

中心静脉导管在胸腔闭式引流中的应用和护理

朱宏波 章华萍 杨玉敏 李叔国 丁刚 张雄广
(浙江省台州市中心医院 台州 318000)

关键词: 静脉导管; 胸腔积液; 应用; 护理
中图分类号: R 473.5 文献标识码: B 文献编号: 1671-4040(2008)01-0082-02

胸腔积液是临床上的常见病, 病因多种多样, 常见于结核性渗出性胸膜炎、肺或胸膜恶性肿瘤、心力衰竭、低蛋白、肺炎旁积液等疾病。在 ICU 中, 心力衰竭和低蛋白等为常见原因, 可导致严重呼吸困难、脱机拔管困难、加重心脏负担等, 如不及时处理, 常致预后不良, 延长住 ICU 时间, 增加住院费用, 甚至危及生命。临床上传统的治疗方法是胸腔穿刺术, 抽取胸腔积液, 但 ICU 病人常一般情况较差, 难以耐受。中心静脉导管闭式引流是近年来新出现的一项技术, 自 2003 年 8 月~2006 年 8 月对我科 38 例患者采用中心静脉导管(德国贝朗公司生产)进行胸腔积液引流, 取得满意效果, 且并发症少。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2003 年 8 月~2006 年 8 月入住 ICU 且胸腔积液的病例 38 例, 男性 21 例, 女性 17 例; 年龄 45~82 岁, 平均 61 岁; 其中心衰 18 例, 低蛋白 15 例, 其他原因所致 5 例; 单侧 27 例, 双侧 11 例。

1.2 操作方法 (1)B 超定位选择最佳穿刺点; (2)取 B 超定位时所取体位, 因 ICU 病人均卧床, 故多取半坐位或坐位, 前臂上举, 抱于枕部^[1]; (3)常规消毒, 铺洞巾, 局麻后左手固定穿刺部位的皮肤及肋间, 右手持穿刺针, 沿下位肋骨上缘刺入胸壁直达胸膜, 见回液后, 将导丝经穿刺针送入胸腔, 拔出穿刺针, 顺导丝送入导管约 10~15cm (不需扩皮) 后退出导丝; (4)穿刺点及周围皮肤消毒, 用敷贴固定导管, 经 2mL 针管连接引流袋(针管前端接导管, 后端接引流袋)。地对待每一位患者。

4.2 把握认识疾病的时机 脊髓损伤区别一般疾病的特征是康复周期长, 损伤愈合慢且常伴有机体残疾。所以帮助患者理解脊髓损伤特点及接受自身疾病也是康复护理中的重点。要把握好说话的时机, 掌握好说话的分寸和技巧。要使患者了解神经恢复慢等特点, 使其明白恢复时间较长, 给患者一个自己认识残疾、接受残疾的缓冲时间, 这样有利于患者心理的稳定和康复。当患者病情比较稳定, 并且有一定心理承受能力时再逐步向其透露真实情况。

4.3 明白康复训练的价值和意义 帮助脊髓损伤患者正确认识康复训练的重要性, 引导他们将注意力集中于康复训练上, 是患者康复的关键。同时也有利于患者心理能量的正确释放, 缓解心理压力。对康复训练的评价要符合实际, 使患者从心里重视, 并且掌握循序渐进、持之以恒的原则。

4.4 协助患者自身心理调整, 重建患者价值取向 教会患者从科学的角度去了解人的心理特点和如何应对心理创伤, 学会正确应用心理防御机制, 减轻心理创伤的伤害程度, 掌握一些调节心理压力的技巧, 如宣泄法、放松法等。并且使患者真正懂得残疾并不等于失去自由及一切, 也不等于没有作

1.3 拔管指征 在保证导管通畅的情况下, 无液体引出, 48~72h 后超声证实胸腔内无胸水或几乎无胸水时拔管。

1.4 护理

1.4.1 引流期间 (1)密切观察病情变化, 清醒者询问有无不适感觉, 昏迷者观察生命体征变化及神志反应等; (2)首次引流量不宜超过 600mL, 以后呈间断引流, 每次间隔 3h, 每次引流量不超过 1 000mL; (3)加强局部皮肤护理, 保持穿刺周围皮肤清洁、干燥, 每周更换敷贴两次, 如有渗血、渗液、潮湿不粘等情况及时更换, 防止局部感染, 如发现穿刺处发红, 则每天局部消毒, 更换敷贴并涂抹百多帮, 7~10d 可恢复正常; (4)妥善固定导管, 以免患者不慎拽脱, 本组病人无 1 例发生此现象; (5)保持引流通畅, 防止扭曲、压迫、滑脱, 应间歇夹闭导管, 避免逆行感染; (6)观察并记录胸水的颜色、性质和量等。

