

应用 7~9 号头皮针行小儿胸骨骨髓穿刺 27 例报告

洪旭平 吴杰敏 吴照金 汪长青 程晓文 程丽菲
(江西省婺源县人民医院 婺源 333200)

关键词:头皮针;骨髓穿刺;胸骨;小儿

中图分类号:R 725.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2004)03-0047-01

自 1998 年以来,我们应用 7~9 号小儿头皮针连接 5mL 一次性灭菌注射器进行小儿胸骨骨髓穿刺 27 例,均获成功,无 1 例发生意外及局部感染。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料 27 例为我院门诊及住院患儿,其中男 16 例,女 11 例;年龄 4 个月~15 岁;白血病 7 例,再生障碍性贫血 4 例,原发性血小板减少性紫癜 3 例,发热待查 4 例,过敏性紫癜 1 例,传染性单核细胞增多症 4 例,营养性贫血 4 例。

1.2 方法 患儿仰卧位,两臂束于身旁,完全暴露胸骨。医生位于右侧,选胸骨正中中线第 2 肋骨平面(胸骨角)上 0.5~1.0cm 处为穿刺点。常规消毒,铺洞巾。用左手绷紧皮肤,右手持头皮针(≤ 5 岁选 7 号, >5 岁选 8~9 号)斜面朝上穿皮刺入骨膜处,然后双手持针柄,针尖向头部以 $45^{\circ}\sim 75^{\circ}$ 角刺入约 0.2~0.5cm,有明显的穿透骨质感觉为止。然后抽拉连接之注射器针芯,可见骨髓液流入头皮针之塑料管约 4~5cm 长处(10cm 长骨髓液为 0.1mL)或所需量,即用手或止血钳夹住塑料管上端,拔出针头,将注射器拔下,抽空气 2mL 再接到头皮针塑料管上,轻推针芯,将骨髓液分段滴在玻片的不同部位,选理想之骨髓液涂片即可。

2 结果

27 例中,1 次穿刺成功者 25 例(92.6%),2 次穿刺成功者 2 例(7.4%)。27 例中无 1 例发生意外及局部感染。用本方法获取之骨髓标本取材满意。

3 讨论

3.1 以往我科骨髓穿刺部位多选择在髂后上棘,使用 B-D 12~16 号骨穿针,此针较粗,穿刺途经皮下、肌肉至棘突,需先注射局麻药,小儿棘突小而圆滑,往往需反复几次才能刺入固定。抽取时用 20mL 注射器需造成较大负压,往往吸骨髓液过多造成混血

或前臂膜室压力升高,使腕部静脉回流减少,引起损伤部位疼痛、麻痹或筋膜室张力升高,累及肌肉被动活动时剧烈疼痛;(9)避免第 2 次更换石膏时发生再移位为患者增加不必要的痛苦。一般桡骨远

稀释;又由于骨髓液在 20mL 注射器中不易排出,容易凝固而涂片不理想;患儿胖瘦不一,穿刺深浅不易掌握。

3.2 胸骨在 2 个月患儿厚 0.8cm,10 岁厚 1.2cm,16 岁厚 1.6cm,胸骨骨髓液成份好,骨髓抑制发生晚,对诊断各种血液病均优于其他部位之骨髓液。但 B-D 骨穿针粗笨,沉重,不易在胸骨上固定,不易掌握深度,易误穿入纵隔,偶有误穿心脏致死者,故以往很少作胸骨穿刺。

3.3 我们应用小儿 7~9 号头皮针取代 B-D 骨穿针作胸骨穿刺,具有以下主要优点:(1)针头细,对组织损伤小,减轻患儿痛苦,且不需局麻药。(2)针头短,骨髓液不易凝固,且进针深度容易掌握,防止误入纵隔。(3)抽取骨髓液时,因塑料软管连接针头和注射器,无论患儿哭叫或扭动,亦不影响穿刺,均可防止针头误入纵隔或脱出。(4)透明塑料管可掌握抽取骨髓液量,即使抽取过多,也不会混入塑料管中混合,造成混血,依次注在玻片的不同部位,仍可得到理想之骨髓液。(5)方法简单,易掌握。(6)一次性头皮针价格便宜,不需消毒,避免交叉感染。

3.4 本组约 7.4% 患儿不能一次穿刺成功,其原因:(1)头皮针刺入过浅或过深,误将骨膜或骨皮质血管中血液抽出,此时根据塑料管中骨髓液之颜色性状,将穿刺针再刺入或退出少许即可。(2)针孔被骨屑堵塞,抽不出骨髓液,此时可摇转针柄,多数能将骨屑排出,如无效,更换头皮针。

总之,董文翰^[1]等介绍的小儿头皮针行胸骨骨髓穿刺方法优于传统的骨穿方法,值得儿科临床推广应用。

参考文献

[1]董文翰,李力平,赵文娟,等.应用小儿头皮针进行小儿胸骨骨髓穿刺 200 例报告.中国实用儿科杂志,1997,12(1):40
(收稿日期:2004-03-24)

端伸直型骨折均可采用其中 1 种复位方法,结合背伸小夹板或石膏外固定治疗,多可获满意的复位质量和疗效。

(收稿日期:2004-03-04)