

- roscopic myomectomy and morcellation [J]. Fertil Steril, 2006, 85 (2): 492-493.
- [26] Kumar S, Shama JB, Verma D, et al. Disseminated peritoneal leiomyomas is an unusual complication of laparoscopic myomectomy [J]. Arch Gynecol Obstet, 2008, 278(1): 93-95.
- [27] 王恩杰, 王伟娟, 郭蕾, 等. 无气腹皮下悬吊式腹腔镜与传统气腹腹腔镜子宫肌瘤剔除术后的临床比较 [J]. 中国微创外科杂志, 2008, 8(1): 1007-1009.
- [28] Nezhat C, Nezhat F, Bess O, et al. Laparoscopically assisted myomectomy: a report of a new technique in 57 cases [J]. Int J Fertil Menopausal Stud, 1994, 39(1): 39-44.
- [29] 沈立翡, 朱岚, 瞿鹭, 等. 腹腔镜辅助腹壁小切口子宫肌瘤剔除术的临床应用研究 [J]. 中国微创外科杂志, 2010, 10(3): 220-222.
- [30] 王晓雷, 秦玉静, 夏明静, 等. 腹腔镜辅助子宫壁间肌瘤剔除术的临床研究 [J]. 中国医疗前沿, 2010, 5(23): 5-6, 59.
- [31] 许学岚, 张娟娟, 王春平, 等. 腹腔镜下复杂子宫肌瘤剔除术的可行性分析 [J]. 中华妇产科杂志, 2006, 41(7): 464-466.
- [32] 成九梅, 刘芸, 段华, 等. 线圈套扎法在腹腔镜子宫肌瘤剔除术中的应用 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2007, 23(5): 376-377.

(收稿日期: 2012-03-12 修回日期: 2012-04-20)

提高静脉输液穿刺成功率的研究进展

谭红莲

(广西壮族自治区南溪山医院肾内科, 桂林市 541002)

【关键词】 静脉输液; 静脉穿刺; 成功率; 综述

【中图分类号】 R 472 【文献标识码】 A 【文章编号】 1673-6575(2012)03-0288-03

静脉输液是将一定量的无菌溶液或药液直接输入静脉, 以达到治疗疾病、纠正人体水、电解质及酸碱平衡失调的目的, 是临床常用的护理技术操作, 也是医院抢救危重病人的一个重要手段。临床治疗中, 90%~95%的住院患者需进行静脉输液治疗^[1]。实施成功的静脉穿刺, 做到“一针见血”, 尽快建立静脉通道, 保证患者治疗及抢救用药, 提高静脉输液治疗护理质量, 减轻患者痛苦, 是临床护理工作中值得探讨研究的问题。近年来不少护理同行在临床实践中对静脉输液穿刺进行了不断地研究, 并提出了改良方法, 使穿刺成功率大大提高。

1 血管的选取

静脉输液穿刺成功与否, 在很大程度上取决于血管的选取。穿刺时宜选取粗直、弹性好、易于固定的静脉, 同时应注意避开关节和静脉瓣^[2]。对于长期输液者, 应遵循从远心端到近心端选择静脉的原则。抢救病人避免采用下肢静脉进行输液, 应选择上肢静脉或颈外静脉等离心脏较近的静脉进行输液, 以利于药物尽快到达心脏, 为患者赢得抢救时机。

2 增加静脉充盈度

静脉穿刺成功与否与静脉充盈度密切相关, 操作者可根据患者情况采用一种或多种使静脉充盈的方法, 以提高静脉穿刺成功率。李红卫^[3]建议嘱患者用穿刺的肢体做甩动运动, 使血液在局部滞留, 扎止血带后, 让患者反复握拳、松拳, 使静脉充盈。韦思华^[4]建议扎止血带后, 用食指、中指、无名指三指并列成一字, 沿着所选的血管走向轻轻敲

击, 并将穿刺部位向下倾斜, 使之低于扎止血带的水平面, 可有效地显露充盈静脉, 易于穿刺。王霞^[5]建议对周围血管显露不明显或血管痉挛穿刺困难的患者, 可先用热毛巾(水温 60℃~70℃)或热水袋(内装水温 60℃~70℃)热敷局部 10~20 min, 改善局部血液循环, 使血管扩张, 静脉充盈、暴露, 可提高静脉穿刺成功率。张春风^[6]用棉签蘸 1% 硝酸甘油均匀涂在穿刺侧手背上, 然后用湿热小毛巾置于拟输液部位 3 min 左右, 表浅小静脉可迅速充盈。由于硝酸甘油具有扩张静脉的作用, 用硝酸甘油热敷后, 静脉直径明显扩大, 血管充盈度增加, 能有效地提高静脉穿刺成功率。

