

一例肿瘤患者 PICC 导管继发性异位并腋静脉打圈的护理

张柳燕

暨南大学附属第一医院 广东广州

【摘要】总结 1 例直肠癌患者留置 PICC 导管 3 月出现导管继发性异位并腋静脉打圈的原因分析及护理经验。目前相关领域的主要研究方向为导管原发性异位的发生原因分析、预防措施以及复位方法，在继发性异位方面的研究相对较少，PICC 导管继发性异位并打圈的案例报告极为少见，通过案例分析认为预防为主、早期发现，早处理。此患者经过严密的护理观察，重视健康教育及活动指导，导管异位后顺利完成化疗。

【关键词】继发性异位；腋静脉打圈；PICC；直肠肿瘤；化疗；护理

Nursing care of a case of tumor patient with secondary ectopic PICC catheter and axillary vein circle

Liuyan zhang

First affiliated hospital, jinan university, Guangzhou Guangdong

【Abstract】 To summarize the reasons and nursing experience of a case of rectal cancer patients with secondary ectopic catheter and axillary vein ringing after indwelling PICC catheter for 3 months. Case reports of secondary ectopic and ringing of PICC catheter are extremely rare. Through case analysis, it is believed that prevention is the priority, early detection and early treatment. After strict nursing observation, emphasis on health education and activity guidance, the patient successfully completed chemotherapy after catheter ectopic.

【Keywords】 Secondary heterotopia; Axillary vein circle; PICC; Rectal neoplasms; Chemotherapy; Nursing

在临床中，PICC 导管继发性异位的现象并不罕见，发生率约为 4%~12%，但继发性异位后导管打圈，导管功能完全正常，患者无任何症状及不适，此类隐匿型的案例报道较罕见。护理过程中不易发现容易被忽视，在相关实践指南中明确指出了护士需要具备关于导管异位的早起识别能力与判断能力^[1]，并且在发现导管异位后要能够及时采取有效处理措施，尽可能地保留导管，减少相关并发症的出现。护士在对 PICC 置管患者的日常护理过程中，应当注意观察患者是否出现导管继发性异位的相关症状，并谨慎、有效地处理。我院收治的 1 例 PICC 置管治疗患者发生导管继发性异位并腋静脉打圈，经过临床护理人员及时处理后成功取出导管并完成重新置管，具体报道如下。

1 病例介绍

患者男性，55 岁，因便中带血 10 余天，于 2021 年 11 月 11 日全麻行“腹腔镜下低位直肠癌根治+回肠末端造瘘术”2021 年 11 月 10 日由静脉导管门诊专科护士穿刺置管，利用 B 超作为引导，采用改良塞丁格技术进行穿刺，选择左上肢肱静脉留置巴德三向瓣膜 4F PICC 导管，穿刺一次成功。导管的置入长度为 43cm，外

露长度为 7cm。患者进行胸片拍摄，提示导管行走正常，其末端位于上腔静脉，平第五胸椎水平。术后分别于 2021-12-13、2022-01-02、2022-1-17、2022-2-7、2022-2-24 行第一、二、三、四、五次化疗。化疗药物为奥沙利铂 150g+亚叶酸钙 200mg+氟脲嘧啶注射液（金耀）4.7g。化疗过程中患者导管回抽回血及推注顺畅，置管侧肢体无红、肿、痛等不适，出院后一直在外院维护。2022-02-24 患者入院前到导管门诊常规维护，发现导管内有回血，外露为 10cm，导管脱出 3cm。翻看患者的影像学检查资料，发现 2022-02-07 患者入院时胸片提示导管尖端位于锁骨下静脉，导管中段腋静脉内呈“回型针”样打圈，考虑患者入院后仍需化疗，基于上一次化疗时已出现导管移位并打圈，未出现导管相关并发症。告知患者目前导管打圈情况，可能出现导管相关性血栓、拔管困难等不良事件。征得患者及家属同意，化疗前再次行胸片查看导管的走行及尖端位置，无特殊变化时，完成此次化疗后给予拔除导管。如化疗期间出现置管侧肢体红、肿、痛等不适，对症处理并立即拔除导管。患者于 2022-03-01 完成第五次化疗，化疗期间未出现相关并发症，出院前

到导管门诊拔除导管,完整顺利拔出。患者后续仍有 6 次化疗于 2022-3-18 日经右手肱静脉留置 PICC 导管,置入 42cm,外露 7cm,X 线胸片提示导管尖端为下腔静脉下 1/3,平胸椎 T9 上缘。

