免骨折再移位及复位丢失,有利于早期行腕关节功能锻炼。

掌侧锁定钢板虽较之背侧固定具有明显优势,但应用不当,仍可发生如肌腱损伤、正中神经损伤、腕管综合征等并发症。其技术要点:①手术操作于桡侧腕屈肌腱与桡动脉之间进行,利用肌腱血管周围组织保护,不需刻意剥离桡侧腕屈肌腱及桡动脉,向尺侧牵拉肌腱力量不可过大,可间断放松牵引,防止对正中神经损伤。②正常的掌倾角为 10° ~ 15°、尺偏角为 20° ~ 25°、桡骨高度为 10 ~ 15 mm。关节面不平整可引起创伤性关节炎、关节疼痛,桡骨短缩可致腕关节疼痛、活动度下降,掌倾角、尺偏角变化引起握力下降、前臂旋转功能障碍。术中注意恢复桡骨高度及关节面的平整,纠正掌倾角、尺偏角,骨质疏松、骨缺损及关节面塌陷可取髂骨填塞支撑,否则可引起骨折再移位[3]。③桡骨远端掌侧距关节线有约 2 mm 横行骨嵴,无旋前方肌覆盖,与掌侧肌腱等软组织结构贴合紧密[3],锁定钢板远端应距关节线 2 ~ 3 mm,否则可发生掌侧肌腱激惹甚至断裂。④锁定螺钉过长,可磨损背侧肌腱,导致拇长伸肌腱损伤,术中需精确测量所需螺钉长度,并防止螺钉进入腕关节腔。背侧骨质缺损,背侧不稳定,处理困难时,可于背侧加作小切口操作。⑤切口引流问题,既使切口作了彻底止血,但因术后骨折端渗血、术后肿胀等,切口仍有不同程度渗出,不引流或使用引流效果不佳的橡皮引流,可能出现术后切口积血、肿胀加重、腕管综合征等并发症。作者采用血浆引流管常规引流,术后引流 1 ~ 3 d,引流通畅,引出血液 10 ~ 60 mL,安全可靠。

[参考文献]

[1] 胡庆丰,范顺武,周 辉,等. 掌侧 T 形锁定加压接骨板治疗老年桡骨远端骨折[J]. 中国骨伤,2007,20(4):268 - 269;

[2] 王纪亮,杨晓红. T 型钢板内固定联合外固定支架治疗桡骨远端不稳定骨折[J]. 局解手术学杂志,2010,21(6):518 - 519.

[3] 杨维章,林全艺,徐步国. 掌侧 T 型钢板加克氏针固定治疗桡骨远端粉碎性骨折[J]. 浙江创伤外科,2009,14(5):480 - 481.

(编辑:郭光金)

乳腺癌患者长期留置中心静脉导管维护

Long-term dwelling of central venous catheter for patients with breast cancer

陈显春,杨 英,王泽惠,宋 爽,王寅欢 (第三军医大学西南医院乳腺疾病中心,重庆 400038)

[关键词] 乳腺癌;长期留置;中心静脉;导管维护

[中图分类号] R473.6;R472 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2012)02-0199-02

乳腺癌是威胁人类健康和生命的主要恶性肿瘤之一,在我国乳腺癌居全身恶性肿瘤的第三位(7% ~ 10%),居女性恶性肿瘤第二位[1]。绝大多数乳腺癌仍采取以手术为主的综合治疗,新辅助化疗的出现,使乳腺癌患者需在手术前后进行多个疗程化疗。针对乳腺癌患者化疗周期长、上肢静脉使用受限以及化疗药物刺激性大等特点,我科采用经颈内静脉置入中心静脉导管(CVC)输入化疗药,为保持导管通畅,预防导管感染,确保化疗药物顺利输入,减少不良反应发生,我科制定了中心静脉导管的维护管理方法,并取得明显成效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2010 年 8 月至 2011 年 7 月共有 131 例女性病人,年龄 29 ~ 69 岁,平均 46 岁,均经病理确诊为乳腺癌,全部患者经颈内静脉置入中心静脉导管输入化疗药。导管留置时间为 22 ~ 140 d,平均留置时间为 62 d,完成了 2 ~ 7 个疗程的化疗。本组病人均使用 ARROW 双腔导管,留置导管期间,未出现导管滑脱、折断、堵塞现象。颈内静脉穿刺插管局部出现皮肤红、肿、硬结等表现者 26 例,占本组病人的 19.85%(26/131);出现寒战、高热 1 例,占本组病人的 0.76%(1/131)。本组病人留置导管期间,一旦出现寒战、发热或穿刺点局部有明显红肿、硬结则立即抽取外周静脉血、中心静脉导管血及拔除中心静脉导管做细菌培养,而且在完成化疗或病人要求拔除导管时也常规进行细菌培养。

