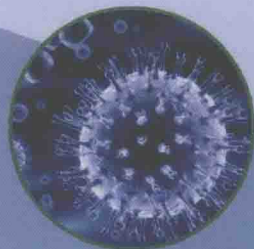
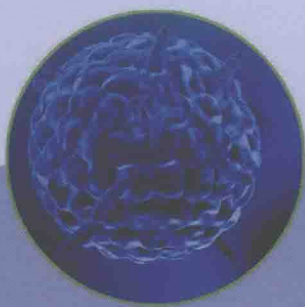


临床内分泌

护理技术

徐美玲 ◎ 著



天津出版传媒集团

 天津科学技术出版社

临床内分泌护理技术

徐美玲 ◎著

天津出版传媒集团



天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床内分泌护理技术 / 徐美玲著. -- 天津: 天津
科学技术出版社, 2018.2
ISBN 978-7-5576-4807-7

I. ①临… II. ①徐… III. ①内分泌病-护理 IV.
①R473.58

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第040769号

责任编辑: 石 崑
责任印制: 兰 毅

天津出版传媒集团

 天津科学技术出版社

出版人: 蔡 颢
天津市西康路35号 邮编 300051
电话(022) 23332369(编辑室)
网址: www.tjkjchs.com.cn
新华书店经销
北京虎彩文化传播有限公司印刷

开本 787×1092 1/16 印张 25.75 字数 610 000
2018年2月第1版第1次印刷 2018年9月第2次印刷
定价: 128.00元

前 言

内分泌失调可引起多种症状,如不育、性功能障碍、脱发、脸上长痘、甲状腺功能低下或甲状腺功能亢进、失眠、精神萎靡、情绪起伏,还有阴道炎、月经失调、不孕不育等各种女性疾病。在我国,内分泌以及代谢性疾病发展相对滞后,不少市县级医院尚无独立的内分泌科室,训练有素的内分泌专科医生、护士十分紧缺,内分泌疾病临床与护理专业参考书更是难觅。

本书借鉴国内外最新内分泌护理技术,在介绍内分泌疾病护理的基础知识、专科操作、内分泌试验的基础上系统地阐述了内分泌常见疾病的护理和患者的健康教育。同时记录了编者在护理工作中的思维、判断、决策和实施护理的过程,语句简明,通俗易懂。适合广大护理同仁阅读,尤其适用于临床一线护士、基层专科医生及对内分泌专科知识感兴趣的医护学生阅读。

由于时间仓促和水平有限,书中难免有内容不当之处,期望广大读者批评指正,以便今后修改补充,我们不胜感激。

编 者

目 录

第一部分 内分泌护理概况

第一章 内分泌护理基础	(2)
第一节 内分泌科护理内容	(2)
第二节 内分泌科常见风险评估与防范	(4)
第三节 护患沟通内容	(12)
第二章 内分泌科护理技术与操作配合	(16)
第一节 血糖监测	(16)
第二节 胰岛素注射	(24)
第三节 糖尿病周围神经功能筛查	(36)
第四节 腰围、臀围测量技术	(37)
第五节 睡眠呼吸功能监测	(38)
第六节 内分泌常见试验的护理	(40)
第七节 医护配合	(59)

第二部分 内分泌系统疾病的护理

第三章 腺垂体功能减退症患者的护理	(63)
第一节 垂体的解剖和功能	(63)
第二节 腺垂体功能减退症患者的护理	(64)
第四章 甲状腺相关疾病患者的护理	(74)
第一节 甲状腺的解剖和功能	(74)
第二节 甲状腺肿患者的护理	(75)
第三节 甲状腺功能亢进症患者的护理	(79)
第四节 甲状腺功能减退症患者的护理	(88)
第五节 亚急性甲状腺炎患者的护理	(93)
第五章 肾上腺相关疾病患者的护理	(96)
第一节 肾上腺的解剖和功能	(96)

