

中晚期妊娠乳腺癌患者 PICC 置管的护理

冯丽娟¹, 余琪¹, 孙彬彬¹, 余忠贞², 杨凌艳³

Nursing care of breast cancer patients receiving PICC placement at mid and late gestation Feng Lijuan, Yu Qi, Sun Shanshan, Yu Zhongzhen, Yang Lingyan

摘要:目的 探讨妊娠期乳腺癌患者 PICC 置管护理的安全性。方法 对 11 例妊娠中晚期乳腺癌患者,应用全程管理的理念,组建多学科合作团队,置管前充分评估患者与胎儿情况,充分评估风险,排除置管禁忌后,采用心脏彩超结合腔内心电图定位导管头端,置管后定期追踪随访,以了解 PICC 置管相关不良反应。结果 11 例患者经心脏彩超结合腔内心电图定位确保 PICC 头端位置,患者化疗顺利实施。1 例拔管前超声筛查出现无症状导管相关性血栓,经抗凝治疗 7 d 后拔管。11 例随访 10~48 个月,患者乳腺癌无复发,婴儿各项生长发育指标正常。结论 通过多学科协作,落实置管前评估,远期追踪与随访,心脏彩超结合腔内心电图定位在妊娠期乳腺癌患者 PICC 置管中安全可靠。

关键词:妊娠期; 乳腺癌; PICC 置管; 化疗; 心脏彩超; 腔内心电图定位; 护理

中图分类号:R473.73;R472 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2021.05.045

妊娠期乳腺癌(Pregnancy-associated Breast Cancer, PABC)是指怀孕期间或围生期确诊的乳腺癌。虽然 PABC 仅占全部乳腺癌患者的 0.2%~0.4%^[1],但却是妊娠期最常见的恶性肿瘤,每十万孕妇中就有 15~35 例诊断为乳腺癌^[2]。PABC 是乳腺癌的特殊类型,预后较差,任何治疗方案都需要考虑患者和胎儿两方面的因素。留置经外周置入中心静脉导管(Peripherally Inserted Central Catheter, PICC)对 PABC 患者而言,是顺利进行化疗的重要保证。判断 PICC 导管头端位置可以采取胸部 X 线摄片、胸部 CT、腔内心电图等方式。但是 X 线摄片、CT 有一定辐射,可能对胎儿造成不良影响。鉴此,本研究对 11 例 PABC 患者联合采用腔内心电图和心脏彩超确定 PICC 定位,护理报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2015 年 12 月至 2020 年 1 月我院肿瘤科接诊 34 例 PABC 患者。其中 23 例为孕早期,选择终止妊娠后行手术治疗;11 例中晚期妊娠乳腺癌患者选择继续妊娠,经 PICC 行化疗。11 例患者年龄 28~38 岁,孕 28~31 周,其中 5 例为第 2 次妊娠。均无心脏疾患和妊娠期其他合并症。11 例患者行乳腺彩超检查发现乳腺实质性包块,穿刺活检示乳腺浸润型导管癌。临床分期:T₂N₀M₀ 期 5 例,T₂N₁M₀ 期 3 例,T₃N₂M₀ 期 3 例。

1.2 治疗 11 例患者妊娠期采用表阿霉素+环磷酰胺方案化疗,即表阿霉素 90 mg/m²,环磷酰胺 600 mg/m²,每 3 周 1 次。舌下含服盐酸昂丹司琼口腔崩解片

(瞬吉)8 mg 镇吐治疗,1 次/d。行 1~2 个周期化疗,待孕 34 周后行剖宫产手术。新生儿 Apgar 评分 7~8 分,均正常存活,各项生长发育指标正常。剖宫产术后 1 个月内,行乳腺癌改良根治术,术后行 2~4 个疗程多西他赛方案化疗,即多西他赛 75 mg/m²,每 3 周 1 次。化疗结束后行病理检查,若为激素受体阳性乳腺癌,则行内分泌治疗 5 年(戈瑞林 3.6 mg 皮下注射,每月 1 次;来曲唑片 2.5 mg 口服,每日 1 次)。

