

静脉输液后新式拔针法效果观察

汤小春¹ 陈谷霖²

(1 江西省武宁县人民医院 武宁 332300;2 南昌大学第二附属医院 江西南昌 330006)

关键词:静脉穿刺;拔针法;护理

中图分类号:R 472

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)06-0084-01

静脉输液是治疗各种疾病的重要途径,是护理人员最基本的操作技能。传统的拔针方法护士与患者很少沟通,且常需要关闭输液器开关,用无菌干棉签按压穿刺点上方,此法常引起患者局部疼痛及皮下瘀血。为减轻患者疼痛,提高患者舒适度,并保护静脉,本院于 2007 年 5 月~2008 年 5 月采用新式拔针法,临床效果满意。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择在住院部接受静脉输液患者 100 例,男 52 例,女 48 例,年龄 20~60 岁,平均 40 岁。所选患者血管条件较好,出凝血时间正常,无神经系统及血液系统疾病,有一定语言表达能力,能正确回答问题,愿意合作。

1.2 方法

1.2.1 操作方法 由一名经验丰富、技能熟练的护师选用同型号头皮针对 100 例患者行静脉输液,50 例患者行新式拔针法(新式组),50 例患者行传统拔针法(传统组)。新式组:拔针时护士用亲切的语言与患者沟通,不关闭输液器开关,左手将无菌棉签轻放于穿刺点上以拇指固定,切忌用力。后用右手迅速拔针,并顺手反折头皮针软管,拔针后速用左手拇指按压穿刺点上方 3min。传统组:拔针时护士关闭输液器开关,用无菌干棉签按压穿刺点上方,迅速拔出针头,按压 3min。

1.2.2 疼痛程度评价方法 拔针后,立即由一名主管护师(相对固定)按疼痛程度调查表进行测评,根据患者自身感受如实评价拔针过程中的疼痛程度,并记录结果。疼痛程度判断标准:根据 McGill^[1]的疼痛问答法,将疼痛分为五级,0 级无疼;1 级为极轻微而短暂的痛感;2 级为疼痛轻微,患者有不适感;3 级为疼痛,患者痛苦;4 级为疼痛较剧烈,患者有恐惧感;5 级为剧痛,患者难以忍受。效果评价分为无痛(0 级)、轻微痛(1~2 级)和很痛(3~5 级)三级。

1.2.3 统计学方法 采取 χ^2 检验。

2 结果

两种拔针法疼痛程度比较,见表 1。

表 1 两种拔针法疼痛程度 例(%)				
组别	n	无痛	轻微痛	很痛
传统组	50	2(4.0)	30(60.0)	18(36.0)
新式组	50	37(74.0)*	13(26.0)*	0(0)*

注:与传统组比较,* $P<0.01$ 。

3 讨论

静脉输液拔针时产生疼痛的主要原因是穿刺针对血管壁和真皮的直接创伤刺激机体的痛觉感受器,使神经末梢产生疼痛^[2],其刺激强度越大,疼痛越明显。输液时针头在充盈的血管腔中呈漂浮状态,针头未与血管壁接触,传统拔针法因棉签按压穿刺点上方,使血管壁受压,针头斜面如同刀刃,对血管壁产生切割力,棉签压力越大,疼痛越严重^[3];另一方面,按压血管和针梗产生一定的摩擦力,按压越紧,产生的摩擦力越大,疼痛越明显^[3]。在伤害刺激下,引起组织内释放 5-羟色胺、组胺,导致疼痛物质作用于血管壁上的神经末梢而产生痛觉冲动,故患者产生疼痛^[4]。新式拔针法针头与血管壁形成的角度小,对血管不产生切割力;且无按压力,摩擦力减小;不关闭调节器开关,其针头在血管中呈漂浮状态,与周围血管壁无接触,所以疼痛明显减轻。另外,护理人员需熟练掌握操作技能,尽量做到“一针见血”,以提高穿刺成功率,减轻患者痛苦。

