

总之,舒筋活血汤联合抗凝治疗可提高踝关节骨折手术患者的临床治疗效果,改善局部微循环和关节活动功能受限,缓解临床症状和疼痛,缩短患者的康复时间。

参考文献

[1] 姜裔恒,李莹,王岩. 踝关节骨折畸形愈合的诊断与治疗研究进展[J]. 中华创伤骨科杂志,2017,19(3):268-271.

[2] 关国平,孟强,牛文鑫,等. 踝关节扭伤防护及其康复研究进展[J]. 医用生物力学,2016,31(1):78-82.

[3] 杜绍欢,蔡延禄,陈万安. 不同修复方式对踝关节骨折伴三角韧带断裂的疗效及其生物力学特性的影响[J]. 海南医学,2019,30(2):196-199.

[4] WIESEN M H J, BLAICH C, TAUBERT M, et al. Residual rivaroxaban exposure after discontinuation of anticoagulant therapy in patients undergoing cardiac catheterization[J]. Eur J Clin Pharmacol, 2018, 74(5):611-618.

[5] KOZIOLOVA N A, POLYANSKAYA E A, SUROVTSEVA M V, et al. Nonvalvular atrial fibrillation and diabetic nephropathy: epidemiology, prognosis, and choice of anticoagulant therapy[J]. Kardiologiia, 2018, 17(4):81-95.

[6] 王虎,付亚辉,尚昆,等. 单一下肢骨折患者住院期间深静脉血栓发生率及分布特点[J]. 骨科临床与研究杂志, 2017, 2(3):142-148.

[7] ELMAJEE M, RAFEE A, WILLIAMS T. Ankle fracture associated with rupture of the achilles tendon: case report and review of the literature[J]. J Foot Ankle Surg, 2017,

56(6):1320-1322.

[8] 丁勇,刘世伟,张彤正,等. 活血止痛熏洗剂联合功能康复训练对踝关节骨折术后功能恢复及生活质量的影响[J]. 现代生物医学进展, 2017, 17(8):1534-1536.

[9] 孙杰. 舒筋活血汤联合中医康复治疗对踝关节手术患者关节功能恢复的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(7):737-740.

[10] 朱祥萍,吉辉,雷德会. 舒筋活血汤联合功能锻炼用于踝关节骨折术后功能恢复的临床疗效[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(7):1704-1706.

[11] 王建楠,李志刚,宋海洋,等. 早期肢体功能锻炼联合益气活血和祛瘀通络汤剂对老年髌骨骨折手术患者疗效及关节功能的影响[J]. 解放军医药杂志, 2019, 31(6):99-102.

[12] 朱小华,魏燕定,许国泰. 活血止痛汤联合神经肌肉电刺激对胫骨平台骨折术后患者功能康复及骨代谢的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(22):2476-2478.

[13] 李雷,罗甲连,郭红雪. 补肾活血壮骨汤联合椎体后凸成形术对骨质疏松性椎体压缩性骨折的疗效和远期生活质量的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2019, 10(5):671-674.

[14] 睦万琼,肖玉英,彭蓉. 改良临床护理路径在藏族四肢骨折患者围术期护理中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志, 2018, 24(8):939-944.

[15] 刘维统,杨景帆. 康复训练与舒筋活血洗剂联用对踝关节骨折术后关节功能恢复及炎性因子的影响[J]. 世界中医药, 2017, 12(6):1320-1323.

(收稿日期:2020-01-08 修回日期:2020-08-02)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.21.035

