

• 基础护理 •

1 例上臂型植入式静脉输液港切口坏死的原因分析及护理

王佩,肖希茜,殷阅

Cause analysis and nursing care of upper arm implanted intravenous infusion port inlet necrosis: a one case report Wang Pei, Xiao Xixi, Yin Yue

摘要:目的 总结 1 例上臂植入式静脉输液港患者早期出现切口皮肤坏死的原因以及护理经验。方法 1 例乳腺癌患者在输液港植入术后第 2 天出现切口皮肤坏死,分析发生切口坏死的原因可能与医护和患者自身均相关。利用多学科联合诊疗优势,迅速作出应对措施,行上臂输液港切口周围坏死皮肤清创术。术后 1 周内出现切口周围皮肤异常症状,医护协同配合正确实施治疗及护理。结果 经多学科联合诊疗后切口及周围皮肤恢复良好,保港成功,无相关并发症发生。结论 植入静脉输液港前应充分评估患者自身条件,术后医护的密切配合对输液港的安全长期应用至关重要。

关键词:输液港; 早期; 切口坏死; 清创; 原因分析; 护理

中图分类号:R471 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.20.062

目前,常用的化疗方式主要有植入式静脉输液港(Implantable Venous Access Port, IVAP)和经外周穿刺植入中心静脉导管(Peripherally Inserted Central Catheters, PICC)。已有研究表明,针对乳腺癌患者推荐使用 IVAP,原因是采用 IVAP 化疗的乳腺癌患者不仅留置时间明显长于 PICC,并且生活质量明显好于 PICC 患者^[1]。但是上臂静脉输液港也有其缺点,早期并发症包括误穿动脉、局部血肿、空气栓塞等,远期并发症包括感染、静脉血栓、导管移位、皮肤坏死、臂丛损伤以及 pinch-off 综合征^[2-3]。2019 年 6 月我院肿瘤科接诊 1 例乳腺癌患者,于上臂 IVAP 术后第 2 天即出现皮肤切口坏死,随后在多学科配合下诊疗成功,现将护理经验总结如下,以供护理同仁借鉴。

1 病例简介

女,70 岁,左侧乳腺行“左乳切除术+淋巴结清扫术”术后 28 年,右侧乳腺行“右乳切除术+淋巴结清扫术”术后 13 年,既往曾经 PICC、中心静脉导管(Central Venous Catheter, CVC)及外周静脉接受多次化疗(方案为:多西他赛+替吉奥以及紫杉醇白蛋白结合型+奈达铂)、免疫治疗(PD-1)、抗血管生成治疗(阿帕替尼)。术后发现全身多发(包括皮肤、肺、肝、肾上腺、腹膜)转移于 2019 年 6 月 17 日就诊于我院肿瘤科准备进一步治疗。查体:患者双侧乳房缺如,双侧胸壁可见约 10 cm 手术瘢痕,右侧腋下见约 2 cm 瘢痕,胸壁皮肤多处皮损修复瘢痕。患者双上肢活动自如,肌力及张力正常。此次住院后血常规、凝血、肝肾功能结果均在正常范围,医嘱予以特瑞普利单抗行免疫治疗联合紫杉醇白蛋白结合型化疗。需行 IVAP,经患者本人及家属签署知情同意后,于 2019 年 6 月 19 日 16:00 在肿瘤科普通单间病房(经过紫外线消毒),由具有置港资质证书的护理人员

经超声引导下置入静脉导管至所量长度后,医生在穿刺点下方 3 cm 处切开、分离皮肤及皮下组织放入与囊袋大小一致的港体,用皮下隧道针牵引出静脉导管,连接港体并固定,间断缝合切口。IVAP 术后穿刺点及切口予无菌纱布覆盖外加无菌透明敷料固定,并予弹力绷带加压包扎 24 h,每 2 小时松解一次。嘱患者可进行腕关节运动、握拳运动及手指弹钢琴运动,避免左手臂提重物及大幅度绕臂活动,术后第 2 天 11:00 护理人员常规换药时,发现切口处出现皮肤发黑,范围约 2 cm×1 cm,稍隆起皮肤表面,与正常皮肤交界清楚。

