

e4cf584c0d40ed093dfa7.shtml

- [4] Infusion Nurses Society. Infusion therapy standards of practice [J]. J INS, 2016, 39 (1S): 81-100.
- [5] 王新红, 宋静波. 护理管理干预对小儿静脉穿刺成功率的影响 [J]. 护理学杂志, 2009, 24 (5): 15-17.
- [6] 张敏, 郑迎, 沈国莲. 基于指南的儿童外周静脉留置静脉选择与管理循证实践方案的临床应用 [J]. 护士进修杂志, 2018, 33 (8): 704-708.

- [7] 高尚谦, 郭海玲, 王芳, 等. 基于指南的脑卒中吞咽困难识别与管理的循证实践方案的应用 [J]. 中华护理杂志, 2017, 52 (S1): 45-50.
- [8] 林冰清, 刘叶花, 陈玉清, 等. 影响小儿静脉穿刺成功率的因素分析及对策 [J]. 现代临床护理, 2015, 14 (5): 20-22.
- [9] 杨红红, 王颖雯, 孔梅婧, 等. 预防住院患儿跌倒的循证实践 [J]. 护士进修杂志, 2015, 30 (11): 1024-1026.

集束化策略在儿童安全留置针穿刺中的应用

福建省立医院耳鼻咽喉科 (福州 350001) 阮章艳 张 舒 游银凤 危艳萍¹

在儿童疾病治疗中, 静脉输液是一项基本的护理操作, 也是治疗、抢救患者的一种重要手段和措施, 但是儿童静脉留置针穿刺难度大。集束化策略是指以循证医学为基础, 将目前已证实有效的一系列操作、治疗、护理等措施集合在一起, 使患者在住院期间得到最好的处置。“集束化”的实施过程就是在“指南”的框架模式下, 将有效的措施逐步实施的过程^[1]。我科采用集束化策略对患儿实施静脉留置针穿刺效果好。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 选取本科 2019 年 3—5 月收治住院的 103 例行静脉安全留置针穿刺治疗的患儿为对照组, 其中男 49 例, 女 54 例, 年龄 1~14 岁, 平均年龄 5.6 岁。选择 2019 年 6—8 月收治住院的 177 例行静脉安全留置针治疗的患儿为干预组, 其中男 84 例, 女 93 例, 年龄 1~14 岁, 平均 4.5 岁。

1.2 穿刺方法: 对照组采用常规方法选择四肢浅静脉进行穿刺, 即扎止血带、选血管、松止血带、消毒、扎止血带、消毒、穿刺。干预组在对照组基础上, 采用集束化策略。

1.2.1 集束化策略: 我科于 2019 年 5 月开始, 通过输入关键词“静脉穿刺”“止血带”“进针角度”“静脉留置针”“静脉穿刺成功率”“拔针方法”, 在中国知网、万方数据、维普咨询、超星图书馆等数据检索系统, 检索从 2010 年 1 月 1 日到 2019 年 5 月 31 日的 101 篇文献, 最后分析出对小儿静脉穿刺有帮助的方法如下。

1.2.1.1 扎两根止血带法: 一根止血带扎在穿刺点上方 10 cm 处, 另一根扎在 2~5 指第一节指节处, 上下相距约 15 cm 捆扎肢体, 40~60 s 后松开下面一根止血带, 此时可看到蓝色静脉, 即可穿刺^[2]。适用于不能主动握拳配合或肥胖儿童, 在手背静脉穿刺时。

1.2.1.2 调高输液调节器法: 将输液调节器拉高紧贴于莫非氏滴管下端^[3]。这种简单可行的静脉穿刺技巧, 适用于每个患者。

1.2.1.3 外涂血管扩张剂法: 用棉签蘸 1% 硝酸甘油注射

液或/和 2% 山莨菪碱注射液均匀涂于手背皮肤^[4]。适用于周围静脉显露不明显、血管痉挛穿刺困难者。

1.2.1.4 局部热敷法: 用热毛巾敷局部 3 min。适用于冬天气温低或患儿禁食时间较长, 导致循环差, 静脉塌陷, 难以穿刺的患儿。可单独使用, 也可与外涂血管扩张剂法共同使用^[4]。

