



• 临床护理 •

晚期恶性肿瘤 CVC 置管 100 例临床护理

冯正琴 (四川省林业中心医院肿瘤科 四川成都 610000)

摘要:目的 晚期恶性肿瘤 CVC 置管 100 例临床护理。方法 选取我院 2017 年 2 月至 2018 年 2 月共 100 例晚期恶性肿瘤患者作为研究对象, 进行 CVC 置管治疗, 探讨了相关临床护理措施。结果 导管留置时间 3-125d, 平均时间 (87.25±12.22)d。治疗过程中, 出现 3 例堵管, 经肝素、尿激酶溶管无效果后拔除。5 例脱管, 死亡 4 例。结论 对晚期恶性肿瘤 CVC 置管患者进行临床护理, 能有效降低相关并发症发生率, 保证治疗效果, 提高患者生存质量, 值得推广应用。

关键词:晚期 恶性肿瘤 CVC 置管 护理

中图分类号: R473.73 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 03-262-01

晚期恶性肿瘤患者由于多种因素的影响, 如反复化疗、采血、转移脱水剂等, 可能出现难以穿刺的情况^[1]。中心静脉导管(Central Venous Catheter, CVC)是经颈内静脉插入的导管, 也是对无法行 PICC 置管晚期恶性肿瘤患者的重要治疗措施。通过 CVC 置管, 能有效保证化疗、静脉输液治疗的有效性, 不仅减少反复穿刺对患者造成的创伤, 同时也简化了治疗流^[2, 3]。但 CVC 置管留置过程中, 可能会出现各类并发症, 一旦处理不当, 会直接影响患者的治疗, 甚至加剧病情。本次研究探讨了晚期恶性肿瘤 CVC 置管的临床护理, 具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 基本资料: 选取我院 2017 年 2 月至 2018 年 2 月共 100 例晚期恶性肿瘤患者作为研究对象。其中男性 88 例, 女性 12 例, 年龄 50-100 岁, 平均年龄 (66.2±5.1) 岁, 其中乳腺癌 3 例, 肺癌 51 例, 胃癌 11 例, 结肠癌 6 例, 直肠癌 3 例, 肝癌 18 例, 食管癌 8 例。

1.2 方法: 通过一次性使用中心静脉单腔穿刺包进行 CVC 置管, 其中包括中心静脉导管、导引导丝、扩张器等。穿刺点根据实际情况选择锁骨上或下静脉, 将导管置入上腔静脉, 由经过丰富的临床医师进行操作。置管成功后由手术室转入病房。

2 结果

导管留置时间 3-125d, 平均时间 (87.25±12.22)d。治疗过程中, 出现 3 例堵管, 经肝素、尿激酶溶管无效果后拔除。5 例脱管, 死亡 4 例。

3 临床护理

3.1 置管前护理: 置管前, 医务人员应先告知患者及其家属 CVC 置管的重要性以及具体流程, 介绍 CVC 置管过程中可能出现的不良反应以及相关注意事项, 缓解患者的负面情绪, 提高患者治疗依从性, 签署知情同意书。

3.2 置管后护理: 第一, 换药护理。置管成功后, 在第 2d 为患者更换敷料, 观察穿刺部位是否出现渗血、红肿、导管脱出等现象。敷料更换频率为 2 次/周, 置管时每周末更换 1 次无针正压接头。换药过程中严格遵循无菌操作标准, 从外到内逐步去除敷贴, 避免出现导管脱出等情况。先用 75% 乙醇棉球对导管出口进行消毒, 持续 8s, 在以穿刺点为正中, 对中心环形区域进行无间隙消毒。采用同样的方法对皮肤反复消毒 3 次, 晾干后再用 2% 碘伏棉球进行消毒, 再用 75% 乙醇棉球进行消毒, 最后通过无菌贴膜进行固定。敷贴时应保证平整贴合, 避免出现气泡、周边翘起等不良情况, 降低感染等并发症发生率。对穿刺点进行严密监测, 一旦发现红肿、触痛、液体外渗等情况, 应立即进行处理。导管留置过程中, 预防感染是护理的关键, 护理人员应高度重视, 一旦发现伤口红肿, 应立即通知临床医师, 必要时下拔管并进行细菌培养, 避免导管留置过程中引发感染, 加剧患者病情; 第二, 固定导管。通过丝线对导管进行缝合, 采用双道结扎的方式, 固定于皮肤, 减少对患者的活动受限, 避免导管脱出。缝线固定一般会在 2-3 周后自动脱落, 因此护理过程中应尽量避免对导管的牵拉。在敷料粘贴前, 应先将导管摆放为“S”、“U”或“L”形, 这样在进行转头、翻身等动作时, 就不会对导管造成牵拉^[4, 5]。导管末端应固定于前胸上半部, 这是由于前胸上半部护理操作方便, 且固定效果较好。在对患者进行生活护理时, 例如翻身扣背等, 应避免导