2 原因分析

2.1 患者 本例系高龄患者,皮肤较菲薄、松弛、弹性差,血液循环较差,加之患者在置港前已采用 PICC、CVC 及外周静脉多次行化疗、免疫治疗及抗血管生成治疗,自身抵抗力显著降低,更容易发生术后切口感染、坏死等,患者自身因素可能是造成此次 IVAP 术后早期出现皮肤切口坏死的主要原因。

2.2 护理人员 护理人员在患者植入输液港后,上臂弹力绷带加压包扎过紧,间隔时间太长,切口及周围皮肤血供差,造成供血障碍,从而引起皮肤切口坏死。

2.3 置港医生 回顾分析置港人员在植入静脉输液港后,因置港年限仅有 1 年,操作不熟练,缝合切口未及及时、有效地将渗血清理干净,导致淤血存于皮下,血液循环障碍,皮肤及皮下组织严重缺血缺氧,从而引起早期皮肤切口坏死。

2.4 其他 由于条件限制,IVAP 术在我科普通病房开展,术前仅用紫外线照射消毒,无菌原则把控不严格,可能会增加皮肤切口坏死的风险。

3 护理

3.1 清创术前多学科评估

3.1.1 置港人员初步专科评估 观察到除了切口处皮肤发黑之外,周围皮肤无发红、热、肿表现,以及无浅表静脉增粗,前壁动脉搏动正常,末梢血液循环良好,询问患者无任何不适。

3.1.2 开展多学科会诊 护理人员初步评估后立即

作者单位:陆军军医大学第一附属医院肿瘤科(重庆,400038)

王佩:女,本科,主管护师

通信作者:肖希茜,472783302@qq.com

收稿:2020-06-03;修回:2020-07-21

上报护士长,并立即联系烧伤科、乳腺外科、皮肤科医生进行多学科会诊,最终诊断为输液港切口周围皮肤坏死,处理方案为手术清创缝合。

3.2 清创手术处理

3.2.1 术前准备 做好患者及家属的心理护理。签署清创手术知情同意书。

3.2.2 手术过程护理 于 6 月 21 日上午在乳腺外科日间手术室由乳腺外科医生行左上臂输液港切口周围坏死皮肤清创术。患者左上臂外展与躯体呈 90°。常规消毒、铺巾,暴露切口周围皮肤,予 5%利多卡因注射液 10 mL 行局部麻醉,待患者局部感觉消失时用刀片逐层清除坏死组织,清创过程中及清创后间断询问患者主观感受,待坏死组织清除干净后以可吸收缝线进行缝合,缝合后予 2 块 8 cm×10 cm 乙醇纱布对折后加 2 块无菌棉垫,用 3M 胶布固定。

3.2.3 清创术后护理 ①清创术后第 3 天,常规换药时发现切口缝线上方散在大小约 1 cm×1 cm 透明水泡,遂更换 1 块乙醇纱布加 1 块无菌棉垫外用 3M 胶布固定。因患者处于化疗间歇期,医嘱予出院,且按时返院换药及治疗。②皮肤清创术后第 6 天,换药时发现敷料覆盖处约 8 cm×11 cm 皮肤发红、皮温高伴严重瘙痒。本例系高龄患者,因特殊原因出现敷料覆盖处瘙痒时未能及时就医,立即请皮肤科会诊,遵医嘱采用糠酸莫米松软膏涂抹患处 1 次/d。③用药后第 2 天患者皮肤发红及瘙痒明显减轻,皮温略高。用药 3 d 后皮肤散在干皮脱落,瘙痒感缓解,皮温正常。用药 7 d 后散在干皮基本脱落,皮肤恢复接近正常。④用药 10 d 后皮肤恢复正常,切口处缝线间断脱落,输液港输流通畅。

4 讨论

IVAP 在各种高浓度化疗药物、肠外营养液输注、输血、血样采集中得到广泛应用^[4],尤其用于乳腺癌患者,据报道,输液港使用过程中并发症的发生率为 6%~21%^[5],皮肤出现异常症状作为其远期并发症,一般出现在 IV 期乳腺癌患者植入输液港后 8~15 个月(中位数 10.2 个月)^[6],其中最重要的并发症之一就是皮肤切口坏死^[7],国外文献报道发生率约 0.04%~0.15%^[6,8],临床应立即切除坏死组织。如果不及及时处理,会导致机体出现感染,甚至可能会引发败血症或脓毒血症而危及生命。本例乳腺癌患者于 IVAP 术后第 2 天则出现皮肤切口坏死在临床上更为罕见,国内外尚无文献报道,护理人员在发现皮肤切口异常后立即上报护士长并组织相关科室进行多学科会诊并及时清创处理,在清创术后出现皮肤异常,经过查体分析后,考虑是由于皮肤过敏,对症治疗后皮肤情况逐步好转,未对患者的进一步治疗造成任何影响。