3 穿刺技巧

3.1 弓形手掌穿刺^[1] 手背静脉是临床静脉输液最常采用的血管。李德惠^[7]建议进行手背静脉穿刺时手背自然放松, 拳头轻握呈弓形, 不宜将拳头握得太紧, 否则易致静脉嵌入掌骨之间, 暴露不明显或用力过大而将静脉压扁, 进针后易穿透血管。操作者用左手将患者的被穿刺手固定成背隆掌空的握杯状手或操作者左手握紧被穿刺手的 4 或 5 个手指, 使其手向掌面弯曲成弧形, 这样可使手背血管充分显露, 有利于穿刺成功^[5]。

3.2 进针角度 适宜的进针角度是静脉穿刺成功的保证。李勤等^[8]在静脉输液时对 40 例患者进行了自身对照, 双日采用 20°进针进行静脉穿刺 360 次, 为对照组; 单日分别采用 30°~40°、45°和 60°进针进行静脉穿刺各 120 次, 为实验组。实验证明 45°进针患者疼痛感轻, 一次穿刺成功率高。笔者认为进针角度应视病人情况而异。蒋美娇等^[9]认为角度过大刺穿血管, 角度过小针头全部刺入皮下都没刺到血

管,均会引起穿刺失败。穿刺前,用目测法和触摸法观察穿刺血管的皮下脂肪的厚薄,从而对进针角度进行估计。皮下脂肪稀薄、消瘦的患者,进针角度应 $<5^{\circ}$ 左右;皮下脂肪厚者,进针角度要 $>20^{\circ}$,否则角度抬高不够,针头全部刺入都未进血管,或针尖斜面有少许在血管外,引起液体外渗。

3.3 进针速度 把握好静脉穿刺进针速度,动作轻稳是静脉穿刺成功与无痛的因素之一^[7]。缓慢进针增加病人的疼痛感,刺激血管收缩甚至痉挛,增加静脉穿刺难度。静脉充盈良好者从血管正上方快速进针直接刺入血管,见回血后,降低进针角度,再沿血管走向缓慢前行一段。静脉充盈欠佳者快速进针穿过皮肤后,再缓慢进入血管,可提高静脉穿刺成功率。

3.4 肥胖者穿刺技巧 肥胖者皮下脂肪较厚,静脉位置比较深,有时在皮肤表面较难辨认。可先扎止血带,找到合适的静脉,摸清走向后放松止血带,常规消毒皮肤后扎止血带,并消毒左手食指指头,用该指摸准静脉位置,右手持头皮针,稍加大进针角度(约 $35^{\circ}\sim 40^{\circ}$)顺静脉走向从血管的正面向刺入^[7],可提高静脉穿刺成功率。

3.5 水肿患者穿刺技巧 对各种原因导致的低蛋白血症患者肢体多有水肿,血管看不清。张春丽^[10]建议选择穿刺部位时,应先用拇指按压,把水分推向旁边,反复做几次,直到发现适宜穿刺的血管,再沿着静脉走向进行按压,使血管形态显露,扎止血带,尽快消毒皮肤,及时穿刺。

3.6 老年患者穿刺技巧 老年人皮下脂肪较少,皮肤组织松弛,血管滑动,不易固定,回血缓慢,且脆性较大易被穿破。谢伟英^[11]主张静脉穿刺时操作者左手拇指压住血管并向下拉紧皮肤,借助其他手指的力量将皮肤同时向两侧拉紧,以增加皮肤压力,缩小血管活动范围,从而使血管固定。采用增加输液管内负压的方法易见回血。临床上最常用高调法,即调节器置于紧贴莫非滴管下端穿刺。另有低瓶高调法、手捏输液器下端法及常规排气后夹闭莫非滴管下端,通过挤压莫非滴管,使输液管内产生较大负压,针头进入静脉腔即可见明显回血,从而提高穿刺成功率^[11]。

3.7 脱水、休克患者穿刺技巧 脱水、低血压休克患者,血容量明显减少,静脉空虚、萎陷。潘红^[12]、莫丽花等^[13]主张采取挑起进针法,即细心地把针头刺入血管肌层,将针放平,针头稍微挑起,使血管前后壁分离,针头滑入血管内有失阻感,即使无回血,针也进入了血管。切忌拔出针头重新穿刺,可改变针头的位置或用手轻轻挤压头皮针近端的输液管,一般会出现回血。

