



● 朱自握 编写
● 邱治民 审阅

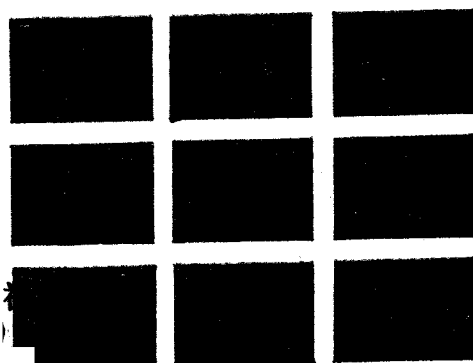
常用 诊疗护理操作技巧

福建科学技术出版社

常用 诊疗护理操作技巧

朱自握 编写

邱治民 审阅



版

常用诊疗护理操作技巧

朱自握 编写 邱治民 审阅

*

福建科学技术出版社出版

(福州得贵巷27号)

福建省新华书店发行

福建新华印刷厂印刷

开本787×1092毫米 1/32 6印张 2插页 123千字

1986年11月第1版

1986年11月第1次印刷

印数: 1—10,300

书号: 14211·137 定价: 1.00元

序

朱自握同志捧着书稿来请我审阅时，我自知水平有限、学识浅陋，不敢贸然从命；经过思量和仔细阅读文稿，被作者的诚意以及书稿内容科学性强、取材适当、文笔严谨流畅、插图生动鲜明、适于自学等优点所感动，特别感到这就是我所想到的重要的教材建设工作，于是欣然答应作为该书的审阅者。遂与作者一道，反复推敲琢磨、修改补充，力求言简意赅，以飨读者。

《常用诊疗护理操作技巧》一书，对护士、护师和医士的学习，无疑是一本好教材，对护理专业教师和住院医师，是一本好参考书。一般诊疗护理操作，表面看来似乎容易掌握，如果能从医学基础理论来阐明，“知其然而知其所以然”，操作起来可以得心应手、妙手回春。这就是“操作技巧”之所在。该书将有助于读者掌握这方面的基础理论。

该书现在共只收入五十项常用诊疗护理技术。当前科学技术日新月异，要求科学技术知识处于不断脱毛状态，不适于飞翔的羽毛从翅膀上脱落下来，而代之以新的羽毛，这样飞起来就更有力量更轻快。该书问世后，经过实践考验，如果确为社会所接受，应该充实更新，长出新的羽毛，更上一层楼。

邱治民谨识

1986年劳动节

前 言

诊疗护理技术操作的成败，往往与术者所掌握的各种基础医学知识(尤其是解剖生理知识)的程度有直接关系。编者正是针对这个问题，把临床常用的50项诊疗护理技术从解剖(生理)的角度入手，密切结合临床实际，着重描述了每项操作所涉及的解剖学要点、操作过程中容易发生的技术失误及其预防对策、处理措施，为医护人员掌握临床各种诊疗护理操作的技巧，提供了一把钥匙。

为了便于读者理解、掌握，编者根据文字内容，相应编绘了百余幅技术插图，力求图文并茂，使该书具有简明易懂、易于掌握的特点，可供广大护理人员、临床各科医师参阅。

在编写过程中，承蒙福建医学院解剖学邱治民教授精心指导与审阅，中国人民解放军全军护理专业组副组长、南京军区福州军医学校护理教研室主任顾志萍对书稿提出了许多宝贵意见，潘石钢同志精心绘制插图，在此一并致以衷心感谢。

限于编者水平，书中疏漏、错误之处在所难免，敬请读者批评、指正。

编 者

1986年4月于福州军医学校

目 录

- (1) | 皮内注射术
- (2) | 皮下注射术
- (4) | 肌肉注射术

- (9) | 鼻饲术
- (18) | 洗胃术
- (21) | 双囊三腔管压迫止血法
- (25) | 十二指肠引流术
- (28) | 灌肠术
- (35) | 结肠透析术
- (38) | 腹膜炎病员的体位
- (41) | 腹膜腔穿刺术
- (46) | 腹膜透析术

