

经外周静脉置入中心静脉导管 (PICC) 在神经外科中应用的护理体会

李 军 李丽华 杜春秀

南充市中心医院神经外科 A 区

〔摘要〕探讨神经外科患者行经外周静脉置入中心静脉导管的护理,以增加患者舒适度,减少并发症的发生。统计本科室收治的神经外科患者均给予经外周静脉置入中心静脉导管,均一次性置管成功,1例患者出现穿刺部位少许渗血,1例患者发生过敏性皮炎,及时正确的对2例并发症进行干预处理,最终均未对患者身体造成明显的伤害;其余的32例置管患者,无并发症发生,总结护理方法和经验。结论:神经外科患者病情危重,治疗时间较长,高渗透压的药物与血管活性药物为常用药物,为患者留置经外周静脉中心静脉导管并给予精心的护理,能减少患者的痛苦,减轻护士的工作量,减少输液相关并发症的发生,提高患者的生存质量。

〔关键词〕神经外科;护理;并发症

〔中图分类号〕R473.6 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165(2019)10-123-02

经外周静脉置入中心静脉导管(PICC)是经贵要静脉、肘正中静脉、头静脉或股静脉将导管末端送至上腔静脉或者下腔静脉的穿刺方法。经外周置入中心静脉导管能为患者提供稳定的输液通道,对于神经外科的患者,能通过此通道给予高渗透压液体、静脉高营养液体及血管活性药物。经外周置入中心静脉导管(PICC)能为神经外科的患者提供一条既安全又可靠的输液通道。它不仅操作简单、穿刺成功率高、保留时间长、并发症少等诸多优点,越来越广泛地应用于临床治疗^[1]。为减少经外周置入中心静脉导管的并发症,给予妥善的固定、优质的护理,使之能成为患者安全有效的静脉治疗通道。现将34例本科室患者行经外周置入中心静脉导管的护理总结分析,并报告如下:

1 资料与方法

统计2018年03月至2019年02月,本科室收治接受经外周静脉置入中心静脉导管的34例患者,其中,男性19例,女性15例,置管年龄为28岁至85岁,置管时间最短为20天,最长为1年,经肱静脉置入1例,经贵要静脉置入33例,总结护理方法和经验。

2 护理

2.1 置管前的护理

2.1.1 合理选择输液工具,熟练掌握神经外科患者行经外周静脉置入中心静脉导管的适应症与禁忌症。

2.1.2 置管前充分评估患者,包括病人病情,年龄,既往病史,置管史,穿刺肢体及部位的情况,凝血功能,血糖值,体温、实验室检查结果、治疗方案及用药情况等。

2.1.3 心理护理:置管前向患者及家属充分的讲解神经外科患者行经外周静脉置入中心静脉导管的目的、必要性及相关的健康知识宣教和注意事项,以减少患者及家属的紧张情绪,以取得患者及家属的理解配合,并签订好知情同意书。

2.1.4 置管前对置管室进行严格的空气消毒,按要求备齐用物,清洁穿刺处的皮肤并备皮。

2.2 置管时严格的无菌技术操作,应用B超及EKG定位技术,术后及时行DR胸片检查,以确定导管尖端位置。

2.3 置管后的护理

2.3.1 使用思乐扣及透明敷贴“U型”妥善的固定导管。若穿刺点有少许渗血,可在穿刺点加压一无菌棉球后再用无菌透明敷贴固定,并使用弹力绷带围绕穿刺处缠绕一周,松紧适宜。

2.3.2 若患者为超敏体质,对普通透明敷贴及胶布过敏者,可使用新型功能敷料—水胶体敷贴覆盖穿刺处,并使用纱布进行包扎固定。

2.3.3 置管后注明置管日期、维护时间及置管长度。必须使用规格10ml及以上的注射器冲管。输血、血制品、脂肪乳、TPN、代血浆等后或连续输液12小时以上、抽回血、采血、输液结束时,用20ml生理盐水脉冲式冲管。输液完毕,使用0-10u/ml的肝素盐水进行正压封管。

