

“省医创新奖”申报表

部门/科室	肿瘤中心	姓名	夏琪	民族	汉	出生年月	
政治面貌	中共党员	职务		职称	主管护师	联系电话	
推荐方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自荐 <input type="checkbox"/> 他荐 <input type="checkbox"/> 组织推荐						
申报类别	<input type="checkbox"/> 管理创新 <input type="checkbox"/> 服务创新 <input type="checkbox"/> 技术创新 <input type="checkbox"/> 科研创新 <input checked="" type="checkbox"/> 护理业务创新						
创新主题	改良无创破皮新技术在 PICC 置管术中的运用和研究						
创新内容及成效	<p>在 PICC 置管术中，结合《静脉治疗护理技术操作规范》应用指南和伤口造口相关理论，通过近 6 个月 1200 余例样本的数据收集和分析，率先创新性的将改良无创破皮新技术运用于 PICC 置管术中，改变了以往固有模式破皮方式，直接破皮、微创破皮（改良扩皮法）和原始无创破皮技术等。</p> <p>成效：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、受邀参加 2018 年静疗国家继续项目静疗技术新进展会议，录制无创破皮视频，做专题讲授并现场演示，为省内外 130 名学员进行讲授，满意度 98%。 2、2018 年 2-7 月共接收省内外进修无创破皮技术进修人员 10 余名。 3、2018 年静疗专科护士培训中讲授并演示此创新技术，目前 90%的学员回到医院运用此创新技术。 4、2018 年 5-7 月受邀参加省内 4 家医院题为改良无创破皮新技术授课，培训人数约 500 余人。 5、2018 年我院静疗-肿瘤团队 7 月院内理论和操作培训将该技术作为培训内容，培训人数约 60 人。 6、我院 PICC 中心主编的 2018 年人民卫生出版社出版的《静脉输液治疗专科护士培训教材》，本创新技术引领全国静疗专科护士的发展。 7、目前本文章正在接受《重庆医学》杂志的第二审，预计年底见刊。 8、以往置管成功后需藻酸盐敷料压迫止血，改良无创破皮后所有患者不再使用，每人每次节约耗材 23 元，节约耗材的占比 1%。 9、穿刺点持续渗血、渗液（> 3 d），发生率从以往为 24.1%下降到目前 0.8%。 10、有出血倾向的患者 PICC 穿刺点渗血发生率 100%下降到 28.2%。 11、7 天内穿刺点感染概率从 12.2%下降到 0.8%。 12、患者对置管的满意度由 82%上升至 98%。 						
附件材料与说明	照片、文字材料、相关数据等						
备注							

附件:

经外周插管的中心静脉导管(PICC)是指由外周静脉穿刺置管,其导管末端定位于上腔静脉的中心静脉导管,关键步骤是B超引导套管针刺穿血管成功后,保留套管在血管内,送导丝,退套管,沿导丝送入带扩张器的置管鞘,退导丝及扩张器,保留置管鞘在血管内,最后经置管鞘送管。

置管常见并发症是穿刺点持续渗血、渗液、淋巴液漏。疤痕难愈、感染、疼痛等,并发症的发生通常由于破皮方式或破皮手法不当造成,笔者作为国际造口治疗师,结合静脉输液治疗行业规范和伤口造口相关理论,对PICC置管非常重要的无创破皮这一步骤进行创新性改良,在以往常用的直接破皮、微创破皮(改良扩皮法)、原始无创破皮基础上,通过对上臂皮肤组织结构和破皮需用工具的血管鞘进行仔细梳理和研究,大胆假设,谨慎求证,在破皮这一环节巧用钝性破皮的精髓。

PICC置管过程中改良无创破皮新技术创新的操作步骤如下:

1、在B超引导下穿刺血管成功将导丝送入血管后撤出穿刺针。

2、将血管鞘分离,扩张器套入导丝,一手绷紧皮肤,另一手轻柔推扩张器进入血管,将其全部送至血管内,停留3秒,使得穿刺点周围的皮肤形成暂时性扩张(见图1)。

3、撤出扩张器,用纱布按压穿刺点,使用生理盐水将其冲洗后重新将其与插管鞘拧紧,将完整的血管鞘套入导丝,左手紧绷皮肤,右手小拇指关节作为固定点,干纱布包裹血管鞘,待扩张器前端(最佳距离)进入皮下后,抬高血管鞘角度约45度左右,母指和食指紧紧捏血管鞘稍用力向前推进(控制力量和推速)(见图2)。

4、扩张器和插管鞘的过度处(“子弹头”)一旦扩入皮下,立即降低血管鞘角度约10-20度(见图3),后顺血管方向轻轻将血管鞘全部送入血管内(见图4)。



图 1



图 2



图 3



图 4