

锁骨下静脉穿刺术后的护理

顾晓静

(江苏省如皋市人民医院内科 如皋 226500)

关键词 :锁骨下静脉穿刺 ;术后护理 ;导管阻塞 ;预防 ;处理

中图分类号 :R 472.9

文献标识码 :B

文献编号 :1671-4040(2004)04-0079-02

锁骨下静脉穿刺术始于 1952 年,直至 1962 年由美国医师 Wilson 等人首先报道了经锁骨下静脉穿刺建立锁骨下静脉通道的方法,才使这一技术得到人们的认可与支持^[1]。目前我国主要用于起搏器安装、心电生理检查与治疗及肿瘤化治疗中。我院内科肿瘤病区已开展锁骨下静脉穿刺术 42 例,未出现 1 例操作及护理并发症。总结如下:

1 穿刺当天的护理

1.1 观察生命体征变化,注意有无并发症发生 最常见的并发症有局部出血、气胸,少见的有空气栓塞、气管穿孔。锁骨下静脉穿刺与插管虽然对静脉壁有一定损伤,但一般不至于引起大出血,即使穿刺针进入动脉,因针孔较小出血也很有限,局部压迫近 10~20min 即可;如误入动脉后又插入扩张管,拔出导管后即可造成大出血。如术后发现患者血压下降、心率加快,应立即报告医生,请外科会诊。如观察到患者逐渐出现呼吸困难,穿刺侧呼吸音减低甚至消失,提示可能发生气胸,确诊后行抽气或胸腔闭式引流术。如术后患者觉胸痛、气短等,可能是术中穿刺针或导管进入血管后未能及时封堵,造成空气栓塞。气管穿孔发生率很低,主要是由于进针过深所致。我病区 42 例锁骨下静脉穿刺未发生上述并发症。

1.2 其他 记录穿刺时间、置管深度、导管末端位置。因锁骨下静脉穿刺可保留数月,因此要及时记录穿刺时间,以备日后查证。记录置管深度也很重要,一般患者置入 10~13cm 即可,导管置入过深可能进入右心房,而引起导管断裂等严重不良后果。

尾部,以减少骶部受压;协助按摩骨突等受压部位,促进局部血液循环。对截瘫病人要积极协助各关节被动屈伸及肌肉揉按,避免粗暴动作,防止关节僵硬和肌肉萎缩。对触觉不敏感的肢体,注意防止烫伤和压伤,骨突处垫以棉圈或气圈,以免局部长期受压。(3)鼓励多饮水。注意会阴部清洁卫生,防止尿路感染、结石。

2 结果

本组中 19 例非手术治疗者,伤后 8 周随访、复查,腰痛消失,二便调畅,四肢活动自如,日常生活自理,恢复学习和轻的工作。7 例内固定术后病人(6 例病人于术后 12~15 月回院拆除内固定物),3 例留置尿管出院的,其中 1 例外省民工失去联系,1 例出院后 2 周能自排尿顺利拔管,另 1 例全瘫者,出院后 2 月拔除尿管,能自排小便,但常失禁,1 年后复查双下肢可站立,需扶双拐行走,二便时有失控。其余 4 例 1 年后复查,1 例女病人内固定物断裂,幸好骨折已愈合,另 3 例正常。25 例病人均无发生并发症,功能康复达到预期目标。

3 讨论

随着社会的发展,生活、文化、技术水平的提高,人们对

2 穿刺处的护理

2.1 敷料贴膜的更换 术后次日更换 1 次,因锁骨下静脉穿刺术后局部可能会有渗血,应及时换药以保持清洁。渗血停止后,夏季可隔日换药 1 次,春、秋、冬季可隔 2d 换药 1 次,肝素帽隔日更换。

2.2 穿刺处感染的预防 对穿刺处局部,我们换药时以碘伏棉球擦拭,如发现穿刺处周围有发红现象,以红霉素软膏或金霉素眼膏外涂,如效果不理想,可取局部分泌物进行细菌培养并做药敏试验。

2.3 导管固定情况的观察 我们在深静脉导管蝶翼处用缝线将导管固定在皮肤上。每次换药时及输液前观察导管深度,如发现导管向外脱出,不能再向内送入,只要导管尖端仍在血管内,就可以继续保留。此时可在局麻下将导管的体外部分以缝线重新固定。

