

Uzyskiwanie dostępu naczyniowego i wykonywanie iniekcji to zadania często realizowane przez ratowników medycznych. Kaniulacja żył stanowi być może najczęściej stosowaną metodę uzyskania dostępu naczyniowego; użycie drogi doszpikowej jest zazwyczaj zarezerwowane dla małych dzieci. Wprowadzenie do użytku nowych urządzeń może spowodować wzrost częstości wykorzystywania drogi doszpikowej w warunkach ratownictwa medycznego u osób dorosłych, u których nie udaje się uzyskać dostępu dożylnego.

Umiejętność uzyskania dostępu naczyniowego ma kluczowe znaczenie dla podaży wielu leków oraz płynów. Wiąże się z tym jednak ryzyko różnego rodzaju powikłań. Ratownik powinien znać dostępne możliwości i umieć wybrać rozwiązanie najodpowiedniejsze do okoliczności.

Definicja dostępu naczyniowego

Na potrzeby ratownictwa medycznego dostęp naczyniowy jest to wprowadzenie cewnika/kaniuli do żyły obwodowej lub centralnej (dostęp dożylny) lub do jamy szpikowej wybranych kości (dostęp doszpikowy). Cewniki mogą być stosowane do podawania leków i płynów albo zakładane w celach profilaktycznych. Mogą być one używane do pobierania krwi do badań diagnostycznych.

Dostępnych jest wiele różnych urządzeń do dostępu naczyniowego. Każdy rodzaj ma odrębne wymagania; istnieją jednak podstawowe zasady wspólne dla wszystkich rodzajów urządzeń.

Anatomia układu żylnego

W warunkach ratownictwa medycznego obwodowe kaniule dożylnie zakłada się zazwyczaj do żył powierzchownych kończyn górnych. Użycie kończyn dolnych może być wskazane u bardzo małych dzieci oraz w sytuacji, gdy występujące obrażenia uniemożliwiają założenie kaniuli na kończynie górnej; kaniulacja żył kończyn dolnych jest jednak związana ze zwiększonym ryzykiem żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej [1].

Ściana żyły składa się z trzech warstw [2]:

- błony zewnętrznej (przydanka, *tunica adventitia*) – zewnętrznej warstwy włóknistej tkanki łącznej,
- błony środkowej (*tunica media*) – środkowej warstwy zbudowanej z mięśniówki gładkiej i włókien elastycznych,
- błony wewnętrznej (*tunica intima*) – cienkiej wewnętrznej warstwy śródbłonka.

Skóra składa się z dwóch warstw [2]:

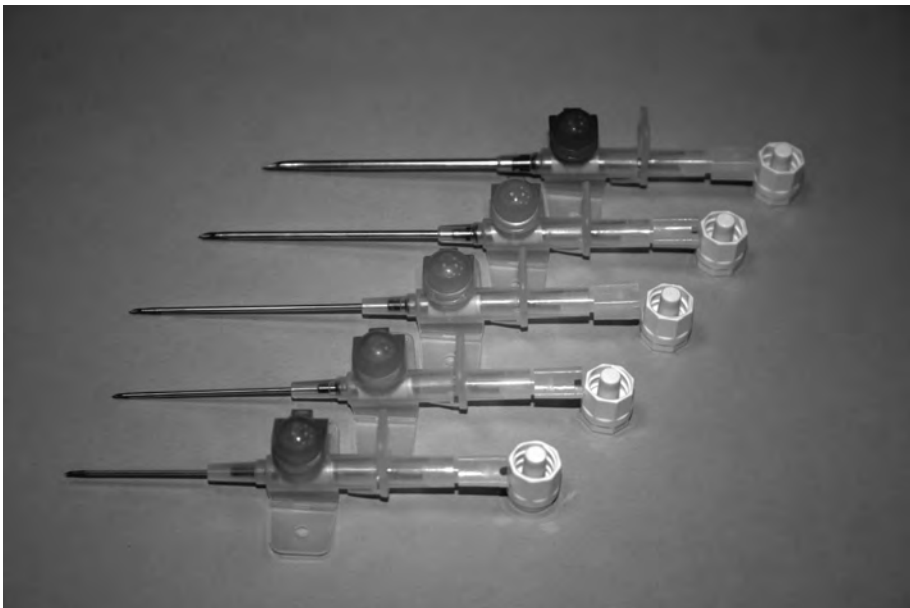
- naskórka – powierzchownej, cieńszej warstwy skóry, zbudowanej ze zrogowaciałego nabłonka wielowarstwowego płaskiego,
- skóry właściwej – warstwy zbitej, nieregularnej tkanki łącznej leżącej pod naskórkiem; w obrębie skóry właściwej znajdują się naczynia krwionośne, nerwy, gruczoły i mieszki włosowe.

