

■ 专 科 护 理

一例上腔静脉压迫综合征患者下肢PICC置入的护理要点

□王明艳

病例概况

一位54岁的女性患者,确诊恶性肿瘤合并上腔静脉压迫综合征后,来到河南医药大学第三附属医院肿瘤科进行治疗,主要治疗方式为周期性静脉化疗。上腔静脉压迫综合征属于恶性肿瘤临床常见急症,多由肿瘤组织压迫、侵袭上腔静脉引发,可造成上肢静脉血液回流障碍。该患者出现双侧上肢重度水肿,上肢皮肤紧绷发亮,浅表静脉无法显露,全身外周血管穿刺条件较差。常规上肢静脉穿刺、留置针穿刺操作多次失败,无法开展上肢PICC(经外周静脉置入中心静脉穿刺术)置管相关操作。

该患者疼痛耐受度偏弱,对穿刺操作敏感度较高。前期多次穿刺失败,不仅造成上肢局部组织损伤,也使患者对输液穿刺操作产生恐惧心理,出现焦虑情绪,抵触治疗,曾暂缓化疗进程,对抗肿瘤治疗的有序开展造成阻碍。因此,建立安全、长效、适配性良好的静脉输液通路,是保障化疗方案顺利实施的首要问题。

专科护理评估

针对患者的病情与临床治疗困境,科室安排资深静疗专科护士,对患者开展系统的护理评估。病情方面,患者上腔静脉回流受阻症状呈持续进展状态,双上肢水肿未出现缓解迹象,上肢静脉通路完全无法使用。临床化疗药物多具备高刺激性、高浓度的特点,经外周浅静脉输注时,易引发药物外渗、局部组织坏死、重度静脉炎等并发症,长期外周静脉输液还会提升静脉血栓的发病概

率,对患者安全形成隐患。

在血管解剖方面,经血管超声初步探查显示,患者股静脉、大隐静脉等拟置管血管直径纤细,血管壁厚度不足,血管走行存在轻度迂曲,置管操作难度高于常规上肢PICC置管,对操作定位准确度、操作手法轻柔度有着较高的要求,单人操作难以稳定完成血管定位与导管置入工作。心理方面,多次穿刺失败的经历使患者恐惧、焦虑情绪加重,对置管操作存在明显的抵触行为,睡眠及饮食状态均受到影响,心理状态成为干扰置管操作顺利开展的关键因素之一。

结合患者病情、血管条件、心理状态3项评估结果,科室静疗团队制定个体化置管方案,确定采用双人协作操作模式,由2名资深静疗专科护士配合,在超声引导下实施下肢PICC置管操作,为患者构建化疗静脉通路,兼顾临床治疗安全性与患者身心舒适度。

专科护理实施

术前护理干预 术前护理工作以心理疏导、术前准备为主要内容,为置管操作顺利进行做好铺垫。在心理护理环节,责任静疗护士“一对一”对接患者及家属,采用通俗易懂的语言讲解下肢PICC置管的实施意义、操作流程、微创优势,以及双人协作操作的规范性与安全性,逐一解答患者及家属的疑问,讲解术中疼痛干预措施,缓解患者的穿刺恐惧情绪;同时,主动倾听患者诉求,给予充分的心理疏导与人文关怀,帮助患者稳定情绪、建立治疗配合意愿,改善抵触心态,主动配合置管操作。

术前准备严格遵循无菌操作原则及静疗专科操作规范,通过血管超声设备对患者下肢血管进行系统探查,明确目标血管的走行路径、血流速度及周边组织解剖关系等,标记最优穿刺点位,排查血管畸形、静脉血栓等置管禁忌情况,为术中穿刺操作提供数据支撑;同时,对下肢穿刺区域皮肤进行清洁消毒,清理局部毛发,减少皮肤细菌定植;提前备好无菌置管包、超声引导设备、急救药品及相关器械,逐一核查物品有效期与完整性,完成操作区域无菌消杀处理,保障双人联合置管操作有序推进。

