

几种提高浅静脉穿刺成功率的方法 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/490/2021_2022__E5_87_A0_E7_A7_8D_E6_8F_90_E9_c67_490563.htm

1.1扎两根止血带法
马俊英 [1] 报道，在肘关节上及腕关节上（内关穴处）各扎一根止血带于肘窝部行静脉穿刺取血，经6000多例儿童的临床实践，一针见血率达99%，认为扎两根止血带比扎一根止血带效果好，对一些不能主动握拳配合的儿童，可代替握拳，同时局部血管充盈度满意。此法不仅适合儿童，也适合成人中因消瘦、血管不固定、不充盈、肌张力低下、衰竭及无力握拳患者。张清智等 [2] 用于脑血栓致偏瘫、结核性脑膜炎后遗症致肢体麻木等不能配合握拳患者的静脉抽血，一针成功率达98%，并在此基础上，扩大到手背（止血带一根扎在腕关节内关穴处，另一根扎在2~5指的第一节指节处）、足背（止血带一根扎在踝关节的内踝上6cm处，另一根扎在足部1~5跖骨小头处）的静脉输液，经1260例的临床应用，认为效果好。侯艳等 [3] 对明显水肿及肥胖难以进行静脉穿刺的患者，用两根止血带，上下相距约15cm，捆扎肢体，1min后，松开下面一根止血带，这时该部位看到靛蓝色的静脉，利于穿刺。

1.2易见回血法
一次性输液器的应用，存在着头皮针进入血管后，不易回血或回血量较少的缺点，影响静脉穿刺的成功率。姚学娜等 [4] 经过4年的实践，探索出两种易见回血的方法，一是调节器高调法，即调节器置于紧贴茂菲氏滴管下端，为1209例血管弹性较好的患者行静脉穿刺8984次；二是调节器高调输液瓶低位法，即调节器在高调的基础上，输液瓶挂于输液架调节旋钮上，为247例细小血管

和血管弹性较差的患者行静脉穿刺2634次，成功率均高。认为这两种方法，由于输液管内充满液体和液体瓶的位置降低，具有一定的虹吸作用；调节器置高位，输液管内承受回血的余地增加，所以头皮针一旦进入血管，血液就很容易回到针管内。傅军 [5] 报道的手捏输液器下段法，如头皮针在血管内，可见明显回血，反之，无回血。避免了头皮针进了血管无回血，回退针时有回血的现象。吴军玲 [6]、常宇峰等 [7] 采用了增大输液管道负压穿刺法，使回血迅速易见。方法为：按常规输液排气后夹紧调节器，将调节器下部的输液管前端返折，并挤去前端液体0.2ml [6] 或0.6ml [7]，固定好返折处，穿刺针刺入皮下后，松开返折处，按常规法穿刺血管，一旦刺入血管，可见快速回血。前者将该法与常规输液法进行对照，选择年龄超过60岁，且血管脆性大、细小血管、脱水、休克患者500例，小儿患者500例，结果成功率分别为：增大负压法98%和100%，常规法92%和96%，后者选择46例休克患者，采用自身对照法，结果常规法成功16例，30例采用增大负压法，成功28例，失败2例。认为增大输液管道的负压，使管道内压力明显低于静脉压力，当穿刺针一旦进入血管，血液即迅速流入针管内，穿刺易成功。

1.3局部血管扩张法

1.3.1外涂血管扩张剂法

对周围静脉显露不明显，血管痉挛穿刺困难患者，李波 [8] 用棉签蘸1%硝酸甘油涂在手背上，并湿热敷局部3min左右，表浅小静脉迅速充盈，经36例临床观察和仪器检测证实，此法能使静脉直径明显增加，血管充盈度增强，且无过敏反应发生。程丰徽等 [9] 用棉签蘸阿托品注射液适量，涂擦穿刺局部皮肤8~12次，2~5min后，局部浅静脉扩张充盈显露，应用32例次，其中18

例次为50岁以上行化学治疗3个疗程的肿瘤患者，8例次为5个月至3岁的婴幼儿，6例次为39岁以上其他疾病患者，成功率分别为100%、62.5%、100%。均未发生不良影响及后果，但婴幼儿、青光眼、心血管患者、高热抽搐、烦躁者慎用。冯敏等 [10] 研究探讨出用2%山莨菪碱，擦拭局部皮肤4下，对血管弹性差，脆性大，血管细，看不清，穿刺有困难患者，作了50例次应用，一次性成功38例，亦无不良反应产生。

1.3.2 热敷法

局部热敷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。张秀兰等 [11] 选用热敷局部穿刺法与常规穿刺法对515例创伤性和失血性休克患者进行了对比观察，结果穿刺成功率热敷法高于常规法。陈英等 [12] 对指趾静脉穿刺、戴文燕 [13] 对小儿腹泻导致循环差，静脉塌陷，难以穿刺的患者，均主张配合热敷法，有助于提高穿刺的成功率。

