

老年患者 PICC 置管专项护理对预防静脉炎、静脉血栓的效果分析

福建医科大学附属协和医院 (福州 350001) 李小姜

高渗药物是指渗透压较高的药物如 50% 的葡萄糖、甘露醇等,高渗药物在使用时对患者的血管伤害和刺激性较大,易产生肢体疼痛,造成静脉炎和静脉血栓^[1]。经外周静脉穿刺中心静脉 (PICC) 置管可利用导管穿刺患者的外周手臂,而该导管直达靠近心脏的大静脉,能有效避免高渗药物与患者手臂静脉直接接触,冲释药物,保护患者上肢静脉,降低药物对血管的刺激^[2]。PICC 置管成功后,若其护理措施不到位可能会导致患者出现静脉炎、静脉血栓等并发症^[3]。有学者表示, PICC 置管专项护理可降低患者发生静脉炎和静脉血栓的概率^[4]。笔者对我院老年住院患者 PICC 置管后设置专项护理,观察对预防静脉炎、静脉血栓的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选择 2019 年 12 月至 2021 年 1 月于我院接受 PICC 置管的 60 例老年患者为研究对象。纳入标准:1) 患者年龄 > 60 岁;2) 静脉穿刺所需治疗时间 > 30 d。排除标准:1) 患者依从性较差,插管部位存在放射治疗史;2) 出血性疾病严重者;3) 无法确认患者的外周静脉。按照随机数表法将患者分为对照组和观察组各 30 例。对照组男 19 例,女 11 例;肺癌 11 例,淋巴瘤 10 例,白血病 9 例;病程 1~5 (3.10±0.56) 个月。观察组男 20 例,女 10 例;肺癌 12 例,淋巴瘤 11 例,白血病 7 例;病程 1~6 (3.13±0.59) 个月。两组患者一般资料具有可比性 ($P > 0.05$)。本研究经院伦理委员会审批通过,患者及家属均知情同意,签署研究项目知情同意书。

1.2 方法:1) 对照组采用常规护理:①对患者及其家属介绍 PICC 置管的相关知识,嘱咐其置管后的注意事项;②置管后对患者的生命体征进行监测,同时定期察看患者的置管情况,为其更换敷料等。2) 观察组采用专项护理:①置管前由 PICC 专项护士对患者及其家属进行 PICC 置管健康宣教,建议患者在穿刺前 24 h 内减少穿刺手臂的活动,如提重物、用力甩臂等。②置管后监测患者生命体征,提醒患者衣服袖口不宜过紧,观察其局部出血情况。③每周为患者 PICC 置管进行一次维护,严格执行无菌操作,遵守置管操作规程,严格执行手卫生,不可用手接触贴膜覆盖区域内肌肤,在维护前观察患者穿刺点是否有发红、肿胀、渗液的情况;PICC 置管维护包括更换接头(揭开固定接头的胶布,清理患者被固定部位,检查新接头保质期,取下旧接头,用 10 mL 生理盐水冲洗新接头与消毒导管接头外壁连接)、冲洗导管(采取脉冲式用 ≥ 10 mL 生理盐水冲洗导管,冲洗至

1 mL 左右时缓慢撤出导管,实施正压封管)、更换敷料(按压患者穿刺部位,从下而上拆除原有敷料,观察患者穿刺部位皮肤是否存在异常;使用浓度 > 0.5% 的葡萄糖酸氯己定乙醇溶液、有效碘浓度不低于 0.5% 的碘伏溶液或 2% 碘酊溶液和 75% 酒精,酒精消毒时需距患者穿刺点 1 cm,消毒面积需大于透明贴膜,自然待干;对患者导管连接器进行消毒,去除其胶痕,调整并重新固定导管位置,贴上透明贴膜)。④每次 PICC 置管维护后需规范记录置管日期、外露长度、维护时间且签名。⑤每日对患者 PICC 置管进行观察,为患者进行解答疑惑,给予相应的健康宣教;若患者手肿胀,抬高其置管手臂,嘱咐使用药物治疗;或指导患者手握热毛巾,使血液回流。⑥若患者发生局部感染,可加强换药,在其敷料潮湿或遭受污染时及时更换。

1.3 观察指标:1) 比较两组患者置管后并发症发生情况,包括静脉炎和静脉血栓,总并发症发生情况 = (静脉炎例数 + 静脉血栓例数) / 总例数 × 100%。2) 比较两组患者置管后对护理的满意程度:两组患者均填写本院自制的护理满意度调查问卷,评估内容包括心理护理、身体护理、护理风险,1~3 分表示不满意,4~6 分表示满意,7~10 分表示非常满意,总满意度 = (满意 + 非常满意) / 总例数 × 100%。

1.4 统计学方法:使用 SPSS 22.0 统计学软件进行分析。资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料以百分数表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者置管后并发症发生情况:置管后观察组并发症总发生率低于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$, 表 1)。

表 1 两组患者置管后并发症发生情况对比
[n=30, 例 (%)]

组别	静脉炎	静脉血栓	总发生率
对照组	3 (10.00)	3 (10.00)	6 (20.00)
观察组	1 (3.33)	0 (0.00)	1 (3.33)
χ^2 值			4.04
P 值			< 0.05

2.2 两组患者置管后对护理的满意程度对比:置管后观察组护理总满意度高于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$, 表 2)。

表 2 两组患者置管后对护理的满意程度对比
[n=30, 例 (%)]

组别	非常满意	满意	不满意	总满意度
对照组	15 (50.00)	11 (36.67)	4 (13.33)	26 (86.67)
观察组	18 (60.00)	12 (40.00)	0 (0.00)	30 (100.00)
χ^2 值				4.29
P 值				<0.05