1.2.1.5 指压扎穿部位法止血补救: 扎穿血管后, 针头缓慢往外撤, 当见到回血后, 再将针头向前推送少许, 使针头超过扎穿部位, 撤出针心, 将外套管全部送入静脉, 松开止血带, 固定导管针, 先以指重压扎穿部位 1 min 左右, 然后打开调节器, 手指轻按以液体能缓慢通过为准, 观察 1 min 左右有无外渗, 停止按压, 用专用敷贴固定导管针, 调节滴数^[5]。

1.2.1.6 进针角度的选择: 肉眼可见的固定血管, 手足浅表小血管, 选择 10°~30°角进针; 桡静脉或大隐静脉、肥胖患儿仅能触摸到的血管, 可增大针头与皮肤之间的进针角度, 选择 30°~45°角进针^[6]。

1.2.1.7 拔针的正确方法: 拔针时应先将手指腹顺静脉走行纵向按压在覆盖穿刺部位的小敷料上, 针头拔出后立即按压穿刺部位 2~5 min^[7]。

1.2.1.8 患儿的诱导: 3~6 周岁入学前为学龄前期, 此期患儿具有较大的可塑性^[8]。对该年龄段的患儿采用童趣化诱导^[9], 以转移其对穿刺的注意力, 包括童趣化视觉环境, 如在病房墙上粘贴卡通壁画、准备卡通玩偶或玩具; 童趣化听觉环境, 如选择性播放节奏快活的童谣或纯音乐, 播放儿童喜欢的动画片等; 童趣化语言环境^[10], 如主动与患儿聊天, 内容主要是儿童感兴趣的话题, 出现抵触情绪的小儿, 采用通俗易懂的语言或肢体向其解释输液的必要性及重要性。穿刺成功后对患儿有意识地进行赞许和表扬, 或给予类似糖果等物品的奖励, 以此提高患儿治疗的依从性^[11]。

1.2.2 课程培训:

1.2.2.1 理论培训: 由本科室护士长组织对全科护士开展“强化穿刺技术, 提高儿童安全留置针静脉输液培训”。培训

基金项目: 福建省 2015 年临床重点专科 (耳鼻咽喉科)

¹ 通信作者, Email: 444624973@qq.com

内容包括：学习人体血管分布图、安全留置针操作规范流程、单手操作送针法、导管维护三步曲。

1.2.2.2 实践技能培训：工作年限 5 年及以内护士为重点培训对象，要求每周完成 15 例静脉安全留置针穿刺，其中 5 例为儿童静脉留置，做到熟能生巧，由各组责任护士负责指导带教并记录。

1.2.2.3 提高年轻护士的心理素质：参与我科急诊、危重病人的抢救护理工作，在高年资护士的指导下完成各项抢救护理工作，做到忙而不乱。

1.2.2.4 处理好护患关系：让年轻护士参与整体护理工作，担任代责任护士岗位，学习如何处理好护患关系；组织《共情培训在病房护患冲突中的应用》的学习，通过学习让护士能够进入患儿家属内心的世界，更好地理解需要帮助的个体，用自己宽广的胸怀和博大的爱心，理解并宽容患儿家属的过分言语和行为。

1.2.3 借助红外线静脉显影仪：首先选择光线较暗的环境，避免因周围光线太强影响仪器的效果；其次将仪器的“散光区”处置于患儿掌心或脚底部；然后将电源开关顺时针方向打开，根据患儿的具体情况，旋转开关调节光源的亮度至被查找的静脉清晰可见为止；最后将开关旋钮逆时针方向转到初始部位关闭电源。常规扎止血带、消毒、打开开关、穿刺。使用时特别注意严禁将仪器光源直接照射眼睛，也不可直视光源，单次使用时间不得超过 90 s。适用于体形肥胖，血管不易发现，使用上述方法仅能触摸或仍无法触摸到静脉的患儿。