第二节	皮质醇增多症患者的护理	(97)
第三节	肾上腺皮质功能减退症患者的护理	(106)
第四节	原发性醛固酮增多症患者的护理	(111)
第五节	嗜铬细胞瘤患者的护理	(116)
第六章	糖尿病患者的护理	(123)
第一节	概述	(123)
第二节	糖尿病患者的治疗和护理	(126)
第三节	糖尿病急性并发症的护理	(149)
第四节	糖尿病慢性并发症的护理	(160)
第五节	糖尿病特殊人群的护理	(185)
第七章	胰岛 B 细胞瘤患者的护理	(197)
第八章	单纯性肥胖患者的护理	(202)
第九章	血脂异常患者的护理	(210)
第十章	代谢综合征患者的护理	(218)
第十一章	痛风患者的护理	(227)
第十二章	骨质疏松症患者的护理	(236)
第十三章	妇科内分泌疾病患者的护理	(244)
第一节	功能失调性子宫出血患者的护理	(244)
第二节	经前期综合征患者的护理	(249)
第三节	闭经患者的护理	(252)
第四节	围绝经期综合征患者的护理	(256)
第十四章	内分泌常见功能试验的护理	(262)
第一节	口服葡萄糖耐量试验和胰岛素、C 肽试验	(262)
第二节	皮质醇生理波动试验	(264)
第三节	地塞米松抑制试验	(266)
第四节	醛固酮立卧位试验	(267)
第五节	酚妥拉明试验	(269)
第六节	生长激素刺激试验	(271)
第七节	禁水-加压素试验	(272)
第八节	饥饿试验	(274)
第九节	胰岛素低血糖试验	(276)
第十节	TRH 试验	(278)
第十一节	GnRH 试验	(280)
第十五章	风湿性疾病患者的护理	(282)
第一节	概述	(282)

第二节 系统性红斑狼疮 (284)

第三节 类风湿关节炎 (288)

第四节 干燥综合征 (294)

第三部分 内分泌系统疾病患者的健康教育

第十六章 下丘脑及垂体疾病 (298)

第十七章 甲状腺疾病 (302)

第十八章 肾上腺疾病 (305)

第十九章 糖尿病 (308)

第二十章 骨质疏松症 (319)

第二十一章 高尿酸血症及痛风 (320)

第二十二章 肥胖症 (321)

第二十三章 性早熟 (327)

第四部分 内分泌系统疾病的诊治

第二十四章 常见内分泌系统疾病的诊断和治疗 (330)

第一节 糖尿病 (330)

第二节 糖尿病并发症 (341)

第三节 低血糖症 (350)

第四节 甲状腺功能亢进症 (356)

第五节 甲状腺功能减退症 (362)

第六节 甲状旁腺功能亢进症 (368)

第七节 甲状旁腺功能减退症 (372)

第八节 肾上腺皮质功能减退症 (376)

第九节 皮质醇增多症 (381)

第十节 醛固酮增多症 (384)

第十一节 垂体瘤 (389)

第十二节 腺垂体功能减退症 (393)

第十三节 尿崩症 (395)

参考文献 (401)

第一部分 内分泌护理概况

第一章 内分泌护理基础

第一节 内分泌科护理内容

一、基础护理

(一) 内分泌科基础护理的重要内容

(1) 病室环境温度保持在 $18\sim 20^{\circ}\text{C}$, 湿度 $40\%\sim 60\%$ 。

(2) 累及皮肤患者光线适宜, 避免阳光直射; 加强床单位整洁, 遵医嘱涂药防止皮肤感染及伤口恶化。

(3) 骨病及关节疾病患者患者活动受限, 因此病室床单应保持整洁, 两侧加用床挡, 卫生间配置扶手等, 防止患者跌倒; 保持患者功能位, 指导其进行功能锻炼, 协助进食、如厕、更衣、床上排便等生活护理。

(4) 病室通风, 严格消毒隔离, 安静整洁、安全等。

(二) 内分泌科基础护理的实施及注意事项

(1) 内分泌科基础护理包括晨间护理、午间护理、晚间护理及日常生活护理, 做到六洁四无。

(2) 礼貌服务, 整理床单位时需向患者解释并征得患者同意, 患者如处在睡眠状态, 原则上不能叫醒患者。

(3) 入院教育患者入院后应依病情准备好床位, 向患者及家属介绍环境、医院规章、探视制度, 并请其遵守; 根据病情分一、二、三级护理, 决定其卧床休息或活动范围, 具体按分级护理要求执行, 做到护理到位。

