门诊静脉采血的护理体会

周悠红 （第三军医大学附属西南医院检验科，重庆 400038）

[关键词] 门诊；静脉采血；问题
[中图分类号] R322.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)04-0293-01

静脉采血是一项常用的基础护理操作，要求护士具备娴熟的穿刺技术和良好的心理素质。本文作者在门诊静脉采血工作实践中，总结出一些应该引起注意的护理问题，现报告如下。

1 临床资料

随机选择我院2008年1月至2008年3月静脉采血患者500例，年龄2～70岁。其中出现晕针1例，青紫17例，疼痛26例，静脉炎1例。

2 护理

2.1 操作前的护理

操作前向患者说明穿刺目的及要求，做好解释工作，消除紧张情绪，如为婴幼儿，应取得家长配合；根据采血目的、量、患者的年龄，选择合适的穿刺部位。一般选择浅表且较直的静脉血管穿刺，首选前臂正中静脉，还可选择头静脉、贵要静脉。腕部血管周围神经丰富，血管贴近于神经，穿刺时易损伤周围神经，引起麻木电击样感觉，一般不选择腕部静脉[1]；按要求备齐各种物品。

2.2 操作中的护理

操作者必须要有稳定的心态，这是操作能够顺利进行的保证。操作过程严格执行无菌操作原则，防止感染。操作者洗净双手，戴口罩，用安尔碘溶液消毒穿刺部位，直径约5～6 cm，待干后进针。

2.3 操作后的护理

2.3.1 晕针 由于心理恐惧、情绪紧张、饥饿、过度疲劳、体质虚弱、疼痛刺激等原因，某些病人会发生晕针。表现为虚汗、面色苍白、脉搏细弱及血压下降。经平卧、吸氧、口服葡萄糖液，一般情况下病人恢复良好。

2.3.2 青紫 患者采血部位产生青紫的原因可以归纳为两种：①采血进针不到位，留针时针口一部分在血管内，一部分在血管外或者进针过深，针尖扎穿下层血管壁，出现渗血；②拔针后止血方法不当，造成血管内的血液继续向管壁外溢，渗到皮下，导致皮下淤血。可在24 h后用毛巾热敷，以利于皮下淤血的吸收和组织功能的恢复。

2.3.3 疼痛 由于针头对患者皮肤、血管等的刺激，可使患者产生不同程度的刺痛感。护理人员在为患者进行静脉采血时，不仅要掌握好患者的血管特征，保证一针见血，拔针时还应以不牵动皮肤为度，即皮肤无凹陷，针尖完全拔出后可加大按压力度以减轻疼痛[2]。

2.3.4 静脉炎 采血引发的静脉炎多与血管机械性损伤有关。造成血管受损与年龄因素、血管自身因素、负压因素、针头翻转等有关。采血时应重视选择横径粗、弹性好的血管，以充分暴露血管并使其充盈，缓解负压的吸力。采血结束后拔针前先断开负压管，再拔针，用棉签置于穿刺处，拔针的同时将棉签迅速向下按压。告知采血者采血当日穿刺处勿沾水，穿刺处如有不适应立即冰敷，嘱病人次日温水或硫酸镁敷患处[3-4]。

[参考文献]

[1] 任守琴. 门诊静脉采血护理及预防交叉感染[J]. 内蒙古医学杂志，2004，36(6)：477.
[2] 赖 利，李俊英. 化疗性静脉炎的护理进展[J]. 护理学杂志，2002，17(1)：78－79.
[3] 佟术艳. 疼痛的护理评估[J]. 中华护理杂志，1995，30(2)：123－124.
[4] 曹 佩，王丽红，喻启玲，等. 门诊注射室病员心理变化及护理干预[J]. 局解手术学杂志，2005，14(4)：257.

（编辑：黄春霞）

[收稿日期] 2009-04-25 [修回日期] 2009-05-20

烧伤合并骨折的治疗体会

张波涛，万思源 （贵阳烧伤医院，贵州 贵阳 550005）

[关键词] 烧伤；骨折；治疗体会
[中图分类号] R826.5；R274.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)04-0293-02

临床上烧伤合并骨折的复合伤患者不多见。我院2003年2月至2008年10月共收治9例烧伤合并骨折的患者，采用兼顾烧伤和骨折的治疗方法，收到满意疗效，现报告如下。

[收稿日期] 2009-03-26 [修回日期] 2009-05-16

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例9例,男8例,女1例,年龄23~45岁,平均36岁。Ⅱ度至Ⅲ度烧伤面积7%~35%,Ⅲ度烧伤最大面积22%。烧伤程度:轻度1例,中度6例,重度2例。骨折部位:锁骨1例,肘关节内粉碎性骨折1例,尺骨中段1例,Colles骨折1例,胫腓骨双骨折2例,内踝骨折1例,跟骨1例,多发性骨折1例。骨折肢体有烧伤7例,骨折部位有烧伤4例。伤后3 h至4 d入院。