1.3 结果 11 例患者在治疗初期均行 PICC 置管,留置顺利,均顺利完成化疗,无原发和继发异位。1 例患者留置 192 d 拟拔管前超声筛查发现无症状导管相关性血栓,经血管外科会诊给予低分子肝素抗凝治疗 7 d 后拔除导管,拔管后抗凝治疗 3 个月。11 例随访 10~48 个月,患者乳腺癌无复发,婴儿各项生长发育指标正常,取得良好治疗护理效果。

2 护理

2.1 建立多学科合作团队 由于中晚期 PABC 患者接受化学治疗的病例少见,国内未见此类患者接受 PICC 置管定位的报道,实施的过程中障碍较多。因此建立了 PICC 科主导,肿瘤科、妇产科、乳腺外科、超声影像科、精神心理科分工合作的多学科合作团队。PICC 科主导召集多学科团队评估患者,负责患者静脉评估、PICC 置管维护、带管风险管理以及居家护理随访;妇产科落实胎儿监测及相关培训、产前产后护理和新生儿评估护理;乳腺科负责乳腺癌根治术前和术后护理;超声影像科负责胎儿发育与畸形筛查、PICC 术后心脏彩超和血栓筛查;精神心理科负责患者精神状态评估和干预。

2.2 置管前准备 由肿瘤科、妇产科、乳腺外科共同制定审核治疗方案,精神心理科医生对患者进行心理评估和疏导后,行 PICC 置管。置管护士均为经过腔内心电图定位知识与技能培训的 PICC 专科护士。

作者单位:华中科技大学同济医学院附属同济医院 1. PICC 科 2. 肿瘤科 3. 产科(湖北 武汉,430030)

冯丽娟:女,硕士,副主任护师,护士长

通信作者:余忠贞,664404743@qq.com

科研项目:湖北省科技计划项目(2019CFB692)

收稿:2020-10-02;修回:2020-12-25

将患者安置在专用置管室,远离大型电器设备,室温控制在 $18\sim 26^{\circ}\text{C}$,避免因寒冷所致的肌电干扰。患者穿着宽松,拟粘贴电极的部位进行皮肤清洁,以减少电阻;操作前2 h患者保持平静状态。11例患者均无心脏节律异常、P波异常或严重的心动过速,未植入起搏器。

2.3 PICC置管操作 置管前评估血管直径、走向、深度,选择最佳穿刺血管、穿刺点及导管规格。本研究均采用前端开口式导管。11例患者因考虑患侧后续的乳腺癌根治术均采用健侧肢体置入PICC,置管过程中采取多专科合作,严密监测孕妇和胎儿生命体征;采取超声引导穿刺并排除颈静脉异位,置管中腔内心电图定位。

2.4 PICC置管头端定位方法 清洁电极片粘贴处皮肤并待干,确保皮肤完整、洁净、干燥。连接心电导联线与电极片,按标准电极放置位置粘贴电极片,描记肢体II导联心电图。待体表心电图稳定、连续,观察P波的形态和节律,保存体表心电图,取下右上II导联线备用。置管中行腔内心电图定位,置管后彩超排查右心房异位,以保证理想的导管头端位置,避免相关并发症的发生^[3]。腔内心电图是将记录电极置于心腔或脉管腔内某一部位后记录心脏电活动。应用腔内心电图引导中心静脉导管头端定位,即当导管头端接近上腔静脉与右心房交界处时,P波逐渐增高,比体表心电图P波振幅高出4~6倍,此时说明导管头端已进入正确的静脉部位;PICC进入右心房后,高峰P波回落;至右心房中部时,可出现负向P波^[4-5]。穿刺成功后修剪导管备用,将右II心电导联线套上无菌保护罩,连接无菌导联夹并夹在PICC尾端导丝上。导丝突出导管头端2 cm,置入导管后观察心电图P波的改变,待腔内心电图连续、稳定后,观察P波的形态和节律,出现高尖或反向P波时,打印心电图。