(4) 安排饮食按照医嘱安排饮食, 尤其做好患者及家属的特殊饮食指导, 如糖尿病饮食、低碘饮食、低嘌呤饮食、低钠饮食等。

(5) 因为内分泌科患者激素水平异常需严格限制陪伴, 保持空气新鲜; 每日早晚需协助患者开窗通风。

(6) 指导功能锻炼根据专科护理要点加强患者关节肌肉的各项护理。

(7) 进行心理护理稳定患者情绪, 满足患者合理要求, 做好心理指导。

二、危重患者护理

(一) 内分泌科危重患者的特点

内分泌系统疾病具有复杂而又广泛的特点, 具体体现在各个器官系统的生理活动都与之

有关,而且多种激素和靶器官之间存在反馈和负反馈的相互制约。如果诊断和治疗不及时,极易引起危重症,因此护理人员应在掌握各个疾病护理规范的同时也要熟悉危重症的诱因、防治和抢救要点。

(二)内分泌科危重症患者的护理要点

1.了解危重症的发病机制

了解内分泌系统常见危重症的发病机制,如甲亢危象、高血压危象、高钙危象、酮症酸中毒、低血糖昏迷等,明确诱发原因,认真观察患者的病情变化,做到早发现、早预防。

2.制订危重症患者的抢救方案和计划

内分泌科危重症一般可突然发病,且病情进展快,极易发生较严重的后果。因此,护理人员应争分夺秒、有条不紊地做好抢救配合工作。熟练使用各种抢救仪器,如呼吸机、除颤器、心电监护仪、微量注射泵、心电图机等;掌握各种抢救药品的使用方法,准确地完成给药环节。

(三)内分泌科危重症患者的抢救

(1)制定危重患者抢救规章制度及流程如修订危重患者抢救流程,修订危重患者的转运流程,制定危重症患者交接登记本,规范护士转运危重患者前的评估内容及携带物品要求。

(2)规范药品、物品、仪器的管理及急救用品的完好备用是影响抢救工作质量和工作状态的重要因素。各类急救物品、药品、设备准备到位,完好备用。抢救仪器、物品责任到人,做到班班有清点、检查、记录,定时对仪器进行常规保养,并检查其性能是否完好。

(3)重视与患者或家属的沟通,提升服务意识要求护士在做各项抢救护理措施的同时采用适当的言行与患者及家属交流,听取患者的主诉,主动为患者解决问题,满足患者和家属的合理需要,使抢救护理工作得到支持和理解。尤其注重患者转运前的沟通与生命体征评估,并及时向医师汇报,根据患者病情备好相关药品、物品、仪器,降低患者转运的风险。

(4)加强业务素质培训,提高抢救技术:院、科级采取多种形式对护士进行分级理论与操作培训,如呼吸机、心电监护、除颤、吸氧、吸痰、心肺复苏等操作,每月示范、考核;按护士层级进行业务学习,晨间交班随时提问,特殊抢救病例及时讨论,每月护理查房1次。

(5)遇到危重症患者抢救,听从科主任、护士长及高年资护士统一安排,争分夺秒,积极配合医生抢救。

三、患者的安全管理

(一)内分泌科疾病患者常见的安全问题

主要有周围静脉输液外渗、管路滑脱、压疮、跌倒、坠床、用药错误、导管相关性尿路感染等。

(二)护理安全管理

按照“以患者为中心”的服务理念,实施护士弹性排班,保证护理工作在最繁忙时段的人员、质量和安全。落实责任制护理管理,护士分管患者做到分工明确,责任到人,并将责任护士公示于病区,便于患者更加清楚地了解。护理部要求责任护士对所分管的患者情况必须全面

了解,这样有利于观察病情,确保护理措施、健康宣教等护理工作有效完成。第一时间观察病情变化,减少并发症发生,加强院感管理,落实患者安全,减少不良事件,重视基础护理,全面提高护理质量。

