

**2.6.3 预防血标本凝集** 需加抗凝剂的血标本,加入抗凝剂的比例要准确,血标本采集完后立即在桌面上或手掌心轻轻旋转,使抗凝剂与血液充分混匀,防止凝血。

**2.6.4 防止某些药物对检验结果的影响** 在输液时尽量不采血,如急需采集血标本必须在输液的对侧上肢采取血标本,输液后需采血,最好在输液完毕 2 h 后采血。采集的血标本做细菌培养时,应在使用抗生素前采血,最好在发热时采血。血清淀粉酶应在发病后 12~72 h 后抽血。

**2.6.5 加强护士对标本采集知识的学习和培训** 临床应将检验分析的意义、标本收集的规程等列入护理“三基”培训内容,尤其对一些新开展的特殊检验项目实验室应进行专题讲座,使血标本的采集更规范,也使护理人员熟知检验分析的意义。确保检验前标本的采集质量,并不断建立和健全标本采集质量管理标准与要求,使护理质量和检验质量得到同步提高。

**2.6.6 健康宣教** 耐心向患者解释抽血的目的和重要性,取得其理解。讲解抽取少量的血液标本对身体没有影响,以消除患者的恐惧和担忧。如采取血生化标本时,交代患者应禁食 12 h,禁饮酒,避免剧烈运动,以取得患者配合;及时反馈给患者检验结果,这也是患者十分关心的内容,让患者及时了解自己的病情。

临床采血时可能会遇到各种各样的情况,采血失败除以上这些因素外,还可能与受检者的性别、年龄等因素有关。因此,本文通过对 1 648 份静脉采血标本中 59 份不合格标本进行分析,得出结论:要减少检验结果的误差,必须要减少不合格标本,应结合临床实际,加强专业理论知识的学习,加强医护人员

的责任心,静脉穿刺时在没有把握的情况下,不要盲目穿刺,应向经验丰富的同志请教;在遇到具体问题时具体分析,不要放过任何一个疑点,用学过的理论知识加以判断;要有良好的职业道德和高度的负责精神,提高穿刺成功率,尽量减少受检者不必要的痛苦。只有经过不断的临床实践,认真对待每一位受检者,经常分析总结静脉采血失败的原因,积极采取行之有效的对策,积累丰富的采血经验,才能不断提高采血技术。因此,血标本的质量是检验和护理工作质量控制的薄弱环节,应引起临床护士的高度重视,减少和杜绝不合格血液标本,提升护理质量,提高标本质量以保证实验室更好地为临床服务。

**参考文献**

[1] 邱基青,曾建英.浅谈检验标本的采集与送检[J].实用中西医结合,2006,6(6):45.  
 [2] 周佳,周宗芳,刘雪琴.影响血气分析检验结果可靠性的因素[J].中华护理杂志,2005,36(5):374.  
 [3] 张时民.临床检验[M].2版.北京:中国协和医科大学出版社,2005:8  
 [4] 熊立凡,刘成玉.临床检验基础[M].4版.北京:人民卫生出版社,2007:204.  
 [5] 叶应妩,王毓三,申子瑜.全国临床检验操作规程[M].3版.南京:东南大学出版社,2006:496-499.

(收稿日期:2011-12-22)

## 静脉穿刺拔针按压方法的研究

何春桃(贵州省盘江精煤股份有限公司火烧铺矿医院 553539)

**【摘要】 目的** 探索静脉穿刺拔针的按压方法,有效提高护理质量。**方法** 对不同的按压方法、部位、用物、时间、拔针后的体位进行分析。**结果** 通过临床实践得出,大鱼际按压法压力适中,按压面积大,配合前臂伸展,压力均匀,干棉球同时压住,止血效果较好。**结论** 此法能有效减轻患者的疼痛,减少皮下出血、淤血等不良症状。

**【关键词】** 静脉穿刺; 拔针; 按压法; 皮下淤血

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.09.067 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)09-1135-02

静脉穿刺是临床治疗的主要手段之一,也是护理操作的重要内容。作者在临床工作中发现,不同地区、不同医院、不同科室的护理人员采取的拔针后按压方法各不相同。按压方法不当,容易造成皮下淤血、穿刺点出血等并发症,从而增加患者痛苦,影响再次穿刺的成功率。现将静脉穿刺拔针后按压方法进行总结,报道如下。

**1 按压方法**

**1.1 直压法** 静脉输液完毕,拔针时将棉签与血管平行直压在血管上,棉签顶端超过皮肤针眼近心端 1~2 cm,使皮肤针眼及血管针眼同时被压 1.2~2.5 min<sup>[1]</sup>。直压法拔针时,血管被压瘪,针尖斜面对血管壁产生切割力,棉签压力越强,出血疼痛越明显,所以疼痛发生率最高;但因静脉穿刺时,皮肤针眼和血管针眼往往不在同一点上,直压法使棉签顶端超过皮肤针眼 1~2 cm,使皮肤针眼和血管针眼同时受压,可防止局部出血。此按压方法较难掌握,因棉签较硬、体积较小,护士在按压过程中易偏移皮肤针眼而致出血<sup>[2]</sup>。

