

不畅<sup>[2]</sup>。

3.3 引流液的护理 严密观察引流液的颜色、性质和量并准确记录,尤其在 24 h 内,引流液最好为 50~100 ml,如果 >300 ml,有洗肉水样不凝液体,颜色接近血液,考虑有活动性出血,应及时向医生报告给予相应处理。一般术后 12 h 内引流液为血性,24 h 后逐渐变淡。本组 126 例,术后 24 h 内引流量 50~100 ml,24~48 h 内引流量为 0~96 ml,48~72 h 内引流量为 0~10 ml。

3.4 伤口护理 注意无菌操作,抽吸时应戴无菌手套,在接口处铺无菌巾。注射器应每次更换。若引流液较多或污染严重应及时更换<sup>[3]</sup>。经常清洗术区周围皮肤,缝线处适量涂红霉素眼膏。注意观察皮片、皮瓣血运。用指压法学会皮瓣异常鉴别,正常充盈时间 1~2 s。若皮瓣颜色发紫或局部肿胀,可通过更换注射器型号、缩短尾部活塞、增减抽吸间隔时间等方法进行调控;若局部肿胀严重,颜色暗紫发黑,应及时通知医生处理<sup>[4]</sup>。

3.5 置管与拔管护理 术后平均置管 3~5 d。引流液明显减少,由深红色转为淡红或黄色,手术创口无感染或积液征象

时,术后 48~96 h 或引流液 <5 ml/d 可拔除引流管<sup>[5]</sup>。

#### 4 小结

整形术后创面应用注射器负压引流制作简单,材料来源丰富。我们认为不管是从方便、经济,还是从美容效果来看,注射器负压引流更适合于整形术后的创面引流。

#### 参考文献:

- [1] 李凤芹,梁旭庆,孙桂珍.烧伤整形多功能支架的制作及临床应用研究[J].齐鲁护理杂志,2002,8(1):3-4.
- [2] 梁兰萍,伍雪冰.自制负压引流瓶在甲状腺手术创口引流中的应用及护理[J].齐鲁护理杂志,2001,7(1):48.
- [3] 罗晴瑜,梁智,陈红霞.创面负压引流 68 例临床观察与护理[J].齐鲁护理杂志,2011,17(1):33-34.
- [4] 王悦.负压引流在脊柱手术后应用的护理体会[J].齐鲁护理杂志,2001,7(11):856.
- [5] 王见,梁景星.负压引流在甲状腺癌联合根治术中的应用[J].陕西肿瘤医学,2001,9(3):203

本文编辑:徐杰 2011-04-20 收稿

## 小儿静脉穿刺时护士双人配合技巧

徐竹梅,朱学莲

(山东大学附属省立医院 山东 济南 250021)

患儿住院后,医生所采用的治疗方法多选择静脉给药途径,所以静脉输液成为患儿住院治疗期间最常用的护理操作技术。但因为儿科具有专科特点,在进行静脉穿刺时,难以取得患儿的配合,加大了静脉穿刺的难度,使护士独自一人难以顺利完成,往往需要另一名护士的协助。两名护士配合是否默契,能否掌握一些配合技巧,是决定静脉穿刺能否顺利完成的关键。2011 年 5~6 月,我们选择 1 800 例住院患儿进行静脉输液时,采取了两名护士互相配合进行静脉穿刺的方法,效果满意。现报告如下。

### 1 临床资料

本组 1 800 例,男 973 例,女 827 例;年龄 1 个月~6 岁,平均 3.8 岁。均为婴儿期至学龄前期的患儿,其中头皮静脉穿刺 953 例,四肢静脉穿刺 847 例。采取两名护士互相配合进行静脉穿刺的方法,穿刺成功率由 93% 提高至 98%

### 2 配合技巧

#### 2.1 配合固定体位

2.1.1 坐位 幼儿或学龄前期患儿进行静脉穿刺时,一般会选择坐位。因该时段患儿身体活动度大,易哭闹,体位更加难以固定。穿刺前助手对患儿先进行劝慰、鼓励,尽可能取得患儿的配合。根据选择上肢或下肢穿刺部位的不同,助手护士应掌握正确的固定手法和技巧。①上肢固定法:穿刺者选择手背或前臂静脉穿刺时,助手双臂环抱患儿,用双腿夹紧患儿双下肢,避免患儿下肢乱踢、乱蹬。一手握住患儿穿刺侧肢体的肘部或前臂,限制肘关节的活动,并拉住前臂妥善固定,以防患儿突然回抽上肢,导致穿刺者穿刺失败。②下肢固定:选择下肢静脉穿刺时,助手从患儿身后用双臂环抱其躯干及双