1.3 评价指标：利用自制《0~14 岁儿童留置针穿刺记录本》，记录实施集束化策略前 3 个月、实施集束化策略后 3 个月儿童静脉留置针一次穿刺成功率和请外科室协助穿刺率。1) 一次性穿刺成功：一次进针，无反复穿刺，中途无意外，无并发症发生。2) 请外科室协助穿刺：穿刺 2 次不成功请急诊输液厅或儿科门诊、病房护士协助。

1.4 统计学方法：采用 SPSS 17.0 统计软件进行数据分析，使用百分比进行统计描述，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

应用集束化护理策略后，儿童静脉留置针一次性穿刺成功率较前提高，请外科室协助穿刺率较前下降，差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 两组儿童静脉留置针一次性穿刺成功率和请外科室协助穿刺率比较 [例 (%)]

组别	穿刺例数	一次穿刺成功	请外科室协助穿刺
对照组	103	67 (65.05)	35 (33.98)
干预组	177	147 (83.05)	25 (14.12)
χ^2 值		11.713	15.247
P 值		< 0.001	< 0.001

3 讨论

3.1 应用集束化策略可以提高儿童静脉安全留置针穿刺成功率：通过扎两根止血带法能较大面积阻断外周静脉的血流，同时两根止血带结扎起到双重阻断静脉回流的作用，并

通过相应延长结扎止血带时间的方法，做到扎止血带 40~120 s 进行静脉穿刺为最佳穿刺时间，使局部血流量相对集中，血管充盈度增加，管腔饱满，显露明显^[2]，扎在 2~5 指第一节指节处的止血带替代了握拳的作用。通过调高输液调节器法，使输液器内接受回血的余地增加，针头一旦进入血管，血液便容易回到针管内^[3]，有助于判断针头是否已经进入血管，避免进针太深穿破血管导致穿刺失败。使用硝酸甘油与山莨菪碱外涂法使表浅小静脉迅速充盈，静脉直径明显增加，血管充盈度增强，且无过敏反应。局部热敷法能使局部组织温度升高，改善血液循环，血管扩张，静脉充盈暴露^[12]。增大进针角度可减轻进针引起的疼痛或达到无痛注射^[13]，增加患儿的主动配合积极性。童趣化诱导方案是一项较为科学、安全及有效的优质护理措施，备受国内外专家学者的好评及青睐。童趣化诱导方案可以减轻患儿的负性情绪，提高穿刺成功率^[14]。

3.2 通过理论和实践技能的培训可以增强护士的自信心：通过理论和实践技能的培训增强了护士的自信心，避免了一有困难就依赖外科室协助的心理，敢于面对，做到心细、胆大，使年轻护士对于穿刺成功的期望增强。Carl Rogers 认为真诚是最佳交往的基础^[15]。在穿刺的过程中，与患儿及其家属沟通更真诚，更希望获得家属的配合。

3.3 使用红外线静脉显像仪寻找静脉有助于小儿静脉穿刺：肥胖儿童四肢浅静脉穿刺，血管的选择多靠触摸的方法，即使经验丰富的护士，也很难保证在短时间内首次穿刺成功^[16]。使用红外线静脉显像仪寻找静脉，了解静脉粗细、走形和布局，掌握穿刺深度，可以达到快速、准确穿刺的目的^[17]。这较常规穿刺节省了扎止血带选择血管的过程，静脉血管定位准确，降低了护士工作强度，提高了肥胖儿童一次穿刺成功率^[18]。但是，红外线静脉显像仪也存在缺陷，如对皮肤的灼伤危险、一次开启使用时间短、引起眼睛不适等。