某肿瘤专科医院静脉治疗护理现状调查

王婷玉,丁 丽,刘芳容,贾 莉

重庆大学附属肿瘤医院/重庆市肿瘤研究所/重庆市肿瘤医院门诊部,重庆 400030

摘 要:目的 调查肿瘤专科医院住院患者静脉治疗现状,对存在问题进行分析,为持续提升静脉治疗质量提供依据。**方法** 按照静脉治疗小组自行设计的静脉治疗横断面调查表内容,采用便利抽样对重庆大学附属肿瘤医院 2019 年 11 月 14 日单号床位住院患者静脉治疗情况进行横断面调查。**结果** 共调查住院患者 920 例,静脉治疗 483 例(52.50%)。静脉治疗以外周静脉为主,共 331 例,使用率为 68.53%。静脉治疗使用工具中钢针使用率为 17.39%,留置针使用率为 51.14%,中心静脉导管使用率为 15.73%,经外周置入中心静脉导管使用率为 8.90%,静脉港使用率为 6.83%。钢针静脉治疗中,钢针不合理使用 59 例(70.24%)。外周静脉穿刺在关节部位有 44 例(13.29%),下肢 16 例(5.14%)。输液器的选择为非 PVC 输液器 302 例(62.53%)。导管维护、敷料固定不规范 126 例(26.09%)。静脉治疗连接器具的使用中,头皮针连接肝素帽 195 例(40.37%)。静脉治疗并发症发生率为 3.73%(18/483)。**结论** 重庆大学附属肿瘤医院静脉治疗的输液器选择、药物配置环境相对规范,但在日常维护、静脉治疗工具选择、外周静脉穿刺部位、静脉治疗连接器具选择、并发症管理等方面有待改进。护理管理者应加强以上环节医护一体化的质量控制,落实患者健康教育,加大督查力度,持续改进提升静脉治疗质量,确保患者静脉治疗安全。

关键词:静脉治疗; 静脉治疗; 横断面调查; 肿瘤; 护理管理

中图分类号:R472 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2020)21-3194-04

静脉治疗是临床最常用、最直接有效的护理操作之一。据统计,我国每年静脉治疗 50 亿人次,85%的护士用于静脉治疗的工作时间超过 75%^[1]。静脉治

疗在给患者带来益处的同时,也存在风险和安全隐患。科学、规范地进行静脉治疗对于保障患者安全至关重要。2014 年 5 月 1 日在全国各级医疗机构执行

的中华人民共和国卫生行业标准: WS/T433—2013^[2],它是原国家卫生和计划生育委员会第一次发布的护理操作规范,对于规范护理人员的技术操作、提高静脉治疗护理质量起到重要的引领作用。肿瘤医院静脉治疗与综合医院相比,有着静脉治疗疗程长、化疗等强刺激性药物使用多、患者反复多次住院等特点。本研究通过对本院各病区静脉治疗的横断面调查,了解三级甲等肿瘤专科医院护理人员对于静脉治疗护理技术操作规范的执行情况,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 调查对象 采用便利抽样,于 2019 年 11 月 14 日 9:00—12:00 调查本院 18 个临床科室 33 个病区静脉治疗患者。纳入标准:(1)当日住院单号床位的静脉治疗患者;(2)知情同意并能配合调查的患者。

1.2 调查工具 采用自行设计的静脉治疗横断面调查表进行调查。以 WS/T433—2013^[2]为基础,经查阅文献和多位护理专家 2 次探讨后设计完成。问卷由两部分组成:(1)医院整体静脉治疗护理现状调查表,包括医院床位数、当日在院患者数、当日静脉治疗人数、静脉药物配制环境、操作规范制度及职业防护的制度与落实等。(2)病区静脉治疗情况调查表,包括静脉治疗工具的选择、输液器及穿刺部位的选择、药物输入种类、各种静脉治疗工具的维护情况、敷料固定、静脉治疗连接器具的使用、静脉治疗相关并发症等。

1.3 资料收集方法 抽调全院当天在岗的 28 名静脉治疗小组成员和部分护士长,进行统一培训后,对全院 2019 年 11 月 14 日 9:00—12:00 单号床位静脉治疗患者进行普查并拍摄不规范状况的照片,进行静脉治疗现状分析。

1.4 统计学处理 将数据导入 Excel 软件并进行逻辑检错,采用频数或百分比进行统计描述。

2 结果

2.1 医院整体静脉治疗护理现状调查 本院为三级甲等肿瘤专科医院,编制床位 1 498 张。本院 2010 年成立静脉治疗小组,现有成员 30 名。自 2011 年建立静脉用药集中调配中心(PIVAS)以来,全院静脉输注肠外营养、抗肿瘤药物及其他长期医嘱的药物(除抗菌药物及临时医嘱外)100.00%在 PIVAS 进行配制。调查当日单号床位患者共 920 例,静脉治疗患者为 483 例(52.50%)。

