

外周静脉置管术在长期住院老年病人中的应用与护理

刘雪红

(浙江医院 杭州 310013)

关键词:外周静脉置管术;老年人;护理;应用

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)02-0076-02

老年人由于生理改变为慢性退行性改变,各组织器官功能衰退,易引起多种疾病,需长期住院治疗,经常有反复多次输液的机会,但大多数老年病人都有不同程度的动脉硬化,因此老年病人的静脉有血管壁增厚、管腔狭窄、血管弹性差、脆性增大以及皮肤组织松弛等特点。这就增加了静脉输液的难度,也给护理操作带来困难,为减少病人的痛苦,外周静脉穿刺置管(Peripherally inserted central catheter,PICC)是很好的选择。我科从 2003 年 1 月~2005 年 5 月,对 50 例老年病人进行 PICC 置管。现就观察护理介绍如下:

1 资料与方法

- 1.1 临床资料 老年病人 50 例。其中男 42 例,女 8 例;年龄在 62~88 岁,平均 74 岁;脑出血后遗症 10 例,脑梗死 21 例,老年痴呆 13 例,冠心病 6 例。所有病例凝血功能均无异常,无感染性疾病。
- 1.2 材料 统一使用美国 BD 公司生产的 PICC 导管(型号 FR4)。
- 1.3 方法

- 1.3.1 用物准备 PICC 管 1 套,手套 1 双,肝素稀释液(200mL 生理盐水加 1 支 1.25 万 U 肝素钠)1 瓶,皮尺 1 个,无菌治疗巾 4 块,5mL 注射器 1 支,无菌自黏贴 1 张,肝素帽 1 只。
- 1.3.2 操作 (1)选择血管:双上肢的贵要静脉为首选,其次为头静脉,最后为正中静脉。(2)穿刺时患者取平卧位,手臂外展与躯干呈 90°,用皮尺测量从穿刺点→腋下→右胸锁关节处再向下至第 3 肋间的长度。(3)在穿刺部位下垫垫巾,以穿刺点为中心向外周约 20cm 常规消毒。(4)打开 PICC 无菌包,戴手套,铺 4 块无菌巾,用肝素稀释液预冲管道,保证通畅。(5)系止血带,用 5mL 注射器局麻后进行穿刺,见回血后压低进针角度,再带套管一起进入血管 2~3cm,以确保外套管进入血管,抽取回血,确定进入血管,松开止血带,用左手食指按压住穿刺针外套管,以防外套管滑出血管,中指压住穿刺针尖上方 1cm 处的血管,以减少出血,撤出针芯,将 PICC 管送入套管,注意观察病人反应,当导管尖端将达肩关节长度时,让病人头部偏向穿刺侧,下颏尽量靠近肩部,使导管进

骨折禁止患肢内收动作。

2.2.3 康复第三期(术后 5 周后) 如无不良反应情况下,全面练习肩关节活动。指导病人可徒手练习如下动作:(1)划圆圈或做钟摆样前后、左右运动。向前弯腰,使上臂自然下垂,活动上肢,顺时针或逆时针在水平面划圆圈。活动范围由小到大,每次活动 50~100 次即可,此种方法很简单,由于没有抗地心引力的作用,所以活动的幅度大,难度小,也不受客观条件及地点的限制。(2)将患侧手置于背后,然后用健侧手托扶患侧手去触摸健侧肩胛骨。(3)举臂摸头后部(肩外展外旋)。(4)反臂摸腰,即用患侧手指背侧触摸腰部(肩外展,内旋,后伸)。(5)患侧手横过面部去触摸健侧耳朵(肩内收,外旋)。(6)划船动作(肩内收,外展,内旋,外旋,前屈,后伸,上举)。(7)用健肢帮患侧肩高举,外展,前屈,后伸。(8)摸墙:病人面墙而立,患肢的示、中指在墙上爬动,使患肢上抬,待不能再往上爬时,做好标记,以后逐步改善。每天进行 3 次,每次重复 5 遍。

