

严密注意,一旦发现应立即停止输注,对气道和口鼻内液体进行彻底清除,防止进一步反流。同时应密切观察患者出现的腹泻、呕吐等症状,并根据患者病情调整营养液的量、输注速度、温度等可控因素,增强患者对营养液的耐受能力^[13];丰富营养的营养液不仅为人体所需,也是细菌滋生的基地,故需特别注意无菌操作,如保证每天更换导管、输注时间控制在 8 h 以内等措施,防止感染的发生;密切监测患者血糖,并及时调整营养液的配方输注速度,避免高血糖昏迷及低血糖的发生。同时要做好静脉置管及导管的护理,严格无菌操作,熟练插拔管、碘伏消毒、肝素溶液冲洗、无菌纱布包扎等操作。密切观察穿刺点有无脱出,是否出现红肿痛等并及时处理。避免肠内营养过程中的细菌感染。在本组患者中,出现细菌或真菌感染患者 6 例,可能因营养液污染或导管输注过程污染所致。细菌感染患者采用 β -内酰胺类抗菌药物或大环内酯类抗菌药物进行对症治疗,真菌感染患者采用抗真菌药物氟康唑进行治疗,治疗后均痊愈。轻度胰周脓肿 1 例,可能因胰腺炎的炎症浸润产生,使用经皮穿刺清创引流并加用喹诺酮抗菌药物治疗,患者好转并痊愈。

3.5 心理护理和健康教育 SAP 病情较凶险且病程长,长期接受肠内外的营养支持可能给患者带来不适、造成依从性下降,并容易引起患者对自身健康恢复的担心。护士应该主动向患者及家属讲解接受营养治疗的原理、有效性及可行性,强调其必要性,并预告其可能出现的不良反应及有效的应对策略,增加患者对治疗的信心,保持良好的心态,积极配合营养治疗。加强对患者的健康教育及基础护理。同时注意患者的体位是否有利于营养液的输注,并结合患者的舒适度时时调整。针对患者不同的心态给以不同的护理措施,使患者具备充分思想准备的同时保持乐观的心态,帮助建立自信并克服心理和生理上的困难。患者对治疗和护理积极的配合也是达到有效治疗的关键。

参考文献:

[1] 应文娟,郭光华,吴丽萍. 不同途径营养支持治疗急性重症胰腺炎的效果[J]. 中华现代护理杂志,2009,15(18):1736-1738.

• 临床护理 •

“主动”静脉治疗应用于 60 例肺癌患者的临床分析

吴红梅,周泽云

(第三军医大学新桥医院呼吸科,重庆 400038)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.35.047

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)35-3792-02

随着医学的不断进步,静脉输液不仅是输入生理盐水、葡萄糖和输血。90%的患者需要使用静脉输液来完成治疗和诊断,如补水、给抗菌药物、化疗、营养液、造影剂等。输入的药物很多是强酸、强碱、强刺激、高灼伤、高渗压,如果不采用正确的器材和方法,会对患者造成不同程度的损害。安全输液已经成为不可忽略的问题,静脉输液护理已经发展成为单独的领域。本科室 2011 年下半年采取“主动”静脉模式对肺癌患者进行输液治疗,取得了良好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本科 1 病区 2011 年上半年的 60 例确诊肺癌患者作为对照组,采取常规的“被动”静脉治疗模式;同年

