

静疗标准及发展趋势

王 嘉

西南医科大学附属中医医院儿科 四川泸州 646000

【中图分类号】R47

【文献标识码】A

【文章编号】1005-4596 (2018) 12-175-02

随着医学科学和诊疗技术的飞速发展, 护理工作的职责范围与功能已远远超过了传统领域, 护理的专科化发展是临床护理实践发展的策略和方向。对静疗专科护士的培训发展各级医院也逐渐重视, 在很多三级医院, 成立了静脉输液小组、PICC 置管中心、静脉输液相关门诊等, 使静疗技术由一项基本的操作逐渐发展成为一门专业的学科。但我国对专科护士的使用还很模糊。

静脉治疗护理技术操作规, 静脉治疗 (infusion therapy) 将各种药物 (包括血液制品) 以及血液, 通过静脉注入血液循环的治疗方法, 包括静脉注射、静脉输液和静脉输血; 常用工具包括: 一次性静脉输液钢针、外周静脉留置针、中心静脉导管、经外周静脉置入中心静脉导管、输液港以及输液辅助装置等。中心静脉导管 (central venous catheter) 导管末端位于上腔或下腔静脉的导管, 包括经锁骨下静脉、颈内静脉、股静脉置管, 经外周静脉置入中心静脉导管 (peripherally inserted central catheter) 经上肢贵要静脉、肘正中静脉、头静脉、肱静脉, 颈外静脉 (新生儿还可通过下肢大隐静脉、头部颞静脉、耳后静脉等) 穿刺置管, 导管尖端位于上腔静脉或下腔静脉的导管输液港 (implantable venous access port) 完全植入人体内的闭合输液装置, 包括尖端位于上腔静脉的导管部分及埋植于皮下的注射座在执行医疗、护理操作过程中, 防止一切微生物侵入机体, 保持无菌物品及无菌区域不被污染的技术, 导管相关性血流感染 (catheter related blood stream infection) 带有血管内导管或者拔除血管内导管 48 小时内的患者出现菌血症或真菌血症, 并伴有发热 ($>38^{\circ}\text{C}$)、寒颤或低血压等感染表现, 除血管导管外没有其他明确的感染源。实验室微生物学检查显示: 外周静脉血培养细菌或真菌阳性; 或者从导管段和外周血培养出相同种类、相同药敏结果的致病菌标准药物渗出 infiltration of drug 静脉输液过程中, 非腐蚀性药液进入静脉管腔以外的周围组织药物外渗 extravasation of drug 静脉输液过程中, 腐蚀性药液进入静脉管腔以外的周围组织解读 按药物的理化性质分为腐蚀性药液和非腐蚀性药液强酸强碱属于腐蚀性药液常见腐蚀性药液有: 化疗药发疱剂: 如蒽环类化疗药 (阿霉素、表阿霉素、吡喃阿霉素、丝裂霉素、柔红霉素等); 长春碱类 (长春新碱、长春酰胺、长春花碱等) 其他腐蚀性药: 去甲肾上腺素、万古霉素等。

在药物配置及使用过程中, 药物意外溢出暴露于环境中, 如皮肤表面、台面、地面等。

标准 5.3 PICC 置管操作应由经过 PICC 专业知识与技能培训、考核合格且有一定临床工作经验的护士完成解读。PICC 知识培训: ①血管解剖; ②血栓原因、预防及处理; ③ CRBSI 预防及诊断; 置管风险因素评估等。PICC 技能培训: ① PICC 置管操作; ② 置管中问题分析; ③ PICC 维护流程, 各种并发症处理等。

基本原则, 所有操作应执行查对制度并对患者进行两种以上的身份识别, 询问过敏史: ①两种确认患者身份的方法, 如: 姓名、病案号、身份证号等, 不准单独使用患者房间号、床号或特定区域代码来识别患者; ②护士执行操作时, 应以“核对腕带信息”及让“患者说出姓名”的形式进行患者的确认; ③操作前, 应询问患者有无药物、消毒剂、导管材料等过敏史。静脉导管穿刺和维护应遵循无菌技术操作原则在穿刺置管、导管维护等所有

