

1 例臂式输液港导管相关性血流感染合并血栓成功保港的护理体会

胡 丹 陈 蕾

深圳大学总医院 血液肿瘤科 518055

摘 要：目的：对1例臂式输液港导管相关性血流感染合并血栓成功保港的患者护理进行分析总结。方法：应用文献资料并结合循证护理与临床经验展开本次护理总结与研究。结果：患者存在感染、焦虑、潜在并发症：感染性休克等护理问题。结论：患者感染症状得到控制，体温正常，输液港穿刺点恢复良好，无红肿热痛住院期间未发生感染性休克等并发症。成功保港，继续进行后续抗肿瘤治疗。

关键词：输液港导管；血流感染合并血栓；护理体会

Nursing experience of a case of blood flow infection associated with arm infusion catheter complicated with thrombus

Dan Hu Lei Chen

Department of Hematology and Oncology, General Hospital of Shenzhen University 518055

Abstract: Objective: To analyze and summarize the nursing care of a patient with catheter related blood flow infection combined with thrombus successfully preserved in the port of arm infusion. Methods: The nursing summary and research were carried out by using literature and combining evidence-based nursing and clinical experience. Results: The patients had infection, anxiety, potential complications, infectious shock and other nursing problems. Conclusion: The patient's infection symptoms were controlled, the body temperature was normal, the puncture point at the infusion port recovered well, and there were no complications such as infectious shock during hospitalization. The port was successfully protected and the follow-up anti-tumor treatment continued.

Keywords: infusion port catheter; Blood flow infection complicated with thrombus; Nursing experience

前言

随着静脉输液导管，如经外周置入中心静脉导管、输液港，中长导管等在临床使用的日益普遍，导管相关感染，静脉血栓形成作为其常见并发症日益受到临床重视。

一、病例简介

1.1 入院原因

患者主诉：左肺癌术后4年余，发现腹膜后淋巴结转移3月余，于2018年7月在中大六院行左下肺癌根治术，术后病理示：左下肺肿瘤-肺低分化腺癌。术后应用培美曲塞+顺铂化疗3程后，出现颅脑新发病灶，考虑进展更换信迪利单抗免疫治疗1年，免疫治疗后颅脑病灶好转。后未规律进行信迪利单抗免疫治疗。2022年8月CT示：左肺下叶术后改变；双肺散在结节，胰颈-胰体后方软组织肿物，考虑腹膜后淋巴结转移可能，腹主动脉旁增大淋巴结，考虑转移所致可能。2022年9月27日我院门诊复查CT：胰颈-胰体后方软组织肿物，较前增大，考虑淋巴结转移侵及胰腺及腹腔待排。于2022年10月14日于超声内镜引导下细针穿刺，病理提示：胰颈及胰腺交界处穿刺活检渗出及坏死组织中见少许退变的恶性肿瘤细胞，结合组织形态及免疫组化结果，考虑低分化腺癌。综合考虑腹部占位为腹膜后淋巴结继发肿瘤，于2022年11月1日行第一周替雷利珠单抗200mg d1，紫杉醇210mg d1，q21d

方案治疗。于2022年10月31日行手臂输液港植入术。

1.2 既往史

否认高血压、糖尿病、冠心病。否认肝炎、结核等传染病史，否认外伤、输血史、否认食物、药物过敏史。预防接种史不详。

1.3 婚育史

已婚，已育，配偶体健，家庭关系和睦。

1.4 家族史

否认肿瘤家族史，否认高血压家族史，否认冠心病家族史，否认糖尿病家族史，否认家族有遗传性、免疫性和精神性疾病。

1.5 体格检查：

体温：37.5℃，脉搏：95次/分，呼吸：18次/分，血压：122/73mmHg，发育正常，营养中等，正常面容，自动体位，神志清楚、语言流畅，查体配合。患者精神差，食欲差，睡眠可，大小便正常。右臂肿胀，右臂输液港切口及穿刺点处红肿，疼痛，局部皮温升高，穿刺点有脓点，范围1×1.5cm。

1.6 实验室检查

白细胞：11月18日11.43×10⁹/L；中性粒细胞：11月18日：9.02×10⁹/L；血红蛋白：11月18日：121 g/L；血小板：11月18日：52×10⁹/L；C反应蛋白：11月18日：93.67mg/L；凝血酶原时间：11月18日：13.9 S；D-二聚体：11月18日

0.90mg/L; 降钙素原: 11 月 18 日 0.113ng/ml。

1.7 辅助检查

2022 年 11 月 18 日双侧上肢动静脉彩超检查: 右锁骨下动脉内中膜增厚右侧贵要静脉及肱静脉血栓形成, 右侧贵要静脉、腋静脉和锁骨下静脉管腔内可见导管, 患者存在上肢静脉血栓。