- [2] 赵玉敏,周娅. 早期肠内营养联合肠屏障保护剂用于急性重症胰腺炎患者的治疗与护理[J]. 中华现代护理杂志,2009,15(24):2365-2367.
- [3] 曾超,唐勇. 重症胰腺炎营养支持治疗的临床研究[J]. 重庆医学,2010,39(17):2332-2333.
- [4] 任俊,余开焕,马鹏. 早期肠内营养对重症急性胰腺炎疗效的影响[J]. 中国医药,2012,7(2):166-168.
- [5] 中华医学会消化病学胰腺疾病学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(草案)[J]. 中华内科杂志,2004,30(2):143-156.
- [6] 吴珍. 中西医结合治疗重症胰腺炎护理体会[J]. 现代中西医结合杂志,2011,20(7):887-888.
- [7] Wu XM, Ji KQ, Wang H. Total enteral nutrition in prevention of pancreatic necrotic infection in severe acute pancreatitis[J]. Pancreas, 2010, 39(2):248-251.
- [8] 许伟. 急性重症胰腺炎阶段性营养支持治疗的临床观察[J]. 重庆医学,2010,39(6):675-676.
- [9] 裘丹英,胡智明. 急性重症胰腺炎肠内、外营养的效果比较及护理[J]. 中国实用护理杂志,2010,26(5):65-66.
- [10] 张志刚,芦国芳,魏花萍,等. 肠内营养对有血滤等治疗的急性重症胰腺炎的护理[J]. 中华临床营养杂志,2011,19(3):193-194.
- [11] Petrov MS, Whelan K. Comparison of complications attributable to enteral and parenteral nutrition in predicted severe acute pancreatitis: a systematic review and meta-analysis[J]. Br J Nutr, 2010, 103(9):1322-1332.
- [12] 张晓霞,周衍,包大威. 急性胰腺炎的心电图改变(附 61 例心电图分析)[J]. 心血管康复医学杂志,2002,11(1):70-71.
- [13] 陈俊英,段廷莉,吴扬. 急性重症胰腺炎并发 Wernicke 脑病的治疗和护理干预[J]. 重庆医学,2012,41(7):723-724.

(收稿日期:2012-01-09 修回日期:2012-02-22)

下半年的 60 例肺癌患者为实验组,采取“主动”静脉治疗的模式。两组患者病种均为肺癌,静脉治疗包括给予抗菌药物、补液、化疗、输血、肠外营养支持治疗等,不为单一的化疗。对照组男 40 例,女 20 例;文化程度:初中及以下 12 例,高中 23 例,大专及以上 25 例;职业:农民 15 例,工人 27 例,干部 18 例。改进组男 38 例,女 22 例;文化程度:初中及以下 15 例,高中 22 例,大专及以上 23 例;职业:农民 16 例,工人 26 例,干部 18 例。年龄 18~78 岁不等。

1.2 方法

1.2.1 建立静脉输液专业小组 选取静脉治疗专职护士。静脉治疗护士的资质:A、注册护士;B、PICC 穿刺者(临床工作 5

年以上的主管护师并经过培训取得合格证书者)^[1]。

1.2.2 多因素评估 患者初入院时即完成第 1 次静脉治疗前评估。专职护士遵守静脉治疗护理评估流程,主动完成全面的护理评估程序^[2]。

1.2.3 患者情况评估 了解患者疾病特点、认知程度、合作程度、自理情况、患者既往史、病情、基础疾病、家庭经济条件、生活及娱乐方式、认知水平、血管条件等都会影响使用静脉治疗的方式^[3]。

1.2.4 药物评估 正常血液的 pH 值 7.35~7.45,药液的 pH 值在 6~8 之间为弱性,对血管内壁刺激最小;正常血液的渗透压:285 mmol/L,0.9% NS 和 5% GS 渗透压:240~342 mmol/L。如高渗压大于 340 mmol/L,可吸出水分,使细胞萎缩、坏死,如果液体达到 600 mmol/L,使用外周静脉 24 h 即可发生静脉炎。如低渗压小于 240 mmol/L,可使血管内膜和中膜的细胞吸入水分,细胞胀破而发生静脉炎。肺癌化疗时化疗药物 pH 值常超过血浆正常 pH 值,它作用于细胞代谢的各个周期,影响 DNA 与蛋白质的合成,使血管内膜细胞坏死^[4]。化疗药物属于细胞毒类药物,在杀伤肿瘤细胞的同时,对正常的组织和细胞亦有一定的损伤作用^[5]。而静脉营养的药物如脂肪乳等,渗透压高,输注时间长,难免发生渗漏造成外渗性静脉炎,甚至局部组织坏死、溃疡。营养药物的强酸、强碱或高渗性刺激可诱导增殖细胞成熟停滞也可导致局部组织毒性,造成内皮损伤^[6]。因此,静脉输液前需全面了解掌握药物的性能、不良反应、pH 值、渗透压、配伍禁忌,保证输液安全的前提下进行静脉输液。

