维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2008年第17卷第2期
J Regional Anat & Operative Surg,2008,Vol.17,No.2

高位颈内静脉置管的临床应用与体会

齐玉萍 （新疆喀什农三师医院急诊科，新疆 喀什 844000）

[关键词] 静脉置管；颈内静脉；临床应用
[中图分类号] R826.26 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)02-0138-01

中心静脉穿刺置管有多条途径，唯有颈内静脉标志相对明显，操作简单方便，而且血胸、气胸等并发症较锁骨下静脉穿刺少，是目前采用最多的中心静脉置管途径。2007年1月以来，我院对18例病人实施了高位颈内静脉穿刺置管，现报告如下。

1 资料与方法

本组患者18例，年龄6～80岁。置管时患者取平卧位，肩下垫薄枕，头颈置于中位。操作者用左手食指于右胸锁乳突肌内缘环壮软骨水平处触及动脉搏动，在搏动最显著右侧旁开0.8 cm作为穿刺点，整个穿刺过程，按无菌操作进行。用5 mL注射器抽1%利多卡因5 mL局部麻醉并试穿，成功后改用穿刺针进行穿刺，进针方向朝向同侧乳头，针轴与皮肤呈30°～40°角，成功后分别送入导钢丝、扩张器及导管，回吸通畅后固定导管，末端套肝素帽，无菌敷帖紧帖皮肤固定。深静脉置管后，封管液是保持通畅的关键，操作不当可导致血液反流阻塞，输液完毕后注射器抽吸配置好的肝素稀释液5 mL，将针头拔至仅剩针尖，且封管液剩0.5 mL时，一边推一边完全拔出针头，确保正压封管。每周更换肝素帽2次，更换时严格无菌操作，当敷帖有气液、出汗、空气等应及时更换。

[收稿日期] 2008-01-10 [修回日期] 2008-02-22

2 结果与讨论

本组18例平均置管时间6 d，除1例出现导管渗漏外，未发生气胸、血胸、气管损坏、空气栓塞等并发症。高位颈内静脉穿刺置管的首次穿刺成功率明显高于低位置管法，而且血胸、气胸等并发症较锁骨下静脉穿刺法少，其误伤颈动脉造成血肿的机会少。急症病人抢救可以紧急大量输液。对周围静脉穿刺困难者和长期输液的病人，特别是身体虚弱，血管弹性差者，可避免因静脉推注强刺激性药物所引起的外渗、静脉炎、局部坏死等不良反应，肿瘤病人实施化疗时尤为适用。置管可以大大减轻病人的痛苦，保护病人血管，使病人在输液时感觉更舒适，从而提高工作效率和护理质量。但应注意：①严格无菌操作；②保持管道通畅，输液器勿打折受压，衔接紧密，防止液体中断，走空或管路脱落，以免造成空气栓塞；③检查导管的刻度，并观察导管有无脱出；④检查穿刺部位有无出血、红肿等感染迹象；⑤定期更换敷料，并注明时间，如有污染及时更换；⑥导管如有堵塞，可用肝素盐水冲注，切勿挤压，以免血栓进入造成栓塞；⑦24 h输液者应每天更换输液器及三通；⑧避免从此处抽血、输血。

（编辑：蒋登金）

爱母乐MCu功能性宫内节育器临床应用观察

孔凡莲 （贵州骨科医院妇产科，贵州 贵阳 550002）

[关键词] 避孕；宫内节育器；临床应用
[中图分类号] R169.41 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)02-0138-02

计划生育一方面要严格执行计划生育的有关政策和技术措施，另一方面要提高妇幼保健工作的质量。为减少使用宫内节育器带来的副作用，提高避孕成功率，我科对200例使用爱母乐牌MCu功能性宫内节育器育龄妇女的临床追踪观察，现报告如下。

1 资料与方法

采用“双合诊”明确子宫位置、大小，附件有无炎症和肿物。若子宫过度前屈、后倾，要尽量纠正成平位后再放置。根据宫腔长度及宽度考虑选择节育器型号：宫腔深度5.5～7.5 cm取型号S；宫腔深度7.5～8.5 cm取型号M；宫腔深度大于8.5 cm取型号L。将选定的节育器在无菌条件下去掉放置器顶端的防护帽，按探针所示长度，调整并固定定位块。捏住放置器外管近手柄一端，顺宫腔方向将其送至宫底。不能握持手柄，否则容易使节育器中途被推出而不能放置到位。如宫颈口过紧，需适当扩宫后再行放置。放置器前端抵住宫颈后，一手捏住手柄不动，另一只手向后轻推放置器外管至手柄横档，使节育器缓滑出张开。如果后推外管过急，会使其在体温作用下过早弹出张开，造成腹部不适或疼痛。向外继续轻推放置器外管，直至退出。

[收稿日期] 2007-12-20 [修回日期] 2008-02-21