Struktura i wygląd skóry zmieniają się z wiekiem, w miarę jak warstwy skóry stają się cieńsze i tracą elastyczność. Liczba komórek produkujących kolagen i włókna elastyczne spada, co prowadzi do powstawania zmarszczek. Żyły osób starszych mogą na skutek tych zmian być lepiej widoczne, stają się one jednak bardziej mobilne, delikatne, często mają kręty przebieg i są objęte zmianami zakrzepowymi [3]. Być może u starszych osób najlepiej jest unikać kaniulacji żył grzbietu dłoni ze względu na ich delikatną naturę [5].

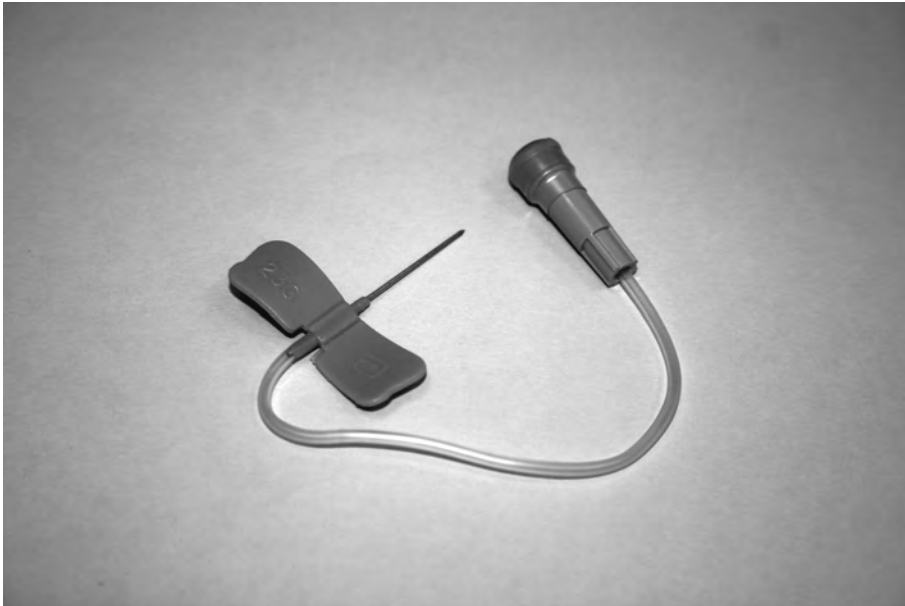
Kaniule obwodowe

Istnieją dwa powszechnie stosowane rodzaje kaniul obwodowych: kaniula obwodowa oraz urządzenie do infuzji z wydrążoną igłą, często nazywane motylkiem (zob. ryciny 13.1 i 13.2). Kaniula obwodowa zwykle jest skonstruowana według modelu „cewnik na igłę”; igłę usuwa się po nakłuciu żyły, giętki plastikowy cewnik zaś pozostaje w świetle naczynia. Igła „motylka” pozostaje w żyłę, powodując tym samym zwiększone ryzyko uszkodzenia naczynia [4].

Kaniule obwodowe używane przez ratowników są dostępne w różnych rozmiarach, od 22 G (najmniejszej) do 14 G (największej). Rozmiar kaniuli jest oznaczony kolorem, a na opakowaniu każdej kaniuli znajduje się informacja odnośnie do prędkości przepływu i średnicy cewnika. Nowoczesne cewniki są zazwyczaj wykonane z poliuretanu, który w stosunku do wcześniejszych modeli wykonanych z polichlorku winylu (PCV) jest bardziej giętki, mniej traumatyzujący i w mniejszym stopniu drażniący śródbłonek [5, 6].



Rycina 13.1. Kaniule dożylnie



Rycina 13.2. Kaniula typu „motylek”

Wskazania do kaniulacji żył obwodowych

Założenie dożylniej kaniuli obwodowej jest wskazane w celu:

- farmakoterapii,
- płynoterapii,
- profilaktyki.

Kaniulacja żył wiąże się z możliwością powikłań, dlatego należy się upewnić, że jest ona wykonywana jedynie u pacjentów, którzy odniosą korzyści z tej procedury. Ryzyko związane z profilaktyczną kaniulacją prawdopodobnie przeważa nad korzyściami, dlatego nie zachęca się do wykonywania kaniulacji w takim celu.