2.5 定位后护理 轻柔撤出导丝2 cm,关闭延长管拇指夹,去除延长管;再次观察心电图P波的改变,P波恢复正常波形,打印心电图。将患者头部偏向置管侧对面,超声探查颈静脉,颈静脉内无超声影,推注生理盐水无水花显示,判断导管未出现颈静脉异位^[6]。置管后行心脏彩超确认导管位置,排除导管异位右心房或永存左上腔静脉^[7]。

2.6 分娩后PICC定位核查 11例分娩后行胸部X线摄片检查PICC头端位置。9例右侧贵要静脉置入患者复查胸片示PICC头端平第6后肋(即第二前肋下缘),2例左侧贵要静脉置入患者复查胸片示PICC头端平第5后肋(即第二前肋上缘)。两者胸片定位可能为患者分娩后膈肌下移所致,且左侧因左头臂静脉解剖位置差异大,且妊娠期心影多向左上方向上移,左侧置入PICC患者分娩后导管头端位置只位于上腔静脉上1/3,说明分娩前置管定位准确。

2.7 随访 PICC留置成功后患者需留存2~3个联系电话,以防联系方式变更。采用电话随访、门诊复诊、微信视频等方式与患者和家属进行沟通,电话与微信视频每月1次,门诊复诊化疗结束后1年内每3个月1次,次年每6个月1次。随访时了解患者PICC管理情况,管道穿刺点观察、功能锻炼和沐浴方法的掌握度。定期完成置管侧静脉超声筛查排查导管相关深静脉血栓。2例患者因产后多汗导致贴膜下皮疹,经PICC护士随访发现后更换无菌纱布固定。1例患者留置192 d完成化疗后超声筛查发现无症状导管相关性血栓,予低分子肝素抗凝治疗7 d后拔除导管,拔管后抗凝治疗3个月。8例患者均无导管相关性感染和其他并发症发生。

3 讨论

中晚期PABC患者PICC置管面临的主要困难是临床参考病例少,患者妊娠晚期腹部体积增大膈肌上移,PICC置管体外测量准确性差和定位困难。PICC头端位置不当会引起血栓形成、心律失常和血管穿孔等常见并发症,PICC头端位于上腔静脉的位置过浅,导管头端和血管壁的摩擦风险增加,可能导致血管壁的损伤,这种损伤的严重后果是引起血栓和血管壁破损穿孔^[8]。美国静脉输液护理学会(INS)推荐:PICC头端位置应位于患者上腔静脉下1/3到上腔静脉与右心房连接处。此处上腔静脉的管径大于锁骨下静脉及头臂静脉,导管头端与血管壁平行减少了头端与管壁的接触。此外,上腔静脉血流量丰富,经导管输注液体可被快速稀释,避免了药物对血管壁的刺激。Harako等^[9]研究发现,当导管末端位于上腔静脉近端1/3时,导管末端很容易发生自然移位;而置管长度过深,导管异位于心脏可诱发心律失常,损伤右心房瓣膜,甚至引起急性心脏压塞^[10]。此外,导管误入颈静脉可发生化疗药致后组颅神经受损、冠状窦损伤致血栓形成,甚至引起卒中发生或双侧肺部纤维化^[11-12]。应用腔内心电图定位在妊娠患者中尚未见报道,且因妊娠期患者心率加快,是否可以导出特征性P波,是本文重点关注的焦点。

本研究采用置管中常规超声排查颈静脉异位加腔内心电图定位,以及置管后心脏超声排查导管右心房异位,保证了导管头端的准确定位,帮助患者顺利完成化疗。同时也给后续研究提供了方向,如因分娩前后膈肌的变化对PICC定位的影响是否增加血栓风险,可在扩大样本量的基础上继续研究。本次研究均使用前端开口导管,配备专用电极夹和无菌电极夹及导线保护罩,避免操作中污染。使用亲水导丝可直接进入右心房,采集心电波形更连续和稳定。且因患者行有心脏毒性化疗类药物化疗常规需行心脏彩超评估心脏功能,故本方法既减少放射线辐射,又未增加患者医疗成本,可行性较强。