锁骨下静脉穿刺置管术并发症防治分析

黄秀峰　冯裕广　谢冰昕　张宗耀　李丹
（中国中医科学院广安门医院＜南区＞　北京 102600）

摘要：目的：分析锁骨下静脉穿刺置管术并发症的发生原因及预防方法。方法：回顾性分析 280 例锁骨下静脉穿刺置管术操作，研究其并发症的发生原因和防范措施。结果：280 例锁骨下静脉穿刺置管术并发症的发生率为 5.36%，其中局部渗血、血肿形成 4 例（1.43%），误穿动脉 3 例（1.07%），气胸 1 例（0.36%），血气胸 2 例（0.71%），局部感染 2 例（0.71%），心律失常 3 例（1.07%）。结论：熟练掌握锁骨下静脉穿刺置管术的操作方法、注重细节技巧、正确处理并发症是提高穿刺成功率、增强安全性的有效方法。

关键词：锁骨下静脉穿刺置管术；并发症；预防；治疗

中图分类号：R 619　　**文献标识码**：B　　doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.045

深静脉穿刺置管术已广泛应用于临床。锁骨下静脉途径因其具有位置固定、休克状态下不易塌陷、刺激性小、患者活动受限小、不易发生静脉血栓、置管时间长等优点而最常应用[1]。但操作过程中，也有各种并发症发生，有的甚至是严重的，应予重视。我们总结 2006 年 2 月 ~2011 年 2 月我院 280 例锁骨下静脉穿刺置管术的结果，了解其并发症发生情况，分析探讨其并发症发生原因及防范方法。

1　临床资料

1.1　*一般资料*　全组 280 例患者，其中男 182 例，女 98 例，年龄 16~85 岁，平均 50.5 岁。

1.2　*材料*　本组均使用广东佛山产 ABLE 中心静脉穿刺导管产品。

1.3　*方法*　穿刺操作由高年资主治医师进行。均采用 sheldinger 方法穿刺置管。患者一般取仰卧位，对于不能平卧的患者，可选择半卧位置管[2]。

1.4　*结果*　280 例中穿刺成功 272 例，成功率（97.1%）。因穿刺置管而出现并发症的共 15 例（5.36%），其中穿刺点局部渗血、血肿形成 4 例（1.43%），心律失常 3 例（1.07%），误穿动脉 3 例（1.07%），血气胸 2 例（0.71%），气胸 1 例（0.36%），局部感染 2 例（0.71%）。

2　讨论

2.1　*临床体会*　熟悉锁骨下静脉解剖，掌握正确的穿刺方法及技巧，可减少并发症的发生，提高成功率。笔者总结以下几点经验体会：（1）以 15~25 度角穿过锁骨后方进入锁骨与第一肋骨间的间隙后，须变换进针角度，针体下压与胸壁平行进针，这是避免进针过深造成气胸的关键。（2）若遇到锁骨宽厚或肥胖的病人，可将穿刺点向外下移至锁骨中点或中外 1/3 下方 2~3 cm 处，使第一肋与锁骨下缘之间形成的夹角增大，易于避过锁骨，也易于调控进针方向，同时穿刺点外移，使锁骨下静脉与穿刺针交叉段增长，增加了穿刺针进入静脉的机率。（3）注意进针时保持穿刺针斜面及导丝钩端始终朝下，同时置导丝时嘱病人颈部向穿刺侧屈曲，减少颈内静脉与锁骨下静脉的夹角，这样可有效减少导丝进入颈内静脉的机会。（4）送导丝一旦遇到阻力，应立即停止，切记千万勿使用蛮劲，以免造成血管壁损伤，可调整进针深度及角度后再送导丝，若仍置入困难，则需重新穿刺。（5）对于右侧穿刺失败者，可能存在血管变异，可增加肩下垫枕厚度，使胸肩部充分展开，多可奏效。（6）穿刺前与病人充分沟通，减轻恐惧感，取得其配合，也是成功的重要条件。

2.2　*穿刺禁忌证*　（1）有严重的出血、凝血功能障碍；（2）穿刺部位存在感染，局部有损伤，胸廓变形，穿刺困难；（3）有血气胸的患者；（4）重度肺气肿、呼吸急促；（5）躁动或拒绝接受，心电图提示双束支传导阻滞等[3]。随着技术逐步成熟，部分已成为相对禁忌证。

监测 EKG，手术应持续吸氧并监测脉搏氧饱和度、尿量及无创血压。术中如因低血压需要用升压药时，应该从小剂量开始，缓慢平稳升压至正常。术中注意保暖，防止体温过低，必要时应监测体温。术中需严格掌握出入量，按需输血补液，密切观察。术后搬动患者时应动作轻柔，并严密观察，以确保病人安全。

总之，腰 - 硬联合麻醉具有起效快、镇痛完全、肌松满意等优点，对老年人若能认真做好术前准备，术中认真监测生命体征，控制好局麻药用量和注药速度，腰 - 硬联合麻醉应用于无张力疝修补手术是安全、平稳、可行的。

参考文献

[1]谢柏樟.麻醉科主治医师 500 问[M].北京:中国协和医科大学出版社,2001.336-340
[2]盛卓人.重新认识老年麻醉[J].临床麻醉学杂志,1993,9(3):158
[3]岳剑红,米卫东,张红,等.老年人对异氟醚摄取的特点[J].中华麻醉学杂志,2000,20(4):240-241
[4]张维娥,邵雪梅.腰 - 硬联合麻醉在高龄患者半髋关节置换术中的应用[J].临床麻醉学杂志,2011,27(2):203

