

参考文献

- 1 李 莹. 准分子激光角膜屈光手术的利与弊[J]. 眼科, 2011, 20(3): 148-150.
 - 2 刘晓庆, 廖荣丰. 准分子激光手术术后视觉质量评价[J]. 临床眼科杂志, 2011, 19(2): 285-287.
 - 3 陈红宇, 倪利蓉, 刘桃英, 等. 医院健康教育管理体系的建立与实施[J]. 中华护理杂志, 2005, 40(12): 920-922.
 - 4 屈学勤. 高血压病患者不遵医行为原因分析与健康教育[J]. 中国行为医学科学, 2002, 11(2): 179-180.
 - 5 王 平, 曾 慧. 高血压患者服药依从性研究进展[J]. Chinese General Practice, 2011, 14(3A): 772-774.
 - 6 李嫦珍, 刘淑萍, 羊香芬, 等. 高血压病患者居家服药依从性的现状调查及护理干预[J]. 护士进修杂志, 2011, 26(3): 260-261.
 - 7 王 英, 肖 信, 刘伟民. 提高弱视患儿治疗依从性的护理进展[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(11): 8-10.
 - 8 张解静, 黎春雷. 准分子激光原位角膜磨镶术后患者遵医行为调查分析[J]. 现代护理, 2006, 12(11): 996-997.
 - 9 Shiraishi Y, Ando K, Toyama S, et al. Eye movement during facial affect recognition by patients with schizophrenia, using Japanese pictures of facial affect [J]. Percept Mot Skills, 2011, 113(2): 409-420.
 - 10 朱俊英, 敖瑞兰, 彭 敏, 等. 电话随访在协调医患关系中的作用[J]. 中国实用医药, 2008, 3(34): 229-230.
 - 11 项丽敏, 沈建国, 侯梅瑾, 等. 心理干预对白内障围手术期患者术后视力、生活质量及医患关系满意度的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(11A): 66-67.
 - 12 常红娟, 高 敏, 桑文凤. 协同护理模式研究进展[J]. 护理研究, 2013, 27(4): 966-967.
 - 13 王 楠, 墨秋梅, 孙 克, 等. 飞秒激光制瓣 LASIK 术后再次手术的护理[J]. 中国实用护理杂志, 2013, 29(21): 115.
- [收稿日期 2014-08-11][本文编辑 蓝斯琪]

护理研讨

胸腔积液患者应用一次性无菌中心静脉导管的效果观察

陆爱玲, 冯广弘, 黄桂香, 罗 凌

基金项目: 广西壮族自治区人民医院青年基金课题(编号: QN2013-01)

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院呼吸内科

作者简介: 陆爱玲(1970-), 女, 大学本科, 学士学位, 主管护师, 研究方向: 呼吸危重症护理。E-mail: 630594162@qq.com

[摘要] 目的 观察胸腔积液患者使用一次性无菌中心静脉导管和留置中心静脉导管进行持续胸腔闭式引流的临床效果。方法 随机对照分析 2014-04~2014-10 行胸腔闭式引流的胸腔积液患者 52 例, 其中胸腔穿刺后使用一次性无菌中心静脉导管的患者 25 例作为观察组, 穿刺后留置中心静脉导管的患者 27 例作为对照组, 比较两组患者在引流效果、留管时间、疼痛评分、导管堵塞方面的情况。结果 观察组引流效果优于对照组, 导管堵塞少于对照组($P < 0.05$), 但在留管时间、疼痛评分方面两组间差异无统计学意义。结论 对胸腔积液患者留置一次性无菌中心静脉导管进行持续胸腔闭式引流的引流效果较好, 不易发生导管堵塞, 有利于临床护理。

[关键词] 一次性无菌中心静脉导管; 胸腔积液; 临床护理**[中图分类号]** R 473.56 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2015)04-0367-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2015.04.25

