

外周静脉套管针应用的观察与护理

诸纪芬

(江西省胸科医院 南昌 330006)

关键词:静脉置管;化疗;护理措施

中图分类号:R 473.5

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)06-0088-01

外周静脉套管针具有柔韧性好、对血管刺激性小的特点,弥补了金属针头行化疗容易扎破血管,引起化疗药物外渗的弊端,故在临床工作中被广泛应用于化疗。化疗药物对血管刺激性大,导致留置时间较短,如何既延长留置天数,又能有效预防静脉炎及导管相关并发症的发生,我们通过对 100 例外周静脉套管针行化疗病人的观察、分析及采用一整套切实可行的护理措施,取得良好效果。

1 临床资料

1.1 一般资料 自 2007 年 5 月~2008 年 5 月,我院内四科行外周静脉留置套管针的病人中随机抽样 100 例,均为肿瘤病人,其中肺癌病人 81 例,其它癌症病人 19 例,男 77 例,女 23 例,年龄 26~74 岁,平均年龄 54 岁。

1.2 比较方法 A 组 50 例不采取任何静脉防护措施滴注化疗药液,B 组 50 例采取以下防护措施。留置针采用美国 BD 公司生产的静脉留置套管针(商品名:INTLMA),使用型号:22GA,穿刺方法为常规套管针穿刺。观察比较项目:置管侧手臂有无静脉炎发生、手臂水肿、药液外渗和套管堵塞。静脉炎是指沿静脉走向,血管发红、变硬,局部红肿、疼痛,滴数缓慢或不滴。药液外渗是指在点滴过程中,药液量变化比较 见表 1。

表 1 两组病人治疗前后血浆白蛋白含量比较 ($\bar{X}\pm S$) g/L			
组别	n	治疗前	治疗后
观察组	20	32.8 $\pm$ 3.9	37.5 $\pm$ 4.1
对照组	20	32.6 $\pm$ 3.8	33.7 $\pm$ 5.2
p		>0.05	<0.05

2.2 两组病人术后肛门排气、排便时间及住院天数比较 见表 2。

表 2 两组病人肛门排气、排便时间及住院天数比较 ($\bar{X}\pm S$)				
组别	<i>n</i>	肛门排气时间(h)	排便时间(h)	住院天数(d)
观察组	20	41.1± 3.4	48.1± 2.2	20.6± 5.3
对照组	20	54.6± 4.8	56.2± 4.3	24.2± 6.1
<i>p</i>		<0.01	<0.05	<0.05

3 讨论

胃肠道手术后机体处于应激状态,代谢率明显高于正常,术后早期营养支持是减少并发症、促进病人康复的重要措施。从表 1 看,治疗前后两组病人血浆白蛋白含量均有变化,观察组治疗后增加明显,经 t 检验,差别显著(P<0.05)。肠内营养液能够

返流自针眼处渗出。套管堵塞是指外套管内血液凝固,药液无法滴入。手臂水肿是指置管侧手臂肿胀疼痛,与未置管手臂比较,臂围明显增粗,用 0.9% NS 冲管时疼痛,滴数缓慢。

1.3 防护措施

1.3.1 心理护理 对置管病人进行置管前的指导,消除病人的恐惧心理,告诉病人置管后的注意事项,全面了解病人置管前后情况及需求。

1.3.2 操作技巧 选择上肢较粗大的静脉,避开关节,尽量避免选择反复多次穿刺、血管硬度大、弹性差的血管。严格无菌操作,消毒范围大于敷料面积,掌握进针角度,动作轻柔,避免穿刺时损伤血管壁内皮。以 20~30° 角度快速刺入皮下,直刺静脉,见回血后降低角度与皮肤平行,顺静脉走向将留置针外套管置入静脉内少许,将内芯退出导管,并将外套管完全送入静脉内,尽量一次穿刺成功,避免针头在血管内来回移动。套管脱出部分勿再送入血管内,防止皮肤表面细菌通过针眼侵入,造成细菌性静脉炎甚至败血症。

