

有5例发生输液反应。见表1。

表1 试验组及对照组输液反应结果比较[n(%)]

组别	病人例数	输液反应	热原检测阳性	微粒超标
试验组	650	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
对照组	650	5(0.77)	1(0.15)	3(0.46)

注:两组比较, $\chi^2 = 5.03, P < 0.05$

3 讨论

输液反应的原因 过去认为是由于输入药液中含有致热物质如致热原、死菌、游离菌体蛋白、蛋白质和非蛋白的有机或无机物质,或输入的药液不纯,消毒、保存不当所致^[1],后来的研究结果证实,输液造成的临床反应大部分是由于输入了有害微粒^[2],如橡胶微粒、玻璃碎屑、纤维素、塑料微粒、结晶体、脂肪栓等微粒。这些微粒分别来源于穿刺胶盖、输液及注射器具、安瓿开启、室内环境、输液器、中药制剂、药物配伍、药物生产过程、临床用脂肪乳溶液等。当微粒直径大于毛细血管直径时,毛细血管将被堵塞,从而引起热原的过敏反应^[3]。本文对照组5例出现输液反应原因,均是加用中成药制剂,且多为复方制剂^[4],微粒超标是中药输液反应的主要原因^[5]。输液微粒污染途径以输液器具、配液操作和空气环境污染为主。目前,普通输液器的过滤介质的孔径基本在10 μm以上,对10 μm以下的微粒基本没有截留作用。据

王世玲^[6]对输液中不溶性微粒分布的调查结果表明,输液中不溶性微粒2~5 μm者占98%左右,而粒径10 μm以上的微粒仅占1%~2%。精密过滤输液器的过滤介质的孔径基本是5 μm,某些专用的输液过滤器滤膜孔径可达到1.0 μm,可有效截留任何途径导致直径为5 μm以上的输液微粒,从而减少微粒对患者造成的潜在危害或直接的危害^[7]。

参考文献

- 1 张景龙. 护理学基础[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:209.
- 2 李文硕. 液体治疗学[M]. 北京:中国医药科技出版社,1999:63-65.
- 3 费迎珍. 静脉给药中微粒来源及对策[J]. 护理研究,2002,16(3):144-145.
- 4 李革晖,苏佳,伊丽,等. 367例输液反应回顾性分析[J]. 药物流行病学杂志,2000,9(4):185-187.
- 5 王占科,祝仲珍,杨莉萍,等. 中药制剂输液反应原因分析探讨[J]. 现代诊断与治疗,2000,11(1):7-8.
- 6 王世玲. 就输液中不溶性微粒的粒径分布谈输液器的开发方向[J]. 中国医院药学杂志,1995,15(2):71-72.
- 7 王华生,宋婉丽. 药液注射过滤器在临床上的应用[J]. 中华医院感染学杂志,2000,10(5):378.

[收稿日期 2009-08-21][本文编辑 韦挥德 覃柯滔]

护理研讨

电视胸腔镜胸外科手术病人的护理

王其燕, 邓海青

作者单位: 535000 钦州,广西钦州市第二人民医院心胸外科

作者简介: 王其燕(1969-),女,大专,主管护师,研究方向:胸外科手术病人的护理。E-mail:wangqy8558@163.com

通讯作者: 邓海青(1976-),男,硕士,主治医师,研究方向:电视胸腔镜在心胸外科手术的应用

[摘要] 总结68例电视胸腔镜下行胸外科手术病人的护理体会。术前做好心理护理,指导病人呼吸训练;术后严密观察病情,加强呼吸道管理及胸腔闭式引流管护理,鼓励病人早期下床活动是护理的重点。本组术后除1例出现肺漏气,1例出现胸腔积液外,全部病例均于术后3~7 d治愈出院。

[关键词] 电视胸腔镜; 胸外科手术; 护理

[中图分类号] R 473.6;R655 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2010)02-0194-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.02.41

电视胸腔镜手术(video-assisted thoracoscopic surgery, VATS)是近年来发展起来的一项微创诊治新技术,手术后患者的肺功能破坏程度远较常规开胸手术为小,且不切断肋间神经,具有对肺功能影响小、手术切口小、损伤小、出血量少、患者术后疼痛轻,能早期下床活动、恢复快等优点。已被广泛应用于肺、纵膈、胸膜、心脏等疾病的诊疗。我科从2003-06

~2009-06共完成电视胸腔镜下胸外科手术68例,现将护理体会总结分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组68例,男性40例,女性28例;年龄21~81(43.12±6.93)岁。手术种类为肺小肿物切除23例,纵膈淋巴结活检15例,肺大泡及自发性气胸治疗共13例,包