Wybór kaniuli

Wybór kaniuli jest uzależniony od kilku czynników:

- **Cel kaniulacji.** Szybka podaż płynów będzie wymagać założenia kaniuli o dużej średnicy, podczas gdy kaniula o mniejszym rozmiarze będzie odpowiednia do podaży leków lub do celów profilaktycznych.
- **Rozmiar żył.** Mniejsze żyły umożliwiają założenie jedynie małej kaniuli, dlatego niezależnie od celu kaniulacji może być konieczne użycie kaniuli o małym rozmiarze.
- **Pacjent we wstrząsie.** Wstrząs wiąże się z brakiem wypełnienia naczyń na obwodzie, może więc ograniczać możliwość założenia kaniuli o większym rozmiarze.

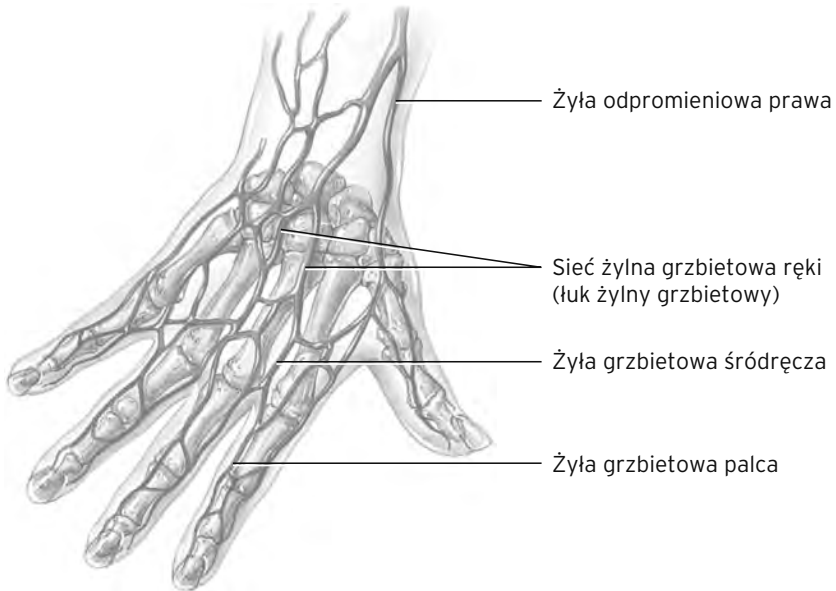
- **Umiejętności i pewność siebie ratownika.** Rozpoczynający pracę zawodową ratownik może nie czuć się pewnie, zakładając kaniulę o dużej średnicy. Może więc przyjąć pragmatycznie, że lepiej założyć cieńszy wenflon, niż nie zakładać żadnego.

Wybór żyły

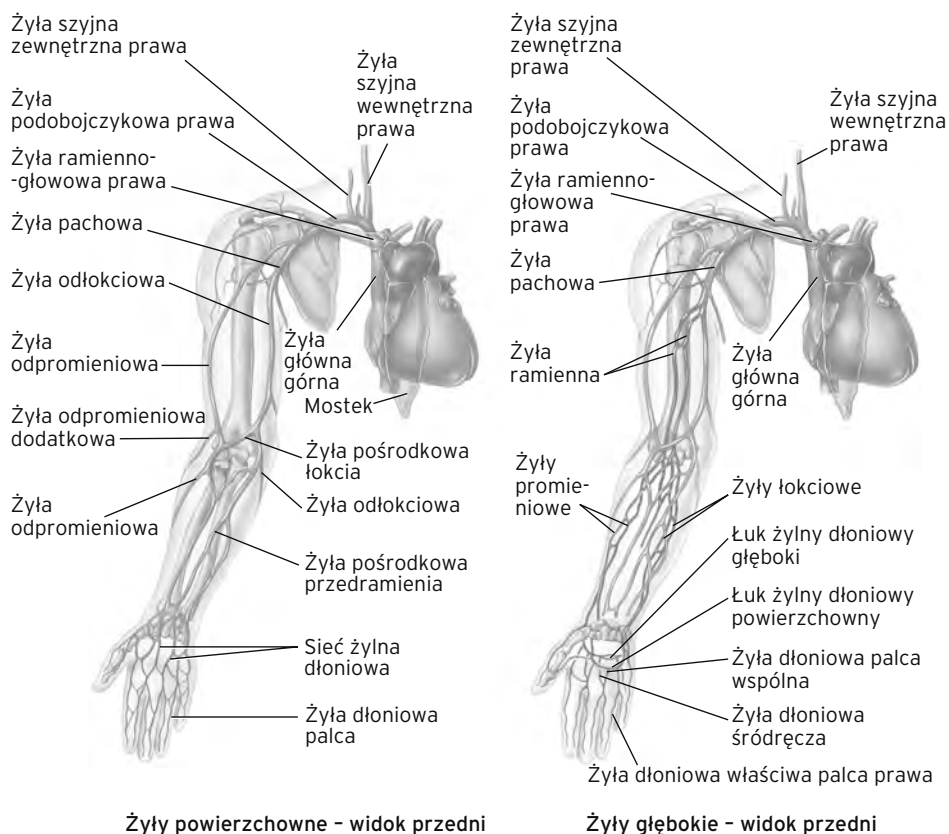
Zaletą kaniulacji żył obwodowych jest fakt, że żyły te są zazwyczaj widoczne; w niektórych sytuacjach może jednak tak nie być, dlatego przydatna jest palpacja i znajomość topografii żył. Na rycinach 13.3 i 13.4 przedstawiono anatomię żylną ręki i przedramienia.

