

置入式静脉输液港用于瘢痕患者六例

金英 肖越英

1 临床资料

2009—2010 年,笔者单位收治 6 例男性患者,入院诊断均为“大面积烧伤后严重瘢痕畸形”。因整形手术前无法寻找血管建立输液通道,选择置入式静脉输液港(简称输液港,美国巴德公司)为患者输液。患者年龄 10~38 岁,伤后至入院时间 1~3 年,入院后 2~3 d 内放置输液港。

2 输液港的构成及置入

2.1 输液港的构成

输液港为三向瓣膜导管,由注射座和硅胶导管组成。注射座的主要成分为钛和硅胶,其顶部是可以自动闭合的穿刺隔膜,硅胶导管放射不显影。输液港的配件:(1)无损伤针。该针含有 1 个折返点,可避免“成芯作用”,即它的针尖斜面不会切削注射座的穿刺隔膜。临床通常选择弯型无损伤针,具有外形小、易于固定等优点,适合长期连续输液使用。(2)一次性输液接头(美国 BDQ-syte 公司)。该接头替代了肝素帽,不堵管、无需肝素维护。见图 1。



图 1 输液港(左侧)及弯型无损伤针(带延长管)、一次性输液接头(右侧)

2.2 输液港置入前准备

应用输液港前根据适应证、禁忌证对患者进行评估。向患者解释并告知操作目的、过程、优点、可能的并发症及注意事项,获取患者的信任与配合。输液港常见的置入部位有颈内、锁骨下的中央静脉及下肢深静脉等。烧伤瘢痕患者应尽量选择没有重大器官、易于固定的股静脉髂骨窝处置入输液港,避免导管夹闭综合征、气胸、血胸、心包炎等严重的胸部并发症^[1]。

2.3 输液港的置入

置入输液港时必须必须在手术室由医师进行无菌操作。将

无损伤针连接延长管,用 20 mL 注射器抽取无菌生理盐水 10 mL 去针头排气,夹闭延长管^[2-3]。操作者左手拇指与示指、中指摆成三角形,将输液港提起,确定此 3 个手指的中点。弯型无损伤针从中点处垂直插入穿刺隔膜,直达储液槽底部,打开延长管夹,抽回血确认针头位置。如抽吸时无回血,应进行显影检查确认针头位置。用小块纱布垫在无损伤针蝶形针柄处,透明贴膜加以固定并注明穿刺或更新时间。用装有 20 mL 无菌生理盐水的注射器以“推-停”的脉冲方式正压冲洗输液港,剩余约 0.5 mL 时边注射边拔针,先夹闭延长管,后分离注射器,防止血液逆流并维持延长管内正压,连接一次性输液接头后,再连接一次性精密过滤输液器建立静脉通路^[1,4]。见图 2。输液压力不能高于 172 kPa,以免损伤导管三向瓣膜结构。



图 2 为瘢痕患者置入输液港后进行输液

2.4 无损伤针的拔除

戴无菌手套,去除外贴膜,固定输液港底座,20 mL 注射器脉冲式正压封管,拔除无损伤针,穿刺点用碘伏消毒,敷料贴覆盖穿刺点使其自然愈合。

2.5 相关护理及导管维护^[3,4]

保持埋置局部皮肤干燥清洁。每周消毒更换 2 次无菌透明贴膜并观察有无撕脱现象,每隔 7 d 更换 1 次无损伤针^[1]。抽血、输血时取下输液接头,输液完毕用无菌纱布包裹保护输液接头。(1)为防止导管堵塞,每次输液前后均用无菌生理盐水冲管,末次用 10 mL 生理盐水封管;抽血、输血、输注黏滞性药物后,末次用 20 mL 生理盐水脉冲正压封管。(2)不输液治疗的情况下,每 4 周至少用 5 mL 稀释肝素盐水(100 U/mL)连接无损伤针脉冲式正压封管 1 次。(3)为预防导管渐进性堵塞,应用 10 mL 注射器抽取尿激酶(5000 U/mL)冲洗溶解血凝块,另加 10 mL 生理盐水冲洗导管及注射座。

2.6 并发症的观察^[1]

每天观察输液港置入部位,警惕有可能出现的并发症,

包括患者不适应置入输液港、埋置部位发生感染坏死、神经损伤、自发导管移位或脱出、导管注射座堵塞感染、血栓形成和血栓栓塞、气栓、导管栓子、血管内膜受损、血肿及出血外渗、注射液经漏管损伤皮肤等,部分患者还可出现心律失常、心包填塞以及心内膜炎。另外还应强调,如置入部位选择在第 1 肋骨和锁骨之间的夹角,易造成导管夹闭综合征,导致导管堵塞或受损。出现上述现象时,应立即通知医师进行处理或停止使用输液港。

