低年资麻醉医师行股静脉穿刺置管的护理配合

钟美华

作者单位: 543000 广西,梧州市人民医院手术室

作者简介: 钟美华(1970-),女,大学专科,主管护师,研究方向:手术室护理。E-mail:zhongmh2005@126.com

[摘要] **目的** 探讨手术室护士在低年资麻醉医师行股静脉穿刺置管时的护理配合要点。**方法** 对由5年以下工作经验的初级职称麻醉医师完成的38例股静脉穿刺置管术的护理配合进行分析总结。**结果** 38例中穿刺成功31例(81.6%),失败7例(18.4%)。误穿动脉1例(2.6%),血肿形成1例(2.6%)。成功穿刺置管时间7~12(7.6±1.8)min。**结论** 手术前,护士积极做好穿刺准备,并重点对低年资麻醉医师给予信心支持及技术指导,可以提高股静脉穿刺置管的成功率,减少并发症的发生。

[关键词] 低年资麻醉师; 股静脉; 穿刺置管; 护理配合

[中图分类号] R 47 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2012)07-0652-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.07.29

深静脉置管是监测中心静脉压的标准临床方法,同时可以提供快速液体通路,紧急补液,不易引发静脉炎,且股静脉解剖位置表浅,易于初学者定位和操作,往往一针穿刺成功率高,完成置管时间短^[1],并发症少,特别适用于急危重患者的抢救及不宜颈内和锁骨上下静脉穿刺者。在临床工作中,低年资的麻醉医师往往会主动争取此项操作,但由于其经验不足,需上级麻醉医师或高年资手术室护士配合下完成。现将我院手术室护士配合低年资麻醉医师行术前股静脉穿刺置管时的护理要点总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 为2007-07~2011-07在我院接受手术,手术前需进行深静脉穿刺置管,而又不能行颈内、锁骨上下静脉穿刺的患者,共38例。其中择期手术30例,急诊抢救手术8例;男29例,女9例;年龄18~68(42.1±16.2)岁。胸科手术5例,颅脑手术12例,心脏手术1例,上腹部手术8例,颈部、颌面部手术6例,其他部位手术6例。

1.2 护理配合方法

1.2.1 穿刺置管前的护理配合 (1)术前访视:无论是择期或急诊手术,护士与麻醉医师均应对患者进行术前访视,了解患者心理状况及各种检查结果,综合评估患者进行深静脉穿刺的必要性。向患者及家属讲解操作步骤、注意事项及优越性,争取理解

及配合,并行知情同意签字。如患者血液存在高凝状态,避免选择股静脉穿刺,以预防血栓形成。皮肤病变或有肉眼可见的明显赘生物,不宜穿刺。有腹股沟附件手术史、近期股静脉穿刺置管或孕妇、过度肥胖,下肢关节变形、髋关节活动障碍不能外展者,不宜做股静脉穿刺^[2]。(2)用物准备:单腔中心静脉导管2套(长度75cm,管腔0.5ml);一次性无菌深静脉穿刺包1个;消毒无菌的针、线、剪、持针器、无菌巾、注射器、手套、纱布等;生理盐水、肝素、麻药、酒精、碘伏;3M透明敷料等。

1.2.2 穿刺置管中的护理配合 (1)认真执行三查七对制度:护士对进入手术室的病人执行三查七对制度[三查指操作前、中、后分别查手术名称及手术部位(左、右);七对指查对科别、床号、姓名、年龄、住院号、性别、诊断]。护士再次简短向病人讲解即将进行的股静脉穿刺手术情况,安慰病人,取得病人配合。检查是否已做穿刺部位清洁及术前麻药皮试等准备。保证穿刺环境清洁安静,不允许手术医生及实习同学围观及催促,以免影响麻醉医师情绪,引起负面效果。(2)协助患者摆体位:护士置患者于仰卧位,穿刺侧下肢伸直稍外展20°~30°,外旋30°~45°,小腿屈曲呈90°,穿刺侧臀下垫一约3.0cm高的小沙袋^[3]。操作过程中注意协助病人保持体位不移动,对昏迷及不合作者予以适当制动和镇静。(3)监督无菌操作:护士在配合麻醉医师

的同时,监督其开展无菌技术操作,包括规范洗手、戴口罩、手套。由于股静脉穿刺点靠近会阴部,容易引起感染,需作以穿刺点为中心不小于15 cm × 15 cm范围的皮肤消毒。先用75%酒精清洁脱脂,再用碘伏消毒,自然晾干后铺无菌巾。在等待消毒剂晾干间隙,用50 ml注射器抽吸生理盐水50 ml + 肝素钠1支,充分混匀后冲洗穿刺针、导管、导丝等备用。

