

POLSKIE STOWARZYSZENIE PIELĘGNIAREK ONKOLOGICZNYCH

PROCEDURA OBSŁUGI ZAIMPLANTOWANEGO PORTU DOŻYLNEGO

rekomendowana przez

KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA
ONKOLOGICZNEGO
dr Małgorzatę Pasek

REDAKCJA

mgr Barbara Jobda, dr n. med. Małgorzata Pasek

Warszawa 2022

ZESPÓŁ AUTORSKI

Biedna Ewa, Wielkopolskie Centrum Onkologii

Bil Irena, SP ZOZ MSWiA z Warmińsko – Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie

Bury Cecylia, Podkarpackie Centrum Onkologii w Rzeszowie

Czarkowska Urszula, Wojewódzkie Centrum Onkologii w Gdańsku

Czyżewska Iwona, Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej

Gabryś Aneta, Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy w Gliwicach

Jeziarska Barbara, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii

Jobda Barbara, Prezes PSPO

Klimczuk Małgorzata, Białostockie Centrum Onkologii

Krężelewska Halina, Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii

Markowska-Gąsiorowska Anna, Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy
w Warszawie

Pasek Małgorzata, Akademia Nauk Stosowanych w Tarnowie

Sarga Jolanta, Opolskie Centrum Onkologii

Walkowiak Katarzyna, Centrum Onkologii w Bydgoszczy

WPROWADZENIE

Port naczyniowy to trwały, długoterminowy dostęp naczyniowy umożliwiający prowadzenie terapii dożylnych: podawania leków, żywienia pozajelitowego, przetaczania krwi i produktów krwiopochodnych, pobierania krwi. Przez port można także podawać kontrast podczas badań diagnostycznych, gdy posiadamy informację o możliwości podawania preparatów pod wysokim ciśnieniem. Książeczka obserwacji i obsługi portu, którą powinien otrzymać każdy pacjent, z wklejonym paszportem portu umożliwia uzyskanie potrzebnych danych.

Wskazaniem do implantacji portu jest planowana długotrwała terapia dożylna. Procedura implantacji portu odbywa się w warunkach sali operacyjnej, zazwyczaj w znieczuleniu miejscowym. Miejsce wszczepienia portu ustala się na podstawie klinicznego stanu pacjenta, jego stylu życia oraz rodzaju stosowanego leczenia.

Port składa się z cewnika i komory portu. Cewnik wprowadzany jest do jednej z żył centralnych (wewnętrzna lub zewnętrzna żyła szyjna lub żyła podobojczykowa). Końcówka cewnika umieszczana jest w przedsionku serca w pobliżu ujścia żyły głównej. Komorę portu implantuje się pod skórę, najczęściej w okolicy podobojczykowej prawej i łączy się z cewnikiem umieszczonym pod skórą.

Port może być używany bezpośrednio po jego implantacji.

Stosowanie portów naczyniowych nie tylko w znaczący sposób podnosi poziom bezpieczeństwa prowadzonej terapii, ale przede wszystkim poprawia komfort i jakość życia pacjenta w trakcie procesu leczenia. Obecność portu eliminuje częste wkłucia do naczyń obwodowych, zmniejsza ryzyko wystąpienia miejscowych stanów zapalnych oraz ogranicza ryzyko wynacynienia leku do przestrzeni pozanaczyniowej. Ponadto umożliwia on choremu swobodne poruszanie się bez ryzyka przypadkowego uszkodzenia cewnika. Zważywszy powyższe korzyści, założenie portu naczyniowego powinno być rozważone u każdego chorego, u którego planowane jest długotrwałe leczenie systemowe.

Przy zachowaniu właściwych zasad użytkowania port może być utrzymywany tak długo jak jest potrzebny - nawet kilka lat. Obecnie procedura założenia portu jest refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Do najczęstszych powikłań mogących wystąpić w czasie użytkowania portów naczyniowych należą zakażenia miejscowe, zakrzepica. Najważniejszymi elementami warunkującymi prawidłowe funkcjonowanie portu dożylnego są właściwa obsługa oraz współpraca z pacjentem i/lub jego rodziną.