接触静脉导管穿刺部位的操作前后应执 WS/T313 规定, 不应用戴手套取代手卫生, 乙烯手套 (薄膜手套) 有 4%-63%、橡胶手套有 3%-52% 的不可见渗透使用者可能在摘手套时无意中污染了手部戴手套不能完全屏蔽病原微生物, 因此不能充分地保护工作人员, 不能充分防止交叉感染操作前评估。

1 评估患者的年龄、病情、过敏史、静脉治疗方案、药物性质等, 选择合适的输注途径和静脉治疗工具解读评估是从被动治疗转变为主动治疗的关键步骤。

2 评估穿刺部位皮肤情况和静脉条件, 在满足治疗需要的情况下, 尽量选择较细、较短的导管。

3 头皮钢针宜用于短期或单次给药, 腐蚀性药物不应使用头皮钢针。

4 外周静脉留置针宜用于短期静脉输液治疗, 不宜用于腐蚀性药物等持续性静脉输注解读 留置针的适用范围: 需短期静脉输液的患者、连续多次采集血标本的患者 输入发泡剂及刺激性药物, 尽量避免使用外周静脉留置。

5 CVC 宜用于短期、急救等静脉治疗, 可用于任何性质的药物输注、血液动力学的监测, 不应用于高压注射泵注射造影剂 (耐高压导管除外)。

6 PICC 宜用于中长期静脉治疗, 可用于任何性质的药物输注, 不应用于高压注射泵注射造影剂和血液动力学监测 (耐高压导管除外) 解读可用任何性质药物包括腐蚀性、高渗性、PH 值极限等物耐高压注射导管: 可耐受最大压力 =300psi, 且不受加压注射次数的限制静脉导管维护。输液完毕应用导管容积加延长管容积 2 倍的生理盐水或肝素盐水正压封管, 肝素盐水的浓度, 输液港可 100U/ml, PICC 及 CVC 可用 0-10u/ml 解读 PICC (4Pr)+ 延长装置容积 *2=2.66ml; 外周留置针容积 (20G)*2=2.20ml。对于采血或者输液而言, 可能需要更大的容量的冲洗液, 输液 (血) 器及输液附加装置的使用标准。

6.1 输液附加装置包括三通、延长管、肝素帽、无针接头、过滤器等, 应尽可能减少输液附加装置的使用解读有研究表明导管的连接装置可导致 0.4% 的污染机会, 增加连接装置, 污染概率将成倍增加微生物污染导管接头和腔内, 可导致管腔内细菌繁殖, 引起感染输液 (血) 器及输液附加装置的使用标准。

6.2 输液附加装置宜选用螺旋接口, 常规排气后与输液装置紧密连接。经输液接头 (或接口) 进行输液及推注药液前, 应使用消毒液用力擦拭各种接口 (或接头) 的横切面及外围输液 (血) 器及输液附加装置的使用标准。

6.3 输液器应每 24 小时更换 1 次, 如怀疑被污染或当产品或输液系统的完整性受到破坏时, 应立即更换用于输注全血、成份血或生物制剂的输血器宜 4 小时更换一次输液附加装置应和输液装置一并更换, 在不使用时应保持密闭状态, 其中任何一部分的完整性受损时都应及时更换外周留置针附加的肝素帽或无针接头的更换宜随外周静脉留置针一起更换; PICC、CVC、PORT 附加的肝素帽或无针接头应至少每 7 天更换 1 次; 肝素帽或无针接头内有血液残留、完整性受损或取下后, 应立即更换导管的拔除。

1. 外周留置针应 72h-96h 更换一次; 2. 应监测静脉导管穿刺部位, 并根据患者病情、导管类型、留置时间、并发症等因素决定是否

拔管, 拔管应由培训合格的护士操作。PICC 留置时间不宜超过 1 年或遵照产品使用说明书静脉导管拔除后应检查导管的完整性, 保持穿刺点 24h 密闭性对静疗专科发展的职业发展需求。

