

音乐组干预前后血压、呼吸、心率下降,差异具有统计学意义,与对照组相比较,生理指标有明显改善,进一步证实音乐可以缓解躯体的应激状态和焦虑反应;这与韩琳等的研究结果一致<sup>[6-10]</sup>。

**3.2 音乐的类型和音乐干预的时间对患者的影响** 音乐的选用和音乐聆听的时间也会影响治疗效果。国外有音乐治疗师认为危重患者更喜欢古典音乐,且这一类型音乐更具有治疗作用,因此他们推荐运用古典音乐进行干预。韩琳等<sup>[9]</sup>的研究表明,50 例机械通气患者约有 1/2 选择古典音乐。本研究也发现,30 例患者中有 21 例选择古典音乐,说明 NIPPV 患者也更倾向于古典音乐。国外有学者认为,30 min 的干预时间较合适,这一时间既可诱导患者进入放松状态,改善心情,又可以使患者保持一定的兴趣<sup>[19]</sup>,国内许多学者也选择以 30 min 作为音乐治疗的聆听时间。本研究也选择 30 min 作为干预时间,干预效果显著且安全。但现已发现,随着聆听音乐量的增加,患者的放松程度增加,在以后的研究中可以尝试增加聆听的时间或进行多次的治疗,增加音乐治疗的长期效果<sup>[7]</sup>。

综上所述,音乐能有效缓解 COPD 合并呼吸衰竭应用 NIPPV 的患者的焦虑状态,稳定生理指标,有助于提高 NIP-PV 患者的依从性,提高治疗效果,且成本低廉,安全无不良反应,可在临床实践中进一步的研究和应用。

#### 参考文献:

- [1] 陈荣昌,罗群. 无创正压通气技术的临床应用及其进展[J]. 中国实用内科杂志,2007,27(5):331-332.
- [2] 中华医学会呼吸病学分会临床呼吸生理及 ICU 学组. 无创正压通气临床应用中的几点建议[J]. 中华结核和呼吸杂志,2002,25(3):130-131.
- [3] 宋爱芳,孙霖梅,诸文静,等. 应用双水平气道正压通气无创呼吸机通气治疗的慢性阻塞性肺疾病患者心理状态调查及其影响因素分析[J]. 中国临床康复,2005,9(43):20-22.
- [4] 周敏. 患者的心理状态对无创通气依从性的影响[J]. 中国医疗前沿,2008,3(10):83.
- [5] 王莉,王瑞兰. 音乐疗法对 COPD 患者呼吸困难及焦虑症状的疗效研究[J]. 国外医学护理学分册,2000,19(2):66-

67.

- [6] Wong HLC, Lopez-Nahas V, Molassiotis A. Effects of music therapy on anxiety in ventilator dependent patients [J]. Heart Lung,2001,30(5):376-387.
- [7] 钟月欢,陈安琪,陈满辉. 音乐对机械通气患者生理与焦虑状态的影响[J]. 中华护理杂志,2005,40(7):481-484.
- [8] 何卫红,吕培培. 音乐疗法对重症患者舒适状况的影响[J]. 中国全科医学,2010,13(Z1):30-33.
- [9] 韩琳,李继平,钟月欢,等. 机械通气患者实施音乐干预的效果研究[J]. 护理研究,2008,22(9):2272-2275.
- [10] 来纯云,吴柳,冯丽芳. 音乐在长期机械通气老年患者康复训练中的应用[J]. 现代护理,2004,10(5):409-410.
- [11] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007 修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志,2007,30(7):8-16.
- [12] 杨凤池,李梅,张曼华,等. 音乐治疗对眼底手术患者焦虑的影响[J]. 中国心理卫生杂志,2003,17(4):255-257.
- [13] 蔡闯,钟南山. 慢性阻塞性肺疾病与焦虑抑郁的关系[J]. 中华结核和呼吸杂志,2007,30(1):71-72.
- [14] 任焕珍. 无创通气患者的心理特点及护理[J]. 临床肺科杂志,2006,11(1):129.
- [15] 邹学敏,吴小玲,邹朝文,等. 音乐干预对小针刀术患者生理状态与焦虑状态的影响研究[J]. 护理研究,2010,24(6):1643-1645.
- [16] 张丽萍,张曼,张伯礼. 音乐疗法机理浅析及其在失眠治疗中的应用[J]. 辽宁中医杂志,2010,37(3):420-422.
- [17] 卢银兰,赖文. 近 20 年来音乐疗法的研究概况[J]. 上海中医药杂志,2002,36(1):46-48.
- [18] 李亚静. 音乐疗法在临床中的应用进展[J]. 护士进修杂志,2003,18(3):225-227.
- [19] Chlan LL. Music therapy as a nursing intervention for patients supported by mechanical ventilation [J]. AACN Clin Issues,2000,11(1):128-138.

