

以静脉治疗专科护士为主导的多学科协作模式在肿瘤病人血管通路选择中的应用



李思琴,路虹,高勇,李钊铨

摘要 目的:探讨以静脉治疗专科护士为主导的多学科合作团队(MDT)模式在肿瘤病人血管通路选择中的应用。方法:选取2018年在医院置入中心静脉导管的909例肿瘤病人为研究对象,按时间先后顺序分为对照组459例和观察组450例。对照组由主治医生、责任护士向病人常规介绍化疗方案中的血管通路,待病人自行选择后由置管人员对病人外周血管条件、治疗方案、血实验室检查结果进行评估并穿刺,术后常规维护。观察组由静脉治疗专科护士主导的多学科团队提早介入到血管通路选择中,制订并实施置管前三级血管评估方案,最终由MDT团队讨论病人置管最佳方案、术中风险和术后维护要点。比较两组病人一次置管成功率、导管尖端位置正确率、置管过程并发症发生率、自我管理知识知晓率、依从性。结果:观察组病人一次置管成功率、导管尖端位置正确率、自我管理知识知晓率及依从性均高于对照组($P < 0.05$),置管过程并发症发生率较对照组低($P < 0.05$)。结论:MDT团队在肿瘤病人血管通路选择中的作用显著。

关键词 静脉治疗;肿瘤病人;血管通路;评估

Keywords intravenous therapy; tumor patients; vascular access; evaluation

doi: 10.12104/j.issn.1674-4748.2021.07.017

静脉治疗是肿瘤专科常用治疗方法,而随着静脉导管的种类不断增加,其适用范围和留置时间存在多重选择^[1-2]。但是目前临床尚缺乏相应的标准和流程评估和指导临床血管通路装置的选择,难以为病人提供个性化服务,造成血管通路装置使用不科学,增加并发症的发生,加剧病人痛苦及经济负担^[3-4]。我院作为三级肿瘤专科医院,化疗是肿瘤病人进行综合治疗中最重要的手段之一,为病人提供正确选择血管通路装置,实施安全化疗,是护理部和静脉管理组面临的重大问题。多学科协作模式(MDT)是指以病人为中心,针对特定疾病,依托多学科团队,制订规范化、个体化、连续性的护理方案,可提升临床护理质量^[5-6]。为此,本研究在肿瘤病人血管通路选择中采取以静脉治疗专科护士为主导的MDT模式,旨在探讨其对病人依从性及置管效果的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选择2018年1月—2018年12月在我院置入中心静脉导管的909例肿瘤病人为研究对象。入选标准:①年龄 ≥ 10 岁;②在我院治疗的病人,包括手术和放化疗;③能与医护人员有效沟通,在护士指导下能进行静脉导管的观察和异常情况的汇报,遵医行为良好的病人。排除标准:①病人所置导管是培训护士留置的。将符合入选标准的909例病人根据申请置管时间先后顺序,采用量性研究方法,将病人分为对照组459例和观察组450例。采用我院自行设计的中心静脉导管置管申请单,在病人治疗方案拟定后结合病人病情、血液检验结果和血管条件,完成病人置管前信息收集,内容包括年龄、疾病种类、是否有中心静脉置管史、外周血管条件、血液检验结果等。两组病人一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表1。

表1 两组病人一般资料比较

单位:例

项目	对照组($n=459$)	观察组($n=450$)	χ^2 值	P
年龄 10~64岁	401	398	0.543	0.762
≥65岁	58	52		
疾病种类			0.661	0.883
血液淋巴瘤	31	34		
妇科肿瘤	81	71		
胸部肿瘤	151	143		
消化系统肿瘤	112	116		
头颈肿瘤	22	25		
乳腺肿瘤	57	55		
泌尿系统肿瘤	5	6	1.115	0.774
中心静脉置管史				
有	52	47	0.932	0.334
无	407	413		
置管需求			0.932	0.334
PICC	283	272		
PORT	170	171		
CVC	6	7		

注:PICC为经外周静脉置入中心静脉导管;PORT为植入式静脉输液港;CVC为中心静脉导管。

作者简介 李思琴,副主任护师,本科,单位:518116,中国医学科学院北京协和医学院肿瘤医院深圳医院/国家癌症中心/国家肿瘤临床医学研究中心;路虹、高勇、李钊铨单位:518116,中国医学科学院北京协和医学院肿瘤医院深圳医院/国家癌症中心/国家肿瘤临床医学研究中心。

引用信息 李思琴,路虹,高勇,等.以静脉治疗专科护士为主导的多学科协作模式在肿瘤病人血管通路选择中的应用[J].全科护理,2021,19(7):924-927.