- (51) | 环甲膜切开术
- (52) | 气管切开术
- (57) | 吸痰法
- (59) | 肺段支气管体位引流法
- (63) | 胸膜腔穿刺术
- (70) | 人工呼吸术

- (74) | 胸外心脏按摩术
- (78) | 心内注射术

- | | |
|-------|-----------------|
| (79) | 浅静脉穿刺术 |
| (84) | 颈外静脉穿刺术 |
| (85) | 颈内静脉穿刺 (插管) 术 |
| (87) | 锁骨下静脉穿刺 (插管) 术 |
| (90) | 小儿头皮静脉穿刺术 |
| (92) | 中心静脉压测定术 |
| (96) | 股动脉穿刺 (注射) 术 |
| (99) | 股静脉穿刺术 |
| (100) | 大隐静脉切开 (插管) 术 |
| (103) | 桡动脉切开术 |
| | |
| (105) | 导尿术 |
| (109) | 耻骨上膀胱穿刺术 |
| (112) | 膀胱冲洗排尿术 |
| (113) | 肾周围脂肪囊 (肾囊) 封闭术 |
| (119) | 阴道后穹窿穿刺术 |
| | |
| (123) | 上颌窦穿刺冲洗术 |
| (127) | 耳镜检查术 |
| (131) | 外耳道冲洗术 |
| (132) | 鼓膜穿刺术 |
| (136) | 鼓膜切开术 |
| (138) | 咽鼓管吹张术 |
| (141) | 眼压测量法 |
| (147) | 球结膜下注射术 |
| (151) | 泪道冲洗术 |

(154) | 球后注射术

(157) | 指压止血法

(164) | 骨折急救法

(167) | 搬运伤员法

(174) | 烧伤面积和深度的估计

(179) | 断肢（指）再植术后护理

皮 内 注 射 术

皮内注射是将小剂量药液注入真皮与表皮之间的一种诊疗操作技术，常用于各种药物敏感试验及某些预防接种等。

解剖要点

皮内即皮肤组织结构的表皮与真皮之间。表皮是皮肤的表层部分，为复层扁平上皮，其厚薄因体表部位而异，一般厚度为0.07~0.12毫米，手掌及足底最厚，为0.8~1.4毫米，身体的其余部分较薄。表皮内无血管和淋巴管，其营养靠真皮内的组织液渗透到细胞之间的空隙。表皮内含有许多游离神经末梢，所以皮内注射常较皮下注射为痛。

参阅“烧伤面积和深度的估计”。

操作要领

1. 注射部位：常选在前臂掌侧中、下部分（图1）。因该处皮肤较薄，易于注射，且皮肤颜色较浅，便于观察注射后的局部反应。预防接种，如接种卡介苗等，则常在三角肌下缘处作皮内注射。

2. 通常用酒精消毒注射点皮肤，勿用碘酒消毒，以免影响观察局部反应。

3. 左手托持病员前臂，使掌侧向上，绷紧注射部位的皮肤，右手持注射器，针头斜面向上，与皮肤呈10~15°角刺入皮肤后微向上挑，轻轻将针尖斜面刺入皮内，注入药液。一般注射量为0.1毫升，局部即可出现圆形隆起之皮丘。

