维普资讯 http://www.cqvip.com

才能产生作用但也不能配制过久，使消毒液液浓度下降效价减低，若天气寒冷，过氧乙酸的甲溶液结晶，若配置过程中未充分溶解即与乙溶液混合，影响其浓度，因此，做好消毒原液质量的检查，是保证消毒质量的关键。

（收稿：1998－05－10）

颈内静脉穿刺置管用于手术麻醉中输血输液的体会

陈花根*

我科从一九九0年开始至今七年时间开展颈内静脉穿刺置管技术，用于重大手术麻醉病人输液输血，重危病人术中抢救及晚期癌症病人术后治疗和高营养输入，收到较好效果，深受病人欢迎。过去采用锁骨下静脉穿刺用于重危病人输液，其操作难度大，并发症多。我科在本院率先开展颈内静脉穿刺置管技术，并逐渐在全院推广，现在这一技术普遍在重危病人、老年病人、晚期癌症病人等开展，在我科开展近百例穿刺过程中无一例并发症发生，成功率达92%。现将开展这一技术的体会总结如下。

一、关键技术：颈内静脉穿刺途径有高位、中位、低位，经过实践我们认为中位穿刺是一种既安全又易掌握的方法。中位穿刺法定点在胸锁乳突肌的锁骨头、胸骨头和锁骨三者形成的三角区，该区的顶点即为穿刺点，如遇肥胖病人颈粗标志不清时，可于平卧抬起头部头偏向一侧，暴露胸锁乳肌，取锁骨3公分与气管正中处旁开3公分交叉点为穿刺点。穿刺选择右侧颈内静脉为宜，左侧易误伤胸腺导管。

穿刺时应先用5毫升针筒接$6\frac{1}{2}$针头在穿刺点用1%普鲁卡因作皮丘，然后抬高针尾，与皮肤呈30度角向深部穿刺，针头方向向下，边进针边抽吸，待顺利抽出静脉血表示已进入颈内静脉，拔出针头轻压穿刺部位。用同样方法用专用颈内静脉穿刺针穿刺，顺利抽出静脉血放入导丝，推到标记刻度10～15公分后拔出针筒，将导管沿导丝推入，拔出导丝，顺利抽到静脉血接静脉输液装置。早期我们采用乐清生产的穿刺针，置管困难，后来又用德国进口的穿刺针，虽比以前者置管顺利，但仍然存在问题，现在应用德国进口的带弹簧导丝颈内静脉穿刺包，成功率为100%。

二、讨论：颈内静脉穿刺技术应用有手术麻醉病人意义重大，它可以确保静脉的畅通无阻，快速输液输血。进行中心静脉测压，尤其在重危、重大手术病人是必不可少的。在一部分年老体弱、卧床时间较长、消化道恶性肿瘤、肥胖及静脉难以穿刺的病人，颈内静脉穿刺置管不仅保证了手术中的安全，又减少术后痛苦，深受病人欢迎。在抢救重度失血性休克病人中，需要大量输入液体或者加压输血，这时周围静脉由于休克引起痉挛，液体难以进入循环，延误抢救时机，进行颈内静脉置管，液体可以进入循环，使抢救更有效及时。另一部分患者有心脏病，肺气肿，肾脏疾病及其它需要控制液体输入的疾病的病人，可以从颈内静脉进行中心静脉压测定，控制输液，提高这些病人手术麻醉的安全性。另外，颈内静脉置管对晚期癌症病人进行化疗和营养输入非常重要，可以减少病人痛苦，提高生活质量。

七年中我们为全院的重危病人进行静脉置管，抢救重危病人，还为附近老年福利院病人开展这一技术。

三、注意事项：穿刺颈内静脉首先要做好病人思想工作以求得配合，其次定位要准确，不可盲目操作，否则极易穿入动脉内，如遇穿刺误入动脉内，应拔出针后压迫穿刺部位，以防血肿形成压迫气管造成窒息。另外放置导管后固定要牢，必要时可缝合在颈部皮肤上。在停止输液后用稀释的肝素溶液封管留待有第二天使用，使用前如遇管中有血栓，严禁推入静脉，应回抽入针筒，将血栓推掉，回抽血液通畅后再接输液。穿刺部位应保持干燥无菌，输液时皮条滴壶水平面保持一半以上，要有专业护士看管，严禁空气进入颈内静脉。接头处衔接紧密，防止松动后血渗出。如果护理得当，颈内静脉可以长期留置，但必须在接头处进行细菌培养，保持无菌才能留置时间长一些。

（收稿：1998－05－17）

* 作者单位：310004 浙江省杭州市解放军475医院麻醉科