胸腔积液是呼吸内科常见病症之一, 常引起胸闷、气紧、呼吸困难、胸痛等症状, 及时进行胸腔穿刺引流胸水, 并进行胸水常规生化、肿瘤标志物、细胞学及病原学的检测有助于明确诊断, 缓解症状, 提高治疗成功率, 改善预后^[1]。胸腔穿刺后留置引流导管进行持续胸腔闭式引流因其具有操作简单、方便

引流、减少穿刺次数等优点而被广泛应用于临床。对胸腔积液持续胸腔闭式引流的患者, 在临床护理上需密切注意的是引流管造成的疼痛、患者翻身或活动时出现导管堵塞等情况^[2]。目前我科主要采用留置中心静脉导管引流和使用一次性无菌中心静脉导管持续胸腔闭式引流, 我们通过观察对胸腔积

液患者胸腔穿刺后使用一次性无菌中心静脉导管和留置中心静脉导管进行胸水引流的临床效果,对比两组患者在引流效果、留管时间、疼痛评分、导管堵塞等方面的情况。

1 对象与方法

1.1 研究对象 将 2014-04 ~ 2014-10 入住我院呼吸内科的胸腔积液并进行胸腔穿刺后留置引流管的 52 例患者随机分为观察组和对照组,观察组采用一次性无菌中心静脉导管 (ABLE, 艾贝尔) 进行持续胸腔闭式引流,对照组采用中心静脉导管 (ARROW Inc, USA) 进行持续胸腔闭式引流。观察组 25 例,

男性 14 例,女性 11 例,平均年龄 (60.5 ± 12.7) 岁,其中肿瘤性胸腔积液 10 例,结核性胸腔积液 10 例,其他原因引起的胸腔积液 5 例;病程 ≤ 2 个月的 17 例, > 2 个月的 8 例。对照组 27 例中男性 15 例,女性 12 例,平均年龄 (58.0 ± 15.9) 岁,其中肿瘤性胸腔积液 12 例,结核性胸腔积液 9 例,其他原因引起的胸腔积液 6 例;病程 ≤ 2 个月的 18 例, > 2 个月的 9 例。两组患者在性别、年龄、疾病组成、病程方面比较差异无统计学意义 (P 均 > 0.05),具有可比性。见表 1。

表 1 两组一般资料比较 [$n, (\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	性别		年龄 (岁)	疾病类型			病程 (月)	
		男	女		肿瘤性	结核性	其他	≤ 2	> 2
观察组	25	14	11	60.5 ± 12.7	10	10	5	17	8
对照组	27	15	12	58.0 ± 15.9	12	9	6	18	9
χ^2/t	-	0.001		0.623	0.249			0.010	
P	-	0.974		0.536	0.883			0.918	

1.2 诊断标准 相关疾病的诊断结合患者的病史、临床症状、体征、胸膜活检或经皮肺穿刺活检病理学、胸水常规生化、细菌学细胞学及腺苷脱氨酶检查、结核菌素试验、胸部影像学检查及诊断性抗结核治疗效果,诊断标准依据陈灏珠主编的《实用内科学》第 14 版^[3]。

1.3 纳入和排除标准 (1) 纳入标准:患者均为使用我院胸腔 B 超 + 定位明确存在胸腔积液的患者;入住我院呼吸内科病房时间在 2014-04 ~ 2014-10;年龄在 20 ~ 80 岁;住院后进行持续胸腔闭式引流;胸腔积液的原因包括早期中期肿瘤性胸腔积液、结核性胸腔积液及其他原因引起的胸腔积液。(2) 排除标准:胸腔积液量少,我院胸腔 B 超 + 定位未能进行定位的患者;胸膜腔已经形成分隔包裹;胸腔积液合并有气胸的胸腔积液患者;患者为癌症晚期或心肺功能严重不全者。