Wyboru żyły należy dokonać przed wyborem kaniuli, aby móc dobrać odpowiedni jej rozmiar. Żyła powinna być prosta, pozbawiona zastawek i „sprężysta” przy palpacji. Najlepiej jest unikać kaniulacji żył w okolicy stawów, gdyż wiąże się ona ze zwiększonym ryzykiem mechanicznego zapalenia żył oraz przerywanego przepływu płynów lub leków związanego z ruchami pacjenta.

Wybór żyły będzie zależał od wielu czynników, obejmujących wskazania do kaniulacji, dostępność żył, obrażenia występujące u pacjenta i wcześniejsze próby nakłucia żył. Pierwsza próba nakłucia powinna być podjęta w dystalnej części kończyny, gdyż nieudana próba nakłucia żyły ogranicza możliwość wykorzystania żył dystalnie od miejsca ukłucia. Nie należy zakładać dostępu żylnego w miejscu zlokalizowanego obrzęku, zapalenia skóry, zapalenia tkanki łącznej, w okolicy przetoki tętniczo-żylniej, ran, przeszczepów skóry, złamań, udaru, w miejscu planowanego zabiegu operacyjnego na kończynie i w miejscu wcześniejszej kaniulacji [5]. Umieszczenie kaniuli na kończynie niedominującej może być też korzystne dla niezależności pacjenta.



Rycina. 13.3. Żyły ręki. Przedrukowano za Jenkins, Kemnitz and Totoro, Anatomy and Physiology; From Science to Life, copyright 2006, za zgodą John Wiley & Sons Inc.



Rycina. 13.4. Żyły kończyny górnej. Przedrukowano za Jenkins, Kemnitz and Totoro, *Anatomy and Physiology; From Science to Life*, copyright 2006, za zgodą John Wiley & Sons Inc.

Techniki uzyskiwania wypełnienia żył

Opaska uciskowa i grawitacja

Założ opaskę uciskową na kończynę i zaciśnij ją tak, aby wywierane ciśnienie było pomiędzy ciśnieniem skurczowym i rozkurczowym pacjenta. Jeśli żyły się nie ukazują lub wydają się małego kalibru, opuść kończynę poniżej poziomu serca [8]. Grawitacja spowalnia nawrót żylny, zwiększając objętość krwi żyłnej i wypełnienie żył kończyny górnej [11].

Zaciskanie pięści

Otwieranie i zaciskanie pięści zwiększa nawrót żylny za pośrednictwem sił, jakie kurczące się mięśnie wywierają na naczynia, zwiększając przepływ krwi tętnicznej [7] i prowadząc do miejscowego wypełnienia żył [8]. Zwiększona prędkość przepływu krwi spowodowana zaciskaniem pięści zwiększa też napływ krwi żyłnej do żyły odłokciowej i odpromienio-

wej [9]. Badania wykazały, że taka forma aktywności izometrycznej powoduje również poszerzenie naczyń [10].

„Oklepywanie” żyły i „wypełnianie”

Jednokrotne lub dwukrotne klepięcie żyły powierzchownej zwiększa jej wypełnienie [11], chociaż mechanizm wywołujący ten efekt pozostaje niejasny [8]. Delikatny, ślizgający ucisk wzdłuż krótkiego odcinka żyły („wypełnianie”) w kierunku od strony proksymalnej ku obwodowi przemieszcza krew w kierunku obwodowym, zwiększając wypełnienie żyły [8]. Należy uważać, aby nie stosować zbyt energicznych bodźców, zwłaszcza u osób z delikatnymi żyłami powierzchownymi (np. u osób starszych lub przewlekle leczonych steroidami), gdyż można spowodować uraz żyły lub odruchowe obkurczenie naczynia w reakcji na ból [8]. Mocne oklepanie wymierzone w okolicę żyły powoduje ból i uwalnianie histaminy, dlatego nie należy stosować tej techniki.

