

[文章编号] 1000-2200(2005)02-0177-02

·临床护理·

PICC 置管在急性白血病患者中的应用

贺雪梅

[关键词] 白血病, 急性; 中心静脉置管; 护理

[中国图书资料分类法分类号] R 733.71 [文献标识码] B

经外周静脉置入中心静脉导管(peripherally inserted central catheter, PICC)适用于 5 天以上的中、长期静脉治疗和静脉输入高渗性药物,尤其对于血液病患者,既避免了化疗药物对外周静脉血管网的损伤,又为患者及时的静脉治疗和取血提供了保证。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2004 年 1~3 月,住我科的 15 例血液病患者行 PICC 置管,其中男 7 例,女 8 例;年龄 7~48 岁。其中淋巴瘤 2 例,急性淋巴细胞白血病 3 例,急性非淋巴细胞白血病 10 例。

1.2 方法 采用美国巴德公司 4F PICC 穿刺套件。(1)选择静脉:确定穿刺点,首选贵要静脉,其次为肘正中静脉、头静脉,穿刺范围在肘关节下两横指内。(2)测量长度:患者预穿刺手臂与身体成 90°,测量自穿刺点至右胸锁关节,然后向下至第三肋间。(3)建立无菌区:打开无菌物品,戴无菌手套,在患者手臂下铺无菌巾。打开 PICC 套件中一个连接器。三支注射器均抽满生理盐水。(4)预冲导管:使用注射器预冲导管、连接器和肝素帽。将导管浸于生理盐水中。并连接穿刺针排气。(5)消毒皮肤:范围是穿刺点上下各 10 cm,两侧到臂缘。(6)穿刺点上方扎止血带。(7)更换无菌手套,并用生理盐水冲掉手套上的滑石粉。(8)铺孔巾,暴露穿刺部位。在穿刺点处用 0.1~0.2 ml 利多卡因行局麻。(9)静脉穿刺:以一手固定皮肤,另一手持针穿刺,见回血后将穿刺针与血管平行,继续推进 1~2 mm,向前推进插管鞘。(10)松止血带,以一手食指固定插管鞘,中指和无名指压住插管鞘末端的血管,防止出血,然后从管鞘中撤出穿刺针。(11)将导管自插管鞘内缓慢匀速推进,至所需长度撤出管鞘(当导管头部到达患者肩部时,嘱其将头部向穿刺侧转 90°并用下颌贴近肩部,以避免导管误插至颈静脉)。(12)缓慢撤出导丝,注意保持导管位置。(13)保留体外 5 cm 导管,用无菌剪刀剪去多余部分。(14)先将减压套筒套到导管上,再将导管连接到连接器的金属柄上,锁定减压套筒和连接翼。(15)用注射器抽吸至有回血,然后用 20 ml 生理盐水以脉冲方式冲管。正压封管,最后连接肝素帽。(16)将体外导管打一“S”弯,在穿刺点处垫 2 cm×2 cm 纱布,并用透明贴膜固定(透明贴膜应完全覆盖纱布,导管至连接器翼形部分的三分之二),然后用脱敏胶布以蝶形交叉固定。(17)摄胸片确定导管位置。

2 结果

本组 15 例均置管成功,1 例因肘部血管较细,管壁脆性大,两次穿刺均刺破血管,形成局部血肿,未送入导管,第三

次更换另侧手臂穿刺成功。1 例导管送入 6~8 cm 后,再送困难,但推注生理盐水无阻力,考虑为血管内膜纤维化导致血管部分闭塞所致送管困难,后另择血管穿刺成功。1 例因患者疾病本身所至凝血功能障碍导致穿刺后出血较多,使用凝血酶 5 000 u 直接涂抹于穿刺点,加压固定后配合局部冰敷,第 2 日换药时穿刺处无渗血。15 例穿刺后均使用紫外线治疗仪照射穿刺局部,每天 2 次。1 例穿刺点上方沿血管走向约 2~3 cm 发红,予新癬片粉外敷,3 天后症状消失,5 例患者术后穿刺侧手臂为轻度水肿,指导患者行握拳—松拳锻炼,1~2 天后症状消失。本组 15 例均行胸片检查,导管末端均位于中心静脉。