双人协同操作完成下肢PICC置入 置管全程在超声实时引导下开展,两名静疗专科护士明确分工,密切配合,

严格恪守无菌操作规范与静疗操作流程。一名护士负责超声定位,监测血管动态变化,调整穿刺角度与深度;引导穿刺针精准进入目标血管;另一名护士负责穿刺进针、导管置入及位置微调,全程操作轻柔、平稳,规避纤细血管壁损伤问题。

操作期间,护士持续观察患者生命体征及主观感受,实时询问躯体不适状态,辅以语言安抚,降低患者紧张情绪。依托较强的专科操作能力与双人协作模式,团队顺利克服患者下肢血管纤细、置管难度较高的问题,完成了河南医药大学第三附属医院首例下肢PICC置入操作。术中患者生命体征平稳,仅存在轻微躯体不适,未出现头晕、心慌、剧烈疼痛等异常表现。术后经胸部X线检查证实,导管尖端位

置合规,导管固定稳妥,本次置管操作顺利完成。

术后专科护理及人文关怀 置管完成后,即刻通过PICC导管开展液体输注及化疗药物给药,药液输注过程通畅,无输注阻力、无药物外渗情况,患者化疗方案如期启动。术后进行全程精细化专科护理,制定个体化护理方案,规避各类置管相关并发症。穿刺部位护理严格执行无菌操作原则,定期更换敷料,持续观察穿刺点是否存在渗血、渗液、红肿、感染等异常情况,发现问题及时处置。输液前后,规范开展脉冲式冲管、正压封管操作,维持导管通畅,减少导管堵塞、静脉血栓的风险。

强化下肢专科护理 护士要指导患者适度抬高患肢,促进下肢深静脉血液回流,每日监测患肢皮温、肤色、肿胀程度及末梢血液循环状态。护士要指导患者开展适度的下肢屈伸功能锻炼,在不影响导管固定的前提下,预防下肢深静脉血栓形成。针对患者携带导管居家及住院期间的日常行为,护士要开展系统健康宣教,讲解导管日常维护方法、活动注意事项、淋浴防护技巧,以及穿刺点异常、导管故障等突发情况的处理方式,提升患者的自我护理能力。

在专科护理基础上,护士要持续加强人文关怀,术后动态关注患者身心状态,及时告知患者置管效果与输液治疗进展,缓解患者过往反复穿刺带来的身心困扰。改善患者的焦虑、恐惧情绪,身心压力得到缓解。患者对护理服务

认可度提升,主动致谢,临床治疗配合度明显提高。

本次针对恶性肿瘤合并上腔静脉压迫综合征患者开展的静疗护理,是肿瘤科处理疑难静脉通路建立病例的典型实践案例。

该患者因上腔静脉受压引发双上肢重度水肿,上肢外周血管穿刺条件不佳,同时下肢血管直径纤细、走行迂曲,置管操作难度较高。常规静脉通路无法建立,叠加患者心理耐受度较差,整体护理工作存在较大挑战。

科室静疗团队秉持“以患者为中心”的护理理念,通过系统、规范的专科评估制定个体化双人协作置管方案,有序落实术前干预、术中规范化操作、术后全程精细化护理要求,融合专科技术与人文护理服务,解决了患者化疗静脉通路缺失的问题,减少了化疗药物外渗、反复穿刺引发的临床风险,减轻患者身心不适感,保障化疗有序开展,获得患者及家属的认可。

本次护理实践,体现出科室静疗护士良好的专科评估能力、协作配合能力与临床操作水平,填补了河南中医药大学第三附属医院下肢PICC置管技术的应用空白,为后续临床同类血管条件不佳、上腔静脉压迫综合征肿瘤患者的静疗护理工作积累了参考经验;同时,推动科室静疗专科护理向精细化、个体化方向优化,为提升肿瘤患者护理质量、改善患者就医体验提供支撑。

(作者供职于河南医药大学第三附属医院,本文由侯森整理)

■ 叙事护理

本次叙事护理的主人公,是我11岁的儿子,就读于小学四年级,担任班级学习委员。一个中午,他委屈巴巴地给我打电话说:“妈妈,你给我换个班级吧,我实在受不了了。”