1.3.3 穿刺后护理 为防止液体外漏的发生,应嘱患者输液肢体与心脏平齐或稍高,穿刺静脉上方衣服勿过紧,避免影响局部血液回流,(下转第 94 页)提供足够的热量和氮源,促进总蛋白和应激蛋白的合成,使病人在不进食的情况下保持良好的营养状况。从表 2 看,两组病人在术后肛门排气、排便时间及住院天数等方面比较,差别显著(P<0.05、P<0.01)。观察组病人术后肛门排气、排便时间分别比对照组提前 13h 和 8h。这可能是因为肠内营养液进入肠道内刺激肠道,激活肠道内分泌系统,促进胃肠激素的合成和释放,从而使消化道的重要器官血流量增加,有利于其功能恢复和提高全身免疫力。同时肠内营养液含纤维素,也可促进胃肠道功能恢复。有报道,术后病人首次肛门排气、排便时间较未实施肠内营养支持组提前^[1-2]。

参考文献

[1]杨道贵,孙瑞利,侯守玺,等.胃术后早期肠内营养[J].肠内与肠外营养,1996,3(4):212-215
[2]康继生,杨胜厚.胃切除术后早期肠内营养的临床观察[J].中国临床营养杂志,2001,9(3):163-165

(收稿日期: 2009-06-25)

vein endothelial cells. The role of protein kinase C and NAD(P) H-oxidase activation[J].Diabetes,2003,52(11):2 795-2 804

[10]Piconi L,Quagliaro L,Da Ros R,et al.Intermittent high glucose enhances ICAM-1,VCAM-1,E-selectin and interleukin-6 expression in human umbilical endothelial cells in culture: the role of poly (ADP-ribose) polymerase [J].Thromb Haemost,2004,2 (8):1 453-1 459

[11]Monnier L,Mas E,Ginet C,et al.Activation of oxidative stress by acute glucose fluctuations compared with sustained chronic hyperglycemia in patients with type 2 diabetes [J].JAMA,2006,295 (14):1 681-1 687

[12]Watada H,Azuma K,Kawamori R.Glucose fluctuation on the progression of diabetic macroangiopathy—new findings from monocyte adhesion to endothelial cells [J].Diabetes Res Clin Pract, 2007,77(suppl1): S58-61

[13]Li W,Liu X,Yanoff M, et al. Cultured retinal capillary pericytes die by apoptosis after an abrupt fluctuation from high to low glucose levels: a comparative study with retinal capillary endothelial cells[J]. Diabetologia, 1996, 39:537-547

[14]Junes SC,Saunders HJ, Qi W, et al. Intermittent high glucose enhances cell growth and collagen synthesis in cultured human tmhnlnterstitial hells[J].Diabetoloia,1999,42:1 113-1 119

[15]Colette C, Monnier L.Acut glucose fluctuations and chronic sustained hyperglycemia as risk factors for cardiovascular disease in

patients with type 2 diabetes[J].Horm Metab Res,2007,39:683-686

[16]Kudva YC, Basu A, Jerkins GD, et al. Glycemic variation and hypoglycemia in patients with well-controlled type 1 diabetes on a multiple daily insulin injection program with use of glargine and ultralente as basal insulin [J]. Endocr Pract,2007, 13(3):244-250

[17]McDonnell CM,Donath SM,Vidmar SI,et al.A novel approach to continuous glucose analysis utilizing glycemic variation[J].Diabetes Technol Ther, 2005,7(2):253-263

[18]Bruttomesso D,Crazzolaro D, Maran A, et al. In type 1 diabetic patients with good glycaemic control, blood glucose variability is lower during continuous subcutaneous insulin infusion than during multiple daily injections with insulin glargine [J].Diabet Med,2008, 25(3):326-332

[19]国家中医药管理局中华本草编委会.中华本草[M].上海:上海科学技术出版社,1999.6 246,6 389,6 666

[20]林涛,王涛,蒋学俊.当归对高糖所致内皮细胞损伤的保护作用[J].微循环学,2008,18(3): 39-41

[21]朗志芳,董琦,韩继成.绞股蓝皂甙对糖尿病大鼠肾脏氧化应激影响的研究[J].牡丹江医学院学报,2005,26(4): 5-8

[22]李圭忠.盐酸黄连素治疗 II 型糖尿病的临床观察[J].湖北中医杂志,2006,28(10): 38

[23]沈忠明,李英,姜宏,等.降糖中药对 α - 葡萄糖苷酶抑制作用的研究[J].中国生化药物杂志,2000,21(2): 69-70

(收稿日期: 2009-02-16)

