

3 讨论

高血压性脑出血是临床上常见病。脑出血后引起机体和脑组织局部产生一系列病理性反应,其中最重要的是脑组织直接损伤、脑组织受压、血流量减少、脑水肿及颅内压增高。这些变化直接影响脑出血的预后,其病死率在50%左右,75%的存活患者遗留有不同程度的残疾,给社会和家庭带来极大的危害。如何迅速解除脑内血肿、降低颅内高压、防止继发性脑损害、保护脑细胞功能,成为治疗高血压性脑出血的关键。

传统的内科保守治疗主要是控制脑水肿和预防再出血,但对血肿量大于30 mL者尚缺乏确切疗效。外科开颅手术可清除血肿、解除脑受压、改善脑血液循环、减轻继发性脑缺氧和脑水肿、有效保护神经功能,病死率为28%~48%^[1]。微创穿刺颅内血肿粉碎清除术在局麻下进行,通过硬通道技术及颅骨自锁固定技术能直接减少血肿体积,降低颅内压,减少血肿分解产物及血管活性物质的生成,打破了脑出血后一系列病理改变所致的恶性循环,提高了治愈率及生存质量^[2]。尿激酶是一种纤溶酶原激活物,也是外源性非特异性纤溶酶的直接激活物,有较强的溶解血肿作用;可以清除抑制因子对纤溶酶的抑制作用,有利于血肿引流;而且对脑组织无明显致炎、出血等毒性反应,具有无抗原性、副作用少、可反复应用等优点。

本组资料表明,微创组比开颅组疗效好、并发症少;但无论采用何种治疗方法,高血压性脑出血的死亡率仍高。开颅手术是在全麻下进行,手术创伤大、时间长、出血多、脑组织损伤重、操作技术复杂、手术环境和麻醉要求高,术后卧床时间长、恢复慢,因而并发症多、日常生

活能力(ADL)低,而且年老体弱和危重患者常不能耐受手术。本组开颅手术主要选择基底节区血肿和脑叶血肿能耐受手术者。微创穿刺颅内血肿粉碎清除术有损伤轻微、操作简单、时间短、出血少、局麻下床旁即可进行、风险小、疗效确切的特点,既能引流血肿,又弥补了开颅手术的不足,因而并发症少、日常生活能力(ADL)高。本组微创术主要应用于基底节区血肿、脑叶血肿、丘脑血肿及血肿破入脑室者。

微创穿刺颅内血肿粉碎清除术和开颅血肿清除术都是治疗高血压性脑出血的有效方法^[3]。高血压性脑出血的治疗效果与血肿部位、血肿大小、就诊时间、病人身体状况、治疗方法的选择等多种因素有关。在出血量中等或意识障碍程度不深时,微创穿刺颅内血肿粉碎清除术疗效优于开颅手术。微创穿刺颅内血肿粉碎清除术适合于出血量中等或意识障碍程度不深者,尤其适合于高龄病人、合并心脏疾病或全身器质性病变、不能耐受手术者;也适合于基层医院抢救严重脑出血患者,以争取治疗时间、减少脑疝发生率。

参 考 文 献

- 1 王忠诚,吴中学,赵继宗,等. 高血压性脑出血预后的影响因素分析[J]. 中华神经外科杂志,1996,(增刊):73~74.
- 2 曹辉,李军荣,狄晴. 微创颅内血肿碎吸术合并纳络酮治疗高血压性脑出血的临床研究[J]. 临床神经病学杂志,2002,15(1):49~51.
- 3 胡霄羽,陈诚善,阮法宁,等. 微创血肿清除术治疗高血压性脑出血疗效分析[J]. 中国临床神经外科杂志,2005,10(4):262.