4 小结

运用集束化策略可以提高静脉穿刺成功率，避免反复穿刺、破坏血管导致再次选择静脉的困难，减轻患儿及家属的痛苦，提高护理工作质量和工作效率，值得临床推广。

参考文献

- [1] 单君, 朱健华, 顾艳茹. 集束化护理理念及其临床应用的研究进展 [J]. 护士进修杂志, 2010, 25 (10): 889-891.
- [2] 李春霞, 刘华琼, 叶英. 双止血带结扎法在浅静脉穿刺中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2010, 7 (1): 86-87.
- [3] 吴贵玲. 输液调节器高度对穿刺回血率影响的分析 [J]. 中国医学工程, 2011, 19 (8): 50-52.
- [4] 郑竹娟, 郑海英. 硝酸甘油与山莨菪碱外涂加热敷提高静脉穿刺成功率的比较研究 [J]. 当代护士 (学术版), 2011 (11): 122-123.
- [5] 杨艳红, 候秋茹. 两种新生儿静脉留置针穿刺失败补救方法 [J]. 中国中医药现代远程, 2012, 19 (6): 67-69.
- [6] 寇晓会, 孔德敏, 杨叶叶, 等. 留置针不同穿刺角度与穿刺成功率之间关系的研究 [J]. 护士进修杂志, 2016, 31 (13): 1220-1222.
- [7] 于芳. 静脉输液拔针后按压方法的研究 [J]. 吉林医学, 2010,

- 31 (1): 116.
- [8] 崔焱. 儿科护理学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 2-77.
- [9] 杨柳. 心理护理在小儿静脉输液中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2018, 15 (3): 104-105.
- [10] 顾惠. 评价心理护理干预对门诊输液患儿静脉输液效果的影响 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3 (49): 46, 60.
- [11] 朱丽新. 童趣化诱导对学龄前儿童静脉穿刺成功率及其家属满意度的影响 [J]. 国际护理学杂志, 2016, 35 (2): 274-276.
- [12] 王兵, 苗春英, 刘业平, 等. 无痛静脉穿刺在儿科静脉输液的应用 [J]. 山西医药杂志, 2013, 42 (11): 1312-1313.
- [13] 万丽. 婴幼儿外周静脉留置针穿刺置管方法的研究进展 [J]. 护士进修杂志, 2016, 31 (9): 784-786.
- [14] 谢玮敏, 胡金花, 陆丽英. 童趣化诱导在学龄前儿童静脉穿刺中的应用研究 [J]. 护理管理杂志, 2014, 14 (9): 674-675.
- [15] Julia Balzer Riley. 护理人际沟通 [M]. 隋树杰, 译. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 1.
- [16] 王碧蕊. 肥胖患儿手腕静脉输液中固定效果的比较 [J]. 中华现代护理杂志, 2010, 16 (12): 1468-1469.
- [17] 王新鹏, 孙建华. 静脉显像仪下静脉留置针穿刺术在内科困难置管患者静脉治疗中的应用 [J]. 中国实用护理杂志, 2017, 33 (10): 736-739.
- [18] 梁艳明, 周顺环, 张惠玲, 等. 红光手电筒照射对提高肥胖儿童静脉留置针成功率的应用研究 [J]. 中国现代药物应用, 2018, 12 (21): 193-194.

