

- 2.4 连续输液每天更换输液器一次,若应用三通接头应注意无菌操作、封密,且每天需更换一次。
- 2.5 注意补液速度,因中心静脉补液速度较快,应绝对注意调节滴数,防止输液过快导致一过性液体过量,从而加重心肺的负担。
- 2.6 加强巡视,液体输完应及时加液,使用一次性密闭输液器,周围静脉在不加压的情况下,由于静脉压的作用,液体不会走完,但中心静脉和周围静脉不同,由于胸腔负压及血流速度较快,若不及时加液,不量空气就会进入右心房,从而导致空气栓塞。
- 2.7 保持管道通畅,防止管道堵塞,注意导管不要扭曲。
- 2.8 每次输液结束时应以肝素钠盐水正压封管,防止导管内血栓形成。用可来福帽封管抽肝素钠盐水 5ml,针筒顺时针扭转 90 度即可注入,注入后逆时针旋转 90 度退出。每次使用静脉治疗前亦应以肝素钠盐水冲管,肝素钠盐水用量 5ml,浓度为 100ml 生理盐水中含 12500u 肝素,这样能使导管保持通畅以便间歇用药。
- ### 3 体会
- 3.1 肿瘤患者由于需多次化疗或长期补液治疗,所用大部分抗癌药物如长春瑞宾、榄香烯乳注射液、丝裂霉素、阿霉素等对周围管刺激性大,易发生静脉炎,发生静脉炎后补液治疗无法再行周围静脉穿刺。锁骨下静脉穿刺置管创伤小,不仅可以避免静脉炎的发生,且该插管可保留数月,这样确保了静脉通路的畅通,为长期化疗及静脉营养支持提供了保障,在减低病人经济负担同时又减少了反复穿刺给病人带来的痛苦,还大大降低了护理人员因反复穿刺产生的无效工作量,提高了工作效率。
- 3.2 因为药物由上腔静脉直接进入心脏,缩短了在外周静脉中停留的时间,减少了对外周静脉血管的刺激,避免了静脉炎的发生。
- 3.3 应用可来福封管为正压封管,导管内压力大于血管内压力,使血液不易回流而在导管口形成血栓,可避免导管的堵塞,保证了输液的通畅。
- 3.4 锁骨下静脉穿刺插管,易于固定,病人无颈部活动不适,且晚期肿瘤危重病患者的监测、治疗和抢救中所监测的中心静脉压较颈内、外静脉准确、可靠,锁骨下静脉穿刺置管应用三通接头输液,可以多种药物同时应用,非常方便。

PICC 在肿瘤患者中的应用及护理

山东省立医院 (250021) 王信喆 李学芹

静脉化疗和静脉营养是治疗恶性肿瘤的重要手段。化疗往往历时 6 月~12 月之久,静脉营养治疗根据病人情况随时应用。目前化疗药物和高渗性静脉营养药物对穿刺静脉刺激性较大,临床上发生化学性静脉炎比较普遍。另外,目前临床常用的中心静脉置管术(锁骨下静脉置管)可带来一定的危险及严重的并发症。针对这种情况,我们自 2003 年 8 月~2004 年 4 月对 66 例肿瘤患者置入 PICC 导管进行化疗和静脉营养治疗,取得了良好的效果。

1 临床资料

本组 66 例患者中,男 48 例,女 18 例,年龄 26~83 岁,平均 56.3 岁。其中肺癌 28 例,胃癌 12 例,直肠癌 2 例,胰腺癌 4 例,肝癌 3 例,乳腺癌 6 例,鼻咽癌 2 例其他癌 9 例。穿刺血管为贵要静脉

35例,其中左侧13例,右侧22例;肘正中静脉24例,其中左侧9例,右侧15例;头静脉7例,其中左侧2例,右侧5例。

2 方法

2.1 术前宣教 穿刺前向患者及家属讲解置管的目的,操作方法,优点等,消除紧张心理,取得患者及家属的同意,并签定了协议书。

2.2 穿刺静脉的选择 首选肘部的贵要静脉(位于上臂内侧,对置入的导管有相对保护作用,且导管管径粗直,位置较深,静脉瓣少);次选肘正中静脉(位于肘正中,管径粗直,位置较深,穿刺最初几天病人活动易出血);末选头静脉(位于上臂外侧,对置入的导管的保护作用相对较差,前粗后细,有分支,静脉瓣相对较多,且高低不平)。血管的选择是保证穿刺成功的关键。

2.3 物品准备 PICC导管1套,百氏接头,皮尺1个,止血带,一次性纸垫1块,0.75%碘酊,棉签,胶布,无菌大方巾1块,无菌洞巾1块,无菌手套2付,无菌生理盐水,无菌纱布4块、无菌剪刀1把、肝素盐水(其中肝素含量为25~50u/ml)、20ml空针1付、9×15cm敷贴1张、弹力绷带。

2.4 测量置管长度 患者手臂外展90°,用皮尺从穿刺点起,沿静脉走向至右胸锁关节,再向下至胸骨右缘第三肋间,所测长度即为插管长度。

2.5 操作步骤 患者用肥皂水彻底清洁穿刺处皮肤后取仰卧位,穿刺侧肢体下置一次性纸垫,手臂外展90°,消毒穿刺部位,直径在10×10cm以上;戴无菌手套,铺无菌方巾、无菌洞巾,将所用物品放于无菌区内,无菌肝素盐水冲洗PICC导管,助手扎止血带,再次消毒皮肤待干;穿刺成功见回血后再向前推进少许,松开止血带,一手固定穿刺针,一手隔着外包装皮送管,导管置入15cm左右时,嘱患者头偏向穿刺,下颌贴近肩部,防止导管进入颈静脉,推进至所需长度后,将多余久露导管减掉,撤下外包装皮,安装连接器,接20ml空针用肝素盐水冲管,防止导管内血液凝固堵管。接百氏接头(属正压无针接头),再次消毒穿刺局部待干后,无菌敷贴固定导管,使用弹力绷带加压包扎6小时,以防穿刺局部出血。操作完毕拍片或透视,确定导管的位置。位置正常,去掉输液器上的头皮针,将输液器与百氏接头连接即可输入化疗药物、静脉营养药物或其他液体。置管期间,输液完毕用肝素盐水冲洗封管,每周更换无菌敷巾1~2次。不做治疗期间,每周更换无菌敷贴1次,肝素盐水冲管一次,以维持管道通畅。

