

儿科头皮静脉留置针的应用体会

武继莲

(山东省费县中医医院 费县 273400)

关键词: 头皮静脉留置针; 临床应用; 儿科; 护理

中图分类号: R 473.72

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2006)02-0080-02

静脉输液是临床上最常用的给药途径, 静脉穿刺是否一次成功及静脉输液是否顺利, 是儿科病房患儿家长最为关注的问题, 也是他们衡量护理水平高低的一个重要标准。近年来, 随着静脉留置针在临床上的应用, 不但减少了护士的工作强度, 更重要的是减轻患儿反复静脉穿刺的痛苦, 也提高了家长对护士的满意度。但是, 由于患儿四肢皮下脂肪较丰满, 血管暴露不明显, 四肢活动较频繁, 针头不易固定, 使留置针很难在四肢血管上保留。因此我们对 3 岁以下患儿采用头皮静脉留置, 取得满意效果。现将我科 81 例患儿静脉留置针的应用体会介绍如下:

2.4 并发症观察与护理

2.4.1 出血 内镜超声刀是内镜下甲状腺手术中止血效果最好的工具^[1], 一般术中出血较少, 但因颈部无伤口, 无法观察伤口敷料渗血情况, 术后 24~48h 需密切观察颈部是否肿胀, 有无紧压感, 有无呼吸困难、口唇紫绀、烦躁不安等现象。注意引流液的量、色和性状, 一般术后 24h 引流量不超过 100mL, 颜色从暗红色过渡到淡黄色。注意保持有效的负压吸引, 定时挤压引流管, 防止扭曲、受压和脱落。避免颈部大幅度活动, 更换卧位时予以辅助, 避免剧烈咳嗽、呕吐, 尽量少说话。本组病例术中平均出血量约 40mL, 术后引流量 25~65mL。

2.4.2 神经损伤 由于内镜的放大作用, 神经损伤较少发生, 但由于采用气管内插管全麻, 术中不能测试病人的吞咽、发音, 以了解神经有无损伤, 术后需观察有无吞咽呛咳、声音嘶哑、音调降低等神经损伤的症状。

2.4.3 皮下气肿和纵膈气肿 术中控制二氧化碳压力在 6~8mmHg, 如注气压力控制不当, 可发生皮下气肿, 甚至纵膈气肿。术后注意观察病人有无呼吸困难, 颈部及胸部皮肤有无肿胀, 局部有无捻发音, 四肢末梢及口唇有无紫绀。

2.4.4 高碳酸血症和酸中毒 由于内镜下甲状腺手术是在人为制造的皮下空间进行的, 粗糙的创面易于吸收 CO₂ 导致高碳酸血症和酸中毒^[2]。术后保持呼吸道通畅, 注意观察呼吸的节律和深浅度, 术后常规低流量吸氧, 并监测血氧饱和度, 必要时作血气分析, 尽快恢复血氧平衡。

2.4.5 皮肤瘀斑 内镜下甲状腺手术颈前区分离范围较大, 部分病人可出现皮肤瘀斑, 可在拔除引流管后予以局部热敷, 以促进吸收, 并告知病人是由于术中皮下出血所致, 会逐渐吸收。本组 5 例出现局部瘀斑, 于术后 4~7d 消退。

2.4.6 皮下积液 由于经前胸壁皮下入路, 颈前及上胸部分

置针的应用体会介绍如下:

1 临床资料

选自 2003 年 3 月~2005 年 3 月住院患儿头皮静脉留置 81 例, 其中男 50 例, 女 31 例; 年龄 1d~3 岁; 留置时间最长 8d, 最短 2d, 平均 5d。

2 方法

2.1 留置针的选择 采用美国 B-D 公司生产的 24GY 型静脉留置针, 3M 透明敷贴和 3M 胶布, 5.5 号头皮针, 5mL 注射器。使用前要对留置针的质量进行检查: 针头有无倒沟, 套管离处存在潜在的间隙, 创面渗液可积聚在皮下, 术后给予胸带加压包扎, 注意观察包扎是否过紧而影响呼吸, 或胸带过松而脱落, 并告知家属勿随意调整松紧度。

2.4.7 颈胸部皮肤发紧不适感 由于颈胸部皮下分离后形成疤痕, 部分病人会出现颈胸部皮肤发紧不适感, 或感觉皮下分离范围处的皮肤不能提起, 告知病人术后 3 个月左右症状会自动消失, 以解除病人的心理负担。本组 1 例出现颈部紧张感, 术后 2 个月症状消失。