第二节 内分泌科常见风险评估与防范

一、压疮的风险评估与防范

(一)压疮风险评估

1.评估工具

按照护理部统一下发的“压疮发生危险因素量化评估—Braden Scale 评分”表进行评估。

2.评估人群

入院实施统一评估,住院时对高危人群实施持续评估。

3.评估时间

(1)入院 2 小时内进行评估。

(2)当患者有特殊情况或病情变化时随时进行评估。

4.评估的频次

(1)>16 分:入院时评估一次。

(2)10~16 分:每天评估一次。

(3)≤9 分:班班评估。

5.签字说明

≤16 分:填写压疮风险教育知情书,家属签字;如评分无变化不需要家属每次签字。

6.其他

补充说明评分分值越低,患者器官功能越差,发生压疮的危险性越高。

(二)压疮防范措施

(1)告知患者及家属可能出现压疮的危险性,讲解注意事项。

(2)定时翻身更换体位,减轻皮肤受压,避免摩擦。

(3)使用气垫床、聚合脂垫、软枕、皮肤保护膜等工具。

(4)保持皮肤及床单位清洁、干燥。

(5)指导及协助患者移位时,避免牵拉及摩擦皮肤。

(6)指导患者及家属合理膳食,增强营养。

二、跌倒(坠床)的风险评估与防范

(一)跌倒(坠床)风险评估

1.评估工具

按照护理部统一下发的“Morse 跌倒危险因素评估量表”进行评估。

2. 评估人群

入院实施统一评估,住院时对高危人群实施持续评估。特别是对于年老体弱、有跌倒史、生活不能完全自理、不能正常行走、合作意愿差、神志不正常、视觉障碍、尿频尿急、腹泻、近期服用利尿药、降压药、降血糖药、镇静催眠药等任意一种情况的高危患者。

3. 首次评估

患者入院后 2 小时内完成评估。

4. 再次评估

(1) 高风险患者 45) 需每日白班进行再评估。

(2) 无风险及低风险患者(<45)每周进行一次再评估。

5. 有以下情况需再次评估

(1) 病情变化,如手术前后、疼痛、意识、活动、自我照护能力改变时。

(2) 适用影响意识、活动、易导致跌倒的药物。

(3) 转病区后。

(4) 发生跌倒事件后。

(5) 特殊检查治疗后。

(6) 自动列为高风险患者/患儿解除后。

6. 自动列为高风险患者包括

中深度镇静及手术后(局麻除外)的麻醉过程及复苏后 6 小时、产妇产后 24 小时、步态不稳、肢体无力、晚期妊娠、重度贫血、视物不清、意识障碍、头晕、眩晕、精神状态差。