(收稿日期:2011-04-15 修回日期:2011-05-22)

#### · 临床护理 ·

## 30 例恶性胸腔积液微创置管引流加腔内化疗的护理

黄兴兰,张 兰

(重庆市中山医院肿瘤科 400013)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.28.040

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)28-2906-02

恶性胸腔积液是肺癌晚期常见的并发症,46%~64%胸腔积液系恶性肿瘤所致<sup>[1]</sup>。控制和消除胸水以往多采用反复胸腔穿刺抽水后注入化疗药物治疗,但此方法患者痛苦大,易感染。2009 年 6 月至 2010 年 6 月本科对 30 例并发胸腔积液的患者采用中心静脉导管行胸水引流加腔内化学治疗取得满意疗效,现将护理体会报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 30 例中等量以上的肺癌胸腔积液患者,男 18 例,女 12 例,年龄 45~70 岁,肺腺癌 18 例,肺鳞癌 8 例,小细胞癌 4 例,置管时间最长 15 d,最短 5 d,平均 10 d,所有病例均经 CT 及病理细胞学检查确诊。

**1.2 材料与方法** 采用深圳益心达生产的一次性中心静脉导

管经 B 超定位确定穿刺点,协作医生进行穿刺置管。患者反坐在靠背椅上,常规消毒、铺巾、局麻,用穿刺针穿刺成功后置入导丝,拔出穿刺针由导丝引导中心静脉导管置入胸腔 10~18 cm,退出引导钢丝,用 3L 敷贴固定,末端接引流袋。将胸水引流干净后,注入化疗药物和免疫药物[顺铂(DDP)40 mg+高聚金葡素(HAS)5 000 U+NS 50 mL]<sup>[2]</sup>夹闭引流管,末端接上肝素锁。

**1.3 疗效评定标准** 疗效评定按 WHO 对癌性渗液的疗效评定标准<sup>[3]</sup>,显效(CR):患者于治疗后 1 个月复查胸片,胸水完全消失;有效(PR):治疗后 1 个月复查胸片,胸水残留未超过原胸水 1/2;无效(NC):治疗后 1 个月复查胸片,胸水残留超过原胸水 1/2。CR+PR 为有效。

## 2 结 果

30 例患者经治疗后,总有效率为 86.67%,本组病例无导管脱落、折断、肺脏损伤、气胸、出血、感染等并发症发生,疗效较满意。显效 11 例(36.67%),有效 15 例(50.00%),无效 4 例(13.33%)。

## 3 护 理

**3.1 术前指导** 置管前护理人员向患者介绍置管目的、优点、注意事项、大致操作过程、术中要求与配合、术后注意事项、可能出现的不良反应、并发症及应对方法,签署患者知情同意书。指导患者学会带管坐起、咳嗽、大小便方法及功能训练。

**3.2 置管后护理** 引流速度不可过快,胸腔积液尽量缓慢排出,首次引流量不超过 1 000 mL,速度在 50 mL/min 以内为宜<sup>[4]</sup>。如有面色苍白、头晕、恶心、出冷汗、心慌等表现应立即停止引流,取平卧位,注意观察并记录胸液的颜色、量。

**3.3 置管期间** 加强巡视病房,妥善固定,避免因牵拉而引起导管脱出、扭曲、受压以保证引流通畅,同时应注意观察局部有无红肿,渗液及疼痛等情况,注意观察患者体温变化,如有原因不明的发热、局部红肿,应及时拔管。指导或帮助患者起床活动时,用别针固定于患者衣服上,引流袋应低于穿刺点的位置,随时检查各接头有无松动,确保导管密封性。局部皮肤护理要严格执行无菌操作,引流袋每周更换 2 次(本科使用的是抗返流引流袋,能防止胸水返流),保护膜每周更换 2~3 次。更换引流袋时注意夹闭管道,防止空气进入胸腔,避免形成医源性气胸。经过相应的护理,本组病例无一例发生导管滑脱而影响治疗。

