维普资讯 http://www.cqvip.com

深静脉置管预防甘露醇致静脉炎的效果观察及护理

陈彩片[1],刘 肖[2] (1.百色市人民医院神经外科;2. 右江民族医学院附属西南医院神经外科,广西 百色 533000)

[关键词] 护理;深静脉;静脉炎
[中图分类号] R248.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)05-0342-01

临床上静脉滴注20%甘露醇相当广泛，但常因浓度高,滴速快而对静脉造成不同程度的损伤。轻者有酸、麻、胀、痛等刺激症状,重者则引起无菌性静脉炎。我院自2005年1月开始采用深静脉置管为患者输液,预防甘露醇致静脉炎取得了较好的效果,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组均为颅脑外伤患者148例,其中男103例,女45例,年龄11~64岁,平均40.30岁。将148例患者随机分为两组各74例,两组性别、年龄、病情、药物剂量、穿刺部位比较,无显著性差异。

1.2 方法

在常规消炎、营养脑细胞的基础上，采用20%甘露醇125 ml+地塞米松5 mg静脉滴注,30 min内滴完，视病情每8~12 h一次。观察组采用德国贝朗公司生产的中心静脉导管,可来福接头行深静脉(选择锁骨下静脉、股静脉)置管输液;对照组常规采用头皮静脉针输液。评定标准依据美国静脉输液护理学会规定标准,将静脉炎分为3度,即局部疼痛、红肿或水肿,静脉无条索状改变,未触及硬结为I度;局部疼痛、红肿或水肿,静脉条索状改变,未触及硬结为II度;局部疼痛,红肿或水肿,静脉条索状改变,可触及硬结为III度。统计学方法所得资料采用χ^2检验。

2 结果

两组静脉炎发生率比较,见表1。

表1 两组静脉炎发生率比较(%)

组别	n	静脉炎			合计
		I度	II度	III度	
对照组	74	30(40.5)	9(12.2)	3(4.1)	42(56.8)
观察组	74	7(9.5)	0(0)*	0(0)*	7(9.5)

*:与对照组比较,$P<0.01$

3 讨论

当输入高渗液体时,血浆渗透压升高,致使组织液渗透压随之升高,血管内皮细胞脱水,进而局部血小板聚集,并释放前列腺素E_1、E_2,静脉壁通透性增强,白细胞浸润出现炎症改变,同时释放组织胺,使静脉收缩、变硬。甘露醇是一强有力的高渗性组织脱水、利尿药,在临床应用中多强调快速静脉滴注,致使局部静脉渗透压迅速增高,从而产生更明显的损害作用。经外周浅静脉滴注时,由于静脉管壁薄、血流量少,甘露醇刺激血管引起疼痛，血管收缩。对照组中17例患者出现输液不滴,用0.9%氯化钠注射液冲管、热敷等方法无效而重新穿刺,增加了患者的痛苦及血管损伤的概率。文献报道在临床静脉应用甘露醇时,不宜在同一部位反复注射,不应多于4次,而且两次穿刺点的距离应尽可能的远。

深静脉置管术,由于将导管送至深静脉,其血管内径粗,血流量大,减少了甘露醇在血管局部的停留时间,从而减少了对血管壁的刺激,降低了静脉炎的发生率。深静脉置管不但减轻了患者的痛苦,还确保了治疗的顺利进行,减轻了护理工作量。其护理要点为:①保持置管处敷料清洁干燥,术后第2 d常规更换无菌复合生物敷贴1次。②股静脉置管者勿使术侧大腿受压，并抬高术肢15°~30°；指导患者术侧大腿尽量减少曲伸动作,以防穿刺局部出血及导管折曲、脱出。③对躁动者给予适当约束。④锁骨下静脉压力较低,置管患者在输液过程中输液瓶内液体不可滴空,应使一段输液管低于患者心脏水平。

[收稿日期] 2006-04-01 [修回日期] 2006-06-18
(编辑:兰阳军)

28例心脏外伤抢救及护理体会

商月侠[1],万玲鞍[1],付 晓[2] (1鞍山钢铁集团公司立山医院;2鞍山钢铁集团公司千山疗养院,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 护理;心脏;外伤
[中图分类号] R248.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)05-0342-02

心脏外伤临床虽不多见，但近年来由于冶金工业外伤,交通伤和殴斗的日益增多而表现上升的趋势。我院自1995年至2005年间共收治28例心脏外伤患者，本文对心脏外伤的抢救及护理体会进行总结,现报告如下。

1 资料与方法

[收稿日期] 2006-05-10 [修回日期] 2006-08-28