2.2 静脉治疗工具使用情况 使用钢针 84 例(17.39%),静脉留置针 247 例(51.14%),中心静脉导管(CVC)76 例(15.73%),经外周置入中心静脉导管(PICC)43 例(8.90%),静脉治疗港(PORT)33 例(6.83%)。84 例使用钢针静脉治疗中,钢针不合理使用 59 例(70.24%),其中静脉治疗时间>4 h 13 例,非单次静脉治疗 37 例,钢针输入营养液、血管活性药物 9 例。

2.3 输液器选择使用情况 483 例静脉治疗患者中,

选择避光输液器 45 例(9.32%),非避光输液器 438 例(90.68%)。PVC 输液器 181 例(37.47%),非 PVC 输液器 302 例(62.53%)。精密过滤输液器 190 例(39.34%),普通输液器 293 例(60.66%)。

2.4 药物输入种类 化疗药物 61 例(12.63%),静脉营养制剂 108 例(22.36%),中药制剂 59 例(12.22%),血管活性药物 12 例(2.48%),脱水剂 20 例(4.14%),血液制品 4 例(0.83%),其他刺激性药物 10 例(2.07%),其他药物 209 例(43.27%)。

2.5 外周静脉穿刺部位 静脉治疗以外周静脉为主,共 331 例,使用率为 68.53%。穿刺在关节部位 44 例(13.29%),前臂 100 例(30.21%),手背 171 例(51.66%),下肢 16 例(4.83%)。

2.6 导管维护 小夹子未夹闭 7 例,接头内有血迹 7 例。

2.7 敷料固定与导管维护不规范 敷料固定与导管维护不规范 126 例,其中敷贴卷边松动 29 例(23.02%),敷贴内有积血渗液 19 例(15.08%),标识无日期、签名 24 例(19.05%),敷贴上书写日期 28 例(22.22%),胶布遮盖穿刺点 12 例(9.52%),胶布缠绕过多 14 例(11.11%)。

2.8 静脉治疗连接器具的使用 输液器直接连接 201 例(41.61%),无针连接(正压接头)87 例(18.01%),头皮针连接肝素帽 195 例(40.37%)。直口输液器 222 例(45.96%),螺口输液器 261 例(54.04%)。

2.9 静脉治疗相关并发症 发生静脉治疗相关并发症 18 例,其中局部渗出 5 例,1 级静脉炎(穿刺部位发红)10 例,2 级静脉炎 2 例,堵管 1 例,并发症发生率为 3.73%。

3 讨论

3.1 钢针使用有待规范,中心静脉治疗工具选择比例有待提高 本次调查中,使用钢针静脉治疗患者 84 例,占静脉治疗患者的 17.39%,钢针使用率低于重庆地区部分三甲医院使用率(49.51%);静脉留置针静脉治疗 247 例(51.14%),CVC 静脉治疗 76 例(15.73%),PICC 静脉治疗 43 例(8.90%),PORT 静脉治疗 33 例(6.83%),CVC、PICC、PORT 使用率高于重庆地区部分三甲医院使用率^[3],可能与肿瘤为慢性消耗性疾病,静脉输入化疗药物,营养制剂等 pH 值过高或过低,渗透压>600 mmol/L 等相关。本研究结果显示,输入化疗药物、静脉营养制剂、脱水剂及其他刺激性药物占 41.20%;经 CVC、PICC、PORT 静脉治疗占 31.47%;部分需经中心静脉输入的药物仍从外周静脉输入,存在渗漏、静脉炎等安全隐患。使用钢针静脉治疗 84 例患者中,钢针静脉治疗时间>4 h 13 例,占钢针静脉治疗的 15.48%;非单次静脉治疗 37 例,占钢针静脉治疗的 44.05%,其他不符合钢针静脉治疗条件 9 例。在不符合钢针静脉治疗条件的 59 例中,钢针输入榄香烯、华蟾素、艾迪等中药制

