

力健新封管预防血液透析导管相关性感染的效果分析

周熙彬, 孟娟

[摘要] 目的 探讨力健新封管在血液透析深静脉导管相关性感染的应用价值。方法 将 46 例随机分为试验组和对照组, 每次血液透析结束后, 对照组单纯采用肝素封管, 试验组给予肝素与力健新混合进行封管。结果 对照组出现导管感染 4 例, 试验组中出现导管感染 1 例, 肝素加力健新封管组的感染率明显低于对照组($P < 0.05$)。结论 力健新封管可预防血透患者中心静脉导管相关性感染。

[关键词] 血液透析; 导管相关性感染

[中图分类号] R459.152

[文献标识码] B

[文章编号] 1681-5122(2007)20-1854-02

近年来, 长期深静脉留置导管透析和临时深静脉透析导管已成为维持性血液透析患者血管通路的极好补充。导管相关性感染是其主要和常见的并发症之一^[1], 它的发生严重影响患者的治疗, 危及患者生命。为降低导管相关性感染, 延长导管留置时间。我科使用力健新封管预防导管相关性感染, 效果较好, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 研究对象为力健新封管前及封管后在本透析室进行血液透析的颈内静脉插管(包括临时性深静脉置管和带袖套皮下隧道的长期置管)共 46 例在置管后随机分为两组。其中 21 例为试验组, 25 例为未封管组。两组性别、年龄、原发病构成无明显差异。

1.2 操作方法 (1) 每次透析操作时, 操作人员和患者戴口罩。操作人员戴无菌手套, 首先观察穿刺点是否有红、肿、分泌物的溢出。(2) 铺无菌治疗巾, 然后给予 0.12% 碘酒和 0.175% 酒精螺旋形顺时针消毒直径 7 cm 以上, 然后用干无菌纱布覆盖并固定。(3) 用 0.12% 的碘酒和 75% 的酒精螺旋消毒肝素帽, 用 5ml 的注射器抽出导管内的肝素后进行血液透析。(4) 为避免污染, 管腔不直接暴露在空气中, 开始透析后将肝素帽及与肝素帽连接的穿刺针用无菌治疗巾覆盖。(5) 透析结束后, 先将穿刺针在肝素帽进针处用 0.12% 碘酒和 75% 酒精消毒, 再拔除穿刺针进行回血、封管。(6) 封管方法: 每次透析结束后用无菌生理盐水 10 ml 注入管腔, 再用肝素 6 250 u/ml 封管, 每两周对实验组深静脉置管的患者用力健新 0.15 g 加生理盐水 4 ml 溶解后和甘素 6 250 u/ml 封管, 连续 2 次。

1.3 判断标准 导管相关性感染诊断标准: 置管口皮肤红肿热痛, 有脓性分泌物即诊断为局部感染; 发冷、发热及寒战等症状在导管拔除后症状消失, 排除其他原因; 导管血培养呈阳性, 导管尖细菌培养 > 500 个菌落/平皿; 置管口皮肤红肿热痛, 有脓性分泌物。符合上述 1 项即可诊断为全身感染^[2,3]。

1.4 统计学方法 所有资料建立数据库采用 SPSS 11.5 统计软件分析处理, 进行 t 检验。

2 结果

2.1 两组患者感染的发生比较 见表 1。

2.2 两组感染的病原学 见表 2。

2.3 两组患者导管留置时间比较 见表 3。

表 1 两组患者感染的发生率 (例)

组别	感染发生例数	未感染患者例数	患者例数	感染率 (%)
试验组	1	20	21	4.76
对照组	4	21	25	16
合计	5	41	46	10.87

注: $u = 2.39, P < 0.05$, 说明两组患者感染的发生率差异有统计学意义

表 2 两组患者血标本和分泌物细菌培养结果 (例)

组别	表皮葡萄球菌	金色葡萄球菌	大肠杆菌	肺炎克雷伯菌
试验组	1	0	0	0
对照组	1	1	1	1

表 3 两组患者导管留置时间比较 (天 \pm s)

项目	试验组	对照组
留置时间(天)	36 \pm 8.2	27 \pm 6.4

注: $t = 14.04, P < 0.05$, 显示两组患者导管留置时间差异有统计学意义

3 讨论

导管相关感染是决定留置导管寿命的重要因素之一^[4], 而使用抗生素封管后导管内抗生素浓度高, 持续时间长, 能有效预防血透患者中心静脉导管相关性感染。

本次试验中, 未使用力健新封管的对照组共 25 例, 发生导管相关性感染 4 例, 感染率为 16%, 接近国内近期相关报道^[5]。采用力健新封管的试验组共 21 例, 发生导管相关性感染 1 例, 感染率为 4%, 提示用力健新进行预防性封管明显减低导管相关性感染的发生。

5 例导管相关性感染患者的血标本及分泌物培养均采用标准细菌培养。结果显示均以 G⁺ 菌感染为主, 符合头孢类抗生素的抗菌谱。

两组患者深静脉插管留置时间比较: 试验组患者插管平均留置时间为(36 \pm 8.12) 天。对照组患者插管平均留置时间为(27 \pm 6.14) 天, 力健新封管组较对照组留置时间明显延长。

此外, 防治感染的环节还包括: (1) 统一护理操作方法, 制定深静脉导管留置管理操作常规使护士能系统的观察与护理。(2) 选择高质量的导管, 注意查对有效期限及灭菌效果, 减少因导管质量问题导致的感染。(3) 护士在对深静脉导管护理时应佩戴无菌手套, 导管口每次透析开始时应用

