

• 案例分析 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.04.044

## 1 例早产儿腋下静脉穿刺失败致血肿的治疗护理

邓陵<sup>1</sup>, 李雪莲<sup>2</sup>, 冉欣<sup>2△</sup>

(1. 四川省广安市华泰国际医院儿科 638550; 2. 陆军军医大学第三附属医院(野战外科研究所)儿科, 重庆 400042)

关键词: 腋下静脉穿刺; 血肿; 早产儿

中图分类号: R473

文献标志码: C

文章编号: 1672-9455(2019)04-0575-02

新生儿静脉留置针穿刺是新生儿重症监护病区(NICU)中一项重要的护理操作。Nichalls 在 1987 年首先报道了腋下静脉作为静脉穿刺进入较大中心静脉的一种可选择的途径。腋下静脉留置针主要适于需要静脉营养, 不接受经外周静脉穿刺中心静脉置管(PICC)的早产儿, 以及住院时间较长而其他部位静脉穿刺困难的新生儿。由于腋下特殊的解剖位置, 容易刺破血管造成穿刺失败, 并且可能由此引起穿刺后并发症。陆军军医大学第三附属医院儿科发生 1 例早产儿腋下静脉穿刺失败, 造成腋部皮下大血肿, 失血造成患儿贫血及凝血机制紊乱, 引发了严重后果, 延长了住院时间, 与基础疾病一共治疗护理 49 d 痊愈出院, 现将该病例报道如下。

## 1 临床资料

患儿, 女, 系 G<sub>1</sub>P<sub>1</sub>, 双胎之大, 孕 29<sup>+</sup><sub>2</sub> 周, 因“出生后呼吸浅快 3 d, 面色苍白 1 d”于 2015 年 4 月 27 日以“新生儿肺炎、新生儿呼吸窘迫综合征”入院。入院查体: 体温 36.3℃, 呼吸 70 次/分, 心率 130 次/分, 体重 1.05 kg。患儿呼吸浅快, 面色苍白, 贫血貌, 唇周发绀。入院后予无创呼吸机辅助呼吸, 美罗培南抗感染, 输注红细胞、血小板以纠正贫血、改善凝血机制, 静脉营养等对症支持治疗 11 d。患儿呼吸明显改善, 感染控制好, 病情趋于稳定。2015 年 5 月 7 日 15:00 左右, 患儿右侧腋下静脉留置针穿刺失败, 拔针后压迫, 不易止血, 压迫止血约 5 min, 皮肤表面无渗血, 用棉球覆盖穿刺点, 另选择血管穿刺成功后离开患儿床旁。期间 2 次护士交接班, 没有发现异常。21:00 发现患儿右侧腋下 3.5 cm×1.9 cm 紫黑色包块(图 1)。B 超示: 右腋下血肿。患儿贫血貌, 呼吸稍促, 反应欠佳。患处给予局部冰袋冷敷, 以棉垫抬高右侧肢体。此时包块表面张力高, 有进行性增大的趋势。血常规提示血红蛋白进行性下降; 2015 年 5 月 8 日血肿范围扩大至 4.0 cm×7.0 cm, 右上肢肘上 3 cm 测臂围为 10.5 cm, 左臂臂围为 6.5 cm。整个右上肢肿胀明显, 向腋下及肩、背部蔓延; 穿刺点有暗红色血性液体渗出(图 2)。局部用碘伏消毒血肿皮肤, 以 0.01%~0.02% 呋喃西林液湿敷后, 无菌纱布覆盖, 抬高右侧肢体。B 超监测动脉、静脉血流尚通畅, 与对侧相比血流速度基本一致。2015 年 5 月 10 日血肿

范围 4.0 cm×7.0 cm, 前臂及肩、背部仍肿胀, 但未再继续加重。局部用碘伏消毒后, 用 0.05% 酚妥拉明药液湿润无菌纱布覆盖血肿处, 外加保鲜膜包裹, 并与喜辽妥药膏外涂血肿皮肤交替使用。期间右上肢指端红润, 可扪及手背动脉搏动。患儿整个治疗以止血、纠正凝血功能障碍为主, 并给予止血药物、改善微循环、抗感染、营养支持治疗, 同时促进上肢血液循环。2015 年 6 月 4 日患儿转至普通病房继续治疗, 此时血肿表面颜色恢复正常, 范围 3.0 cm×2.5 cm(图 3)。2015 年 6 月 15 日出院时血肿范围 2.0 cm×2.0 cm。2015 年 6 月 25 日随访血肿痊愈, 无任何功能障碍。



图 1 发现患儿右侧腋下血肿



图 2 血肿进行性增大

## 2 治疗与护理

2.1 病情观察 患儿病情危重, 应观察呼吸机是否正常工作, 注意各种管道的连接, 自主呼吸情况, 有无

△ 通信作者, E-mail: 345037581@qq.com.