1.2 干预方法 对照组由主治医生、责任护士向病人常规介绍化疗方案中的血管通路,待病人自行选择后由置管人员对病人外周血管条件、治疗方案、实验室检查结果^[2]进行评估并穿刺,术后常规维护。观察组由静脉治疗专科护士主导的多学科团队提早介入到 PICC、PORT、CVC 等血管通路选择中,制定并实施置管前三级血管评估方案,最终由 MDT 团队讨论病人置管最佳方案、术中风险和术后维护要点。具体如下。

1.2.1 建立静脉置管中心 MDT 管理模式 ①建立静脉置管中心,由主管院长领导护理部直接管理,负责全院中心静脉导管置管和静脉导管并发症处理、全院静脉治疗数据的收集、带管病人个人档案的建立与管理等工作。②建立静脉置管中心 MDT 管理模式,以静脉治疗专科护士为核心,纳入置港组医生、护理部、介入科、放射科、药学部、院感办、临床科室医生、超声科、检验科等多部门资深人员组成,明确各专家分工、工作职责。

1.2.2 修订完善相关工作制度及流程 ①根据肿瘤病人疾病特点由静脉置管中心静脉治疗专科护士组织 MDT 团队进行讨论,规范置管评估内容及预警值、风险防范措施和导管转介工作流程。②制装置管前三级血管评估流程:依据 2013 版国家卫生和计划生育委员会制定的《静脉治疗护理技术规范》中对执行静脉穿刺前的评估要求以及医护职责权限的不同,对所有住院的肿瘤病人实施血管三级评估,MDT 团队参与二级、三级血管评估工作。③依据置管/置港工作流程制订中心静脉导管围置管期临床护理路径,实施从置管前医护人员行为规范到拔管的全过程管理,使导管使用可追溯、可实时动态监控。

1.2.3 培训与考核 组织全院护士进行三级血管评估流程培训以及全院护士院内静脉导管维护资质准入考核。

1.2.4 MDT 协作模式在血管通路选择方案的具体实施 ①病人入院到静脉治疗前由责任护士根据病人病情、年龄、治疗方案、药物性质、过敏史、外周血管条件^[2]等完成一级评估,初步确定血管通路(外周静脉或中心静脉),如需选择中心静脉提交置管申请单到静脉置管中心。②置管中心人员到临床对一级评估结果进行复核,并进行进一步评估。内容包括:使用超声对病人进行床边血管检查,评估血管弹性、血管直径及是否存在血管变异等情况;实验室、影像学、心电图检查结果;病人意愿和心理;是否为非惯用手臂;血栓史;手臂手术史;是否安置起搏器;血糖结果等因素^[7],选择最佳穿刺部位(贵要静脉、肱静脉或股静脉等)和血管通路器材(PICC、输液港、中长导管等),完成二级血管评估;对血管诊断困难、上腔静脉压迫综合征、局部感染、血管与导管直径比 $\geq 45\%$ ^[8]等可能会出现置管并发症病人,由静脉置管中心护士发出会诊申请,邀请相关 MDT 团队成员如超声科、置港组、介入科、医院感染科

成员协助床边诊断。③对术中可能发生穿刺困难如导管与血管直径比或置管高风险病人,由静脉置管中心静脉治疗专科护士立即组织 MDT 团队成员,通过讨论为置管人员和临床护士提供最佳置管方案和安全风险防范措施,制订血管通路治疗计划时要注意考虑外周静脉的保护,并使用血管可视化技术提高穿刺成功率,如置管前使用 B 超探头再次探测靶向血管,充分了解血管内膜是否粗糙、血管壁厚薄、血管直径大小、血流速度、距皮深度、有无血管畸形,并根据血管深度选择进针角度,借助 B 超+腔内心电图定位引导穿刺^[7]。

1.2.5 做好健康教育 做好病人带管期间授权赋能健康教育,由责任护士和静脉置管中心护士在置管后 24 h、48 h、72 h 对病人如饮水量、活动、沐浴等的知晓度进行评价。静脉置管中心护士在术后 24 h 内到病房进行回访,跟踪病人宣教掌握情况和责任护士导管维护质量,再次进行个性化宣教和指导,并在置管病人随访本记录回访情况。