1.2 中心静脉导管维护方法

1.2.1 制定肝素钠冲管方法和步骤 病人取仰卧位或坐位,操作者洗手或用喷雾消毒剂擦手、戴口罩,检查等渗盐水、肝素钠并消毒,将肝素钠 1 支(12 500 U)注入等渗盐水 100 mL 中,即为 1∶125 的稀释肝素钠,将消毒巾置于导管下,消毒肝素帽和正压接头,并将其放在不被污染的位置,用 10 mL 注射器接 7 号针头抽取 5 mL 稀释肝素钠从肝素帽和正压接头处缓慢注入导管内,采取边推、边退,推一下、停一下的方式,推完后上好管夹。

1.2.2 制定更换敷贴的方法与步骤 病人取仰卧位或坐位,头偏向对侧,皮肤消毒,先穿刺点、再缝线处、最后周围皮肤,消毒后待皮肤自然晾干,贴敷贴时,暴露好张贴部位,病人颈部自然位或头稍偏对侧,张贴后无缝隙和明显皱折,将更换日期标注在胶布条上并固定于导管处,贴好敷贴后将导管妥善

[收稿日期] 2011-11-23 [修回日期] 2011-12-30

固定在颈部,不要折叠导管,随时使导管处于自然弯曲状态。

1.2.3 肝素钠封管及更换敷贴注意事项 推注稀释肝素钠之前要抽回血,若注入过程中有阻力不可强行推入,以免将血凝块冲入静脉引起栓塞;勿将空气推入导管,防止空气栓塞;每 37 d(冬春季 57 d、夏秋季 3 d)向导管注入稀释肝素钠 4 ~ 5 mL,防止导管内回血堵管,肝素帽、正压接头原则上 1 周更换 1 次,特殊情况 1 个化疗周期更换 1 次,遇破损时则及时更换,输液期间两个导管(14F、16F)交替使用。颈部敷贴每 37 d(冬春季 57 d、夏秋季 3 d)更换 1 次,撕脱敷贴时动作轻柔,边撕边压住病人皮肤,以免引起疼痛和导管牵拉、脱落,局部使用透明敷贴应每 7 d 更换 1 次,发生卷边或污染时应及时更换[2]。留置导管期间若伤口允许可进行全身沐浴,沐浴前用保鲜膜贴在颈部、包裹导管,沐浴后及时更换敷贴,妥善固定导管,适当进行颈部活动,洗漱、睡觉、穿脱衣服时谨防用力过猛将导管扯脱。

1.2.4 制定导管留置期间管理规范 凡进行颈内静脉插管置入中心静脉导管病人都要建立“中心静脉导管维护记录单”,记录内容除插管基本信息外,还包括护理项目的执行,即更换敷贴、肝素帽或正压接头,冲管、封管;穿刺点局部情况观察,如有无皮肤发红、分泌物、硬结;导管状态的观察,如冲管时有无回血和阻力、有无缝线脱落和导管脱出;全身症状的观察,如发冷、发热;定时查血常规,了解白细胞及中性粒细胞情况,根据综合评估情况决定是否继续留置,拔管后也要对导管、导管血、外周血细菌培养结果进行记录。指定专人对留置导管病人进行跟踪随访及对护理过程进行指导、督查。对已经出院病人每周电话随访一次,了解相关情况,判断是否存在安全隐患,给病人及家属进行指导和建议。对带有中心静脉导管入院病人则立即进行评估和处理,住院期间使用中心静脉导管输液要求双管交替使用,高渗性、刺激性大的药物从粗的 14F 导管输入;护士在进行更换敷贴、输液、冲管、封管、拔管等过程中必须注意手卫生,严格无菌操作[3]。对带管出院病人可在当地正规医院进行导管维护,也可在护士指导和光盘引导,以及阅读“导管维护说明书”,病人家属掌握了方法和注意事项情况下自行维护。

