

PICC导管静脉血栓形成原因分析及护理对策

患者 xxx 男性 42岁 住院号 820348

以“胸痛，咳嗽伴间断发热十余天”
为主诉入院



十余天前患者无明显诱因出现右侧胸痛，呼吸及咳嗽时加重，伴间断发热，症状持续无缓解，在当地行胸部CT示：右上肺片状阴影，来我院就诊。



行支气管镜检查考虑：纵膈恶性肿瘤可能性大；
经皮肺穿刺活检病理考虑：非霍奇金淋巴瘤；

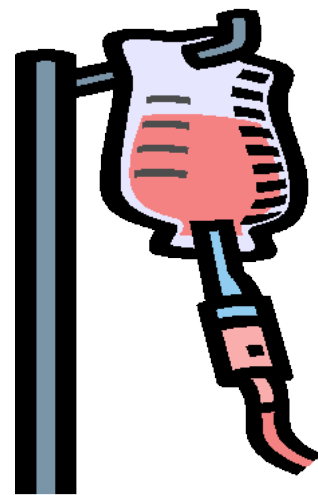


骨穿细胞形态学及骨髓活检均考虑：急性白血病，FCM示R₂85.92%为异常表达，表达CD₃₄，CD₃₈，CD₁₃，CD₂，CD₆₄，HLA-DR部分表达CD₁₁₇，考虑髓系表达伴CD₂₊确诊为急性髓系白血病。医嘱给予DA方案诱导治疗。

由于需要长期输入化疗药物，遵医嘱给予患者留置PICC导管。

患者术前肝功能、凝血酶原活动度正常，采用美国巴德4FPICC导管，左侧贵要静脉穿刺，导管送入47CM，导管末端位于第4胸椎。

使用过程中 A-C-L导管维护方法维护导管一月余，出现液体滴入缓慢，无回血。考虑导管前端纤维蛋白鞘形成。



给予尿激酶5000u/ml 尿激酶封管，保留20分钟，回抽后马上生理盐水脉冲冲管效果欠佳，有少量回血抽出。第二天再次行导管再通术，效果差。

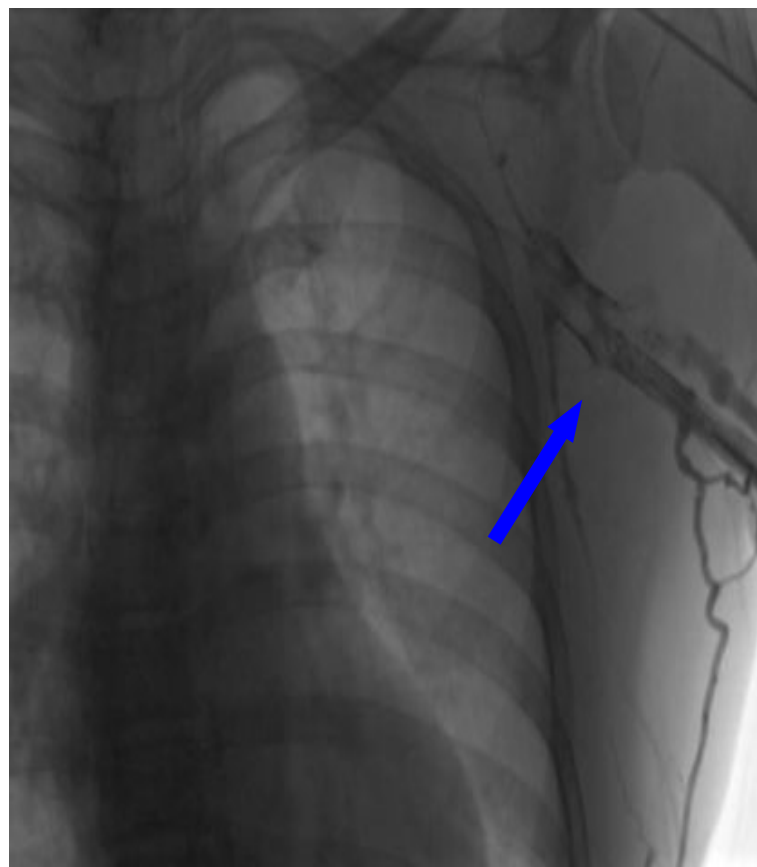
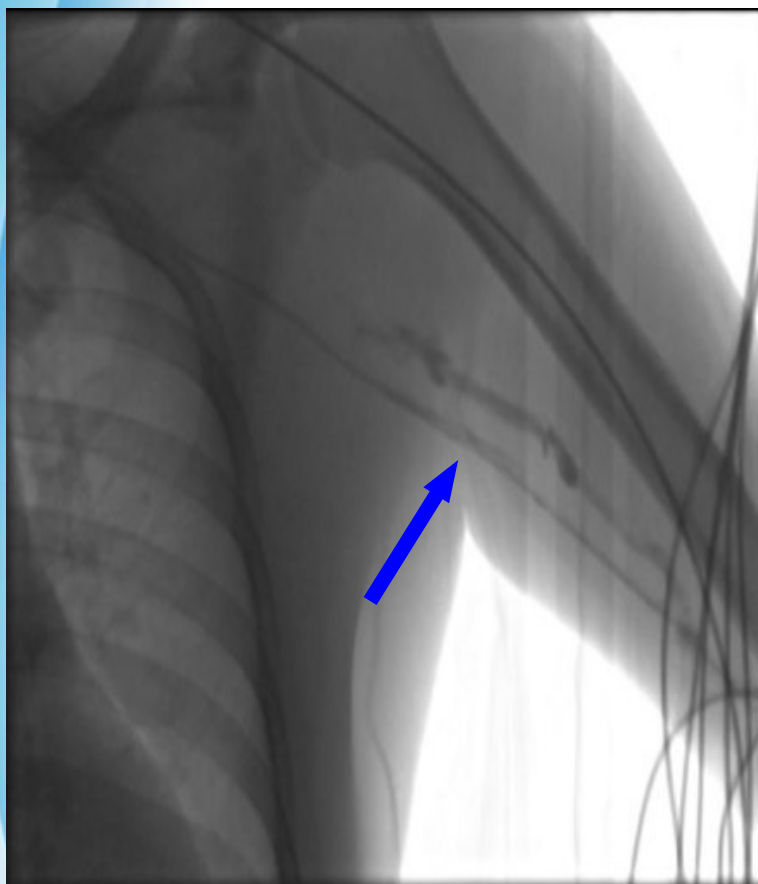
经反复进行导管再通术，未成功。征求主管医师及患者意见，同意拔出导管。

拔管时出现阻力，立即停止操作，嘱患者放松，给予热敷、按摩左上臂30分钟。再次拔管时仍阻力明显。

于第二天行彩色B超示：左侧两条腋静脉，
导管留置于一条腋静脉中，可见激化血栓
形成。
急诊DSA下拔管。



在导管室DSA下拔出PICC导管



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/045241242111011131>