7. 补充说明

表中未涉及的跌倒(坠床)危险因素及重点护理措施应记入护理记录。

(二) 跌倒(坠床)防范措施

(1) 保持地面无水渍、障碍物,病室及活动区域灯光充足。

(2) 悬挂预防跌倒标识,要求班班交接。

(3) 告知患者及家属可能导致跌倒原因,并采取相应防范措施,不允许具有跌倒风险的患者单独如厕。

(4) 患者日常用物放于可及处。

(5) 指导患者穿长短合适的衣裤及防滑鞋。

(6) 将呼叫器放于可及处,提醒患者下床时若有必要寻求帮助。

(7) 按照病情使用床挡和约束带。

(8) 依据风险程度,必要时专人陪住。

(9) 加强薄弱环节跌倒的预防(患者坐于床边时;行走时应用家具辅助时;患者转运至病床、陪护椅、轮椅、担架车及如厕时)。

(10) 指导患者一旦发生跌倒应如何进行自救及寻求帮助的方法。

三、管路滑脱的风险评估与防范

(一) 管路滑脱

主要是指胃管、尿管、微量泵管、引流管、胰岛素泵管、气管插管、中心静脉导管和 PICC 导管等管路的脱落。

(二) 护理人员应认真评估

患者意识状态及合作程度,确定患者是否存在管路滑脱的危险。

(三) 评估人群

留置胃管、胰岛素泵管、微量泵管、气管插管、引流管、中心静脉导管、尿管等患者。

(四) 评估时间

每班护士交接班均进行评估。对于老年人、婴幼儿、意识不清、情绪复杂、活动受限等患者需特殊关注。

(五) 对存在管路滑脱危险的患者,应给予相应的防范措施

- (1) 置管后,做好管路标识,穿刺处进行妥善固定。
- (2) 定时进行巡视,观察各种引流液的量、颜色、性质,确保管路连接紧密。
- (3) 告知患者要使管路保持功能位置,避免管路受压,翻身时避免牵拉。
- (4) 对于躁动患者,必要时在家属同意情况下采取适当的约束,并做好交接班。
- (5) 告知本人及家属,使其充分了解预防管路滑脱的重要性,进行管路相关的健康宣教,如遇管路不慎脱出,首先将管路反折等,取得患者及家属配合。
- (6) 加强巡视,随时了解患者情况及检查约束部位,并记好护理记录,根据情况安排家属陪伴。

(六) 如果患者发生管路滑脱,应按如下内容进行

- (1) 立即报告医生迅速采取措施,避免或减轻对患者身体的损害或将损害降至最低。
- (2) 按不良事件流程向上级及时汇报。
- (3) 组织科室人员认真讨论,探讨管路滑脱的原因,不断改进护理工作。

四、用药错误的风险评估与防范

(一) 用药差错

是指在药物治疗中由于工作疏忽或不能控制的因素引起非常规性的用药行为,导致患者不能达到预期结果或产生伤害性结果,用药差错通常包括用错患者、用错药物、用错剂量、给药途径错误及用错时间五个方面。

(二) 导致患者护理中发生用药错误的主要原因

- (1) 处方错误:2%~7%的医嘱处方错误可能导致药物不良反应。
- (2) 药物调配错误:包装外观相似的药品极易导致护士拿错药物。药品标签的浓度表示方法不当是剂量错误的原因之一,同种药物不同规格之间也常常引起用药剂量差错。
- (3) 给药错误:给药错误发生在给药的最后阶段,包括错误的患者、剂型、给药时间、输液速度、不合理的给药途径和方法以及用药遗漏等。包装相似、缺少给药知识和双人查对、不清楚

的字迹是发生这些错误的主要原因。

(4) 工作流程和环境的缺陷: 护士未执行双人核对制度、药物摆放的位置凌乱、新护士值班、工作过于繁忙、电话打扰等均可导致给药差错。

(5) 患者教育欠缺: 如果护士没有足够的时间和耐心教会患者如何用药, 则患者对药物储存条件、服用方法和时间、出现不良反应的对策、用药疗程等问题没有充分了解, 有的患者会自行中断用药, 还可能自行选购药品而导致不良反应。

(三) 预防患者用药错误的措施

降低用药差错的措施应针对整个给药过程, 该措施应包含医师、药剂师、护士。

在合理的给药过程中, 护士应注意以下几点:

(1) 双人核对: 护士在发药前再次进行双人核对能有效减少用药差错的发生。护士在首次用药前仔细核查医嘱, 保证所配置的药物与医嘱一致。一旦药物的标准浓度或剂量不能使用, 护士对其剂量的计算、给药速度等均应由两人进行核对。

(2) 设置专门的发药标识: 按药品不同类别设置药物标示, 发药护士应熟悉药物的药理作用。在发药前, 护士检查所调配的药品是否正确, 一旦有疑问, 应及时与药房取得联系。