2.5 出院指导 术中皮下潜行游离隧道的形成对剥离区的皮肤有一定的损伤, 伤口愈合后, 可进行简单的锻炼, 以后逐渐加大强度, 如做扩胸运动、外展运动, 注意循序渐进, 既不影响伤口愈合, 又可防止胸壁粘连、硬化。保持胸部切口敷料清洁干燥, 术后 1 周可去除敷料淋浴。如发现颈部或胸部皮肤红肿疼痛现象, 及时就医, 如无特殊情况, 术后 3~6 月返院复查。

3 小结

内镜下甲状腺手术的好处在于充分发挥了内镜外科手术术可长距离操作的特点, 将手术径路选择在比较隐蔽的部位, 从而达到手术疤痕不外露的最佳美容效果^[3]。临床护理实践证明, 做好术前准备及心理护理, 熟悉手术方法, 掌握术后可能出现的并发症并密切观察, 保持有效的引流, 同时重视健康教育, 是保证病人顺利康复的关键。

参考文献

[1]徐少明.内镜手术治疗甲状腺疾病的应用现状[J].中国实用外科杂志, 2003, 23(3): 181~183

[2]Bellantone R, Lombardi CP, Rubino F.Arterial PCO and cardio-vascular function during endoscopic necksurgery with carbon dioxide insufflation[J].Arch Surg, 2001, 136(7): 822

[3]Ikeda Y, Takami H, Nimi M , et al. Endoscopic thyroidectomy by the axillary approach[J].SurgEndosc, 2001, 15(11): 1 362~1 364

(收稿日期: 2005-10-25)

有无断裂、开叉及起毛边等现象。

2.2 血管的选择 根据患儿头部血管分布,首先选直而粗、柔软和富有弹性的头皮静脉。主要是额静脉、颞浅静脉、耳后静脉。但部分患儿入院前已多次输液,大的血管已被破坏,还有部分患儿发生输液困难,这样的患儿已经很难再找到较大的血管进行静脉留置,所以我们选择头皮的细小静脉进行留置。但在以下情况时避免穿刺:静脉炎、静脉曲张,有渗漏、感染、血肿区域。

2.3 穿刺步骤

2.3.1 相对较粗较直的头皮静脉 剃净血管处及周围毛发约 8cm×5cm,常规消毒穿刺点后,打开静脉留置针包装,除去针套,旋转移动外套管,以清除套管与针心的粘连。左手绷紧皮肤使静脉相对固定,右手拇指、食指持针翼,针尖斜面向上并充分暴露回血腔,以 15~20° 角刺入皮肤和血管,进针速度要慢,见回血后降低穿刺角度呈 10~15°。角再向前推进穿刺针 1~2mm,松开两翼,用左手示、中指将其固定,右手缓缓抽出针心 2~3mm 后,再持一侧针翼,根据静脉走向,缓缓将软管全部送入血管,将针芯全部抽出,这时回血迅速进入血管即穿刺成功。用一条胶布固定针翼,防止患儿头部摆动使针滑出,再用胶布固定留置针,输液器连接头皮针插入肝素帽即可输液,最后用胶布将延长管,肝素帽固定在患儿头顶或前额。

2.3.2 头皮细小静脉 除毛细血管外的头皮静脉,可视长度在 1.5~2cm,不论顺向、逆向均可行静脉留置。剃净以穿刺点为圆心 2.5cm 半径范围的毛发,常规消毒穿刺部位的皮肤,松动外套管与针芯,接上输液器,排净留置针导管内的空气。操作者左手食指按压住血管上端,阻断静脉回流以充分暴露血管,拇指在血管下端绷紧穿刺部位的皮肤,以右手拇指、食指上下夹住针芯翼和延长管根部与头皮成 5~10° 角,对准血管进针。进针速度宜慢,见回血后再进针 1mm 左右,将手腕放平,食指紧贴皮肤,左手将针芯翼捏住,缓缓回退针芯 1~2mm 后,右手持延长管根部慢慢向前送入,观察回血良好,则可将针芯全部抽出,用 3M 透明敷贴和胶布固定。

