

患者擦浴、勤换内衣、勤翻身,鼓励早期下床活动,患者无褥疮的发生。

2 结 果

128 例患者通过有效治疗和精心护理,有效减少了术后并发症的发生,特别是营养管的留置和早期给予肠内营养,保证了患者充足的营养摄取,避免了长期肠外营养带来的并发症,使患者通过自身机体组织的修复而获得治愈,有效地防止了吻合口瘘的发生。减少了静脉补充液及大量氨基酸、人血蛋白和脂肪乳的输入,缩短了卧床输液时间,增加了患者下床活动时间,避免了长期卧床造成褥疮、深静脉血栓的发生概率,促进了患者的术后康复,同时也大大节省了治疗经费。

3 讨 论

食管癌术后吻合口瘘是最严重的并发症,病程长、病死率高。减低吻合口瘘的发生率,关键在于预防,在于早期发现吻合口瘘而采取有效的措施。由于患者术后过早拔除胃管及营

养管,增加吻合口瘘的可能性,而术后没有足够的肠内营养支持,吻合口生长必将受到影响。通过对患者的护理,早期发现吻合口瘘并及时予以胃管置入、营养管置入,及时充分的引流,足量抗生素控制感染。禁食期间,良好的营养支持及术后精心的护理,都可以不同程度提高吻合口瘘的治愈率。

参考文献

[1] 李小平,刘一胜. 复尔康营养管在食管贲门癌术后的早期应用[J]. 安徽医药,2009,13(8):957-959.
[2] 战玉芳,许孔云. 食管癌术后吻合口瘘护理[J]. 中华现代护理学杂志,2008,5(7):603.
[3] 车恒英,周明丽. 2.5%碳酸氢钠漱口降低粒细胞减少患者口腔真菌感染率[J]. 临床护理杂志,2007,3(6):32-33.

(收稿日期:2010-08-24)

中心静脉导管在肿瘤合并艾滋病患者中的应用及护理

唐月璐,覃 柳(广西壮族自治区龙潭医院内二科 广西柳州 545005)

【摘要】 目的 为肿瘤合并艾滋病患者的营养支持和化疗建立良好的静脉通道,避免高渗液及化疗药物外渗引起的静脉炎及组织坏死。**方法** 经患者贵要静脉、肘正中静脉,将中心静脉导管(PICC)置入上腔静锁骨下静脉行静脉输液。**结果** 16 例患者全部置管成功,输注各种药物后无 1 例出现药物外渗及严重导管并发症,保证了各种治疗顺利完成。**结论** PICC 置管术是解决肿瘤合并艾滋病患者穿刺困难,每日应用药物多、浓度高、刺激性大、或滴速慢、时间长的有效手段,具有很强的实用性,减少了职业暴露,提高了工作效率。同时显著提高患者的生活质量,值得临床推广应用。

【关键词】 PICC 置管; 肿瘤合并艾滋病; 护理
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.24.056

中图分类号:R472.9 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2010)24-2774-02

艾滋病即获得性免疫缺陷综合征(AIDS),是人类免疫缺陷病毒(HIV)引起的一种严重传染病。可破坏免疫系统,使人体对各种致病微生物的免疫力严重缺陷,造成各种机会性感染及恶性肿瘤^[1]。患者由于营养不良、反复住院等,而且患者往往需要化疗或长期使用高浓度、刺激性强、要求滴速快、或滴速慢时间长的药物(如二性霉素 B 500 mL 需用时间 6~8 h),加重了患者的心理负担及痛苦,同时也增加护士工作负担及职业暴露^[2]。2008 年 7 月至 2010 年 4 月本科根据病情及用药情况,对 16 例肿瘤合并艾滋病患者采用 PICC 静脉置管术,取得了很好的临床护理效果。现将护理体会报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者男 14 例,女 2 例,年龄 28~62 岁,平均 50.5 岁。根据病理学或细胞学检查确诊为恶性肿瘤。其中肺癌 8 例,乳腺癌 1 例、非霍奇金淋巴瘤 5 例、鼻咽癌 2 例。16 例患者常规筛查 HIV,经本院 HIV 确诊实验室酶联免疫检测确诊 HIV 阳性。

1.2 方法

1.2.1 材料 采用美国巴德公司(BARD)生产的全套中心静脉导管,常规选用 3Fr 导管,蓝色,总长度为 60 cm。

1.2.2 术前准备 (1)置管前应告诉患者及家属三向瓣膜式 PICC 置管的优点以及置管过程及留置时间。通过耐心细致的解释工作,消除患者紧张焦虑的情绪,积极配合治疗。由于导管价值相对昂贵,且在穿刺时可能出现感染、气胸等并发症,故

应在置管之前同患者签署知情同意书。(2)物品准备:PICC 穿刺包 1 套、肝素盐水 50 mL、无菌生理盐水 250 mL,无菌手套两副,“可来福”正压接头 1 个以及碘伏、乙醇。