11 月 19 日输液港红肿处部位彩超检查: 右侧上臂软组织增厚, 较厚处约 14mm, 回声稍减低, 血流信号稍增多。诊断意见: 右侧上臂软组织增厚。

12 月 27 日双侧上肢动静脉彩超检查: 右侧锁骨下静脉、腋静脉、肱静脉及贵要静脉血栓形成 (其中右侧贵要静脉为血栓完全充填)。

全腹 CT 平扫 + 增强 + 三维重建: 1. 胰腺 - 胰体后方软组织肿物较前相仿, 考虑淋巴结转移侵及胰腺及腹腔可能。2. 右肺门、纵隔隆突下及腹主动脉旁多个稍大及淋巴结。3. 左肺下叶术后改变: 双肺散在结节, 较前相仿。

1.8 临床诊断

入院诊断: 1. 恶性肿瘤免疫治疗; 2. 姑息性化疗; 3. 左肺腺癌 rTONOM1, 4. 腹膜后淋巴结继发恶性肿瘤; 5. 菌血症; 6. 由上肢静脉血栓形成; 7. 化疗后骨髓抑制;

1.9 治疗经过

给予抗炎、抗凝、抑酸、调节肠道菌群、营养支持等对症支持处理。2022 年 10 月 30 日在局麻下行手臂式输液港植入术。11 月 18 日血培养及留取穿刺点脓液进行培养, 舒普深抗感染治疗, 输液港处予清洁后碘伏湿敷 + 莫匹罗星软膏外涂, 右上肢深静脉血栓形成, 予以伐沙班口服。11 月 19 日检验科报危急值: 血培养及穿刺点脓液培养: 革兰阳性球菌。11 月 20 日予舒普深 + 万古霉素抗感染治疗。11 月 23 日普外科建议局部硫酸镁湿敷 + 莫匹罗星软膏, 必要时拔出输液港。11 月 29 日予以降阶梯抗生素治疗, 停用舒普深 + 万古霉素, 改为左氧氟沙星抗感染治疗。12 月 1 日血管外科会诊: 依诺肝素钠加量至 6000IUq12h。12 月 6 日行第二周期治疗: 替雷利珠单抗 200mg d1, 紫杉醇 210mgd1, q21d 方案治疗, 右上臂予乳酸依沙吖啶溶液外敷。12 月 9 日患者要求出院, 血管外科建议: 抗凝药物调整为利伐沙班 15mg bid 口服。

二、护理

2.1 护理评估

生命体征: 体温: 37.5℃, 脉搏: 95 次/分, 呼吸: 18 次/分, 血压: 122/73mmHg。循环系统: 心律齐, 各瓣膜区未闻及病理性杂音, 未闻及心包摩擦音。呼吸系统: 呼吸频率正常, 节律整齐, 双侧对称。听诊右下肺呼吸音低, 右上肺及左肺呼吸音正常, 未闻及明显干湿啰音。叩诊右下肺呈浊音。神经系统: 神志清楚, 语言流畅, 表情自如、自动体位、双侧瞳孔等大等圆 3mm, 对光反射灵敏。消化系统: 腹部外形平坦, 腹式呼吸存在, 无手术疤痕, 腹部静脉无曲张, 全腹部无压痛, 无反跳痛。听诊肠鸣音 4 次/分。泌尿系统: 双侧输尿管无压痛, 肾脏检查无异常, 膀胱无压痛。营养状态: 中等, 近三个月体重无明显下降。自理能力: 11 月 18 日 BADL: 100 分。活动能力: 四肢活动自如, 肌力正常, 跌倒评分: 0 分。睡眠状况: 易醒, 每日 6-7 小时睡眠时间。皮肤状况: 右上臂输液港皮肤切口及穿刺点

处红肿, 疼痛, 局部皮温升高, 穿刺点有脓点。心理状况: 焦虑。经济状况: 异地医保。患者的疾病认知: 患者对于疾病认知欠缺, 对于输液港管道管理及维护知识未全面了解, 依从性差。

2.2 护理诊断

感染: 与肿瘤患者机体抵抗力低下, 抗肿瘤治疗后骨髓抑制, 手卫生执行不到位等有关。疼痛: 与感染导致局部皮肤红肿炎症反应有关。焦虑: 与担忧管道使用及疾病后期治疗血管通道有关。潜在并发症: 感染性休克等^[1]。

2.3 护理计划

感染症状及体征得到控制, 血栓治疗有效。不影响患者治疗, 如期进行第二周抗肿瘤治疗。患者愿意表达内心想法和情绪, 能正确面对管道的护理及疾病预后, 并参与对治疗和管道护理的决策。患者病情稳定, 无其他并发症发生^[2]。