2 导管继发性移位并腋静脉打圈的原因分析及处理

2.1 导管异位主要与以下因素有关

①尖端初始位置在 SVC 过高。此病例患者第一次置管时导管尖端位置在 T5, Abina's 定位法^[2]位于第二胸肋关节上缘(相当于第五胸椎上缘)为高位,位置过浅。根据国内常规标准,导管尖端所在位置应当在上腔静脉中下部分的 1/3,以及上腔静脉与右心房交汇位置的上侧距离 2~3cm 位置处。根据国外的最新标准,导管尖端所在位置应当在上腔静脉与右心房上壁交汇处。上腔静脉的血流丰富,可达 2000~3000mL/min,可迅速稀释药液;直径 2~3cm,导管有充分的空间;导管异位、血栓等风险大大降低^[3]。患者导管在留置期间出现外露延长,留置 3 个月到导管门诊维护时已脱出 3cm,尖端在锁骨下静脉。留置位置过浅,胸腔压力过大时导致导管尖端移位。②患者体型^[3]高大粗壮型,锁骨下静脉、上腔静脉管径粗,导管活动空间大,这可能是造成 PICC 导管继发异位的一个比较基础的原因。③受胸腔压力变化的影响。在化疗过程中,常常为多种因素的影响下导致胸腔内的压力发生显著的改变,进而导致患者的中心静脉压力与血流也发生变化,当血液逆流可以导致漂浮导管异位,这是导致继发导管异位形成的重要危险因素^[4]。本文报道的病例化疗所使用的药物为含铂类的药物,在化疗期间出现了明显的恶心呕吐症状与便秘症状,这导致患者的胸腔压力发生较大的变化,可造成导管异位。④肢体运动程度过大,本文报道的病例,通过询问得知置管侧肢体曾进行过度活动。春节期间家里安装空调,搬运重约 20kg 的大石块。搬运时由于胸腔压力持续增高,加之导管位置过浅,前端静脉管径粗大,在妥善进行外固定的情况下,促进了导管在静脉血管中发生向外飘移的现象,当尖端发生异位后,因为腋静脉的管径比较小,从而导管在腋静脉发生卡顿并形成“回型针”样异位的发生。上述 4 项因素,本文报道病例化疗期间一直存在,未得到有效的干预,促进了导管打圈现象的发生。

2.2 处理

此例患者因长期在外院维护,住院期间使用化疗药物时未出现导管相关并发症。考虑患者第四次化疗时已出现导管异位,第五次化疗前到导管门诊维护发

现导管脱出 3cm,外露部分有回血,推注生理盐水顺畅,穿刺侧肢体无异常。因在确定尖端留置位置是否适合前,应停止使用发生异位的导管进行输液。输液前行胸片检查,查看导管尖端位置及圈扣情况有无变化。因患者已过最佳调管时机,在获得患者知情同意,根据患者的实际治疗需要以及实际的导管异位情况,完成此次治疗后拔除导管。护士对患者实施了具有针对性的健康宣教,向患者说明其日常生活、活动在置管后基本未收到限制,为了避免导管圈扣打结现象的发生,护士向患者详细讲解了在带管期间,避免大幅度的动作产生,同时避免进行剧烈运动,在日常生活中要注意防止置管侧肢体长时间受压。并告知病房护士患者目前导管情况,化疗期间密切观察导管功能及置管上肢情况,患者顺利完成化疗。告知患者后续仍有 5~6 次化疗,建议出院前到导管门诊拔管,下一次化疗前重置 PICC 导管。

2.3 出院前患者到导管门诊拔管

拔管前护理①明确告知患者及其家属关于拔管存在的风险,如可能会出现拔管困难、导管断裂,或者在必要时要通过手术切开取出导管。②与血管介入外科医生密切协作,在必要时能够快速准备切开取管手术;③拔管前认真查阅 X 线胸片,导管在腋静脉处呈“回型针”样打圈无打结,尖端位于锁骨下静脉。拔管护理①患者呈坐位,肘关节处垫一马鞍形垫及治疗巾,穿刺口低于心脏水平。②拔管过程中通过与患者交流缓解紧张,分散患者的注意力,缓解其紧张情绪,进而避免血管痉挛的发生。③小心缓慢轻柔拔出导管,拔管过程中应当重视对拔管阻力的感知以及对导管刻度变化的观察,禁止盲目通过暴力拔管。因患者的导管呈回型针样打圈,无打结,拔管过程顺利,导管完整拔除。拔管后护理①拔管后穿刺口按压 15min,伤口敷料保护。PICC 导管打圈并异位后,积极与患者沟通进行心理疏导。PICC 导管打圈并异位是极为罕见的不良事件,由于圈扣会造成血管腔缩小,进而容易造成血管壁受损,引起感染或者形成血栓。护理人员应与患者有效沟通,尽力获得患者的理解,促使患者能够良好配合完成相关检查与治疗,将风险降到最低程度,确保化疗顺利完成,避免医患纠纷事件出现。