1.4.2 引流不畅或堵管时的护理 本组有 12 例导管引流不畅或堵塞, 经处理后全部再通, 处理方法如下: (1)检查引流管是否扭曲或受压迫, 并变换患者体位, 无效则用生理盐水冲管, 如仍无效则考虑大部分堵塞, 可用 α -糜蛋白酶 8 000U 溶于生理盐水 1mL 后注入导管内, 30min 后导管内引流物溶解后抽出^[2]; 如仍无效, 证实导管完全堵塞, 则需拔管。 (2)如果引流一定量胸水后出现引流不畅, 可能是胸水减少, 膈肌上升后堵塞引流管口, 或是胸腔内导管过长造成弯曲导致管口上抬高出液面, 此两种情况只需将导管适当退出少许即可通畅。

为和价值。重新建立患者的价值取向, 正确认识残疾和残疾后的人生价值, 树立正确的价值观, 重新找回人生的幸福感, 坦然面对残疾和未来。

SCI 病人大多为突发事故意外受伤, 病人的生理状况和社会地位的突然改变, 必然会造成不同程度的焦虑和抑郁心理反应。心理的调整和适应需要经过一段艰苦和缓慢的过程。不同的患者因其职业、文化程度、经济条件、自费或公费的不同而会出现不同的心理反应。护理人员要充分了解和掌握病人的各式各样心理反应, 因人而异、因势利导、循循善诱地进行护理干预, 使病人尽快过渡到承认和适应阶段, 获得生理和心理的全面康复, 以使尽早回归家庭和社会。

参考文献

[1]卓大宏.中国康复医学[M].北京:华夏出版社,1990.396
[2]中国大百科全书编辑部.中国大百科全书•心理学[M].北京:中国大百科全书出版社,1991.436,519
[3]刘晓虹.护理心理学[M].上海:中国人民解放军第二军医大学出版社,1997.86-96
[4]朱进才,李晶,曲立波,等.外伤性截瘫患者的心理状况调查分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2001,22(6):646

(收稿日期: 2007-08-11)

静脉微泵治疗心功能不全并重症低钾血症的观察和护理

陈小芬 陈伟训

(浙江省平阳县人民医院 平阳 325400)

关键词:心功能不全;低钾血症;护理;静脉微泵

中图分类号:R 473.5

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)01-0083-02

心功能不全是临床上常见的疾病,合并低钾血症并不少见,如不及时处理将会诱发心律失常等多种并发症,加重心功能不全。并发重症低钾血症(血钾 $\leq 2.5\text{mmol/L}$),更影响病人的预后,甚至威胁生命。常用的补钾方法有很多,而静脉微泵治疗低钾血症可以控制输入量及快速补钾正是适应心功能不全并重症低钾血症的抢救。我们收集并分析了我院 2002 年 1 月~2006 年 1 月心功能不全并重症低钾血症的病例共 47 例。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 对象 我院 2002 年 1 月~2006 年 1 月心功能不全并重症低钾血症的病例共 47 例,男 33 例,女 14 例,年龄为(65.7 $\pm$ 13.2)岁,血钾浓度 1.1~2.4mmol/L。原发病:冠状动脉硬化性心脏病 21 例,风湿性心脏病 5 例,高血压性心脏病 13 例,甲状腺功能亢进性心脏病 6 例,心肌病 2 例。

1.2 方法 使用一次性 50mL 注射器抽取 50mL 10%氯化钾原液置于微泵内,经静脉留置针 5~15mL/h 缓慢输注,根据血钾浓度及尿量情况随时调节速度。在补钾开始 1、3、5、8、12、18h 监测血钾浓度,监测每小时尿量、EKG 和临床情况。

2 结果

47 例患者除 1 例出现室性心动过速、室颤、心脏骤停,另 1 例出现顽固性心衰,经抢救无效而死亡外,其余患者经 2~4d 积极补钾后血钾恢复正常,同时心功能情况得到改善。有 3 例出现局部的疼痛,1 例出现静脉炎,其余患者未发现严重的副作用。