**1.2 慢快法** 拔针时针头与血管纵轴平行再慢慢向外拔出,当针头即将拔出血管壁时再快速拔出,立即用棉球按压皮肤穿刺点 1.5~2.5 min,同时嘱患者抬高输液侧肢体。这种拔针法对血管产生的切割力减少,使疼痛发生率比直压法低,但经统计学检验,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。拔针后嘱患者抬高输液侧肢体 1.5~2.5 min,以减少手背流血量,但因按压范围

小,未将皮肤针眼和血管针眼同时压住,使皮下出血发生率高。

**1.3 加压法** 左手食指、中指轻放在遮盖针眼的棉球上,待迅速将针头拔出时按压,并用纸胶在棉球上加压环绕手掌 1.5 圈,嘱患者屈肘 90°并上举,10 min 后由患者自行除去纸胶。这种按压法对血管的损伤小,疼痛率降低按压部位固定,可避免因按压时间延长而移动位置;同时由于食指和中指并拢其宽度不小于 1.5 cm,可同时按压皮肤和血管针眼而避免出血。因胶布加压在遮盖皮肤针眼的棉球上,使之压力均匀,并用胶布加压后,使按压部位相对固定,可延长按压时间<sup>[1]</sup>。较适合于献血人群。

**1.4 横压法** 拔针时将棉签与血管垂直横压在皮肤针眼上。这种按压方法因棉签直径小,受压面积小,往往不能将血管针眼也按压,以至形成皮下淤血,对静脉再穿刺造成不利影响。

**1.5 屈肘肘部止血法** 拔针后患者用自己的大拇指按压穿刺处的干棉球并屈肘肘部 3 min<sup>[3]</sup>。许多化验室采用这种止血法,但蒋婉英<sup>[3]</sup>认为这种止血法非但不能增强止血效果,反而会不同程度地降低止血效果,因为:(1)屈肘时皮肤和静脉 2 个穿刺点的位置都可发生改变,但程度不一,按压点往往随皮肤移动而远离静脉穿刺点,静脉穿刺点因未能有效受压,故可发生皮下渗血;(2)屈肘时因肌腱韧带收缩,使大拇指的按压力量部分缓冲,故静脉穿刺点的受力减少,即使 2 个穿刺点的相对位置不发生改变,同样也可导致静脉穿刺点向皮下渗血。

**1.6 前臂伸展按压止血法** 拔针后,患者在前臂伸展状态下用自己的大拇指按压穿刺处的干棉球 3 min。这种在前臂伸展状态下按压止血的方法,由于肘部在抽血和止血时始终不活动,因而 2 个穿刺点的相对位置也不会发生太大变化,故用干棉球按压穿刺点时往往能同时压迫到皮肤和静脉 2 个穿刺点,止血效果好。

**1.7 传统按压法** 拔针后,立即用左手(患者为对侧手)拇指沿血管纵向按压。这种指压法由于手指的面积小,虽按压了皮肤针眼,但有可能血管穿刺点的按压并不完善,因而易出现皮下淤血,并且指压时局部受力较大,患者易产生疼痛感。

**1.8 大鱼际按压法** 拔针后立即用左手(患者为对侧手)大鱼际按压针眼及上方皮肤。这种按压方法由于按压面积大,故能有效地减少皮下淤血的发生,而且大鱼际肌肉组织较丰富,受力更加均匀,减轻了局部压力,因而疼痛感降低。

**2 按压部位**

传统拔针法按压皮肤穿刺点<sup>[2]</sup>。无痛拔针法按压皮肤及血管穿刺针眼。张淑兰和阎锋<sup>[4]</sup>主张按压点应在皮肤进针点和进针点稍上垂直方向;田凤兰和兰荣凤<sup>[5]</sup>主张中指按压针孔处,食指按压靠近近心端,3 个手指平行加压;有学者认为应按压穿刺点上方。

**3 按压时机**

传统拔针法在拔针时即按压皮肤。无痛拔针法在针尖离开皮肤瞬间迅速加压<sup>[6]</sup>。有学者认为拔针后立即按压穿刺点上方。

**4 按压方向**

一种是沿血管纵向按压<sup>[7-8]</sup>,可有效按压皮肤穿刺点和静脉穿刺点;另一种是与血管垂直横压在皮肤针眼上。

**5 按压时间**

健康人血小板凝集时间一般为 2~5 min<sup>[8]</sup>,有学者根据统计学检验结果认为,拔针后按压血管 4 min 左右较为合适。按压时间过长,患者难以坚持,过短则皮下淤血率高,至少应按 3 min 才能有效防止皮下淤血的发生。田凤兰和兰荣凤<sup>[5]</sup>认为,真空采血负压大,对血管破坏大,故应嘱患者按压时间不应少于 10 min。有学者认为按压 10~15 s 是不够的,应至少 2~3 min。有学者认为拔针后按压时间应与血小板凝集形成血栓的时间 3 min 相同。韩洁和刘欣梅<sup>[8]</sup>认为,对应用肝素者应适当延长压迫时间,以 15 min 为宜。