2 结果

本组病人外周静脉血细菌培养阳性率为 2.30% (3/131 例)、中心静脉导管血细菌培养阳性率为 6.11% (8/131 例),中心静脉导管细菌培养阳性率为 3.82% (5/131 例)。培养出病原体有 5 种,即表皮葡萄球菌占 10 珠、棒状菌属 3 珠、金黄色葡萄球菌 1 珠、曲霉菌 1 珠、鲍曼不动杆菌 1 珠。本组病人留置导管时间最短 22 d,最长 140 d,平均留置时间为 62 d,,总感染率为 32.84%,明显低于文献报道。本组仅 1 例病人发生中心静脉导管相关性感染。

3 讨论

经颈内静脉置入中心静脉导管技术已广泛应用于临床,在抢救病人时用于快速输血输液、监测中心静脉压,在平时用于输入化疗药或长期输液病人[4]。但留置中心静脉导管期间可能发生导管相关血流感染(CRBI)甚至导管败血症(CRS)。有研究表明,导管留置时间小于 10 d 的总感染率为 8.30%,11 ~ 20 d 为 27.80%,留置时间大于 21 d 则感染率高达 66.79%[5],本组病人总的感染率为 32.84%,其感染率明显低于文献报道。根据卫生部 2000 年《医院感染诊断标准》(试行)中的导管相关败血症的诊断标准:发热大于 38 ℃ 无其他原因可解释并且静脉导管尖端培养,分离出有意义的病原微生物。也有报道 CVC 的 CRS 发生率为 4% ~ 8%,病死率高达 10% ~ 20%[6]。本组 131 例患者仅 1 例病人发生中心静脉导管相关性感染,也明显低于文献报道。

乳腺癌病人在留置导管期间,只要按规范的流程进行导管维护,加强留置导管期间的管理,发现感染征象及时处理,就会降低感染发生率,降低长期留置中心静脉导管风险。本组病人颈内静脉穿刺插管局部出现皮肤红、肿、硬结但细菌培养结果为阴性未予特别处理,穿刺插管局部出现皮肤红、肿、硬结并且细菌培养为阳性或穿刺插管局部无皮肤红、肿、硬结但细菌培养为阳性均予按药敏试验结果口服抗生素,发生 1 例 CRS 经积极治疗后效果满意,病人恢复好。自采用乳腺癌从中心静脉导管输入化疗药以来,明显减少了化疗性静脉炎、皮肤渗漏坏死现象的发生,减轻了病人痛苦,节约了护士人力,提高了护士工作效率。

[参考文献]

[1] 马双莲,丁 钥. 临床肿瘤护理学[M]. 北京:北京大学医学出版社,2003:181.

[2] kovacevich DS, Papke LF. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infection: Centers for Disease Control and Prevention [J]. Nutr Clin Pract, 2003, 18(1): 95 - 96

[3] 邹 英,蔡红卫. 外周中心静脉置管导管相关感染的相关因素与预防[J]. 局解手术学杂志,2010,19(5):429 - 430.

[4] 肖 琼,李 靖,杨元媛,等. 126 例中心静脉导管在血液净化中的临床应用[J]. 局解手术学杂志,2011,20(2):180 - 182.

[5] 刘鲁忻,孙艺铸,赖总善. 中心静脉插管 39 例医院感染分析[J]. 中华医院感染学杂志,2000,10(5):354 - 355.

[6] Memei LA, Farr BM, Sherertz RJ, et al. Guidelines for the management of intravascular catheter-related infections[J]. Infect Control Hosp Epidemiol, 2001, 22(4): 222 - 242.

(编辑:左艳芳)