1.4 进针角度的选择

教科书中静脉穿刺进针的角度为20度角，而任永峰等 [14] 主张45度角或接近45度角进针；李冰等 [15] 对老年浅小静脉穿刺，主张35度角进针；陈英等 [12] 对指（趾）背侧静脉穿刺，主张10~15度角进针；刘芳莉 [16] 对老年血管壁厚、硬、易滚动患者，主张超过40度角进针；戴文燕 [13] 对小儿头皮静脉、手背及足背浅静脉、指（趾）间静脉，主张10~45度角进针，肘静脉、大隐、小隐静脉，主张20~30度角进针。均达到了容易进针，提高穿刺成功率的目的。

1.5 非握拳穿刺法

常规法在行静脉穿刺时，嘱患者握拳，成功后才松拳。而在行手背静脉穿刺时，万淑芝等 [17] 主张被穿刺手自然放置，护士用左手将患者的手固定成背隆掌空的握杯状手，这样可充分显露手背各部位血管，提高穿刺成功率，经万余例的实践，成功率

达98%以上。王润兰等 [18] 主张患者紧握拳，数秒钟再让其半握拳（拳心呈空虚状态），亦有主张反复握拳、松拳 [18 ， 19] 认为握拳时，手背皮肤高度紧张，压迫血管致管腔变瘪，进针后易穿透血管，采取反复握拳、松拳，能使指间肌肉收缩，促进血液向心回流，手背静脉充盈明显，穿刺时，患者手自然下垂、弯曲。樊小平 [20] 吕炳华等 [21] 采用握指法，即操作者左手握紧被穿刺手的4个或5个手指，使其手向掌面弯曲成弧形。经百余例实践效果满意。 [20] 与握拳法对比，分别穿刺12080人次，结果握指法一次穿刺成功11234人次，成功率93.0%，而握拳法一次穿刺成功10026人次，成功率83.0%。 [21]

1.6手指推、压法 汪丽华等 [22] 用大拇指轻按欲穿刺的静脉，由近心端向远心端推行3~5cm，嘱患者用其对侧拇指按压固定静脉后，再用拇指在被固定静脉远心端（离穿刺点3~5cm）向近心端推行，以达到静脉充盈的目的，穿刺后即松开。该法与压脉带固定法比较，效果优于压脉带固定法。对静脉容易滑动的老年患者，作静脉抽血时，国外学者 [23] 主张操作者用左手拇指压住距进针处0.3~0.6cm的皮肤，针尖穿透皮肤和进入血管一气呵成。

1.7仪器显示穿刺法 赵永胜等 [24] 报道，冷光乳腺检查仪通过光束的透射，将皮下静脉的分布与走行清晰地显示出来，尤其是肉眼看不到、手摸不清的静脉，临床用于小儿静脉穿刺100例，穿刺1102次，一次成功1081次，成功率为98.1%。俞文敏等 [25] 成功研制出手背浅静脉显示仪，它能清晰显示静脉的数量与形态，特别适用于手背脂肪厚的女性和儿童，临床应用150例，成功率100%。

1.8穿破后的补救方法 吴云霞 [26] 对静脉穿刺时扎穿血管后，主张采用指压扎穿部位法

止血进行补救，即扎穿血管后，针头缓慢往外撤，当有回血停止，立即指压扎穿部位，同时松开止血带，用1条胶布固定针柄。先以指重压1s左右，然后打开输液调节器，手指轻按以液体能缓慢通过为准，观察1min左右无外渗可停止按压，胶布固定针头，调整滴数。报道了100例扎穿者，成功补救90例，成功率达90%。认为此法特别适用于婴幼儿、老年人和不易寻找血管的患者。孔力等 [27] 对此方法作了进一步的补充，即扎穿血管后，针头外撤有回血后，不应停止，还应将针头再前行少许，使针头超过扎穿部位，可避免渗漏。此补充得到王海平 [28] 的赞同，并强调了在作静脉穿刺时，输液针头应留1/4长度的针梗在皮肤外，才能实现穿破血管后加以补救。

1.9其他方法 马晓军等 [29] 对老年或长期经静脉给药治疗的患者施行手术用粗针头（12~16号）作静脉穿刺时，采用了针头进入皮肤后，针口斜面向下压血管，刺入血管后，再将针口斜面转向上方固定的新方法，选择38例血管条件差的患者，用自身对照法进行实践（先行常规法穿刺，失败后再用新方法），常规法只成功5例，新方法成功30例，失败3例。李冰等 [15] 报道，有关穿刺成功的因素中，强调了操作者的心理因素自我控制能力，只有控制调好自己的情绪，取得患者的信任与合作，才能有效地提高静脉穿刺的成功率。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com