剂 25 例,输入 10% KCl 10 例。10% KCl 渗透压为 600 mmol/L,健康人血浆渗透压为 280 ~ 320 mmol/L。10% KCl 和榄香烯、华蟾素、艾迪等抗肿瘤中药制剂对血管内膜具有较强的刺激性^[4],经钢针静脉输入体内后,因血流速度慢,不能较快将药物稀释,可能导致血管内膜受损而出现药物性静脉炎。钢针静脉治疗操作简单,成功率高,但存在活动受限、渗漏率高、不能保留、重复穿刺使患者痛苦等缺点,增加护理人员的工作量,甚至影响患者对医院的信任度,增加护患纠纷,同时增加针刺伤发生率^[5]。WS/T433—2013 指出,一次性钢针宜用于短期或单次给药^[2]。CVC、PICC、PORT 因末端置于上腔静脉中下 1/3,上腔静脉管径 20 ~ 30 mm,血流速度 2 000 ~ 2 500 mL/min^[6],腐蚀性、刺激性的化疗药物、营养制剂等进入上腔静脉后迅速被稀释,减轻了对静脉血管内膜的刺激性,降低患者疼痛、静脉炎、渗漏等并发症发生的风险。在临床静脉治疗前,应根据治疗方案、输入药物性质、患者血管条件、患者意愿合理选择静脉治疗工具,同时护理管理者应采用健康教育专栏、工休会、网络等多种形式对护士、患者及家属进行安全静脉治疗理念、各种静脉治疗工具的优势与风险的健康宣教,达到主动、安全静脉治疗。

3.2 外周静脉穿刺部位选择存在较大风险 本次调查中外周静脉穿刺部位位于关节部位 44 例,占外周静脉穿刺的 13.29%;位于下肢 16 例,占外周静脉穿刺的 4.83%。本次调查的 18 例静脉治疗相关并发症中,有 7 例穿刺点在关节和下肢,占 38.89%,其中渗出 3 例,穿刺点发红 4 例。在关节部位穿刺既影响患者活动,也不便于固定,容易发生液体渗漏、肿胀、机械性静脉炎等并发症,还需要夹板等固定装置或胶带反复缠绕,影响护士对穿刺点有无渗液、发红、感染、静脉炎等并发症的观察,而且会因影响活动而降低患者对静脉治疗的依从性。反复在下肢进行穿刺易损伤血管内膜,中晚期肿瘤患者体质量下降明显,长时间卧床使下肢血流速度减慢,发生血栓性静脉炎和下肢静脉血栓栓塞症的风险增大。护士在选择外周静脉穿刺部位时应综合评估患者病情、年龄、治疗方案、静脉治疗持续时间、血管条件、穿刺部位局部情况,避开局部神经、已损伤部位及新穿刺过的静脉的下部位、关节部位,成人避免在下肢反复静脉穿刺。有上腔静脉压迫综合征、双上肢血管手术史、双乳腺癌根治术史等的患者可行大腿大隐静脉超声引导下 PICC 置管。此外,应加大对护士穿刺部位选择的培训和质量检查、督查力度。

3.3 深静脉导管维护、留置针固定有待改进 本研究结果发现,敷贴卷边松动 29 例,敷贴内有积血渗液 19 例,标识无日期、签名 24 例,在敷贴上书写日期 28 例,胶布遮盖穿刺点 12 例,胶布缠绕过多 14 例,占静脉治疗总例数的 26.09%(126/483)。导管维护对于保证导管局部的无菌状态、减少导管相关并发症、延

长导管使用时间具有重要意义。按照 WS/T433—2013 要求,固定穿刺针的敷料外应注明维护者姓名、日期,若穿刺部位发生渗血或渗液时应立即更换敷料,穿刺部位敷料发生松动、污染等完整性受损时应立即更换,肝素帽或无针接头内有血迹残留应立即更换^[2]。本调查结果说明本院临床实际深静脉导管维护现状与国家规范还有一定差距。本次调查中,小夹子未夹闭 7 例,接头内有血迹 7 例。有文献报道,将留置针延长管夹子夹在延长管起始部位,能降低留置针堵管发生率^[7]。WS/T433—2013 规定,延长管 U 行固定能减少回血,降低留置针堵管的发生,胶布缠绕过多不利于护理人员观察穿刺点局部情况,残胶过多也影响清洁、消毒和美观^[2]。临床工作中应注重细节管理,提升静脉治疗安全性。