**6 按压力度**

有学者认为,由患者自己手指的压力进行按压是最佳方法。有学者认为拔针后稍加力量按压即可。韩洁和刘欣梅<sup>[8]</sup>认为压迫穿刺点时不宜换手,压力应适中,切忌揉搓针眼周围。传统指压压力较大,而大鱼际按压法压力适中,压力均匀。

**7 拔针后体位**

**7.1 上举肢体** 拔针后,按压皮肤针眼与血管针眼的同时上

举肢体约 2 min,可避免穿刺点皮下出血,其机制是上举肢体,用重力及心脏泵的作用,促进穿刺点近心端的血液回流,在单位时间内减少了局部静脉压。

**7.2 平卧屈肘举手** 拔针后,被输液侧上肢在平卧状态下屈肘 90°并举手 2~3 min,坐位及站位患者,则应将被输液侧上肢举起,手超过头顶水平 2~3 min。此法对防止局部皮下出血有效率为 100%。

**7.3 前臂伸展** 肘窝部静脉穿刺拔针后,患者以拇指按压穿刺部位的棉球,不屈肘,保持抽血时的伸展状态。这种前臂伸展状态下按压止血的方法,不但皮下淤血的发生率低,而且淤血范围较小。原因是伸展状态下按压,由于肘部在抽血和止血时始终不活动,因而 2 个穿刺点(皮肤和血管)的相对位置也不发生多大变化,故用干棉球能同时压住,止血效果较好。

综上所述,静脉穿刺后的拔针方法在整个医疗过程中虽然是个小问题,但如果忽视它,也会给患者带来不必要的痛苦。静脉穿刺后拔针方法的研究,对于减轻患者的疼痛,减少皮下出血、淤血等不良症状的发生具有重要意义。经过许多护理工作者在拔针方法、拔针速度、拔针后按压部位、按压用物、按压时间和体位等方面的研究,已收到了积极的效果。但由于患者的个体差异、病情及静脉血管状态的不同,要寻求一种既简便、患者容易接受、切实可行而效果更好的方法,还有待于护理工作进一步探讨。

**参考文献**

[1] 戴小玲,麻显娇,黄月兰,等. 静脉输液 3 种拔针按压法的探讨[J]. 护理学杂志,2002,17(5):366-367.  
 [2] 李宝军,关小宏. 防止输液拔针后局部出现血淤斑新法[J]. 实用护理杂志,2001,17(7):54.  
 [3] 蒋婉英. 肘窝部静脉穿刺后按压止血时不宜屈肘[J]. 护士进修杂志,2001,16(5):391.  
 [4] 张淑兰,阎锋. 静脉输液临床应用进展[J]. 护理学杂志,2001,16(9):572.  
 [5] 田凤兰,兰荣凤. 真空采血造成大面积皮下淤血原因分析及预防措施[J]. 实用护理杂志,2002,18(1):58.  
 [6] 赵庆英,纪英连. 手背静脉穿刺技术的探讨[J]. 护理学杂志,2002,17(11):842-843.  
 [7] 宋玉莹,汪贵娇. 介绍一种静脉输液拔针方法[J]. 护理学杂志,2002,17(4):249.  
 [8] 韩洁,刘欣梅. 血液磁化静脉采血致皮下淤血原因分析及防护[J]. 护理学杂志,2004,19(3):49.

(收稿日期:2011-12-21)

(上接第 1133 页)

白具有产生率及释放入血速率恒定,能自由通过肾小球滤过,在近曲小管全部重吸收并迅速代谢分解,不和其他蛋白形成复合物等特点。其血清浓度变化不受炎症反应、感染、肿瘤及肝功能等因素的影响,与性别、饮食、体表面积、肌肉量无关,是一种反映 GFR 变化的理想的内源性标志物。

**3.2 Cys C 对老年人特别是老年高血压患者作为常规检测项目意义重大。**

**3.3 在尿液检测中蛋白质呈阳性的患者,检测 Cys C 可以排除是肾脏发生的病变,还是尿道前端炎症反应出血所致,为临床提供了很好的判断标准。**

**参考文献**

[1] 李小平. 1 368 例体检健康者血清胱抑素 C 测定结果分析

[J]. 医学检验与临床, 2011,22(3):84-85.

[2] 权翠侠,王丽. 血清胱抑素 C、肌酐联合检测对早期肾功能损害的应用[J]. 医学检验与临床,2010,21(3):45-46.  
 [3] 苏勇,余德文. 老年患者血清胱抑素 C 与肌酐清除率对肾功能评价的相关性研究[J]. 西南国防医药,2009,19(12):1189-1191.  
 [4] 刘静霞,李淑葵,徐国宾. 半胱氨酸蛋白酶抑制剂 C 在评价老年人肾小球滤过功能中的应用价值[J]. 中国现代医学杂志,2004,14(14):1-3.  
 [5] 郑娟,鲍优红,丁芑洁. Cystatin C+检测肾小球滤过率的一项重要指标[J]. 江西医学检验,2006,24(5):439-440.

(收稿日期:2011-12-28)