

小儿静脉输液穿刺成功的几点因素

赵艳秋, 刘 蕾[△], 王 楠(第三军医大学大坪医院儿科, 重庆 400042)

【摘要】 目的 探讨小儿静脉穿刺的方法及要领, 提高小儿静脉穿刺的成功率, 减轻患儿痛苦, 提高护理质量。

方法 加强护患沟通, 做好患儿(家属)的心理护理, 加强护士技术水平的提高并分析穿刺过程中常见问题的原因。

结果 通过一系列的护理措施, 小儿静脉穿刺取得了良好的效果, 护士一针穿刺成功率及患儿家长对护理工作的满意度明显提高。**结论** 小儿静脉穿刺难度大、家长要求高, 操作前做好患儿及家长的心理护理, 熟练操作, 一针见血, 妥善固定是提高穿刺成功率的关键。

【关键词】 小儿; 静脉穿刺; 护患沟通; 环境因素

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.22.047 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)22-2780-02

静脉输液是儿科主要的治疗途径之一, 也是儿科护理工作基本操作。提高小儿静脉穿刺成功率的关键不仅要求护士掌握规范的静脉穿刺技术, 认真总结工作经验, 而且要有高尚的职业道德、高度的责任心, 良好的心理素质以及与护患良好的沟通。提高患儿静脉穿刺成功率, 可以改善护患关系, 减少护理工作量, 提高儿科护理质量。但由于小儿血管细小, 好动, 自控能力差, 不配合等特点, 给静脉穿刺带来很大的困难。反复多次穿刺会给家长带来不满情绪, 影响护患关系, 增加护理工作量^[1]。作者总结多年工作经验, 浅谈以下几点体会。

1 要有高度的责任心和善于沟通的技巧

护士应热爱儿科护理工作, 有饱满的工作热情, 在静脉穿刺前用亲切、温柔、耐心的语言与患儿和家属进行沟通。对 2 岁以上的患儿要用“鼓励、夸奖”的语言来表扬患儿, 以消除紧张、恐惧的心理, 争取患儿的配合。对 2 岁以下的患儿爱哭闹, 不合作时, 应耐心对其家长做好解释并取得家长的理解和配合。

2 保持良好的心理素质

心理因素直接影响着人的行为。良好的心理状态能使操作者的穿刺成功率增加^[2]。现在的小儿多为独生子女, 都是父母的心肝宝贝, 一旦生病, 家长都十分紧张。家长们对输液的要求很高, 都希望能一针成功。有的家长在静脉输液前就会讲“只能一针啊!”“看准了”等, 无形之中给护士造成了一定的压力。如操作者的心理素质差, 穿刺就容易失败。因此, 护士应保持良好心态, 不受环境及外界因素的干扰而影响自己的情绪^[3]。

3 正确选择血管

3.1 根据患儿的年龄、病情以及血管大小选择穿刺的部位。 尽量选择自己有把握的血管, 切忌盲目穿刺。血管的选择应尽量避开皮疹、血肿、骨隆突处, 以及四肢关节活动处。

3.2 一般 2 岁以内的患儿选择头皮静脉。 头皮静脉分为: 前额正中静脉、颞浅静脉、眶上静脉、耳后静脉、枕静脉。前额正中静脉位于前额正中, 呈“Y”型至发际处分叉, 此静脉粗、直、不滑动, 易固定, 是头皮静脉中较大的一支, 为抢救首选; 颞浅静脉位于两侧颞部, 此静脉细长、浅、直、不滑动, 易固定; 耳后静脉浅、直, 隐藏于毛发中, 显露清楚; 眶上静脉表浅显露, 容易穿刺, 但周围组织疏松, 不利于患儿活动和睡眠, 一般不常用。头皮静脉呈网状分布, 无静脉瓣, 顺行和逆行进针均不影响回流, 穿刺方向可随操作方便而调整。2 岁以上的患儿一般选择

四肢静脉, 如手背、足背静脉。对难度大的肥胖患儿应选择粗大易见或按解剖知识推断出静脉的位置。

4 适宜的光线

因小儿血管细小、弯曲, 如果室内光线阴暗, 则看不清血管的走向; 而光线太强时, 穿刺点皮肤会反光, 也易造成穿刺失败。因此应选择适宜的光线, 有利于穿刺。

5 选择合适的头皮针

根据患儿的年龄、病情、血管大小以及穿刺部位来选择合适的头皮针, 临床上常用的头皮针有两种型号: 4.5、5.5。一般 2 岁以内的患儿选择 4.5、5.5 号头皮针, 2 岁以上的患儿选择 5.5 号。头皮针应选择直、无钩、针头锋利的, 并且针头要通畅。

6 正确的穿刺方法

6.1 进针角度 患儿的头皮静脉情况各不相同, 进针角度与进针方位的选择要根据血管的具体情况而定。对于细小浅静脉或血管充盈不良者, 进针角度应小, 约 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$ 左右, 且进针速度宜慢, 以免过快刺破血管。对于回血慢或无回血时, 要准确判断针头刺入血管时的落空感以及针头在血管内推进时畅通无阻的感觉。对于皮下脂肪厚, 血管较深者, 进针角度宜稍大, 约 30° 左右。在血管条件较好的情况下, 建议在头皮静脉正方位 30° 角进针^[4]。穿刺前要在“一看二摸三接”的原则上做到稳、准、轻、慢, 防止穿破血管^[5]。针头进入皮内后与皮肤平行, 沿静脉走向由浅而深, 缓慢向前后下前行刺入, 见回血后不宜再进, 推液少许, 如无异常用胶布固定; 如未见回血又有明显“落空感”, 则先不急于后退针头, 将输液管尾端反折, 挤压, 如有回血说明穿刺成功; 如未见回血, 将针头退回到穿刺点皮下, 再按前面方法进针, 如穿刺成功, 即可见回血。

6.2 针头固定 患儿针头固定牢、好, 可减少患儿再次穿刺的痛苦, 减少住院经费, 同时还可减轻护士工作量, 保证输液、治疗有效进行。因此, 穿刺成功后对头皮针进行有效固定至关重要。(1)普通头皮针用 4 条胶布进行固定: 第 1 条“一”型固定针柄, 第 2 条固定针眼部, 第 3 条“V”字交叉再次固定针柄处, 第 4 条固定硅胶管于耳朵上, 必要时在针头尾部用胶布沿头部固定一圈。患儿手背及脚部需用夹板临时固定并限制活动。(2)留置针固定: 穿刺送管成功后左手仍固定好头部或肢体, 先用一条胶布横向固定留置针针尾, 再用 $4 \text{ mm} \times 6 \text{ mm}$ 大小透明敷贴以穿刺点为中心采用无张力法固定。左手避免穿刺肢体晃动直至贴好透明敷贴。为避免敷贴卷边及撕扯留置针, 在

[△] 通讯作者, E-mail: ttcrystalma@yahoo.com.cn.

敷贴上用纱布外包并用胶布缠绕一周。每天交接班打开纱布检查,必要时用夹板固定。

6.3 对特殊小儿的穿刺 对皮肤黑、肥胖和水肿的患儿,血管暴露不明显,穿刺难度大,要认真辨别血管走向及深浅度,用右手指腹横向触摸,如有沟痕感,做一标志,做到心中有数,采取直刺法进针,不要盲目穿刺,以免增加患儿的痛苦^[6]。

7 环境因素

医院环境对患儿心理、生理产生较大影响。建设儿童乐园式诊疗区集门诊、急诊、住院为一体,以儿童喜欢的卡通壁画作为儿科诊疗区的主题背景,开放式的玩具架、滑梯、木马等烘托出儿童乐园的气氛,可以满足住院患儿的心理、生理发展需求^[7]。在该环境下输液的患儿面对喜欢的房间、卡通小床及身穿卡通服的护士阿姨进行穿刺时,可消除紧张、焦虑的情绪,提高穿刺成功率。

8 注意事项

8.1 患儿静脉表浅不宜深刺,如 1~2 次穿刺均未成功,应将针头退出,另行穿刺。不可用针在皮下多次寻找血管,加重患儿疼痛,引起家属的不满情绪。

8.2 拔针时,将消毒棉球放在穿刺部位,左手拇指沿血管方向纵向压住棉球,迅速拔出针头,这样可将进皮针眼及血管针眼同时压住,以防止皮下淤点,针眼处应按压 3~5 min,切忌边压边揉^[8]。

8.3 穿刺成功后,2 岁以下的小儿告知家长采用喂奶姿势抱住患儿,穿刺处尽量远离家长身体,防止碰撞而引起血肿,并向家属交代不能随意调节输液速度,不要触碰患儿的输液部位,

并适当约束患儿双手,以免针头脱落。

提高小儿静脉穿刺成功率的关键在于护士要有崇高的职业道德,高度的责任心,良好的心理素质,熟练掌握规范的静脉穿刺技术,认真总结工作经验,这样才能提高患儿静脉穿刺的成功率,提高护理质量。

参考文献

- [1] 高志. 小儿头皮静脉穿刺技巧探讨[J]. 现代护理, 2011, 8(1): 91-94.
- [2] 吉明. 如何提高小儿头皮静脉穿刺成功率[J]. 基层医学论坛, 2011, 15(3): 273.
- [3] 纪元英. 提高小儿静脉穿刺成功率的体会[J]. 实用医技杂志, 2011, 18(3): 331.
- [4] 李惜珍, 林佳玲. 小儿头皮静脉穿刺角度及方位的选择[J]. 临床护理杂志, 2010, 9(1): 80-81.
- [5] 尹丽. 提高小儿头皮静脉穿刺成功率的体会[J]. 中国卫生工程学, 2010, 12(9): 65.
- [6] 李广霞. 小儿静脉穿刺是儿科护士岗位培训的第一课[J]. 基层医学论坛, 2007, 13(1): 41.
- [7] 杨秋华, 陈秀芳. 儿童乐园式住院环境对患儿康复影响的研究[J]. 护理研究, 2002, 16(6): 356-357.
- [8] 梁玉霞. 小儿静脉穿刺的临床护理要点[J]. 当代医学, 2009, 15(2): 108.

(收稿日期: 2011-09-10)

羚黄宝儿丸辅助治疗小儿疱疹性口炎疗效观察

林 琨, 梁佩珊(广西壮族自治区南宁市武鸣县人民医院儿科 530100)

【摘要】 目的 观察羚黄宝儿丸辅助治疗小儿疱疹性口炎的临床疗效。**方法** 将 2010 年 1~12 月底南宁市武鸣县人民医院收治的 100 例疱疹性口炎患儿随机分为治疗组和对照组。对照组予以利巴韦林静脉滴注, 治疗组在对照组治疗基础上给予口服羚黄宝儿丸治疗。观察热退、流涎、口腔疱疹消失、溃疡愈合及平均住院时间等, 评价疗效。**结果** 治疗组总有效率 96%, 对照组总有效率 76%, 治疗组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 两组症状、体征消失时间相比, 差异也有统计学意义($P < 0.05$)。治疗过程中均未见不良反应。**结论** 羚黄宝儿丸辅助治疗小儿疱疹性口炎见效快, 疗程短, 未见明显不良反应。

【关键词】 疱疹性口炎; 羚黄宝儿丸; 利巴韦林

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.22.048 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)22-2781-02

小儿疱疹性口炎为儿科临床常见病, 多由疱疹性病毒感染引起, 起病急, 多发于 6 岁以下的儿童, 特别是 6 个月至 3 岁的幼儿发病率较高。患儿因口腔疱疹、溃疡引起患儿口痛而哭闹、流涎和拒饮拒食, 给患儿带来很大痛苦, 也给家长带来了较大的心理压力。单纯西药抗病毒治疗效果不明显。本院儿科自 2010 年 1~12 月将收治的疱疹性口炎的患儿, 在常规治疗的基础上加用羚黄宝儿丸口服, 收到了较满意的疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采集本院 2010 年 1~12 月底住院的 100 例疱疹性口炎患儿, 诊断标准参照《诸福棠实用儿科学》^[1]。随机分为两组, 治疗组 50 例, 男 29 例, 女 21 例; 年龄 6 个月至 6 岁; 其中年龄小于 1 岁 26 例, 1~3 岁 16 例, 4~6 岁 8 例。对照组 50 例, 男 30 例, 女 20 例; 年龄 5 个月至 5.5 岁; 其中年龄小于 1 岁 22 例, 1~3 岁 18 例, 4~5.5 岁 10 例。所有患儿均

有不同程度的发热, 拒食流涎、口腔疱疹、溃疡, 所有病例均在起病 3 d 内就诊。两组患儿在年龄、性别构成比、就医时间及临床表现方面经统计学处理, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 两组均常规给予利巴韦林注射液 10~15 mg/(kg·d) 加入 5% 葡萄糖液 50~100 mL 中静脉滴注, 2 次/天; 治疗组在对照组基础上加用羚黄宝儿丸(广州敬修堂药业股份有限公司生产) 口服, 用量为 0~2 岁小儿 1 次 10 丸, 大于 2 岁一次 20 丸, 2~3 次/天, 用温开水送服。两组均 5 d 为一个疗程。两组患儿继发细菌感染者予加用抗菌药物, 酌情予退热处理及补充能量加强支持治疗。

1.3 疗效判定指标 疗效参照文献^[2]报道。显效: 用药 2 d 内体温恢复正常, 口腔内疱疹缩小, 无溃疡形成; 有效: 4 d 内体温恢复正常, 饮食好转, 口腔内疱疹缩小并逐渐消失; 无效: 5 d 以上体温仍不能恢复正常, 疱疹不愈, 形成溃疡。