2.4 封管 输液停止后进行封管,配制封管液取肝素钠 1 支,每支 2mL 含 12 500U,加生理盐水 250mL,取 2~5mL 进行封管,封管时边退针头边推肝素液,以防封管失败。饶庆华^[1]等人针对小儿情况提出了封管液是保持通畅的关键,充满管腔为 0.6mL,小儿血流快,血循环时间仅为 1~2s,留置针内存液一旦推入血管即进入循环,不可能在局部滞留,同时因小儿血管特点,封管液量过多,推注时间长,力量不均可损伤血管内皮。因此饶庆华确定封管液量为 2mL。但是临床发现,用 2mL 稀释肝素液封管,拔针后不久便有血液回流入导管,堵管率达 48%。用 5mL 稀释肝素液封管,很少有血液回流,堵管率下降至 4%^[2]。原因是患儿恐惧,封管时哭闹不安,使血管压力升高,封管液太少时不能冲净局部血管内的药液和血液,使血液倒流入导管内,发生堵管。增加封管液量,血管压力高时远端血液回流到近端血管与稀释肝素液混合,血液被稀释抗凝,堵管率下降。经临床应用研究,得出肝素的安全有效的量化指标,以新生儿 0.5U/mL,1~3 岁 5U/mL,3~7 岁

5U/mL,7~14 岁 5~125U/mL 较为适宜。在临床上发现有少许患儿留置针延长管内有回血,但不必惊慌,因血管内的血液是经过肝素化的,第 2 天接上液体后仍通畅,不会发生堵管现象。

2.5 留置时间 一般为 3d,最长不超过 7d。

3 结果

本组 81 例,1 例仅针尖刺入静脉即外套管尚在静脉外引起置管失败,第 2 次穿刺后成功;1 例因做辅助检查和患儿躁动不安引起液体外渗。无 1 例感染。

4 体会

4.1 置管前对患儿家长做好解释工作,讲清留置针的优点、注意事项,取得配合。

4.2 无菌操作,预防感染 护理人员在操作前用肥皂水清洗双手或用抗菌剂(碘伏、酒精)擦拭双手 10~15s。正确的洗手可预防外源性污染,减少感染机会。保持穿刺部位的干燥,对于穿刺留置点应每日用碘伏消毒,严密观察穿刺部位有无红肿及分泌物等,及时发现并发症,对 3M 胶布不粘或污染的应及时更换。

4.3 保持静脉畅通 在冲洗操作时采用正压封管即封管液余 0.5~1mL 时边退针边推注的方法。如发现套管内有血凝块不可强行冲洗,防止引起栓塞,应立即拔管。如果滴速较慢可用一次性注射器回抽小血栓或局部注入肝素钠生理盐水封管 30min,以刺激血管内皮释放纤溶酶原活化素促进纤溶,如仍不通畅再考虑拔管。

4.4 妥善固定留置针 送管成功后,固定是留置成功与否的关键。穿刺的留置针应妥善固定,防止套管脱落、打折,接头滑脱。患儿头部面积小,我们可用 3M 的 4.4cm×4.4cm 胶布,送管成功后将胶布的上缘平针坐固定,然后用一条胶布沿针座尾部绕行一圈固定,最后将延长管、肝素帽固定在患儿头顶或前额以方便患儿活动和睡眠。

4.5 提高置管成功率 加强护理人员责任心和技术素质,提高护士的心理素质和承受能力,在操作时一定要沉着、冷静、自信,把握好每一个环节,细心体会提高置管针的成功率。

4.6 注意留置针的保护 在给患儿沐浴时,要加强留置针的保护,防止沐浴水渗入针眼而引起感染,并对留置期间出现的问题给予及时的处理。

总之,通过 2 年多的实践,我们体会到由于静脉留置针具有柔韧性好的特点,可随血管形状而弯曲,其置管对血管壁的刺激小,可减少静脉炎和液体外渗发生,同时容易提高滴速,不易形成血栓,能建立全天候的静脉通路,可为新生儿及危重儿抢救随时提供用药途径。从而避免反复多次静脉穿刺,解决了小儿静脉穿刺的困难,大大减轻了护士工作量,提高了工作效率,保证了各项治疗顺利进行。

参考文献

[1]饶庆华,王之凤,李宝丽,等.小儿浅静脉留置临床应用相关问题研究[J].护理进修杂志,2000,15(5):329~330
[2]戚虹.封闭式留置针在头皮静脉输液中的效果观察[J].护理学杂志,2000,15(2):78~79