作为他的妈妈,同时也是一名临床护士,我深知孩子说出“换班级”的请求,绝非一时冲动,而是长期压抑的情绪终于抵达崩溃的边缘。他逃避的不是一个班级,而是那个被逼迫、被误解、无处可逃的自己。

我心头一紧,语气温柔而笃定:“妈妈知道你现在特别难受,你先安心把下午的课上完,放学回家,妈妈好好听你说。”

我没有急着追问原因,也没有立刻承诺调班,只是先安抚他的情绪,让他安心完成当天的课程,约定放学回家后再好好聊聊。我明白,此刻他最需要的不是解决方案,而是一个能容纳所有委屈的拥抱,一份“无论发生什么,妈妈都站在你这边”的笃定。

儿子放学进门,我没有像往常一样问起作业,只是递给他一杯温牛奶,请他在阳台沙发上坐下。他低着头,手指反复摩挲着牛奶盒,眼泪无声地砸在手背上。我轻轻拍着他的后背,安静地陪着他。

待他停止了抽泣,我拿着纸巾帮他擦了擦脸上的泪痕,握着他的手,说:“你愿意和我聊一聊吗?我想听听你的遭遇。”

他哽咽着慢慢开口,声音断断续续:“我怕你批评我。”

“你只要愿意讲出来,妈妈就愿意帮你分析,下次遇到这样的问题,我们就知道该怎么处理了。”

“班里几个同学总让我传小纸条,我不想传,可他们说我不帮忙就不和我玩……今天被老师抓到了,罚我抄10遍作业,还说不遵守纪律……我真的不想待在这个班级了。”说到这里,儿子豆大的泪珠顺着他的脸颊流了下来。

我静静听着,时不时地轻声回应:“一边怕被同学孤立,一边又被老师误会。”

他委屈巴巴地点点头。

我拿出一张纸:“上面标有0分~10分,你给自己现在的难受程度打个分吧。”

儿子仔细看了看,几乎没有犹豫,迅速写下了10分。

我又握着他的手,温柔地问:“让你这么难受、被误会、被强迫的这件事,你愿意给它起个名字吗?”

他吸了吸鼻子,小声说:“我叫它‘坏麻烦’。”

我问:“那这个‘坏麻烦’,给你带来了哪些影响呢?”

儿子说:“影响我的休息,让我上课不集中听课,同学们孤立我,老师不喜欢我。”

我顺着他的话,帮他把情绪具象化:“所以‘坏麻烦’不仅打乱了你的学习,还让你在学校里没有安全感,甚至开始怀疑自己?”

他用力点头,眼泪又涌了出来。

我没有急着给建议,而是接着问:“在你心里,其实最希望这件事变成什么样?”

他愣了愣,小声说:“我希望同学别再逼着我传纸条,老师能相信我不是故意捣乱,我能安安心心上课。”

“好,那我们就把这个‘好结果’写下来,当作我们要一起解决的目标。”我陪着他把愿望写在纸上,接着问:“那你觉得,要实现这个目标,我们可以做哪些事儿?哪怕是很小的一步,都可以说。”

他想了想,断断续续地说:“我可以拒绝同学,我可以跟老师说清楚,我还可以当场举手告诉老师……”儿子紧皱的眉头一点点儿松开,眼神里的自责慢慢散去。

我顺势和他聊起心里的想法:“你之前是不是觉得,只要不答应同学,就一定会被同学孤立?”

他点点头:“我怕他们讨厌我。”我问他:“不答应别人传纸条,就等于你不好吗?”

他沉默了一会儿,轻声说:“是‘坏麻烦’吓唬我。我以为我只能听他们的。”我问他:“被老师批评,就一定是你做错了吗?”

他说:“不是,老师不知道我是被强迫的。”我轻轻地笑了笑:“你看,很多想法都是‘坏麻烦’偷偷塞给你的。”

看着他放松下来的样子,我又轻声问:“那你有没有过,不想做的事情就勇敢说不,坚持做对的事的时候?”

