

PICC 置管术后并发症的防护措施

尚 娜(湖北民族学院附属医院,湖北恩施 445000)

【摘要】 目的 探讨外周静脉置入中心静脉导管术(PICC)置管术后并发症的防护措施,提高临床护士对 PICC 置管患者的护理效果。**方法** 通过对 60 例 PICC 置管患者进行并发症的预防措施。**结果** 60 例患者术后并发症的发生率为 3.33%,提高了护理效果。**结论** 对 PICC 置管术后的患者采用防护措施,可以降低并发症,减轻患者的痛苦,提高患者满意度,加强患者的信任。

【关键词】 外周静脉置入中心静脉导管术; 并发症; 防护措施

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.21.065

中图分类号:R472.9

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)21-2406-02

外周静脉置入中心静脉导管术(PICC)是指由外周静脉(贵要静脉、肘正中静脉、头静脉)穿刺插管,使导管尖端位于上腔静脉或锁骨下静脉的方法^[1]。PICC 具有操作方法简单,穿刺成功率高,带管时间长,减轻患者的痛苦,可由护士操作等优点,现已临床广泛应用。但是 PICC 在使用过程中,由于操作和护理不当,以及患者的个体差异等因素会引起一系列的并发症。作者对 60 例经 PICC 置管患者术后采取了预防措施,收到了一定的成效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 3 月至 2010 年 3 月 PICC 置管患者 60 例,年龄 48~60 岁,平均 55 岁。60 例患者中 58 例无并发症的发生,其中 2 例因年龄过大,长期卧床,体质较差,护士穿刺 3 次才成功,术后 3 d 发生了静脉炎,经有效的对症处理,均好转。并发症的发生率为 3.33%。

1.2 防护措施

1.2.1 预防静脉炎 PICC 置管术后最常见的并发症是静脉炎。静脉炎的发生早期以机械性静脉炎为主,常出现在置管后 3~5 d。穿刺次数、导管尖不在中心静脉、剧烈运动等与静脉炎的发生呈正相关^[2]。因此,穿刺前选择合适的血管和导管,穿刺过程中严格无菌操作,提高护士的穿刺技巧和成功率,确保管尖位于上腔静脉,穿刺后加强患者的健康教育,是预防静脉炎的关键。

1.2.1.1 导管的选择 正确选择导管是减少 PICC 并发症的第一步。临床一般选用硅胶管、泰福隆等刺激性小的导管。导管口径的选择以相对于血管较细小为原则。5Fr 导管滴速为 600~1 000 mL/h,加压泵大于 1 000 mL/h,可用于输血、TPN、抽血等,也可满足不同液体同时输入,避免了药物配伍禁忌,但对血管刺激性较大,也增加了感染的概率。美国 BD 公司 Croshag PICC 导管独有三角阀门控制液体流动,保证了最大流量,可避免血液反流、空气栓塞及堵塞,为长期输液治疗提供了更好的保障,但价格较昂贵^[3]。

1.2.1.2 置管静脉的选择 贵要静脉相对要直且短并且静脉瓣少,置管容易成功,故应首选,其次为肘正中静脉。为了提高留置成功率,延长导管留置时间,减少并发症,最好选择贵要静脉和肘正中静脉。对于无法经过肘部静脉置管的患者,颈外静脉、腋下静脉及下肢的股静脉、大隐静脉、腘静脉也可作为 PICC 的置管途径。

1.2.1.3 置管后护理措施 置管后 24 h 内应换药 1 次,此后 2 次/周,导管脱出部分勿再送入血管内,以防止局部皮肤表面细菌侵入血管,造成细菌性静脉炎。发现局部红肿时应暂停输液,给予局部热敷,待症状完全消失后再继续使用。对本组病

例中发生静脉炎的 2 例患者,及时对症处理,如抬高患肢、行热敷或硫酸镁湿敷,2~3 d 均好转。若处理后症状不缓解或加重,应立即拔管。

1.2.2 导管堵塞

1.2.2.1 堵管原因 (1)导管的机械性损伤:患者卧位、坐姿不当引起导管受挤压变形,甚至折断;(2)药物性:输血、血浆、蛋白、高营养物质(由糖、脂肪、氨基酸等组成),其分子颗粒大,易黏附在管内导致堵塞^[4];(3)纤维蛋白包裹;(4)血液凝集,血小板及纤维蛋白堵塞针头。