当肌力达 3 级以上可作渐进性抗阻力运动,用哑铃、沙袋等负重方法练习肩部的抗阻运动。

3 结果

全部患者术后随访 3 个月,随访时参照美国 Michael Reese 医疗中心制定的评分标准^[2],总分 100 分,其中疼痛占 75 分,功能占 12.5 分,活动度占 12.5 分。判断标准:优:100 分;良:75 分以上;中:50 以上;差:50 分以下。在 46 例病人中,达优者 43 人,达良者 3 人,总优良率达到 100%。

4 讨论

肱骨外科颈骨折术后肩关节僵硬是影响上肢肢体功能恢复的重要因素。在肱骨外科颈骨折术后早期康复训练过程中,护理人员应先针对病人的心理特点进行心理护理和健康宣教,使病人面对现实,保持良好的身心状态,主动配合进行早期的康复训练。其次,针对不同康复时期,制订各期的康复训练计划。早期以静力性练习为主,做简单等长练习;中期以渐进性抗阻训练为主,预防上肢肌肉废用性萎缩,促进肌肉的恢复;后期肩关节康复训练时间长,鼓励病人要有信心、积极性,循序渐进,持之以恒。作为病人主观努力的过程,要经常予以语言鼓励,并显示练习的效果,切实增加病人信心和长期坚持练习的积极性。做关节活动范围训练时,以主动训练为主,需被动训练者,避免动作过大过猛,以防造成不应有的损伤。每次训练后作好记录,利于日后训练效果的对照^[3],信心百倍地恢复良好的肩关节和上肢功能。对老年人或有心血管系统疾病的病人作肌肉练习时,需避免最大强度练习和闭气使劲。

参考文献

[1] 吕志媛. 创伤骨科护理学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 101~102

[2] 戴克戎. 肩部外科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1992. 399~411

[3] 杜克, 王守志. 骨科护理学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 406~409

(收稿日期: 2005-09-12)

重症颅脑损伤病人肠内营养的护理体会

李燕芬 孙莉莉 蒋淑蓉
(浙江省宁海第一医院 宁海 315600)

关键词: 颅脑损伤; 肠内营养; 护理

中图分类号: R 473.6

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2006)02-0077-02

重症颅脑损伤病人病死率及致残率均偏高, 胃肠内营养(EN)在降低病死率、改善病人生存质量的重要性方面备受关注。作者对 42 例重型颅脑损伤患者应用肠内营养支持治疗的护理体会报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 我院自 2001 年~2003 年 5 月对收住 42 例重症颅脑损伤病人实施肠内营养支持治疗, 其中男 32 例, 女 10 例; 年龄 12~78 岁; 硬膜外血肿 9 例, 硬膜下血肿 11 例, 脑挫裂伤 5 例; GCS 评分 3~5 分 18 例, 6~8 分 24 例。

1.2 营养选择 选用国产“瑞素”肠内营养乳剂, 500mL/瓶。

1.3 胃管选择 选用聚氨酯(PV)胃管 12~14 号, 因其质地

软, 管径细, 刺激小, 病人感觉舒服。

1.4 营养支持方法 于入院后或手术后 2~3d 将胃管插入胃内, 开始用瑞素肠内营养支持时, 首日量减半喂养 500mL, 以后逐日增加量, 胃肠适应 3~5d 后按全量给予, 一般成人每天 1 000mL, 每日分 4~6 次鼻饲^[1], 每次量 100~150mL 左右, 速度要缓慢, 在 5~10min 内缓缓注入喂养管^[2]。

2 结果

本组 42 例, 有 6 例病人在肠内营养支持中发生腹泻, 3 例病人中途并发应激性溃疡出血暂停, 其余病人经过 2 周~1 个月的瑞素肠内营养支持治疗后, 逐渐过渡到混合奶、半流饮食和正常饮食。全身营养情况正常占 40%, 中度营养不良