3 讨论

静脉炎是指静脉血管发炎, 血管内膜增生, 管腔变窄导致血流缓慢, 临床表现为患者局部红肿、疼痛, 可呈凹陷性肿胀等^[5]。静脉血栓是指静脉出现急性非化脓性炎症的表现, 其主要病因是患者静脉壁受损、血液高凝等病变后累及患者四肢浅表静脉或下肢深静脉, 老年人为该病的好发群体^[6]。老年患者基础性疾病较多, 小血管输入刺激性药物过多, 可能会引起其内皮损伤, 诱发静脉炎和静脉血栓^[7]。PICC 置管专项护理由其专项护理人员进行操作, 输液技术成熟, 较为安全, 可在输入刺激性药物时被高流速、大流量的血液迅速稀释、播散, 降低对患者血管的刺激。同时, PICC 置管专项护理每周为患者 PICC 置管进行一次维护, 严格执行无菌操作, 遵守置管操作规程, 减少患者外周置管被感染的风险。笔者对本院老年住院患者 PICC 置管后设置专项护理, 观察对预防静脉炎、静脉血栓的效果, 结果表明, 置管后经有效护理的观察组并发症总发生率明显低于对照组, PICC 置管专项护理可以降低患者出现静脉炎和静脉

血栓的现象。置管后观察组护理总满意度也明显高于对照组, 提示, 老年患者对 PICC 置管专项护理是满意的。

总之, PICC 置管专项护理对老年患者静脉穿刺的成功率较高, 并发症较少, 可减少患者因频繁静脉穿刺的痛苦, 保护其外周静脉, 护理效果显著, 值得临床应用。

参考文献

- [1] 芮小燕, 阮雅萍, 蒋露, 等. 集束化护理在肿瘤患者 PICC 置管中的应用 [J]. 国际护理学杂志, 2019, 38 (23): 3956-3958.
- [2] 李淑玲. 针对性护理在预防 PICC 置管后并发深静脉血栓中的效果观察 [J]. 中国实用医药, 2019, 14 (26): 184-186.
- [3] 申萍, 赵丽平, 熊文慧. 预见性护理在预防老年 PICC 置管相关深静脉血栓的效果分析 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16 (4): 132-134.
- [4] 吴完婷. 基于风险评估的分级护理干预对 PICC 置管患者上肢静脉血栓发生率的影响评价 [J]. 中外医学研究, 2019, 17 (31): 100-102.
- [5] 温春嫦. 针对性护理干预对外周静脉血管活性药物所致的静脉炎及患者生活质量的影响 [J]. 吉林医学, 2021, 42 (2): 493-494.
- [6] 贾雁北. 青鹏软膏辅助自我观察护理对改良塞丁格技术行 PICC 置管后机械性静脉炎的影响研究 [J]. 新中医, 2019, 51 (3): 255-257.
- [7] 钟灿. 肺癌患者 PICC 置管静脉炎发生的危险因素和护理干预对策研究 [J]. 黑龙江中医药, 2019, 48 (1): 201-202.

预防性护理对肠癌调强适形放疗同步口服卡培他滨化疗不良反应的影响

福建省肿瘤医院腹部放疗科 (福州 350014) 池飞莺 陈 隐 卓 妍 郑丽雅

肠癌是一种常见恶性肿瘤, 包括直肠癌、结肠癌。与饮食习惯、肠道慢性炎症、息肉、家族遗传等因素有关^[1]。手术是治疗肠癌的主要手段, 可直接快速切除病灶, 而晚期免疫力低下的患者, 已丧失最佳手术时机或无法进行手术^[2], 仅能采取单纯放疗或化疗杀灭肿瘤, 但是根治率低, 为提高患者生存率, 放化疗联合治疗的疗效得到了肯定。调强适形放疗同步口服卡培他滨化疗可提高肿瘤的杀灭能力, 对肿瘤靶区进行精准照射, 减少了对正常组织的损伤, 但是放化疗同时进行增加了不良反应风险, 部分患者不耐受, 不利于治疗的顺利进行, 因此, 提高患者对放化疗的耐受性对改善患者生活质量、优化治疗效果有重要作用^[3-4]。本文选取 2019 年 10 月至 2020 年 10 月本院收治的 88 例肠癌患者, 对预防性护理及效果分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 本次所选对象均为 2019 年 10 月至 2020 年 10 月本科收治的 88 例肠癌患者, 随机分为对照组和观察组。对照组 44 例患者中, 男性 27 例, 女性 17 例; 年龄 37~

73 岁, 平均年龄 (51.9±3.6) 岁; 肠癌类型: 结肠癌 24 例, 直肠癌 20 例; TNM (T: 代表原发肿瘤; N: 代表局部淋巴结转移; M: 代表远处转移) 分期: II 期 25 例, III 期 19 例。观察组 44 例患者中, 男性 28 例, 女性 16 例; 年龄 36~74 岁, 平均年龄 (51.7±3.4) 岁; 肠癌类型: 结肠癌 23 例, 直肠癌 21 例; TNM 分期: II 期 26 例, III 期 18 例。两组一般资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。纳入标准: 1) 所有患者经病理检查确诊为结直肠癌; 2) 年龄 18~70 岁; 3) 相关病史、既往治疗史及住院资料完整, 均接受调强适形放疗同步口服卡培他滨化疗治疗, 依从性良好; 4) 获得本院医学伦理委员会审批, 患者均签署《知情同意书》。排除标准: 1) 合并有其他肠道病变; 2) 合并其他恶性肿瘤; 3) 精神疾病; 4) 严重器质性病变; 5) 中途退出研究者。

1.2 方法:

1.2.1 对照组: 给予常规护理。为患者提供舒适的病房环境, 同时给予皮肤保护指导、用药指导、心理护理及相关健