W celu zapewnienia prawidłowej opieki nad pacjentem z zaimplantowanym portem dożylnym Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych zaleca, aby:

- rekomendowana procedura obsługi i pielęgnacji portu była dokumentem obowiązującym dla pielęgniarek w miejscu pracy,

- czynności związane z obsługą i pielęgnacją portu były wykonywane zgodnie z rekomendowaną procedurą ,
- czynności związane z obsługą i pielęgnacją portu były dokumentowane w „Książeczce obserwacji i obsługi portu dożylnego”,
- każdy pacjent z założonym portem był edukowany w zakresie zasad bezpiecznego użytkowania portu dożylnego.

Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych wskazuje następujące ścieżki nabycia kompetencji w zakresie opieki nad pacjentem z zaimplantowanym portem dożylnym, w tym obsługi portu:

- realizacja zajęć z obsługi portu dożylnego w ramach ćwiczeń medycznych na kierunku Pielęgniarstwo/Położnictwo. Plan zajęć można przygotować w oparciu o program kursu doszktałającego, rekomendowanego przez PSPO (PSPO udostępnia program nieodpłatnie),
- ukończenie kursu doszktałającego,
- szkolenie stanowiskowe realizowane przez osoby posiadające uprawnienia i kompetencje w tym zakresie.

Obsługa portu dożylnego wymaga od pielęgniarki specjalistycznej wiedzy i umiejętności. Jesteśmy przekonane, że postępowanie zgodnie z procedurą opracowaną przez Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych i rekomendowaną przez Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Onkologicznego zapewni bezpieczeństwo pacjentowi i zapobiegnie powikłaniom związanym z niewłaściwą obsługą portu.

PROCEDURA OBSŁUGI ZAIMPLANTOWANEGO PORTU DOŻYLNEGO

1. Cel

Prawidłowy sposób obsługi portu dożylnego i minimalizacja powikłań.

2. Odpowiedzialność

Pielęgniarki/rze, położne/i.

3. Terminologia

3.1. Port dożylny- stały, długoterminowy dostęp centralny.

3.2. Igła Hubera- igła przeznaczona do obsługi portu, posiadająca szlif wzdłuż osi dłuższej.

3.3. Heparynizacja - wypełnienie portu roztworem heparyny drobnocząsteczkowej i 0,9% NaCl.

3.4. Przepływ turbulentny/ pulsacyjny- technika polegająca na podaniu określonej objętości płynu/ preparatu poprzez skokowe naciskanie tłoka strzykawki jednorazowo po ok. 1 ml.

3.5. Dodatnie ciśnienie- technika polegająca na powolnym dostrzykiwaniu płynu/ preparatu podczas usuwania igły z portu.

3.6. Książeczka obsługi portu- historia czynności obsługowych związanych z dostępem do portu, będąca w posiadaniu pacjenta.

3.7. Okresowa kontrola portu- postępowanie w przypadku nieużywanego portu polegające na przeprowadzeniu badania fizykalnego oraz wykonania procedury płukania portu.

4. Podstawowe zasady.

- Na każdym etapie obsługi portu dożylnego bezwzględnie przestrzegaj zasad aseptyki.
- Do nakłucia portu używaj wyłącznie igieł Hubera.
- Prawidłowo dobieraj długość igły dla każdego pacjenta (uwzględniając rodzaj portu i grubość tkanki podskórnej nad membraną); skrzydełka lub płytki które są elementem mocującym igły, powinny płasko układać się na powierzchni skóry.
- Optymalna grubość igły to 20G–22G. Igłę o grubości 19G używaj do: żywienia pozajelitowego, przetaczania preparatów krwiopochodnych, podawania środków cieniujących w promieniowaniu RTG.
- Unikaj wielokrotnego wkłuwania igły w to samo miejsce.
- W celu uzyskania optymalnego przepływu, wprowadź igłę prostopadle do komory portu tak, aby szlif igły skierowany był w przeciwnym kierunku do ujścia cewnika.