（收稿日期：2011-08-04）

实用中西医结合临床 2011 年 11 月第 11 卷第 6 期

简易实用型痔疮熏蒸器的研制与应用

胡英娥　洪卫祥　邹卫华

（江西省人民医院　南昌 330046）

关键词：痔疮熏蒸器；痔疮术后；临床应用

中图分类号：R 657.18　　**文献标识码**：B　　doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.046

痔病患者术后多有排便疼痛、肛缘水肿等不适[1]，中药熏洗对痔术后患者具有良好的消除肛缘水肿、加速创口愈合、缩短疗程的作用[2]。临床上一般采用传统的 40~50 ℃温水或 1:5 000 PP 粉液坐浴熏洗，条件好的医院亦有使用现代熏蒸仪熏蒸，但均存在不足。为了缓解痔病患者术后排便疼痛、肛缘水肿等不适，且避免上述方法的弊端，我院于 2007 年 11~12 月设计图纸，2008 年 4 月始用自行研制的简易实用型痔疮熏蒸器试用于临床痔病术后患者 136 例，疗效满意。现介绍如下：

1　临床资料

1.1　*材料*　本痔疮熏蒸器由四部分组成：木制坐浴架、带电源熏蒸器、PVC 无毒材质波形管和扣环。

1.2　*使用方法*

1.2.1　*坐式肛门熏蒸*　护士以热情的态度、亲切的语言，告诉患者术后疼痛、肛缘水肿产生的原因及治疗目的、治疗的注意事项等相关知识，使患者有心理准备，并知情同意接受治疗与护理。遵医嘱取中药（黄柏 20 g、野菊花 10 g、苦参 20 g、赤芍 20 g、明矾 20 g、槐角 20 g、苍术 20 g、大黄 10 g、地榆 20 g）放入紫砂壶内水煎外用。先倒入一定量的自来水，以浸过中药为宜，接好温控开关，插上电源，将温控开关调至最大，10 min 后中药水开，再将温控开关调至 45 ℃，此时，将药罐放入坐浴架内，坐浴架上铺上一次性特制洞巾。病人肛门对准坐浴架孔，熏蒸 15~20 min/ 次，如疼痛、水肿严重可适当延长至 30 min/ 次。熏蒸完毕，关闭温控开关，拔掉电源，整理好电源线，罐内药物留至下次以同样方法再用，1 剂 /d，2~3 次 /d。

1.2.2　*卧式肛门熏蒸*　前期步骤同坐式肛门熏蒸，将药罐放入坐浴架内，再将波形管套在壶口高 2 cm 的槽上，扣紧活动扣环，使之不至于脱落。同时，协助病人采取屈膝侧卧位，充分暴露肛门，并于臀下放置一块一次性治疗巾，以免蒸气弄湿床单。然后

2.3　*并发症的原因及防范措施*

2.3.1　*局部渗血、血肿形成*　多发生在凝血功能减退患者，对这种情况应予注意，穿刺时要动作轻柔、准确，切忌反复穿刺，术后应加强压迫止血，并严密观察。本组有 2 例慢性肾功能衰竭患者、1 例肝硬化肝功能不全患者，术后渗血明显，均采用局部长时间压迫直至无出血征象为止；1 例凝血功能正常的患者，因穿刺次数多损伤出血，术后未予充分压迫，造成局部血肿形成。

2.3.2　*误穿动脉*　锁骨下动脉位于锁骨下静脉后上方伴行，一般不易穿到，但有时解剖变异，则可误穿动脉，此时应立即拔除穿刺针，用手指压迫 3~5 min，观察无渗血后，再进行下次穿刺。本组发生 3 例，均及时发现，压迫止血。

2.3.3　*血、气胸*　是锁骨下静脉穿刺置管术中常见又极易导致严重后果的并发症，原因主要是穿刺进针角度过大，尤其在肥胖、肺气肿、桶状胸及呼吸机支持的病人易发生。本组气胸 1 例，自行吸收；2 例血气胸，及时发现，以气胸为主，给予锁中线第二肋间胸腔闭式引流术后痊愈。

2.3.4　*局部感染*　据报道中心静脉导管易造成医源性感染，甚至导管性败血症等，处理不当有 2%~3%的死亡率[4]。故穿刺时应严格执行无菌技术原则，尽量提高一次穿刺成功率，防止发生局部穿刺处感染；置管期间穿刺伤口应定期消毒换药，一旦发生局部感染，及时拔管或换管，并给予抗生素抗感染治疗。本组发生 2 例，均予及时处理而感染控制。

2.3.5　*心律失常*　通常原因是导丝插入过深，对心脏内壁刺激所致，一般导丝置入总长度不超过 25 cm，必要时给予心电监护。本组有 3 例穿刺时出现心悸不适，及时退出导丝 5 cm，症状消失。

参考文献

[1]刘波,李霞,史忠,等.422 例锁骨下中心静脉穿刺置管术并发症临床分析[J].重庆医学,2007,36(18):1 814

[2]吴兴茂,王海源,陈卫民,等.半坐位锁骨下静脉穿刺 11 例体会[J].中国临床营养杂志,2006,14(5):327

[3]闵丽丽.258 例中心静脉置管应用分析[J].浙江预防医学,2005,17(2):74

[4]赵锋,汤照峰,刘旭辉,等.580 例中心静脉穿刺置管术并发症分析[J].中山大学学报(医学科学版),2004,25(S1):260

（收稿日期：2011-06-30）