上肢,一手用力按住患儿穿刺侧的膝关节,使下肢伸直,防止下肢屈伸活动<sup>[1]</sup>。另一手按住患儿的另一侧下肢,以免因该侧下肢的踢蹬反抗而使体位固定不牢,导致穿刺者穿刺失败。

2.1.2 仰卧位 新生儿、婴幼儿静脉穿刺时,因患儿年龄小,多采取仰卧位。穿刺者可根据血管的清晰度而选择头皮静脉、手部静脉或足部静脉进行穿刺,助手则会根据所选部位的不同而采用不同的固定方法,协助穿刺者进行操作。①头部固定配合:选择头部静脉穿刺进针时头部固定很重要,因小儿血管细而短,管壁薄且不充盈,穿刺针的轻微抖动可能会使针尖穿透或退出血管壁,极易造成穿刺失败。所以,在进行穿刺时,小儿头部固定是否到位起着举足轻重的作用。患儿仰卧于穿刺台面上,助手上身前倾,压住患儿的下肢及髋部,双臂夹住患儿躯干及双上肢,防止患儿身体扭动。以肘关节为支撑点,双手协助穿刺者固定患儿头部位置,与穿刺者共同完成头皮静脉穿刺<sup>[2]</sup>。②手部固定配合:患儿取仰卧位选择手部静脉穿刺时,助手将患儿横卧于穿刺台面上,助手身体前倾,用躯干部压住患儿的整个身体,力度适宜,防止其扭动,但注意不要影响患儿呼吸。幼儿双下肢可垂于台面下,助手护士身体压住患儿躯干的同时,用腰部固定患儿下垂的下肢,以防其踢蹬而影响穿刺。助手一手扶住患儿非穿刺侧上肢,另一手将穿刺侧肘部按压在穿刺台面上,协助穿刺者妥善固定患儿上肢。③足部固定配合:患儿仰卧于穿刺台面上,助手用双臂及躯干部压住患儿的身体及上肢,一手将患儿穿刺侧膝关节按压于台面上,另一手扶住患儿的对侧下肢,限制双下肢的活动,便于穿刺者进行穿刺。

#### 2.2 配合静脉穿刺

2.2.1 配合留置针穿刺 根据患儿病情、所用药物及治疗方案的需求,往往选用静脉留置针输液。小儿进行留置针穿刺时,为了便于观察回血是否顺畅,保证穿刺的成功率,一般会选用注射器抽取生理盐水后直接连接留置针进行穿刺,并且在穿刺过程中为了避免患儿因肢体活动而导致穿刺失败,穿刺者左手始终固定穿刺部位不动,由助手护士协助完成送套管、粘贴敷贴等步骤。临床护士在操作配合过程中,产生了一些配合口令,使助手和穿刺者配合更加默契,保证穿刺过程的顺利完成。如选择四肢静脉进行留置针穿刺时,可请患儿家长在场帮助固定患儿,助手护士要指导、协助家长稳妥固定患儿。穿刺者左手固定穿刺部位,右手持留置针进行穿刺,见回血后,操作者左手固定穿刺部位不动,右手固定针芯,此时,穿刺者向助手发出口令:“好,送管。”助手护士则会协助穿刺者将套管沿穿刺血管的方向平稳送入,随后,助手向穿刺者发出口令:“好,撤芯。”穿刺者随即将针芯平缓撤出。随之,穿刺者回抽注射器观察回血情况,并向留置针内推注少量生理盐水,观察穿刺处无肿胀时,穿刺者再次发出口令:“没问题,粘敷贴。”然后,由穿刺者固定留置针套管,助手护士取透明敷贴固定留置针,配合穿刺成功<sup>[3]</sup>。

2.2.2 配合胶布粘贴固定 选用头皮针穿刺输液时,助手护士协助家长固定患儿体位,穿刺者左手固定穿刺部位,右手持头皮针进行穿刺,见回血顺畅后,双手保持姿势不动,向助手发出口令:“好,试推盐水。”助手护士按照口令持注射器注入少量生理盐水,观察穿刺处无肿胀后,发出口令:“没问题,粘胶布。”穿刺者双手继续保持不动,由助手进行胶布固定,穿刺成功。