2.3.4 透明敷贴应在导管置入后第一个24小时更换,以后每周更换2次或在发现敷贴被污染(或可疑污染)、潮湿、脱落或卷边时更换。更换敷贴必须严格无菌技术操作。

2.3.5 置管后应充分的相关健康知识宣教及注意事项告知,意识障碍、烦躁的患者除妥善固定导管外,还应该征得家属同意后,遵医嘱使用约束带。置管侧肢体应适当的活动,如握拳、按摩等,以增加血液流动速度。适当增加饮水量,可有效的降低血液粘稠度,以降低血栓发生的风险。

2.4 常见并发症的预防及处理

2.4.1 导管堵塞:如出现导管堵塞,需要在6小时内进行溶栓,因溶栓药物敏感性较大,复通机会较大。通过导管内,注射1:5000U的尿激酶,留置3-4小时后,稍用力回抽,之后连续三天反复此操作,见回血后抽3-5ml后将其弃掉,再实施脉冲冲管,行正压封管^[2]。

2.4.2 导管相关性血流感染:置管前和进行任何与导管相关的操作前要进行手卫生,选择最佳的穿刺点,穿刺前严格消毒,洗必泰是首选的皮肤消毒剂。连接导管接头之前充分消毒,在进行静脉治疗和护理过程中严格无菌技术操作,按照推荐的时间间隔更换输液装置和附加装置,尽量少使用附加装置。

2.4.3 过敏性皮炎:过敏性皮炎治疗基本原则应包括避免刺激、维持皮肤湿润、小量应用皮质激素、一定程度抗感染,考虑皮炎可反复发作,患者可能出现搔抓,加重皮炎症状,

还应积极止痒、镇痛^[3]。过敏性皮炎局部使用派瑞松和闭合性水胶体敷料,不仅具有抗炎症、止痒、抗过敏、灭菌等多种功效,还可形成低氧张力,刺激巨噬细胞、白介素等的释放,加速微循环。

2.4.4 机械性静脉炎护理:为了避免经外周置入中心静脉导管(PICC)置管机械性静脉炎的出现,护理人员进行置管的时候需要首选贵要静脉进行穿刺,并且选择弹性较好、管壁较为粗大且不存在循环异常的血管。护理人员进行穿刺的时候需要严格进行无菌操作,确保置管穿刺动作的轻柔,尽量一次性穿刺成功。如果患者出现血管痉挛情况,护理人员需要暂停操作,症状好转后进行穿刺。护理人员需要根据患者血管粗细选择型号合适的导管,尽量选择细小且质地较软的导管^[4]。

3 结果

34 例患者在 B 超引导下均一次性置管成功,1 例患者出现穿刺部位少许渗血,1 例患者发生过敏性皮炎,及时积极的对 2 例并发症进行干预处理,最终均未对患者身体造成明显的伤害;其余的 32 例置管患者,无并发症发生。

4 小结

随着科学的发展,B 超及 EKG 定位等技术应用于经外周静脉置入中心静脉导管(PICC),使置管更安全、简便、快捷,为患者及护士带来了福音。对于病情危重、治疗时间较长、需输入高渗透压液体、静脉高营养液体及血管活性药物的神经外科患者,经外周静脉置入中心静脉导管的合理应用、妥善的固定及精心的护理,能减少反复穿刺给患者造成的痛苦,提高护士的工作效率,减少输液相关并发症的发生,缩短住院时间,提高患者的生存质量。

[参考文献]

- [1] 张彩花,刘荣.携带 PICC 置管患者的护理体会[J].中国医药导报,2009,6(25):162-163.
- [2] 马艳红,张宁,张洋.研究肿瘤化疗患者 PICC 置管的并发症及护理体会[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(50):339.
- [3] 陈曦,胡蓓派瑞松治疗外周静脉置入中心静脉导管过敏性皮炎的效果观察[J].现代临床护理,2011,10(1):22-23.
- [4] 祝娟,胡君娥.PICC 致机械性静脉炎的影响因素及其预防[J].长江大学学报(自科版),2016,13(06):82-84.