1.2.2.2 预防导管堵塞的措施 (1)正确有效的健康教育,如患者睡眠时注意不要压迫穿刺血管,不在置管侧臂部扎止血带或血压带。(2)根据药物的性质与浓度,合理调节滴速,高渗液体与等渗液体间歇输入,先输乳剂,后输非乳剂;对于输血、血浆、清蛋白、高营养物质、酸碱药物之间以及从导管抽取血标本后立即用生理盐水冲管。(3)合理的封管技术,在临床上较多采用脉冲式封管法,即在每天输液前首先用 10~20 mL 生理盐水脉冲式冲洗导管,再接治疗用药,输液结束后,成人用 100 U/mL 的肝素盐水 5~10 mL 正压封管。治疗间歇期,保证冲管并封管 7 天/次。陈妙华等^[5]研究显示,PICC 接上可来福无针密闭输液接头,输液结束后,无需用抗凝剂封管,用适量的生理盐水注入可来福接头对存留药液进行冲洗可达到封管的目的,并可留置 5~7 d。另外临床上采用镇痛泵以 2 mL/h 的速度向中心静脉导管内泵入生理盐水,维持该通道,也取得了良好的效果。

1.2.3 置管所致的感染 PICC 术后继发感染和败血症是最严重的并发症。静脉导管的感染占医院感染的 13%,仅次于尿路感染,90%的静脉导管感染继发于中心静脉插管^[6]。

1.2.3.1 置管所致的感染的表现及处理 出现局部感染症状(如穿刺点处红、肿、疼痛或有脓性分泌物等)或有不明原因的发热和血象升高,应高度怀疑导管相关感染,立即做细菌培养,并拔除导管,给予抗感染治疗。

1.2.3.2 预防导管所致的感染措施 (1)置管时,严格执行无菌技术操作规程。(2)插管后,定时消毒穿刺点及缝针处,常规用碘伏消毒穿刺点。(3)敷料贴应选择弹性好、黏性大、易观察、透气性好的透明敷料贴,可形成阻拦外来细菌和感染的屏障,并且在导管置入第一个 24 h 更换,以后每 2 天换一次,如有潮湿、污染、脱落应随时更换。(4)应用精密输液器,启开的药液在 2 h 内输入;输注药物、取血标本等避免接头污染;连续输液者,每天更换输液器 1 次,三通接头及中心静脉压监测管更换 1 次/天,每周在针眼处做细菌培养 1 次;置管期间严密监测体温的变化。

1.2.4 血栓形成 血栓形成的常见原因为血管壁损伤、化学作用、患者的血液处于“高凝、高聚”状态等,多见于置管的静脉中。

1.2.4.1 血栓形成的表现 患者可无任何症状及体征,也可表现为同侧手臂、颈、手的疼痛、肿胀感,护士操作时抽回血有阻塞感。

1.2.4.2 预防血栓形成及处理措施 穿刺及送管时,动作要轻柔,尽量一次成功,避免损伤血管壁。每次输液前应先抽回血检查有无血栓,若有阻力切勿用液体加压冲洗,可用力抽吸借负压吸出血栓,如无效可用链激酶或尿激酶溶栓。正确有效的封管,可减少血栓的形成。

1.2.5 导管异位 导管外露长度增加或敷料贴不在原处,X线检查结果显示导管尖端位置不在原基础位置,即为导管异位。导管异位最易发生于颈内静脉。掌握 PICC 置管长度的测量方法和置管技巧,可有效预防导管异位。成人取平卧位,穿刺侧手臂外展 45°或 90°,从穿刺点沿静脉走向至右胸锁关节再折向下至第二肋间隙止,即为进入导管长度,导管尖端最终应位于上腔静脉远离右心房的外 1/3 处^[7]。当导管尖端大约到达预定部位时,嘱患者把头转向插管的上肢方向、下颏贴在肩部,以降低导管尖端误入颈内静脉的可能性。下肢静脉的定位,术侧下肢与肢体成 45°,穿刺点沿静脉走向至同侧腹股沟静脉处再至脐部。颈外静脉置入导管长度约为 20~30 cm。通过 X 线实时透视或 B 超引导可使导管头部更容易到达预定部位。