4. 推药完毕，迅速拔出针头，勿按压注射处，以免影响试验结果的观察，只可用无菌干棉球轻轻擦去针眼处余下的药液。

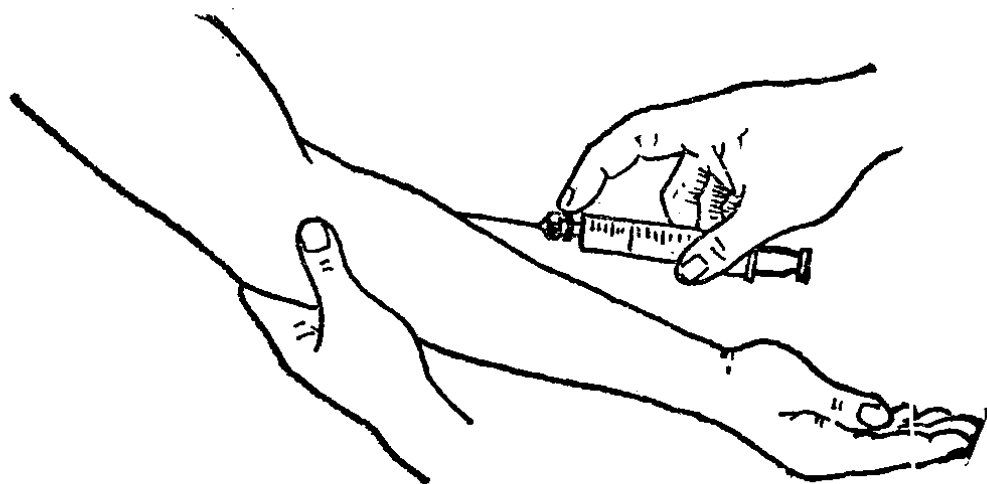


图1 皮内注射部位

注意事项

1. 针头刺入不可过深，以免刺入皮下；但也不可太浅，若刺入太浅而使针尖斜面部分露出于皮外，则药液外流，影响剂量的准确性。注药时局部皮肤发白，毛孔显示清楚，表示针头刺入皮内深浅适宜。

2. 注入药量要准确。

3. 注意观察局部皮肤颜色的改变。

皮下注射术

皮下注射是将不宜或不能口服而且要求较迅速发生药效的药物注入皮下。此外，各种疫苗及菌苗的预防接种，也常采用此术。

解剖要点

皮下组织即浅筋膜，位于真皮的深面，由疏松结缔组织构成，其中含有大量脂肪组织、血管和淋巴管。此层还含有感受压觉的神经末梢——环层小体。皮下组织为连接皮肤与肌肉之间的组织，其厚薄程度取决于脂肪组织含量的多少，随年龄、性别及身体部位而有差异。皮下注射即注入此层内。