1.2.5 输液器材评估 头皮钢针适宜单次输液或采血,静脉留置针适宜短期静脉输液、药物化学性质中性、平横渗透压、无强酸强碱强刺激、无强灼伤药物,用于补水、静脉输液和一些抗菌药物给药;PICC 适宜周边静脉不良、长期静脉治疗、药物强酸强碱、高渗压、强刺激药物、腐蚀性药物、pH 值大于 9 或小于 5、渗透压大于 600 mmol/L;CVC 适宜静脉高营养、化疗给药、大量输血及输液、中心静脉压测定等。有研究表明:上腔静脉的血流量为 2 500 mL/min,化疗药物依靠局部大流量、高流速的血液迅速稀释和播散,从而解除了化疗药物对周围血管的损伤^[7]。中心静脉解剖位置复杂、置管操作难度大、并发症概率高、术后感染概率大,因此 PICC 与 CVC 相比,静脉置管风险明显减少,留置时间延长,经过一定培训的护士即可操作,且并发症相对减少,更有利于临床操作和护理。另外输液器材的评估还包括输液器的选择,本科临床选用精密输液器。精密输液器比普通输液器增加一层生物膜,输液器上的过滤器可以有效截留大于人体微循环血管内径的各种不溶性微粒,达到分离、净化、纯化药液的作用,减少对血管的刺激,防止化疗性静脉炎的发生^[8]。

1.2.6 风险评估 充分评估患者静脉治疗风险,PICC 及 CVC 详细告知患者及家属静脉穿刺的风险,并签订穿刺同意书后进行静脉治疗。鼓励患者使用安全、可靠的静脉输液器材。

1.2.7 与医师沟通 充分了解患者静脉输液治疗的时间,并根据患者输液时间的长短合理选择静脉输液通路。头皮针以外周静脉为主,留置时间一般小于 4 h;静脉留置针以外周静脉为主,留置时间约 72~96 h;PICC 以头静脉、贵要静脉、肘正中静脉、锁骨下静脉为主,留置时间约为 1~6 个月;CVC 以颈内静脉、锁骨下静脉、股静脉为主,留置时间约为 7~49 d。

1.2.8 与患者进行有效沟通 合理使用血管通道器材,让静脉治疗能够连续进行。通过各种评估,及时与患者沟通,加强患者及家属对安全静脉输液的认识,使其积极配合主动静脉治疗。

1.3 评价指标 (1)比较两组患者静脉输液后血管静脉炎发生率及程度,静脉炎的判断按照美国静脉输液护理学会静脉治疗护理实践标准 2006 版进行分级。(2)通过问卷调查比较两组患者对静脉输液的满意度。满意程度分为非常满意、满意、一般、不满意。该问卷是根据军队医院优质护理质量评定标准及护士四大职责(照顾患者、协助诊疗、健康教育、协调沟通)结合本院医院护理实际制定的,经专家检测具有较好的信度和效度。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件进行分析,效果比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者使用静脉输液器材情况 见表 1。

表 1 两组患者使用静脉输液器材情况 (n=60)

组别	n	金属头皮针	静脉留置针	PICC	CVC
被动静脉治疗组	60	30	16	11	3
主动静脉治疗组	60	4	18	34	6

2.2 两组患者静脉炎发生率及程度的比较 见表 2。

表 2 两组静脉炎发生率及程度的比较 (n=60)

组别	n	0 级	I 级	II 级	III~IV 级
被动静脉治疗	60	28	16	9	7
主动静脉治疗	60	51	6	2	1

*: $\chi^2=21.624, P < 0.05$,与被动静脉组比较。

2.3 两组患者对静脉输液的满意度比较 见表 3。

表 3 两组患者对静脉输液的满意度比较 (n=60)

组别	n	非常满意 (n)	满意 (n)	一般 (n)	不满意 (n)	总满意度 (%)
被动静脉治疗组	60	29	16	6	9	75
主动静脉治疗组	60	48	9	2	1	95

