小儿头皮静脉输液的方法与技巧

小儿静脉输液可以选择手背、足背、头皮、腹壁等部位的浅静脉，医护人员实际操作时应根据年龄和个体情况选择不同的部位。

头皮静脉穿刺的基本方法

血管选择：小儿从出生至3岁这一时期，头部皮下脂肪少，静脉清晰表浅，呈网状分布，血液可通过侧支循环回流。因此，这个时期的小儿宜选用头皮静脉穿刺。从解剖位置看，额正中静脉表浅，血管中粗，易穿刺，但输液过程易渗漏，主要用于药物刺激性小，短时间内输液；眶上静脉表浅、清晰，输液时不易渗透漏；颞前静脉及颞静脉粗大，位置深，适合大量输液及注射刺激性大的药物时使用。因此，静脉留置穿刺宜选用额正中静脉、颞前静脉、颞静脉和骨缝静脉。

针头的选择：原则上根据静脉大小及深浅部位而定，留置针选用22~24号，而且使用前要对针的质量进行检查，检查针头有无倒钩，套管有无断裂、开叉及起毛边等现象。

进针手法：进针时，针头与皮肤成10~15度夹角，夹角的大小应根据静脉的深浅进行调整，针头斜面向上，右手持针，左手绷紧穿刺方向前后的皮肤，直接通过皮肤刺入静脉。头皮针见回血后不宜再进，直接固定；如未见回血，可轻轻挤压头皮针的连接管，如穿刺成功，即可见回血。留置针穿刺，使针头斜面向上，以右手拇指和食指夹紧留置针护翼，进行穿刺。穿刺时速度宜慢，见回血后，降低角度再将穿刺针推进0.2厘米，左手固定针的护翼，先将针芯退入导管0.2~0.5厘米后，再将导管全程送入血管，打开调节器，拔出针心后固定。

不同患者静脉穿刺技巧

1.对于血管粗而明显者，应以20度角正面或旁侧进针。对于皮下脂肪少、静脉易活动者，要左手绷紧皮肤，固定血管，以30度角从血管右侧快速经皮刺入血管，此法易成功。

2.脱水患者由于组织间液量和血容量减少，皮肤弹性差，循环血量减少，血管充盈不良，可先热敷，使血管扩充。穿刺时针尖从正面以25度角快速刺入皮肤，然后减小角度轻轻挑起皮肤，当针梗进入约1/4时，稍向下倾斜，以降低角度，将针尖稍抬起，挑起静脉慢慢进针到位，这样使上下血管壁分离，以免刺破血管。

3.胖小儿头皮静脉不清晰，头皮脂肪厚，进针深浅不易掌握，我们平时运用以下4点来进行操作：

(1)肥胖小儿头皮边缘常有静脉显露，但管腔细、回血慢。穿刺时要求持针稳，进针慢，感觉针头进入血管后，如无回血，轻轻一捏连接针头的输液管，可见回血，证明穿刺成功。

(2)根据静脉解剖位置，在额正中静脉、颞前静脉、耳后静脉等血管的相应部位，用手指横向触摸时，可触及"沟痕"感，触摸"沟痕"时可感觉静脉的走向及深浅，穿刺时进针角度为15~20度。进针速度宜慢，有时进入静脉会有落空感，见回血时，穿刺成功。

(3)小儿头颅沿额缝、冠缝、矢状缝、人字缝均有静脉走行。穿刺时摸清骨缝，进针角度为45~60度，针头斜面进入皮内后，平行向前刺入，见回血，即可固定。

(4)针头刺入皮肤，如未见回血，可用注射器轻轻抽吸以确定回血。因血管细小或充盈不全而无回血者，可试试推入极少量液体，如畅通无阻，皮肤无隆起及变色现象，证实穿刺成功。

4.水肿患者皮下组织积水及静脉压增高，导致血液回流受阻或减少，表浅静脉不易看到或触及，因此应选择粗血管。沿着血管的走行，用手按压肿胀的组织，将水分暂时挤压到周围组织中，使血管暴露后，消毒皮肤，25度角快速进针。