Miejscowe ogrzewanie

Przepływ krwi w skórze człowieka zwiększa się znacznie w odpowiedzi na bezpośrednie ogrzanie [12]. Należy jednak uważać, aby nie spowodować termicznego uszkodzenia kończyny. Zastosowanie ogrzewania miejscowego w warunkach przedszpitalnych może być trudne, można jednak rozważyć zanurzenie kończyny górnej na kilka minut w ciepłej wodzie lub zastosowanie ciepłego, wilgotnego kompresu [13].

Wypełnienie żyły szyjnej zewnętrznej (EJV, external jugular vein)

Wykazano, że manewr Valsalvy (nasilony wydech przy zamkniętej głośni) wykonywany przez 30 s (przy ciśnieniu ok. 40 mm Hg) powoduje zwiększenie powierzchni prawej EJV o 86%, a jej obwodu o 41% [14]. Podobnie zastosowanie pozycji Trendelenburga zwiększa nawrót żyłny do prawego przedsionka i może powodować wypełnienie EJV [15, 16].

Powikłania kaniulacji żył obwodowych

Żadna interwencja kliniczna nie jest pozbawiona ryzyka, jednak zazwyczaj uważa się, że korzyści wynikające z prawidłowo założonego dostępu dożylnego przewyższają ryzyko powikłań. Jednym z podstawowych problemów w warunkach ratownictwa medycznego jest opóźnienie czasowe związane z wykonaniem tej procedury. Badania sugerują, że samo zakładanie dostępu dożylnego bez zastosowania środków terapeutycznych przedłuża czas pozostawania na miejscu zdarzenia średnio o 8 do 13 minut [17, 18]; należy wziąć to pod uwagę przy podejmowaniu decyzji klinicznej o założeniu dostępu dożylnego, jak i o liczbie podejmowanych prób.

Kaniulacja żył stanowi bezpośrednią drogę dostępu dla chorobotwórczych patogenów i jest znaczącym źródłem zachorowalności i śmiertelności w szpitalu [19, 20]. Częstość występowania zakażeń wtórnych do kaniulacji żyłnej wykonywanej przez ratowników medycznych nie jest znana, jednak ze względu na charakter pracy i warunki środowiskowe może być wyższa niż szacowana. Stwierdzono zwiększone ryzyko zakażenia podczas zakładania dostępu dożylnego w sytuacjach nagłych, w których techniki aseptyki mogą

być przestrzegane mniej rygorystycznie [21]. Zarówno otoczenie, jak i ludzie oraz sprzęt mogą być rezerwuarami zakażenia [22]. Dlatego procedury zapobiegania zakażeniom i ich kontroli powinny dotyczyć nie tylko pacjentów, ale również personelu i osób postronnych, a także otoczenia i wszelkiego stosowanego sprzętu [23]. Ratownicy medyczni mogą mieć ograniczony wpływ na warunki otoczenia, mogą jednak minimalizować ryzyko zakażenia pochodzącego od sprzętu, upewniając się, że opakowania są nienaruszone i że nie upłynął termin jego przydatności do użycia. Podczas otwierania opakowań należy posługiwać się techniką aseptyczną. Obowiązkowe jest przestrzeganie zasad higieny rąk i stosowanie środków ochrony osobistej w celu ograniczenia ryzyka zakażenia przenieszonego tą drogą. Toczy się dyskusja na temat skuteczności dezynfekowania skóry przed nakłuciem, jednak obecnie zalecane jest stosowanie 2-procentowego roztworu glukonianu chlorheksydyny w 70-procentowym alkoholu izopropylowym, który po przetarciu skóry należy pozostawić do wyschnięcia [24].

Częstość występowania powikłań naczyniowych zwiększa się wraz ze wzrostem stosunku średnicy zewnętrznej kaniuli do światła naczynia [25], dlatego należy stosować najmniejszy rozmiar kaniuli odpowiedni dla zleconej terapii [5, 26, 27]. Zapalenie żył związane z kaniulacją jest spowodowane trzema czynnikami: mechanicznym (wywołanym tarciem i ruchem cewnika wewnątrz żyły), chemicznym (związany z podawanymi środkami) oraz fizycznym (związany z właściwościami kaniuli) [28].