1.4 方法

1.4.1 穿刺步骤 了解患者有胸腔积液穿刺引流适应证及无禁忌证后,完善术前沟通,根据不同组别选择引流包。观察组准备一次性无菌中心静脉导管 1 个,对照组准备中心静脉导管 1 个。另外器具包括 3 M 无菌透明敷贴 1 张,2% 盐酸利多卡因 1 支,5 ml、50 ml 注射器各 1 个。嘱患者取坐位或半卧位,取坐位时患者反坐于靠背椅,两手交叉搁在椅背上缘,头伏于手臂上;取半卧位时患者上身稍转向健侧。穿

刺点均为 B 超定位后定位点。常规消毒铺巾,用 2% 利多卡因 2 ~ 5 ml 麻醉穿刺部位,左手固定穿刺点皮肤,右手持穿刺针缓慢进针觉得有落空感后,回抽有液体抽出,使用 Seldinger 技术送入导丝至预定位置^[4]。然后小心退出穿刺针,用扩皮器沿导丝进入扩皮,然后缓慢拔掉扩皮器,沿导丝送入一次性无菌中心静脉导管 (观察组) 或中心静脉导管 (对照组) 至胸膜腔内 8 ~ 15 cm 即可,安装好蝶形固定翼,用 3 M 无菌透明敷贴覆盖封闭穿刺部位,导管尾端连接管及一次性闭式引流袋,即可见胸腔积液经引流管流入引流袋^[5]。

1.4.2 护理措施 观察组和对照组均采用同样的护理措施:(1) 指导患者术后尽量取半坐卧位 (如患者为躺向置管侧,可在引流管两旁垫折叠毛巾,以免压迫引流管)。(2) 妥善固定引流管、引流袋并告知患者保持将引流袋平面低于胸腔穿刺点平面,防止引流液倒流。(3) 指导患者避免剧烈咳嗽咳痰;(4) 指导患者翻身下床活动、穿脱衣服或擦浴时动作轻柔,以免导管脱出。(5) 密切观察患者术后情况,如有异常,及时报告。(6) 注意观察引流液性状、颜色,准确记录引流量并控制引流速度。(7) 若出现引流管从胸腔滑脱,立即消毒穿刺点皮肤,外贴敷贴并立即告知医生处理。如引流管连接处脱落或引流袋损坏,立即夹闭引流导管并立即告知医生处理^[6]。

1.5 观察指标 (1) 引流效果评价。根据 WHO 治

疗胸腔积液标准为①完全缓解(CR):治疗后胸腔积液消失,症状缓解,经胸部 X 线和(或)超声检查证实并能维持疗效在 30 d 以上。②部分缓解(PR):治疗后胸腔积液减少,症状好转,经胸部 X 线和(或)超声检查证实 30 d 内不需要再抽液。③无效(NC):胸腔积液无减少或减少后复增,30 d 内需再抽液。总有效率 = CR + PR/总例数。(2)并发症指标。①疼痛观察:对引流 2 h 后的患者进行穿刺点的疼痛评分,使用数字评价量表(NRS)进行疼痛评分,即疼痛程度用 0 到 10 表示,0 分为无痛,10 分为最痛,患者根据疼痛感受填写数字^[7]。②导管堵塞的情况。③留置引流管的留管时间。

1.6 统计学方法 应用 SPSS13.0 统计软件进行数据分析,正态分布计量数据以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,偏态分布数据用中位数表示,组间比较采用 *t* 检验,计数资料组间比较采用 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法,等级资料组间比较采用秩和检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组引流效果比较 观察组 25 例患者胸腔闭式引流术均成功,无明显不适。CR 22 例,PR 3 例,NC 0 例,总有效率为 100.0%。对照组 21 例患者胸腔闭式引流术成功,无明显不适。CR 15 例,PR 6 例,NC 6 例,总有效率为 77.8%,两组比较差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组引流效果比较[($\bar{x} \pm s$), *n*(%)]