裹性脓肿清除8例,胸膜活检5例,不明原因胸腔积液探查2例,外伤性血胸探查2例。

1.2 手术方法 在全麻、单侧肺通气和90°侧卧位下常规手术入路,电视内窥镜进路取腋中线第7或第8肋间,于其第4或第5肋间腋前线和腋后线分别做0.5~1.0 cm切口置入胸腔镜操作器械,相距约10 cm,呈等边三角形。手术种类包括:肺小肿物切除,肺大泡、自发性气胸治疗,外伤性、自发性血胸治疗,不明原因胸腔积液探查,包裹性脓肿和积液清除,纵隔淋巴结和胸壁肿物活检等。

2 结果

本组68例经电视胸腔镜治疗后,除1例出现肺漏气,1例出现胸腔积液外,全部病例均于术后3~7 d痊愈出院,无一例发生活动性出血等并发症。

3 护理

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 VATS是近年来开展的一项新技术,由于患者及家属对该技术缺乏了解,担心手术效果问题,常出现紧张、焦虑情绪。护士应耐心细致地向患者及家属讲解VATS治疗方法、优点,并介绍同类患者手术成功的例子,让患者消除顾虑,积极配合治疗和护理。

3.1.2 术前准备 应做好术前常规准备,有吸烟史者术前戒烟>1周,积极治疗术前并发症。针对胸外科患者的特点,在患者入院后即向其讲解呼吸功能训练的目的和方法,如腹式呼吸与缩唇式呼吸、呼吸肌训练和咳嗽训练等^[1],并帮助患者实施。对于年龄较小者指导吹气球。年老体弱者,术前嘱加强营养,进食高蛋白、高维生素饮食,以增强机体抵抗力,减少术后并发症。

3.2 术后护理

3.2.1 体位及病情观察 全麻术后,置患者平卧位,头偏向一侧,以防呕吐物进入呼吸道。进行心电监护,监测心率、血压、呼吸、血氧饱和度的变化。观察胸腔闭式引流管引流情况及切口敷料有无渗血、局部有无皮下气肿等。患者全麻清

醒后取半坐卧位,利于呼吸和引流。

3.2.2 呼吸道管理及肺部并发症预防 胸腔镜并发症常见的有肺不张、胸膜和肺部感染等。全麻术后患者呼吸道分泌物较多,堵塞细小支气管,使肺有效通气量减少,并且VATS术中单侧肺通气,易发生肺不张^[2]。待病人清醒后取半卧位,指导病人进行有效深呼吸及咳嗽排痰,有利于肺通气及胸腔引流。术后病人因担心疼痛不配合咳嗽,护士应做好心理护理,协助病人翻身叩背,教会患者正确的排痰方法,说明正确排痰的重要性,取得患者的配合,同时予雾化吸入,以稀释痰液,使痰液更易咳出;年老体弱咳嗽无力者,定时给予吸痰;对肺部膨胀不良者,及时给予吸氧。

3.2.3 引流管的护理 妥善固定好引流管,更换水封瓶要严格执行无菌操作,注意水柱波动情况,观察有无气体从水面逸出;保持引流管通畅,护理过程中应避免引流管脱落、扭曲和受压;根据病情定时反向挤压引流管,观察引流液的颜色及量,如每小时引流量超过100 ml,连续2~3 h,提示有活动性出血,应即报告医生,做好配血及手术止血准备。术后48 h病人呼吸平稳、无紫绀、胸液减少24 h <50 ml,肺膨胀完全、经拍片证实后可拔出引流管^[3]。本组微创手术中失血量较少,一般在50~300 ml左右,平均150 ml。术后均在2~5 d拔管。

3.2.4 早期下床活动 VATS切口小,术后引流管留置时间短,拔除引流管后鼓励患者早期下床活动,以预防并发症,促进肺功能的恢复。

参考文献

- 1 姜格宁,丁嘉安,董稳圆,等.肺减容术治疗重症肺气肿43例疗效分析[J].中华胸心血管外科杂志,2002,18;(5):287-289.
- 2 陈鸿义,王俊.现代胸腔镜外科学[M].北京:人民卫生出版社,1995:22-81.
- 3 林世红.胸腔镜治疗52例脓胸患者的护理[J].齐齐哈尔医学院学报,2006,27(16):2022.

[收稿日期 2009-08-18][本文编辑 刘京虹 吕文娟(见习)]

护理研讨

“举证倒置”实施后基层医院护理安全存在的问题和对策

潘爱芬

作者单位:532700 广西,隆安县人民医院护理部

作者简介:潘爱芬(1974-),女,大学本科在读,主管护师,研究方向:临床护理及护理管理。E-mail: paf4255@163.com

[摘要] 医疗事故差错诉讼的“举证责任倒置”,对基层医院医疗、护理安全管理提出了更新、更高层次的要求。对“举证责任倒置”实施后基层医院护理安全存在的问题进行分析,并提出应对的措施和对策。

[关键词] 举证责任倒置; 护理安全管理; 问题与对策

[中图分类号] R 192.6 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2010)02-0195-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.02.42