管脱出、推入等, 一旦导管脱出, 严禁再将导管送入血管内, 降低细菌性静脉炎的发生率。

3.3 输液护理: 第一, 输液前护理。输液前, 应先用 2% 碘伏对导管接头处进行消毒, 持续 8s, 再抽吸 10ml 生理盐水, 回抽发现回血后注入生理盐水, 明确导管末端成功置入血管后才能使用, 消毒后连接输液器; 第二, 输液中护理。在输液过程中, 护理人员应加强对患者的巡视, 及时更换液体, 避免气体进入。CVC 置管中, 空气栓塞是较为严重的并发症类型, 正常人胸内的压力一般在 -0.78~-0.98kPa 之间, 吸气时压力会有所上升, 而呼气时会下降。一旦输液设备脱落, 空气会进入血液中, 引发肺动脉栓塞。另一方面, 输液时还应当注重药物之间的配伍禁忌, 避免出现药物浑浊、沉淀等引发导管堵塞。输液过程中严密控制输液速度, 避免出现管路打折、脱落等情况, 保证输液的正常进行; 第三, 输液后护理。输液后, 用抽吸 20ml 生理盐水连接接头, 采用脉冲式匀速推注, 再抽吸 5ml 肝素稀释液, 与接头连接, 采用脉冲式正压封管, 从而避免导管中出现血栓。拔管时, 先回抽 2ml 血液, 将可能存在的血栓抽出, 避免拔管后引发栓塞。

3.4 健康教育: CVC 置管过程中, 影响因素较多, 极易出现不良事件。例如颈部活动范围大, 出汗多, 容易使贴膜失去粘性; 穿衣、睡眠过程中容易使导管脱出等。因此, 应对患者及其家属进行全面的健康教育。告知住院期间在洗澡、擦身的过程中, 注意对敷贴的保护, 避免与液体的直接接触, 从而降低导管脱出、感染的发生率。若患者采用封闭式敷料, 应用湿毛巾对敷料周围的皮肤进行擦拭, 避免接触敷料。一旦发现敷料有浸湿的情况, 应理解通知护理人员更换敷料。

4 讨论

CVC 置管是为晚期恶性肿瘤患者进行用药、营养支持的重要保障, 有效避免了传统临床中对外周静脉的反复穿刺, 减少了患者的痛苦, 提高了患者的舒适度^[6]。同时也对外周浅静脉起到了保护效果, 提高了患者的生存质量。此外, CVC 置管还能大大降低护理人员的工作量, 简化护理流程, 建立良好的护患关系, 提高护理质量。

综上所述, 对晚期恶性肿瘤 CVC 置管患者进行临床护理, 能有效降低相关并发症发生率, 保证治疗效果, 提高患者生存质量, 值得推广应用。

参考文献

- [1] 王振颖. 晚期恶性肿瘤 CVC 置管 23 例临床护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(22):105-106.
- [2] 赵勇丽. PICC 与 CVC 在恶性肿瘤病人临床应用中并发症的对比研究[J]. 内蒙古医科大学学报, 2014(s1):283-286.
- [3] 马丽军, 朱翠敏, 孙桂华. 经外周中心静脉置管术与锁骨下静脉置管在肿瘤患者中的应用比较[J]. 河北医学, 2016, 22(1):63-65.
- [4] 杨玉丽, 曹艳茹, 齐雁牛, 高华, 齐雁, 等. 持续质量改进在中心静脉置管规范护理管理的临床应用[J]. 中国实用医刊, 2013, 40(16):103-104.
- [5] 朱彩霞, 马莲芳, 唐英. 经颈内静脉中心置管后改良固定技术的应用与效果观察[J]. 新疆医科大学学报, 2015(3):335-337.
- [6] 邹玉芬, 张华香. 经外周静脉与锁骨下静脉穿刺置管在恶性肿瘤患者中的应用比较[J]. 中国当代医药, 2017, 24(16):171-173.