组别	例数	CR	PR	NC	总有效率
观察组	25	22(88.0)	3(24.0)	0(0.0)	25(100.0)
对照组	27	15(55.6)	6(22.2)	6(22.2)	21(77.8)
χ^2/t	-		2.727		-
<i>P</i>	-		0.006		0.023*

注: * Fisher 确切概率法

2.2 两组并发症比较 两组插管疼痛评分、留管时间方面比较差异无统计学意义(P 均 > 0.05)。观察组发生导管堵塞 0 例,而对照组发生导管堵塞 6 例,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组并发症比较[($\bar{x} \pm s$), *n*(%)]

组别	例数	疼痛评分(分)	留管时间(d)	导管堵塞
观察组	25	2.3 $\pm$ 1.9	4.5 $\pm$ 2.3	0(0.0)
对照组	27	2.0 $\pm$ 1.5	4.8 $\pm$ 2.7	6(22.2)
χ^2/t	-	0.846	0.430	-
<i>P</i>	-	0.402	0.669	0.023*

注: * Fisher 确切概率法

3 讨论

3.1 对于胸腔积液,传统的胸腔穿刺方法不易将胸水一次抽干,需要反复穿刺,操作时间长,而且因穿刺针头锐利,抽液时针头易移位,增加了胸膜损伤、血胸、气胸、胸腔感染的危险^[8]。采用留置胸腔导管引流胸腔积液能够克服以上缺点,且较为快捷和安全。在引流效果方面,本研究发现胸腔闭式引流使用一次性无菌中心静脉导管更具有优势,其引流的总有效率高于对照组。这可能与一次性无菌中心静脉导管尖端的引流孔设计较大有关系,较大的引流孔径增加了其胸腔积液的引流效率。

3.2 在减少导管堵塞发生方面,胸腔闭式引流术出现引流导管堵塞的最主要原因是导管尖端引流孔被胸腔积液中的凝块或细胞碎屑堵塞。因此引流导管的尖端引流孔的设计对减少引流导管的堵塞有重要的影响。本研究的结果显示观察组没有发生导管堵塞的情况,而对照组发生导管堵塞 6 例,观察组胸腔闭式引流使用的导管的尖端有 1 个主孔 3 个侧孔,而对照组使用的导管的尖端只有 1 个主孔 1 个侧孔,因此,观察组引流管尖端较多的引流侧孔更有利于胸腔积液的引流。

3.3 本研究对观察组和对照组的患者进行了穿刺点的疼痛评分,结果显示两组患者对疼痛均较耐受,疼痛评分不高,两组比较未见统计学差异,这可能与两组均采用 Seldinger 微创技术进行胸穿置管有关。在引流管留管时间方面,两组比较无明显差别,这可能与严格控制了引流速度和每天的引流总量有关。总之,胸腔积液是内科常见病症,虽然在胸腔 B 超 + 定位下进行持续胸腔闭式引流一般均能顺利完成,但是一旦发生引流管堵管且不能再通,需要进行第二次胸腔穿刺,会给主管医师和患者带来较大的心理压力,还导致住院时间延长,增加住院费用和护理工作量,影响护理质量,并可能产生医患纠纷。因此,有效减少引流管堵管,对避免反复胸腔穿刺引起的组织损伤,减少胸膜反应发生和胸腔感染机会,减轻患者痛苦,降低医护人员劳动强度,提高护理质量具有重要意义。本研究结果提示使用一次性无菌中心静脉导管比留置中心静脉导管在持续胸腔闭式引流效果上更具有优势,并可有效减少导管堵塞事件的发生,有利于提高临床护理质量。

参考文献

- Hooper C, Lee YC, Maskell N, et al. Investigation of a unilateral pleural effusion in adults: British Thoracic Society Pleural Disease Guideline 2010[J]. Thorax, 2010, 65 Suppl 2: ii4 - ii17.