Inne potencjalne powikłania i sposoby ich rozwiązywania zostały przedstawione w tabeli 13.1.

ZASTANÓW SIĘ

Zidentyfikuj częste źródła zakażenia podczas kaniulacji żył obwodowych i opisz, jak można zminimalizować ryzyko ich wystąpienia.

Postępowanie po założeniu dostępu żylnego

Kaniulę po założeniu należy przepłukać 0,9-procentowym roztworem chlorku sodu lub roztworem heparyny. Dokładna objętość płynu konieczna do utrzymania drożności kaniuli nie jest znana, jednak jeśli używa się prawidłowej techniki, wystarcza 2-5 ml; płyn należy podawać pulsacyjnie, kończyć przy dodatnim ciśnieniu [25].

Kaniulę po założeniu trzeba zabezpieczyć, przyklejając ją do skóry. Miejsce wkłucia nie powinno być przykrywane niejałowym plastrem; należy je traktować jak otwartą ranę. Dostępne są specjalne opatrunki przeznaczone do dostępow dożylnych. Zaleca się ich stosowanie, gdyż są one jałowe i pozwalają na obserwację miejsca wkłucia podczas podawania płynów lub leków.

Tabela 13.1. Kaniule dożyłne: powikłania i ich rozwiązania

Źródła ryzyka przy wprowadzaniu kaniuli	Skutek	Postępowanie
Niepowodzenie	Opóźnienie leczenia i brak możliwości wykorzystania żyły.	Zweryfikuj technikę nakłucia, wybór żyły i sprzętu. Próbuj ponownie, tylko jeśli jest to konieczne, a szanse powodzenia są duże.
Zła technika	Ból, uraz nerwu, przekłucie żyły, wylew podskórny, zwiększone ryzyko zakażenia, niepokój pacjenta, niepowodzenie nakłucia.	Zwróć się do bardziej doświadczonej osoby; pracuj pod nadzorem nad poprawą techniki punkcji.
Niepokój pacjenta	Może skutkować obkurczaniem żyły i napięciem mięśni, co powoduje ból.	Uspokój pacjenta, wybierz najmniejszą odpowiednią kaniulę, rozważ zastosowanie znieczulenia miejscowego, zweryfikuj konieczność wykonywania procedury w warunkach przedszpitalnych.
Niewłaściwa kaniula	Złe działanie kaniuli, niewystarczający przepływ lub przeladowanie płynowe powodują mechaniczne zapalenie żyły.	Usuń kaniulę i dokonaj pełnej oceny.
Utylizacja ostrych odpadów	Zakłucie igłą personelu lub pacjenta.	Umyj ranę pod bieżącą wodą i zastosuj się do obowiązujących wytycznych.
Zator powietrzny/spowodowany plastikiem	Ryzyko zatorowości płucnej.	Usuń kaniulę i lecz obecne objawy, zrelacjonuj zdarzenie przy przekazywaniu pacjenta w szpitalu i udokumentuj zdarzenie.
Współpraca pacjenta	Usunięcie lub manipulacje przy kaniuli.	Oceń pacjenta, wybierz odpowiednie miejsce wkłucia i zabezpiecz kaniulę.
Krwiak	Siniaczenie, ból, ograniczony dostęp do żyły.	Usuń kaniulę i zastosuj ucisk.
Niedrożność kaniuli	Brak możliwości podawania płynów i leków.	Usuń kaniulę i załóż nową.

Zaadaptowano na podstawie Lavery and Smith 2007 [6].

Procedura kaniulacji żył obwodowych

Wymagany sprzęt

- Rękawiczki.
- Wybór obwodowych kaniul dożylnych (wybierz najmniejszą kaniulę odpowiednią dla danego celu).

- Opaska uciskowa (staza).
- Roztwór 2% glukonianu chlorheksydyny w 70% alkoholu izopropylowego.
- Jałowa, półprzepuszczalna, ściśle przylegająca membrana (np. Vecafix, Niko-Gard).
- Zestaw do przetoczeń dożylnych lub 0,9% roztwór chlorku sodu do przepłukania.
- Pojemnik na zużyte igły.

