局解手术学杂志 2008年第17卷第6期
J Regional Anat & Operative Surg,2008,Vol.17,No.6

锁骨下静脉置管在神经外科的应用及护理

Application and nursing of intubatton of subclavian vein in neurosurgery

王淑元 （天津市环湖医院十四病区，天津 300060）

[关键词] 锁骨下静脉；静脉置管；护理
[中图分类号] R322.123；R452 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)06-0422-02

锁骨下静脉置管术是神经外科最快捷、安全、有效的深静脉输液方法，以其可以较长时间留管，导管容易固定、护理方便、颈部活动不受限制等优点，广泛应用于临床。锁骨下静脉置管并发感染的发生率低于颈内静脉置管，属保留中心静脉导管的首选[1]。抢救危重休克、长期输液、周围静脉不易穿刺、大手术、测定中心静脉压或深静脉营养和化疗等患者，传统的周围浅静脉穿刺已不能满足临床治疗的需要。行锁骨下静脉置管术，有利于进行手术期补液、营养支持、危重病人抢救时的及时用药、抽血、血液制品的输入、中心静脉压的测定及肿瘤病人的化疗等，它减轻了护理工作量[2]。

1 锁骨下静脉置管术前护理

消除患者思想顾虑和紧张情绪，取得患者同意和配合。置管术前护理时主要采取一对一的方案，向患者讲解留置深静脉是一种简便、经济、痛苦小、有利于大手术后的恢复和便于治疗的手段[3]。耐心向患者讲解留置深静脉的优点，该治疗措施有利于维持机体体液平衡，可避免每天重复静脉穿刺给患者带来的痛苦及不便，利于患者的活动，避免常规静脉穿刺后活动易引起肿胀、脱落、折叠等现象。深静脉置管导管较长且固定好，故不易脱落，可在床上适当翻身、叩背，有利于胃肠蠕动，减少肺部感染的并发症，加快疾病的恢复。向患者讲解置管的并发症发生率较低，以及可能发生的并发症产生的原因及预防手段，讲解操作时医护人员会尽量避免并发症的发生。并可引导邻病床或邻病房已进行置管术的患者向需作深静脉置管的患者讲出留置深静脉置管的好处，这样可以减轻患者的心理负担，积极配合接受该治疗手段。

2 锁骨下静脉置管术中护理

锁骨下静脉置管术中，操作人员应熟练掌握置管技术操作要领，严格遵守无菌原则，协助患者摆好并坚持固定好体位，在穿刺过程中注意动作要轻柔，进针与退针要轻、慢，做到稳与准，避免由于操作不够细致造成误伤动脉或出现血肿、气胸等不良反应[4]。仔细观察和监测患者的生命征，了解患者的感受，安慰患者，避免患者过于紧张。

[收稿日期] 2008-10-05 [修回日期] 2008-11-15

3 锁骨下静脉置管术并发症预防

锁骨下静脉穿刺置管成功后，深静脉导管的维持主要依靠精心的护理及并发症的预防。优质的护理能有效地延长置管的时间，护士在深静脉通道的维护中起着重要的作用[5]。进行置管操作时操作人员要熟悉锁骨下静脉的解剖位置，正确摆好患者的体位，准确选好穿刺点，正确掌握穿刺针进针方向和角度，防止穿刺不当导致气胸、血胸的发生[6]。由于危重患者免疫力低下，对穿刺所造成的静脉壁创伤修复能力差，对细菌所致局部炎症的抵抗力下降，易导致局部发生感染[7]。护理人员在置管穿刺过程中应严格遵守无菌原则，手术人员应戴好无菌手套，手术部位严格消毒铺单，操作中应避免污染。判断锁骨下静脉穿刺置管感染有一定的标准，一般分局部感染和全身感染[8]。局部感染指穿刺口周围皮肤出现红肿、疼痛、炎性分泌物，局部有压痛，伴或不伴发热，外周血白细胞增高；导管口细菌培养阳性。全身感染除具有局部感染的体征外，还出现发热，外周血白细胞增高；导管口及血培养见同一种细菌。感染病灶的存在是导致置管感染的重要因素[9]。当患者抵抗力低下时，置入的静脉导管长时间开放静脉通道，病菌容易侵入局部或血液，引起局部和全身感染。患者皮肤和医护人员的手也是污染的主要来源。所以，要严格把握拔管的时间和指征，注意无菌操作，局部皮肤严格消毒换药，严密观察穿刺点有无红肿及分泌物等感染征象的存在。

