

肝胆胰外科 PICC 并发症预防及护理对策

汤林琼 王永琼 (通讯作者)

昆明医科大学第二附属医院 云南 昆明 650101

【摘要】：目的：探讨肝胆胰外科 PICC 置管患者的并发症类型，提出针对性预防及护理对策，降低并发症发生率。方法：选取 2024 年 5 月至 2025 年 5 月我院肝胆胰外科 60 例 PICC 置管患者，随机分为对照组和实验组各 30 例。对照组采用常规 PICC 护理，实验组采用针对性并发症预防护理，对比两组并发症发生率、导管留置时间及护理满意度。结果：实验组并发症发生率 6.67% (2/30)，显著低于对照组 26.67% (8/30)；导管平均留置时间 (48.52±5.31) d，长于对照组 (36.24±6.18) d；护理满意度 96.67% (29/30)，高于对照组 76.67% (23/30)，差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。结论：针对性预防护理可有效降低肝胆胰外科 PICC 并发症发生率，延长导管留置时间，提高护理满意度，值得临床推广。

【关键词】：肝胆胰外科；PICC；并发症；预防护理；导管维护

DOI:10.12417/2811-051X.26.10.056

引言

经外周静脉置入中心静脉导管 (PICC) 是肝胆胰外科临床治疗中常用的静脉通路建立方式，具有留置时间长、操作简便、能减少反复穿刺痛苦等优势，广泛应用于化疗药物输注、胃肠外营养支持、长期静脉补液等治疗中^[1]。但肝胆胰外科患者病情复杂，多合并肝功能异常、凝血功能障碍、营养不良等问题，且常需长期卧床，导致 PICC 置管后并发症发生率较高，常见并发症包括导管相关性感染、血栓形成、导管堵塞、静脉炎等，不仅影响治疗顺利进行，还可能加重患者痛苦，甚至引发严重后果。因此，加强肝胆胰外科 PICC 并发症的预防及护理干预，对保障治疗效果、改善患者生活质量具有重要意义^[2]。本文选取 60 例肝胆胰外科 PICC 置管患者，探讨并发症预防及护理对策，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2024 年 5 月至 2025 年 5 月我院肝胆胰外科收治的 60 例 PICC 置管患者，采用随机数字表法分为对照组和实验组，每组 30 例。

对照组中，男 17 例，女 13 例；年龄 42~78 岁，平均 (59.63±7.25) 岁；疾病类型：肝癌 12 例，胰腺癌 8 例，胆管癌 6 例，其他肝胆胰疾病 4 例；置管部位：贵要静脉 21 例，肘正中静脉 9 例。

实验组中，男 16 例，女 14 例；年龄 40~79 岁，平均 (58.97±7.51) 岁；疾病类型：肝癌 11 例，胰腺癌 9 例，胆管癌 7 例，其他肝胆胰疾病 3 例；置管部位：贵要静脉 20 例，肘正中静脉 10 例。

两组患者性别、年龄、疾病类型、置管部位等一般资料比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 病例选择标准

纳入标准：符合肝胆胰外科疾病诊断标准，需长期静脉输

液、化疗或胃肠外营养支持；无 PICC 置管禁忌证，首次行 PICC 置管；意识清楚，能配合护理操作；患者及家属知情同意并签署知情同意书。

排除标准：合并严重凝血功能障碍、严重感染、上腔静脉综合征者；穿刺部位皮肤有破损、感染或肿瘤转移者；精神疾病患者、无法配合护理者；预计生存期 < 3 个月者；乳腺癌术后患侧手臂置管者。

1.3 方法

1.3.1 对照组

采用常规 PICC 护理模式，具体措施包括：置管后常规消毒穿刺部位，用无菌透明敷料固定导管；每日观察穿刺部位有无红肿、渗血、渗液，定期更换敷料（每周 1 次，敷料潮湿、松动时及时更换）；输液前后用生理盐水冲管、肝素钠封管；告知患者基本的导管维护知识及注意事项，避免导管受压、扭曲、脱出。

1.3.2 实验组

采用针对性并发症预防护理模式，在常规护理基础上，结合肝胆胰外科患者特点，针对常见并发症实施个性化预防及护理措施，具体如下：

(1) 感染预防护理：置管前严格评估患者皮肤状况及感染风险，对皮肤污垢、毛发较多者提前清洁备皮；置管过程严格执行无菌操作，穿刺部位消毒范围直径不小于 15cm，消毒后待干再进行穿刺；置管后每日观察穿刺部位有无红肿、发热、渗液，定期采集穿刺部位分泌物进行细菌培养，发现异常及时处理；指导患者保持穿刺部位清洁干燥，避免淋浴时敷料浸湿，洗澡时用塑料薄膜包裹置管部位。

(2) 血栓预防护理：置管前评估患者凝血功能，对凝血功能异常者提前遵医嘱干预；置管时尽量选择贵要静脉，避免反复穿刺损伤血管内膜；置管后指导患者进行适当活动，如握拳、松拳练习，每日 3~4 次，每次 10~15min，避免长期卧床

导致血流缓慢；遵医嘱对高危患者使用抗凝药物，定期监测凝血功能；每日观察患者置管侧肢体有无肿胀、疼痛、皮肤温度异常，定期测量肢体周径，发现异常及时排查血栓。

（3）导管堵塞预防护理：输液前后严格按照规范进行冲管、封管，采用脉冲式冲管、正压封管，避免血液反流；输注高浓度、黏稠药物（如脂肪乳、化疗药物）后，先用生理盐水冲管，再进行封管^[3]；定期检查导管通畅情况，发现导管堵塞时，严禁暴力推注，采用尿激酶溶栓处理。