*: $\chi^2=15.048, P < 0.05$,与被动静脉组比较。

3 讨 论

本院呼吸科肺癌患者占患者总数的 1/3,肺癌患者在住院过程中接受静脉治疗包括给予抗菌药物、补液、化疗、输血、肠外营养支持治疗。应用以往的被动静脉输液,没有培养静脉专职护士,且不清楚患者治疗方案、输液情况、血管情况,不能全面地评估输液情况,造成患者发生不同程度的静脉炎,或是反复穿刺造成患者的痛苦,降低患者总的满意度,甚至发生医疗纠纷。

从表 1 可以看到,主动静脉治疗模式实施后使用金属头皮针明显减少,而使用留置针、PICC 及 CVC 患者明显增多,特别是早期应用 PICC 可减少药物的化学和物理刺激,有效保护外周血管,更好地提升护理品质。从表 2 可以看出,实施主动静脉治疗模式后,静脉炎的发生率明显下降。在患者第 1 次静脉治疗前即完成多因素评估,及时与医生沟通,了解患者输液时间,掌握药物的性质,与患者沟通选取适宜的静脉输液器材,并作好预防保护性措施。从表 3 可以看出,患(下转第 3797 页)

者转上级医院行胃镜下钛夹夹闭治疗后痊愈,见表 1、2。

表 1 两组治愈率比较*

组别	治疗(n)	治愈(n)	治愈率(%)
无痛苦胃镜组	82	81	98.78
普通胃镜组	74	63	85.14

*: $P < 0.05$, 两组治愈率比较。

表 2 两组并发症发生率比较[n(%)]*

组别	出血	穿孔	腹痛	腹胀	发热	合计
无痛苦胃镜组	0(0.00)	0(0.00)	1(1.22)	1(1.22)	0(0.00)	2(2.35)
普通胃镜组	5(6.76)	1(1.35)	3(4.05)	3(4.05)	0(0.00)	12(16.22)

*: $P < 0.01$, 两组并发症发生率比较。

3 讨 论

氩离子凝固术(APC)是一种新型的非接触性内镜下电凝技术,现已广泛应用于临床外科和内镜治疗领域^[2-3]。在通电激活期间,APC 探头不接触人体器官,探头与组织保持 3~10 mm 距离,传导至组织表面的电氩离子束可致组织脱水凝固,治疗中一旦靶组织出现脱水凝固,致局部电阻增大,氩离子束能自动避开电阻较高的组织,而流向低电阻的组织,从而限制了凝固深度,在一定程度上避免了因组织过度凝固而导致的穿孔风险^[4]。

APC 治疗胃息肉的治愈率高^[5]。本研究中,无痛苦胃镜组胃息肉的治愈率 98.78% (81/82),普通胃镜组治愈率 85.14% (63/74),总治愈率 92.30%。无痛苦胃镜组治愈率明显高于普通胃镜组,究其原因考虑在无痛苦胃镜下,恶心、呕吐、打嗝等因素对操作的影响减少,使得操作更加精准。

无痛苦胃镜检查有一定的麻醉风险,包括舌后坠、呛咳躁动、血氧饱和度下降、心动过缓、血压下降等,但多数报道认为,无痛苦胃镜是一种安全、舒适的内镜诊治手段^[6-10]。分析本研究的结果后,笔者认为在无痛苦胃镜下操作,不但避免了术中恶心、呕吐、打嗝及肢体活动带来的影响,同时心跳、呼吸节律平稳,大大提高了操作的准确性和安全性及治愈率。

APC 治疗胃息肉的并发症发生率仍较高,主要为出血、穿孔、腹痛、腹胀、发热等。除了与操作者的熟练程度有关外,在很大程度上与患者的配合有密切相关。在胃镜下 APC 切除胃