手背静脉穿刺技术改进的临床观察

广西巴马县人民医院(巴马 547500) 梁丽芬 李鸿燕 陈兴

我们在工作中发现,同一个护理人员对同一个病人采取不同的穿刺方法,病人对疼痛的敏感性以及穿刺成功率差别较大。为此,本文采用前瞻性研究方法,比较观察改进法和传统法在手背静脉穿刺的疼痛程度、皮下瘀血和穿刺成功率,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2005年1月至2006年1月在我院急诊科以感冒发热或胃肠道炎症就诊的病人200例,随机分为观察组和对照组各100例,观察组中男62例,女38例,年龄7~65岁,平均(35.5±2.5)岁;对照组中

男60例,女40例,年龄6~66岁,平均(35.0±3.0)岁。两组病人年龄、性别、病种、血管状态等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 使用同一厂家、同一批号的一次性输液器、7号头皮针,由责任护士操作。①观察组采用改进法穿刺,穿刺时嘱患者手部放松,手腕自然下弯,操作者用左手紧握患者被穿刺手的4个或5个手指,使腕部弯曲成弧形以绷紧手背皮肤。右手持穿刺针在血管上方与皮肤呈50°~60°角快速进针,穿过皮肤及血管肌层,即以20°角沿静脉方向行走,见回血后针头平行送入少许(约0.2~0.5 cm),常规固定;拔针时采用拇指与食指持针

柄的上下面拔针法(简称上下法),并在针尖离开皮肤的瞬间,以竖压法(干棉签与针梗走向一致)按压皮肤及血管穿刺内外针眼。②对照组采用传统法穿刺,嘱患者握拳,操作者以左手拇指绷紧皮肤并固定静脉,针头以 $20^{\circ}\sim 30^{\circ}$ 角进针,针尖刺入皮肤后沿血管方法潜行进入血管,见回血后再进入至针头的距离并固定;拔针时用干棉签以横压法按压皮肤穿刺点,迅速拔针。

1.3 观察指标 包括疼痛程度、皮下瘀血和穿刺成功率。①疼痛程度分级:参照文献^[1]将疼痛分为4级:0级为无疼痛,Ⅰ级为轻度疼痛,Ⅱ级为中度疼痛,Ⅲ级为重疼痛;②皮下瘀血:指穿刺部位有少量皮下出血形成

瘀点(直径 $<2\text{ mm}$)或紫癜(直径 $3\sim 5\text{ mm}$)或瘀斑(直径 $>5\text{ mm}$);③穿刺成功:静脉穿刺一针见血,输液过程中局部无红肿、渗液,保持输液通畅。

1.4 统计学处理 全部数据采用SPSS10.0软件处理,两组间疼痛程度比较用秩和检验,计数资料比较用 χ^2 检验。

2 结果

观察组疼痛程度、皮下瘀血及穿刺成功率与对照组比较,差异均有统计学意义($P<0.01$),见表1。

表1 两组静脉穿刺效果比较 [n(%)]

组别	n	疼痛			皮下瘀血	穿刺成功
		轻度	中度	重度		
观察组	100	82(82.0)	16(16.0)	2(2.0)	5(5.0)	99(99.0)
对照组	100	35(35.0)	47(47.0)	18(18.0)	18(18.0)	90(90.0)
Z或 χ^2			-6.924		8.3026	7.7922
P			0.000		0.0039	0.0052