入上腔静脉, 当导管送至所测长度标记后, 按住套管针上方, 退出穿刺套管, 再慢慢拔出导丝, 安装连接器, 抽取回血, 检查置管情况, 确定良好后装肝素帽接头。(6)用碘酒消毒穿刺点后压 1 块小纱布, 将体外导管放置呈“S”状弯曲, 用无菌自黏贴固定导管, 置管后拍 X 片确定 PICC 导管位置并记录。

2 结果

一次性穿刺成功 48 例, 成功率 97%, 2 例出现置管困难, 置管时间最短 5d, 最长 200d, 目前仍在使用中, 平均在 30~90d 之间。

3 护理

3.1 穿刺部位的护理 注意观察穿刺点的渗血情况, 首次穿刺后次日应换药 1 次, 以后每周换药 1 次, 夏天 2 次。如果敷贴不黏、受潮或污染时应及时更换。换药时应逆导管方向揭开敷贴以免将导管带出。然后用 2% 碘伏棉球从针眼处螺旋向外消毒皮肤 6~8cm, 左手固定接头, 从针眼处开始顺着导管往外消毒至连接器处, 重复数次, 待干, 再贴上无菌自黏贴, 注意一定要采取“S”型固定。

3.2 封管 输液完毕后, 采用脉冲式或 SAS 封管法, 用 20mL 生理盐水点射状推注, 使整个导管和接头都充满盐水, 使其内保持正压状态, 防止血流进入导管。

3.3 并发症的预防和护理对策

3.3.1 感染 本组 2 例发生在置管后 1~3 周, 表现为寒战、高热, 体温在 39℃ 以上, 给予拔除导管并作细菌培养, 按药物敏感试验结果给予应用相应的抗生素后症状得到控制。多数是由于导管处皮肤上的细菌经皮下隧道移居到管腔外引起的。因此在穿刺操作时应严格无菌操作, 穿刺后每日观察局部有无红肿、疼痛、渗血及分泌物, 敷贴受潮或污染时应及时更换, 洗澡时用保鲜膜把带管上肢包裹好上举, 避免进水, 以

防感染。

3.3.2 穿刺处渗血 出现在穿刺后 1d 内, 表现为局部敷贴上有渗血, 经更换敷贴, 压迫穿刺点 20~30min 后大多数可止血。因此穿刺后应向患者讲明相关注意事项, 嘱术侧上肢勿过早活动和用力过猛。

3.3.3 静脉炎 5 例患者出现静脉炎, 发生在置管后 5~7d。表现为局部发红, 肿胀, 沿静脉走向出现红线, 或呈条索状。主要与患者自身静脉条件及导管质量有关。因此置管后应每天早晚预防性地应用红外线照射, 配合喜疗妥软膏外用能很好的防止静脉炎的发生。

3.3.4 导管堵塞 主要是由于血液回流过久, 未能及时处理, 未正压封管, 输注脂肪乳剂时速度过慢等原因引起管腔阻塞。因此输液过程中应加强巡视, 观察滴数, 正确封管。出现导管阻塞时切勿用液体加压冲洗, 应用肝素稀释液间断负压抽吸来恢复通畅。

3.3.5 导管脱出 发生 2 例, 由于患者更衣时不小心带出或固定不当引起, 2 例均完全脱出。主要预防是工作时向患者作好宣教及相关注意事项, 固定时导管末端最好用纱布包裹, 再用胶布固定。

PICC 置管术是一种创伤小, 操作简单, 应用广泛的新技术, 目前主要应用于肿瘤病人。但现在越来越多的老年病人也正在使用中。它的优点在于: 穿刺点在外周静脉, 比较直观, 穿刺成功率高, 血管可选择性大, 穿刺点表浅易于止血, 创伤小感染机会也少。因此很多长期住院的老年病人都愿意选用 PICC 进行输液。但在护理上应加强术前宣教, 重视自我预防, 避免不必要的危险发生, 同时加强 PICC 规范化护理操作也是十分重要的。

(收稿日期: 2005-08-23)