3 结果

本组66例,穿刺成功63例,失败3例,其中2例均为乳腺癌患者,穿刺成功,置管失败,考虑为血管畸形所致;1例为选择静脉不当造成穿刺失败。成功率95.5%,用于化疗49例,静脉营养17例,留置时间11~90天,平均63.4天。66例中,2例对3M贴膜过敏,造成局部红肿,改用无菌纱布换药后红肿消失。2例导管堵塞,为肝素封管不规范所致,其中1例拔管,1例经尿激酶冲管后逐渐通畅。5例穿刺侧上臂水肿,考虑置管后因导管在血管内占据一定的空间造成的血液回流减慢所致,经抬高患肢,适当活动肢体后消失。1例固定不妥当,造成导管滑脱。66例经胸透检查证实导管末端均达到锁骨下静脉或上腔静脉。

4 护理

4.1 严格掌握适应症和禁忌症。适应症:手背及前臂静脉条件较差的病人;长期静脉输液者;输注刺激性药物,如:化疗药。输注高渗性或粘稠性液体,如:甘露醇、TPN、脂肪乳等。禁忌症:预插管途径有感染源、外伤史、外科手术史、放射治疗史、静脉血栓形成史;严重出血性疾病,如血小板减少症,或处于高凝状态者;上腔静脉压迫综合征;预插管静脉血管弹性差,显露不明显等。

4.2 由于此管价格较贵,应由穿刺经验丰富,技术操作能力强的护士执行。

4.3 妥善固定导管,可用S形固定,防止脱出。更换贴膜时应往肘部上方撕,避免拉出导管。本组

1例患者发生脱管。

4.4 防止PICC导管局部感染。穿刺前彻底清洁局部皮肤,严格无菌操作。术后第一个24小时更换一次贴膜,以后每周更换一次,穿刺局部出现渗血、潮湿、脱落等任何污染时随时更换。百氏接头每周更换一次。本组66例患者中有2例感染,发生率为3%,此感染发生的原因是对3M贴膜过敏所致,与PICC导管无直接关系。

4.5 规范封管 每次输液完毕需用毫升盐水含50~100U肝素盐水10~20ml封管,治疗间歇期不用输液者每周封管一次。

4.6 预防静脉炎及血栓性静脉炎 尽量选择细导管,粗直的血管,避免PICC导管对血管内膜的机械性刺激和损伤血管内膜引起无菌性静脉炎。本组患者无静脉炎发生。

4.7 堵管的预防及处理 安排好液体的输入顺序,先输大分子粘稠的液体,后输晶体。术肢禁做剧烈运动,防止血液返流堵管。本组患者2例发生堵管,经生理盐水20ml+尿激酶 10×10^4 U,缓慢静推并保留20分钟。其中1例导管未通拔管,1例导管逐渐通畅继续使用。

4.8 导管的拔除 导管拔除时应从穿刺点部位缓慢拔出,立即压迫止血,用敷料固定,每24~48小时换药直至创口愈合。

PICC导管是在可见或可触膜的血管上穿刺,与根据解剖位置进行的深静脉穿刺相比,穿刺成功率高,并发症少,安全系数大,不仅减轻了病人反复穿刺的痛苦,而且提高了癌症患者的生存质量。

放射治疗晚期上颌窦癌患者的护理

山西省肿瘤医院 (030013) 成静 杨晓艳

上颌窦恶性肿瘤,是一种常见病多发病。由于上颌窦的解剖结构复杂,生长在窦腔内的初期癌瘤较为隐蔽,不易早期发现,常常延误诊断,就诊时已多属晚期。对晚期上颌窦癌不能手术或拒绝手术、术后复发的病人多采用以放射治疗为主,配合热疗及化疗。放射治疗肿瘤不仅能杀灭肿瘤的细胞亦能损伤被照射的正常组织,随着放射剂量的不断累积,会逐渐出现全身和局部的放射反应,晚期上颌窦癌的放射反应虽然大多数病人都能耐受,但也要做好护理预防措施。一旦出现放疗反应要及时对下处理,保证在一定时间内完成照射次数和剂量,避免不该出现的中断治疗,因此,做好护理工作是取得疗效满意的重要保证。

1 护理

1.1 心理护理 耐心做好解释工作。“恐癌症”是病人普遍存在的严重心理压力,我们的责任是如何针对病人的性格、情绪、精神状态和环境等因素逐渐消除病人的精神障碍。将治疗方法、步骤告诉病人,消除病人对治疗的神秘感、恐惧感,解答病人提出的有关问题,消除病人顾虑,鼓励和增强病人战胜疾病的信心,使之主动的配合治疗。

1.2 人性化护理 晚期上颌窦癌患者往往有瘤组织坏死合并感染,发出特殊异味,在与病人接触过程中,不能表现出丝毫反感,更不能有厌恶情绪,要让病人感到其尊严所在,取得病人信任。护士的一举一动对病人特别重要,因为病人把一切希望都寄找在医护人员身上,因此,在护理过程中应既有利于调动病人积极性又不损伤病人愿望为原则。

1.3 清洁护理