此案例中笔者根据出现皮肤切口坏死的原因总结了几点经验教训:①术前应仔细评估患者身体状况,针对高龄、贫血、营养不良等影响切口愈合的情况,应积极改善营养状态、尽量提高免疫力^[9]。②置港之前认真评估置港部位皮肤情况,港座尽量放在皮

下脂肪相对丰富处,港穴皮肤、皮下组织厚度应为 0.5~1.0 cm^[10]。③嘱患者尽量避免置港部位剧烈运动。④对于 IVAP 术后伤口护理方法,针对本例高龄、血运较差并且凝血功能正常的患者,建议缩短弹力绷带加压包扎时间,比如每 30 分钟松解一次,或者取消弹力绷带加压包扎。针对血小板偏低且凝血功能稍差的患者我们的经验是采用弹力绷带加压包扎 24 h,每间隔 2 h 松解一次,观察穿刺点及伤口有无渗血。或采用组织胶水粘合剂均匀涂于切口表面,不仅操作方便,还可促进伤口愈合以及缓解疼痛^[11]。⑤ IVAP 置港医生置港经验较短,技术水平直接影响到并发症的发生率,因此应对操作者定期进行严格的训练及考核^[12]。此外,手术过程中有时切口较小,不利于观察出血情况,所以一定要仔细检查、止血,必要时可使用止血药物。⑥医护人员在进行 IVAP 时,应注意无菌操作的过程,关于无菌最大化原则,有条件者建议选择医院手术室进行 IVAP 操作,可尽量避免因感染引起的并发症。

参考文献:

- [1] 刘叶. 植入式静脉输液港与 PICC 在乳腺癌患者中应用的效果比较[J]. 中国实用护理杂志, 2017, 33(18): 1413-1416.
- [2] Tabatabaie O, Kasumova G G, Eskander M F, et al. Totally implantable venous access devices: a review of complications and management strategies[J]. Am J Clin Oncol, 2017, 40(1): 94-105.
- [3] Zagal A, Khalife M, Mukherji D, et al. Update on totally implantable venous access devices[J]. Surg Oncol, 2012, 21(3): 207-215.
- [4] 李喻岩, 刘宝利, 盖百娟, 等. 乳腺癌患者术中经颈内静脉植入输液港的护理[J]. 中华现代护理杂志, 2015, 21(27): 3305-3307.
- [5] Schulmeister L. Infiltration and extravasation[J]. Am J Nurs, 2007, 107(10): 16.
- [6] An H, Ryu C G, Jung E J, et al. Insertion of totally implantable central venous access devices by surgeons[J]. Ann Coloproctol, 2015, 31(2): 63-67.
- [7] Rouzrokh M, Shamsian B S, Tabari A K N, et al. Totally implantable subpectoral vs. subcutaneous port systems in children with malignant diseases[J]. Arch Iran Med, 2009, 12(12): 389-394.
- [8] Aparna S, Ramesh S, Appaji L, et al. Complications of chemoport in children with cancer: experience of 54, 100 catheter days from a tertiary cancer center of Southern India[J]. South Asian J Cancer, 2015, 4(3): 143-145.
- [9] 常芳, 古今颖, 刘若宇, 等. 一例高龄输液港植入术后并发切口脂肪液化患者的护理[J]. 天津护理, 2020, 28(1): 114-115.
- [10] 黄建, 王晓晨, 于秀艳. 植入式静脉输液港(浙江)临床应用多学科专家共识[J]. 实用肿瘤杂志, 2018, 33(1): 17-24.
- [11] 徐莹. 应用组织胶水与传统缝合法治疗皮肤裂伤的效果比较[J]. 当代护士, 2018, 25(8): 39-41.
- [12] 景婧. 完全植入式静脉输液港的评估与维护研究进展[J]. 护理学杂志, 2019, 34(24): 87-90.