3 讨论

3.1 PICC 置管术的特点 PICC 置管术并发症少,穿刺成功率高,操作损伤小,安全性高,在直观下进行操作易于掌握和成功。是授权护士独立操作的一项静脉插管技术。但在操作时需建立无菌区域,严格遵守无菌技术操作原则^[1],严防感染。值得注意的是在送管的过程中,因有导丝的支撑,导管的弹性很大,如不很好的保护,容易弹出无菌区,致使导管污染。PICC 置管保护了患者的上肢血管网,尤其对于长期化疗的患者,化疗药物对于血管的损伤和给患者造成的疼痛以及因此而导致患者产生的恐惧心理是单纯提高护士静脉穿刺技术无法避免的^[2]。PICC 导管末端开口于中心静脉,化疗药物进入体内后可被血液迅速稀释,避免了对血管造成的损伤和疼痛,还避免了因化疗药物外渗引起的局部组织损伤及坏死。PICC 导管在体内可留置一年,带有 3 向瓣膜的 PICC 管无需使用肝素封管,治疗间歇期只需每 7 天维护一次,大大降低了护士的工作量。

3.2 局部麻醉 在穿刺点处行局麻可减轻患者的痛感和紧张情绪,使患者能更好的配合手术。同时,也减少了因情绪紧张而致静脉血管痉挛所造成的送管困难。

3.3 无菌操作 PICC 导管留置时间的长短与后期维护密切相关,应由经过专项培训的护士进行操作。每次换药均需戴无菌手套,操作时应严格遵守无菌技术。特别是白细胞 $1 \times 10^9/L$ 的患者,需认真检查穿刺点有无红肿、疼痛、分泌物,必要时可做穿刺点的细菌培养,如有局部炎症,应及时处理,防止播散。同时换药时要注意导管的长度与留置的长度是否相同,如导管滑入体内过长,可能进入右心房,引起心悸、胸闷^[3],可行 X 线摄片,确定导管滑入长度,并在消毒后,将导管缓慢拔出至原来的刻度后重新固定。如导管滑出体外,严禁再送入体内,以防引起感染,若确定导管末端仍在深静脉,可以在无菌操作下减去多余部分,更换减压套筒、连接器和肝素帽,并妥善固定^[4]。

3.4 注意事项 血液病患者在行 PICC 置管时需参考患者的凝血功能,如有严重凝血功能障碍或血小板 $< 20 \times 10^9/L$,有自发性出血倾向的患者要慎重考虑。

[收稿日期] 2004-07-09

[作者单位] 安徽省立医院 血液科,安徽 合肥 230001

[作者简介] 贺雪梅(1977—),女,安徽蚌埠人,护士。

[参 考 文 献]

- [1] 胡翠环, 孙玉梅, 刘洋. 对 30 例外周置入中心静脉导管病人的调查与分析[J]. 中华护理杂志, 2002, 37(8): 579~581.
- [2] 李红霞, 张萱, 耿建萍, 等. 外周导入中心静脉置管的临床应

- 用[J]. 现代护理, 2001, 7(8): 8~9.
- [3] 万荣英. 置 PICC 患者的健康教育[J]. 中华现代临床医学杂志, 2003, 1(4): 371~372.
- [4] 许璧瑜, 成守珍, 揭素铭. PICC 并发症原因分析及对策[J]. 现代护理, 2003, 9(5): 361~362.

[文章编号] 1000-2200(2005)02-0178-01

° 临床护理 °

止血带结扎患肢治疗深静脉血栓的护理体会

彭介梅

[关键词] 止血带; 深静脉血栓; 护理

[中国图书资料分类法分类号] R 619.1; R 543.6 [文献标识码] B

随着生活水平的提高、居住环境的改变及心脑血管疾病的长期危害, 老年人患下肢深静脉血栓形成的患病率有上升趋势。2002 年 3 月~2004 年 5 月, 我科收住 54 例下肢深静脉血栓形成的患者, 经下肢深静脉造影、彩超等辅助检查确诊为下肢深静脉血栓形成, 经抗凝、溶栓、祛聚治疗, 效果满意, 现将护理体会作一介绍。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 44 例, 女 10 例; 年龄 55~85 岁。均为下肢深静脉血栓形成患者。其中左下肢 53 例, 右下肢 1 例。2002 年 3 月~2003 年 2 月, 12 例采用全身浅静脉溶栓治疗, 住院日为 11~21 天。2003 年 3 月~2004 年 5 月, 42 例患者采用止血带结扎患肢, 溶栓药物(尿激酶)从患肢表浅静脉穿刺, 成功后从浅静脉—交通支—深静脉输入^[1], 住院日为 5~14 天。

1.2 结果 通过阻断患肢表浅静脉溶栓治疗和恰当的护理及患者积极配合, 40 例患肢肿胀一般 5~7 天消退, 疼痛明显减轻, 2 例 10 天肿胀消退, 平均住院日缩短 5 天, 溶栓达到预期效果。

