

“健康教育”、“静脉穿刺技术”三项占患者不满意率的 81.0%，把此三项进行上述切实可行的改进措施，使不满意率下降到 14.0%。虽然在整改后调查中这三项比率仍最高，但问题已没有那么突出。而健康教育问题是 9 条，占比率的 7.4%，提示我们的患者迫切需要我们给予更多的疾病相关知识，我们下一步的工作重点应从各种方式加强健康教育，提高患者的疾病知识水平，使患者的不满意度逐渐下降。实施整改前患者的总不满意有 121 条，实施整改后总不满意下降到 25 条，改善的效果为 77.9%，这说明柏拉图分析法对提高护理服务水平有着很大的作用。

3.3 有助于培养护理管理者科学管理的思维模式
柏拉图分析法是根据患者意见进行项目分类，再按数字由大到小的顺序排列，通过累计率的图形将

要改进的问题一目了然地呈现在眼前，便于护理管理者摆脱经验管理模式，从错综复杂的护理问题中，一针见血地找出问题关键所在，就可以把有限的精力和资源用到能起关键作用的地方，达到事半功倍的效果。该方法对提高护理服务质量，实现护理服务零缺陷具有实用意义^[1]。

[参 考 文 献]

- [1] 周 艳,翁绮君,虞和薇.柏拉图分析法在门诊输液护理质量评价中的应用[J].南方护理学报,2005,12(10):89-90
- [2] 王曙红,蒋冬梅,李映兰,等.柏拉图在分析差错隐患中的应用[J].护理学杂志,2004,19(7):52-54.
- [3] 张世玲,张世瑛,莫 晶.RSR法在综合评价住院质量中的应用[J].中国医院管理,1997,17(2):31.
- [4] 钟华荪,卢海涛.柏拉图统计表在护理服务质量评价中的作用[J].中华护理杂志,1998,33(11):644-646

[文章编号] 1000-2200(2007)03-0355-02

。护理医学。

胸腔置管引流及注药治疗恶性胸腔积液的护理

任立梅,陈付华

[摘要]目的:探讨胸腔留置中心静脉导管引流及行胸腔内注射药物治疗恶性胸腔积液的护理。方法:对 32 例恶性胸腔积液的患者运用胸腔置中心静脉管引流的护理作一总结。结果:完全缓解 18 例,部分缓解 12 例,无效 2 例,总缓解率达 93.7%。结论:胸腔置管并腔内注药安全方便,副作用轻,提高了患者的生存质量,术前的心理护理、术中配合、术后护理提高了中心静脉导管置管术的成功率,有效降低并发症。

[关键词] 肺肿瘤;胸腔积液;胸腔引流术;胸腔注药;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 734.2 R 654.7 [文献标识码] A

恶性胸腔积液是晚期肿瘤,特别是肺癌晚期的常见症状,患者出现胸闷,呼吸困难,严重影响患者的生存质量,甚至危及生命^[1-3]。传统的治疗方法是反复胸腔穿刺抽取胸腔积液,每次穿刺都给患者带来痛苦,且易感染。2005 年 5 月~2006 年 5 月,我科采用中心静脉导管胸腔置管引流并胸腔内注射顺铂及胞必佳治疗恶性胸腔积液,取得了满意效果,现将护理体会作一报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 32 例均经 B 超确定为大量胸腔积液。男 26 例,女 6 例;年龄 31~76 岁。其中,肺癌 28 例,乳腺癌 3 例,食管癌 1 例;32 例均经组织病理学和(或)细胞学证实。

1.2 方法 患者取反坐椅位,经 B 超定位,局部皮

肤消毒,戴手套,铺洞巾,用 2%利多卡因 3 ml 作局部浸润麻醉达壁层胸膜,用北京天地和协科技有限公司的 16 F 中心静脉导管,经皮胸腔穿刺,将导丝通过穿刺针进入胸腔后拔出穿刺针,用扩张器扩大创口,沿导丝送入中心静脉导管入胸腔,进入 10~15 cm^[4]长,拔出导丝与一次性引流袋连接,观察有液体流出后用无菌透明膜敷贴固定导管。

1.3 疗效判定标准^[5] 完全缓解(CR):胸腔积液消失达 4 周以上;部分缓解(PR):胸腔积液减少 1/2 以上达 4 周以上;无效(NC):未达上述标准。

1.4 结果 CR 18 例,PR 12 例,NC 2 例,总缓解率 93.7%。

2 护理

2.1 置管前护理

2.1.1 心理护理 护士应向患者介绍置管的方法、目的及效果,使患者了解此项操作的重要性、必要性及安全性,提高患者对治疗的依从性,或让接受过此

[收稿日期] 2006-07-20

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 呼吸内科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 任立梅(1968-),女,主管护师。

项操作的其他患者现身说法,消除患者不了解此项操作而导致的恐惧、紧张等不良的心理,取得患者的配合。

2.1.2 用物准备 中心静脉导管(单腔),接头一个,引流袋一只,2%利多卡因 20 ml一支,胶布,棉签,碘酒及乙醇,肾上腺素,阿托品,氧气等,并签署知情同意书。