2.3 协助病情观察 在穿刺过程中,助手还应配合穿刺者密切观察患儿的面色、呼吸、意识反应的变化,观察有无呕吐、呛咳或窒息、缺氧等情况,避免因穿刺时哭闹而导致病情突变<sup>[4]</sup>。一旦发现患儿出现异常表现,助手应及时提醒穿刺者暂停操作,哄拍患儿,让其得到片刻休息。出现缺氧者给予吸氧,等情况缓解后再行穿刺。情况严重者,应立即进行抢救<sup>[5]</sup>。静脉穿刺时多数患儿会因恐惧而进行反抗、挣扎、哭闹,难以合作,更增加了静脉穿刺的难度,导致一名护士难以独立完成操作。为了避免因反复穿刺带给患儿的痛苦、恐惧和心理负担,输液过程中往往需要两名护士互相配合,共同完成静脉穿刺。双人配合操作,可以缩短操作时间,同时也避免了患儿因长时间哭闹而加重心肺负荷,提高了静脉穿刺的成功率,使患儿能够得到及时治疗,同时也减轻了患儿及家长的心理压力。

参考文献:

[1] 刘喜梅. 小儿静脉穿刺技巧[J]. 中国社区医师(医学专业),2010,30(12):207.  
 [2] 王晓凤. 小儿头皮静脉输液应注意的技巧问题[J]. 吉林医学,2010,31(18):2953-2954.  
 [3] 苗金丽,李新玲. 小儿头皮静脉穿刺成功的护理技巧[J]. 护理实践与研究,2009,6(18):101-102.  
 [4] 王俊荣,毕月斋,韩月芬. 小儿静脉穿刺方法的探讨[J]. 护理实践与研究,2008,5(13):58.  
 [5] 阳康丽. 小儿静脉穿刺难点分析与对策[J]. 护理实践与研究,2007,4(7):73-75.

本文编辑:徐杰 2011-08-01 收稿

## “R”形垫在 30°斜侧卧位中预防压疮的应用

臧德华,王学红,吴情,李文娟,徐娟  
 (宿迁市人民医院 江苏 宿迁 223800)

压力性溃疡(PU)简称压疮,是由于压力或者压力合并剪切力、摩擦力而导致的局部皮肤和(或)皮下组织损伤,尤其常发生在骨隆突处,以复杂、难以愈合的慢性伤口为临床特征。2009年1月~2011年1月,结合我院实际,我们选用静态减压器具中的“R”形斜侧体位垫,用于住院患者中有压疮发生高度危险即Braden评分<12分者的30°斜侧卧位的体位更换,取得满意效果。现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 临床资料 选择同期神经内外科、骨科、ICU住院患者中有压疮发生高度危险即Braden评分<12分者100例,男59例,女41例;年龄14~91岁,平均69.8岁。昏迷者38例,偏瘫49例,四肢瘫4例,截瘫9例。随机分为观察组和对照组各50例,两组年龄、性别、病情等方面比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

1.2 方法 用Braden压疮风险评分法,分值越少,压疮发生的危险率越高。其内容包括:感觉、潮湿、活动、移动、营养、摩擦力和剪切力6部分。总分为6~23分,15~18分轻度危险,13~14分中度危险,10~12分为高度危险,9分以下为极高度

危险。观察组:每2h翻身1次,侧卧位时身体与床面呈30°,使用“R”形侧翻垫,翻身顺序为右侧30°卧位→平卧位→左侧30°卧位→平卧位循环进行。同时用水胶体敷料保护髌部及骶尾部等骨突部位,予以营养支持等措施。其他压疮预防措施如全身减压措施等按常规执行。对照组:每2h翻身1次,侧卧位时身体与床面呈30°,使用软枕2~3个,翻身顺序为右侧30°卧位→平卧位→左侧30°卧位→平卧位循环进行。同时用水胶体敷料保护髌部及骶尾部等骨突部位,其他压疮预防保护与全身支持措施同观察组。两组床单元均保持清洁、平整、干燥、无渣屑。

### 2 结果

2.1 两组翻身垫使用效果及压疮发生率比较 见表1。

表1 两组翻身垫使用效果及压疮发生率比较(n)

组别	n	体位移动	器具变型	压疮发生	Braden评分增加	Braden评分降低
观察组	50	1*	1*	1*	1*	32*
对照组	50	37	43	7	16	18

注:与对照组比较,\* $P < 0.05$

2.2 两组护士每天矫正垫子位置次数、患者满意度比较 观