1.2.3 操作方法 嘱患者平卧,给患者戴一次性帽子和口罩。首选贵要静脉,上臂扎止血带,充盈血管,选定一点作为穿刺点,松开止血带,将患者预穿刺手臂与身体成 90°,测量长度,戴无菌手套,0.9%氯化钠溶液冲洗手套,常规消毒皮肤,铺无菌巾,扎止血带,肝素氯化钠溶液冲管备用。右手持穿刺针,进针角度为 15°~30°,用右手拇指和食指分别握针尾及针柄,固定后进针,不宜过深,见回血后将穿刺针与血管平行,继续推进 2~3 mm,然后保持针芯位置向前推进插管鞘,松开止血带,右手退出针芯,左手指并拢压迫穿刺点上方,以减少血液流出,当导管推进困难时,可以冲一些 0.9%氯化钠溶液使导管末端漂浮起来,易于推进,当导管头部到达患者肩部时,嘱患者将头向穿刺侧转 90°并低头(用下颌贴近肩部)以避免导管误插入颈静脉,送到预定长度时,撤除外套管并撤出导丝,按所需长度裁去多余导管,安装减压套筒及连接器,再用 0.9%氯化钠溶液以脉冲式冲洗导管,然后接上可来福正压接头,用碘伏、乙醇消毒穿刺口周围后,用 3M 敷料覆盖针眼处,再以透气胶带固定圆盘处,以脉冲式推入生理盐水。X 线透视下观察 PICC 顶端位置。

1.3 护理方法

1.3.1 PICC 置管的护理 (1)PICC 置管后,为尽量延长导管

留置时间,减少置管并发症,精心的护理是非常重要的。应每日在肘上 4 横指处测量上臂周径,测量后如上臂周径超过置管前数值,则提示有可能出现静脉炎、渗液等并发症,随时观察穿刺点有无变红、渗液或水肿,触摸穿刺点周围有无硬结等。(2)预防感染:本组病例中 9 例均已出现机会性感染,病情较重,CD4 淋巴细胞在 $2\sim 80/\mu\text{L}$,机体抵抗力较低,而且艾滋病患者因处于不同的免疫缺陷,易并发各种各样细菌感染^[3],更换透明贴膜时,严格无菌技术操作,每日用碘伏、乙醇消毒穿刺点,范围大于覆盖膜,待挥发干燥后用碘伏棉球包绕导管皮肤入口,因为碘伏具有逐渐放碘的性能,可引起持续灭菌作用,同时掩盖导管皮肤入口,防止细菌沿导管窦道进入血管^[4],再用一次性无菌棉质网状 3L 胶贴覆盖于穿刺点及导管,因其有良好的透光性、无菌、不易造成覆盖部位皮肤分泌物无法挥发而导致感染。穿刺局部有红肿、渗血、渗液应增加换药次数、敷料潮湿或松脱应随时更换,必要时局部涂抗生素药膏或口服抗生素、生肌药膏或口服抗生素。(3)换药时,应将无菌透明膜由上向下撕揭,防止导管脱出。

1.3.2 “可来福”无针密闭输液接头 “可来福”接头的优点:不需使用针头,避免医务人员扎伤皮肤,减少乙型肝炎、艾滋病等疾病感染的危险。当输液器乳头与“可来福”接头分离时会产生正压,自动将液体继续向前推,这个独特的设计可防止血液流入留置针内,从而使套管针的堵塞率降低为零,避免医务人员反复穿刺,也减少了反复穿刺给患者带来的痛苦。“可来福”接头的矽质帽保证其内部成为一种密闭的无菌输液系统,从而降低了使用套管针的并发症。输液时几乎没有无效腔,确保药物剂量准确,也可避免昂贵药物的浪费。“可来福”接头操作简便,无需使用抗凝剂封管,对凝血机制差的患者尤为适宜^[5]。无针式“可来福”输液接头避免用针头反复穿刺肝素帽而发生针刺伤。减少护士在操作中的职业暴露的危险性。因此,该技术对肿瘤合并艾滋病患者的治疗具有重要意义。

1.3.3 常见并发症的预防与处理

1.3.3.1 导管异位和脱出 置管后最常见的异位是导管进入颈静脉。穿刺置管当导管头部到达肩部时,嘱患者头转向穿刺侧,下颌尽量贴近肩部,可避免导管进入颈静脉。本组有 1 例出现导管进入颈静脉,经 B 超指导下将导管撤出 6 cm 左右重新置入锁骨下静脉,胸腔内压力改变、穿刺侧肢体活动过度、导管固定不当等均可致导管脱出。因此,嘱患者避免剧烈活动和穿刺侧肢体负重,每次换药后妥善固定导管。

