

一例上臂输液港术后囊袋感染伴港体外露的保港护理体会

柴五玲 宋雪 程志远 李峰 徐星

安徽医科大学第一附属医院肿瘤内科 安徽 合肥 230022

摘要: 总结 1 例上臂输液港植入术后出现囊袋感染伴港体外露并发化疗后 IV 级骨髓抑制患者的护理体会。护理要点包括: 多学科会诊积极抗感染治疗联合创面护理, 落实 IV 级骨髓抑制护理, 进行多形式的心理护理, 患者出院后的延伸随访跟进。经过积极治疗及护理, 患者行移港术, 保港成功, 顺利出院。随访 2 个月, 患者上臂输液港伤口愈合良好。

关键词: 上臂植入式输液港; 囊袋感染; 港体外露; 护理

上臂植入式输液港 (Arm Port) 作为新型封闭式静脉输液系统, 经上臂上 1/3 区贵要静脉或腋静脉行导管植入, 同时于上臂内侧中 1/3 皮下建立囊袋完成装置植入 [1,2]。在需长期化疗、肠外营养支持及外周静脉通路困难患者中具有显著应用价值。国内多中心研究显示, 囊袋感染是输液港植入术后的严重并发症。单腔三向瓣膜式输液港的囊袋感染发生率为 0.65% (15/2315 例) [3], 而国外回顾性研究报道其发生率可达 7% [4]。值得注意的是, 囊袋感染若未获得及时控制, 将直接导致装置移除, 这不仅加重患者经济负担, 更对其治疗依从性及心理状态产生负面影响。本文报道 1 例卵巢恶性肿瘤合并盆腔转移患者上臂输液港植入后囊袋感染的综合护理经过: 女性患者, 58 岁, 因长期化疗 (累计 2 年) 致外周静脉重度损伤, 经评估后行左上臂输液港植入术辅助化疗。术后第 7 日出现囊袋感染伴皮肤破损, 经抗感染治疗联合创面管理等综合护理后成功保留输液港。总结如下:

1. 临床资料

患者, 女, 58 岁, 已婚, 农民, 住院号: 17641691。因“卵巢恶性肿瘤”收住入院。患者于 2023 年 1 月 17 日因腹痛就诊我院行 B 超引导下盆腔肿物穿刺 + 活检, 病理诊断: (盆腔肿物活检物) 恶性肿瘤, 腺癌, 行 TC 方案 2 程化疗后, 行经腹根治性全子宫、附件切除术, 病理示: (右侧附件) 差分化癌, 高级别浆液性癌。术后行 12 程化疗, 过程顺利。2024 年 12 月 31 日, 医护合作式从患者左侧上臂行手臂输液港植入术, 超声引导辅以心电定位下 1 针精准穿刺左贵要静脉, 术中顺利。导管在体内总长度 39cm, 隧道 2cm, 臂围 28cm, 术后 X 线定位导管尖端位于脊柱右侧第七后肋下缘水平。术后当日行洛铂 50mg d1+ 亚叶酸钙 0.1g d1-5+5-

FU 0.5g d1-5 化疗。渗血渗液多予换药 1 次, 治疗结束后当日出院, 揭除敷料时发现敷料潮湿, 囊袋处皮肤发红、皮温高、触痛, 体温正常, 局部予浓碘消毒并使用藻酸银敷料覆盖。患者回当地社区医院预防性输注 3 代头孢抗生素。进行延伸随访。

2. 护理

2.1 多学科会诊积极抗感染治疗联合创面护理, 保港成功

术后第 7 日患者囊袋处皮肤破损 0.5 × 1cm, 少量黄色分泌物, 局部皮温高, 伴有轻触痛。体温正常, 院内静疗小组联合伤口小组、临床药师会诊。建议行创面培养, 双套血培养检验, 继续使用抗生素治疗。患者考虑门诊治疗费用高拒绝行双套血培养检验, 只做创面培养。建议囊袋破损处创面采用 3% 过氧化氢消毒并继续使用抗生素静滴。依据“TIME”原则对囊袋破损处皮肤进行积极抗感染及创面管理。抽取 20ml 3% 过氧化氢沿着破损处皮肤洞口缓慢注射到囊袋内, 少量气泡从囊袋及穿刺点涌出, 3% 过氧化氢与生理盐水反复冲洗, 减少伤口内细菌数及毒素吸收, 清除伤口内腐败组织, 待干后皮肤表面外喷多聚长效抗菌膜液材料。银离子敷料对准伤口覆盖, 手掌轻轻按压敷料 30 秒后行伤口包扎。根据渗液量 1-3 天更换敷料。密切观察伤口感染情况。术后第 10 日患者囊袋皮肤破损 1 × 1.5cm, 皮温正常, 仍有轻触痛, 囊袋部分裸露, 换药方式同前。创面培养示: 无菌生长。术后第 20 日, 囊袋处感染控制, 囊袋破损处皮肤已结痂但未愈合。患者及家属明确表达保港意愿。经医生评估, 在严格无菌消毒后在原囊袋下方 2cm 处行移港术, 破损处皮肤行纵向缝合术, 缝合时并未完全封闭, 给予引流, 避免

皮下血肿。术后第 24 日，患者移港缝合处皮肤无渗出。患者治疗期间心理咨询师及责任护士关注患者的心理状况，向患者讲解现存问题，使患者对其有正确的认识。心理咨询师对患者进行正念与放松训练，避免过度焦虑，减轻心理负担。家属陪伴患者，使患者感到安全，增强其信心，自始至终积极配合治疗。随访近 2 个月，患者输液港伤口愈合良好，保港成功。