3 讨论

静脉输液是一种侵入性微创伤性的技术操作,疼痛不可避免^[2],但把疼痛降低到最小的程度以及提高静脉穿刺的成功率是护理工作一直关注的课题。通过比较研究观察组和对照组的穿刺效果,我们发现观察组在减轻病人痛苦、皮下瘀血的发生率及提高穿刺成功率均优于对照组($P<0.001$)。分析其原因:①握拳方法:对照组采用握拳法,手背皮肤高度紧张,压迫血管,致管腔变瘪,进针后易穿透血管,造成穿刺失败和血液渗出血管外,而引起皮下瘀血及疼痛不适。观察组采用非握拳法,皮肤纵向伸直,与血管方向一致,静脉不受挤压使血管充盈,管腔饱满,针头进入血管后在继续行进的过程中,不易对管壁造成损伤,从而减轻疼痛反应和提高穿刺成功率;此外,护士通过左手与病人的手指相握,给病人一种信任感和亲切感,从而放松心情,积极配合护士穿刺,也降低了病人的疼痛感^[3]。②进针方法:观察组从血管上方以 $50^{\circ}\sim 60^{\circ}$ 角快速进针,一方面进针角度增大,针头与皮肤表面触点面积相对减少,皮肤受损范围小,疼痛自然减轻^[4];另一方面针头进入皮肤的同时直接进入血管,减少了对皮下组织的切割和撕拉现象,故只感到进皮肤时的轻微疼痛;再者,从血管上方直接进针,可以避开伴行的皮神经,疼痛自然减少^[5]。对照组采用 $20^{\circ}\sim 30^{\circ}$ 角间接进针法,由于针头进入皮肤后,沿血管方向潜行一段距离才进入血管,针头在皮下组织行进距离越长,针刃对组织的切割和损伤就越重,病人的疼痛程度就越剧烈^[5]。③拔针方法:观察组采用上下

法,在拔针时针柄固定,并施以相同的压力,可保持针尖在管腔内与之平行,明显减轻针刃对血管造成的机械性切割损伤及疼痛。并在拔针时不用干棉签按压血管,而是在针尖离开皮肤的瞬间,以竖压法按压皮肤及血管穿刺内外针眼,避免血液渗出血管外引起皮下瘀血及疼痛不适。对照组采用拇指与食指持针柄的前后缘拔针法,在拔针前将棉签以横压法按压在针眼上,使针尖及针梗触动血管壁,对组织造成机械性刺激,外加拔针时针尖在压力下对组织的切割,患者会感到疼痛难忍,同时也会加重血管及皮下组织的损害^[6]。

本研究结果表明,手背静脉穿刺技术的改进,使临床输液技术向着更快捷、准确、无痛和安全的方向发展,可明显减轻病人静脉穿刺的痛苦,减少皮下瘀血的发生率,提高静脉穿刺的成功率,减轻病人对静脉穿刺的恐惧心理,能有效地预防护患纠纷的发生,值得临床推广应用。

参 考 文 献

- 1 谭冠先主编.疼痛诊疗学[M].北京:人民卫生出版社,2004.7~10.
- 2 周玲,杨朝鲜,邹树芳,等.手背皮神经的分布对浅静脉穿刺部位选择的影响[J].护士进修杂志,2005,20(12):1085~1086.
- 3 牛瑞兰.手背静脉穿刺新手法探讨[J].中原医刊,2004,31(15):封4.
- 4 董莉,沃西文.减轻手背静脉穿刺疼痛的临床技巧探讨[J].西南军医,2006,8(2):96.

5 齐艳,吴明姬,尹敬子,等.减轻老年病人静脉穿刺疼痛的方法[J].护理学杂志,2003,18(6):443.

6 王云燕,余红艳.减轻周围静脉穿刺疼痛方法及技术的研究进展[J].中国实用护理杂志,2005,21(1A):71~73.

优化临床路径在腹腔镜胆囊切除术限价医疗中的应用

解放军 251 医院消化外科(河北省张家口 075000) 任爱玲 尚培中 朱习琴

为了有效控制医疗费用,解决看病难、看病贵的问题,我院对腹腔镜胆囊切除术实行了单病种限价医疗服务。根据腹腔镜胆囊切除术的特点,把临床路径成功应用到单病种限价医疗服务过程中,对流程修正成为“优化临床路径”,使病人获得最佳的医疗护理服务。

1 临床资料

1.1 对象选择 2006 年 1~6 月住院的胆结石、胆囊息肉拟行腹腔镜治疗者 236 例,男 46 例、女 190 例,平均年龄(50 ± 28)岁,病史最长 14 年。诊断标准:①症状:右上腹疼痛反复发作,消化不良、恶心、呕吐或不耐受脂肪饮食;②体征:有或无上腹压痛;③血常规检查:白细胞升高或正常;④彩超诊断:胆结石、胆囊息肉、胆囊壁基本正常或增厚。

