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。对照组透析并发症发生率为 18.94%(25/132),观察组为 5.52%(8/145),组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对维持性血液透析患者采用舒适护理,能够有效提高患者的护理满意度,减少透析并发症的发生,并能够帮助患者调整不良的情绪,具有一定的临床应用价值。

【关键词】 舒适护理; 维持性血液透析; 抑郁自评量表; 焦虑自评量表; 满意度

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.06.060 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)06-0845-03

维持性血液透析是终末期肾功能衰竭尿毒症患者有效的治疗方法之一。维持性血液透析患者不仅需要严格地控制饮食和按医嘱要求长期服药,还必须定期接受血液透析治疗,给患者造成一定的心理负担。随着医学模式的发展,护理模式也从“以疾病为中心”发展到“以患者为中心”。舒适护理模式强调“以人为本”,能够使患者在心理、生理以及社会等各方面达到最佳状态,降低其不适程度^[1]。本科室通过舒适护理模式对维持性血液透析患者进行了全程护理,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 2012 年 1 月至 2013 年 2 月本科室收治的维持性血液透析患者 145 例纳入观察组,其中男 84 例,女 61 例,年龄 38~75 岁,平均年龄(45±4.2)岁;原发病类型包括慢性肾小球肾炎 55 例,原发性高血压 34 例,糖尿病 30 例,系统性红斑狼疮 12 例,肾肿瘤 8 例,IgA 肾病 4 例,不明原因 2 例。2010 年 10 月至 2011 年 12 月本科室收治的维持性血液透析患者 132 例纳入对照组,其中,男 79 例,女 53 例,年龄 61~75

岁,平均年龄(39±4.2)岁;原发病类型包括慢性肾小球肾炎 49 例,原发性高血压 32 例,糖尿病 30 例,系统性红斑狼疮 10 例,肾肿瘤 6 例,IgA 肾病 4 例,不明原因 1 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组采用常规的护理方法。观察组在常规护理方法的基础上采用舒适护理。具体方法如下。

1.2.1 舒适护理总体思路 采用“宾馆(Hotel)式、医院(Hospital)式、家庭(Home)式”,即“3H”护理服务,运用马斯洛的“需要层次理论”,不但满足患者低层次的需要,更重要的是满足其高层次的需要,使患者在生理、心理、社会三个方面得到全面的护理。(1)Hotel 式护理服务即舒适的护理:①对硬件的要求包括在视觉方面,要求环境舒适、干净整齐,在听觉方面,要求安宁怡静、音乐氛围,在感觉方面,要求温度适宜、医疗物品呈备用状态,采用绿化、播放音乐等方式体现文化氛围。②对软件的要求包括要求护理人员不仅业务过硬,而且仪表素雅、举止端庄、亲切和蔼、坦诚可信,特别是在礼仪、信仰、生活习惯等方面尊重患者,避免因不理解而造成对患者的伤害。