5.新生儿因皮下脂肪少，皮肤柔嫩，血管比婴幼儿的血管暴露得更清晰，弹性差，管腔小，分支多，交错成网状，血管易滑动而不易固定。因此，对于一些暴露清晰的血管，以10度角进入皮肤，再挑起皮肤，沿血管方向以5度角进血管，有突破感或阻力消失感时再平行潜行0.2~0.3厘米，操作时不可用力过猛，防止穿透血管。对于交错成网状的头皮静脉，以3~5度角进入皮肤，随后挑起皮肤，沿血管方向缓慢以1~2度角进入血管，由于这种血管充盈度差、管腔小、压力低，所以回血不好，穿刺时针头阻力突然消失后，反折头皮针管回吸即可见回血，或用0.9%氯化钠注射液试推少许，不见局部肿胀即可判定穿刺成功。

针头的固定

患儿输液一般都有惧怕、哭闹、汗多等特点，可导致输液贴不易固定，或输液途中稍不注意就出现输液贴移动、脱落，往往出现穿刺成功，而固定失败。因此，固定的重要性和穿刺技术是可以相提并论的，甚至比穿刺技术更加重要。

1.在进行小儿头部血管穿刺时，因小儿头部表面有一定弧度，在穿刺回血后要用左拇指固定针柄尾端的软管，使针梗与血管形成一条直线，针柄与皮肤形成一个夹角，这样，任凭患儿头部如何摆动都不易使针头脱出。用输液贴盖住针梗及外露部分针梗并粘牢，输液贴的止血棉部分要压正针眼，这样拔针时就不易压偏。但不能将针柄压在头皮上，那样会使针尖高起，针尖斜面紧贴血管壁而影响液体流速，或针头穿破血管上壁，造成穿刺失败。

2.右手可将预备好的无菌棉签垫在针柄下面，使针梗与头皮静脉形成一条直线。用第二条输液贴绕过针柄下面交叉固定，要求交叉的输液贴要粘紧针柄处，不能让针头后退。

3.松开左手，将针头软管顺着软管的走势圈在头皮上，一定要顺着软管走势，这样不易把胶布撬开。用第三条输液贴粘好，但要注重胶管不能压迫穿刺前方，以免影响液体流速。用输液贴固定后，再用一条稍微长一点儿的防水透气胶布压住输液贴，也可绕头加固一圈，可以减少途中脱落，提高头皮静脉输液的成功率。拔针时先分离胶布，左手拇指沿血管方向纵向压住输液贴，迅速反折拔出针头。这样可将进皮针眼及进血管针眼同时压住，以防皮下瘀血，又可以防止管内剩余药液滴在患者身上或地面上。因血小板及其他凝血物质形成的"生理性止血"需要1~3分钟，加之小儿在拔针时因疼痛及恐惧而哭闹时头皮血管内压力增高，所以医生需要告诉家长按压三五分钟。切忌边压边揉，揉搓可使已凝血的进血管针眼重新出血，发生皮下瘀血。

4.留置针的固定。将透明的无菌贴膜固定在穿刺部位，贴膜一端紧贴在进针点前上方旁2厘米处，从左向右将贴膜与皮肤贴拉紧，使皮肤显现轻度皱纹为宜。将贴膜另一端紧贴在皮肤上，拉紧进针时松弛的皮肤，使留置针牢固固定。为了便于每日更换输液器，贴膜勿将肝素帽与输液器针头连接处盖住，可采用一条胶布固定在输液器针头的皮肤上，防止患儿活动时连接部脱离。

静脉穿刺及输液时的注意事项

1.穿刺时，从静脉一端开始穿刺，逆行顺行均可，而不应从血管中段开始穿刺，以防穿刺失败，形成皮下瘀血，致使整段血管模糊不清，无法再穿刺。选用留置针穿刺时，宜选用粗而直的血管。

2.拔针时先分离胶布，将消毒棉球放在穿刺部位，左手拇指沿血管方向纵向压住棉球，迅速拔出针头，这样可将进皮肤的针眼及进血管的针眼同时压住，以防皮下瘀血。按压时间需要三五分钟，切忌边压边揉。

3.运用正确的封管方法：将肝素盐水或生理盐水1.5毫升，缓慢推注两三分钟后，边退边注入，使针头在退出过程中导管内始终保持正压状态，确保留置管内全是封管液而不是药液或血液，以解决导管长期留置引起的堵塞现象。

4.重新启用留置针的方法：封管后的留置针在启用时必须先抽回血，见到回血后才可接上液体，不宜用注射器用力将血凝块推入血管内，以免发生堵塞。同时，把握好留置针保留时间，一般建议留置时间为5天。