息肉术中,探头需要准确对准病灶,并与其保持一定距离,再通电激活,然而由于胃肠蠕动、膈肌运动、心脏跳动及大血管的搏动和患者的恶心、呕吐、打嗝,甚至肢体的活动,使得病灶始终处于运动状态,给手术操作带来困难,从而容易引起在通电激活状态下探头与组织接触粘连导致出血,甚至穿孔。本研究中,普通胃镜组 12 例患者出现并发症,并发症发生率为 16.22% (12/74),均因术中患者耐受性差,频繁的恶心、呕吐、打嗝,甚至肢体活动而引起。术后嘱患者禁食,并给予抑制胃酸分泌和解痉治疗后症状消失。

参考文献:

- [1] 诸琦,贺益萍,吴云林,等. 内镜下氩离子凝固术治疗胃息肉及疣状胃炎的临床研究[J]. 中国消化内镜杂志, 2007, 1(3): 16-19.
- [2] 刘春光. 内镜下氩气刀治疗消化道息肉样隆起性病变的临床观察[J]. 长江大学学报, 2011, 8(4): 155-156.
- [3] 闫红林,管蕾,牛春燕. 氩气刀与微波、高频电刀治疗大肠广基息肉对比分析[J]. 陕西医学杂志, 2007, 36(7): 832-834.
- [4] 李政文,吕黄勇,尧登华,等. 氩气刀治疗上消化道息肉 257 例疗效分析[J]. 西南国防医药, 2009, 19(7): 698-699.
- [5] 袁艳,侯秀娟,王连胜. 内镜下氩气刀治疗胃肠道息肉疗效观察[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2007, 24(4): 415.
- [6] 成仲琴. 无痛胃镜不良反应 994 例分析[J]. 四川医学, 2011, 32(2): 248-249.
- [7] 周黎靖. 无痛胃镜检查术中的临床应用及并发症的防治[J]. 医学信息, 2009, 22(6): 1048-1049.
- [8] 高波. 无痛胃镜检查在基层医院的临床应用[J]. 四川医学, 2009, 30(2): 246-247.
- [9] 陈健婷,苏玉强,郭龙,等. 无痛胃镜 1 020 例临床应用观察[J]. 当代医学, 2011, 17(25): 13-14.
- [10] 刘燕燕. 无痛胃镜临床效果观察[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11(1): 62.

(收稿日期:2012-04-13 修回日期:2012-06-19)

(上接第 3793 页)

者不仅在护士操作技术上满意,同时也提升了总的满意度。通过主动静脉治疗模式,患者不仅保护了血管,减轻了痛苦,针对性地减轻了经济负担,最大限度地提升了护理品质。同时,护士的服务意识发生了根本性转变,工作由被动变为主动,极大地提高了护理人员对安全静脉输液的认识,全面提升护理队伍的整体素质,带动了护理质量的逐步提高。

参考文献:

- [1] 姚小春. 化疗性静脉炎的预防现状[J]. 基层医学论坛, 2011, 15(3): 69-70.
- [2] 宋秋萍,环晓峰,侯雪琴,等. 主动静脉治疗模式在肿瘤患者化疗中的应用[J]. 护理学杂志, 2010, 25(9): 39-40.
- [3] 郑素慧. 主动静脉治疗用于乳腺癌术后的化疗[J]. 中国现代药物应用, 2011, 5(19): 99-100.

- [4] 吕艳. 静脉输液并发静脉炎预防性护理的研究进展[J]. 护理研究, 2003, 17(8): 880-881.
- [5] 朱儒红. 化学性静脉炎的护理进展[J]. 解放军护理杂志, 2007, 24(6): 43-44.
- [6] 陈云艾,张华云,孟令振,等. 静脉营养液致静脉炎的针对性治疗及护理[J]. 护理实践与研究, 2011, 8(4): 118-119.
- [7] Hu KK, Lipsky BA, Veenstra DL, et al. Using maximal Sterile barriers to prevent central venous catheter related infection: a systematic evidence-based review[J]. Am J Infect Control, 2004, 32(3): 142-146.
- [8] 郭奕萍,尤少琼. 精密过滤输液器用于肿瘤化疗患者的效果探讨[J]. 邯郸医学高等专科学校学报, 2005, 18(5): 466-467.

(收稿日期:2012-05-10 修回日期:2012-07-22)