4 输液工具的选择

头皮钢针为临床进行外周浅静脉穿刺最早采用的输液工具,保留时间短,易发生渗漏,需重复多次穿刺为其局限性^[14]。静脉留置针又称套管针,是头皮针的换代产品,具有操作简单、套管柔软、套管在静脉内留置时间长且不易穿破血管等优点^[15],从而减少反复多次穿刺给病人带来的痛

苦和对血管的损伤,减轻护士工作量,已广泛应用于临床。采用中心静脉导管或经外周静脉穿刺置入中心静脉导管(PICC)输入毒性大、刺激性强及高浓度药液,需连续输液治疗时其优势更显著,满足了临床危重病人的药物治疗及静脉营养支持治疗的需求,避免因渗漏反复穿刺。而植入式静脉输液港则达到了真正无痛输液的境界。

5 针头的固定

妥善固定针头是保障静脉输液穿刺成功不可忽视的一个环节,如针头固定欠稳妥,仍可导致静脉穿刺失败而再次穿刺。临床采用输液贴固定针头,既保护外露针梗不受污染,又起到稳妥固定的作用,受到广大护理同行的认可和推荐。穿刺部位皮肤湿冷或可能出汗者在输液贴上再加一条长10 cm的3 M透气胶布,透气胶布两端均长于输液贴至少1 cm。李德惠^[7]主张使用输液贴,固定时应遵循无和力粘帖原则,敷料中央始终对准穿刺点,由中央向周围按压整片敷料,使之与皮肤贴妥。

6 心理因素对静脉穿刺的影响

护士情绪变化对临床处置有较大的影响。情绪波动时,工作效率下降,易出现差错,在静脉穿刺上表现尤为突出^[16]。护理人员应加强自控力培养,采用自我转移、自我控制或向他人诉说等方法以消除不良情绪。操作者要保持情绪稳定,精力集中,特别是在进血管的瞬间,只有精力集中才能感到穿入血管的落空感,操作时才能把握住分寸,穿刺才能达到一针见血,提高穿刺的成功率^[17]。

7 护患关系对静脉穿刺的影响

良好的护患关系有利于增强患者对护士的信任感,减轻护士的心理压力,提高护士静脉穿刺成功率,达到事半功倍的效果。护士在进行静脉穿刺操作时应主动与患者沟通交流,转移患者的注意力,减少或消除患者的紧张、恐惧感,过度的紧张恐惧可使局部表浅静脉收缩,患者不能很好地配合,增加穿刺难度^[18]。要求护士必须具有高度的责任心、细心、耐心、爱心及良好的职业道德,掌握沟通交流的技巧,以促进良好护患关系的建立。

8 小结与展望

静脉穿刺成功率直接影响病人对护理工作的满意度^[19],是评价护理质量的指标之一。为确保静脉一次穿刺成功,护士必须具备娴熟的操作技术,高度的责任心、耐心和爱心,稳定的心理状态,以及患者主动积极的配合^[20]。在进行静脉穿刺时,主动与患者沟通,缓解其紧张恐惧心理,尽量做到一针见血,减轻患者的痛苦。在临床实践中,护理人员应根据患者的个体情况,选择合适的穿刺部位和血管,设法使静脉充盈度增加,集中精力穿刺,掌握合适的

进针角度与速度,灵活应用静脉穿刺技巧,妥善固定针头,可提高静脉输液穿刺成功率,提高静脉输液质量。随着经济的发展及观念的转变,静脉留置针将取代头皮钢针广泛应用于临床静脉输液,对保护血管及提高静脉穿刺成功率将起到积极的促进作用,可减少护士工作量,提高工作效率。在化学治疗及慢性病、危重症患者持续静脉输液治疗、静脉营养等治疗时,应优先考虑 PICC。而目前临床护士经外周静脉穿刺置入中心静脉导管技术仍有待加强,需加快临床护士 PICC 置管技术的培训步伐,培养出更多具有资质的静脉治疗护士,提高置管成功率,满足危重症患者的治疗需求。