3 导管阻塞的预防及处理

3.1 导管阻塞的预防 导管保留期间,为防止局部血栓形成,我们每天以肝素生理盐水 3~5mL 冲洗导管。如病人处于高凝状态,给予静脉使用肝素。每次输液或取血后封管前都用肝素生理盐水冲洗导管。

3.2 导管阻塞的常见原因 引起导管阻塞的常见原因有封管方法不当、停止输液时间过长、液体输入速度过慢、采血时间过长等。

3.3 血栓引起阻塞的处理 如锁骨下静脉置管后护理不当可引起导管内血栓形成,这也是深静脉置管易发生的问题。

生活质量的要求也相应提高,故护理工作领域日益扩大,而家庭康复护理是整体护理的一部分,是临床护理的延续。护理学是由保健、预防、临床与康复 4 个方面构成的完整体系,如果病人的功能不能很好的发挥,不能正常地生活和工作,这就意味着护理工作还没有结束。合格的护士不仅应对住院、门诊的患者负责,还应为出院后的患者负责:不仅是协助完成医疗任务,还要为患者恢复功能负责^[2]。基于目前护理人力资源和社区护理条件所限,做好家庭康复指导,不仅有益于病人康复,提高生活质量,减少并发症,促进病人回归家庭,回归社会,同时提高住院病床周转率,减轻家庭和社会的经济负担,而且有利于护士自身素质的提高,更好拓展护理领域。让康复护理稳步迈向社会,走进家庭,以满足人们的健康需求。

参考文献

[1]杜克,王守志.骨科护理学[M].北京:人民卫生出版社,2000.456
[2]李树贞,赵曦光.康复护理学[M].北京:人民军医出版社,2001.11~12

(收稿日期 2004-02-16)

Ramsav Hunt 综合征的治疗与护理体会

王旭宁 刘春光 曲秀丽

(山东省乳山市人民医院 乳山 264500)

关键词 :耳带状疱疹 ;Ramsav Hunt 综合征 ;护理

中图分类号 :R 473.77

文献标识码 :B

文献编号 : 1671-4040(2004)04-0080-01

Ramsay Hunt 综合征又称耳带状疱疹,临床少见,是由水痘-带状疱疹病毒引起的多颅神经炎,典型表现为耳痛、耳部疱疹、周围性面瘫,可伴有耳聋、耳鸣、眩晕等内耳症状。1995 年 1 月~2003 年 10 月我们共收治 14 例 Ramsay Hunt 综合征患者,治疗效果良好。兹报道如下:

1 临床资料

14 例患者中,男 10 例,女 4 例;年龄 38 岁~72 岁,平均 54 岁。均为单侧发病,左侧 8 例,右侧 6 例,发病前一般出现头痛、乏力或低热不适症状,后出现患侧耳部疼痛,程度轻重不等;耳部疱疹分布在外耳道 9 例,耳甲腔 5 例;完全面瘫 7 例,不完全面瘫 7 例;5 例伴有耳鸣、听力下降及眩晕。全部病例应用糖皮质激素(地塞米松静滴或强的松口服)和病毒唑治疗,同时给予西比灵、都可喜、敏使朗、VitB₁、VitB₁₂、ATP、CoA 等,2 周后配合针灸、理疗促进神经功能恢复。经综合治疗,全部病人耳部疱疹均在 10~15d 内治愈,9 例病人 2~3 周内,4 例病人 1 个月后,1 例 2 个月后,面瘫症状开始好转。最终完全恢复 12 例,不完全恢复 2 例。

2 护理体会

2.1 一般护理及用药 由于此病发病前多有诱因,如受凉、疲劳、饮酒、病灶感染等,及时了解有无患病诱因,让病人有一个安静、舒适的治疗环境,避免出现使病情加重的因素。由于本病患病人多为中、老年患者,合并消化道溃疡、糖尿病、高血压和心脑血管疾病的人较多,入院时要详尽询问,以便医生治疗用药时作出恰当的处理。糖皮质激素等药物应严格按医嘱给予,督促病人按时服药,观察药物疗效及副作用,应注意有无反酸、腹胀、腹痛、下肢麻木、皮肤瘙痒以及大小便色、质的变化等。