暂停。除监护仪密切观察体温、心率、呼吸、血压等生命体征外,还应注意患儿的精神状态、反应、面色、皮肤颜色、肢体末梢温度、出凝血情况、吃奶及大小便情况<sup>[1]</sup>。



图 3 血肿恢复

**2.2 血肿观察** B 超监测血肿变化动态,是否有活动性出血。每日测量患肢近血肿处的臂围,观察局部血肿的范围、皮肤颜色、皮肤温度、肢端血液循环是否良好,有无桡动脉搏动,患侧手臂的活动情况。是否因为血肿压迫周围的神经、血管而引起肢端感觉、循环障碍。血肿局部有无感染情况,护理处置后的效果观察。

**2.3 血肿的处置** 第 1 天患处给予局部冰袋冷敷,降低局部血液循环,以棉垫抬高右侧肢体,加强肢体血液回流;第 2~3 天局部用碘伏消毒血肿皮肤,以 0.01%~0.02% 呋喃西林液湿敷后,喜辽妥药膏外涂血肿皮肤,无菌纱布覆盖,抬高右侧肢体。第 4 天血肿未再继续加重,局部用碘伏消毒后,用 0.05% 酚妥拉明药液湿润无菌纱布覆盖血肿处,外加保鲜膜包裹,并与喜辽妥药膏外涂血肿皮肤交替使用。后续血肿治疗一直外涂喜辽妥药膏。

**2.4 基础疾病的治疗** 患儿为双胎早产儿,病情较重,贫血,凝血功能异常;整个治疗以纠正贫血、凝血功能障碍,止血为主。给予巴曲亭止血,美罗培南、头孢哌酮抗感染及氨基酸脂肪乳营养支持,维持水电解质平衡,同时促进上肢血液循环。治疗期间共输血制品 18 次,其中血小板 2 U,冷沉淀 2 U,红细胞 4×30 mL、5×20 mL,新鲜血浆 4×30 mL。

**2.5 护理** 严格执行消毒隔离,接触患儿前后洗手,防止交叉感染。监测体温每日 6 次,做好患儿基础护理,清洁口腔、鼻腔、会阴、臀部。做好各种管道的护理,经常检查呼吸机管道接头是否连接完好。做好气道护理,及时吸出呼吸道分泌物,保持呼吸道通畅。输液、输血的护理:根据不同药物调节速度;定时观察留置针穿刺处是否渗血、渗液及肿胀,发现情况立即处理。

### 3 讨论

在 NICU 除 PICC 外,腋下静脉留置针输液已作为早产儿静脉输液较为优选的方法。腋下表浅静脉即贵要静脉,贵要静脉口径粗、弹性好、位置表浅、易

固定,临床上常用于静脉插管等治疗<sup>[2]</sup>。临床中由于穿刺不当或其他原因造成局部淤血较常见,但造成皮下大血肿的病例却鲜见。较大的血肿,如果长期不能被吸收,可能会继发感染,常常以外科手段抽出血肿内积血。但这例患儿排除了穿刺抽血肿的方法,因其凝血功能异常,且血肿与动脉有贯通,担心出血不止,引发更大的危险,而采用保守治疗,外用药物处理血肿局部,促进血液循环,待其自行慢慢吸收。

**穿刺失败原因分析:**该患儿(早产儿且血管条件差)除本身疾病因素外,操作者穿刺技术不熟练(低年资护士,穿刺技巧掌握不到位),反复穿刺造成血管损伤,操作完毕已发现凝血困难,但未延长压迫止血时间,没有做到定时观察、做好交接班。本例患儿 15:00 行腋下静脉穿刺,压迫止血后外观无渗血,21:00 发现血肿。损伤腋下动脉,却未及时发现,给予正确处理。穿刺后未正确评估,局部压迫时间过短,力度不够,压迫位置不正确。患儿病情重,凝血时间长,凝血机制异常,穿刺后半小时内出现烦躁,四肢活动频繁。应充分观察穿刺点有无出血,确保出现出血时及时发现。穿刺时应将一侧手臂轻轻拉直背伸,腋窝呈水平暴露,左手拇指及其余 4 指轻握该侧三角肌下缘使腋窝处皮肤绷紧进针。本例患儿穿刺失败后存在处置缺陷。应杜绝护理工作中的疏漏,稍有不慎或疏忽,就可能增加患儿痛苦,给家属带来经济及精神上的负担。患儿经过积极治疗护理,良好的解释沟通,痊愈出院,没有由此引发医疗纠纷。

**治疗药物分析:**喜辽妥主要成分为多磺酸黏多糖,能迅速透过皮肤,具有抗炎,促进水肿、血肿吸收,抑制血栓形成,促进局部血液循环,刺激组织再生能力<sup>[3]</sup>。酚妥拉明为  $\alpha$  受体阻滞剂,可扩张周围血管,改善毛细血管通透性,促进局部毛细血管血液回流,改善缺血缺氧,有效降低因缺血缺氧而致皮肤坏死,同时具有明显的镇痛作用,能减轻患儿痛苦。外加保鲜膜包裹,保证肢体温度,更能加快血液回流。呋喃西林为临床外用消毒防腐药,用于皮肤及黏膜感染,对组织几乎无刺激。0.01%~0.02% 的灭菌呋喃西林溶液湿敷,冲洗创面,能干扰细菌的糖代谢过程和氧化酶系统而发挥抑菌或杀菌作用,抗菌谱广,对多种革兰阳性及革兰阴性菌有抗菌作用,对厌氧菌也有作用。

### 参考文献

- [1] 崔焱. 儿科护理学[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社, 2008:107-108.
- [2] 丁玲莉,罗薇. 腋下表浅静脉留置针在早产危重儿中的应用[J]. 中华护理杂志, 2004, 39(2): 156-157.
- [3] 戴德银. 实用新药特药手册[M]. 北京:人民军事出版社, 1994:11.