3 观察和护理

3.1 病情观察 (1)监测血钾浓度:于 1、3、5、8、12、18h 抽

2 结果

38 例病人均一次性置管成功,手术成功率 100%,未出现并发症,无 1 例发生留置导管脱出。其中 25 例病人病情好转后转到普通病房,8 例自动出院,5 例病情加重死亡。18 例满足拔管指征后在 ICU 拔管,留管时间 10~41d,平均(18 $\pm$ 2.5)d,7 例转到普通病房后拔管。

3 讨论

由各种原因引起的胸腔积液在临床上十分常见,大多数需要排液,传统方法反复穿刺,不仅增加了病人的痛苦,同时也增加了器官组织的损伤。采用中心静脉导管输送技术,穿刺针入腔内浅,停留时间短,导管直径小,顶端柔软,且有导丝引导,与传统方法相比创伤小,安全性高,重复性好,一般情况差及年老衰弱患者也可耐受,并可在不同体位下进行引流,方便随时留取新鲜标本供检验。同时,只需按规范操作导管就不容易产生脱管现象。但是也存在一定的缺点,如留置时间较长或积液浑浊、黏稠易堵管,堵塞物多为胸膜脱落的坏死组织或纤维蛋白和凝血块的混合物,尤其是反复置管患

血,根据血钾情况调节微泵输注速度。(2)观察尿量情况:尿量的多少不仅反映心功能改善的情况,而且是否是补钾的一个指标。如尿量减少,甚至少尿、无尿,应考虑病情危重,同时通知医生予以处理或暂停补钾。(3)持续的心电监护:低钾可以出现各种心律失常,T 波低平、倒置或双向,出现 u 波,ST 段下移。如发现致命的心律失常,及时向医生汇报并注意观察生命体征的改变。(4)临床症状的观察:不但要观察生命体征的改变,而且要注意原发病的情况和可能出现的消化道症状。观察瘫痪肢体肌力、肌张力和腱反射改变情况,更应注意呼吸肌状况。

3.2 护理 耐心向患者解释病情,树立和病魔作斗争的决心和信心,消除对疾病的恐惧,同时做好患者和家属的安抚工作。考虑高浓度的钾盐对静脉的刺激所造成的疼痛及静脉炎,应做好患者的思想工作,绝对卧床并尽可能选用粗大的静脉,在静脉的上方予以湿毛巾热敷,可以减轻疼痛。严密观察注射部位,防止液体外漏。其中 3 例患者出现疼痛,予上述处理后可以耐受。1 例出现静脉炎的患者予以喜辽妥乳剂涂抹 5d 后好转。

4 讨论

微泵是一种用少量液体将药物精确、微量地、均匀、持续地泵入体内的泵力仪器。输液时应保持管道通畅,防皮管折叠,及时发现处理各种故障,了解常见的报警原因并根据医嘱及时调整流速,注明调整时间,特别嘱咐患者不可自行调快速度。心功能不全是一种严重的疾病,合并低钾血症,更增加其危险性。而我们观察的 47 例患者中仅出现 2 例死亡,1 例为顽固性心衰,另 1 例为室性心律失常,说明微泵补钾是者。操作不规范或留置时间长可引起导管相关性感染,多为细菌经导管逆行感染,随留置时间的延长,感染机会增加,应尽早拔管。但是如果能够做到严格实行无菌操作,并且做好局部护理,可明显减少导管相关性感染的发生。所以在应用中心静脉导管引流胸腔积液的过程中,做好操作和护理的每一个步骤都至关重要。本组 25 例顺利拔管,另外 8 例自动出院病人及 5 例死亡病人在引流期间定期复查,床边胸腔 B 超,引流效果亦明确,且无 1 例发生脱管及逆行感染现象。

综上所述,我们认为中心静脉导管在各种原因引起的胸腔积液引流方面有很好的作用,尤其是需反复多次穿刺引流以及一般情况较差的患者,更是具有传统方法不可比拟的优势,值得临床上广泛推广。

参考文献

[1]欧阳钦.临床诊断学[M].北京:人民卫生出版社,2003.394-395
[2]周玉珠,王玉莲.中心静脉导管用于胸腔闭式引流的护理[J].护士进修杂志,2004,19(2):188-199

(收稿日期:2007-04-20)