(4) 协助准确定位: 双侧股静脉均主要位于股动脉的内下方,其次位于内侧,少数位于外下方,极少数位于外侧及内上方^[2]。操作者应充分了解股静脉的解剖位置,准确定位,找准进针方向及角度,避免盲目穿刺而误伤动脉及神经。在选定侧腹股沟韧带下方2~3 cm,触摸到股动脉搏动最明显处,在其内侧0.5~1.0 cm处进针。(5) 协助穿刺置管: 用麻药局部浸润麻醉穿刺区。右手持6号或7号注射针头,在选定的穿刺点,与皮肤成20°~45°角试穿,回静脉血后,明确穿刺点、角度及深度,退针。原位用16G穿刺套管针以原角度进针,针尖斜面向上,与股动脉平行,穿刺过程保持负压,边进针边回抽。见暗红色回血,同时观察注射器内压力,因为如病人有低氧血症,动脉血亦会呈暗红色,肉眼不好鉴别。明确为静脉血且反复多次向内推注液体畅通无阻后,立即用左手拇指固定穿刺针,防止针头移位滑脱出血管,右手持导丝快速由针孔送入,插入总长约20~25 cm。拔出穿刺针,用皮肤扩张器扩张皮肤后退出,将导管套入导丝,一同送进股静脉内,拔出导丝,抽回血,见回血后推入5 ml肝素生理盐水。并抽尽导管内空气,用肝素盐水封管,夹闭导管,末端连接肝素帽。肝素帽用前必须前端充满肝素液,以免空气进入。消毒术野,缝线固定导管在皮肤上,再次消毒后覆盖无菌敷料,连接液体。记录穿刺日期、时间。穿刺点常规盐袋按压15 min^[4]。

1.2.3 穿刺置管后的护理配合 (1) 为病人摆手术体位时,注意防止导管牵拉扭曲,拖拽至滑脱等。手术过程中亦要注意巡查,保证导管通畅。术毕过床、运送途中做好防护工作。(2) 做好病房交班,交待做好后续护理工作,防止并发症的发生。由于股静脉穿刺点靠近会阴部,建议病房不作长期置管选择,病情稳定后考虑拔管。置管时间愈短,感染率愈低。

2 结果

38例中,穿刺成功31例(81.6%),失败7例(18.4%)。误穿动脉1例(2.6%),血肿形成1例(2.6%)。穿刺置管时间(从消毒皮肤至缝线

固定完毕)7~12(7.6 ± 1.8) min。以不需出针作重新换点穿刺成功为一次计算,每更换一次入针点作累加一次计算,一次穿刺成功19例,两次以上穿刺成功12例。穿刺失败转由上级麻醉医师操作获成功4例。

3 讨论

3.1 加强细节配合 穿刺置管前,先开通病人外周表浅静脉通路,补液扩容、充盈血管,更利于穿刺成功。并协助连接好心电图、血压仪,做经皮血氧饱和度监测,开放麻醉机行面罩吸氧等。随时观察病人生命体征。术中询问病人的感觉,出现不适马上处理,不断安慰鼓励病人,顺利配合手术,防止意外发生。

3.2 针对问题及时指导 低年资麻醉医师,对深静脉穿刺置管有极大的热情和兴趣,往往急于求成,想尽快掌握穿刺要点。但因其入门时间短,临床经验不足,没能掌握多种进路,常常在某一进路进行反复多次盲穿,以至出现严重并发症。在上级麻醉医师不在场指导而又急需穿刺的情况下,高年资的手术室护士有责任指导其进行。在穿刺不顺利、置入导丝有阻力时,提醒操作者需旋转或前后移动穿刺针。本组有2例病人行右侧股静脉穿刺不成功,经护士及时提醒改换左侧穿刺,终于一针成功。另外,还要提醒穿刺者确保导丝在静脉腔内(注意血液颜色、压力)才能送入扩张鞘管^[5]。

3.3 及时处理并发症 股静脉置管比锁骨下静脉置管更易发生误穿动脉和血肿^[6],本组动脉损伤1例的原因因为入针位置距动脉过近,穿刺针误穿动脉所致。血肿发生后,予以加压30 min,血肿不再扩大。