参 考 文 献

[1] 于安翠. 静脉输液穿刺技术的研究进展[J]. 现代护理, 2008, 5(3): 128.
 [2] 宋 燕. 改良操作环节 提高静脉穿刺成功率[J]. 中国当代医药, 2010, 17(33): 134.
 [3] 李红卫. 如何提高静脉穿刺成功率[J]. 实用心脑血管病杂志, 2011, 19(1): 69.
 [4] 韦思华. 介绍 3 种提高静脉穿刺成功率的方法[J]. 齐鲁护理杂志, 2009, 15(14): 124.
 [5] 王 霞. 如何提高静脉穿刺成功率[J]. 中外健康文摘, 2009, 6(10): 129-130.
 [6] 张春风. 硝酸甘油热敷在静脉穿刺中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2006, 22(9): 17.
 [7] 李德惠. 提高静脉穿刺成功率的护理技巧总结[J]. 当代护士,

2010, 4(2): 131-132.
 [8] 李 勤, 钟玉杰, 周 艳, 等. 静脉输液穿刺角度再探讨中的循证意识[J]. 中国实用护理杂志, 2007, 23(4): 2.
 [9] 蒋美娇, 席艳红, 卢露露, 等. 提高静脉穿刺成功率的探讨[J]. 吉林医学, 2009, 30(18): 2100.
 [10] 张春丽. 浅谈提高静脉穿刺成功率的体会[J]. 中国医药指南, 2011, 9(5): 176.
 [11] 谢伟英. 静脉穿刺方法的选择与穿刺成功率的临床护理研究[J]. 中国当代医药, 2009, 16(25): 83.
 [12] 潘 红. 静脉输液穿刺技巧[J]. 中外健康文摘, 2011, 8(4): 348.
 [13] 莫丽花, 姚小翠, 莫粉仪. 提高静脉穿刺成功率的方法探讨[J]. 国际医药卫生导报, 2007, 13(5): 102.
 [14] 谭晓辉, 刘文春. 静脉输液工具的选择[J]. 中国中医药资讯, 2010, 2(33): 271.
 [15] 王 丹, 冯丽芳. 静脉留置针常见并发症的护理与预防[J]. 护士进修杂志, 2010, 25(21): 1996.
 [16] 陈文婷. 提高静脉穿刺成功率的护理进展[J]. 中国医学创新, 2008, 5(30): 91.
 [17] 马 燕, 刘真云, 李心伟, 等. 静脉输液穿刺成功技巧[J]. 中国实用医药, 2008, 3(24): 179.
 [18] 房 霞, 孙粉娥, 汪 勤. 提高静脉穿刺成功率的几种常用方法[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2008, 29(4): 504.
 [19] 岳立萍, 周 立, 蒋少华. 提高静脉穿刺成功率的细节管理研究[J]. 护理研究, 2007, 21(2): 3180.
 [20] 梁 娟. 静脉输液穿刺失败的常见原因及护理对策[J]. 护理实践与研究, 2010, 7(19): 95.

(收稿日期: 2012-02-22 修回日期: 2012-03-27)

• 经验交流 •

Fogarty球囊导管取栓术治疗急性肢体动脉栓塞 11 例临床分析

邓柏杨 莫小勤 谭新华 钟世彪 李 泉

(广西中医药大学附属瑞康医院肝胆血管外科, 南宁市 530011)

【关键词】 急性动脉栓塞; Fogarty 导管; 取栓

【中图分类号】 R 543

【文献标识码】 B

【文章编号】 1673-6575(2012)03-0290-03

急性肢体动脉栓塞有发病急、病变快、高致死、致残的特点,其病死率为 15%~25%^[1],诊疗稍有延误或失当,将致残甚或致死。1963 年 Fogarty 医师首次运用球囊导管成功摘取血管血栓, Fogarty 取栓导管随之问世,微创取栓使动脉取栓变得简捷有效,使本病的救治成功率大幅度提升。然而囿于某些因素,围手术期的处理仍有一些问题值得关注。现就 2006 年 3 月至 2012 年 2 月我们治疗的 11 例急性肢体动脉栓塞病例分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 11 例患者,男性 9 例,女性 2 例,年龄 19~86 岁,平均 58.54 岁;车祸外伤引发 2 例,心脏手术 2 例(开放手术及介入术后各 1 例),合并心房纤颤 5 例,血管基础疾病导致急性血栓形成 3 例;右上肢 1 条肢体,右下肢 6 条肢体,左下肢 4 条肢体。
 1.2 临床表现 11 例患者均有肢体卒然疼痛、麻木、皮肤发凉、皮色苍白、脉搏消失等。5 例有不同程度的运动障碍,