

经锁骨下深静脉置管维护的体会

福建省福州市第一医院肿瘤科 (福州 350009) 蔡文晶 陆家华 林玲琴

经锁骨下深静脉穿刺置管术在临床广泛应用于静脉高营养输注、肿瘤化疗及危重病人抢救,提高了护理效率,实现了及时、准确、持续静脉给药,同时还可避免病人因反复穿刺及化疗药物对外周静脉血管的刺激带来的痛苦。但颈部属于高温、高湿状态,利于细菌生长,当温度升高和湿度增加时细菌更宜繁殖,容易造成导管相关感染机会较大,因此做好导管维护避免导管相关感染显得尤为重要。我科自 2007 年 10 月~2010 年 1 月应用皮肤长效抗菌材料配合施行经锁骨下深静脉置管的维护,适当延长深静脉置管使用时限,现将维护的体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:本组 185 例住院病人,由于化疗需要或大手术施行经锁骨下深静脉置管术。将其分为两组,治疗组 92 例,对照组 93 例,两组所用的深静脉管路同一标准。置管使用时限均为 8 周。

1.2 方法:治疗组常规行穿刺点消毒的情况下用长效抗菌敷料在距离穿刺点 15 cm 处均匀喷洒,按压一次计量为 0.1 ml 左右,喷涂 2~3 下待局部干燥后贴上无菌敷料,每周换药 2 次。对照组应用常规消毒剂 2% 碘酊消毒,待干后用 75% 酒精消毒,局部完全干燥后贴上无菌敷料,每周换药 2 次。

1.2.1 敷料使用:常用敷料为透明或可吸渗的无纺布敷贴。夏季或局部有渗出时使用吸渗敷料。其他季节建议使用透气无菌牢固易于观察的透明敷料。撕除敷料时应顺着穿刺方向(向心)避免导管移位滑脱。渗血、渗液严重或大量出汗时,需每 48 小时更换。敷料有完整性受损情况或被揭开,需随时更换。所有导管在透明敷料的标签纸上标注导管穿刺、更换敷料时间。

1.2.2 冲管及封管:适当的冲管和封管技术能保证导管内正压和导管的完整性。小于 10 ml 的注射器可产生较大的压力,遇导管阻塞可导致导管破裂。封管液浓度:50 U/ml 的稀释肝素液。封管方式:生理盐水-药物注射-生理盐水-肝素溶液。封管液量:应两倍于导管+辅助延长管的容积。通常成人 1~2 ml,小儿 0.5~1 ml。封管方法:使用正压技术,防止血液回流入导管尖端,在注射器内剩最后 0.5 ml 的封管液时,采取边推药边退针的方法,拔出注射针头。封管后夹闭延长管保证管内正压。

1.2.3 注意事项:输液前应确定导管位于血管内再输入药液,如遇阻力不应强行冲管,以防导管损坏和血栓意外。为防止导管阻塞,在输入血制品、高渗溶液或静脉推药后用肝素稀释液或生理盐水脉冲式冲洗导管。每次输液前后,以及每次输血、滴注胃肠外高营养药物后必须立即冲管,特别提示应注意药物的配伍禁忌,防止导管阻塞。

1.2.4 肝素帽消毒及更换:每次输液前应消毒肝素帽或导管接口处。肝素帽的消毒应使用一次性单包装的酒精棉球,用酒精棉球包裹肝素帽旋转消毒,持续时间为 10 s。若肝素帽内有回血应立即更换肝素帽,肝素帽怀疑有裂纹损坏时应立即更换。

2 结果

2.1 效果判断标准有效:穿刺点无红肿热痛,无渗液脓点及感染,管道通畅。无效:穿刺点创面红,皮肤温度高可有脓点,发生感染和堵管。

2.2 疗效:治疗组中 91 例无堵管,穿刺点局部皮肤干燥、无炎症反应、无血行感染发生堵管 1 例。对照组 93 例均无堵管,7 例穿刺点局部皮肤较红有脓点,无体温升高。此 7 例者改为隔日换药,并加用皮肤长效抗菌材料局部喷洒,局部皮肤恢复正常最短为 6 d,最长为 10 d。两组比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

两组病人穿刺点皮肤的观察:治疗组无堵管 91 例,穿刺点皮肤均正常;对照组穿刺点皮肤正常 86 例,有脓点 7 例;两组比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组加用皮肤长效抗菌材料局部喷涂,因此穿刺点局部皮肤情况优于对照组。

3 体会

深静脉置管给病人的治疗带来极大的方便,应该专管专用,避免用该导管采血,只要正确使用肝素稀释液进行封管,两组堵管的发生率不高。由于导管相关感染率较高,因此在护理方面严格遵循无菌原则预防交叉感染显得尤为重要。使用消毒剂后应自然干透,再应用皮肤长效抗菌材料局部喷涂形成物理抗菌膜,每周至少 2 次更换穿刺点敷料,夏季维护可增加至每周 3 次。皮肤长效抗菌材料不含抗生素,分子级(隐形)抗菌隔离膜,可使皮肤保持 8 h 以上抗菌功能,对细菌、真菌、病毒等病原体具有杀灭作用,对皮肤粘膜无刺激性。治疗组资料显示皮肤长效抗菌材料外用深静脉护理中有效率优于对照组,对于预防导管相关感染效果良好,正确的操作方法可使患者的舒适度增加,导管使用时限有所延长。