1.2 方法与步骤 (1)准备阶段:①向医院提出腹腔镜胆囊切除术单病种限价医疗申请;②协助机关收集分析 2003~2005 年腹腔镜胆囊切除术相关项目指标及费用资料,按照河北省物价收费标准,测算最高限价;③成立临床路径实施专家委员会,由院领导、医务处、护理部、相关专科的专家、护士长组成,明确各部门的职责和任务;④成立科室单病种限价医疗小组,由科主任、护士长、责任主治医师、责任主管护师、护理文员等组成,进行相关知识培训,确定各级职责和任务,明确分工。(2)设计:①在原有诊疗护理流程基础上,经反复论证,制定出适合腹腔镜胆囊切除术单病种限价医疗实际的临床路径表,即“优化临床路径”。主要侧重缩短平均住院日,减少不必要的检查、检验及用药,增加新的服务项目,使流程合理、规范、有效。根据近 3 年资料,以实证医学为基础,结合专家经验及病人需要,按预计住院日数,制订出在院《每日医疗临床路径表》,包括总住院日数及每日检查、治疗、饮食、活动等详细内容;《每日护理临床路径表》包括基础护理、专科护理、饮食、活动、治疗等具体计划;《每日康复计划表》包括需病人配合的治疗、饮食、活动、术前术后康复训练等具体安排;②制订腹腔镜胆囊切除术单病种限价医疗协议书,临床路径变异记录表,限价医疗变更记录单。(3)执行阶段:①病人入院时,按“单病种管理”属性办理相关手续。入院后,

按照设计的 3 项《优化临床路径表》的标准化流程合作完成诊疗和护理。护理人员办理住院手续,责任护士向病人发放每日护理计划单,并进行宣教,指导做好次日各项检查、检验的准备,讲述路径的有关内容和预期治疗护理目标,取得病人的理解与合作。责任护士负责与手术室、放射科、B 超室等相关科室协调,按路径表时间完成各项工作。医、护、患三方共同遵循临床路径表,按每个住院日工作计划分别实施诊疗、护理、健康教育等;②每日每班必须按照当日的临床护理路径内容观察病情变化,实施相应护理。责任护士负责执行当日护理计划,并向病人讲解第 2 天护理计划,执行后在路径表相应栏内划“√”,未执行的打“×”,并让病人或家属签名,护士长、责任主管检查落实情况。若病情发生变化,未按照路径方向发展,必须在护理记录单中详细记载,医生和其它部门均应做好相应记录,住院时间可能延长,此时要登记在变更记录单上,并写明变更的原因、依据、增加的收费项目、医方和患方双方签字。同时做好变异记录,分析变异原因,提出改进建议和控制措施。本组变异 7 例,负性变异大于最高限价 5 例,正性变异小于最高限价 500 元 2 例,其余 229 例费用均小于或接近限价。正性变异:1 例青年男性,身体素质好,术后积极配合,住院 3 d、输液 2 d。1 例本院工作人员,身心素质好,早期下床活动,住院 3 d。负性变异:1 例因点名科主任手术,主任手术台次多,不能及时安排手术,致使住院时间延长;2 例术前发现血糖、血压、心电图、肺功能异常,需进一步检查和调整用药;1 例术后咳嗽、上呼吸道感染、发热,用药增加;1 例术后心率异常需心电监护超过路径计划时间,检查心功能及用药。针对上述情况,临床路径实施专家委员会建议:加强病史采集,打案由科主任手术者先预约,加强管理,防止院内感染。

2 结果

236 例中实施限价医疗 229 例,占 97.03%。平均住院日由过去的(7 ± 2.6)d 下降至(4 ± 0.9)d;平均费用下降了 934 元;满意度由 96% 下上升至 98.8%;药品费用从限价前 658 元下降至 246 元。与近 3 年比较:手术费下降了 8.2%,药品费下降了 31.1%,平均住院日