3.4 静脉治疗并发症以静脉炎发生率最高 2016 年美国静脉治疗护理学会将穿刺部位发红归为 1 级静脉炎。本调查发现的静脉治疗相关并发症中,静脉炎(1 级静脉炎及 2 级静脉炎)发生率占 66.67%,静脉炎中以 1 级静脉炎发生率最高。静脉炎的发生可能与肿瘤患者治疗疗程长、反复使用化疗药致血管条件差、食欲差、进食少需反复输注静脉高营养药物等有关外,还可能与静脉内放置导管型号不当、导管留置时间过长、导管维护不当、消毒液未干等因素有关^[8]。因此,应于穿刺前评估治疗方案、血管条件、患者配合程度和经济状况选择穿刺工具,严格遵守无菌技术操作和手卫生原则,提高穿刺技术,妥善固定,及时进行健康教育;根据药物性质和静脉治疗时间、频率、用量等选择穿刺部位,使用中密切观察穿刺部位及周围皮肤有无红、肿、热、痛等炎性反应,并及时处理,避免静脉炎加重。

本次调查数据资料显示,按照 WS/T433—2013 要求,本院还存在钢针使用不规范、部分刺激性药物仍使用留置针输入、外周静脉穿刺部位不合理、中心静脉导管维护不规范等情况,有待持续改进。本院静脉治疗小组成员作为经过专业培训的专业队伍,需对全体护理人员进行肿瘤药物治疗及肿瘤患者血管特点、静脉治疗工具、部位选择及使用、管理规范等进行培训,全方位、多角度开展静脉治疗安全理念的宣教工作、静脉治疗相关并发症、静脉治疗相关产品的宣传^[9],从而推动静脉治疗安全理念的推广,加强以上环节医护一体化的质量控制,落实患者健康教育,加大督查力度,持续改进,提升静脉治疗质量,确保患者静脉治疗安全。

参考文献

- [1] 陈浩芸,陈咏请,万光明,等.专科医院静脉护理现状[J].解放军医院管理杂志,2018,25(7):692-695.
- [2] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.中华人民共和国卫生行业标准:WS/T 433-2011[S].北京:中国标准出版社,2013.

- [3] 戴芳,李望,周小兰. 重庆地区部分医院静脉治疗现状调查研究[J]. 重庆医学,2018,47(8):3233-3235.
- [4] 黎容清,谢立春. 肿瘤患者静脉输注中药制剂不良反应的原因分析与护理对策[J]. 中国医药指南,2018,32(11):287-288.
- [5] 李成香,罗琳雪,陆柳雪,等. 实施品管圈活动降低输液患者头皮钢针使用率的效果评价[J]. 右江医学,2015,43(3):287-290.
- [6] 吴玉芬,杨巧芳. 静脉输液治疗专科护士培训教材[M]. 北京:人民卫生出版社,2018:60.
- [7] 李晓华,曹琳. 留置针延长管夹子的管理对留置针堵管率的影响[J]. 护理研究,2013,27(15):483-484.
- [8] 杨莘. 静脉输液护理指南[M]. 北京:科学技术文献出版社,2009:74.
- [9] 赵林芳. 国内外输液小组与 PICC 管理研究进展[J]. 中国护理管理,2009,9(2):5-9.