2 护理

2.1 心理护理 本组病例多为老年人, 存在焦虑与恐惧心理, 担心疾病的预后情况。护理过程中应以和蔼的态度关心体贴患者, 给以正确引导和安慰, 详细给患者讲解有关疾病的知识及治疗方法, 治疗中可能出现的副作用及需要配合的事项, 说明心理精神因素对疾病的影响等。介绍与治疗恢复期的患者交谈, 以解除其思想顾虑和焦虑恐惧心理, 积极配合治疗。

2.2 患肢护理 抬高患肢 $>30^\circ$, 促进下肢回流, 减轻下肢肿胀。如果患肢抬高时悬空或位置不当, 可造成肢体疼痛, 应绝对卧床 1~2 周。

2.3 用药护理 采用尿激酶 30 万 u~60 万 u 加入 5% 葡萄糖溶液 250 ml 中, 用 5.5 号针头由患肢从浅静脉穿刺, 在输入的同时用止血带阻断浅静脉, 让药物从下肢深静脉输入, 从而达到溶解血栓的作用。如果下肢肿胀比较严重, 可在输液过程中 1~2 h 松开止血带 1 次约 2 min, 以缓解下肢胀痛。调节输液滴数 30 滴/分。同时给予低分子右旋糖酐 500 ml 加入丹参注射液从其它肢体浅静脉输入, 住院期间同时口服

肠溶阿司匹林等药物, 皮下注射低分子量肝素 2 500 u, 2 次/天, 出血是尿激酶的主要副作用, 因此, 在用药过程中密切观察皮肤黏膜、牙龈及穿刺点有无出血倾向, 每日监测出凝血时间。本组 2 例患者有牙龈出血倾向, 经对症治疗后, 痊愈出院。

2.4 并发症的观察 肺栓塞是深静脉血栓形成的主要并发症之一, 临床表现为呼吸困难、胸闷、紫绀等缺氧症状, 部分患者有胸闷、咯血、发热等症状。在溶栓过程中要严密观察患者生命体征变化, 每小时监测血压、脉搏、呼吸, 并记录。发现异常立即报告医师, 并做好抢救准备。要绝对卧床休息, 防止挤压患肢, 保持大便通畅, 避免活动用力, 以免增加下肢静脉压力。一般 10 天后可活动患肢, 恢复期逐渐增加运动量, 先在床上活动患肢, 渐渐下地扶床锻炼, 由易到难, 由被动到主动, 避免早期活动, 防止血栓脱落造成肺栓塞。本组有 1 例患者出现呼吸困难、胸闷, 经积极抢救, 转危为安。

3 讨论

深静脉血栓形成可见于任何年龄, 但统计显示, 随着年龄增长, 发病率逐渐增高, 80 岁人群发病率是 30 岁的 30 余倍^[2]。栓子脱落可导致肺栓塞而危及生命, 据文献报道, 我国肺栓塞患者中有 90%~95% 来源于下肢静脉血栓^[3]。因此, 治疗下肢深静脉血栓形成是预防肺栓塞的有效方法, 做好心理护理, 取得患者及家属的配合是关键的一步, 同时做好患肢护理及用药过程中的护理, 在溶栓过程中严密观察生命体征变化, 严格床头交接班, 通过精心的护理, 本组患者均康复出院。静脉之间有丰富的吻合, 浅静脉之间, 深静脉之间, 以及浅、深静脉之间都有吻合支相连通, 并在某些部位形成静脉网或静脉丛, 皮下静脉的数量较多, 但最后注入深静脉^[4]。因此用止血带阻断患肢表浅静脉, 溶栓药物通过交通支—深静脉溶解血栓治疗效果较好。而且操作简单, 易学易懂, 所用材料价格便宜。同时提醒高血压、高血脂的老年患者, 可长期口服肠溶阿司匹林等药物, 改善血液黏稠度。经常运动, 保持身体健康, 提高生活质量, 延长寿命。

[参 考 文 献]

- [1] 段志泉, 张强. 实用血管外科学[M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1999: 552~553.
- [2] 王玉琦, 叶建荣. 血管外科治疗学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2003: 216~220.
- [3] 寇镭, 吴庆华, 邓洪儒, 等. 永久性下腔静脉滤器置入术预防肺栓塞 71 例经验[J]. 中华普通外科杂志, 2004, 19(5): 263~265.
- [4] 柏树令. 系统解剖学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 249~250.

[收稿日期] 2004-06-10

[作者单位] 安徽省蚌埠市第三人民医院 胸外科, 233000

[作者简介] 彭介梅(1975—), 女, 安徽蚌埠人, 护师。