2.2 置管中配合 医师在为患者做胸腔置管时,护士应嘱患者放松,勿紧张,随时监测患者的脉搏、呼吸,观察患者的面色及表情,若患者脉搏突然加快,面色苍白,出冷汗,表情痛苦时护士应及时配合医师停止操作并做好抢救工作。穿刺成功后协助患者取舒适体位。

2.3 置管后护理

2.3.1 积液引流及注药 开始时可引流 500 ml 积液,以后根据患者的机体状况及病情,用调节器控制引流速度 300 ml/h^[1],大部分患者 24~48 h 可引流完全,在引流过程中,鼓励患者轻咳,经常改变体位,并经常挤压引流管,以使积液充分引流。当 B超或胸片证实无积液或少量积液时,给予生理盐水 20 ml 加顺铂 60 mg 生理盐水 20 ml 加胞必佳 400~600 μg 顺序注入,然后静脉推注生理盐水 20 ml 加地塞米松 5 mg 当药物注入胸腔后,夹闭开关,24 h 后继续引流,当胸腔积液引流量 < 100 ml/24 h 时,拔出引流管。

2.3.2 导管护理 中心静脉导管质地较软,如固定不当或牵拉易导致导管弯曲,阻塞而致引流不畅,因此固定时动作轻柔,顺自然曲度固定,防扭曲,阻塞,保持引流通畅。抽胸腔积液,注药时动作均应轻柔,严格按照无菌技术操作,预防感染的发生,并嘱患者保持局部皮肤清洁,禁止淋浴。

2.3.3 体位护理 为使药物与胸膜广泛接触,均匀分布,提高疗效,注药后要变换体位。方法与顺序为:去枕平卧位—左、右侧位—俯卧位—右、左侧位,每次 15 min 共 2 h^[9],在更换体位时护士应密切观察患者的呼吸、面色,如不能耐受某一种体位可适当减少翻身时间。

2.3.4 饮食护理 由于原发病及大量胸腔积液的丢失,加上胸腔内注入化疗药,患者出现恶心、呕吐等胃肠道不适,除给予格拉司琼、甲氧氯普胺等止吐药物常规使用,饮食上给予高热量,高蛋白,多维生素,易消化,清淡饮食,多食新鲜蔬菜及水果,多饮水,鼓励患者进食。

2.3.5 副作用的处理 本组有 6 例出现发热,体温均 < 38.5℃,对症处理后 4~7 天热退,向患者解释

发热的原因,每天 4 次监测体温并记录。2 例患者出现胸痛,给予口服布洛芬或盐酸曲马多缓释片可缓解。

3 讨论

恶性胸腔积液在胸腔穿刺抽液加胸膜粘连治疗疗效较差的情况下,需反复胸腔穿刺抽液,容易导致感染,采用胸腔留置中心静脉导管持续引流,仅需 1 次穿刺,创伤小,减少了多次穿刺引起的脏器损伤及胸膜反应的机会;操作安全,可控制引流速度,避免过多过快引流引起的纵隔摆动及复张性肺水肿;可随意改变体位,引流彻底,能提高胸腔内给药浓度,提高疗效。

顺铂是一种高效、广谱的抗肿瘤药物,其作用机制是选择性抑制 DNA 合成,癌细胞经顺铂作用后,体积缩小,核仁深染,最终裂解成碎片,加上顺铂对胸膜具有硬化作用,刺激胸膜产生无菌性化学炎症,形成胸膜粘连。胞必佳治疗胸腔积液的机制在于刺激 T 细胞释放出成纤维细胞增殖因子,使脏、壁层胸膜纤维化而粘连,阻止液体的渗出,从而减少胸腔积液的生成^[7]。胞必佳是生物反应调节剂,联合化疗药物使用,具有协同作用。

中心静脉导管细而软,对组织刺激小,易固定,安全性较好;副作用轻,患者还可以下床自由活动,减轻了患者的精神负担,提高了生活质量。

本组术前采取个性化的心理护理,消除或减轻了患者的焦虑和紧张心理,提高了患者对治疗的依从性,术中配合,术后护理提高了中心静脉导管置管术的成功率,避免了导管的阻塞、脱落及继发感染,使治疗顺利进行,促进患者康复。

[参 考 文 献]

- [1] 黄礼年,刘超,陈余清,等.细管胸腔闭式引流并顺铂和胞必佳治疗恶性胸腔积液[J].蚌埠医学院学报,2003,28(2):122-123
- [2] 刘少平,钱文军,沈伟生.微创置管引流并灌注高聚金葡素联合顺铂治疗恶性胸腔积液的临床观察[J].实用临床医药杂志,2005,9(8):24-25
- [3] 李优义,司宗勋,王素娟.36例恶性胸腔积液综合治疗的近期疗效观察[J].徐州医学院学报,2006,26(4):357-358
- [4] 谈芙蓉.胸腔置管持续引流治疗结核性胸膜炎 35 例[J].临床肺科杂志,2003,8(5):445
- [5] 李振.恶性肿瘤化学治疗与免疫治疗[M].北京:人民卫生出版社,1990:63-65
- [6] 陈瑛,郭夏阳,张红丽,等.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
- [7] 廖美琳.肺癌现代治疗[M].上海:上海医科大学出版社,1998:319-328