**3.4 腔内注药化疗的护理** 为了使药物与胸膜充分接触,为达到最佳治疗效果,在胸腔内给药前尽可能引流尽胸腔内积液,注药后协助患者或指导患者更换体位<sup>[5]</sup>,每 15~20 分钟 1 次,以利于药物在胸腔内分布均匀,便于吸收及提高疗效。更换体位时,注意观察患者的反应,同时注意固定导管,防止导管脱出。对于化疗药物刺激出现的胸痛不适时,需耐心地解释,胸痛明显时可给予止痛剂。部分患者可出现发热反应,若体温小于 38.5℃ 不处理,大于 38.5℃ 用退热镇痛药,嘱患者多喝水,护理人员要多与患者交流,消除患者的紧张情绪。

**3.5 胸腔灌注化疗常见不良反应的护理**

**3.5.1 胸腔注入化疗药仍存在胃肠道反应及肾毒性**,出现恶心、呕吐时应协助患者生活护理,必要时,按医嘱给予恩丹西酮、胃复安等止吐剂。鼓励患者多喝水,进食高热量,高蛋白、高维生素食物。可少食多餐,若严重营养失调,可酌情遵医嘱给予补液及胃肠外营养。

**3.5.2 口腔毒性反应** 化疗药物抑制骨髓,降低机体的免疫功能,同时也抑制口腔黏膜细胞的增殖更新,易诱发溃疡,局部易感染。每日早晚用软毛牙刷刷牙,餐后生理盐水漱口,如有真菌感染可用 2% 碳酸氢钠液含漱,以稀释口腔内有害菌群浓度,保持口腔清洁。严重者可进行特殊口腔护理,每日 2 次。本组 3 例患者因口腔溃疡疼痛影响进食时,本科采用自配的漱口液(生理盐水+利多卡因+庆大霉素)含服后再进食,有很好的止痛疗效。

**3.6 置管期间并发症的处理** 针对导管引流不畅、阻塞等原因予以相应处理:(1)仔细检查引流管在胸腔外部分,排除导管被压迫、扭曲等情况;(2)如出现导管移位,调整导管位置,本科共出现 3 例,经适当调整将导管退出少许后引流恢复通畅。(3)本组 2 例出现血凝块堵塞导管,用尿激酶 10 万 U 加生理盐水 2 mL 于导管内<sup>[6]</sup>,疏通。1 例经上述处理后,无效拔管。

## 4 讨 论

通过对 30 例恶性胸腔积液患者采用中心静脉导管引流加腔内化疗,发现该项操作简便,避免了反复穿刺,减轻了患者痛苦,且不易形成气胸,患者可随意下床活动。本组在置管过程中无气胸、血胸,穿刺点感染发生,且不良反应发生率低,患者耐受性较好,大大提高了恶性胸水患者的生存质量,在该项治疗中,中心静脉导管护理干预非常重要,直接影响到治疗效果。

总之,采取正确的护理方法,积极医护配合,可以使中心静脉置管引流加腔内化疗这项治疗措施安全、有效、广泛地应用于恶性胸腔积液患者。

## 参考文献:

- [1] 孙燕. 内科肿瘤学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:257.
- [2] 徐巧元,罗阔,秦红. 小剂量顺铂联合高聚金葡素治疗恶性胸腔积液 62 例疗效观察[J]. 重庆医学,2003,32(12):1659,1661.
- [3] 叶美珍. 中心静脉导管持续引流并腔内化疗治疗恶性胸水的护理[J]. 现代中西医结合杂志,2007,16(16):2309-2310.
- [4] 魏长春,刘彦秀,董秋兰,等. 大量胸水不同排液方法的临床分析[J]. 中国防痨杂志,2002,24(2):26-27.
- [5] 陈瑛,郭夏阳,非小细胞肺癌胸腔置管化疗的护理 12 例[J]. 实用护理杂志,2002,18(10):50.
- [6] 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):118-119.

(收稿日期:2011-04-26 修回日期:2011-05-25)