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

维普资讯 http://www.cqvip.com

1.1 临床资料

本组患者28例,其中男性22例,女性6例;年龄最小11岁,最大68岁。受伤原因:撞击伤4例;车轮轧伤3例;高空坠落伤4例;重物砸挫伤5例;刀刺伤11例,拳击伤1例。心脏外伤分类:心脏贯穿伤11例,其中左心室外伤4例,右心室外伤7例);心脏挫伤16例,其中1例室间隔破裂。

1.2 治疗结果

28例患者伤后距抢救时间15 min至1 h不等。其中2例入院抢救治疗无效死亡,14例手术治疗(心脏贯通伤11例,心脏钝挫伤3例),术后死亡1例;其余12例并发心肌梗塞经保守治愈,总治愈率为89.1%。

2 护理体会

2.1 院前急救护理

2.1.1 保证急救绿色通道通畅 急救绿色通道是指急、重病人由现场被送到急诊科后融分诊、抢救、收住院为一体的快捷有效的服务措施。该通道设备齐全,并由训练有素的医生和护士组成的急救队伍,他们对心脏外伤等各种创伤的抢救有极其丰富的经验,行动迅速敏捷,无论气管插管还是紧急剖胸心脏按摩都表现手法熟练灵活,如本组有1例因并发急性心包填塞心跳停止,病情危重,于急诊科内紧急剖胸打开心包,清除积血后恢复心跳,然后再送往手术室后续处置。由此可见急救绿色通道的通畅对外伤抢救的成功起到至关重要的作用。

2.1.2 做好现场急救和及时转运 心脏外伤包括心脏贯通伤和心脏钝挫伤两大类。前者病人伤后具有呼吸困难,脉搏细弱,心音遥远甚至不清的特点,甚至处于濒死的状态;后者除呼吸困难外,还表现前胸剧痛并且心电图和心肌酶谱严重改变,两类均可危及病人生命。护理人员应本着"时间就是生命"的原则,大胆冷静的配合医生抢救,例如给病人吸氧、镇痛、输液心电监测以及伤口包扎等,最大限度地减少由心脏外伤给身体各器官带来的不可逆性的损害。当病人发生急性心包填塞需手术抢救时,护士要在最短时间内做好术前的准备工作,如备血,做好两条以上的静脉输液通道,留置导尿等,并迅速的将病人护送到手术室。

2.2 临床护理

2.2.1 心脏贯通伤的术后护理 全麻术后病人未清醒前,要给去枕平卧位,头偏一侧,防止呕吐发生误吸、窒息。在用文丘里面罩(Venturi mask 氧气浓度24%~50%)吸氧的同时做好血氧和心电监测。病人清醒后改为头胸高于床15~30 cm的半卧位,注意观察心包腔引流管和胸腔闭式引流管是否通畅及引流液的性质及量的变化,做好各种记录。每日保证抗生素及营养液的按时输注。注意输液速度不宜过快,防止发生肺水肿。当病人脱离了危险期可以进食和离床活动时,护士应主动与病人谈心进行思想沟通进行必要的心理护理,帮助病人到室外活动,给高蛋白,高热量膳食,使其尽快康复。

2.2.2 并发心梗的护理 本组有12例因心脏钝挫伤并发心肌梗塞,均经心电图、心肌酶谱、和手术证实。其中3例因心包腔内积液较多进行手术引流,术中发现心脏前壁大面积挫伤,心肌淤血和点状出血。心包腔内渗液也分别是粉红色、褐棕色改变。对此我们让病人绝对卧床休息,适当吸氧,当发生前胸剧痛时遵医嘱给镇痛剂,严密观察病人心电监测有无异常变化。每日静脉缓慢滴注心脏血管扩张剂和营养心肌的药物,做好必要的心理护理和生活护理,让病人在最佳的心态下接受医生的治疗。

由于我院急救绿色通道的建立,心脏外伤同其他危重病人得到了积极有效的转运和救治,同1995年前相比,心脏外伤的抢救成功率大有进步和提高。

(编辑:兰阳军)

临床护理纠纷原因分析与防范措施

江 敏 (第三军医大学附属西南医院心内科,重庆 400038)

[关键词] 临床护理;医疗纠纷;原因分析
[中图分类号] R471;R197.323 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)05-0343-02

随着社会的进步,病人的自我保护意识不断增强,对医疗护理质量、安全,服务态度的要求不断提高,纠纷也时常发生,现对护理纠纷的常见原因及防范措施分析如下。

1 原因分析

纠纷一般发生于护理人员和病人或病人家属两方面的因素。首先是护理人员方面:①护理人员法律意识淡薄;②缺乏爱岗敬业责任心和护理职业道德修养;③多元化护理实施不到位;④护理人员不严格执行规章制度责任心不强。其次是病人或病人家属方面:①病人或家属不懂医疗知识和就医程序;②病人或家属对疾病认识不足;③病人或家属对护理人员缺乏信任;④医疗费用问题。

2 防范措施

2.1 增强护理人员的法律意识

2.1.1 护理人员必须认真学习相关法律、法规及规章制度,做到人人知法、守法,依法从事护理服务,正确履行护理职责,并懂得如何运用法律武器维护护患双方的合法权益。

2.1.2 医嘱是护士对病人实施治疗及护理的法律依据,在执行医嘱过程中,应保持与医嘱的严格一致性。如对医嘱有疑问,需要认真核对后再执行。一般情况下不执行口头医嘱,遇到紧急抢救时,必须当着医生复述一遍医嘱内容,做到听,问,看,补。如病人病情发生变化,必须及时通知医生,医生根据病情更改医嘱后再执行。

[收稿日期] 2006-05-29 [修回日期] 2006-07-28