参阅“烧伤面积和深度的估计”。

操作要领

1. 注射部位一般以上臂三角肌附着处（图2）或大腿外侧面为宜。

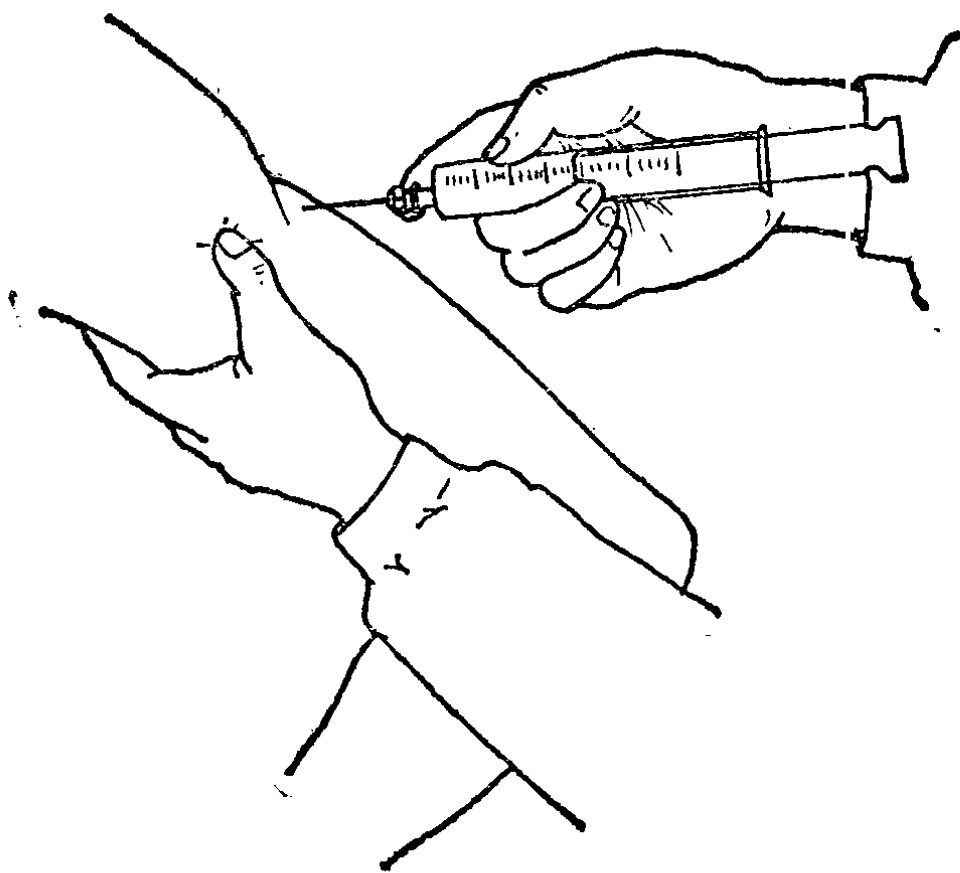


图2 皮下注射部位

2. 用碘酒、酒精消毒局部皮肤。

3. 左手绷紧皮肤，右手持注射器，食指固定针座，使针头与皮肤呈 $30\sim 40^\circ$ 角。针尖斜面朝上，迅速刺入皮下1.5~2厘米，抽吸无回血，即可推药。

4. 推药完毕，迅速拔出针头，用无菌棉球压迫片刻。

注意事项

1. 持针时应避免手指污染针体。

2. 针头刺入的方向不应超过 45° 角，以避免刺入肌层。

3. 注射后，局部微显隆起，但肤色不变。

肌肉注射术

肌肉注射常选择肌肉较厚且无重要神经、血管干经过的部位，如臀肌注射区、肩部三角肌注射区及股外侧肌注射区等。

解剖要点

臀部：

臀部的上界为髂嵴，下界为臀股皱襞，内界为骶尾骨，外界为自髂前上棘至股骨大转子的连线。

臀部的皮肤较厚，富有皮脂腺和汗腺，皮下脂肪很发达。深筋膜分深浅两层，并将臀大肌包被。臀大肌略呈四边形，大而厚，为覆盖臀区血管、神经的肌肉，其深面还有臀中肌、臀小肌、梨状肌、闭孔内肌和股方肌等。

臀部的血管和神经均来自盆腔，经过梨状肌上、下孔至臀部。臀上神经和臀上动、静脉经梨状肌上孔出盆，臀上神经支配臀中肌、臀小肌和阔筋膜张肌，血管分布于所有臀

肌；臀下神经和臀下动、静脉自梨状肌下孔出盆，臀下神经支配臀大肌，血管分布于臀大肌等；臀下血管和神经的内侧有阴部内动、静脉和阴部神经，由梨状肌下孔出盆，分布于会阴和外生殖器；臀下神经和血管的外侧则有坐骨神经和股后皮神经，穿梨状肌下孔出盆。

坐骨神经为体内最大的神经，出梨状肌下孔后，经坐骨结节与股骨大转子之间的中点稍内侧下行至股部；一般在腘窝上角分为胫神经和腓总神经。少数人坐骨神经的腓侧半可从梨状肌上孔或经梨状肌纤维间出骨盆。

血管、神经周围的疏松结缔组织很丰富，如发生感染，因有丰满的臀肌及坚强的筋膜覆盖，体征常不明显，脓液可沿血管、神经束向周围扩散至盆腔、股部或坐骨直肠窝。

臀部血管、神经的投影：自髂后上棘至股骨大转子尖部所作连线的上、中 $1/3$ 交界点为臀上血管、神经的投影；从髂后上棘至坐骨结节作一连线，其中部为臀下血管、神经的投影，其中、下 $1/3$ 交界处为坐骨神经的出骨盆处（图 3）。臀部作肌肉注射时，常在髂后上棘与股骨大转子尖连线的外上方进行，以免伤及血管和神经。

三角肌区：

三角肌区位于肩部，该区皮肤较厚，且与疏松的皮下组织紧密相连。三角肌是一肥厚粗大的肌，覆盖在肩关节的前、外、后三面，使肩呈圆弧形隆起。它起自锁骨的外侧段、肩峰和肩胛冈，纤维向下聚集成三角形，止端以腱附着于肱骨体外侧面的三角肌粗隆。在三角肌的深面，三角肌与肱骨大结节之间，有三角肌下滑液囊。

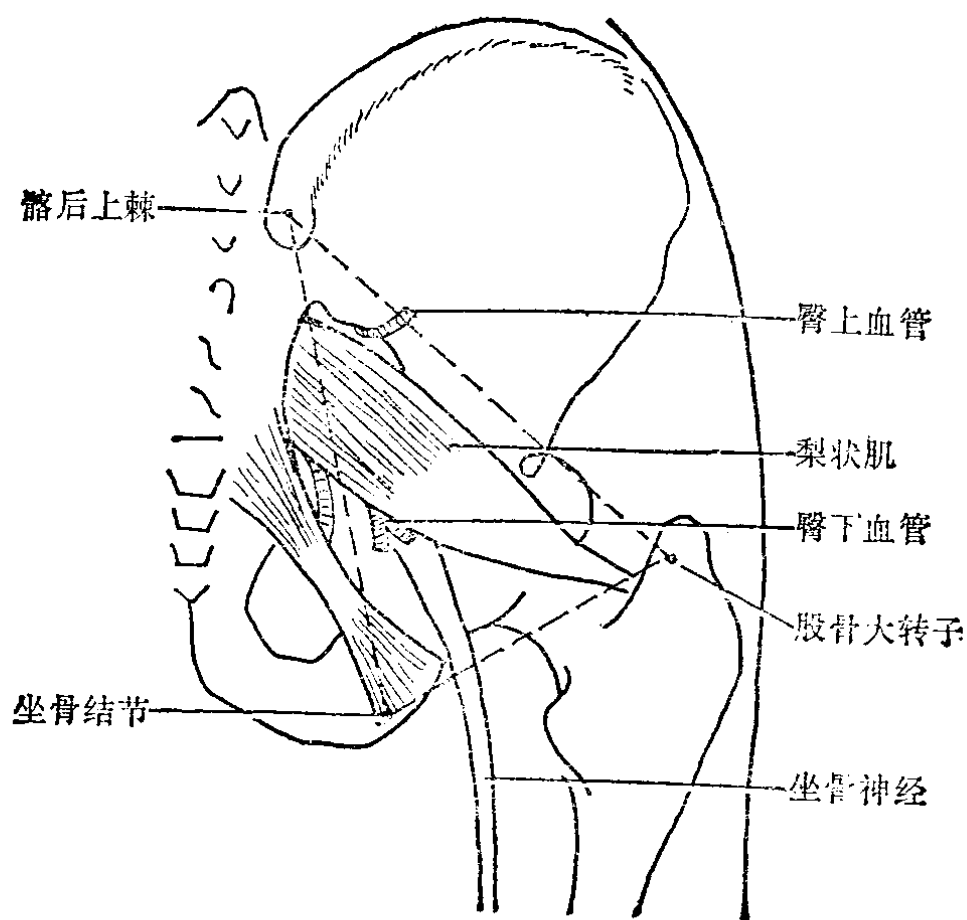


图3 臀部血管神经的体表投影

在三角肌的深面，有旋肱前、后血管和腋神经分布，此外没有其它较大的血管和神经，所以在此处注射也较为安全，但因肌肉分布较臀部薄，故只能作小剂量注射。

下面仅介绍臀部肌肉注射。

操作要领

1. 选准注射点，以骶尖引一水平线，再沿臀部正中作一垂直线，两线十字交叉的外上象限处即为注射区（图4）。此处无大的血管、神经经过，而且肌肉丰厚，利于药物吸收。

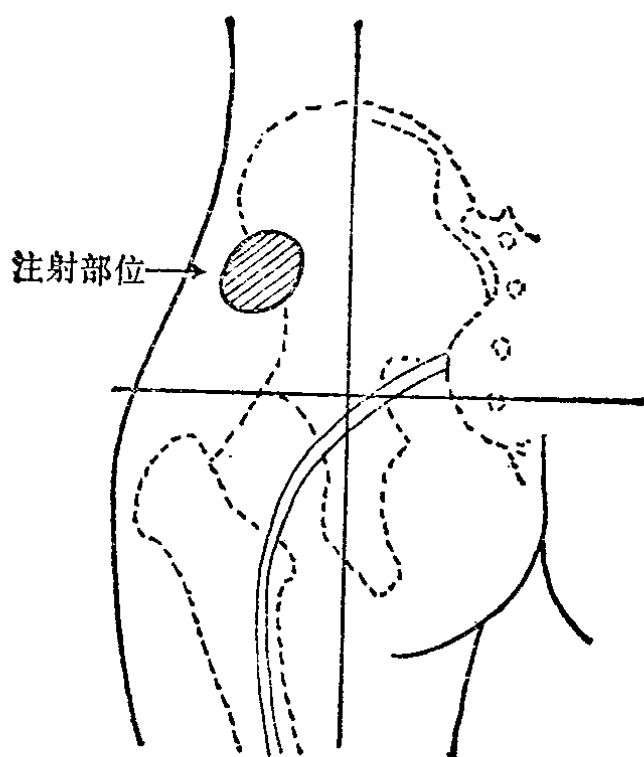


图4 臀部肌肉注射部位示意图

2. 常规消毒。

3. 左手拇指及食指绷紧注射部位皮肤，右手持注射器并排尽空气。将针垂直快速刺入肌肉内，抽吸无回血即可缓慢推药，如有回血，可将针头拔出少许再行试抽，到无回血方可推药。

4. 推药完毕，迅速拔出针头，局部用无菌干棉球按压片刻。病员能配合者，可教病员自己按压。

注意事项

1. 进针不可过浅或过深，过浅仅及皮下组织，过深可刺及骨骼。

2. 注射部位要适当，应避免损伤坐骨神经，否则将引起坐骨神经痛或该侧下肢瘫痪。

3. 注射部位不可过高，若将药物注入皮下臀脂区内，因该区脂肪组织内血管分布较少，在注射部位往往形成难以吸收的包块。

4. 避免断针之要点：针头要完好；进针角度要正确，进针不可过猛（飞针）；使病员消除紧张，体位得当，肌肉松弛；针体宜留1/3在体外。

5. 断针的处理：如果发生断针（折断处多在针体根部），应保持局部与肢体不动，速用止血钳夹住断端取出，若针断于肌肉之内难以取出，应速行手术取出。

6. 两种以上药物同时注射时，应注意配伍禁忌。

鼻 饲 术

鼻饲术是将胃管经由鼻腔入路插入胃内，以供给病员饮食或药物，常用于昏迷、口腔或颌面手术以及其他不能进食者。

解剖要点

鼻腔：

鼻腔是由骨和软骨围成的空腔，内面衬以粘膜，它被鼻中隔分为左、右两半，各半向前经鼻孔与外界相通；向后以鼻后孔通鼻咽部。每半鼻腔均分为前部的鼻前庭和后部的固有鼻腔。

鼻前庭为鼻翼所包围的空间，内面被以皮肤，长有坚硬的鼻毛，借以防止小昆虫被吸入并能滤过空气中的尘埃。由于该处缺乏皮下组织，皮肤与软骨膜直接相连，故发生疖肿时疼痛较为剧烈。

固有鼻腔（图5）是鼻腔的主要部分，由骨性鼻腔覆以粘膜而成。鼻中隔构成鼻腔的内侧壁，居中者较少，往往偏向一侧，因此两侧鼻腔多不对称。在外侧壁上有上、中、下三个鼻甲，以及由其分隔出的上、中、下三个鼻道。鼻甲与鼻中隔之间的腔隙，称为总鼻道。上鼻道和中鼻道有副鼻窦的开口，下鼻道的前端有鼻泪管的开口。

固有鼻腔的粘膜因结构和功能不同，可分为嗅部和呼吸部。嗅部位于上鼻甲及与之相对的鼻中隔部分，在活体上呈苍白色或淡黄色，其内含有嗅细胞，具有嗅觉功能。呼吸部为覆盖在其它部分的粘膜，占鼻腔的大部分，在活体上呈红