(上接第 121 页)

血液出现高凝状态,从而引起脑血栓。

本研究从手术时间、体重、身高、疾病类 71-90 岁人工髋关节置换术患者来说,可能会导致患者引起脑梗死的原因有年龄与疾病类型;通过多因素 Logistic 回归分析得出,疾病类型、71-90 岁的患者形成脑梗死的占比较高,这说明股骨颈骨折类型患者与高龄人群可能会引起脑梗死。而对于实施人工髋关节置换术的患者一旦形成脑梗死,很可能会使患者出现意识与活动障碍,严重者会危及患者生命。

所以对于实施人工髋关节置换术患者来说,应提升对形成脑梗死因素的认识,了解可能会形成脑梗死的危险性因素,并给予患者针对性的护理干预。针对高龄实施人工髋关节置换术患者,手术之前应对其进行抗凝治疗,在围术期可适当的使用利伐沙班、低分子肝素,对避免脑梗死与下肢深静脉血栓的形成具有重要意义;针对已经出现脑梗死的患者,应对患者的意识形态、生命体征情况进行密切观察,将基础护理工作做好避免尿路感染、吸入性肺炎、尿失禁等病症的发

生;针对存在肢体活动障碍的患者,应由专人看护,避免患者出现跌倒或坠床的情况;患者引起脑梗死后可能会出现生活不能自理、肢体偏瘫等情况,护理人员应多给予患者理解、关心、尊重,为患者讲解康复知识,让患者可更好的配合医护人员相关工作;健康指导,为患者及家属讲解术后引起脑梗死的原因、危害、治疗方法,告知患者术后应劳逸结合,长期坚持做好康复训练。

综上所述,人工髋关节置换术后可能由于患有股骨颈骨折等疾病、年龄高等因素的影响继发脑梗死。

[参考文献]

- [1] 王芊,郑春艳,杨玉金,张欢欢,朱梦春,王苏敏,刘素云,陈敏.髋关节置换术病人出院准备度现状及其影响因素分析[J].全科护理,2019,17(26):3213-3216.
- [2] 曾奕娜.心理护理对围术期人工髋关节置换术患者情绪状态及并发症的影响[J].智慧健康,2019,5(25):174-176.
- [3] 王嘉鹏,林霞,徐德鑫,刘平.人工髋关节置换术后继发脑梗死的回顾与防治分析[J].中国实用医药,2017,12(18):73-74.

(上接第 122 页)

见表 1,在术后并发症发生率上,观察组 6.39%,对照组 23.40%,对比有统计学意义($p < 0.05$);

2.2 各组患者 VAS 与 VDS 疼痛评分情况

见表 2,在 VAS 与 VDS 评分上,观察组各项评分显著低于对照组,对比有统计学意义($p < 0.05$)。

表 2: 各组患者 VAS 与 VDS 疼痛评分情况 ($\bar{x} \pm s$, 分)

| 分组 | VAS | VDS |
|-----|-------------|-------------|
| 观察组 | 2.08 ± 0.29 | 1.34 ± 0.17 |
| 对照组 | 3.24 ± 0.72 | 3.27 ± 1.38 |

注:两组对比, $p < 0.05$

3 讨论

肝癌介入治疗可以对中晚期肝癌患者产生一定治疗效果,控制疾病发展。该治疗方式可以促使肝癌病灶组织坏死,优化生存时间。但是在治疗中也容易引发肝功能受损以及多种

并发症,癌症疾病本身也会有突出的疼痛感,因此要做好护理工作来优化患者的治疗感受。要多于患者沟通,了解患者身心感受与认知状况,而后针对性的护理干预来提升护理的有效性,避免方法不匹配导致的患者不良问题。

综上所述,肝癌介入治疗疼痛中运用护理干预可以有效的减少术后并发症,降低疼痛感,整体治疗舒适度更高。

[参考文献]

- [1] 王丽花.护理干预在肝癌介入治疗疼痛中的应用[J].饮食保健,2019,6(12):201.
- [2] 赵立波.肝癌介入治疗疼痛的护理干预及护理效果评估[J].保健文汇,2018,(9):239.
- [3] 余蕖.护理干预对肝癌介入治疗患者疼痛和胃肠道反应的影响观察[J].母婴世界,2019,(8):240.
- [4] 宋娟.针对性护理干预对肝癌介入治疗患者疼痛和胃肠道反应的影响分析[J].母婴世界,2019,(7):215.