儿子想了想,慢慢开口:“上次有一个同学让我帮他隐瞒没有写作业的事实,我没有同意,后来他自己跟老师承认了。还有一次,别人上课起哄,我没跟着闹,老师还表扬我守纪律。”

我眼睛一亮,由衷地肯定他:“你看!你本来就有勇气拒绝,只是被‘坏麻烦’吓住了,你才忘了自己有多厉害。”

他的眼神儿一点点儿亮起来,原本低垂的肩膀也悄悄地抬高了。我说:“你真是一个懂事的孩子。”说完,我给了儿子一个大大的拥抱。

儿子深呼吸了一下,接着说:“老师今天把办黑板报的任务交给了我,从设计到绘画,得到了老师的认可。”我伸手为儿子点赞:“对自己做个评价吧!”

此时的儿子脸上露出了自信的微笑,想了想说:“我不怕累。老师给我的任何任务,我都可以高质量完成;和同学们相处,我也能够很愉快。”

我说:“你那么聪明,有悟性,只要你坚持自己的原则,一定会有收获!”儿子眼睛瞬间亮了:“好!”

我看着他的眼睛,认真地告诉他:“以后你不是只能逃跑的小鬼儿,你是有力量、有边界、会保护自己的‘小勇士’。”

几天后,儿子放学一进门就兴冲冲地跑到我身边:“妈妈!今天又有人让我传纸条,我直接拒绝了,他们也没怎么样!”

他不再提“换班级”的请求,不再害怕上学,眼神儿明亮、语气坚定,那个阳光自信的小男孩儿又回来了。

原来叙事护理最动人的,从来不是讲多少大道理,而是倾听他的委屈,外化他的困境,解构他的执念,唤醒他的力量,再陪他一起“活成新的故事”。一束温柔的光,轻轻照进心里,便足以让成长,勇敢而有力量。

(作者供职于永煤集团总医院)

听见成长的回响

□张艳

■ 护 理 管 理

警惕苏醒期的护理盲区

□邓丹

麻醉恢复室是患者术后苏醒的重要场所,关乎患者术后安全与康复质量。临床观察发现,不少麻醉相关安全隐患并非突发急症,而是源自工作中容易被忽略的细节。笔者结合临床实际,梳理出五类高频护理盲区。

警惕术后“假性清醒”,杜绝片面判断苏醒状态

不少患者术后可正常睁眼、简单应答,生命体征趋于平稳,看似完全苏醒,实则体内仍有麻醉药物残余效应,属于“假性清醒”。此时,患者定向力、自我保护反射尚未完全恢复,潜藏诸多风险,可能突发躁动、迟发性呼吸抑制;转运回病房后,还可能出现嗜睡、血氧饱和度降低等危险。临床要摒弃“能说话、能睁眼即为清醒”的惯性思维,针对高龄、肥胖、肝肾功能障碍及重大手术高危患者,适当延长观察时间,坚决防止提前转运引发的安全问题。

跳出数据误区,兼顾患者末梢微循环安全

常规监护多重点关注血压、心率等大循环指标,不少护士默认数据平稳即代表患者状态安全;但是,手术体位压迫、体液波动、麻醉药物作用、术中低温等因素,易造成患者微循环紊乱等情况。这类问题无法通过常规监护数据体现,却会导致患者术后寒战、心慌、隐性水肿等。护士要打破“唯数据论”,主动观察患者皮肤温度、毛细血管充盈度等末梢状态,推动护理工作从“数值平稳”向“机体全面安全”升级。

打破固有认知,严防“沉默者”隐性风险

临床普遍存在“躁动患者有危险,安静患者即安全”的认知误区。实际工作中,全程反应淡漠、肢体无动作的患者,往往麻醉药物残留量大、机体耐受能力弱、神经反应迟钝,容易被忽视。这类患者呼吸浅慢,易突发舌后坠、通气不足等紧急情况,风险隐蔽性极强。对此,护士要有针对性地提升“过度安静”患者的监护等级,定时轻声呼唤、适度刺激,动态监测苏醒状态,精准规避“沉默式”麻醉风险。

细化交接环节,主动溯源术中细微隐患

目前,手术室清单式交接内容多聚焦手术过程、出血量、留置管路等显性信息;但是,术中多次追加镇痛药物、持续低温、局部体位受压,以及患者术前焦虑等细微细节,是患者术后躁动、呕吐、呼吸异常的重要诱因。对于麻醉护理,护士要从被动接收交接信息,转变为主动溯源排查,实现流程交接与风险防控双重闭环。