4 锁骨下静脉置管术后护理

4.1 穿刺局部的护理

有研究表明置管后局部敷料选择和使用直接影响置管的留置时间、患者舒适度和并发症发生[10]。术后每天进行穿刺伤口换药，首先用0.5%碘伏消毒，再用无菌纱布覆盖，外加中间开窗的透明贴膜[11]，保持敷料干燥。肝素帽每周更换2次。定期观察有无渗血及导管是否通畅，如局部有渗血及时更换敷贴，必要时在敷贴上加一沙袋压迫局部减少渗出[12]。当出现输液不畅或导管阻塞时应先检查输液管及导管是否打折或导管部分脱出，否则可用注射器抽取生理盐水回抽血液通畅后输注。切忌过分用力冲洗导管而导致导管内血栓被注入右心循环，出现肺栓塞、脑梗塞而危及生命。当输液治疗完毕时抽取5 mL肝素稀释液(125 U/mL)刺入肝素帽，利用肝素抗凝作用预防留置导管内血液凝固而堵管。如果患者有凝血机制障碍，

用生理盐水封管，采用边推液边退针的方法，使管道内充满封管液，退针后迅速关闭导管开关装置，检查肝素帽是否旋紧，防止回血及血液凝固阻塞导管。妥善固定导管末端并交待病人相关注意事项。如发现回血，及时加封一次。

4.2 输液时的护理

根据输液量、药物性质和浓度、患者的心肺功能调节输液速度，同时对患者及家属做好解释工作，不可擅自调快输液速度，以免发生输液反应[13]。对于血液循环量严重不足或休克等危重患者，应用锁骨下静脉置管补液时，护理人员更应严密观察，避免液体输空，发生空气栓塞。应用肝素帽和三通开关时要衔接牢固。换输液管时，要先折弯留置导管，并让输液管一端低于患者心脏水平，以防空气吸入处于负压的上腔静脉，发生空气栓塞。

4.3 导管移位的处理

发现滴速改变时，首先检查导管是否扭曲、打折，患者体位是否恰当，嘱患者咳嗽、深呼吸、改变体位以调整导管位置[14]。必要时利用X线确定导管的位置。上述处理无效时可在严格无菌操作下，转动导管或稍向外拉。

4.4 拔管时的护理

随着治疗方案的实施、病人病情的恢复，应适时拔除穿刺导管。拔管时应先用洗必泰消毒穿刺置管处，按外科方法拆除缝线后，用无菌纱布覆盖在导管入口处拔管，拔除导管后再按压数分钟，并询问患者有无不适。

通过采用护理干预，可降低并发症的发生率，延长导管留置时间，保证了置管的安全性[15]。所以，置管患者除做好常规护理外，另给予护理干预如做好心理护理、消除恐惧心理；严格护理制度管理、做好输液系统护理；更新消毒材料及方法，如使用具有无菌透气、粘性好、防水防潮、不过敏等特点的无菌贴膜，减少汗液等潮湿刺激，使创口长时间保持干燥，同时也杜绝了许多导致导管移位的因素。

[参考文献]