2.2 落实 IV 度骨髓抑制的护理措施

患者输液港植入术后第 10 日，化疗后 1 周，复查血常规提示：C-反应蛋白(CRP): 21.3 mg/L、白细胞计数(WBC): $0.56 \times 10^9/L$ 、血红蛋白计数(Hb): 63 g/L、血小板计数(PLT): $3 \times 10^9/L$ ，化疗后 IV 度骨髓抑制收治入科，床位医生与临床药师沟通患者病情，予美罗培南抗感染、升血小板及升白等对症治疗。患者 PLT 仅 $3 \times 10^9/L$ ，存在自发性出血风险。立即实施“零出血”护理方案，安置患者于单人病房，绝对卧床，每日紫外线消毒病房，保持环境清洁。医护人员接触患者前后严格手消毒，佩戴口罩、帽子。进行护理操作时严格无菌，每 4 小时测体温，若 $> 38^\circ C$ 立即报告，进行血培养。每日餐后使用氯己定漱口，避免口腔溃疡。便后使用温水清洗，预防肛裂感染。保持皮肤清洁，修剪指甲，避免搔抓致皮肤破损。禁用硬毛刷、牙签、禁止抠鼻，皮下注射后按压至止血。患者食欲不振，营养科会诊指导其摄入高蛋白、高热量、易消化食物，每日少量多次进食，选择患者喜好食物。必要时给予静脉营养或口服配置的营养液，以提高其免疫力和抵抗力。责任护士指导患者和家属识别感染/出血症状(发热、淤斑、头晕等)，及时报告。每 2 日复查血常规，记录病情。治疗护理 10 日后血常规复查正常，无并发症。

2.3 跟进延伸随访

患者输液港植入术后第 20 日，囊袋感染控制，血常规正常。于知情同意下行移港术，术后健康宣教等同于输液港置入后的健康宣教。静疗护士每日查看敷料情况，如有渗液渗血随时更换。医护人员每日 3 次的床旁交接班，使患者和家属感受到医护人员的重视。指导患者和家属识别输液港术后并发症的早期症状，并学会采取正确的处理措施，提高患者自我管理能力。出院前建立微信群，居家期间每 2 日社区医院换药，拍照发群里，医护随时观察输液港伤口长势，有任何不适在群内反应，医护人员及时给予解惑答疑，既缓解患者焦虑，也增强患者心理支持与信任感。

2.4 原因分析

患者因素：患者系晚期肿瘤，于当日行手臂输液港植入术后进行化疗，免疫力下降，难以抵御病原体侵袭。加上化疗药物的不良刺激，均增加了微生物通过穿刺针移位至输液座周围造成感染的机率^[5]。文献报道，输液港置港后其感染发生率可达 3% ~ 6%^[6]。患者化疗后一周出现骨髓抑制，免疫功能低下。亦增加了感染的机会。

护理人员因素：1、冬季患者穿衣多，脱衣服花费时间较长，护士观察患者敷料不及时，潮湿敷料未及时更换，易引发感染。2、感染初期该患者出现囊袋局部皮肤发红、皮温高、触痛，医护人员认为是囊袋局部穿刺处针眼皮肤出现感染，有囊袋感染可能，未引起高度重视，虽对其进行浓碘消毒并使用藻酸银敷料覆盖，于当地社区医院输注头孢 3 代抗生素预防感染，每日常规消毒更换敷料，但社区护理人员毕竟不是专科人员，进而发展成局部组织潜行感染致局部皮肤变薄破损，港体外露。

3. 小结

植入式静脉输液港具有留置时间长、日常生活影响小、可保持自身形象完整等特点，为长期反复输液和输液困难的患者提供了安全的输液通路，但其并发症也是不容忽视。囊袋感染是输液港植入术后的严重并发症。一旦发生感染则会增加非计划性拔管的风险，不仅给患者带来损伤，也可能造成治疗中断，延长住院时间，甚至危及患者生命^[7]。本例患者发生的输液港植入后囊袋感染伴港体外露是输液港严重的并发症，若处理不当可能要取港，甚至危及患者的生命，增加患者的经济负担。经科室积极进行多学科团队合作模式制定个体化的管理方案，采取针对性的护理措施，最终保港成功。

参考文献：

- [1] 仇晓霞, 金光鑫, 郭艳, 等. 超声引导下上臂完全植入式输液港植入临床应用[J]. 介入放射学杂志, 2017, 26(8): 689-694.
- [2] 中国中西医结合学会外周血管疾病委员会中心静脉通路专家组. 静脉输液港植入与管理多学科专家共识(2023版)[J]. 中国普通外科杂志. 2023, 32(6): 799-814.
- [3] Sueyoshi S, Ono T, Chitose SI, Fukahori M, Kurita T, Umehara H. The risk of pocket infection or bloodstream infection following central venous port placement for the patients with

Cetuximab therapy. *J Oncol Pharm Pract.* 2025 Mar;31(2):195–202.

[4] 马晓静, 施丽华. 1 例上臂输液港植入患者术后囊袋破损伴感染成功保港的护理体会 [J]. *医学动物防制*, 2020, 9(27):159–161.

[5] 屈敏, 施如春, 张爱霞, 等. 上臂输液港在肿瘤病人中的应用研究进展 [J]. *护理研究*, 2020, 34(12):2145–2149.

[6] Lebeaux D, Fernández-Hidalgo N, Chauhan A, et al. Management of infections related to totally implantable venous-accessports: challenges and perspectives [J]. *Lancet Infect Dis*, 2014, 14(2): 146–159.

[7] 谢琼, 卢咏梅, 方少梅, 等. 植入式静脉输液港相关性感染预防及管理的最佳证据总结 [J]. *护理学杂志*, 2020, 35(12):49–53.