加强人文护理,守护患者身心健康

麻醉苏醒阶段,患者心理较为脆弱。朦胧意识下的陌生环境、频繁的医疗操作刺激,会让患者产生恐惧,易遗留术后焦虑、睡眠障碍等心理问题。优质护理服务不仅要保障患者躯体安全,还要兼顾心理关怀。护士要坚持低刺激操作,全程语言陪伴、及时告知诊疗进度,减少突发刺激,修复患者苏醒期隐性心理创伤。

(作者供职于三门峡市中心医院)

■ 护 理 感 悟

由拔管渗液谈临终护理

□杨妍妍

护理工作没有轰轰烈烈的壮举,更多是日复一日的坚守、一点一滴的打磨。在临床一线,每一次操作、每一场应急处置,都是积累经验、精进技艺的过程。一场普通的临终护理经历,让我真切地体会到,护理不仅是严谨的技术活儿,更藏着守护生命尊严的温情,也让我对灵活施治、优化护理流程有了更深刻的思考。

近日,我在值班期间负责一位离世患者的临终料理工作,按照常规流程为患者拔除腹腔引流管。操作完成后,意外情况出现了:患者创口处持续渗出引流量,很快浸透了外层敷料和身下的护理垫。

我当即取用无菌纱布对创口加压包扎,快速处理渗液。可是在后续为患者调整体位过程中,创口再次渗液,常规包扎方式无法有效止渗,反复浸湿的敷料不仅影响操作进程,也为这场临终护理埋下了隐患。

面对突发状况,我沉着应对、快速研判。结合多年临床实操经验和无菌操作规范,当即调整处置方案,摒弃单一纱布加压的常规做法,改用无菌纱布包裹无菌橡胶塞,对引流管创口进行精准贴合,有针对性地加压封

堵。这套改良后的处置方案效果立竿见影,创口渗液很快停止,我顺利完成了全部临终料理操作,以规范细致的服务,守护了患者最后的体面与尊严。

这场看似寻常的应急处置,让我深受触动,也让我看清了常规护理流程中存在的短板与优化空间。以往临床拔除腹腔引流管,大多沿用“拔管即包扎”的固定流程,这套流程适用于绝大多数普通患者,却忽略了离世患者的特殊性。患者离世后,腹腔内仍留存少量引流量,体位变动会加速液体外渗,仓促包扎很难从根源上杜绝渗液问题,容易造成操作反复、护理不规范等问题。

经过这次实战经历,我深刻明白,临床护理最忌墨守成规、一成不变。标准流程是基础,但贴合实际、灵活变通才是优质护理服务的核心。

针对离世患者腹腔引流管拔除操作,我总结出贴合临床的优化思路:改变即刻包扎的固有模式,拔管后先协助患者调整稳妥的体位,充分引流干净腹腔内残留液体,待渗液完全排净后,再开展加压包扎操作,从源头上减少渗液问题,让临终护理流程更规范、高效、周全。

同时,这次经历也暴露了临床临终护理工具的适配性短板。常规纱布质地松软、贴合度不足,应对特殊创口渗液问题效果有限,不仅增加了护理人员重复操作的工作量,也拖慢了临终护理进度,难以适配精细化、人性化的护理需求。

为此,我结合临床经验,萌生了细化改进的想法。临床可有针对性地研发适配腹腔引流管创口的专用加压器具,比如定制化贴合加压垫、带固定装置的无菌封堵器械等。专用工具既能精准封堵创口、稳固正渗,全程保障无菌操作安全,又能简化操作步骤、减少重复劳作,让医务人员高效完成临终护理工作,既切实守护逝者尊严,也有效减轻一线护理人员工作负担。

护理无小事,细节见初心。临床工作中,每一次操作细节、每一次临场应变,都直接关乎护理质量,也承载着对生命的敬畏与人文关怀。基础操作烂熟于心、应急处置沉着细致、复盘总结持续精进,是每一位护理人员必修课。此次特殊的护理经历,是一次历练,更是一次成长。

(作者供职于河南大学第一附属医院)