(3) 熟悉患者药物治疗的预期结果、可能的药物相互作用。做到心中有数, 并给患者作好交待。

(4) 医嘱的转抄常常导致各类差错的发生, 故应使用计算机系统打印医嘱执行单, 避免不必要的抄写。护士要在确认医嘱清晰、明确、无疑问的情况下实施给药。

(5) 在每次给药前必须进行计算机扫码患者的手腕带, 以两种身份识别方法确认患者的身份, 给药后应观察患者用药后反应。

(6) 在其他环节无疑问的基础上, 还应按照规定的时间给药, 对于胰岛素类药品应根据药理作用准备食物, 确定给药的准确时间并记录给药情况。

(7) 遇到大剂量用药, 应核实医嘱, 必要时应与药剂师和医师协商处理。

(8) 所有使用给药装置的人员应该知道这些装置的使用方法, 以及这些装置可能带来的差错隐患, 以避免由于设计程序错误而导致输液浓度和速度发生偏差。

(9) 在首次给药前, 护士应该对患者或其家属进行解释说明, 通过交流确定他们了解所使用的各种药物的作用、特殊的预防措施及其用药观察的掌握程度。

(10) 一旦患者拒绝使用药物或对药物治疗有疑问时, 护士应该认真听取并答疑, 复查医嘱和所应用的药物, 以确保没有问题(如错误的患者、错误的给药途径、重复给药等)。如果患者拒绝接受药物治疗, 应将情况、结果记录在医疗文书中, 必要时让患者签字。

(11) 流程重建: 改善流程能改进对药物尤其是某些特殊药物的应用, 并能减少药物不良反应发生的可能。

(12) 定时进行护士查对制度及药物知识培训, 特别是新药、特殊药物及专科用药。

五、静脉输液外渗的风险评估与防范

(一) 静脉输液

是临床护理工作中最常见的一项操作技术, 静脉输液时药物外渗也是临床工作中经常遇

到的护理问题,当药物外渗时会引起局部组织疼痛、红肿,甚至于皮肤溃疡坏死,引发医疗护理纠纷,因此及时观察,早发现,早处理,避免给患者增加更多的痛苦,认真分析发生静脉输液外渗的原因,采取积极有效的预防和护理对策,具有重要意义。

(二) 静脉输液外渗的常见原因

1. 外力因素

多数患者由于大意,触碰针头或解手取物使针头滑脱造成外渗。

2. 患者因素

在输液过程中,小儿好动的天性使针尖容易滑出血管外,导致输液外渗。老年人血管壁增厚、变硬,管腔狭窄,血管弹性降低,脆性增加,易发生液体外渗;此外,由于老年人的机体逐渐衰老,滴速需减慢,往往由于时间较长而发生外渗。

3. 药物因素

输入药物浓度过高、输液速度过快、药物刺激性太大等,均可损伤血管壁使通透性增高而发生外渗。

4. 疾病因素

(1) 癌症是外渗的危险因素,这是因为癌症患者反复接受化疗,静脉脆弱,难以穿刺。

(2) 外周血管疾病如血管硬化,易发生外渗。

(3) 糖尿病患者由于糖、脂肪代谢障碍,血管硬化,也容易发生外渗。

(4) 静脉压增高的患者,全身静脉淤血,血液回流受阻,容易发生外渗。

5. 技术因素

(1) 没有经验,对血管不了解,局部解剖位置不清楚。

(2) 没有定时巡视静脉通道。

(3) 护理人员对药物的特性及使用方法缺乏了解。

(4) 用敷料覆盖穿刺部位,影响外渗的观察。

(5) 在远端小静脉用力推注药物。

(6) 同一部位多次穿刺。

6. 解剖部位

外周静脉较中心静脉容易发生外渗;静脉炎的血管,由于血管收缩,血管内压力增加容易发生外渗。关节、皮下组织少的部位由于活动度大易外渗,而且一旦外渗会造成严重损伤。

7. 护士心理素质原因

在医疗护理行业中,极为重视患者的心理护理而护士的心理因素常被忽视,护士的心理素质和工作情绪与静脉穿刺的成功率有密切的关系,患者对护士不信任,提出过高要求,给护士的心理造成压力,可能导致穿刺失败。

(三) 药物外渗的预防

1. 提高穿刺成功率

护士平时多加强基本功的训练,提高静脉穿刺的成功率,力求一针见血,穿刺时避开关节,

对于小儿及昏迷等不合作患者可局部肢体用夹板固定,加以观察。穿刺成功后要妥善固定好针头,采用保护性约束,有家属陪伴的教会家属正确的照顾方法,同一静脉尽量避免多次反复穿刺。国外已经应用先进的 Accuvein 静脉穿刺照明器(图 1-1)使静脉穿刺成功率由 45% 提升至 81%。