2.2 全身护理 尽管耳部疼痛、疱疹和患侧面瘫是诊断本病的重要依据,但临床观察这些症状出现的先后和时限不定,常因侵犯部位的不同,症状也有差异;耳带状疱疹病毒主要

侵犯面神经,但也常累及三叉神经、听神经、舌咽神经和迷走神经,还可侵犯脑膜、脑及脊髓本身,引起浆液性脑膜炎、弛缓性麻痹等。对待每一位病人,都应精心护理、细心观察,如病人出现眩晕、头疼加重,咽部疼痛,进食呛咳,颈部僵硬等情况,应及时向医生反应沟通。

2.3 耳部、眼部的护理 耳部疱疹处保持清洁干燥,局部可用紫药水或抗病毒药物涂抹,避免搔抓,防止局部感染或传染他人。我们曾有医生接诊此类病人后患病的教训,因此与患者接触的医护人员应做好自身防护。同时,应对病人的患侧眼睛进行有效防护,如用氯霉素眼药水滴眼,夜间涂金霉素眼药膏,必要时可戴眼罩,以减少因面神经麻痹引起的泪液减少和眼裂关闭不全所致的角膜损害,防止干燥性角膜炎的发生,注意眼罩必须每日更换、消毒。

2.4 口腔护理 由于面瘫患者每次进食后,食物会存留于患侧龈沟内,需指导患者进食后及时清理口腔残留食物,避免口腔感染。面神经受累可能出现唾液分泌减少、患侧舌前 2/3 味觉减退的情况,指导患者尽量少食用强刺激性食物,多饮水,以缓解症状。

2.5 康复护理 给予针灸、理疗红外线照射或短波透热等可改善局部血液循环,消除水肿,并能减轻局部疼痛症状。恢复期,患者常自感面部“晨重暮轻”,应尽早开始自我功能训练,指导病人做皱眉、举额、闭眼、露齿、鼓腮和吹口哨等动作,或辅以面部肌肉的按摩。

2.6 心理护理 患者耳部、头部疼痛,面部表情肌麻痹影响容颜,甚至出现严重耳鸣、耳聋和眩晕症状,或过分担心面瘫不能治愈而遗留终生面部畸形,大多存在程度不同的焦虑和恐惧心理,为此应耐心向病人解释此病的病因、治疗经过及预后,说明按医嘱服药的重要性,指导其正确用药,消除病人的焦虑、恐惧心理。

(收稿日期: 2004 - 03 - 02)

如果液体输入顺利而抽不到回血,说明可能有微小血栓形成。可先注入肝素生理盐水封管,30min 后再回抽,一般均可见到回血。如系完全阻塞,可用注射器尽力回抽,绝不能向内推注,否则可将导管内的血凝块推入血管而引起肺栓塞。如效果不理想,可用 20mL 注射器抽取生理盐水 20mL 加尿激酶 20 万 u ,先回抽后再推注 0.5mL,停留 10min 后再回抽,可反复操作,以使血栓溶解。如仍不通畅,只能拔除。如多腔静脉导管中的某一腔发生堵塞时仍可继续保留,但要在这一管道接口处做禁用标记,以防他人误操作。

4 深静脉导管意外拔除的预防

深静脉导管意外拔除可能导致局部大出血,引起导管意外拔除的常见原因有:病人处于烦躁或谵妄状态,不自主自行拔除或躁动后意外扯出;医务人员进行医疗护理操作时不

慎牵拉;或导管未与皮肤以缝线固定,而导致导管拽出。因此深静脉穿刺术后,一方面护理人员的操作一定要耐心仔细,另一方面输液过程中要有人严密观察,对意识不清者上肢要适当固定。

总之,锁骨下静脉穿刺术经过四十多年的不断改进,已成为一项比较成熟的技术,但在术后的护理上仍需不断改进和加强,以更好地发挥深静脉导管的作用,在允许的范围内尽可能延长留置时间。

参考文献

[1]陈练,智光. 心血管病床旁操作技术[M]. 北京:人民军医出版社, 2002. 135~151

(收稿日期: 2004 - 03 - 02)