



PROCEDURA OBSŁUGI ZAIMPLANTOWANEGO PORTU DOŻYLNego

rekomendowana przez
POLSKIE STOWARZYSZENIE PIEŁĘGNIAREK ONKOLOGICZNYCH

Warszawa 2017



POLSKIE STOWARZYSZENIE
PIELĘGNIAREK ONKOLOGICZNYCH

PROCEDURA OBSŁUGI ZAIMPLANTOWANEGO PORTU DOŻYLNIEGO

rekomendowana przez
POLSKIE STOWARZYSZENIE PIELĘGNIAREK ONKOLOGICZNYCH

ZESPÓŁ AUTORSKI

Biedna Ewa, Bil Irena, Bury Cecylia, Czarkowska Urszula, Czyżewska Iwona, Gabryś Aneta,
Jezierska Barbara, Jobda Barbara, Klimczuk Małgorzata, Kręzelewska Halina,
Markowska-Gąsiorowska Anna, Pasek Małgorzata, Sarga Jolanta, Walkowiak Katarzyna

REDAKCJA

mgr Barbara Jobda, dr n. med. mgr piel. Małgorzata Pasek,
Warszawa 2017

WPROWADZENIE

Port naczyniowy to trwały, długoterminowy dostęp naczyniowy umożliwiający prowadzenie terapii dożylnych. Miejsce wszczepienia portu ustala się na podstawie klinicznego stanu pacjenta, jego stylu życia oraz rodzaju stosowanego leczenia. Najczęstszym miejscem wszczepienia portu jest okolica podobojczykowa a najczęściej stosowanymi dostępnymi są wewnętrzna lub zewnętrzna żyła szyjna oraz żyła podobojczykowa. 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.

Pierwszą w Polsce próbę ujednoczenia zasad stosowania portów podjęto w 2006 roku. Z inicjatywy Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii klinicznej zwołano uzgodnieniowe spotkanie grupy ekspertów z 17 ośrodków onkologicznych w kraju, a opracowane wytyczne stosowania portów dożylnych zostały opublikowane (Jarosz i wsp., 2006).

Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych stoi na stanowisku, że pielęgniarka ma uzyskiwać kompetencje w zakresie opieki nad pacjentem z zaimplantowanym portem dożylnym, w tym obsługi portu. Procedura ta i czynności z nią związane funkcjonują stosunkowo od niedawna, dlatego nie jest ona przedmiotem kształcenia przeddyplomowego w większości wydziałów, instytutów i kierunków Pielęgniarstwa. Obecnie nieodzownym elementem do uzyskiwania uprawnień jest ukończeniu kursu dokształcającego w tej dziedzinie.

Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych uważa, że do prawidłowej opieki nad pacjentem z zaimplantowanym portem dożylnym, konieczne jest spełnienie następujących warunków:

- **Ujednoczenie zasad obsługi i pielęgnacji portów**
- **Monitorowanie i dokumentowanie wszystkich czynności wykonywanych u pacjenta w „Książeczce obserwacji i obsługi portu dożylnego”**
- **Prowadzenie kształcenia podyplomowego z wykorzystaniem opracowanego i rekomendowanego przez PSPO kursu dokształcającego (PSPO udostępnia program nieodpłatnie)**
- **Edukacja pacjenta i jego rodziny**

Obsługa portu dożylnego wymaga szczególnej staranności i uwagi ze strony pielęgniarki, jesteśmy przekonani, że postępowanie zgodnie z procedurą rekomendowaną przez Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych zapewni bezpieczeństwo pacjentowi i zapobiegnie powikłaniom związanym z niewłaściwą obsługą portu.

PROCEDURA OBSŁUGI 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.

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 18G–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.

- 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.
- Nie stosuj strzykawek o objętości mniejszej niż 10ml (użycie mniejszych strzykawek 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 refluku krwi spróbuj powoli wstrzyknąć 2ml 0,9% NaCl do portu, nie wykonuj wielokrotnych prób aspiracji lub prób podawania płynu; zgłoś ten fakt lekarzowi.

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 użytkowania 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
- minimum 2 strzykawki
- roztwór 0,9% NaCl
- jałowa serweta
- dwie igły

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 refluksu 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.
- zestaw: 2 strzykawki, 2 igły, 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 oraz ewentualnie zastosuj substancję zabezpieczającą port zleconą przez lekarza
 - ustabilizuj palcami komorę portu i usuń igłę zachowując dodatnie ciśnienie
 - załóż jałowy opatrunek

6. Pobieranie krwi

- przygotuj pacjenta jak w pkt. 5.1 niniejszej procedury
- wkłuj igłę jak w pkt 5.3 niniejszej procedury
- zwolnij zacisk na drenie igły Hubera, 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 co 4-6 tygodni 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.

Bibliografia

1. Goździk J.: Porty naczyniowe - zastosowanie kliniczne. Przewodnik Lekarza 2007;1
2. Góraj E. J., Misiak M.: Zastosowanie wszczepiennych portów naczyniowych – wskazania, obsługa, pielęgnacja i powikłania. Medycyna Paliatywna 2013: 5(3)
3. Jassem J., Krzakowski M.: Leczenie wspomagające w onkologii – Praktyczny przewodnik dla lekarzy. Via Medica 2013
4. Jarosz J.: Porty donaczyniowe – wygodny i trwały dostęp do żył. Medipress Onkologia 2005
5. Koper A.: Pielęgniarstwo onkologiczne – podręcznik dla studentów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2011
6. Młynarski R.: Port dożylny. Lublin 2009
7. Nowak Ł., Młynarski R.: Porty naczyniowe – niezbędny element chemioterapii. Medycyna Praktyczna. Onkologia listopad, grudzień 2012
8. Pawińska A., Piegdoń G.: Zakażenia związane ze stosowaniem cewników naczyniowych. Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych. Kraków 2009
9. Piątek K., Kaczmarek – Borowska B.: Zastosowanie portów naczyniowych u chorych leczonych chemicznie. Przegląd Medycyny Uniwersytetu Rzeszowskiego. Wydawnictwo Urologiczne 2009
10. Piotrowska W., Łuczak J., Kowalski G., Kotlińska – Lemieszek A.,: Dojście dożylnie typu „port” w opiece paliatywnej – zastosowanie, powikłania.: Onkologia Polska 2008; 11(4)
11. Szczeniowski A.,: Zapobieganie infekcjom związanym z obecnością cewników naczyniowych. Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych. Wydanie II. Katowice 2010
12. Vescia S., Baumgartner A.K., Jacobs V.R., Kiechle – Bacht M, Rody A.,: Postępowanie z portami żylnymi w onkologii – Przegląd bieżących badań. Medycyna Praktyczna – Onkologia 2008;5
13. Wszczepialne systemy dostępu naczyniowego do podawania chemioterapii („porty dożylnie”) Redakcja: Jerzy Jarosz, Małgorzata Misiak Zespół autorski: Jerzy Jarosz, Małgorzata Misiak, Irena Kruczyk, Roman Wikłacz Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych – 2013 r.
14. Bertoglio S., Solari N., Meszaros P. i wsp. Efficacy of normal saline versus heparinized saline solution for locking catheters of totally implantable long-term central vascular access devices in adult cancer patients. Cancer Nurs. 2012; 35: E35–E42
15. Eine atraumatische Nadel für die Punktion von Ports und Pumpen H. Haindl und H. Mttler Klin Wochenschr (1988) 66:1006-1009

16. Dyrektywa Rady 2010/32/UE z dnia 10 maja 2010 r. w sprawie wykonania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej zawartej między HOSPEEM a EPSU
17. Przewodnik po rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych

