

0.05)。说明采用欣皮固 C 型导管固定装置可有效减少尿道损伤的发生率。

综上所述,采用欣皮固 C 型导管固定装置对导尿管“Y”形分叉处进行外固定,可有效减少留置导尿管引流期尿道损伤的发生率,具有牢固、安全、简便的优点,临床值得推广。

参考文献

[1] 刘夕珍,刘春生,史广玲,等. 银离子抗菌凝胶预防留置尿管相关尿路感染的效果观察[J]. 中华医院感染学杂志, 2013,23(7):1620-1621.

[2] 邹永梅. 气囊导尿管致尿道损伤的原因分析及护理对策[J]. 现代医学,2010,38(3):304-305.

[3] 王新民. 双腔气囊导尿管与男性尿道损伤[J]. 中原医刊, 2000,27(8):105.

[4] 何海燕. 气囊导尿管致尿道损伤的分析与预防[J]. 河北北方学院学报:自然科学版,2011,27(4):97-98.

[5] 杨雅筠. 前列腺肥大患者留置气囊导尿管致尿道出血的预防[J]. 基层医学论坛,2010,14(36):1117-1118.

[6] 汪洋,王凌. 良性前列腺增生症治疗的研究进展[J]. 中国

实用医药,2010,5(12):252-255.

[7] 米洁,胡静,陈炜,等. 气囊导尿管致医源性尿道损伤的常见原因及护理对策[J]. 中国社区医师:医学专业,2010, 12(31):192.

[8] 杨艳,张婷. 导尿管不同固定方法对尿道并发症影响与研究进展[J]. 上海护理,2013,13(1):61-64.

[9] 王耀平,贾德平,张琼. 导尿管性尿道狭窄 24 例诊治研究[J]. 临床泌尿外科杂志,2008,23(2):152.

[10] 宋树坤. 留置气囊导尿管导致尿道损伤相关因素分析[J]. 中国误诊学杂志,2010,10(17):4075-4076.

[11] 周凤珍. 气囊导尿管引起医源性尿道损伤的预防和护理[J]. 健康研究,2009,29(5):387-388.

[12] 陈玉珍,连春鸯,陈丽君. 3M 透明敷料在留置导尿管“双固定”中的应用[J]. 中华现代护理杂志,2013,19(2): 162.

[13] 范秀英. 剪去导尿管充气端对拔除气囊导尿管时尿道损伤的影响[J]. 当代护士,2012(1):148.

(收稿日期:2015-03-09 修回日期:2015-08-10)

• 临床探讨 •

# 唇腭裂患儿术前足部静脉穿刺难点与对策探讨

赵 玲(西安交通大学口腔医院手术室,西安 710004)

**【摘要】 目的** 探讨唇腭裂患儿术前足部静脉穿刺难点和提高穿刺成功率的对策。**方法** 对 122 例唇腭裂患儿采用改进操作方法选择合适的留置针或头皮针及最佳的穿刺部位和灵活的穿刺方法,并与对照组 110 例患儿对比穿刺效果。**结果** 改进方法后观察组穿刺成功率为 93.0%,高于对照组的 74.0%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 准备充分、选择合适的穿刺部位和穿刺工具、操作熟练、稳妥固定是提高穿刺成功率的关键。

**【关键词】** 唇裂; 腭裂; 足部静脉穿刺; 输注

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.01.051 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)01-0114-02

患儿静脉输液是临床治疗、抢救最常用的技术操作<sup>[1]</sup>。但由于唇腭裂患儿术前可选择静脉穿刺部位少、体质虚弱、早产、术前禁饮食、肥胖等原因,易出现一次穿刺不成功、针头移位滑出,关节处不易固定使得一次穿刺成功率低。针对患儿足部静脉穿刺中常见难点,本研究采取改进操作方法,借助工具进行妥善固定,严密观察穿刺部位,取得了较好的穿刺效果,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择本院 2014 年 1~12 月收住的唇腭裂手术患儿 122 例为观察组,其中男 73 例,女 49 例;年龄 3 个月至 4 岁,分别为 3 个月至 <1 岁 57 例,1~2 岁 32 例,>2~3 岁 21 例,>3~4 岁 12 例。对照组选择本院 2012 年 1~12 月收住的唇腭裂手术患儿 110 例,其中男 66 例,女 44 例;年龄 3 个月至 4 岁,分别为 3 个月至 <1 岁 51 例,>1~2 岁 29 例,>2~3 岁 19 例,>3~4 岁 11 例。两组患儿在性别、年龄等方面比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 操作方法** 对照组患儿按照传统的静脉穿刺方法,在足部、手背、肘部进行静脉穿刺,观察组患儿采用改进操作方法,按照要求均在足部静脉穿刺,具体方法如下。

**1.2.1 做好穿刺前准备** 调节室内温度到适宜范围(22~25℃),保障患儿浅表血管处于正常状态,充足的光线照明,为操作提供良好环境。为实施穿刺准备若干规格不同的小夹板或空纸盒,留置针及头皮针。

**1.2.2 选择最佳穿刺部位** 首选内踝处大隐静脉,此处静脉管径粗,位置表浅,易于观察,也容易摸清静脉走向及深浅,穿刺成功率高,但该处位于内踝关节,不易固定。其次选择足背静脉,此静脉位置表浅,易看清,容易判断静脉走向,但该静脉管径较细,要谨慎操作。再次选择足背外侧胫前静脉,此静脉更细、表浅,直行静脉很短,选择此静脉也是无奈之举<sup>[2]</sup>。

**1.2.3 选择合适的留置针或头皮针** 内踝处穿刺首选留置针,大多选用美国 BD 公司 24GA 或上海林华 24GA 型留置针。留置针作为头皮针的替代产品<sup>[3]</sup>,以其操作简便、套管柔软、套管在静脉内留置时间长不易穿破血管壁等优点,广泛应用于临床中并获得普遍认可,尤其对术后需要搬动的患儿作为首选对象。穿刺足背静脉时,既可选择留置针也可选择头皮针,具体需根据足背静脉的管径而做出合理选择。而足背外侧胫前静脉应尽量选择 5 号半头皮针,这是因为留置针外径为 0.75 IN,略粗于小静脉,导致穿刺很难成功。

**1.2.4 采用最佳穿刺方法** 静脉穿刺时要注意根据患儿具体情况调整进针角度,一般情况下,针梗与皮肤夹角为  $20^\circ$ ,进针点可从血管侧方进针,也可从血管上方进针,鉴于唇腭裂患儿术前静脉充盈度较差,对唇腭裂患儿进行术前静脉穿刺时应降低进针角度,将针梗和皮肤夹角控制在  $10^\circ \sim 15^\circ$ ,见回血后再沿血管进针  $2 \sim 5$  mm,如使用头皮针,不可进针过多(静脉管径细,进针过多针头斜面易穿透血管壁),否则可能穿刺失败<sup>[4]</sup>。针对无法在大隐静脉和足背静脉处实施的穿刺,只能选择足背外侧胫前静脉或其他毛细血管的患儿,通过扎两根止血带(踝关节上一根,脚趾与脚面移行处一根),使血管充分暴露,随后从血管上方进针<sup>[5]</sup>。此时进针速度宜慢,如果针头有突破感,但回血很慢或看不到回血,不可急于操作;观察 5 s,若有回血,沿血管方向再进针少许;否则,可挤入少量液体,观察局部无凸起,证明针头已进入血管内,穿刺成功<sup>[6]</sup>。针对肥胖患儿,术前静脉穿刺时要抬高进针角度,将针梗和皮肤夹角控制在  $25^\circ \sim 40^\circ$ ,见回血后压低针梗与皮肤夹角,沿血管潜行同样不可过多。肥胖患儿即使静脉充盈,有时也摸不到血管走向,此时可按照静脉的解剖方向穿刺<sup>[7]</sup>。在选择儿童足部静脉穿刺点时,通过反复验证可以认为,血管上方进针比从血管侧方进针穿刺成功率更高。

**1.2.5 借助工具妥善固定** 内踝处静脉穿刺成功后,如果固定不妥,常会出现输液速度太慢或液体不滴现象,造成这一现象的原因是穿刺时将患儿足尖下压,绷紧皮肤进针,穿刺成功后皮肤放松,针头位置发生改变。通过借助自制小夹板,将踝关节上下用胶布固定,有效改善了这一现象,取得良好效果。对于 3~6 个月婴幼儿,可用空药盒上垫纱布加以固定。足背处静脉穿刺见回血后,针柄不可过度下压,避免针尖向上刺穿血管壁。若固定前在针柄下垫去梗棉签,使针头斜面和血管相适应,可取得更好效果。

**1.2.6 操作步骤** 穿刺点上方  $5 \sim 8$  cm 扎止血带,选择静脉及穿刺点,使用 0.5% 聚维酮碘常规消毒皮肤,松动 BD 或林华留置针针芯,从最暴露静脉远端 5 mm 处进针,进针速度不宜过快,见回血后压低针柄沿静脉走向再进针约 2 mm,右手持针芯保持不动,左手将留置针软管全部推入静脉。右手退针芯至软管后端 2 mm 处,松止血带,BD 留置针此时需用左手中指压住留置针最前端(阻断血流,暂时固定留置针),拇指食指固定软管柄,右手拔出针芯,将输液器与留置针连接,用 3M 透明敷贴固定,调节滴数。林华留置针和头皮针穿刺见回血后无需后续连接过程,妥善固定即可。

**1.3 观察指标** 观察对比两组患儿的穿刺成功率和手术延迟率。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS17.0 统计软件进行分析,计数资料以率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

对照组 110 例唇腭裂患儿中,术前因静脉穿刺导致手术延迟 1 h 有 4 例,占 3.63%;手术延迟 2 h 有 2 例,占 1.82%;手术被迫延期 1 例,占 0.91%;而观察组 122 例唇腭裂患儿中,手术延迟 1 h 仅 2 例,占 1.64%,且无 1 例手术延期,观察组手术延迟率低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组患

儿穿刺效果比较,观察组穿刺成功率为 93.0%,对照组成功率为 74.0%,观察组明显好于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

## 3 讨 论

静脉穿刺是治疗和抢救患者生命的必须通路,是护理最基本的操作技术,最能体现护士的基本功,也是患者评价一个护士能力的常用标准<sup>[8]</sup>。儿童静脉穿刺因年龄因素不能积极主动配合而较成人技术要求高,特别是颌面部手术患儿因手术部位和上肢短小而不能选择头皮静脉和上肢静脉。唇腭裂患儿术前大多数因禁饮食和营养不良,造成外周静脉充盈度差,也有个别患儿体型肥胖,静脉位置较深,不易暴露,均易引起静脉穿刺失败。本研究采用选择适宜环境、合适的穿刺用具、灵活的穿刺手法和最佳穿刺部位,成功进行静脉穿刺 122 例,手术延迟 1 h 者仅 2 例,无一例延期手术,观察组手术延迟率低于对照组( $P < 0.05$ )。穿刺成功率比较,观察组为 93.0%,效果明显好于对照组的 74.0%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。赵永胜和吴彩兰<sup>[9]</sup>报道,冷光乳腺检查仪用于小儿静脉穿刺成功率为 98.1%。此法需在冷光光束下透射为穿刺导航,经济成本较高;本研究观察组穿刺成功率 93.0%与赵永胜报道成功率 98.1%相比较,穿刺成功率差异不大,而经济成本差异巨大。

通过对 122 例唇腭裂患儿静脉穿刺,作者体会如下,(1)做好穿刺前准备,选择适宜的温度、光线;(2)合理选择穿刺部位,首选大隐静脉,其优点为管径粗,位置表浅,易于穿刺成功;(3)选择适宜的穿刺用具,采用灵活的穿刺手法,穿刺成功后借助自制工具:小夹板、空纸盒、去梗棉签等进行妥善固定,获得较好的穿刺效果。综上所述,本研究采取改进操作方法经济、易行、效果良好,适宜推广。

## 参考文献

- [1] 刘卫霞. 静脉输液中患儿家长的护理需求调查分析[J]. 中国实用医药, 2012, 7(14): 272-273.
- [2] 王显勋. 腓肠肌内侧头肌皮瓣修复胫前软组织缺损的临床研究与分析[D]. 武汉: 武汉大学, 2005.
- [3] 刘旭瑶. 儿童静脉留置针的穿刺方法、部位与护理体会[J]. 吉林医学, 2012, 33(16): 3557-3558.
- [4] 冯青青. 广西先天性心脏病家系调查研究[D]. 南宁: 广西医科大学, 2012.
- [5] 马骏英. 为儿童做静脉穿刺扎两根止血带好[J]. 中华护理杂志, 1990, 25(1): 43.
- [6] 刘金荣, 白秀珍. 提高小儿静脉穿刺成功率探讨[J]. 职业与健康, 2008, 24(3): 12-13.
- [7] 胡秋霜. 小儿头皮静脉解剖学基础和穿刺体会[J]. 实用医技杂志, 2008, 15(15): 4-5.
- [8] 姜文宇, 刘艳萍, 于丽慧. 注射器在小儿静脉留置针穿刺中应用的护理体会[J]. 中国实用医药, 2011, 6(10): 216-217.
- [9] 赵永胜, 吴彩兰. 冷光乳腺检查仪用于小儿静脉穿刺. 中华护理杂志, 1994, 29(3): 176.