（本报综合摘编）

技术分享

坐骨神经痛的分类与治疗

有些人的坐骨神经总是隐隐作痛，特别是中年人和老年人偏多，骨骼神经的退化，让老年人的患病率占了很大的比例。那么，到底什么是坐骨神经痛？坐骨神经痛又是由什么原因引起的，又该如何预防和治疗呢？

坐骨神经痛的治疗

卧床休息 在严重疼痛的急性期，应卧硬板床休息，尽量减少患肢活动，避免负重。重者需用腰围，以减轻病变组织的张力及反应性水肿，有助于加速症状的缓解。

药物治疗 非甾体类消炎镇痛药，如消炎痛、布洛芬、芬必得、西乐葆、双氯芬酸等，应用最广，适合大多数患者，常为治疗本病的首选药物；皮质类固醇药物，如强的松、地塞米松等；维生素类，如维生素B_1和维生素B_{12}等；脱水药物，如20%甘露醇等。

局部理疗 急性疼痛可用超短波、普鲁卡因离子导入、紫外线等。疼痛减轻后，改用感应电、超短波、碘离子导入和各种热疗。

皮质激素硬膜外注射 可减轻神经根周围的炎症、粘连。国内常用醋酸泼尼松龙加利多卡因。对突出型和游离型的有效率高，为76%；对膨出型的有效率较低，为26%。另有资料显示，皮质激素硬膜外注射的疗效与安慰剂相同。

神经阻滞术 经多种方法治疗仍有剧痛者，可进行神经阻滞术，依据病变部位和性质，可选用椎管脊神经、椎管神经节、臀部坐骨神经干等部位。一般用0.5%~1%普鲁卡因10~30毫升或利多卡因50~100毫升，有时可加地塞米松0.5~1毫升或强的松龙1毫升，三五天1次，三五次为一个疗程。也可用2%普鲁卡因或强的松龙各0.5~1毫升行痛点局部封闭。

除此以外，还有牵引疗法、病因治疗、手术疗法、介入疗法、针灸疗法、手术治疗、推拿治疗等。

坐骨神经痛的分类

临床上常根据病因将坐骨神经痛分为原发性和继发性，原发性坐骨神经痛也就是坐骨神经炎，主要是坐骨神经的间质炎，临床少见。但是继发性坐骨神经痛临床上较常见。邻近组织病变刺激了坐骨神经或因全身性疾病，如糖尿病、痛风。常见的病因有腰椎间盘突出、腰骶部先天畸形、腰椎结核、脊柱炎、坐骨神经盆腔出口狭窄症、盆腔疾病等。

继发性坐骨神经痛由邻近病变的压迫或刺激引起，又分为根性和干性坐骨神经痛，分别指受压部位是在神经根还是在神经干。根性多见，病因以椎间盘突出最常见，其他病因有椎管内肿瘤、椎体转移病、腰椎结核、腰椎管狭窄等；干性可由髋骼关节炎、盆腔内肿瘤、妊娠子宫压迫、髓关节炎、臀部外伤、糖尿病等所致。

作为一种常见的临床疾病，虽然有保守治疗和外科治疗等治疗方法，但是我们需要的是预防，平时适当运动、不加重腰部的负担都是防止坐骨神经痛的好办法。（庄礼兴）

艾灸五大穴 冬天不怕冷

冬天，有些人会穿得厚厚的，用围巾、手套、口罩把自己全副武装起来，即便穿得够多还是怕冷，可能是阳气不足的表现。下面介绍5个穴位，艾灸这5个穴位，可以让身体暖起来。

大椎穴

大椎穴属于督脉，有通督行气、贯通督脉上下之作用。如果有感冒、过敏性疾病、热病、癫痫、颈椎病，取大椎穴治疗是首选。大椎在上焦，治疗寒凉疾病，大椎也是首选穴位。可以使用艾灸罐，插两根艾条，每次施灸10~20分钟，以患者适应为度，可以逐渐延长施灸时间。

神阙穴

神阙穴在脐窝正中，位于人体的腹中部，脐中央，主治疾病：中风虚脱，四肢厥冷，尸厥，风痫，形惫体乏，绕脐腹痛，水肿鼓胀，脱肛，泄利，便秘，小便不禁，妇女不孕。神阙穴是气和、气舍之穴，任脉在此汇合。此穴为任脉上部经脉气血的重要来源，在中焦部位起到沟通上下之功效。施灸方法：可以用艾条悬灸神阙穴，有沟通上下之功效。灸神阙穴还可以治疗胃肠疾病、妇科疾病、生殖系统和泌尿系统疾病。因此，阳虚体质灸神阙穴可以很快改善体制。