去骨瓣减压术后颅骨缺损患者心理护理干预的效果

福建省立医院神经外科 (福州 350001) 张丽华 陈鸿文 宋 晶 郭锦宜

去骨瓣减压术是神经外科常见的急诊手术, 该手术可迅速有效地扩大颅腔容积, 主要应用于脑外伤、脑出血、脑梗塞及颅内肿瘤等引起严重颅内高压时的紧急抢救^[1]。然而, 去骨瓣减压术后, 局部颅骨的缺损使脑组织仅通过皮肤与外界隔离^[2]。随着病情稳定好转, 颅内压逐渐降低, 骨窗局部出现头皮塌陷, 特别是当患者处于站立位时, 皮肤塌陷程度更加明显; 而当患者处于平卧或患侧卧位时, 骨窗缺损局部又处于膨隆状态^[3]。颅骨缺损所造成的患者头颅畸形, 不仅严重影响美观, 还由于患者对颅骨缺损区域皮肤和脑组织搏动、膨隆、塌陷现象存在的恐惧心理, 导致睡眠不佳、记忆力下降、头痛、头晕、疲倦及自卑心理, 甚至由于精神压力较大, 引起食欲不振、怕震动、怕嘈杂等颅骨缺损综合征表现^[4], 给患者带来生理及心理上的巨大负担, 极易产生焦虑、抑郁情绪, 严重影响日常生活质量^[5]。因此, 颅骨缺损对患者造成的心理影响应引起医护人员的高度重视。本文对我院行去骨瓣减压手术的患者采取相应的个性化心理护理干预, 探讨去骨瓣减压术后颅骨缺损患者的个性化心理护理干预措施及效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 选取 2017 年 10 月至 2019 年 10 月在我院神经外科行去骨瓣减压手术的患者 72 例, 其中男 43 例, 女 29 例, 年龄 15~77 岁, 平均 (36.26±6.21) 岁。去骨瓣减压手术病因: 脑外伤 35 例, 脑出血 21 例, 脑梗塞 9 例, 颅内肿瘤 7 例。入选标准: 颅骨缺损为去骨瓣减压手术所致; 手术后患者病情好转, 无意识障碍, 可以配合交流及问卷调查。排除标准: 年龄 <15 岁或 >80 岁; 意识障碍未完全恢复, 无法有效沟通; 有精神症状者。将患者随机分为两组, 其中常规护理 33 例 (对照组), 心理护理干预 39 例 (观察组), 两组性别、年龄、职业、教育水平、原发疾病及疾病严重程度等一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法:

1.2.1 护理方法: 1) 对照组: 采取常规护理, 做好各项护

理措施及健康宣教、康复指导, 取得患者和家属的理解配合。2) 观察组: 组建心理护理干预团队, 团队成员由经验丰富、操作熟练、耐心细致的高年资护理人员组成, 通过查阅相关心理护理文献, 找出最新的颅骨缺损心理护理证据, 在常规护理基础上对颅骨缺损患者实施一对一的心理护理干预。由责任护士对患者病情进行细致的评估, 并详细了解患者既往的生活状况、社交活动及性格特点等情况, 根据个体化的护理原则为患者制定心理护理干预计划与目标。具体护理干预措施主要包括: ①心理护理: 与患者交谈并耐心倾听其叙述, 使其了解去骨瓣手术的必要性, 了解待病情稳定后可通过颅骨修补恢复原貌, 通过这些护理措施减轻患者的心理负担, 同患者建立起良好的关系, 获得患者的信任并积极配合治疗。②放松疗法: 指导患者有意识地控制呼吸节奏、全身肌肉放松等训练手段使头脑充分放松, 转移注意力; 在患者耳边播放轻音乐或者平时喜欢的音乐、亲人的音频视频等, 让其产生美好的心情。③早期下地活动: 如病情许可, 鼓励患者尽早下床活动, 先从简单活动做起, 逐渐加大活动量, 帮助患者制定切实可行的康复目标及实施计划。④外周支持: 通过各种方式使家庭及朋友关心、爱护患者, 鼓励并指导家属直接参与患者的心理和生活康复训练中。⑤头部活动: 叮嘱患者注意头部活动, 避免剧烈晃动及头位变化, 尤其应注意保护颅骨缺损部位的安全, 指导其进行缓慢的头部活动, 尽早克服恐惧心理。⑥出院随访: 予以每月 1 次电话随访, 详细询问患者出院后情况及心理动态, 适时给予恰当的心理咨询和疏导, 鼓励患者务必摒弃自卑心理, 积极参加各种社交和娱乐活动。每例患者心理护理干预时间为 3 个小时。

1.2.2 评价指标: 应用抑郁自评量表 (SDS) 及焦虑自评量表 (SAS) 评估颅骨缺损患者的抑郁和焦虑情况; 应用生存质量测定量表简表 (QOL-BREF), 对患者的生理、心理、社会关系领域及总分进行评分, 以评估其生存质量^[6-7]。根据评估结果, SDS 和 SAS 得分越高, 患者的抑郁和焦虑程