3.4 强化技术操作训练 病房的深静脉穿刺置管,常需要各级医生共同研究、定位后,由经验丰富的医生操作完成,甚至需选择在B超定位引导下进行。而手术室的术前股静脉穿刺置管,作为术前准备的一项短时间操作,要求麻醉医师理论知识扎实、熟悉操作流程、解剖定位清楚、操作技能娴熟及心理素质过硬,才能保证穿刺置管的准确、迅速、成功,所以平时必须强化技术操作训练。

参考文献

- 汪秋艳,尹江宁,戴宏娥.两种深静脉置管术在危重症患者治疗中的比较[J].临床和实验医学杂志,2008,2(7):130-131.
- 陆利冲,汪小海,李浩,等.超声下股静脉与股动脉间解剖关系及其影响因素的研究[J].临床麻醉学杂志,2011,27(9):851-

853.
 3 刘君君. 股静脉置管术 80 例手术方法与护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2007, 13(24): 53.
 4 吴在德. 外科学[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 168.
 5 刘 璇. 经皮中心静脉穿刺置管术导管位置判断的探讨[J]. 现

代医学仪器与应用, 2007, 19(6): 77.
 6 凌先烈, 王 竞, 舒 强. 局部解剖与手术学[M]. 北京: 科学出版社, 2002: 75.
 [收稿日期 2012-01-05][本文编辑 刘京虹 吕文娟]

护理研讨

胆囊疾病患者腹腔镜下三孔胆囊切除术的护理

覃新妹

作者单位: 545500 广西, 三江侗族自治县人民医院护理部

作者简介: 覃新妹(1966-), 女, 大学专科, 主管护师, 研究方向: 护理管理。E-mail: sjxyqfyz@163.com

[摘要] 目的 总结胆囊疾病患者腹腔镜下三孔胆囊切除术的护理方法与要点。方法 对 50 例胆囊疾病患者行腹腔镜下三孔胆囊切除术的护理资料进行分析。结果 50 例患者无切口感染, 治愈出院。结论 细致精心的护理可降低手术和术后感染率, 减少医疗费用。

[关键词] 腹腔镜; 胆囊切除术; 护理

[中图分类号] R 473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2012)07-0654-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.07.30

微创技术因有创伤小、术后恢复快等优点, 目前已成为医学领域里的一大发展趋势。腹腔镜下三孔胆囊切除术由于方法简单、手术时间短、术后恢复快、住院时间短等优点, 至 2010-12, 我院已应用该技术治疗 50 例胆囊疾病患者, 取得良好效果, 现将护理要点总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 50 例, 男 22 例, 女 28 例, 年龄 28~74 岁。胆囊多发性结石 25 例, 胆囊多发性赘生物 8 例, 胆囊结石 12 例, 胆囊结石合并慢性胃炎、脂肪肝、高血压病 2 例, 胆囊结石、胆囊缩小、轻度脂肪肝 1 例, 就诊时诉反复右腹疼痛并放射到右肩部疼痛 10 余年以上有 2 例, 大多数患者曾有无明显诱因反复出现右上腹不适、胀痛, 伴有消化道症状, 在当地曾用过药物治疗, 但用药不详。术后常规送病理检查, 所有病例都伴有慢性胆囊炎。

1.2 方法 入院后完善相关检查, 结合个案病史, 作诊疗计划, 手术全部采取全身麻醉方法, 术后继续给予抗感染, 支持治疗, 密切观察病情变化, 加强切口护理。

2 结果

本组病例平均住院日为 7 d, 无切口感染, 全部

治愈出院。

3 护理要点

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 大多数患者经历了反复发作, 身心疲惫, 本次就诊因剧烈疼痛刺激产生较大恐慌情绪, 护理人员对患者主诉要耐心倾听, 给患者通俗易懂的解释, 做好术前心理疏导, 主动与患者和家属沟通, 对患者和家属提出的问题要耐心进行解答。将腹腔镜手术优点、必要性和术后注意事项给患者进行讲解, 征得患者的信任和配合, 使患者有信心接受手术。

3.1.2 术前准备 (1) 详细询问病史, 完善术前相关检查, 如三大常规、血液生化、心电图、B 超、X 线等; (2) 禁食, 插胃管胃肠减压; (3) 测量生命体征, 插尿管记录尿量, 评估患者的神态、面色、皮肤弹性及出入量的变化; (4) 重视术前备皮, 保证术野皮肤的无损伤及无菌性, 以预防术后切口感染^[1]; (5) 术前 2 h 内应用广谱抗生素预防感染。

3.2 术后护理

3.2.1 一般护理 采取去枕平卧位, 头偏向一侧, 待血压平稳后体位改半卧位, 以利于腹腔引流, 同时