3 讨论

3.1 提高静脉置管护士体外测量方法的准确度,恰当预置导管长度,可大大增加 PICC 置管后导管尖端位于最佳位置的可能性,进而减少相关不良事件的发生,进而减少因为反复摄片对患者造成的医源性伤害^[5-6]。

3.2 提高护士静脉导管维护技术, 护士专业操作技能的不熟练, 撕除敷料及消毒导管时不经意牵拉到导管, 维护不当, 大大增加了 PICC 导管移位的风险。因此, 应当加强对 PICC 专科护士的培训, 使专科护士能够良好完成关于 PICC 导管的所有日常维护操作, 可显著性降低导管继发异位的出现。

3.3 促进护士对 PICC 导管继发性异位的重视、积极识别意识以及有效识别的能力, 既需要熟练掌握关于异位的异常表现, 也需要具备敏锐的临床观察力。导管外露过长、导管反复不明原因回血、导管滑脱超过 3 cm 及以上, 以及持续导管功能障碍, 是容易引起导管异位的几个重要危险指征, 并且导管反复回血更是提示着导管异位的可能性^[78]。导管滑脱导致导管尖端变浅, 从而增加导管异位的风险, 可由护士操作不当、导管固定不妥、患者依从性差、重体力活动、便秘、咳嗽等胸腔压力大、肢体过度活动等因素引起^[9-12]。

4 小结

PICC 导管继发性异位可发生于留置导管的任何时间内, 继发性异位并打圈在临床中极为罕见, 如不及时发现和处理会引发较为严重的并发症。由于导管异位的不定时性及不可预估性, 特定时间间隔的胸片可能无法识别导管尖端异位。因此每个照护机构应评估使用 CVAD 的患者入院时是否需要胸部 X 光检查。文章通过分析 1 例肿瘤患者 PICC 导管发继发性异位并腋静脉打圈的案例, 认为规范 PICC 管理流程, 提高置管过程中导管尖端定位技术, 做好患者及家属的健康宣教。早期预防为主、早发现, 早处理, 实施个体化护理, 为患者提供更加安全、优质的 PICC 护理服务。

参考文献

- [1] 李春燕. 美国 INS2016 版《输液治疗实践标准》要点解读 [J]. 中国护理管理, 2017, 17: 150-153.
- [2] 李耀丽, X 线胸片结合体表测量方式在测量肿瘤患者 PICC 置管长度中的应用及护理. 中国实用护理杂志, 2021, 37(8): 604-609.

- [3] 张钦, 李丽, 1 例多次置管后致 PICC 送管困难及颈内异位患者的护理. 当代护士(中旬刊), 2020, 27(5): 101-103.
- [4] 马俊霞, 陆晓怡, 周淑萍. PICC 导管继发性异位并打结 1 例的护理体会. 介入放射学杂志, 2020, 29(4): 354-356.
- [5] 陶雍, 薛媚, 戴宏琴. PICC 导管二次继发性异位 1 例分析. 上海护理, 2018, 18(4): 72-74.
- [6] 杨敬平, 史星菲. 体表测量确定 PICC 置管预置长度与体内理想位置的关系研究. 蚌埠医学院学报, 2018, 43(7): 945-946, 949.
- [7] 陆海燕, 王丽英, 薛媚. PICC 继发性导管异位的观察与处理. 介入放射学杂志, 2019, 28(4): 390-393.
- [8] 黄兆蓉. PICC 继发性异位的研究进展 [J]. 医学综述, 2014, 20(2): 279-281.
- [9] 徐军霞, 贺雪梅, 丁从兰, 等. PICC 导管回血相关因素分析及护理对策 [J]. 安徽卫生职业技术学院学报, 2012, 11(1): 51-52, 108.
- [10] 周丹, 胡惠芳, 史朝亮, 等. PICC 居家护理发展现状及其启示 [J]. 护理研究, 2018, 32: 29-31.

收稿日期: 2022 年 9 月 7 日

出刊日期: 2022 年 12 月 8 日

引用本文: 张柳燕, 一例肿瘤患者 PICC 导管继发性异位并腋静脉打圈的护理 [J]. 当代护理, 2022, 3(10): 19-21.

DOI: 10.12208/j.cn.20220442

检索信息: RCCSE 权威核心学术期刊数据库、中国知网 (CNKI Scholar)、万方数据 (WANFANG DATA)、Google Scholar 等数据库收录期刊

版权声明: ©2022 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。 <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS