



教育部职业教育与成人教育司推荐教材
全国卫生职业院校规划教材

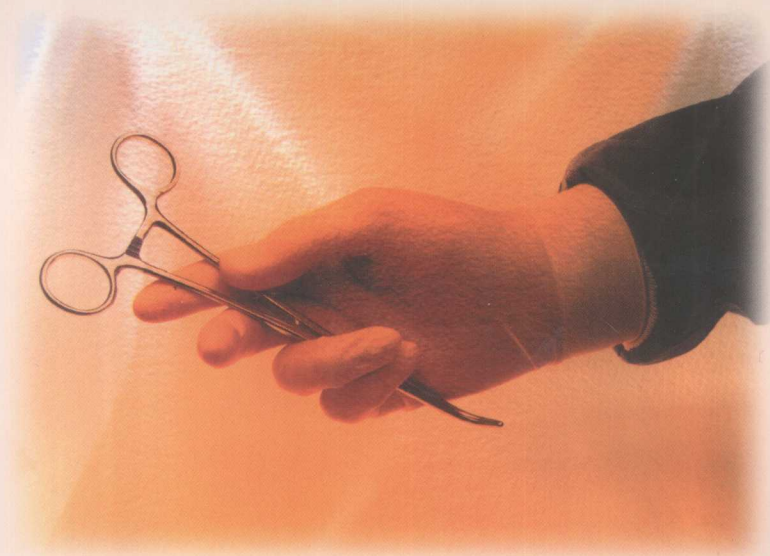
供中职护理、助产等专业使用



护理技术

(下册)
(第二版)

王冬梅 刁振明 主编



科学出版社
www.sciencep.com

教育部职业教育与成人教育司推荐教材
全国卫生职业院校规划教材

供中职护理、助产等相关医学专业使用

护理技术

(下册)

(第二版)

主 编 王冬梅 刁振明

副主编 宁桂英 张广萍

编 者(以姓氏笔画为序)

刁振明 (聊城职业技术学院)

王冬梅 (兴安职业技术学院)

宁桂英 (玉林市卫生学校)

李 敏 (沈阳医学院附属卫生学校)

余同衷 (惠州卫生学校)

余红梅 (襄樊职业技术学院)

张广萍 (惠州卫生学校)

林桂华 (兴安职业技术学院)

周晓冰 (兴安职业技术学院)

周红兵 (营口市卫生学校)

郝 萍 (新疆医科大学护理学院)

贺建丽 (吕梁市卫生学校)

贾丽萍 (太原市卫生学校)

崔 燕 (长治市卫生学校)

科学出版社

北 京

内 容 简 介

本书共分六章,内容包括内科常用护理技术,外科常用护理技术,妇产科常用护理技术,儿科常用护理技术,五官科常用护理技术和内镜常用护理技术。内容涵盖了中职护理岗位所必需的知识点。各项护理技术以护理程序为框架的模式进行编写。强化整体护理的思维方式。

本书供中职护理、助产等专业使用。

图书在版编目(CIP)数据

护理技术(下册)/王冬梅主编. —2版. —北京:科学出版社,2008
教育部职业教育与成人教育司推荐教材. 全国卫生职业院校规划教材
ISBN 978-7-03-020993-1

I. 护… II. 王… III. 护理学—专业学校—教材 IV. R472

中国版本图书馆CIP数据核字(2008)第011973号

责任编辑:夏 宇 魏雪峰 李 君/责任校对:张小霞

责任印制:刘士平/封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

双 青 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2004年8月第 一 版 开本:850×1168 1/16

2008年2月第 二 版 印张:10 3/4

2008年2月第八次印刷 字数:289 000

印数:32 001—42 000

定价:19.50 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈北燕〉)

第二版前言

本教材是教育部职业教育与成人教育司推荐教材及技能型紧缺人才培养培训教材之一,供三年制中职护理、助产等相关医学专业教学使用。

本教材是根据教育部护理专业的培养指导方案要求及护理教改的需要编写的。在教材的编写过程中,我们始终坚持和遵循现代职业教育的特点和“贴近学生、贴近岗位、贴近社会”的基本原则;遵循教改教材的科学性、思想性、适用性、实用性、可读性和创新性原则。即体现社会对卫生职业教育的需求和专业人才能力的要求;体现与学生的心理取向和知识、方法、情感、认知前提的有效连接;体现开放发展的观念及其专业思维、行为的方式。坚持以培养实用型人才为目标,将“以人为本,以病人为中心”的现代护理理念贯穿于教材编写的整个过程中,即在教学目标当中设置了态度目标,旨在注重培养学生良好的职业素质、较强的人际沟通能力和岗位适应能力。

本教材编写的宗旨是以培养实用型护理人才为目标;以培养学生良好职业素质为核心;在整体护理观念的指导下,使学生具有较强的实践技能、必要的专科护理基本知识,良好的工作态度,为护理对象提供优质的服务。

本教材共分六章,内容包括内科常用护理技术、外科常用护理技术、妇产科常用护理技术、儿科常用护理技术、五官科常用护理技术和内镜常用护理技术。内容涵盖了中职护理岗位群所必需的知识点。各项护理技术以护理程序为框架进行编写,强化整体护理的思维方式。每节列有学习目标、小结和目标检测,采用链接的方式介绍新知识、新观点和新方法,将医学相关理论知识与临床护理有机地结合起来,拓宽学生的知识面,提高学生的学习兴趣、注重评判性思维能力的培养。

本教材在第一版的基础上对教学内容、编排形式进行了重新设计、编写。在编写过程中得到“全国卫生职业教学新模式研究课题组”组长刘晨老师的指导及兴安职业技术学院、聊城职业技术学院、玉林市卫生学校、惠州卫生学校、襄樊职业技术学院、沈阳医学院附属卫生学校、营口市卫生学校、吕梁市卫生学校、新疆医科大学护理学院、太原市卫生学校、长治市卫生学校的大力支持,在此,一并表示衷心的感谢!

由于编者的水平、能力和经验有限,编写的时间仓促,不足之处在所难免,恳请各位专家、同行及使用本教材的师生给予指正。

编 者

2007年10月

第一版前言

本教材是根据教育部“技能型紧缺人才培养培训工程”护理专业的培养指导方案要求编写,坚持“贴近学生、贴近社会、贴近岗位”的基本原则,保证教材的科学性、思想性,同时体现实用性、可读性和创新性,即体现社会对卫生职业教育的需求和对专业人才能力的要求,体现与学生的心理取向和知识、方法、情感前提的有效连接,体现开放发展的观念及其专业的思维和行为方式,培养创新意识。

本教材的宗旨是提供教学内容的平台性模块,供中等卫生职业学校护理、助产专业的学生使用。以培养学生良好的职业素质为核心,培养实用型人才为目标,在整体护理观念的指导下,使学生具有较强的实践技能,必要的专科护理基本知识,并能运用所学知识和技能为护理对象服务。

全书共分为五章,内容包括:手术前后的护理技术;诊疗技术配合;妇科护理技术;新生儿护理技术;五官科护理技术。内容覆盖了中职护理岗位群所必需的知识点,力求反映护理学科的知识性、科学性、实用性。体现以目标要求教学为主要的教学模式,融入知识、技能、态度三项目标。在每个章节的内容之前列出相应的学习目标,这样做便于学生学习时明确目标、突出重点。学习内容之后有目标检测题,有助于学生自己及时测评,也可供教师考核时参照。

本教材在编写过程中承蒙山东省菏泽市卫生学校、山东省聊城职业技术学院、北京市中医院、北京市血液中心等老师的支持,并得到北京市护士学校刘晨老师和山东省菏泽市卫生学校单长清老师的亲自指导,在此深表谢意。

由于编者水平有限,编写时间较短,本教材尚有不少欠缺之处,恳请广大师生给予批评指导。

编 者

2004年5月

目 录

第1章 内科常用护理技术	(1)	第5节 阴道后穹隆穿刺术的配合与护理 ...	(93)
第1节 常用穿刺术的配合与护理	(1)	第6节 阴道镜检查术的配合与护理	(94)
第2节 中央静脉插管及中心静脉压测定的配合与护理	(10)	第7节 腹腔镜检查术的配合与护理	(95)
第3节 十二指肠引流术的护理	(13)	第8节 产前检查技术的配合与护理	(96)
第4节 双气囊三腔管压迫止血术的配合与护理	(14)	第9节 会阴切开缝合术的配合与护理 ...	(100)
第5节 心电图检查及心脏除颤技术与护理	(16)	第10节 胎头吸引术的配合与护理	(102)
第6节 血液透析	(22)	第11节 产钳术的配合与护理	(104)
第7节 腹膜透析	(26)	第4章 儿科常用护理技术	(109)
第8节 高压氧舱治疗	(29)	第1节 新生儿日常护理技术	(109)
第2章 外科常用护理技术	(35)	第2节 新生儿皮肤护理	(115)
第1节 手术室的护理工作	(35)	第3节 新生儿保暖箱的使用方法	(121)
第2节 手术区皮肤准备	(49)	第4节 新生儿蓝光治疗仪的使用方法 ...	(123)
第3节 外科一般换药法	(52)	第5节 小儿静脉采血法	(125)
第4节 缝合与拆线	(57)	第6节 小儿侧脑室穿刺术的配合及护理	(127)
第5节 包扎法	(60)	第5章 五官科常用护理技术	(132)
第6节 胃肠减压术的实施与护理	(65)	第1节 眼科护理技术	(132)
第7节 造口护理技术	(67)	第2节 耳、鼻、咽喉科护理技术	(142)
第8节 引流的护理技术	(70)	第6章 内镜常用护理技术	(152)
第9节 营养支持疗法的护理技术	(75)	第1节 纤维支气管镜检查术的配合及护理	(152)
第3章 妇产科常用护理技术	(87)	第2节 纤维胃、十二指肠镜检查术的配合及护理	(154)
第1节 会阴冲洗	(87)	第3节 纤维结肠镜检查术的配合及护理 ...	(156)
第2节 阴道灌洗术	(88)	参考文献	(160)
第3节 阴道及宫颈上药	(89)	《护理技术(下册)》教学基本要求	(161)
第4节 宫颈电熨与激光术的配合与护理 ...	(90)	目标检测选择题参考答案	(164)

第1章 内科常用护理技术

第1节 常用穿刺术的配合与护理



学习目标

1. 简述胸腔、腹腔、腰椎、骨髓穿刺的注意事项及护理要点
2. 能独立完成各种穿刺术前的物品准备
3. 能正确配合医生进行各种穿刺技术操作
4. 尊重、关心、体贴病人,动作轻柔,保证安全

一、胸腔穿刺术的配合与护理

胸腔穿刺术是用无菌胸腔穿刺针经皮肤刺入胸膜腔内,抽取胸腔积液或积气或行胸腔内给药的一项重要诊疗技术。

(一) 目的

- (1) 抽取胸腔积液送检,以明确胸水性质及细菌种类,协助诊断。
- (2) 排出胸腔积液或积气,减轻压迫症状,避免胸膜粘连增厚。
- (3) 胸腔内注射药物,进行治疗。

(二) 适应证

- (1) 胸腔积液性质不明者。
- (2) 胸腔大量积液或气胸者。

(3) 脓胸抽脓灌洗治疗或恶性胸腔积液,需胸腔内注入药物者。

(三) 禁忌证

出血性疾病及体质衰弱、病情危重,难于耐受操作者应慎用。

(四) 配合与护理

【评估】

- (1) 病人的病情、年龄、胸腔积液、积气的量等情况。
- (2) 病人对胸腔穿刺的认知水平、沟通能力、合作程度及心理反应等。
- (3) 病人胸腔穿刺部位皮肤情况,观察有无感染、瘢痕、皮肤病等。

【计划】

1. 用物准备 常规消毒治疗盘内盛:无菌胸腔穿刺包一个、无菌洞巾、无菌治疗巾、无菌手套、无菌试管、量杯、三通活栓、2%利多卡因溶液、0.1%肾上腺素溶液,必要时根据医嘱备抗生素或化疗药物;靠背椅等,必要时准备人工气胸抽气箱,酒精灯、火柴等。

2. 护理人员准备 衣帽整洁、洗手、戴口罩。

3. 环境准备 病室清洁、安静、温湿度适宜、酌情关闭门窗,适当遮挡病人。

【实施】

1. 胸腔穿刺术操作过程 配合及要点与说明见表 1-1。

表 1-1 胸腔穿刺术操作及要点

程序	操作步骤	要点与说明
准备	1. 护士洗手、戴口罩、备齐用物携至病人床旁	
核对	2. 核对病人的床号、姓名、确认病人	
解释	3. 向病人及家属解释穿刺的目的,以取得合作	减少恐惧,取得病人合作





程序	操作步骤	要点与说明
体位	4. 协助病人取坐位,面向椅背,两前臂置于椅背上前额伏于前臂上,也可使患侧臂上举抱头以增宽肋间隙;不能起床的危重病人,可取半坐卧位,患侧前臂上举抱于枕部,充分显露穿刺部位,使肋间隙增宽;抽气时可取坐位或半坐卧位,面向穿刺者	
定位	5. 穿刺部位应在胸部叩诊实音最明显处,包裹性积液者可结合X线或超声波检查来定位。一般胸腔积液的穿刺点取肩胛线第7~8肋间隙或腋中线第6~7肋间隙或腋前线第5肋间为穿刺点(图1-1)。胸腔积气者穿刺部位应选在叩诊鼓音处,通常取锁骨中线第2肋间隙进针。穿刺点用蘸甲紫的棉签在皮肤上标记	护士全程用止血钳固定穿刺针并嘱病人不能移动位置,勿深呼吸和咳嗽,防止穿刺针进入过深而损伤肺组织
操作	6. 消毒:协助医生常规消毒穿刺部位皮肤,消毒范围直径在15cm以上 7. 戴手套、铺洞巾:打开胸腔穿刺包,待医生戴好无菌手套铺上洞巾后,护士用胶布固定洞巾两上角,防止洞巾下滑 8. 麻醉:协助医生抽吸2%利多卡因溶液,在穿刺点沿肋骨上缘自皮肤至胸膜壁层进行局部浸润麻醉。同时与病人交流,以转移注意力,减轻疼痛 9. 协助穿刺抽液:术者以左手食指、中指固定穿刺部位皮肤,右手持穿刺针(针栓接有胶管并用血管钳夹紧或连接三通活栓转至与胸腔关闭处,以防空气进入胸腔),在局部麻醉部位沿肋骨上缘缓刺入胸腔。若使用针栓接有胶管的胸腔穿刺针,待医生将注射器与胶管连接后,护士松开血管钳并协助固定穿刺针,医生取液,待抽满时,护士夹紧胶管,医生取下注射器排液,再接上注射器,如此反复。若使用三通活栓,医生接上抽液注射器,转动三通活栓,使注射器与胸腔相通,并进行抽吸,抽液时护士用血管钳固定针头,液体抽满后,转动三通活栓,使注射器与外界相通,排出液体及时测量抽液量;给病人抽气时,护士应配合医生使用人工气胸抽气箱,同时测量胸腔压力 10. 需向胸腔内注射药物时,抽液后接上备好药液的注射器,抽胸液少许与药液混合后再注入,起到局部治疗的作用,以确保药液进入胸腔内 11. 术毕拔针包扎:术毕拔出穿刺针,针孔处用2%碘酊溶液消毒后覆盖无菌纱布,稍用压力压迫片刻,用纱布固定	避免液体抽完后,空气进入胸腔内 引流液可能是浆液性的、血样的或脓样的。放液过程中,若病人有面色苍白、盗汗、脉搏过速,应立即报告医生,停止引流
整理	12. 整理床单位、清理用物、协助病人采取平卧位或半坐卧位。对用物进行初步消毒处理,回护士站,洗手	穿刺后密切观察病人的生命体征及伤口是否有渗血,如病人有呼吸困难、剧烈疼痛、盗汗、咳血等反应,应立即通知医生处理
送检	13. 标本贴上标签后,及时送检	
记录	14. 记录抽出液体的颜色、性质、量及病人的反应	

2. 注意事项

(1) 穿刺前检查注射器有无漏气、穿刺针衔接是否紧密、严防空气进入胸腔而诱发气胸。

(2) 严格执行无菌技术操作,避免胸腔内继发感染。

(3) 维护病人的自尊,并注意保暖,避免受凉。

(4) 术中密切观察病人情况,注意询问病人有无异常的感觉,若病人有任何不适,应减慢抽吸或立即停止抽液。一旦发生“胸膜反应”(病人突然感觉头晕、心悸、冷汗、面色苍白、脉细、四肢发冷),立即停止抽液或抽气,协助病人平卧,必要时按医嘱皮下注射0.1%的肾上腺素溶液0.3~0.5ml,或进行其他对症处理。



图1-1 胸腔穿刺体位及穿刺

(5) 每次抽液、抽气不可过多、过快,诊断性抽液为50~100ml应盛入无菌标本容器中送检,如做细菌培养,应将无菌试管口及棉花塞经酒精灯火焰烧灼,防止胸液标本被污染;减压抽液,首次不超过600ml,以后每次不超



过 1000ml,以防纵隔复位太快,引起循环障碍;如为脓胸,每次尽量抽尽。疑为化脓性感染时,助手用无菌试管留取标本,行涂片革兰染色镜检、细菌培养及药敏试验。做细胞学检查至少需 100ml,并应立即送检,以免细胞自溶。

(6) 术后嘱病人平卧或半卧位休息。

(7) 观察病人呼吸、脉搏等情况,注意穿刺点有无渗血、渗液或气体逸出。

(8) 注入药物者,嘱病人转动体位,有利于药物在胸腔内混匀,并观察病人有无药物不良反应,如发热、胸痛等。

胸腔穿刺术的并发症和处理原则

胸腔穿刺术的并发症有血胸、气胸、穿刺口出血、胸壁蜂窝组织炎、脓胸、空气栓等。血胸多由于刺破肋间动、静脉所致。发现抽出血液应停止抽液,观察血压、脉搏、呼吸的变化。气胸可由导管未夹紧,漏入空气所致,不必处理。明显气胸多由于刺破脏层胸膜所致,可按气胸处理。穿刺口出血,可用消毒棉球按压止血。胸壁蜂窝组织炎及脓胸均为穿刺时消毒不严格引起细菌感染,需用抗生素治疗,大量脓胸应行闭式引流。空气栓少见,多见于人工气胸治疗时,病情危重,可引起死亡。



【评价】

(1) 治疗性沟通有效,关心体贴病人,病人能配合操作。

(2) 配合操作熟练,病人痛苦减轻,无不良反应。

(3) 术后病人体位舒适、安全。

(4) 严格遵守无菌技术操作原则,无继发感染。

【护理情景模拟】 郑宏伟,男,36岁,工人,急性浆液性纤维索性胸膜炎,需给予胸腔穿刺放液。

(1) 操作前解释

护士:郑师傅,您好!今天感觉怎么样?看起来您昨晚睡眠不是很好,是吗?现在医生准备给您做胸腔穿刺放出胸腔内的液体,抽过以后您就会舒服一些。

病人:是吗?把水抽出来后呼吸就能好多了吧?疼吗?

护士:请不要担心,穿刺之前会给您打麻药的,不会很痛的。请您配合。您需要小便吗?(递给病人便壶)

病人:是吗?谢谢!

(2) 操作中指导

护士:请您面向椅背坐好,两前臂置于椅背上,前额伏在前臂上,您做得很好,就是这样。请您不要紧张,现在给您消毒,是不是有点凉的感觉?

病人:没事儿。

护士:等一下穿刺时请您不要移动位置,也不要深呼吸和咳嗽,防止穿刺针进入过深而损伤肺组织,您听明白了吗?

病人:知道了,我会很好配合的,您放心吧。

护士:您配合的很好,穿刺已经成功了,现在正在放出胸腔内的液体。郑师傅,您感觉如何?(护士边观察边询问病人)如果有头晕、心悸等不舒服感觉请告诉我们,我们会及时给您处理的,请放心。

病人:没什么不舒服的,感觉轻松多了。

护士:那就好,有什么问题尽管告诉我,我会帮您的。

(3) 操作后嘱咐

护士:郑师傅,谢谢您的配合,胸水已抽完了,一次不能抽得太多,不然会不舒服的。现在用纱布给您包扎好了,请您平卧休息吧。您还有什么问题吗?

病人:没有。

护士:如您哪儿不舒服请按床头呼叫器,我们会及时来看您的,您就放心休息吧!

二、腹腔穿刺术的配合与护理

腹腔穿刺术是用无菌腹腔穿刺针经皮肤刺入腹腔引出腹水或注入药物的一项诊疗技术。

(一) 目的

协助诊断和治疗腹腔内疾病。

(二) 适应证

(1) 抽取腹腔积液作化验和病理检查,以协助诊断。

(2) 对大量腹水引起严重胸闷、气促、少尿者,适当放液以缓解症状。





(3) 腹腔内注射药物。如注射抗生素、化疗药物以协助治疗疾病。

(4) 进行诊断性穿刺,以明确腹腔内有无积液、积血。

(三) 禁忌证

- (1) 严重肠胀气、妊娠。
- (2) 因既往手术或炎症腹腔内有广泛粘连者。
- (3) 躁动、不能合作或肝性脑病先兆。
- (4) 粘连性腹膜炎、包虫病及卵巢囊肿者。

(四) 配合与护理

【评估】

- (1) 病人病情、年龄、腹胀、呼吸困难的程度及全身状况。
- (2) 病人对腹腔穿刺的认知水平、合作程

度及心理反应。

- (3) 病人穿刺部位皮肤的完整性。

【计划】

1. 用物准备 常规消毒治疗盘内盛:无菌腹腔穿刺包(腹腔穿刺针、5ml 和 50ml 注射器、7 号和 8 号针头、血管钳、洞巾、长乳胶管、纱布)、无菌手套、无菌试管;2% 利多卡因注射液、酒精灯、火柴、腹带、皮尺、盛液桶、大量杯、橡胶单、治疗巾、腹水回收者另备有关物品。

2. 护理人员准备 衣帽整洁、洗手,按无菌技术操作进行准备。

3. 环境准备 清洁、安静、日光充足、温度适宜。

【实施】

- 1. 腹腔穿刺术的操作过程** 要点与说明见表 1-2。

表 1-2 腹腔穿刺术操作及要点

程序	操作步骤	要点与说明
准备	1. 护士洗手、戴口罩,备齐用物携至床旁	穿刺前应依医嘱决定是否禁食
核对	2. 核对病人的床号、姓名,以确认病人	
解释	3. 解释穿刺目的及术中注意事项,以消除病人的顾虑,取得合作。嘱病人排空尿液,避免穿刺时误伤膀胱。穿刺前测量腹围、脉搏、血压和腹部体征,以观察病情变化	
体位	4. 协助病人采取舒适卧位,一般坐在靠背椅上(图 1-2),衰弱者可取平卧位、半坐卧位或左侧卧位	体位由医生评估腹水的部位,以操作方便及病人舒适为原则,必要时给以适当的支托。注意保暖及隐蔽性
操作	5. 暴露腹部,注意保暖。如放腹水者,其腹下部置橡胶单及治疗巾,水桶放于方便处盛接腹水	
	6. 确定穿刺点:穿刺点以叩浊部为准,一般取:①脐与髂前上棘连线的中、外 1/3 的交界点,此处可避开腹壁动脉,左右均可,通常取左侧。②坐位可取脐与耻骨联合连线的中点上方 1cm 稍偏右或偏左 1.0 ~ 1.5cm 处,此处无重要器官,且易愈合。③侧卧位病人可取脐的水平线与腋前线交叉点,此处常用于诊断性穿刺(图 1-3)。④积液量少或有包裹分隔时,须经 B 超检查定位	
	7. 消毒、麻醉:戴无菌手套、协助医生常规消毒,铺洞巾及以 2% 利多卡因溶液自皮肤至腹膜壁层做局部麻醉	注意严格执行无菌技术操作
	8. 穿刺:术者以左手固定穿刺部位皮肤,右手持连接胶管(用止血钳夹紧)腹穿针经麻醉处垂直(巨量腹水时应斜行)刺入腹壁,待针头抵抗感突然消失时,表示针头已穿过腹膜壁层,然后于针栓处接乳胶管,引腹水入容器中,若液体引流不畅时,可将穿刺针稍作移动或稍变换体位;作诊断性穿刺,可直接用 20ml 或 50ml 注射器及 7 号针头进行;如为腹腔内注药,抽到腹水后即可将药液注入腹腔。整个过程中,护士应用止血钳固定穿刺针,防止针头过深或脱出;大量放液后,则需自上而下束紧多头腹带,以防腹内压骤降,内脏血管扩张而引起虚脱或休克	大量放液中,应密切观察病人是否有休克或其他不适症状,若有应立即停止放液,并告知医生处理。通常放液一次以不超过 1000ml 为宜,若超过应让病人休息 5 ~ 10min 后再继续放液,可避免因腹水减少致腹压改变,引起体液快速移位,而产生低血溶性休克





续表

程序	操作步骤	要点与说明
	9. 穿刺处处理 放完液后拔出穿刺针,针孔处用2% 碘酊溶液消毒后覆盖无菌纱布,局部压片刻,再用胶布固定	注意有无渗液自穿刺孔流出。如已浸湿,应立即更换敷料,以防止感染发生
	10. 穿刺完毕再次为病人测量腹围,进行放液前、后的腹围比较,并用腹带进行腹部包扎	
	11. 协助病人穿衣并采取舒适的姿势,测量血压及脉搏	因腹水含有高浓度的蛋白质,故必要时可依医嘱输入低盐的白蛋白进行补充
整理	12. 整理用物后回护士站	
	13. 洗手并送出送检标本	
记录	14. 记录引流液的颜色、性质、量及病人反应等	



图 1-2 腹腔穿刺体位

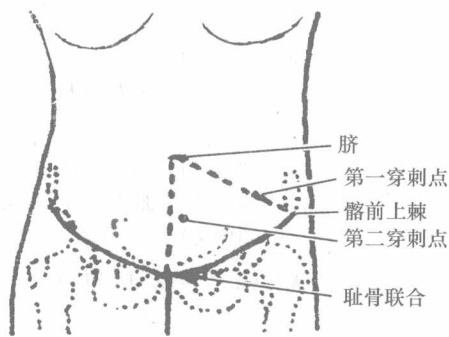


图 1-3 常用腹腔穿刺点

次放液量一般不超过 3000ml,过多放液可诱发肝性脑病和电解质紊乱。但在补充输注大量白蛋白的基础上,也可以大量放液。

(6) 穿刺点选择视病情而定。少量腹水行诊断性穿刺,应先让病人侧卧于拟穿刺处约 5min;急腹症时,穿刺点宜选择在压痛点及肌紧张最明显处。

(7) 术后嘱病人平卧 8 ~ 12h。并使穿刺点位于上方,以免腹水继续漏出。密切观察神志、血压、尿量、穿刺点有无渗液。如有腹水漏出时,可用蝶形胶布粘贴,及时更换浸湿的敷料、腹带,防止伤口感染。

【评价】

- (1) 治疗性沟通有效,病人能配合操作。
- (2) 操作熟练,病人无异常反应。
- (3) 术后病人体位舒适、安全。

腹水对脏器位置的影响

除腹膜外位器官和盆腔脏器官外,腹腔内大部分器官都有一定的活动性。在腹水的推移、“漂浮”作用下,腹膜内位器官(如空肠、回肠、横结肠、乙状结肠等)容易改变各自的位置。当穿刺放出大量腹水之后,腹腔压力骤降,腹壁松弛,被推移的脏器复位,或超复位而下降,结果牵拉系膜和神经血管,病人出现腹部不适。腹腔内压的突然下降,还可以使大量血液滞留于门静脉系统,回心血量减少,影响正常的循环功能,发生休克,甚至对肝硬化病人可诱发肝昏迷。所以,放腹水时要控制速度,以每小时 1000ml 左右为宜,不能过快。一次放出的腹水量不应超过 5000ml。在放腹水过程中最好一边放一边自上而下将腹带裹紧,避免上述并发症。为了注入气体增加腹压以治疗肺部疾患的腹腔穿刺,要掌握注气速度和注气量(一次注气量不超过 1500ml),逐渐调整腹压,以免引起病人恶心、呕吐等胃肠道的刺激症状。

2. 注意事项

- (1) 穿刺前后均测量腹围、脉搏、血压,检查腹部体征等,以便观察病情变化。
- (2) 维护病人自尊,注意保暖,避免受凉。
- (3) 严格无菌技术操作,防止腹腔内继发感染。
- (4) 术中密切观察病人的反应,如有头晕、出汗、心悸、面色苍白、脉搏增快、血压下降等现象,应停止操作并适当处理。
- (5) 放液不可过快、过多,肝硬化病人一





三、腰椎穿刺术的配合与护理

腰椎穿刺术是用无菌腰椎穿刺针通过腰椎间隙刺入脊髓蛛网膜下腔引出脑脊液或注入药物的一项诊疗技术。

(一) 目的

中枢神经系统疾病诊断、鉴别诊断与治疗。

(二) 适应证

- (1) 协助中枢神经系统疾病的病因诊断。
- (2) 鞘内药物注射,治疗中枢神经系统感染。
- (3) 恶性肿瘤,放出脑脊液,降低颅内压。
- (4) 供阻滞麻醉(简称腰麻)。

(三) 禁忌证

- (1) 颅内占位性病变,尤其是后颅窝占位性病变。
- (2) 脑疝或疑有脑疝者。
- (3) 腰椎穿刺处局部感染或脊柱病变。

(四) 配合与护理

【评估】

- (1) 病人病情、年龄、意识状态、生命体征等情况。
- (2) 病人对腰椎穿刺术的认知水平、沟通能力、合作程度及心理反应。
- (3) 病人穿刺部位皮肤完整性。

【计划】

1. 用物准备 常规消毒治疗盘内盛:腰椎穿刺包(腰椎穿刺针、5ml 和 50ml 注射器、试管、测压管及三通管、血管钳、洞巾、纱布等);2% 利多卡因注射液、无菌手套,根据需要备无菌培养瓶、酒精灯、注射药物等。

2. 护理人员准备 衣帽整洁、洗手,按无菌技术操作进行准备。

3. 环境准备 安静、清洁、温度适宜,酌情关闭门窗。

【实施】

1. 腰椎穿刺术操作过程 配合及要点与说明见表 1-3。

表 1-3 腰椎穿刺术操作及要点

程序	操作步骤	要点与说明
准备	1. 护士洗手、戴口罩,备齐用物携至床旁	
核对	2. 核对病人的床号、姓名,以确认病人	病人如有颅压增高,穿刺部位感染、不合作时,则不适合做此项检查
解释	3. 向病人及家属解释穿刺的目的,以取得有效合作;嘱病人排空膀胱。 用屏风遮挡	
体位	4. 帮助病人露出欲穿刺部位并安排适当的穿刺体位(图 1-4)	让病人侧躺,背部向外,两腿屈曲,大腿紧贴腹部,颈部稍向下弯曲,嘱其两手抱住两膝,形成虾米状的姿势
操作	5. 确定穿刺点:以髂后上棘连线与后正中线的交汇处为穿刺点,此处,相当于第 3~4 腰椎棘突间隙,有时也可在上一或下一腰椎间隙进行;小儿取第五腰椎棘突间隙。消毒、麻醉:协助医生消毒皮肤、戴无菌手套、铺洞巾、用 2% 利多卡因溶液自皮肤到椎间韧带做局部麻醉	一般穿刺部位为 L3~L4, L4~L5
	6. 穿刺:穿刺前检查穿刺针、测压管、注射器是否通畅,衔接是否紧密等;术者以左手拇指及示指固定穿刺部位皮肤,右手持穿刺针以垂直背部、针尖稍向头部的方向缓慢刺入,成人进针深度约为 4~6cm,小儿则为 2~4cm。当针头穿过韧带与硬脑膜时,有阻力突然消失落空感,表明已穿过硬脊膜(图 1-5)。此时,护士协助病人保持腰椎穿刺的正确体位,嘱病人勿移动身躯,以免发生断针、软组织损伤及术野被污染	穿刺后医生装上三路通活塞及利用压力棒测量脑脊液压力,正常压力为 80~180mmH ₂ O。 进行动力试验:测试脑脊液是否有阻塞,护理人员在病人颈静脉部位施以压力,正常时压力会上升。当压力放松时液柱又恢复至原来高度
	7. 测压:穿刺成功后,可将针芯慢慢拔出(严防脑脊液迅速流出,造成脑疝),如见脑脊液滴出,立即将针芯插回,如需测脑脊液压力,应嘱病人全身放松,然后协助术者接上测压管进行测压,询问病人的感受,鼓励病人继续配合。如颅内压不高,可拔出针芯放出脑脊液 2~5ml 送检,若需做细菌培养,应严格无菌操作,防止标本被污染。如压力明显增高,则针芯不宜完全拔出,使脑脊液缓慢滴出,以防脑疝形成	每支试管收集约 15 滴左右。随时观察穿刺部位是否疼痛、水肿或血肿 鼓励病人多摄入液体,以防穿刺后头痛



续表

程序	操作步骤	要点与说明
	8. 术毕将针芯插入,一同拔出穿刺针,穿刺处用2%碘酊溶液消毒并局部按压1~2min,覆盖无菌纱布,胶布固定,随时观察穿刺部位有无疼痛、水肿或出血	嘱病人平躺6~8h
整理	9. 整理床单位,清理用物,初步消毒处理,及时送检标本	
记录	10. 正确记录脑脊液的压力、颜色、性质、病人情况等	



图1-4 腰椎穿刺体位

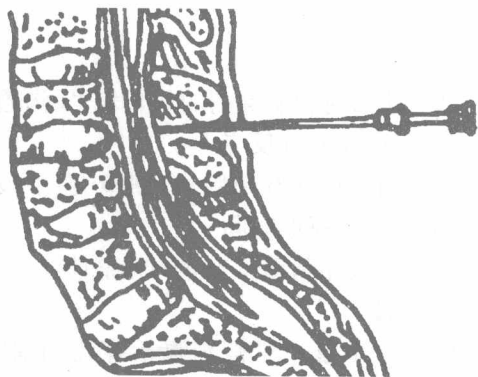


图1-5 腰椎穿刺进针

2. 注意事项

(1) 严格无菌技术操作,注意保暖,防止受凉,对躁动不安者,不宜强行腰椎穿刺。

(2) 协助病人保持腰椎穿刺体位时,动作应轻柔,勿过渡弯曲,以免影响病人呼吸。

(3) 鞘内给药时,应先放出等量脑脊液,然后再将等量置换性药液注入。

(4) 术中需密切观察病人生命体征、意识状况、瞳孔等变化。若出现意识障碍、剧

烈头痛、频繁呕吐、呼吸加深、血压升高、体温上升等脑疝前驱症状,应立即报告医生,并协助处理。

(5) 术后病人去枕平卧6~8h,最好24h内勿下床活动,并多进饮料,以防穿刺后发生头痛、恶心、呕吐、眩晕等症状。观察病人有无颅内低压或颅内高压症状。如出现头痛、呕吐或眩晕,可能为颅内压降低所致,应嘱病人多饮水或静脉滴注生理盐水,并延长卧床休息时间为24h。

动力试验

对疑有蛛网膜下腔阻塞者,可做动力试验(压颈试验),即于测定初压后,护士协助压迫病人一侧颈静脉10s后进行观察判断:①若压迫颈静脉后,脑脊液压力立即上升1倍左右,解除压迫后,在10~20s内迅速下降至原来水平,称为该侧动力试验阴性,表明蛛网膜下腔通畅。②若压迫颈静脉后,脑脊液压力不上升,则为动力试验阳性,表明蛛网膜下腔完全阻塞。③若压迫颈静脉后,脑脊液压力缓慢上升,解除压迫后又缓慢下降,该侧动力试验也称阳性,表明蛛网膜下腔有不完全阻塞。脑出血或颅内压明显增高时,禁做此试验。



【评价】

(1) 治疗性沟通有效、关心体贴病人,病人能配合操作。

(2) 术中及时观察病情变化,并能有效处理。

(3) 术后病人体位舒适、安全、无异常反应。



脑脊液测定及临床意义

项目	正常值	临床意义
压力	80 ~ 180mmH ₂ O	增高见于颅内病变,包括炎症、肿瘤、出血、脑血管疾病
外观	清晰、水样、无色透明	红色见于出血及脑出血;混浊为细菌感染引起细胞数增多所致;毛玻璃样见于结核性脑膜炎;脓样见于化脓性脑膜炎
蛋白定性	阴性	
蛋白定量	0.15 ~ 0.45g/L	增加见于脑膜或脑实质炎症、出血、肿瘤、白蛋白减少,球蛋白增多等
糖定性	阳性	
糖定量	2.5 ~ 4.5mmol/L	减少,见于化脓性脑膜炎、结核性脑膜炎及真菌性脑膜炎
氯化物	120 ~ 130mmol/L	减少,同上
细胞计数	0 ~ 8 × 10 ⁶ /L	淋巴细胞增多见于结核性、病毒性及真菌性脑膜炎;多形核细胞增多见于化脓性及流行性脑膜炎;单核细胞增多见于病毒性脑膜炎、结核性脑膜炎后期和髓肿瘤
细菌培养	阴性	找到致病菌可确定感染的病因



四、骨髓穿刺术的配合与护理

骨髓穿刺术是用无菌骨髓穿刺针经皮肤刺入骨髓腔以抽取骨髓液的一项诊疗技术。

(一) 目的

采集骨髓液进行细胞学、寄生虫或细菌学检查。

(二) 适应证

- (1) 抽取骨髓液做骨髓象检查,协助诊断血液病、传染病和寄生虫病。
- (2) 了解骨髓造血功能,作为化疗、放疗及应用免疫抑制剂时的参考。
- (3) 骨髓腔输液、输血、给药。
- (4) 骨髓移植。

(三) 禁忌证

血友病者禁做骨髓穿刺。有出血倾向患者,操作时应特别注意。

(四) 配合与护理

【评估】

- (1) 病人病情、年龄、意识状况、生命体

征等。

(2) 病人对骨髓穿刺的认知水平、沟通能力、合作程度及心理反应。

(3) 病人近期红细胞、白细胞、血小板计数、出血时间及凝血时间。

(4) 病人穿刺部位皮肤的完整性。

【计划】

1. 用物准备 常规消毒治疗盘内盛:无菌骨髓穿刺包内包:骨髓穿刺针(图1-6)、2ml和20ml注射器、7号针头、洞巾、纱布等;无菌手套、2%利多卡因注射液、干燥清洁的载玻片6~8张、推片1张、胶布、做细菌培养时另备细菌培养瓶、酒精灯、火柴等。

2. 护理人员准备 衣帽整洁、洗手、戴口罩,按无菌技术操作进行准备。

3. 环境准备 安静、清洁、室内温度适宜,适当遮挡病人,酌情关闭门窗。

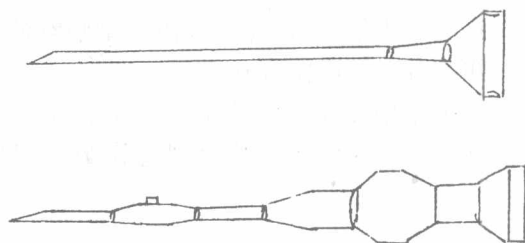


图1-6 骨髓穿刺针



心理指导

- (1) 向病人说明骨髓穿刺诊断的主要作用:骨髓是各类血细胞的“制造厂”,是人体内最大、最主要的造血组织。诊断血液病常需做骨穿。如白血病是造血系统疾病,其特征为白细胞在生长发育过程中的异常增生。常规的抽血化验只能反映外周血中细胞的变化,不能准确反映出造血系统的变化。抽取骨髓液做检查,既能诊断白血病又能区分其类型,为治疗提供相应的资料。
- (2) 消除病人思想顾虑,以取得合作。说明骨髓检查所抽取的骨髓是极少量的,一般约 0.2g,而人体正常骨髓量平均约为 2600g。身体内每天要再生大量的血细胞,因此,骨穿对身体没有影响。
- (3) 骨穿操作简单,先行局部消毒、麻醉,然后将穿刺针刺入骨髓,在骨髓抽取的瞬间稍有酸痛感外,基本上感觉不到疼痛。骨髓抽出后,病人可以马上起床活动。



【实施】

说明见表 1-4。

1. 骨髓穿刺术操作过程 配合及要点与

表 1-4 骨髓穿刺术操作及要点

程序	操作步骤	要点与说明
准备	1. 护士洗手,戴口罩,备齐用物携至床旁	确定病人无血友病及凝血功能障碍
核对	2. 核对病人床号、姓名,以确认病人	
解释	3. 向病人及家属解释穿刺目的及方法,以取得合作	减少恐惧,取得病人合作
体位	4. 协助病人取合适的体位	
操作	5. 确定穿刺点(图 1-7,图 1-8)	
	6. 协助医生消毒、戴无菌手套、铺洞巾,用 2% 利多卡因注射液做局部皮肤、皮下及骨膜麻醉	若病人情绪不安,可以用手帕或纱布盖住双眼,以免看到穿刺针害怕
	7. 检查骨髓穿刺针是否完好后穿刺进针:将骨髓穿刺针的固定器固定在距针尖 1.0~1.5cm 处,用左手拇指和食指固定穿刺部位皮肤,以右手持针向骨面垂直刺入,若为胸骨穿刺则应与骨面成 30°~40°角刺入。当针尖接触骨质后,则沿穿刺针的针体长轴左右旋转穿刺针,并向前推进,缓缓刺入骨质,当感到阻力消失,且穿刺针已固定在骨内时,表示已进入骨髓腔。若穿刺针未固定,则应再钻入少许达到能固定为止	穿刺过程中,护士嘱病人保持固定姿势勿翻动,并注意观察病人术中的反应,鼓励病人继续配合
	8. 抽取骨髓液:拔出针芯,接上干燥的 20ml 注射器,用适当的力量抽吸骨髓液。骨髓吸取量以 0.1~0.2ml 为宜,若用力过猛或抽取过多,会使骨髓液稀释。如做培养,应在配合医生留取骨髓液计数和涂片标本后,再抽取约 1~2ml 作培养,注意无菌操作。若未能抽取骨髓液,则可能是针腔被组织块堵塞或“干抽”,此时应重新插上针芯,稍加旋转穿刺针或再刺入少许。拔出针芯,如果针芯带有血迹,再次抽取即可得红色骨髓液	若穿刺针确在骨髓腔内,抽吸时病人感到一种尖锐酸痛,随即有少量红色骨髓液进入注射器中
	9. 加压、固定、拔针:取出骨髓标本后,重新插入针芯。左手取无菌纱布置于穿刺处,右手拔出穿刺针,协助医生消毒穿刺部位皮肤,覆盖无菌纱布,局部加压 1~2min 后,用胶布加压固定	观察穿刺部位是否出血或血肿
	10. 整理病床单位,清理用物,回护士站,初步消毒处理,洗手,及时送检标本	
	11. 记录抽取骨髓的量、颜色、性质与黏稠度	
整理		
记录		

不同部位骨髓穿刺的适合体位及穿刺点

① 髂前上棘穿刺时,协助病人取仰卧位,穿刺点位于髂前上棘后 1~2cm 处,此部位骨面较平坦,易于固定,操作方便,无危险性。② 胸骨穿刺时,协助病人用枕头垫于病人背后,促使胸骨稍挺出。穿刺点在胸骨柄、胸骨体相当于第 1、2 肋间隙的部位。胸骨较薄(约 1cm),胸骨后为心房和大血管,严防穿透胸骨发生意外。但由于胸骨骨髓液含量丰富,当其他部位穿刺失败时,仍需做胸骨穿刺。③ 髂后上棘穿刺时,协助病人取侧卧位或俯卧位,侧卧时上腿向胸部弯曲,下腿伸直,使穿刺点突出于臀部之上。穿刺点位于第五腰椎水平旁开 3cm 左右。④ 腰椎棘突穿刺时,协助病人取坐位或侧卧位,取坐位时嘱病人尽量弯腰,头俯屈于胸前,使背部后突,棘突充分暴露;取侧卧位时的姿势同腰椎穿刺的侧卧位姿势,穿刺点位于腰椎棘突突出处。⑤ 小儿胫骨粗隆穿刺时,协助患儿取仰卧位,穿刺侧下肢略屈曲,膝下垫一软枕。





图 1-7 髂前上棘穿刺点

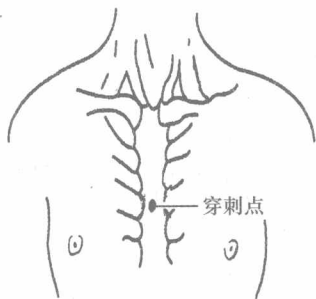


图 1-8 胸骨穿刺点

2. 注意事项

(1) 严格无菌技术操作,以防引起骨髓内感染。注意保暖,防止受凉。

(2) 骨髓穿刺针与注射器必须干燥,以防发生溶血。

(3) 骨髓液中含有大量的幼稚细胞,极易发生凝固。因此,抽取后立即涂片。

(4) 送检骨髓液涂片时,应同时附送 2~3 张血涂片。

(5) 术中注意观察病人面色、脉搏变化,如发现精神紧张、大汗淋漓、虚脱等现象时,应立即报告医生,并配合处理。

(6) 术后嘱病人静卧休息 4h。24h 内禁止沐浴,保持局部干燥,以防穿刺部位感染。注意观察穿刺部位有无出血、血肿。若局部出现触痛和发红,疑为感染征象,应报告医生,及时处理。

【评价】

(1) 治疗性沟通有效、病人配合良好。

(2) 术中操作规范、熟练,及时观察病情变化,并能有效处理。

(3) 术后病人体位舒适、安全、无并发症发生。

(4) 无菌观念强,未发生继发感染。

胸腔穿刺术、腹腔穿刺术、腰椎穿刺术、骨髓穿刺术是临床常用的穿刺技术,对疾病的诊断和治疗起到重要的作用。护士应熟悉各种穿刺术的操作过程,并能正确进行术前的准备、术中的配合与观察、术后的护理与指导等工作。为病人提供生理、心理等方面的人性化的整体护理。

小结



第 2 节 中央静脉插管及中心静脉压测定的配合与护理



学习目标

1. 说出中心静脉压测定的目的及适应证
2. 能正确配合医生进行中央静脉导管的插入及中心静脉压的测定
3. 尊重、关心、体贴病人,动作轻稳、确保安全

中心静脉压(CVP)是指血液流经右心房及上、下腔静脉时对右心房及上下腔静脉产生的侧压力。

(一) 目的

(1) 持续监测右心房压力,显示右心功能。

(2) 显示体液是否适宜,作为给予输液量的参考。

(3) 作为给药及非肠道营养补给的通道。

(二) 适应证

(1) 急性心力衰竭;危重病人或体外循环手术时。

(2) 大量输液、输血或心脏病病人输液时;

(3) 休克时,用于鉴别低血容量性休克与心源性休克。

(4) 少尿或无尿时,用于鉴别肾性少尿与低血容量性少尿。

(5) 需要中央导管给药或通过非肠道给予营养时。





中心静脉压(CVP)的正常值及生理意义

CVP的正常值为4~12cmH₂O。降低与增高均有重要临床意义。CVP<4cmH₂O表示血容量不足,应迅速补充血容量。若休克病人补充血容量后病情未好转,而CVP>10cmH₂O,则表示有心力衰竭的可能,应控制输液速度、输液量或采取其他相应措施。CVP>15~20cmH₂O(1.47 kPa)表示有明显的心力衰竭,且有发生肺水肿的危险,应暂停输液或严格控制输液速度,并给予快速洋地黄制剂和利尿药或血管扩张剂。少数重症感染病人虽CVP<10cmH₂O,也有发生肺水肿者,应予注意。如有明显腹胀、肠梗阻、腹内巨大肿瘤或腹部大手术时,利用股静脉插管测量CVP可高达25cmH₂O以上。不能代表真正的CVP。



(三) 配合与护理

【评估】

(1) 病人的病情、年龄、意识状况、生命体征等。

(2) 病人对中央静脉插管及中心静脉压测定的认知水平、合作程度及心理反应。

(3) 病人静脉穿刺部位皮肤的完整性及静脉情况。

【计划】

1. 用物准备 经常规消毒的治疗盘内盛:无菌中央静脉穿刺包或中心静脉压测定包

(带刻度的玻璃测压管、三通器或“Y”形管、延长管、套管针、5ml和20ml注射器),颈外静脉输液用物。

2. 护理人员准备 衣帽整洁、洗手、戴口罩,按无菌技术操作进行准备。

3. 环境准备 安静、清洁、光线充足、温度适宜。

中央静脉导管的分类

根据置管形式不同,可将中央静脉导管粗略分为以下4类:

(1) 无隧道式:指导管直接由锁骨下静脉、颈静脉插入上腔静脉并原位固定。如锁骨下静脉置管。

(2) 隧道式:指导管前端在上腔静脉,后半部分在胸壁皮下潜行。如带涤纶套的导管。

(3) 输液港:基本操作同隧道式,不同之处在于需用手术方法将输液港放在前胸或腹部的皮下,应用时将针头刺入输液港,建立中央静脉输液通道。

(4) 经外周静脉置入中央静脉导管(PICC):多由上臂头静脉、贵要静脉等将很细的导管插入中央静脉。导管很细,但强度很好,可以在体内保存1~2年,适用于长期中央静脉输液。



【实施】

1. 中央静脉导管插入及中心静脉压测定
操作过程 配合及要点与说明见表1-5。

表1-5 中央静脉导管插入及中心静脉压测定操作及要点

程序	操作步骤	要点与说明
准备	1. 护士洗手、戴口罩,备齐用物携至床旁	
核对	2. 核对病人床号、姓名,以确认病人	尊重、关心、体贴病人
解释	3. 向病人及家属解释插管的目的及方法,以消除顾虑,取得合作,嘱病人排尿	
体位	4. 协助病人取去枕仰卧位,露出穿刺部位	使下肢静脉血向头胸部集中,使中央静脉扩张,一方面利于医生穿刺,一方面预防穿刺时不慎引起气体栓塞症
操作	5. 选好插管部位,协助医生常规消毒皮肤,铺无菌洞巾	
	6. 协助医生局部麻醉后静脉插管:静脉穿刺插管多选择右侧颈外静脉或锁骨下静脉,导管插入约12~15cm至上腔静脉,连接三通器或“Y”形管、输液管、测压管,开通输液,并妥善固定静脉导管。也可经股静脉(35~45cm)穿刺至下腔静脉	插管时应教病人闭气以减少空气进入气管的机会
	7. 将测压管零点调到右心房水平,刻度管的零点与病人仰卧时的腋中线平齐。体位有变动则随时调整(图1-9)	预防中央静脉导管脱落
	8. 测压时先关闭输液导管,让液体进入测压管内,当液面上升至一定高度时(约30cm),转动三通开关,使测压管与静脉管相通;测压管内液体迅速下降,至一定水平不再下降时,液平面的读数即为中心静脉压(中心静脉压也可用床边监护仪作持续监测,操作时将测压管道系统与监护仪相连即可测压)	预防感染 一般认为上腔静脉压较下腔静脉更精确。当腹内压增高等情况下,下腔静脉容易受到影响不够可靠,故应选上腔静脉测压