[1] 王淑霞. 2种途径中心静脉置管并发症的研究[J]. 中国实用护理杂志，2006，22(11)：46－47.
[2] 黄年娇，颜映雪，方凤仙. 锁骨下静脉置管术在肿瘤外科的临床应用与护理[J]. 现代医药卫生，2006，22(3)：404－405.
[3] 陈诗华，刘国红. 经锁骨下静脉置管的临床护理报告(附965例临床病例分析)[J]. 齐齐哈尔医学院学报，2005，26(9)：1089－1090.
[4] 谢春香，李赖方，林彩银. 锁骨下深静脉置管术96例的护理[J]. 职业与健康，2007，23(17)：1575－1576.
[5] 王世英，王小军. 多腔深静脉插管在危重病救治中的临床应用与护理[J]. 护士进修杂志，1998，13(7)：51－52.
[6] 杜琳莉，武伟琦，田海霞. 锁骨下中心静脉置管在护理工作中的应用[J]. 白求恩军医学院学报，2007，5(4)：266－267.
[7] 汪守风，江 宾，邓德明. 外周静脉留置针致静脉炎原因分析及预防[J]. 中华护理杂志，1999，34(6)：372－373.
[8] 白青云，邹启云. 锁骨下静脉置管术后感染的预防及护理[J]. 现代肿瘤医学，2005，13(5)：附25－附26.
[9] 梁前芝，李娟炜，李晨芳. 锁骨下静脉置管在重型颅脑损伤患者中的应用和护理[J]. 国际医药卫生导报，2007，13(20)：89－90.
[10] 王龙凤，崔雪华，蔡 雷，等. 中心静脉置管局部换药敷料比较研究[J]. 实用临床医药杂志，2005，9(4)：42－44.
[11] 吴朝晖，胡 梅，金益曼. 深静脉留置期间2种不同保护膜应用效果观察[J]. 中国实用护理杂志，2006，22(7)：25－26.
[12] 冯 莉. 锁骨下静脉置管的护理体会[J]. 中国伤残医学，2007，15(5)：96.
[13] 渠 艳，李 梅. 锁骨下静脉置管术100例护理体会[J]. 齐鲁护理杂志，2005，11(12)：1813.
[14] 王丽娟. 锁骨下静脉置管感染与堵塞的原因分析及护理[J]. 护理实践与研究，2005，2(3)：48－50.
[15] 陈爱珠，赵金树，游晓珍，等. 护理干预对锁骨下静脉置管时间的影响[J]. 国际护理学杂志，2007，26(6)：588－590.

(编辑：余汇洋)

(上接第421页)

线粒体复合物I功能异常是其最终途径；而黑质DA能神经元变性、死亡是其结果。随着研究的不断深入，PD发病机制将逐渐明确，为防治PD奠定基础。

[参考文献]

[1] Gosal D, Ross OA, Toft M. Parkinson's disease: the genetics of a heterogeneous disorder [J]. Eur J Neurol, 2006, 13(6): 616－627.
[2] Berg D, Niwar M, Maass S, et al. Alpha-synuclein and Parkinson's disease: implications from the screening of more than 1,900 patients [J]. Mov Disord, 2005, 20(9): 1191－1194.
[3] Hao YX, Zhang J, Fang CP, et al. Association of two polymorphisms in ubiquitin carboxy-terminal hydrolase-L1 gene with Parkinson's disease in Shanghai [J]. Zhonghua Yi Xue Yi Chuan Xue Za Zhi, 2008, 25(3): 272－275.
[4] Kobayashi T, Wang M, Hattori N, et al. Exonic deletion mutations of the Parkin gene among sporadic patients with Parkinson's disease [J]. Parkinsonism Relat Disord, 2000, 6(3): 129－131.
[5] Moore DJ, Dawson VL, Dawson TM. Genetics of Parkinson's disease: what do mutations in DJ-1 tell us? [J]. Ann Neurol, 2003, 54(3): 281－282.
[6] Hagenah JM, Becker B, Bruggemann N, et al. Transcranial sonography findings in a large family with homozygous and heterozygous PINK1 mutations [J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2008, 79(9): 1071－1074.
[7] Habig K, Walter M, Poths S, et al. RNA interference of LRRK2-microarray expression analysis of a Parkinson's disease key player [J]. Neurogenetics, 2008, 9(2): 83－94.
[8] 荣 娟，陈生弟. 帕金森病与遗传因素 [J]. 中华老年医学杂志，1999，18(3)：180－182.
[9] 高云朝，林祥通，吴春英，等. 小鼠帕金森病模型多巴胺转运体、脑血流灌注与葡萄糖代谢变化[J]. 中华核医学杂志，2005，25(3)：151－154.
[10] Kummer A, Teixeira AL. Depressive disorders in Parkinson's disease may be due to a shared immune-mediated neurodegenerative process [J]. Med Hypotheses, 2008, 70(1): 201－202.

(编辑：余汇洋)