足三里穴

足三里穴是个强身健体的穴位，可称为长寿穴。古今许多医家都对此穴推崇备至，民间流传着"若想胃里安，三里常不干"的说法。这个"常不干"指的是用艾灸条熏灼穴位，使该处皮肤起水疱，又称其为"灸花、灸疮"。水疱老流水，可以及时把脾胃的寒湿祛除，"常不干"因此而来。有关研究发现，艾灸足三里穴，可以改善胃的蠕动和供血状况，刺激消化液的分泌，从而增强消化能力。施灸方法：艾灸足三里穴以温和灸为主，尽量不要发生灸疮，艾条和艾灸罐都可以。

命门穴

补肾壮阳灸命门。命门是人体生命之门，先天之气蕴藏所在，人体生化的来源，生命的根本。故命门者，为水火之府，为阴阳之宅，为精气之海。临床上，命门火衰（见命门火衰证）主要表现为四肢清冷，下利清谷，或五更泄，男子阳痿、早泄，女子宫寒不孕，舌质淡，脉沉迟等虚寒之象。因此，长灸命门穴和大椎穴可提高督脉之阳气。灸命门穴可以对各脏器的生理活动起到温煦、生发和推动作用，故灸命门穴是推动生命之火。施灸方法：可以用艾条悬灸或艾灸罐温灸，也可以在肾俞穴的部位加两个艾灸罐。艾灸时间为二三十分钟。

涌泉穴

涌泉穴在人体足底，为全身俞穴的最下部，是肾经的首穴，主治：神经衰弱、精力减退、倦怠感、妇女病、失眠症、多眠症、高血压病、晕眩、焦躁、糖尿病、过敏性鼻炎、更年期障碍、怕冷症、肾脏病等。施灸方法：晚上睡觉前，先用热水泡脚二三十分钟，然后点燃两个大艾柱，分别放在两个艾灸罐里面，上床睡觉时，用毛巾包好，分别绑在两个足底的涌泉穴处。艾灸涌泉穴可以边艾灸边睡觉。

（张 明）

实用验方

皮肤病验方三则

顽固性荨麻疹验方

基本方：荆芥、防风各12克，白蒺藜30克，苦参15克，白鲜皮20克，土茯苓30克，木槿皮20克，麻黄6克，丹皮、赤芍药各15克，生地黄30克。水煎服。若疹色紫红，心烦不宁，加紫草30克；疹色红，瘙痒难忍，抓破分泌物较多，加苍术15克，土茯苓改为60克，苦参改为24克。

外治方：木槿皮60克，苦参、土茯苓各30克，荆芥、防风各15克。水煎，熏洗。

头部毛囊炎验方

基本方：生地黄45克，黄连15克，蒲公英30克，金银花60克，浙贝母、天花粉各30克，皂刺12克，荆芥15克，大黄6克。水煎服。

外用方：蜈蚣5条，用95%酒精100毫升，浸泡24小时后外涂。

面部黑褐斑验方

基本方：柴胡12克，枳壳、赤芍药各20克，桃仁、红花各12克，生地黄30克，川芎、当归各15克，连翘30克，荆芥12克，土茯苓30克，大黄6克，薄荷9克。水煎服。若伴心烦胸闷，舌红苔黄，脉数，加黄连20克；大便秘结，改酒大黄6克。

（卢尚岭）

（以上验方仅供医师参考）

病例札记

泽漆汤临床应用举隅

病案：马某，男，55岁，于2016年8月29日初诊。

主诉：咳嗽1周。病史：1周前，患者受凉后咳嗽，伴咯黄痰，量多，气短胸闷，自感寒热阵作，咽痛痒，畏风寒，有汗出，纳差，口黏腻，大便不成形，呈喷射状，每日一两次，自感灼热，小便调。舌暗淡，舌体胖大，苔灰黄腻，脉沉滑。曾自行艾灸、刮痧，未见效果。患者有类风湿关节炎病史，长期晨起关节僵硬。