(收稿日期:2020-01-06 修回日期:2020-08-22)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.21.036

综合护理模式对保留盆腔自主神经的广泛性子官切除术后尿潴留的影响

陈 蕾,王婉莹[△]

西安医学院第二附属医院妇科,陕西西安 710038

摘 要:目的 研究综合护理模式对保留盆腔自主神经的广泛性子官切除术(NSRH)后尿潴留的影响。方法 选择 2015 年 1 月至 2019 年 6 月该院采取 NSRH 术治疗的 158 例宫颈癌患者,按照抽签法随机分为对照组和观察组,每组各 79 例。对照组采取常规护理,观察组采取综合护理模式,比较 2 组患者术后尿潴留发生率、残余尿量和留置导尿时间,观察护理前后的尿动力学及生活质量变化情况。结果 观察组术后尿潴留的发生率、最后拔出尿管后的残余尿量和留置导尿时间均明显低于或短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);护理后,2 组的尿动力学最大尿道压、最大膀胱容量、最大尿道闭合压、腹压漏尿点压及功能性尿道长度较护理前均明显升高,且观察组上述指标均明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);护理后,2 组的躯体功能、恶心或呕吐、情绪功能、疲倦、社会功能、疼痛、认知功能、失眠、角色功能、气促、总体健康状况、食欲丧失、便秘、经济困难及腹泻评分较护理前均明显改善,且观察组 EORTC QLQ-C30 癌症生活质量测定量表评分均明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 综合护理模式可以明显改善宫颈癌患者 NSRH 术后的自主排尿情况,促进尿动力学恢复,降低术后尿潴留的发生率,改善生活质量。

关键词:综合护理模式; 广泛性子官切除术; 盆腔自主神经; 宫颈癌; 尿潴留

中图法分类号:R473.4;R737.33

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)21-3197-04

术后尿潴留指的是手术后膀胱虽然充盈,但是患者不能排空膀胱,是常见的术后并发症,发生率为 5%~70%^[1]。尿潴留会造成患者逼尿肌的永久损伤及膀胱的过度膨胀,给患者带来极大的不便和痛苦。由于保留盆腔自主神经的广泛性子官切除术(NSRH)的手术范围相对较大,涉及输尿管、盆腔、膀胱和直肠等重要脏器,常常会对支配膀胱的副交感、交感神经,以及膀胱的传出及传入神经造成损伤,进而在术后发生膀胱功能障碍,其中最为常见的为尿潴留,宫颈癌 NSRH 术后尿潴留的发生率为 9.1%^[2]。尿潴留需要宫颈癌患者长时间留置尿管及反复导尿,使泌尿系统感染的概率大大增加,降低了患者的生存质量^[3]。因而,如何减少尿潴留的发生一直是妇科肿瘤工作者研究的重要课题。本研究从护理学发展的角度出发,对行宫颈癌 NSRH 患者采取综合护理模式,分析其对术后尿潴留的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月至 2019 年 6 月本院采取 NSRH 手术治疗的 158 例宫颈癌患者。纳入

标准:(1)术后留置尿管者;(2)术后未开展放疗者;(3)无泌尿系统感染和泌尿系统病变者;(4)未合并重要脏器功能不全者;(5)既往没有盆腔手术史和盆腔炎史者;(6)对本研究知情同意者。排除标准:(1)存在如膀胱肿瘤、尿路结石等泌尿系统疾病而引发尿潴留的患者;(2)术前进行放疗的宫颈癌患者;(3)有中枢神经手术史、颅脑或者脊髓损伤史、骶骨畸形、脊柱裂、带状疱疹及糖尿病等可能导致膀胱功能异常的疾病患者;(4)合并有神经源性膀胱功能障碍患者;(5)有精神病,无法配合治疗者;(6)年龄超过 70 岁者;(7)术中发生严重并发症的患者;(8)依从性较差的患者。采用抽签法将入选患者随机分为观察组和对照组,每组各 79 例。观察组年龄 31~70 岁,平均(57.34±4.29)岁;临床分期:I a2 期患者 6 例,I b1 期患者 29 例,I b2 期患者 19 例,II a 期患者 20 例,II b 期患者 5 例。对照组年龄 31~70 岁,平均(56.93±5.64)岁;临床分期:I a2 期患者 6 例,I b1 期患者 28 例,I b2 期患者 19 例,II a 期患者 21 例,II b 期患者 5 例。2 组患者一般资料比较,差异无统计学意义

[△] 通信作者,E-mail:602656171@qq.com。