作者单位: 100020 北京, 首都医科大学附属北京红十字朝阳医院肾内科血透室

2%的碘酒及酒精消毒后方可引血。导管出口处应覆盖无菌敷料,定期更换并保持干燥。(4)每次透析治疗结束后,使用肝素及抗生素封管时均应采用正压封管,防止化学性静脉炎和血栓的形成及导管堵塞,并用无菌纱布包裹后固定。(5)深静脉导管留置过程中要严密观察病情。体温是监测感染发生的重要指征。

[参考文献]

- 1 张萍,袁静,陈江华,等.111例长期深静脉留置透析导管患者相关并发症的分析.中华内科杂志,2004,43:198-200.
- 2 Abidi. Factors influencing function of temporary dialysis catheters.

Clinical Nephrology, 2000, 53: 199.

- 3 Shaffer. Catheter related sepsis complicating longterm, tunneled central venous dialysis catheters: management by guide wire exchange. Am J Kidney Dis, 1995, 25(4) : 593.
- 4 Blankestijn PJ. Treatment and prevention of catheter - related infection haemodialysis patients. Nephrol Dial Transplant, 2001, 16: 1975 - 1919.
- 5 张虹,张建林,朱起之.血透患者深静脉导管相关性感染的分析.实用医学杂志,2001,17(5):397-398.

(收稿日期:2007-09-21)

(本文编辑:宋青)

门静脉高压症行断流脾切除术后并发症的护理

李颖敏,陆映月,姚炜

[摘要] 目的 探讨门静脉高压症行断流脾切除术后并发症的发生原因及护理。方法 2000年1月~2007年1月常州市武进人民医院肝胆外科为85例肝硬化门静脉高压症患者施行了断流脾切除术,对这些患者的临床资料进行回顾性分析。结果 本组术后发生多见并发症16例,发生率为1818%(16/85),包括出血性并发症4例,感染性并发症7例,大量腹水3例,急性门静脉血栓2例。结论 门静脉高压症断流脾切除术术后并发症的发生和死亡率除与手术适应证、手术时机的把握及手术技巧的掌握有关外,注重围术期的密切监测和护理是保证手术效果的重要环节。

[关键词] 门静脉高压症;断流脾切除;护理

[中图分类号] R473.16

[文献标识码] B

[文章编号] 1681-5122(2007)20-1855-02

外科手术贲门周围血管离断脾切除术是临床上防止各种原因肝硬化合并门静脉高压症致食管胃底静脉曲张破裂出血,解除脾功能亢进有效的手术方式^[1],常州市武进人民医院肝胆外科2000年1月~2007年1月共施行贲门周围血管离断脾切除术85例,其中术后发生多见并发症16例,现对其原因、预防及护理做一探讨,报告如下。

1 临床资料

本组共85例,男58例,女27例;年龄29~75岁,平均42.18岁;Child A级35例,Child B级38例,Child C级12例,急诊手术20例,择期手术65例,手术方式为单纯脾切除22例,贲门周围血管离断加脾切除63例,52例在全麻加硬膜外麻醉下完成手术,其他在硬膜外麻醉下完成。

2 结果

85例断流脾切除术,术后发生多见并发症16例,并发症发生率为1818%(16/85),死亡2例,死亡率2%(2/85),具体情况分别为腹腔内出血和腹腔内大量渗血4例,术后感染7例(肺部感染2例,切口感染1例,脾热4例),大量腹水3例,急性门静脉血栓2例。

3 讨论

3.1 术前心理护理 本组患者均病程反复,患者常有多次求诊的经历,其中1例肝硬化患者先后出现5次消化道出

血,而且需手术治疗,致使患者情绪低落,怀疑自己的疾病难以治愈,失去生活信心,产生焦虑、怨恨、自暴自弃等情绪。给患者介绍有关疾病知识,原位脾切除的优势和护理经验,消除患者对手术的恐惧和紧张感,增强战胜疾病的信心^[2]。

3.1.2 腹腔内大出血 腹腔内大出血是脾切除术后一种比较严重的并发症,绝大部分的腹腔内大出血发生于术后24h之内^[3],最常见的原因因为膈面或后腹膜区渗血,或脾蒂结扎线脱落。(1)生命体征的监测。术后对患者的体温、脉搏、呼吸、血压以及血氧饱和度进行持续监护2天,持续吸氧2天,以提高肝细胞的氧供。(2)严密观察膈下引流管引流出液体的量、颜色和性质。同时应重视患者的主诉,观察腹部有无压痛。大出血的原因可为胰尾血管、脾蒂血管、胃短血管的出血及膈面、脾床的创面渗血。血管性出血多由于技术因素引起,而腹腔内大量渗血多与术前准备不充分或来不及充分的准备密切相关。术前患者肝功能越差、凝血机制障碍越严重,术后发生大出血的可能性越大,出血量越多。临床主要表现为心率加快、血压下降、腹腔引流管短时间内引流出大量的血性液体,重者可出现休克征象。因此,术前充分准备尽可能地改善患者的肝功能和凝血状态,手术前后酌情输注10个单位的血小板或凝血酶原复合物,在术后24h内应严密观察患者的面色、脉搏、血压及末梢循环变化,特别是引流管的护理尤其重要。引流管的有效引流在治疗手术并发症中占有重要地位,引流管所引流出的内容可提供手术后相关