- W przypadku stosowania łączników bezigłowych, zapewnij warunki jałowości
 - Prowadź codzienną obserwację miejsca wkłucia i odnotowuj ten fakt w obowiązującej dokumentacji medycznej.
 - Igłę w porcie można pozostawić do 7 dni pod warunkiem:
 - codziennej kontroli miejsca wkłucia,
 - prawidłowo dobranej długości igły,
 - zastosowania przezroczystego, okluzyjnego, jałowego opatrunku (umożliwiającego obserwację miejsca wkłucia igły do portu),
 - braku objawów zakażenia.
 - Jeżeli obserwacja miejsca wkłucia jest niemożliwa (np. zastosowana jest igła łącznie z opatrunkiem włókninowym) igłę zmieniaj co 24 godziny.
 - Jeżeli przez port podawane są emulsje tłuszczowe, igłę w porcie wymieniaj co 24 godz.
 - Płukanie portu wykonuj zawsze bezpośrednio po zakończeniu iniekcji/ infuzji.
 - Do przepłukiwania portu stosuj następujące objętości: pomiędzy infuzjami różnych leków oraz po ich zakończeniu minimum 10 ml 0,9% NaCl, w przypadku emulsji tłuszczowych oraz preparatów krwiopochodnych minimum 20 ml 0,9% NaCl.
 - Stosowanie roztworu heparyny lub innych preparatów zgodnie z instrukcją producenta portu oraz tylko na zlecenie lekarza, w którym zapisana jest dokładna objętość preparatu (tak, aby wypełnić wyłącznie komorę portu i cewnik).
 - Nie stosuj strzykawk o objętości mniejszej niż 10ml (użycie mniejszych strzykawk powoduje powstanie zbyt dużego ciśnienia w układzie portu, co może skutkować jego uszkodzeniem)
 - Zachowaj dodatnie ciśnienie usuwając igłę z portu.
 - Igłę usuń od razu, gdy jej zastosowanie nie jest klinicznie uzasadnione.
 - Miejsce po usunięciu igły zabezpiecz jałowym opatrunkiem.
 - W przypadku braku refluksu krwi spróbuj powoli wstrzyknąć 2ml 0,9% NaCl do portu, nie wykonuj wielokrotnych prób aspiracji lub prób podawania płynu; zgłoś ten fakt lekarzowi
 - W przypadku pobierania krwi na posiew z portu, zastosuj procedurę pobrania materiału na badanie bakteriologiczne, uwzględniając cel i charakter badania mikrobiologicznego.
5. Założenie igły do portu
- 5.1. Przygotowanie pacjenta
- poinformuj pacjenta o celu i sposobie wykonania wkłucia igły

- uzyskaj świadomą zgodę pacjenta na wykonanie tej czynności
- zapoznaj się z dokumentacją użytkownika portu (ustal, czy oraz w jakiej objętości zastosowany został korek heparynowy lub inna substancja zabezpieczająca)
- wygodnie posadź lub połóż pacjenta, zapewnij swobodny dostęp do okolicy umiejscowienia portu
- wizualnie oceń skórę w miejscu lokalizacji portu oraz wzdłuż cewnika pod kątem objawów zakażenia i innych zmian skórnych
- wyklucz objawy zakrzepicy – obrzęk ręki, szyi, twarzy

5.2. Przygotowanie podstawowego zestawu (modyfikacje w zależności od dostępnego sprzętu)

- igła Hubera bez drenu lub z drenem (w zależności od celu, w jakim jest zakładana)
- rękawiczki jałowe i niejałowe
- środek do dezynfekcji skóry zawierający min. 70% alkoholu
- opatrunek transparentny, okluzyjny do umocowania igły
- łącznik bezigłowy wyposażony w specjalny jałowy korek
- minimum 2 strzykawki wypełnione 0,9% NaCl
- roztwór 0,9% NaCl
- jałowa serweta