辨证治则方药：少阳枢机不利，痰饮郁热内伏，太阳表邪未解；治宜清痰化饮、疏风散寒；方选泽漆汤加味。

方药：泽漆30克，法半夏15克，黄芩15克，白前15克，紫菀15克，桂枝15克，苍术15克，生麻黄6克，杏仁10克，薏苡仁30克，穿山龙30克，甘草6克，生姜3片，大枣3枚（自备）。3剂，水煎服。

二诊（2016年9月1日）：咳嗽、咯痰症状基本消失，气短胸闷、寒热振作、咽痛痒均除，大便转溏，无喷射状及灼热感，转方桂枝附子汤合麻黄附子细辛汤，治疗类风湿关节炎。

按：初诊时，患者诉寒热振作，畏风寒，有汗出等症状，辨为少阳太阳合病挟痰饮上泛，本拟柴胡桂枝汤合半夏厚朴汤加味。细加辨析，患者此次来诊主要因为"咳嗽、痰多"，选用了泽漆汤。因有外感不解的表现，复参入麻杏薏甘汤疏风解表化湿。

《金匮要略》言："咳而脉浮者，厚朴麻黄汤主之；脉沉者，泽漆汤主之。"后人阐释该方多从脉沉，认为病机为痰饮内停，然而临床报道不多。对泽漆汤证背后隐藏的病机，因条文简单，笔者依据"以药测证"的方法，分析本方应是小柴胡汤的变方，换柴胡为泽漆，去大枣，加白前、紫参、桂枝而成。小柴胡汤为少阳病主方，那么泽漆汤病位也应在少阳，所不同者在于重用泽漆，并配伍白前、紫菀等药化痰止咳降逆，桂枝通阳化饮。其功效主要为化痰逐饮通阳，兼清少阳郁热。

（杨彦伟）

临床提醒

莫混淆面肌痉挛和面瘫

面瘫

面肌痉挛

面肌痉挛又称面肌抽搐，是由于血管的动脉硬化、神经病变，神经发生短路，造成了单侧眼睑、面部的表情肌阵发性不自主地跳动，中老年患者比较常见。严重的患者呈强直性，致同侧眼不能睁开，口角向同侧歪斜，无法说话，常因疲倦、精神紧张、自主运动而加剧，但不能自行模仿或控制其发作。一次抽搐短则数秒，长则十几分钟，间歇期长短不定。入眠后，多数患者抽搐会停止。

针灸治疗面肌痉挛实际上疗效不明显，大多是心理作用。事实上，面肌痉挛本身就怕刺激，有时针灸反而会加重病情。服药对一些轻型患者可能有效，但中枢镇静药、抑制剂和激素等均无显著疗效。注射肉毒素治疗会造成面神经的周围性瘫痪，3~6个月症状又复发，而且连续注射3次以上就会逐渐造成面神经的损害。临床上通过微血管减压术治疗面肌痉挛，技术成熟，风险较小，是目前常用的手术根治方法。手术中，医生会在患者耳后钻一个小眼儿进颅。因为是在脑的间隙里进去，所以不损伤脑组织，在脑组织间隙找到问题血管，把血管和神经隔开。

需要提醒的是，多数嘴歪眼斜的患者，并不是患上了面肌痉挛。很多人睡觉时着凉、受风或者感染疱疹病毒后，发生面肌瘫痪，这与面肌痉挛是完全不同的疾病，治疗的方式也是不同的。面瘫表现为面部表情肌运动功能障碍，如嘴歪，做表情时眉头抬不起来，没有额纹，眼睑闭合不全，患侧鼻唇沟变浅，嘴歪向健全的一侧，不能鼓气，喝水漏等症状。绝大多数面瘫患者通过口服营养性药物都会慢慢好起来。

（袁邦清）

稿约

为了更好地为乡村医生的日常诊疗工作提供帮助，本版对内容进行了调整，设置了一些栏目，请您关注，并提供稿件或建议。这些栏目是：《专家连线》《实用验方》《误诊误治》《经验之谈》《技术分享》《临床提醒》《急救技巧》《病例札记》。

投稿邮箱：wsbxcyszk@163.com
联系电话：(0371)85967002
联系人：刘静娜
QQ：570342417
来信地址：郑州市郑东新区博学路与学理路交叉口向东30米医药卫生报社编辑部
邮政编码：450000

遗失声明

鄢陵县只乐镇卫生院彭要军的河南医科大学临床医学专业大专毕业证书（编号：73003199，毕业时间1999年6月）不慎丢失，声明原件及复印件作废。

（本版图片均为资料图片）