参考文献

[1]张小群,贾爱琴.浅静脉显露方法和穿刺速度对成功穿刺的影响[J].中国实用护理杂志,2004,20(1A):2-3
[2]马雨慧,周瑞红,邵志伟.静脉输液后缓慢拔针临床效果观察[J].护理学杂志,2005,20(16):55-56
[3]程文惠,陈波,廖彬.静脉穿刺后两种拔针法临床对比观察[J].护理学杂志,2004,19(1):52-53
[4]钟国隆.生理学[M].第 4 版.北京:人民卫生出版社,2001.3-5

(收稿日期:2008-09-14)

临床护理路径在乳腺癌病人围术期中的应用

李娉婷 王美云

(江西省乐平市人民医院 乐平 333300)

关键词:乳腺癌;围手术期;临床护理路径

中图分类号:R 473.73

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)06-0084-02

临床护理路径是一种制订好的计划,起始于美国 20 世纪 80 年代中期,它的功能是用图表的形式提供有效的照顾,使诊疗、护理有序,减少遗漏项目。乳腺癌是一个世界范围内的严重危害妇女健康的恶性肿瘤,在我国其发病率不断上升。乳腺癌整个疾病的治疗过程较长,患者将经历手术、化疗、放疗和复发的可能。我们对部分乳腺癌病人围术期应用临床路径护理,按照临床路径表的标准化治疗护理流程实施。现报告如下:

1 临床资料

本组 13 例患者,均为女性,平均年龄(51.3±10.21)岁,13 例患者均行乳房癌根治术。13 例患者满意度 98%,平均住院日 17d。

2 临床路径的实施

2.1 入院评估,收集资料 各部门相互配合成立临床路径小组。医生在门诊按纳入标准选择进入临床路径的患者,办入院手续,护士向患者及家属介绍临床路径的特点以取得配

鸡尾酒疗法治疗大面积脑梗死的疗效及护理

周永香

(江苏省连云港市中医院 连云港 222004)

关键词:鸡尾酒疗法;大面积脑梗死;护理

中图分类号:R 473.74

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)06-0085-02

大面积脑梗死是指颈内动脉主干、大脑中动脉主干完全性堵塞导致的脑梗死,占整个脑血管病的 10%~15%^[1],病情呈进行性加重,其病死率高,死亡原因主要是脑水肿所致颅内压增高、脑疝形成及各种并发症^[2]。目前国内外公认的有效治疗方法是外科手术,采用手术开颅减压以帮助患者度过脑水肿期,但手术的死亡率和致残率仍很高。我科自 2004 年 6 月~2006 年 12 月采用鸡尾酒疗法综合治疗大面积脑梗死,收到良好效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 54 例患者均经头颅 CT 或 MRI 证实一侧大脑中动脉主干、大脑中动脉主干完全性堵塞导致的脑梗死,占整个脑血管病的 10%~15%^[1],病情呈进行性加重,其病死率高,死亡原因主要是脑水肿所致颅内压增高、脑疝形成及各种并发症^[2]。目前国内外公认的有效治疗方法是外科手术,采用手术开颅减压以帮助患者度过脑水肿期,但手术的死亡率和致残率仍很高。我科自 2004 年 6 月~2006 年 12 月采用鸡尾酒疗法综合治疗大面积脑梗死,收到良好效果。现报告如下:

2.2 设计临床护理路径表 临床护理路径表以时间为横轴,以入院指导、检查、用药、治疗护理、饮食指导、活动、健康教育、出院计划等手段为纵轴。

2.3 术前护理干预

2.3.1 心理护理 术前责任护士每日按照临床路径表上的要求,对患者进行心理调试。由于手术破坏了形体,且手术治疗的毒副反应使她们经历生理和心理的双重障碍,极易陷入悲观失望、紧张焦虑状态,为此我们认真与她们交谈,了解其态度、观念和恐惧的原因,有针对性地进行指导,告知病人手术可能出现的情况,帮助患者调整自己的行为,减轻负性情绪,直至达到预期目标。

2.3.2 充分做好皮肤准备 皮肤准备时间应越接近手术开始时间越好,手术前 1d 帮病人洗头、理发、剪指甲、淋浴及更换清洁衣裤,术前 2h 为皮肤做好准备,对切除范围大、考虑植皮的病人,需做好供皮区皮肤准备。