5.3. Wkłucie igły (zalecamy, aby procedura była wykonana przez dwie pielęgniarki, w gabinecie zabiegowym lub innym przeznaczonym do wykonywania aseptycznych zabiegów)

- higienicznie umyj i zdezynfekuj ręce zgodnie z obowiązującą procedurą
- załóż niejałowe rękawiczki
- zlokalizuj palpacyjnie położenie portu
- minimum dwukrotnie zdezynfekuj okolice miejsca wkłucia – postępuj zgodnie z charakterystyką używanego środka dezynfekcyjnego
- zdejmij rękawiczki niejałowe
- ponownie zdezynfekuj ręce
- rozpakuj jałowo zestaw z odpowiednio dobraną igłą Hubera
- załóż jałowe rękawiczki
- w przypadku igły Hubera z drenem dołącz do wężyka łącznik bezigłowy i wypełnij układ roztworem 0,9% NaCl, zamknij zacisk na drenie
- uchwycić igłę, zdejmij osłonkę, ustabilizuj palcami komorę portu i wprowadź prostopadle igłę do komory portu

- dokonaj kontroli drożności portu poprzez aspirację krwi (w przypadku gdy port był wypełniony substancją zabezpieczającą usuń ją podczas aspiracji), po uzyskaniu prawidłowego refluku zmień strzykawkę i przepłucz pulsacyjnie system minimum 10 ml 0,9% roztworu NaCl
- zabezpiecz igłę jałowym opatrunkiem
- podłącz przygotowany wlew lub zabezpiecz końcówkę drenu
- wypełnij obowiązującą dokumentację

5.4. Usunięcie igły

- przygotuj pacjenta jak w pkt. 5.1 niniejszej procedury.
- podstawowy zestaw: 2 strzykawki wypełnione 0,9% NaCl, sterylne gaziki, rękawiczki niesterylne, środek do dezynfekcji skóry zawierający min. 70% alkoholu, roztwór 0,9% NaCl i/lub środek zlecony przez lekarza do zabezpieczenia portu, jałowy opatrunek do zabezpieczenia miejsca wkłucia
- higienicznie umyj i zdezynfekuj ręce, załóż niesterylne rękawiczki i zdejmij opatrunek z igły
- zdezynfekuj łącznik bezigłowy oraz skórę wokół miejsca wkłucia igły
- dołącz do łącznika bezigłowego strzykawkę
- pulsacyjnie przepłucz system minimum 10 ml 0,9% NaCl
- ustabilizuj palcami komorę portu i usuń igłę zachowując dodatnie ciśnienie lub
- jeśli konieczne jest zastosowanie zleconej przez lekarza substancji zabezpieczającej port podaj ją, po czym usuń igłę z portu.
- załóż jałowy opatrunek

6. Pobieranie krwi

- przygotuj pacjenta jak w pkt. 5.1 niniejszej procedury
- wkłuj igłę jak w pkt 5.3 niniejszej procedury
- dokonaj kontroli drożności portu poprzez aspirację krwi
- przepłucz układ 10ml roztworu 0,9% NaCl, następnie zaaspiruj 5ml krwi, zaciśnij zacisk, odłącz strzykawkę i odrzuć ją
- pobierz odpowiednią ilość krwi do badań
- po zakończeniu pobierania przepłucz system minimum 20ml 0,9% NaCl naciskając na tłok strzykawki w sposób skokowy

7. Płukanie nieużywanego portu

7.1. Nieużywany port należy płukać z częstotliwością zalecaną przez producenta zgodnie z pkt 5 niniejszej procedury.

7.2. Do okresowego płukania portu użyj minimum 20 ml 0,9% NaCl.

7.3. Odnotuj czynność przepłukania portu w dokumentacji medycznej i Książeczce obserwacji i obsługi portu.