- 2 隋英军. 胸腔闭式引流术的护理[J]. 中国社区医师(医学专业), 2011, 13(36): 310.
 - 3 陈灏珠. 实用内科学[M]. 第14版. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 543.
 - 4 Garry BP, Bivens HE. The Seldinger technique[J]. J Cardiothorac Anesth, 1988, 2(3): 403.
 - 5 Gaba DM, Dunn WF. Procedural risks in thoracentesis: process, progress, and proficiency[J]. Chest, 2009, 135(5): 1120-1123.
 - 6 章新花. 胸腔闭式引流术患者的护理指导与健康教育[J]. 中国初级卫生保健, 2010, 24(7): 23-24.
 - 7 Holdgate A, Asha S, Craig J, et al. Comparison of a verbal numeric rating scale with the visual analogue scale for the measurement of acute pain[J]. Emerg Med (Fremantle), 2003, 15(5-6): 441-446.
 - 8 Soubani AO, Valdivieso M. Complications of thoracentesis[J]. Intern Med J, 2009, 39(9): 628.
- [收稿日期 2014-11-03][本文编辑 黄晓红]

新进展综述

胃肠间质瘤分子病理诊断及靶向治疗进展

农涛, 殷舞(综述), 钟晓刚(审校)

基金项目: 广西卫计委科研课题(编号: Z2014205)

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院胃肠外周血管外科(农涛, 钟晓刚), 病理科(殷舞)

作者简介: 农涛(1989-), 男, 在读研究生, 研究方向: 胃肠道肿瘤的诊断与治疗。E-mail: 308790291@qq.com

通讯作者: 钟晓刚(1974-), 男, 医学博士, 主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 胃肠道肿瘤的诊断与治疗。E-mail: xiaogangzhong@163.com

[摘要] 近年来, 胃肠间质瘤(GIST)在分子标记物、基因检测、靶向治疗药物药效评估等方面的研究有诸多进展。DOG1、PKC- θ 、ETV1等新标记物的发现有助于提高GIST的检出率, 同时为寻找新的靶向治疗的靶点提供了方向。目前伊马替尼作为靶向治疗一线药物对于改善GIST患者的预后具有重要意义, 其耐药机制及新的靶向药物的研制仍需要进一步探索研究。该文对GIST分子病理诊断及靶向治疗的研究进展进行综述。

[关键词] 胃肠间质瘤; 诊断; 靶向治疗; 进展

[中图分类号] R 735 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2015)04-0370-05

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2015.04.26

Recent advances in molecular pathological diagnosis and targeted therapy of gastrointestinal stromal tumors

NONG Tao, YIN Wu, ZHONG Xiao-gang. Department of Gastrointestinal and Peripheral Vascular Surgery, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China

[Abstract] In recent years, there are a lot of progress in these areas of gastrointestinal stromal tumor(GIST) include molecular markers, gene detection, targeted therapy drugs efficacy assessment. Discovery of DOG1, PKC- θ , ETV1 and other new markers helps to improve the detection rate of GIST, and provide new direction for discovering special therapeutic targets. Currently imatinib as first-line drugs for targeted therapy has great significance for improving the prognosis of patients with GIST, mechanisms of drug resistance and the development of new targeted drugs still need further exploration and research. In this paper, the recent advances in molecular pathological diagnosis and targeted therapy of GIST were reviewed.

[Key words] Gastrointestinal stromal tumors(GIST); Diagnosis; Targeted therapy; Recent advances

胃肠间质瘤(gastrointestinal stromal tumors, GIST)是胃肠道最常见的间叶源性肿瘤, 好发于胃(60%)及小肠(30%), 极少数发生于结直肠、阑尾、网膜及

肠系膜^[1], 组织形态学上多为梭形、上皮样或多形细胞。目前研究表明 GIST 可能发源于卡哈尔间质细胞(interstitial cell of Cajal)^[2]。1998年 Hirota 等^[3]