2.4 护理措施

感染: 与肿瘤患者机体抵抗力低下, 抗肿瘤治疗后骨髓抑制, 手卫生执行不到位等有关。再次进行导管护理健康宣教: 观察输液港周围皮肤有无发红、肿胀、烧灼感、疼痛等炎性反应, 有异常及时告知医务人员, 避免使用同侧手臂提过重的物品, 过度活动等。不用这一侧手臂作引体向上、打球、游泳等活动较大的体育锻炼。避免重力撞击输液港部位。在沐浴过程中要保护穿刺部位。治疗期间每周对输液港进行冲管, 封管等维护一次^[3]。疼痛: 与感染导致局部皮肤红肿炎症反应有关。遵医嘱予全身使用抗生素抗炎治疗, 同时局部给予碘伏湿敷, 外涂抗生素软膏, 减少炎症因子对局部疼痛刺激。焦虑: 与担忧管道使用及疾病后期治疗血管通道有关。患者为异地医保, 担心管道感染增加的住院费用以及后续治疗管道是否可以继续使用, 是否会影响第二周期的治疗等方面, 跟患者做好解释工作, 抗生素使用是有治疗疗程, 经过积极抗感染治疗, 体温高峰期有延长, 抗感染治疗目前是有效的, 感染控制之后, 可以正常使用导管, 血栓的问题目前不影响导管继续使用, 考虑到患者依从性较差, 跟患者儿子同步进行宣教。有感染性休克的风险: 与肿瘤患者机体抵抗力低, 抗肿瘤治疗后骨髓抑制, 导管相关感染等关。各项操作遵守无菌操作原则。遵医嘱合理使用抗生素。密切观察患者生命体征情况, 定期监测体温, 若体温大于 38.5℃, 告知医生及时处理。做好生活护理, 病房定时开窗通风, 保持床单位清洁。

2.5 护理评价

患者感染症状得到控制, 体温正常, 输液港穿刺点恢复良好, 无红肿热痛。患者于 2022 年 12 月 6 日进行第二周期抗肿瘤治疗。患者情绪稳定, 精神状态及食欲较前好转。住院期间未发生感染性休克等并发症。成功保港, 继续进行后续抗肿瘤治疗。

三、护理反思 / 体会

该患者为什么会在置管后 20 天出现导管相关感染, 原因是哪些方面呢?

3.1 患者方面

患者肿瘤恶性程度较高, 病程发展快, 淋巴结及腹膜转移, 在外行抗肿瘤治疗, 患者依从性差, 未遵医嘱规范治疗, 2022 年 10 月 31 日行输液港植入术, 11 月 1 日行第

一周期的抗肿瘤治疗, 患者因行抗肿瘤治疗, 机体抵抗力明显下降, 是导致导管感染的重要因素。

患者化疗后食欲下降, 味觉改变, 导致营养不良, 相关研究表明, 慢性营养不良是感染增加的危险因素。

抗肿瘤治疗期间出现骨髓抑制情况, 白细胞、中性粒细胞、血小板减少, 血象异常也是增加感染的重要因素。

患者依从性有待提高, 出院之后输液港维护知识掌握不全面, 肢体一直处于制动状态, 上衣非棉质且不宽松^[4]。

肿瘤患者血液处于高凝状态, D-二聚体偏高, 血液高凝状态导致血栓形成, 也增加感染风险发生。

3.2 护士方面

宣教不到位, 患者受学历, 语言及理解能力限制, 未能完全掌握输液港自我观察要点, 而护士未能加强出院宣教, 未在出院前及时评估患者对输液港知识掌握情况。

3.3 护理体会

护理高质量宣教在临床工作中非常重要, 可以减少患者出现并发症的发生率, 同时可以减轻患者因为并发症带来的疼痛及经济支出。熟悉中心静脉血管通路安全管理, 可以及时且高效缓解患者不适症状。

导管相关血流感染和 CRT 有着复杂的关系, 它们可能

同时发生, 也可以互为因果。感染可能启动血栓形成机制, 而已形成的血栓或纤维蛋白鞘又为微生物黏附提供良好的平台和庇护所。因此对于 CRT 患者, 若有症状提示, 应注意排除有无相关血流性感染^[5]。

目前指南均不推荐发生血栓后常规拔除导管, 若患者如治疗仍需要使用导管, 拔除导管后另选部位新置入的导管会有高达 86% 的风险出现新发部位的 CRT, 因此对仍然使用导管的患者, 不建议拔除导管。

参考文献:

[1] 中华外科杂志 2020 年 4 月第 58 卷第 4 期 Chin J Surg, April 2020, Vol. 58, No.4.

[2] 中华护理学杂志 2020 年 11 月第 55 卷增刊 2.

[3] Chinese Journal of Bases and Clinics in General Surgery, Apr.2020, Vol.27, No.4.

[4] 中华人民共和国卫生行业标准 - 静脉治疗护理技术操作规范.

[5] 强万敏. 姜永亲. 肿瘤护理学 [M]. 天津: 出版社, 2016 年: 282-287.