图 1-1 Accuvein 静脉穿刺照明器

2. 血管的选择

首先,应避开有炎症、硬结、瘢痕或皮肤病的部位进针。其次,评估静脉血管的弹性、粗细及位置,根据血管选择合适的头皮针。有计划地使用静脉,一般由远端到近端。如果需要长期输液,尽量使用留置针,使用留置针时选择直的血管,因留置针导管柔软,不宜损伤血管,轻微活动不会发生外渗,而且留置针一般可保留 72~96 小时,避免反复穿刺,注意保护血管。当输注高浓度的药物或对血管刺激性强的药物时,应选择粗而直的血管穿刺并交替使用静脉,切忌连续多次使用同一条血管,以保证其得以修复,根据治疗方案和病情必要时选用 PICC 导管及 CVC 导管。

3. 掌握药物的性能、特点及使用注意事项

注意输入药物的浓度及速度,持续输入多巴胺、间羟胺等刺激性药物时,应用留置针建立两条静脉通道,每隔 2~3h 交替使用,以免造成局部组织坏死,刺激性强的药物输液前必须以生理盐水建立静脉通路,观察 5~10min,确定静脉滴注通畅,再输注刺激性强的药物。在使用刺激性强的药物过程中,必须确保针头在血管内。根据治疗方案和病情必要时选用 PICC 导管及 CVC 导管。

4. 提高患者的预防意识

做好患者的健康宣教,交待使用留置针的好处、保护留置针的方法,输液过程中要向患者和家属说明药物外渗后导致的后果,输上液后交待注意事项,要求患者尽量减少活动,并指导自我观察,如果出现注射部位疼痛、肿胀,及时向护理人员报告。

5. 加强责任心、多巡视

特别是对危重患者,巡视时发现药物外渗,立即更换注射部位;要密切观察注射部位,要进行床头交接班。

6. 正确拔针和按压

输液完毕,关紧调节器,除去胶布,快速拔针,将针头拔出血管壁后再按压,用棉签沿血管方向按压针眼,直至不出血为止,一般时间为 3~5min,有凝血机制障碍者要延长按压时间,按压的力度要适中,切忌揉搓按压部位,减少局部淤血。

(四) 药物外渗的处理

1. 小范围外渗

(1) 外渗的药液对组织刺激性小、容易吸收的,可以先用冰敷或用 50% 的硫酸镁湿敷,肿胀很快就会消退。

(2) 输入的药液为血管活性药,局部肿胀虽不明显但发红、苍白、疼痛明显的,必须立即更换注射部位,局部可用 50% 的硫酸镁持续湿敷。

2. 大范围外渗

一般在药液外渗的 48h 内,应抬高受累部位,以促进局部外渗药物的吸收。用 50% 的硫酸镁持续湿敷,局部封闭,亦可用相对应的药物相拮抗,去甲肾上腺素等外渗可以用酚妥拉明、硝酸甘油、地塞米松局部封闭,钙剂可用 50% 硫酸镁、山莨菪碱湿敷,也可以用马铃薯、生姜外敷。

3. 化疗药物外渗

化疗药物外渗时应立即停止滴入,根据化疗药物选择封闭药品,防止局部肿痛、肿胀、坏死。

4. 药物外渗引起局部水疱

水疱小、未破溃的尽量不要刺破,可用聚维酮碘外涂;水疱大的碘伏消毒后用无菌注射器抽取水疱里的渗出液再用聚维酮碘外涂。

六、导管相关性尿路感染风险评估及预防

(一) 导管相关性尿路感染(catheter-associated urinary tract infection, CAUTI)

是指患者留置导尿管后,或者拔除导尿管 48 小时内发生的尿路感染,是医院感染中最常见的感染类型。导尿和留置导尿是临床护理最普通且最实用的一项操作方法,也是造成院内感染最常见原因之一。

(二) 导管相关性尿路感染的常见原因

(1) 导尿管置入方法。

(2) 留置导尿管持续时间,一旦临床情况缓解应立即拔出导尿管。

(3) 导尿管护理质量。

(4) 宿主的易感性(年老、体弱、产后)等因素。

(三) 预防导管相关性尿路感染的措施

1. 人员

(1) 只有掌握无菌插管正确技术和导管护理的人员才能操作。

(2) 定期对医院工作人员和护理导管的其他人员进行在职培训。