1.2.6 做好导管的日常维护 置管后由病房护士负责静脉导管的日常维护和异常情况上报,静脉置管中心护士负责全院静脉治疗数据汇总和专科质量监控。对置管过程中并发症病人进行个案管理,邀请 MDT 团队成员利用专业优势,提供各专业领域的建议,共同探讨如何保证病人导管的安全使用。

1.2.7 建立完善的评价体系 通过回顾性分析对比两组病人一次置管成功率、导管尖端位置、置管过程并发症发生率、病人导管自我管理知识知晓率、病人依从性进行效果评价,以此形成长效的 MDT 团队参与静脉治疗专科质量管理机制。①导管尖端位置正确判定标准:导管尖端最佳位置为上腔静脉与右心房的交界处(胸₆~胸₇水平)^[9], \leq 胸₇为导管置入位置过浅, \geq 胸₈为导管置入位置过深,与病人身高相结合判断。②置管过程并发症:置管过程中并发症主要为误入动脉、导管异位、置管失败、送管困难、心律失常等^[4]。③病人自我管理知识知晓情况:包括导管名称、导管材质(是否耐高压)、使用寿命、维护周期及维护地点、活动量、穿衣、沐浴、饮水量、导管留置期间的风险及有异常如何联系医院等^[1],在置管结束后向病人及家属进行健康教育,在病人置管后 24 h、48 h、72 h 对 10 项内容掌握程度进行逐一效果评价,掌握 9 项及以上者视为知晓。④病人依从性:在病人门诊维护时对居家期间病人是否遵从维护周期进行定期维护;活动量、穿衣、沐浴、饮水量是否遵从健康教育内容;导管留置期间出现异常情况是否及时联系医院进行处理等进行评价。能够遵从视为依从。

1.3 观察指标 比较两组病人一次置管成功率、导管尖端位置正确率、置管过程并发症发生率、自我管理知识知晓率、依从性。

1.4 统计学方法 使用 SPSS 19.0 统计软件进行分析,采用 χ^2 检验、 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学

意义。

2 结果

表 2 两组病人一次性置管成功率、导管尖端位置率、置管过程并发症发生率比较

单位: %

组别	例数	一次性置管成功率	导管尖端位置率		并发症发生率
			正确	不正确	
对照组	459	88.45	83.66	16.34	0.65
观察组	450	93.56	96.67	3.33	0.22
χ^2 值		34.324		69.519	4.016
<i>P</i>		0.000		0.000	0.045

表 3 两组病人导管自我管理知识知晓率及依从性比较

单位: %

组别	例数	病人导管自我管理知识知晓率	病人依从性
对照组	459	60.57	71.90
观察组	450	98.00	96.00
χ^2 值		84.832	97.391
<i>P</i>		<0.05	<0.05

3 讨论

静脉置管是肿瘤病人化疗常用静脉给药通路,可迅速稀释药物,减轻药物刺激,保护给药血管,且易维护^[10-11]。但肿瘤病人因生理状况较差,抵抗力、治疗耐受性明显降低,而静脉置管作为一种有创操作,治疗期间置管相关并发症难以避免^[12-13]。国家卫生和计划生育委员会制订的《静脉治疗护理技术操作规范》中指出,在进行置管前需评估病人年龄、病情、过敏史、静脉治疗方案、药物性质等以及穿刺部位皮肤和血管条件,以提高静脉置管安全性^[9,14]。

但是 PICC 置管前需常规评估血液检查结果,特别是针对肿瘤病人有几个特殊注意情况如血液高黏稠状态、化疗后白细胞和血小板降低、肿瘤压迫导致上腔静脉压迫综合征、血管变异等,都是护士专业无法去进一步衡量细化的难题^[15-17]。研究发现,肿瘤分期、合并症、导管尖端位置、日常管理质量等均是导致肿瘤化疗病人静脉置管并发症危险因素。故肿瘤静脉置管化疗病人具有较高的护理干预需求^[18-19]。本研究结果显示,观察组一次置管成功率、导管尖端位置正确率、病人自我管理知识知晓率、病人依从性均高于对照组,置管过程并发症发生率低于对照组。表明以静脉治疗专科护士为主导的多学科协作模式在肿瘤病人血管通路选择中具有较高应用价值,能提升病人自我管理水平和依从性,提高一次置管成功率、导管尖端位置正确率。陈娟等^[20-21]研究发现,在静脉化疗病人中采取以护士为主导的多学科团队协作模式能提升病人健康教育知识知晓率,降低并发症发生率,有利于化疗的进行。此结果与本研究一致,进一步证明以静脉治疗专科护士为主导的多学科协作模式在肿瘤病人中的应用价值。多学科协作模式因集众家所长,被越来越多地应用于医护一体化诊疗护理服务模式中,对于静脉治疗专科而言,MDT 模式更多地用于并发症的处理,与