根据统计数据, 不管是来自三甲医院还是基层医院, 学员对进一步深造的愿望都较强烈, 评分都较高, 但在希望成为专职的静疗专科护士, 三甲医院的学员评分为 (3.28±0.81), 二等甲级和乙级医院的学员评分为 (1.45±0.56), 差别较大, 调查发现学员对医院的发展前景期望有明显的差异, 在参与静疗会诊和静疗科研方面, 学员也表现出明显的不同, 通过交流发现, 学科的发展和科研能力的提升与领导的支持和医院的条件密切相关, 虽然自身的努力也很重要, 但来自基层社区的学员明显感觉较困难, 得分较低 (1.98±0.69); 在开展 PICC 方面, 有 78 人数期望医院能够完善输液相关的设备, 购买血管超声仪用于 PICC 置管, 解决困难血管的穿刺问题, 其中有 13 人所在的医院尚未开展

PICC 置管; 学员对参与学术交流的期望三级医院和二级医院的比较还是有明显的差异, 尽管通过培训, 基地为学员创造了更多的交流平台, 但三级医院进行临床实践的条件和机会较多, 学员的对自身的要求也不同, 来自三甲医院的评分为 (3.32±0.81), 与二级医院的评分 (2.65±0.61)。

专科护士的发展需要

专科护理在欧美等发达国家已有数十年的发展历史, 发展专科护理是提高护理专业水平, 促进护理专业化发展的重要方略, 也是与国际接轨的基础, 静疗专科涉及临床各个科室, 在帮助病员恢复疾病和挽救生命中发挥着极其重要的作用, 静疗专科应积极学习国外的先进经验, 结合我国的国情, 尽快建立系统化的培训和管理模式, 大量开展对静疗专科护士的培养, 改善现在相对滞后的工作现状, 保障患者的输液安全, 提升护理质量, 提升病员的满意度。

(上接第 173 页)

的成功率, 并不一定导致宫颈性难产, 不应成为剖宫产的指征。Sousa 等^[25]发现宫颈锥切术后妊娠的孕妇总剖宫产率约为 25.7%, 和普通人群的剖宫产率相似。国内也有研究表明 CKC、LEEP 组与各自对照组在剖宫产率方面比较, 差异均无统计学意义^[26]。因此有宫颈锥切术史的孕妇, 无特殊指征者仍以阴道分娩为宜, 分娩前应加强与孕妇的沟通, 并给予积极的心理支持。

综上所述, 宫颈锥切术作为对于有生育要求的 CIN 患者是可行的, 但也存在一定的并发症和妊娠风险。对有生育要求的 CIN 患者, 应严格掌握宫颈锥切术的适应证, 选择合适的手术方式, 控制锥切的深度和范围以及妊娠的间隔时间, 妊娠期加强孕期监护, 最大限度地降低宫颈锥切术对妊娠结局的影响。

参考文献

- [1] 李妙洪. 宫颈锥切术并发症原因分析及防治策略 [J]. 临床合理用药杂志, 2013, 6(28):153-153.
- [2] 程其会. 宫颈部分切除对宫颈机能的影响 [J]. 中国社区医师, 2017(7):39-39.

(上接第 174 页)

国实用医药, 2016, 11(5):216-217.

[4] 杨茜茹. 舒适护理模式在腹腔镜子宫肌瘤剔除术围手术期护理中的应用价值 [J]. 东方食疗与保健, 2016(6):106-106.

[5] 马丽娟, 刘滔, 唐莉. 临床路径护理干预对子宫肌瘤患者围术期护理效果及并发症预防分析 [J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(8):152-155.

[6] Donnez J, Donnez O, Dolmans M M. Safety of treatment of uterine fibroids with the selective progesterone receptor modulator, ulipristal acetate [J]. Expert Opinion on Drug Safety, 2016, 15(12):1679.