1.2 治疗方法

联合应用抗生素预防和控制感染。病情平稳后对非骨折部位的中小面积Ⅲ度烧伤创面行早期削痂植皮;大面积的Ⅲ度创面采用自体微粒皮移植、异体皮覆盖封闭创面;对骨折部位浅Ⅱ度烧伤先积极治疗烧伤,10~14 d创面愈合后再行骨折手术,手术切口尽量避开烧伤创面;对须手术的骨折部位皮肤有Ⅲ度烧伤者,采用清创削痂、创面彻底清洗、更换手套器械等治疗后再行骨折手术,最后植皮封闭创面;对无明显移位的稳定型骨折辅以适当外固定或制动处理。

2 结果

9例中,8例Ⅲ度烧伤患者均行植皮术,创面2~4周全部愈合,1例Ⅱ度烧伤患者换药2周后愈合。4例无明显移位的稳定型骨折经保守治疗后如期康复。5例骨折行手术切开复位内固定术,其中4例骨折部位皮肤有Ⅲ度烧伤者采用骨折内固定和清创植皮在一次性手术中完成。随访5例骨折手术病人5~14个月,烧伤植皮区4例愈合良好,1例轻度疤痕增生;骨折手术中除肘部热压伤骨折术后关节功能恢复较差外,其余4例功能恢复较满意,无并发症产生。9例平均住院36 d,骨折手术病人平均住院44 d。骨折内固定物在8周~1年内全部取出。

3 讨论

烧伤合并骨折会给临床治疗带来复杂性,特别是骨折肢体或骨折部位皮肤有烧伤的情况。如何在有限时间内同时兼顾烧伤和骨折的治疗就成为了棘手的问题,因二者在治疗、预后和组织修复上可相互影响[1]。烧伤皮肤坏死液化感染可引起骨髓炎,移位不稳定的骨折未复位固定可致畸形愈合、影响功能外观,同时也有碍烧伤的治疗操作和创面愈合。因此,在治疗上首先须保持患者病情稳定,坚持生命第一的原则[2]。针对不同的伤情制定较详细的个体化治疗方案。大面积烧伤卧翻身床有利于治疗护理。非骨折肢体的Ⅲ度烧伤应尽早清创削痂植皮封闭创面,减少感染机会。骨折肢体如无烧伤,骨折治疗可以与烧伤治疗同时进行。骨折部位有深Ⅱ度以上烧伤时,骨折手术和烧伤削痂植皮术应尽早在一次性手术中进行[3]。术中彻底清创、清洗创面和更换手套器械等可减少感染发生。

[参考文献]

[1] 刘贻运,王 兵,李俊龙,等. 中重度烧伤合并四肢骨折的治疗[J]. 中国骨伤,2006,19(10):613-614.

[2] 王 新,宋跃明,陈志强. 烧伤合并四肢骨折的手术治疗[J]. 中国矫形外科杂志,2003,11(6):385-386.

[3] 金信良,郑国平,占进文,等. 四肢长骨骨折合并烧伤的治疗体会[J]. 浙江创伤外科,2003,8(5):313.

(编辑:黄春霞)

地震致多发伤病人的观察及护理

刘平萍,杨晓蓉 (第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所骨科,重庆 400042)

[关键词] 多发伤;护理;外伤;地震

[中图分类号] R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)04-0294-02

多发伤是地震创伤的主要特点之一。多发伤病人有伤情重、心理压力大、生理紊乱严重和病情变化快等特点,临床上要密切观察病情变化及可能引起全身性的综合表现。我科集中收治汶川地震创伤病人69人,其中多发伤病人34例。经过我们的精心护理取得了满意的效果,34例病人痊愈出院。现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组患者34例,其中男12例,女22例;年龄:12~89岁。受伤情况:腰椎、胸椎、颈椎骨折;肋骨骨折、四肢粉碎性骨折;截肢术后、挤压伤;关节脱位、颅骨骨折、胸腔积液;全身多处皮肤裂伤等;治疗情况:手术治疗23例占68%,保守治疗11例占32%。34例均康复出院,治愈率100%。

[收稿日期] 2009-04-10 [修回日期] 2009-05-19

2 护理措施

2.1 评估病情与急救

患者入院后及时判断伤情。方法:一问、二看、三查。通过询问病人或有关人员了解受伤原因、时间、部位,受伤后的反应及症状,曾经采取的治疗措施及用药情况等;通过观察患者的表情、受伤部位、损伤范围、严重程度,是否有活动性出血等;认真检查神志、脉搏、呼吸、血压及骨折征象等。对危及生命的创伤,给予及时处理,迅速建立两条以上静脉通道,以保证胶体、