跨科会诊的模式界定不清,无法发挥其最大的作用。MDT 模式用于肿瘤病人置管前血管通路选择的优势包括:①MDT 模式可规范置管前血管评估流程,使置管人员在置管前充分了解病人血管状况,做到置管过程中规避风险,提前防范并发症的发生。②MDT 模式可对置管前评估项目的标准进行进一步量化,使置管人员提前知晓病人目前的状况是否适合置管,并可视情况转介到其他导管置管组,保证治疗方案的有效实施。③通过 MDT 讨论出疑难病人的最佳置管方案和风险防范措施,让病人、置管人员、临床医护人员尽早进行措施干预,减少并发症的发生,减少经济成本支出。

综上所述,以静脉治疗专科护士为主导的 MDT 团队在肿瘤病人血管通路选择中的作用明显,不仅为置管/置港组医护人员提供强有力的保障,且操作性强,能前瞻性对病人拟选择的血管通路进行有效风险防范。

参考文献:

- [1] 马晓霞,孙静岚,郝楠,等.自我强化管理教育对中心静脉导管化疗乳腺癌病人自我带管管理能力的影响[J].临床外科杂志,2019,27(3):209-212.
- [2] 沈古薇,王玉玲,李红俊.肿瘤患者化疗血管通路装置选择影响因素分析与对策[J].齐鲁护理杂志,2017,23(1):69-72.
- [3] 徐波,耿翠芝.肿瘤治疗血管通路安全指南[M].北京:中国协和医科大学出版社,2015:31-121.
- [4] 闻曲,成芳,鲍爱琴.PICC 临床应用及安全管理[M].北京:人民军医出版社,2012:59.
- [5] 刘平,刘元,张璐.护士主导管理在 CCU 过渡期患者护理安全质量中的应用研究[J].中国实用护理杂志,2019,35(9):689-694.
- [6] 陈璐,陈苏红,刘剑,等.以护士为主导的多学科团队协作在静脉化疗安全管理中的应用[J].护士进修杂志,2018,33(20):1866-1869.
- [7] 美国静脉输液护理协会.输液治疗实践标准(2016 年修订版)[S]. [2019-11-10]. <http://www.sific.com.cn/InsidePage/1000/38/8325.html>
- [8] 吴玉芬,杨巧芳.静脉输液治疗专科护士培训教材[M].北京:人民卫生出版社,2018:188-240.
- [9] 国家卫生和计划生育委员会.WS/T433—2013 静脉治疗护理技术规范[S].2013-11-14.
- [10] 谈可.授权赋能教育对肿瘤 PICC 带管期间病人自我护理能力及并发症的影响[J].全科护理,2019,17(16):1990-1992.
- [11] 李春艳,黄美香,刘武.针对性护理干预对乳腺癌经外周静脉置入中心静脉导管置管化疗患者的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2019,26(7):877-880.
- [12] 张珈瑜,张欢,朱富娣.经外周静脉穿刺中心静脉置管综合护理在消化道肿瘤患者中的应用及对副反应量表评分的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2019,26(3):342-344.
- [13] 卢文巧,刘亚东,张秀峰.综合护理在经外周静脉置入中心静脉导

- 管安全管理中的应用价值[J].中国基层医药,2019,26(24):3054-3056.
- [14] 何云艳,张静,郭怡雪,等.中心静脉通路装置穿刺部位维护状况调查[J].护理学杂志,2018,33(20):47-51.
- [15] 潘文艳,宋建文,谢新芳,等.乳腺癌患者应用两种方法经心电图定位瓣膜式经外周静脉穿刺中心静脉置管的对比研究[J].中国药物与临床,2019,19(15):2541-2543.
- [16] 陈景艳.预见性护理在预防肿瘤化疗深静脉置管堵塞中的应用分析[J].中国基层医药,2019,26(18):2278-2281.
- [17] 林伟芬,蔡燕莲,陆金静.肺癌化疗 PICC 置管所致上肢深静脉血栓的危险因素与预防性护理干预[J].护理实践与研究,2019,16(17):54-55.
- [18] 郑美花,黄凤凤,王璐祯.同步放化疗患者 PICC 相关性静脉血栓形成影响因素分析[J].中华肿瘤防治杂志,2019,26(21):1637-1641.
- [19] 范华颖,方怡.影响肺癌化疗患者 PICC 导管相关性静脉血栓的危险因素分析[J].临床误诊误治,2019,32(9):54-58.
- [20] 陈娟,路易娟,杨春华,等.以护士为主导的多学科团队协作模式在静脉化疗安全管理中的应用[J].齐鲁护理杂志,2019,25(12):56-58.
- [21] 林熹,江湖,江滢,等.多学科团队在肿瘤化疗患者经外周置入中心静脉导管管理中的应用[J].中国医药导报,2017,14(14):151-155.