2.3.3 饮食管理 入院就鼓励和提倡病人进食高蛋白、高能量、富含维生素和膳食纤维的食物,为术后创面愈合创造有利条件。

2.3.4 学习保护伤口的训练 术前教会患者咳嗽时按压伤口,以免术后咳嗽时震动刀口加重疼痛以及缝线裂开。

2.4 并发症预防护理

2.4.1 皮瓣坏死、感染 术后 5d 内重点评估患者皮瓣颜色并每小时记录。手术部位用胸带加压包扎,使皮瓣紧贴创面,松紧度适宜,以维持正常血运。皮瓣下放置引流管,注意妥善固定引流管,病人卧床时固定于床旁,起床时固定于上身衣服,保证有效的负压吸引,观察引流液色、质、量并记录。术后 1~2d 每日引流血性液体 50~100mL,以后逐渐减少,术后 4~5d,皮瓣下无积液,创面与皮肤紧贴即可拔管,引流过程中若有局部积液,皮瓣不能紧贴胸壁且有波动感,应及时处理。

2.4.2 患侧上肢肿胀 术后注意指导病人自我保护患侧上肢,平卧时用两垫枕抬高患侧上肢,下床活动时用吊带托扶,需他人扶持时只能扶健侧。按摩患侧上肢或进行握拳、屈、伸等运动,以促进淋巴回流。护士注意术后忌经患侧上肢测血

压、抽血、静脉或皮下注射。

2.4.3 气胸 乳房癌扩大根治术有损伤胸膜的可能,在术后应特别注意观察。若病人感胸闷、呼吸困难,应作肺部听诊、叩诊和 X 线体查,以早期发现和处理气胸。

2.5 功能锻炼 为减少或避免术后残疾,术后早期鼓励和协助病人开始患侧上肢的功能锻炼。术后 3d 内患侧上肢制动,避免外展上臂。术后 2~3d 开始手指的主动和被动活动,术后 3~5d 活动肘部,术后 1 周待皮瓣基本愈合后可进行肩部活动、手指爬墙运动,直至患侧手指能高举过头,自行梳理头发。

2.6 健康指导 术后近期避免用患侧上肢搬动、提取重物。术后 5 年内避免妊娠,以免促使乳房癌复发。放疗期间注意保护皮肤,出现放射性皮炎时及时就诊。化疗期间定期复查肝功能、血常规,一旦出现骨髓抑制现象(血白细胞计数 $<4 \times 10^9/L$)应暂停放、化疗。术后病人每月自查一次,健侧乳房每年 X 线摄片检查一次,以便早期发现复发征象。乳房癌病人姐妹和女儿属高危人群,应定期到医院体检。

3 讨论

3.1 临床护理路径的实施和谐了护患关系,提高了患者满意度 护理路径使护理活动标准化、程序化,项目不遗漏。实施临床护理路径后,每日每班次的护士按当日路径指定的内容进行护理,增加护理人员和患者交流的机会,护士主动护理,及时与患者沟通,发现存在的问题,给予必要的指导,增强了患者对护士的信任感。

3.2 缩短了平均住院日 所有的护理人员能主动遵循护理路径的程序为患者实施科学合理的护理,并按护理路径指导评估患者治疗、护理的全过程,从而缩短了手术等待日和术后不必要的住院日,减少了住院天数。

3.3 提高了年轻护士专科疾病护理能力 乳腺癌围手术期临床护理路径图表直观、易懂,便于操作和应用。护理路径使疾病各个阶段的护理目标明确、措施具体,使护理工作有计划性、针对性和预见性,避免了年轻护士因缺乏经验而盲目机械地执行医嘱,遗漏观察项目,对年轻护士尽快地适应专科疾病的护理有极大的促进作用。

参考文献

[1]戴红霞,成翼娟.临床路径——科学、高效的医疗护理管理模式[J].中华护理杂志,2003,38(3):208-211

[2]杨桂涛.临床护理路径[J].国外医学·护理学分册,1998,17(1):1-3

[3]王仙园,田晓丽.医院整体护理培训教材[M].北京:解放军出版社,2003.22

(收稿日期:2008-08-27)