（4）静脉炎预防护理：置管后 24h 内减少穿刺侧手臂屈肘活动，避免压迫血管；观察穿刺部位有无疼痛、红肿，对出现静脉炎早期症状者，采用热敷、硫酸镁湿敷等方式缓解，每日 2 次，每次 15~20min；选择合适型号的导管，避免导管过粗损伤血管。

1.4 观察指标

（1）并发症发生情况：统计两组患者导管相关性感染、血栓形成、导管堵塞、静脉炎等并发症发生率。

（2）导管留置时间：记录两组患者从 PICC 置管到拔管的时间，计算平均留置时间。

（3）护理满意度：采用自制护理满意度量表评估，分为非常满意、满意、不满意 3 个等级，满意度=（非常满意例数+满意例数）/总例数×100%。

1.5 统计学处理

采用 IBM SPSS Statistics 25.0 统计软件进行数据分析，计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，采用 t 检验；计数资料以[n（%）]表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者并发症发生情况比较

实验组并发症发生率显著低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），具体见表 1。

表 1 两组患者并发症发生情况比较[n（%）]

组别	对照组	实验组	χ^2 值	P 值
例数	30	30	-	-
导管相关性感染	3(10.00)	1(3.33)	-	-
血栓形成	2(6.67)	0(0.00)	-	-
导管堵塞	2(6.67)	1(3.33)	-	-
静脉炎	1(3.33)	0(0.00)	-	-
总发生率[n(%)]	8(26.67)	2(6.67)	4.320	0.038

2.2 两组患者导管留置时间比较

对照组导管平均留置时间为（36.24±6.18）d，实验组为

（48.52±5.31）d，实验组导管留置时间显著长于对照组，差异有统计学意义（ $t=7.852$ ， $P < 0.001$ ）。

2.3 两组患者护理满意度比较

实验组护理满意度显著高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），具体见表 2。

表 2 两组患者护理满意度比较[n（%）]

组别	对照组	实验组	χ^2 值	P 值
例数	30	30	-	-
非常满意	12(40.00)	20(66.67)	-	-
满意	11(36.67)	9(30.00)	-	-
不满意	7(23.33)	1(3.33)	-	-
满意度[n(%)]	23(76.67)	29(96.67)	5.192	0.023

3 讨论

肝胆胰外科患者因疾病本身特点，常存在肝功能异常、凝血功能紊乱、营养不良等问题，且治疗周期长、需长期静脉给药，PICC 置管成为临床首选的静脉通路方式，但并发症发生率较高，严重影响治疗效果及患者生活质量^[4]。导管相关性感染是肝胆胰外科 PICC 置管最常见的并发症之一，主要与无菌操作不规范、敷料护理不当、患者自身免疫力低下有关，本研究中对对照组感染发生率为 10.00%，与相关研究结果一致。针对性护理通过强化置管全程无菌操作、加强穿刺部位护理及感染监测，有效降低了感染发生率，实验组感染发生率仅为 3.33%。

血栓形成是 PICC 置管的严重并发症，肝胆胰外科患者因长期卧床、凝血功能异常，血流速度减慢，血管内膜易受损，易形成血栓，不仅会导致导管堵塞，还可能引发肺栓塞等严重后果^[5]。本研究中，实验组通过术前凝血功能评估、规范置管操作、指导患者适当活动及必要时抗凝干预，有效预防了血栓形成，无血栓发生病例，而对照组血栓发生率为 6.67%，差异显著。导管堵塞主要与冲管封管不规范、血液反流、黏稠药物残留有关，针对性护理中严格执行脉冲式冲管、正压封管，规范黏稠药物输注后的导管处理，显著降低了堵塞发生率。

静脉炎多发生于置管初期，与导管刺激、血管损伤有关，通过选择合适型号导管、减少置管后肢体活动压迫、早期热敷干预等措施，可有效缓解血管刺激，降低静脉炎发生率。本研究结果显示，实验组总并发症发生率显著低于对照组，导管留置时间显著长于对照组，护理满意度显著高于对照组，表明针对性并发症预防护理模式能有效解决肝胆胰外科 PICC 置管护理中的重点难点问题。

综上所述，肝胆胰外科 PICC 置管患者并发症发生率较高，临床应结合患者疾病特点及并发症发生风险，实施针对性预防

及护理干预,强化无菌操作,加强导管维护,关注患者肢体活动及病情变化,及时发现并处理异常情况,以降低并发症发生

率,延长导管留置时间,提高患者护理满意度,为患者治疗提供安全保障。

参考文献:

- [1] 范菊红.基于静脉治疗教育清单结合多元化宣教模式在血液肿瘤患儿 PICC 导管护理中的效果观察[J/OL].全科护理,2026,(05):909-913[2026-03-11].<https://link.cnki.net/urlid/14.1349.r.20260309.1316.048>.
- [2] 杨秀丽,陈鸿里,周青华.PDCA 护理管理在淋巴瘤患者 PICC 护理中的效果及对不良事件发生率的影响观察[J].婚育与健康,2026,32(03):163-165.
- [3] 李真,孟英涛,尚美美,等.学龄前肿瘤患儿上肢 PICC 导管置入长度预测模型的构建[J].护理管理杂志,2026,26(02):169-172+179.
- [4] 段雅妮.集束化护理对结直肠癌 PICC 置管患者心理状态及自我管理能力的影晌[J].婚育与健康,2026,32(02):172-174.
- [5] 张志红,洪丽,赵伟霞,等.PICC 置管患者握球运动管理的最佳证据总结[J].临床护理杂志,2026,25(01):69-73.