(收稿日期:2019-11-19;修回日期:2021-03-06)

(本文编辑 卫竹翠)

生活护理前置式触摸联合标准化手部触摸疗法在老年痴呆病人激越行为控制中的应用



李晓静

摘要 目的:观察生活护理前置式触摸联合标准化手部触摸疗法在阿尔茨海默病老年病人激越行为控制中的应用效果。方法:选择 2019 年 1 月—2019 年 6 月收治于医院的 94 例老年痴呆病人为研究对象,单号病室入住者 47 例设为对照组,双号病室入住者 47 例设为观察组,对照组接受老年痴呆常规护理,观察组在此基础上加用生活护理前置式触摸联合标准化手部触摸疗法干预,对两组病人干预前后激越行为、日常功能、生活质量评分进行比较。结果:观察组老年痴呆者干预后激越行为评分、日常功能评分低于对照组($P < 0.05$),生活质量评分高于对照组($P < 0.05$)。结论:采用生活护理前置式触摸联合标准化手部触摸疗法对老年痴呆病人施加干预,可显著控制其激越行为,改善其日常生活功能与生活质量。

关键词 生活护理;标准化手部触摸疗法;老年痴呆;激越行为;生活质量

Keywords life care; standardized hand touch therapy; senile dementia; agile behavior; quality of life

doi: 10.12104/j.issn.1674-4748.2021.07.018

随着人口老龄化步伐的加速,老年痴呆已成为继肿瘤、心血管、脑血管病种之后老年群体的第四大致死病因^[1]。我国老年痴呆者数量预计将于 2025 年逾千万例,是发达国家老年痴呆者人数之和^[2],作为老年群体的常见神经病种^[3],激越行为是该病种重要症状群^[4]。激越行为会致痴呆病人日常生活能力严重下滑,照顾者负荷明显增加,入院率上升,明显降低病人的生活质量,成为疾病控制重点难题^[5]。药物治疗对激越症状的控制效果有限且安全性低^[6],非药物管理日益成为痴呆病人激越行为的一线控制方式。触摸疗法是指借助于护理对象某处皮肤的触摸来使之情绪趋于平稳^[7]。其起效机制在于,治疗者对自身与环境能量的转换来推进治疗对象能量系统和谐与平衡的恢复,自生理与心理层面促成抚触对象的康复,将之应用于老年痴呆者激越行为控制领域已可见有效

性报道^[8],但尚未形成适用于老年痴呆者激越行为控制的专用规范化触摸疗法模式。此外,有学者指出,痴呆病人的部分激越行为起自于其认知功能受损所致的对外界刺激源接受与处理能力的下降,其部分激越行为表达了真实需要而非毫无意义,护理人员如在生活中护理实践中误解了老年痴呆者的意图或者存在沟通不良问题则易诱发其激越行为^[9]。故本研究尝试采用生活护理前置式触摸联合标准化手部触摸疗法对老年痴呆病人施加干预,探讨该护理方式对老年痴呆者激越行为的控制效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2019 年 1 月—2019 年 6 月收治于我院的 94 例老年痴呆病人作为研究对象。纳入标准:满足老年痴呆症诊断标准^[10],年龄 ≥ 60 岁,住院时长在 21 d 以上,监护人知情同意。排除标准:其他原因所致痴呆,语言/视听力障碍,严重肢体功能障碍,严重伤人/自伤倾向,近 1 个月内抗抑郁用药史/其他精神药品用药史。将单号病室入住者 47 例设为对照组:男 25 例,女 22 例;年龄(78.74 \pm 4.55)岁;认知功能轻度减退 17 例,中度减退 20 例,重度减退 10 例。将双号病室入住 47 例设为观察组:男 26 例,女 21 例;年龄

作者简介 李晓静,主管护师,本科,单位:467000,河南省平顶山市第一人民医院。

引用信息 李晓静.生活护理前置式触摸联合标准化手部触摸疗法在老年痴呆病人激越行为控制中的应用[J].全科护理,2021,19(7):927-929.