Sposób postępowania (ryciny 13.5-13.13)	Informacje dodatkowe/uzasadnienie
Przygotowanie	
1. Objaśnij pacjentowi procedurę i uzyskaj jego zgodę.	Wymóg prawny.
2. Wybierz miejsce założenia kaniuli.	Proste, szerokie żyły; „sprężyste” w palpacji; unikaj okolic stawów i zastawek.
3. Przygotuj sprzęt.	Sprawdź datę ważności sprzętu i stan opakowania. Sprawdź, czy są obecnie wszystkie części zestawu.
Technika	
1. Stosuj bezdotykową metodę wprowadzania kaniuli [29]	Minimalizuje ryzyko zakażenia.
2. Załóż opaskę uciskową.	Aby uzyskać wypełnienie żył, opaska powinna wywierać ciśnienie pomiędzy ciśnieniem skurczowym a rozkurczowym pacjenta.
3. Zastosuj procedurę higieny rąk, załóż rękawiczki i zdezynfekuj wybrane miejsce nakłucia żyły. Odczekaj co najmniej 30 s do wyschnięcia środka dezynfekującego [27].	Minimalizuje to ryzyko zakażenia.
4. Oceń wybraną kaniulę pod kątem obecności uszkodzeń. Nie dotykaj cewnika, aby uniknąć jego skażenia.	Upewnij się, że opakowanie nie jest uszkodzone i nie minął termin ważności.
5. Ustaw kaniulę w linii żyły pod kątem 10-30° w stosunku do skóry i wprowadź kaniulę przez skórę.	
6. Kiedy kaniula zostaje wprowadzona do światła żyły, w zbiorniczku kontrolnym ukazuje się krew.	Napływ krwi do kaniuli jest konieczny do potwierdzenia jej prawidłowego położenia w żyłę [30].
7. Zmniejsz nieco kąt nachylenia kaniuli, aby upewnić się, że wchodzi ona do światła żyły, a nie przekłują jej tylnej ściany; wsuń igłę jeszcze trochę do żyły.	Koniec igły znajduje się nieco do przodu w stosunku do końca cewnika, dlatego konieczne może być wprowadzenie kaniuli nieco głębiej, aby upewnić się, że cewnik znajduje się w żyłe.

Sposób postępowania (ryciny 13.5-13.13)	Informacje dodatkowe/uzasadnienie
<p>8. Wsuń nieco mandryn; powinno być widoczne cofanie się krwi do kaniuli. Powoli wprowadź kaniulę do żyły, przytrzymując żyłę podczas całej procedury.</p> <p>Uwaga: nie należy ponownie wsuwać igły do cewnika, gdyż może to spowodować odcięcie kaniuli i zator plastikiem.</p>	Potwierdza położenie kaniuli w żyłę.
9. Zwolnij opaskę uciskową.	Pozwala na swobodny przepływ płynów/leków i zwalnia ucisk z kończyny pacjenta. Zapobiega wypływowi krwi z dystalnego końca kaniuli podczas usuwania igły.
10. Uciśnij żyłę powyżej końca cewnika i usuń igłę; natychmiast wyrzuć igłę do pojemnika na ostre odpady, a następnie załóż koreczek na końcówkę kaniuli lub podłącz zestaw do przetoczeń.	Wrzucaj ostre odpady do pojemnika; nie wpychaj ich. W celu uniknięcia ryzyka zakłucia pojemnik NIE POWINIEN być trzymany przez drugą osobę.
11. Podłącz przygotowany wcześniej zestaw do przetoczeń lub przepłucz kaniulę 0,9% roztworem chlorku sodu (lub roztworem heparyny).	Potwierdza drożność i możliwość łatwego podawania bez bólu, oporu lub miejscowego obrzęku.
12. Załóż jałowy opatrunek.	
13. Zabezpiecz przewody zestawu do przetoczeń, jeśli rozpoczęto infuzję.	
14. Zdejmij rękawiczki i zastosuj procedurę higieny rąk.	
Po zakończeniu procedury	
1. Zanotuj datę i godzinę założenia kaniuli na formularzu przekazania pacjenta. Niektóre opatrunki pozwalają też na zanotowanie na nich tej informacji.	Zalecane jest, aby kaniule zakładane w warunkach pozaszpitalnych były wymieniane w ciągu 24 godzin [21, 32].
2. Udokumentuj liczbę prób nakłucia i wszelkie powikłania.	Pozwala to personelowi szpitalnemu na monitorowanie niepomyślnych zdarzeń.
3. Szyny należy stosować jedynie wtedy, gdy kaniula jest umieszczona w miejscu zgięcia lub gdy występuje ryzyko jej przemieszczenia [31].	Jeśli stosowane jest unieruchomienie z użyciem szyny, należy ją zdejmować w określonych odstępach czasu celem oceny statusu krążeniowego kończyny [31].