3 结果

6 例患者入院后平均手术 4.6 次,平均输液 152 次,多数患者每天输液 3 次,平均住院时间 96 d。患者置入输液港后均未发生导管堵塞、感染、静脉炎等并发症,能保证围手术期的静脉输液治疗顺利完成。

4 讨论

输液港是一种置入皮下的封闭港体,其连接导管和深静脉建立静脉输液系统,主要应用于需要进行化学药物输注的肿瘤患者或长期反复输液治疗的患者。在严重烧伤的瘢痕患者身上难以找到可以分辨的浅表血管,进行静脉穿刺的难度大。皮下置入输液港为患者的临床治疗和护理建立了长期、安全、便捷的静脉通路,避免了反复静脉穿刺给患者造成的疼痛不适、静脉炎、静脉血栓形成以及药物外渗等问题^[1-3],解决了在整形围手术期间静脉输液的难题。有文献报道称输液港置入时间可超过 5 年,在未发生堵管或感染的情况下无需经常更换置入部位^[5]。本文 6 例患者因整形需

要间断住院 1 年左右,2 例患者在输液港置入状态出院,其间定期返回病房进行局部检查和护理。4 例患者出院时取出输液港,再次入院时重新置入。

一套输液港加配件造价昂贵,必须考虑患者的经济承受能力,并征得患者的同意才能使用。另外输液港置入是一项有创操作,必须在手术室完成,对于严重烧伤后瘢痕患者、肿瘤化学治疗患者以外的皮肤完好者不建议使用。

输液港较其他外置式导管的日常护理工作明显下降^[1,6],不输液期间可去除无损伤针及贴膜,置入部位可以和正常皮肤一样进行清洗,因此在很大程度上减少了感染机会,并且方便患者活动,可在烧伤科或整形科推广使用。护理人员必须接受专门培训,更换无损伤针、维护输液港时,需严格进行无菌操作。

参考文献

- [1] 张望,张艳华.完全植入式静脉输液港的应用护理及并发症.护士进修杂志,2008,23(4):305-307.
- [2] 宋慧娟,厉周.植入式静脉输液港的应用与护理.中华护理杂志,2004,39(10):785-786.
- [3] 吕萍.植入式静脉输液港的临床应用及护理.护士进修杂志,2007,22(12):1146-1147.
- [4] 沈煜,路红玲,李茜.静脉输液港堵塞的再通与护理观察.护理研究,2012,26(3):254-255.
- [5] 孙国珍,魏群,许迪.1 例顽固性低钾血症病人应用植入式静脉输液港的护理.护理研究,2006,20(10):934-935.
- [6] 李丽,吕海芳.植入式静脉输液港的临床应用及护理.护理实践与研究,2012,9(2):101-102.

(收稿日期:2012-09-04)

(本文编辑:莫愚)

保湿促脱痂结合大张头皮移植治疗小儿臀部及会阴部深度烧伤七例

刘军 刘建云 邓津菊

1 临床资料

2010 年 3 月—2012 年 5 月,笔者单位采用保湿促脱痂结合大张头皮移植治疗小儿臀部及会阴部 1% ~ 5% TBSA 深 II ~ III 度烧伤 7 例,其中男 5 例、女 2 例,年龄 1 ~ 3 岁。患儿均属热源接触烧伤,其中沸水烫伤 3 例,热金属烫伤 2 例,木炭烫伤 2 例。

2 治疗方法

患儿臀部及会阴部烧伤创面采用暴露疗法:体位不作特殊要求,创面每日采用 0.5 g/L 稀释碘伏冲洗消毒,同时外用莫匹罗星软膏(中美天津史克制药有限公司),换药过程中及时清除创面坏死组织。待伤后 10 d 左右,创面坏死痂皮或焦痂脱尽,新生肉芽组织形成,行臀部及会阴部大张中

厚头皮移植术。手术在全身麻醉下进行,首先向患儿头部注射肿胀液(每升生理盐水中加入 1 mg 盐酸肾上腺素),采用 Zimmer 电动取皮机(美国 Zimmer Surgical 公司)将刻度调整至 0.3 mm 行大张中厚皮切取,刮除臀部及会阴部创面残存少量坏死组织。术中将肛门部皮肤外翻与大张中厚皮缝合固定,皮片打孔引流,打包包扎。臀部及会阴部手术植皮面积 1% ~ 5% TBSA。术后采用人字架或截石位石膏固定进行术区制动,留置导尿管。术后第 4 天首次换药,1 周后再次换药并拆除缝线。患者出院时嘱其定期到门诊复查。

3 结果

本组 7 例患儿手术效果良好,移植的大张中厚皮完全成活,外形满意。随访半年未观察到明显头部瘢痕及秃发现象,未见臀部及会阴部瘢痕挛缩畸形及肛门闭锁等后期并发症。

例 1 男,1 岁半,臀部及会阴部热金属烫伤 1 d 后入院。入院诊断:臀部及会阴部 III 度烫伤,面积 3% TBSA。创