[7] 梁海平. 子宫动脉栓塞术治疗子宫肌瘤的围术期护理方法探讨 [J]. 河北医学, 2016, 22(10):1721-1722.

[8] 李琳, 张芹, 王明兰. 临床护理路径在子宫肌瘤围手术期护理中的应用和评价 [J]. 中国保健营养, 2016(2):283-283.

[9] 郑娟. 临床护理路径在子宫肌瘤患者围手术期护理中的应用分析 [J]. 当代医学, 2016, 22(25):103-104.

[10] Gurusamy K S, Vaughan J, Fraser I S, et al. Medical Therapies for Uterine Fibroids – A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials [J]. Plos One, 2016, 11(2):e0149631.

[11] 罗玲凤. 探讨子宫肌瘤围术期护理干预效果 [J]. 基层医学

[3] 张燕, 余艳红, 任利容, 等. 妊娠期择期宫颈环扎术手术时间探讨 [J]. 中华临床医师杂志 (电子版), 2016, 10(10):1364-1367.

[4] 王娟, 胡建铭. 宫颈电圈环切术对妊娠结局影响的 Meta 分析 [J]. 实用妇产科杂志, 2009, 25(1):41-43.

[5] 刘静, 张蔚, 何小艳, 等. 宫颈锥切术对宫颈上皮内瘤变患者妊娠结局影响的 Meta 分析 [J]. 广西医学, 2015, 37(10):1444-1447.

[6] 爱华, 张红华. 不同的子宫颈锥切术后对妊娠及分娩结局的影响 [J]. 中国妇幼保健杂志, 2013(2):10-11.

[7] 潘玲, 贺晶. 宫颈冷刀锥切术对生育能力及妊娠结局的影响 [J]. 实用妇产科杂志, 2012, 28(6):471-475.

[8] 陈丽丽. 宫颈冷刀锥切和 LEEP 术对妊娠结局的影响 [J]. 系统医学, 2016, 1(10):82-84.

[9] 胡燕飞, 熊军波. LEEP 术与妊娠时间间隔对妊娠结局的影响 [J]. 中国现代医药杂志, 2015(8):73-75.

[10] 吴凯佳, 曲芃芃. 宫颈锥切术对妊娠结局影响的 Meta 分析 [J]. 山东医药, 2014(16):66-68.

论坛, 2016, 20(24):3424-3425.

[12] 金转兰. 临床护理路径在子宫肌瘤患者围手术期护理中的应用 [J]. 甘肃医药, 2016, 35(12):945-947.

[13] 王秀娟, 何淑红. 临床护理路径在子宫肌瘤患者围手术期护理中的效果探讨 [J]. 中国医药指南, 2017, 15(1):188-189.

[14] Silberzweig J E, Powell D K, Matsumoto A H, et al. Management of Uterine Fibroids: A Focus on Uterine-sparing Interventional Techniques [J]. Radiology, 2016, 280(3):675.

[15] 乐炎芳, 曾燕, 李玮琛, 等. 临床路径用于子宫肌瘤患者围手术期临床护理中的应用 [J]. 中国实用医药, 2016(8):222-223.

[16] Dixit N, Jesner O, Modarres M. Endoscopic Treatment and Power Morcellation of Uterine Fibroids [J]. Current Obstetrics & Gynecology Reports, 2016, 5(2):1-12.

[17] 刘晓艳, 孙红运, 苗丽竺. 临床路径在子宫肌瘤患者围术期护理中的应用价值 [J]. 中国药物经济学, 2016(1):145-146.

[18] 周小红. 临床护理路径在子宫肌瘤患者围手术期护理中的应用 [J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(26):180-181.

[19] 郑海燕. 临床路径在子宫肌瘤围手术期护理中的应用 [J]. 现代诊断与治疗, 2016, 27(2):389-390.

[20] 李得琪. 分析临床护理路径应用于子宫肌瘤患者围手术期护理中的临床效果 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2016(11):231-232.