Rycina 13.5. Zdezynfekuj wybrane miejsce wkłucia



Rycina 13.6. Wprowadź igłę pod kątem pomiędzy 10° a 30°



Rycina 13.7. Krew w zbiorniczku kontrolnym



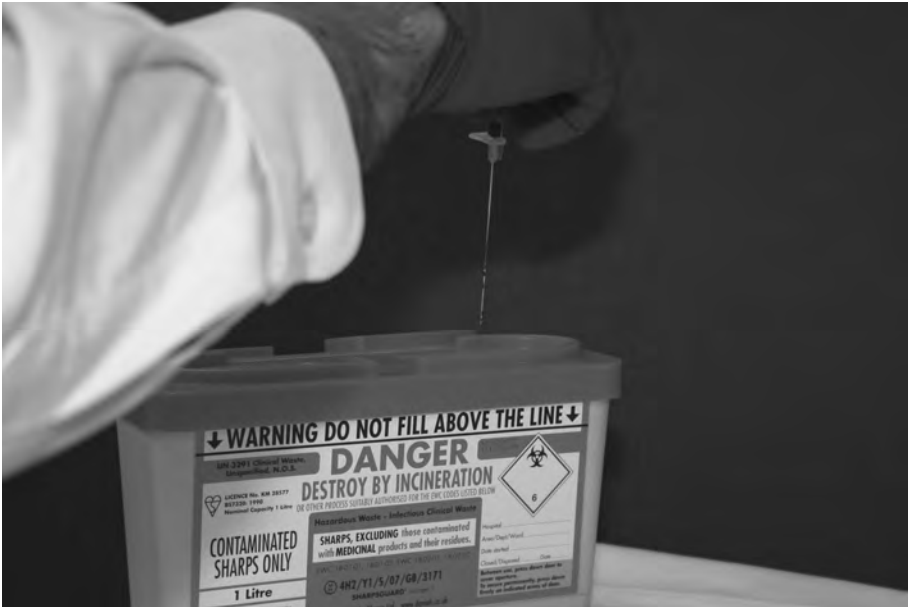
Rycina 13.8. Podczas wysuwania igły w cewniku pojawia się krew



Rycina 13.9. Wsuń kaniulę, przytrzymując żyłę



Rycina 13.10. Usuń igłę, uciskając żyłę powyżej końcówki cewnika



Rycina 13.11. Pojemnik na ostre odpady medyczne



Rycina 13.12. Załóż koreczek na końcówkę kaniuli



Rycina 13.13. Zabezpiecz kaniulę i udokumentuj datę i godzinę założenia

Urządzenie do infuzji z wydrążoną igłą („motylek”)

Igły te są odpowiednie do zastosowania u dzieci lub innych pacjentów z drobnymi, delikatnymi żyłami. Nie są one wyposażone w poliuretanowy cewnik; metalowy mandryn jest wprowadzany do żyły i zabezpieczany w tej pozycji. Ponieważ istnieje ryzyko uszkodzenia żyły metalową igłą, przy wprowadzaniu i zabezpieczaniu urządzenia należy zachować ostrożność. Stosuje się tu podobną technikę jak w standardowej kaniulacji żył obwodowych, z tą różnicą, że krew się nie cofa, a igła pozostaje na miejscu.

Kaniulacja żyły szyjnej zewnętrznej

Żyła szyjna zewnętrzna (EJV, *external jugular vein*) krzyżuje mięsień mostkowo-obojkowo-sutkowy, a następnie przechodzi powierzchownie przez trójkąt tylny szyi. Łatwo uzyskać jej wypełnienie prostym manewrem Valsalvy. W trójkącie tylnym szyi EJV przebiega powierzchownie, dlatego stanowi bezpieczne miejsce nakłucia. Żadne ważne struktury w obrębie szyi nie leżą tak powierzchownie, unika się więc przypadkowego uszkodzenia mięśni, tętnic lub nerwów [33].

Bliskość żyły szyjnej zewnętrznej i centralnego układu żylnego pozwala uzyskać wiele korzyści związanych z centralnym dostępem dożylnym; płyny i leki szybko docierają z żyły szyjnej zewnętrznej do tułowia. Dostęp do EJV należy rozważać jedynie w sytuacji, gdy wyczerpano inne możliwości dostępu obwodowego, będzie on więc prawdopodobnie zarezerwowany dla sytuacji zatrzymania krążenia.

Kaniulacja EJV wymaga w dużej mierze takiego samego sprzętu jak kaniulacja innych żył obwodowych, lecz konieczna jest również 10-mililitrowa strzykawka do aspiracji krwi w celu potwierdzenia wejścia do żyły; opaska uciskowa nie jest potrzebna.