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

维普资讯 http://www.cqvip.com

化道出血，多数病人因黑便、呕血、腹胀而住院治疗，少数患者因内科止血不能控制反复出血需急诊手术治疗。这些病人因长期患有肝病，有时在并发大出血时，会失去战胜疾病的信心，情绪低落、恐惧、急躁，对手术治疗效果抱怀疑态度，护士应该对病人有高度的同情心和责任感 痛病人之所痛，想病人之所想，采取服务主动热情，对提出的问题给予耐心细致的解释、说明手术止血的优点和可靠性，从精神上解除压力、从而消除恐惧，使病人和家属积极配合医护人员完成术前准备工作。

术前置放三腔管患者的护理：术前放置三腔管压迫止血的时间不应超过48h、否则容易造成食管和胃底粘膜因压迫太久发生糜烂和坏死，所以每隔12h气囊放气一次使局部血液循环暂时恢复。此外、每日应记录胃液吸出量，以便为补充水和电解质时提供参考，在插管期间病人常有喉痛口干的症状，应经常给予口腔护理，并从鼻腔沿三腔管滴数滴石蜡油。在出血停止12h后可以胃管内灌注药液，注入时要注意三个管腔的标记防止错灌到食管气囊或胃气囊，引起气囊破裂而再度大出血。

置入三腔管的患者应严防并发症的发生，要防止过度牵拉或滑脱而造成食管气囊堵塞咽喉导致窒息。病人应头侧位，便于吐出唾液。在气囊注气牵引时如病人发生呼吸困难应立即放松牵引，先抽出食管气囊的空气，如发生严重呼吸困难和窒息时应立即剪断三腔管。其次注意适当的拉力和三腔管牵引的方向，以免发生前鼻孔和后鼻孔软腭部位的压迫性坏死。出血停止48～72h后，可考虑拔管，拔管前应先抽去气囊内的空气，继续观察12h无出血、吞服石蜡油30～50ml滑润导管后再拔管，以免因血块的粘滞拉破粘膜而再出血。如气囊压迫48h，胃管内仍有鲜血吸出，说明通过气囊压迫止血已无效，应紧急手术、所以严密观察胃管的流出液，对决定是否紧急手术具有十分重要的意义。

2.术后护理：①加强术后再出血和肝衰的观察与护理 注意血压、脉搏的变化，密切观察胃肠减压管或三腔管的引流量及颜色、腹腔引流管的颜色及引流量、如引流液为淡红色，说明已达到手术止血目的。大部分病人术前肝功都有改变，所以术后易发生肝功衰竭，医护人员要严密观察病人神志变化，同时积极进行保肝治疗，及早发现肝衰和早期肝昏迷对抢救病人的生命是至关重要的。②术后体温的观察与感染的护理 大部分病人术后体温都较高，一般在38.5℃～39℃、有的可高达40℃并持续数日，可能是由于脾切除后引起的发热，护理人员应积极主动为病人物理降温或肌注安痛定4ml，少部分病人是由于感染所致。手术的创伤使病人机体抗感染能力低下，术后常并发肺部感染、胸腔积液等，应给予有效的抗生素，同时护理人员协助病人翻身、拍击背部，每日进行3～5次雾化吸入。③加强术后饮食的护理。由于肝硬化病人大部分有腹水的症状，应给予低盐饮食，原则上选择易消化、吸收的食物，避免高蛋白质、高脂肪如牛奶、鸡蛋等。应给予高热量高维生素、少渣无刺激性的饮食，以尽快地恢复体力，争取能早期适当活动。④做好出院指导工作。嘱病人注意避免进食硬食物、刺激性食物，如酒精等，以稀、软易消化的食物为主、定期到门诊抽血化验肝功、血常规、肝胆B超检查，预防再出血、做好保肝护肝的保健指导。

（收稿：2000-12-21）

重症颌面创伤病人的护理

李桂秋* 赵秀芹* 李 莉*

颌面外伤是颌面外科常见急症，多由意外因素所致，受伤部位无可预知。病人多伴有颜面复合伤或与机体其它部位外伤并存。颌面部血运丰富，上接颅脑，下连颈部，为呼吸道和消化道起端。受伤时多涉及口周、鼻咽及上呼吸道。尤其重症颌面创伤，常伴有上、下颌骨多处骨折，窒息、出血、休克、昏迷时有发生，严重时危及生命。同时，病人面对突如其至外伤心理承受力下降至极限，精神高度紧张，存有焦虑、烦躁，术后护理极不方便。我院自1995年至2000年间收治颌面外伤千余人，其中重症外伤96人、现就其护理体会总结如下。

一、临床资料

96例中，男68例，女28例，年龄2～60岁，其中25例面部严重软组织挫伤，上、下颌骨多处骨折，上、下牙槽突骨折，气道受阻、其余病例除软组织严重挫伤，撕裂伤外，分别伴有不同程度上、下颌骨、颧骨、鼻骨及牙槽突骨折，其中23例并有腭部挫伤及撕脱伤。全部病人来院后即刻诊断并争取快速入院手术治疗。

二、护理

1.生命体征的观察与护理：对重症颌面创伤病人，护理人员除遵医嘱严密观察BP、HR、P、R、T及尿量外、还应有无创SpO_2监测。注意病人神志，有否休克体征，同对至少应开放两条静脉通道，有条件时，一条通道应采用氧化乙烯套管穿刺针留置，一方面可随需补液，输血，另方面防止针头贯穿血管壁。备好气管插管器具或气管切开包。并应有可用于人工呼吸的简易呼吸器或呼吸机。对有严重呼吸道梗阻或呼吸困难病人应请麻醉科医生会诊或配合医生建立气道。如病人伴有颅脑复合伤、及时请神经外科医生会诊 如病人出现呼吸、心跳骤停，即按心肺复苏处理。

2.心理护理：严重颌面外伤病人常表现出恐惧、烦恼、懊

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学医学院附属口腔医院