[7] 邱贵兴,戴尅戎.骨科手术学[M].第3版.北京:人民卫生出版社,2005.384.
[8] 党耕町,王 超,阎 明.后路寰枢椎侧块钉板固定植骨融合术的临床初探[J].中国脊柱脊髓杂志,2003,13(1):7-10.

(编辑:周小林)

胸腔置管引流在治疗恶性胸腔积液的护理

干 霞,郑 颖,杜 敏 (成都军区总医院肿瘤科,四川 成都 610083)

[关键词] 恶性肿瘤;胸腔积液;治疗;护理
[中图分类号] R561 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)05-0315-01

恶性胸腔积液是恶性肿瘤侵及胸膜的常见晚期表现,生长较迅速,临床症状较重并难以控制[1]。传统的治疗方法是反复间断抽放积液,向胸腔内注射化疗药物或注射粘连剂等,大部分患者效果不理想,且毒副反应大[2-3]。2007年2月至2008年3月我科采取胸腔置管引流并注射乌体林斯治疗恶性胸腔积液取得较好疗效。现将护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组24例,男10例,女14例,年龄61~76岁,平均68岁,均经病理学证实为恶性肿瘤。其中肺癌16例(腺癌7例,鳞癌9例),乳腺癌6例,卵巢癌2例。患者有胸闷、气紧症状,B超或/和X线检查显示有中至大量胸腔积液,胸水检查均为渗出液,脱落细胞检查阳性,其中血性胸水15例。

1.2 方法

选用单腔中心静脉导管1套,肝素帽1只,3M透明敷料1张。所有患者以超声定位,采用Seldinger技术将深静脉置管于胸腔内,局部固定后另一端接引流袋,24 h持续引流胸水,胸水流速约每分钟100滴,持续引流1~2 d,随后向胸腔内注入乌体林斯,注入后嘱患者2 h内隔15 min翻身改变体位1次,以利药物与胸膜广泛接触,同时闭管24 h,24 h后开放引流,待引流干净后,再次闭管观察1周,若胸水较多,则重复上述治疗。

1.3 护理

护理要点:①置管前向病人详细介绍胸腔置管的目的、方法,使病人了解胸腔置管化疗有可能发生的毒副反应及防治措施、留置导管的护理等;②为使药物在胸腔内分布均匀,便于吸收以提高疗效,注药后协助病人变换体位;③整个操作过程应严格遵守无菌原则;④注意改善营养状况。

2 结果

本组患者进行了69次胸腔注射,中心静脉导管留置时间为13~32 d,平均20 d,反复引流胸水者9例,发生导管脱落1例,占4.16%,未出现严重并发症。

3 体会

中心静脉导管质地柔软,局部无刺激性,组织相溶性好,用于胸腔留置较安全,可使病人免受胸腔穿刺之苦,并可避免因多次胸腔穿刺而引起感染、气胸等并发症,病人易于接受,同时也能提高护理效率;而且中心静脉导管内径小(约1.7 mm),放胸水速度不会过快,速度能自行调节,可避免大量放胸水引起病人虚脱、纵隔摆动、休克等并发症发生。

在治疗过程中,护士熟练掌握护理要点,严格调节药液灌注速度,正确协助病人变换体位。变换体位顺序为:平卧位,左、右侧卧位,俯卧位,坐位,每个体位保持15 min,更换体位时,注意观察病人反应,不能耐受时,每一种体位可适当缩短时间,增加次数,同时注意固定导管防止脱落。乌体林斯注射后2~3 d会出现疲倦感、痰多,注射后应适当给予沐舒坦片、复方甘草合剂口服或雾化吸入减低痰粘稠度,使之易于咳出。长时间留置胸腔导管,反复灌注药物或多次引流胸水,存在感染的危险。每周用0.3%的茂康碘消毒导管口周围皮肤2次,并更换3M透明敷料,观察局部皮肤有无红、肿、痛现象;及时冲洗导管,保持导管通畅;胸水中含有大量的纤维蛋白,形成絮状物易引起导管阻塞,因此,在引流胸水及注入药物前后均给予生理盐水20 mL冲洗导管,冲洗时用力均匀适当,切勿用力过猛而损坏导管。晚期肿瘤患者,病程长,反复引流胸水,大量蛋白质丢失,消瘦明显,全身情况差[1]。饮食上指导患者多进高蛋白、高热量、富含维生素的易消化食物,必要时予静脉营养支持、输血浆或白蛋白,纠正低蛋白血症,提高患者的抗病能力。

[参考文献]

[1] 朱 音,高丽君,樊慧红.胸腔镜治疗恶性胸腔积液的护理[J].中华护理杂志,2000,35(11):660.
[2] 董粉英,刘 洪,梁金花,等.胸腔置管引流后灌注顺铂与香菇多糖治疗恶性胸腔积液30例[J].肿瘤学杂志,2008,14(3):230-231.
[3] 吴 峰,汤晓明,杨德春,等.CT引导下微创性胸腔置管引流在治疗恶性胸腔积液中的应用研究[J].实用临床医药杂志,2007,11(6):53-54.

(编辑:文 灿)

[收稿日期] 2008-06-26 [修回日期] 2008-08-27