(上接第 88 页)如发现病人输液局部肢体轻微肿胀时,要先排除上述原因再拔管。结合间断输入化疗药物法,输入或推注化疗药物后嘱病人做输液肢体的等长运动,可促进化疗药物进入血循环,减少化疗药物的直接毒副作用。

1.3.4 化疗药物护理 对于毒性大、静脉炎发生率极高的药物(如 NVB),给药途径采用静滴,把 NVB 放在 100mL NS 里稀释,15~20min 滴完,给药前为了减少血管痉挛,给 1%利多卡因或 DXM 5mg、氢考 100mg 静滴,给药后用 NS 250~500mL 快速静滴起冲洗作用,用 15cm× 5cm 纱布湿敷直至 NVB 滴完,滴完后立即用五黄油沿血管走向涂摸,连续 1 周,可有效预防迟发性静脉炎的发生。当联合用药时,要防止两种药物相混,一般间隔 20~30min。

2 结果

见表 1、表 2。A 组的留置天数明显短于 B 组,且静脉炎及导管相关并发症发生率高。

表 1 两组化疗静脉留置时间的比较 ($\bar{X} \pm S$) d				
分组	<i>n</i>	留置时间	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
B 组	50	7± 1.78	12.46	<0.05
A 组	50	3± 1.41		

表 2 两组化疗引起静脉炎及相关并发症比较 例					
分组	<i>n</i>	静脉炎	手臂水肿	药液外渗	套管堵塞
B 组	50	1	0	0	0
A 组	50	15	20	6	6
<i>P</i>		<0.01	<0.01	<0.05	<0.05

3 讨论

3.1 原因分析

3.1.1 血管的原因 长期进行化疗的静脉弹性差,血管脆性增加,这样的血管不易穿刺,即使穿刺成

功,回血不畅,血色暗红,病人感觉局部疼痛,沿血管走向可触及脉管变硬或条索状,病理证实血管内膜水肿,血栓形成伴管腔狭窄。

3.1.2 与 I 型变态反应有关的过敏症状 如:阿霉素、5- 氟尿嘧啶、环磷酰胺、丝裂霉素、顺铂等,都易引起过敏反应,血管通透性增大。

3.1.3 身体状况的原因 恶性肿瘤患者全身抵抗力低下或继发感染易引起细菌性静脉炎,化疗药物对静脉的刺激易引起化学性静脉炎,穿刺时对静脉的损伤易引起机械性静脉炎。

3.1.4 化疗药物的原因 肿瘤患者血黏度异常易出现继发性高凝状态,化疗药物在静脉局部的浓度、酸碱度及化疗药物的直接毒性作用,均可引起血管内组织因子释放,纤溶性受抑制,直接影响套管针留置天数。有文献报道:血黏度异常患者静脉留置针留置时间明显低于血黏度正常者,为 1~3d^[1]。

3.2 观察防护要点 留置静脉套管针进行化疗,应密切观察留置时间、静脉炎及导管相关并发症的发生情况,积极采用相应的护理防护措施:(1)选择合适的静脉和合理的留置针;(2)注意化疗药物的用药方式、方法,做到科学用药;(3)严格无菌操作,熟练掌握操作技术,减少机械医源性损伤;(4)加强静脉损伤防护知识宣教,与药物防治静脉炎措施紧密结合,形成完整的静脉保护系统^[2]。

参考文献

[1]孙克莎,王秋颖.血黏度对静脉套管针留置时间的影响[J].实用护理杂志,2000,16(12): 3-4

[2]吴显和,赵世英,魏昭荣.化疗患者静脉系统保护[J].实用护理杂志, 2002,8(4): 44

(收稿日期: 2009-02-10)