1.3.3.2 导管堵塞 导管堵塞发生率会随置管时间延长而增加,导管堵塞分为血栓性堵塞和非血栓性堵塞。(1)血栓性导管堵塞:往往与血液凝集,纤维蛋白包裹有关,PICC 导管置入较长,又长期漂浮在血管中,对正常血流产生影响,形成涡流形,从而形成微血栓,导管内腔被血液凝块或纤维蛋白堆积而致导管堵塞,因患者活动、咳嗽或便秘等使静脉压力增大,血回流回导管,使纤维蛋白成层状累积,造成导管堵塞。另外错误的护理操作如从 PICC 管静脉采血也可造成导管堵塞。(2)非血栓性导管堵塞:当滴入脂肪乳剂、血浆、清蛋白、甘露醇、盖诺、吉西他滨等高 pH 值、高刺激性的药物时,由于对硅胶管产生损害,使部分药液沉淀在管道内形成导管堵塞。

1.3.3.3 静脉炎 血栓性静脉炎发生与导管选择、导管尖端位置、导管局部固定、患者凝血状态及体质有关。而化疗药物本身有很强的刺激性,这可能是患者局部出现化学性静脉炎的主要

原因。机械性静脉炎与反复机械刺激有关,所以尽量选择贵要静脉穿刺,提高一次性穿刺成功率。

2 结 果

16 例置管患者中,1 次穿刺成功 15 例,2 次成功 1 例,2 例因病情恶化放弃治疗而拔管,1 例为患者不小心导管自动脱管,导管留置时间最长 186 d,最短 16 d,平均 90.5 d。治疗过程无一例出现药物外渗及严重导管并发症。

3 讨 论

保护血管是肿瘤化疗护理中非常重要的护理措施之一。普通留置针因位置表浅,易受患者肢体活动影响,加上化疗药物对患者血管刺激非常大,易导致血管发生静脉炎及渗漏性损伤,给患者带来肉体上的痛苦和经济上的损失,临床出现血管损伤及疼痛也较常见。如长春新碱采用手背及前臂静脉给药,局部疼痛及静脉炎发生率高达 60%~70%,反复多次静脉穿刺及化疗药物的毒性作用,可使静脉阻塞及毛细血管通透性增高,从而使药物外渗,造成局部血管及软组织损伤,甚至坏死,其临床发生率可达 48%,给再次穿刺带来困难。而 PICC 置管为化疗患者解决了这一难题。因 PICC 置管导管远端达上腔静脉,血管较粗,血流充分,化疗药物通过 PICC 导管注入血管后迅速被稀释,从而解除了药物对血管壁的刺激,避免了药物引起的外周浅静脉炎及渗漏性损伤,患者可在无任何痛苦的情况下顺利完成整个化疗疗程,极为有效地保护了患者的外周血管。自从采用了 PICC 置管术后,大大提高了护理工作的效率,节省了人力和时间,并且操作简单,不需要局部麻醉,不需缝针,首次穿刺疼痛患者能够耐受,并在置管期间治疗用药是无痛性,患者易于接受。不良反应少,而且保护了患者的静脉,保证了患者输液顺利。同时能减轻护理工作量,减少护士在操作中的职业暴露的危险性。与 CVC 插管需有经验的医师操作,穿刺中易发生气胸、导管栓塞等并发症相比,PICC 置管穿刺操作方法较简单,穿刺并发症少,可由护士操作。本文 16 例患者 1 次穿刺成功的 15 例,2 次穿刺成功的 1 例,且都由护士独立操作完成。因此 PICC 管有操作简单、安全性高、易推广等优点。携带 PICC 管的患者不影响其日常生活,可淋浴,保留时间长,极大地方便了患者。另外,肿瘤合并艾滋病患者由于常行周期性治疗,常需带管出院,因此,须向患者作好宣教工作,嘱其定期来院更换贴膜和冲管,以保证 PICC 管的畅通。PICC 提高了患者治疗的依从性,显著提高患者的生活质量。该技术对肿瘤合并艾滋病患者的治疗具有重要意义。

参考文献

- [1] 唐月璐. 4 例恶性肿瘤合并 HIV 感染患者化疗的护理[J]. 护理学杂志, 2008, 23(13): 70-71.
- [2] 黄秋兰. AIDS 锁骨下静脉置管术的护理[J]. 当代护士, 2008, (11): 21-22.
- [3] 王维真, 刘康迈, 危剑安. 艾滋病临床治疗与护理培训教材[M]. 北京: 北京大学出版社, 2003: 31-39.
- [4] 姚声桃, 易华, 陶艳珍. TPN 中心静脉导管并发感染的预防与护理[J]. 中华护理杂志, 1997, 29(7): 443.
- [5] 黄桂林, 王静. 可来福无针密闭输液接头在静脉留置输液中的应用[J]. 护理学杂志, 2004, 19(13): 53.