维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2001年第10卷第2期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2001, Vol. 10, No. 2

小儿头皮静脉穿刺的体会

罗治川*

小儿头皮静脉穿刺输液法是儿科疾病治疗一项基本操作，是护理工作中的一项基本功。如何提高小儿头皮静脉穿刺成功率，笔者认为主要与头皮静脉的选择、光线的强弱、针头的大小、进针的手法、固定的方式有密切关系。

一、小儿头皮静脉的选择及解剖分析

小儿头皮静脉呈网状分布，血液可以通过侧枝循环回流于颈内静脉和颈外静脉，再回流至心脏。因此，顺行和逆行进针均不影响静脉回流。正中静脉是头皮静脉中较大的一支，此静脉直、较粗、不滑动、易固定，但易外渗，其原因是该静脉延伸到眉间部变成又细又多的小静脉围绕双眼向心回流。使液体回流速度减慢，逐渐淤积并渗出到组织中，逆行进针可克服外渗的缺点。额浅静脉及颞浅静脉具有直、细小、不滑动、易固定、暴露明显的特点，是头皮静脉输液的最佳位置。耳后静脉较粗而弯曲，周围组织较疏松，不易掌握深浅度，由于头的左右移动，针易滑出血管外，只适于长期静脉输液静脉选择较困难时使用。

二、穿刺方法及注意事项

1. 光线的强弱：光线的明暗及照射角度直接影响穿刺的成功。太强的光可使瞳孔缩小，减少了眼光量，太弱的光可使瞳孔开大，增加入眼光量，明亮的自然光线是一种理想的光线，其亮度适宜，静脉显露清晰。在阴雨天或夜间借助150W灯置于操作者左前上方，距穿刺静脉45～50cm高度为佳，此时灯光对眼的刺激小，静脉暴露较好，穿刺易于成功。

2. 针头大小的选择：选择针头的大小原则上是根据静脉的大小及深浅部位而定，一般头皮静脉穿刺选用4号～5.5号针头均可。

3. 进针的手法：根据针头与皮肤所成的角度不同，分为直刺与斜刺法，皮头静脉穿刺多采用直刺法。在欲穿刺的静脉上，针头与皮肤成10°～15°，针尖斜面向上，通过皮肤将针头直接刺入静脉，进针过程中，根据静脉的深浅度而定，通常是针尖斜面完全刺入皮下后，沿血管走向缓慢潜行0.3～0.5cm，然后刺入管腔内，速度一定要缓慢，探索性进针，待有回血后或轻挤压胶管有回血后，方可固定。

4. 固定的方式：小儿头皮静脉穿刺成功后，固定极为重要，固定的成功与否直接影响整个穿刺的结果。在固定过程中，主要是使进入血管内的针头不滑出血管外。因此，护士持针的手切勿移动针头部位，先固定好穿刺部位的针头，再交叉胶布固定针柄。用棉签头垫住针尾使高度适宜，再固定好针尾及硅胶管，通常需用4至5条胶布固定。

5. 几种病理状态下头皮静脉穿刺法：(1)Ⅲ营养不良：此时患儿头皮静脉暴露较好，但血管较滑动，血液回流差、在穿刺时，将头皮绷紧，固定好血管，以15°角进针，潜行0.8cm再刺入静脉内。(2)重度脱水型：此时患儿循环血量减少，静脉塌陷，进针时可用手按摩头皮，使血管显露后缓慢进针。当有突破感但未见回血时，可稍等片刻或挤压胶管，可见到回血。(3)肥胖型：此患儿头皮血管较深，暴露不明显，进针以20°角为佳，缓慢探索性进针，当有突破感时，即可见回血。(4)水肿型：可沿头皮静脉走行方向，用拇指压迫局部组织3cm×4cm，直至组织液被挤到周围时，静脉暴露后，迅速以15°～20°角进针直刺入血管。有突破感后，再平行进针0.5～0.8cm即可。

总之，作为一个儿科护士，应该娴熟掌握以上各项操作技术，掌握一定的穿刺技巧性，在操作中保持正常、稳定、轻松的情绪，就能提高小儿头皮静脉穿刺成功率。

* 作者单位：552300 贵州省望谟县人民医院外科

(收稿：2000-12-05)

门脉高压症患者术前术后的观察与护理

佟秀凤* 佟琳琰*

门脉高压症是因门静脉血流受阻，血液淤滞，如肝硬化、血栓和肿瘤引起门静脉系统压力增高的一种病理状态，主要表现有脾肿大、脾机能亢进。食管、胃底静脉曲张并发破裂引起上消化道大量出血是门脉高压症致命的并发症，其死亡率在30%以上。因此，急性大出血经非手术治疗48h无效即应紧急手术止血。我院从1993年～1999年共收治103例门脉高压患者，其中死亡35例，现将临床观察与护理体会总结如下。

一、临床资料

本组103例，男99例，女24例，年龄13～68岁，平均49.5岁。103例中90例有出血史，全部病人都有食道、胃底静脉曲张，术前肝功都有明显改变。术前放置三腔管压迫止血的有54例，术后并发感染的有33例，再出血有25例。

二、护理方法

1. 术前护理：心理护理，肝硬化导致门脉高压症引起上消

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学附属第一医院