2 讨 论

2.1 健康教育 正确的健康教育能减少 PICC 置管并发症的发生,提高患者对护理工作的满意度,提高护理效果。

2.1.1 穿刺前的教育 健康教育能帮助人们形成正确的观念和行,促进身心健康,需要护士做好宣教工作,让更多患者认识、了解并接受 PICC。在获得医生的医嘱后向患者及家属深入浅出地讲解 PICC 置管术的目的、意义、操作程序、配合方法以及置管后的维护,特别是 PICC 置管后可能导致的并发症。以取得患者和家属的理解、信任和配合,并签署知情同意书。

2.1.2 PICC 操作后的健康教育 PICC 置管成功后,为使导管的留置时间延长,术后的健康教育至关重要。给患者发放书面资料,让患者和家属正确掌握置管后的相关知识和注意事项,对不识字的患者由护理人员完成指导。定期抽查患者能否复述术后教育内容,直至其完全了解和配合。主要包括:

(1)穿刺点出血的观察;(2)置管侧手臂的负重要求;(3)穿脱上衣的方法;(4)导管的保护;(5)各种症状的信息反馈;(6)带管沐浴方法等。也可将整个维护过程制作成 VCD,对带管回家的患者及家属,要求观看全程 VCD,以增加对整个维护过程的熟悉程度。同时护士应该对患者及其家属讲解每项操作的步骤,通过提问了解家属掌握的程度,对整个维护过程进行反复讲解和示范,在护士的指导下要求家属反复练习,直到达到要求为止。

2.2 PICC 的好处 PICC 置管为输液治疗提供了一条安全、简便的途径,减少反复穿刺给患者带来的痛苦。PICC 能有效减少化疗药物对血管的毒性作用,且不受年龄、性别、疾病种类的限制。PICC 在临床上有很大的应用前景,值得进一步推广使用,但 PICC 是一项侵入性操作,易给患者造成担忧、恐惧的心理,而且常伴有并发症的发生。解决 PICC 并发症关键在于防治。本组对 60 例 PICC 置管患者采用并发症的防护措施,成功率达到了 96.66%,同时开展全程健康教育,使患者感受到护理人员在实施操作时对患者的重视程度,感受到护理人员人性化服务的一面,提高患者对护理工作的满意度,提高临床护士对 PICC 置管患者的护理质量,加强了患者的信任。

参考文献

- [1] 郭丽娟,王立,任少林,等.预防 PICC 置管并发症的护理方法[J].实用护理杂志,2003,19(7):5-6.
- [2] 周雪贞,李利华,冯晓玲.儿科 104 例 PICC 置管并发症高危因素分析[J].中国实用护理杂志,2004,20(4):50-51.
- [3] 黄红健,彭南海,柏屏.经外周导人中心静脉的临床应用进展[J].中国实用护理杂志,2004,20(10):73-75.
- [4] 赵李克,江萍,宋小敏.颈内静脉置管阻塞的影响因素分析[J].实用护理杂志,2002,18(3):44.
- [5] 陈妙华,曾文,周玉华.改良的 PICC 无针输液系统在颅脑外科的应用[J].实用护理杂志,2002,18(4):47-48.
- [6] 邓前红.如何减少中心静脉留置针院内感染的调查分析[J].实用护理杂志,2003,19(9):68.
- [7] 黄晓华,吴美琴,冯君,等.PICC 的临床应用体会[J].实用护理杂志,2002,18(2):48.

(收稿日期:2010-07-02)

老年患者腮腺肿瘤切除后的护理

刘慧平,杨 键(第三军医大学大坪医院野战外科研究所颌面外科,重庆 400042)

【摘要】 目的 探讨老年腮腺肿瘤患者术后护理技术。**方法** 对 104 例老年腮腺肿瘤手术患者进行术后心理护理、专科护理、伤口疼痛护理、并发症的预见性护理和重点加强负压引流观察。**结果** 通过对腮腺肿瘤患者进行一系列的护理干预,保证了患者术后的平稳恢复,为手术提供了安全保障。**结论** 针对老年腮腺肿瘤患者设计有针对性的术后护理处置措施,可以稳定患者情绪,促进术后康复,是提高手术质量的重要辅助环节。

【关键词】 腮腺肿瘤; 术后护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.21.066

中图分类号:R739.8

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)21-2407-02

在口腔颌面部涎腺肿瘤中,腮腺肿瘤的发生率一直高居首位。有研究表明,随着人民物质生活水平的提高和医疗条件的

改善,人的平均寿命不断延长,而老年腮腺肿瘤患者的比例也呈上升趋势。本院 2007 年 4 月至 2009 年 3 月共收治腮腺肿