



现代专科护理 技术要点与管理

主 编 李淑君 张 妍 张爱东 张晓燕 崔素荣

XIANDAI ZHUANKE HULI
JISHU YAODIAN YU GUANLI

 科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

现代专科护理 技术要点与管理

主 编 李淑君 张 妍 张爱东 张晓燕 崔素荣

XIANDAI ZHUANKE HULI
JISHU YAODIAN YU GUANLI



科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

现代专科护理技术要点与管理 / 李淑君等主编. — 北京: 科学技术文献出版社, 2018.5
ISBN 978-7-5189-4466-8

I. ①现… II. ①李… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第103333号

现代专科护理技术要点与管理

策划编辑: 曹沧晔 责任编辑: 曹沧晔 责任校对: 赵 媛 责任出版: 张志平

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路15号 邮编 100038
编 务 部 (010) 58882938, 58882087 (传真)
发 行 部 (010) 58882868, 58882874 (传真)
邮 购 部 (010) 58882873
官方网址 www.stdp.com.cn
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 济南大地图文快印有限公司
版 次 2018年5月第1版 2018年5月第1次印刷
开 本 880 × 1230 1/16
字 数 376千
印 张 12
书 号 ISBN 978-7-5189-4466-8
定 价 148.00元



版权所有 违法必究

购买本社图书, 凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者, 本社发行部负责调换

前 言

现代医疗技术的快速发展势必带动护理技术的不断提高,各科护理的新理论、新技术和新方法不断运用于临床。同时,随着护理模式的转变和整体护理观的确立,护士的专科知识、技术水平、业务素质 and 人文素养都面临着巨大的挑战。临床医务人员只有不断学习,才能更好地为患者服务。为此,我们组织编写了此书。

本书在力求内容覆盖面广、信息量大的同时,注重内容的实用性和先进性,首先介绍了临床护理基本操作,然后对临床各科室常见病、多发病的护理加以重点介绍。全书融汇了现代护理学最新科研成果,体现了当代护理学的水平,在贴近临床护理工作实际的同时,又紧密结合了国家医疗卫生事业的最新进展和护理学的发展趋势。参与编写的各位作者长期工作在繁忙的医、教、研第一线,在编写过程中付出了艰辛的劳动,在此表示衷心的感谢。

由于参编人数较多,文笔不尽一致,加上编者时间和篇幅有限,书中疏漏在所难免,望广大同仁提出宝贵意见和建议,以便再版时修订,谢谢。

编 者
2018年4月

目 录

第一章 临床护理基本操作	1
第一节 口服给药法	1
第二节 注射给药法	2
第三节 吸入给药法	8
第四节 滴入给药法	10
第五节 栓剂给药法	11
第二章 呼吸科疾病的护理	13
第一节 肺炎	13
第二节 慢性支气管炎	19
第三节 支气管哮喘	22
第三章 心血管科疾病的护理	28
第一节 高血压	28
第二节 心绞痛	37
第三节 心肌梗死	42
第四节 心力衰竭	48
第四章 消化科疾病的护理	57
第一节 急性胃炎	57
第二节 慢性胃炎	59
第三节 假膜性肠炎	62
第五章 肾内科疾病的护理	65
第一节 肾小球肾炎	65
第二节 肾病综合征	72
第六章 内分泌科疾病护理	78
第一节 糖尿病	78
第二节 皮质醇增多症	89
第三节 库欣综合征	91
第七章 风湿免疫科疾病护理	95
第一节 一般护理	95
第二节 风湿科常见症状护理	95
第三节 类风湿性关节炎护理	97
第四节 系统性红斑狼疮护理	106
第八章 神经外科疾病的护理	116
第一节 头皮损伤	116
第二节 颅骨骨折	119

第三节	脑损伤	122
第四节	颅内血肿	126
第五节	神经胶质瘤	129
第六节	脑膜瘤	132
第九章	心胸外科疾病护理	135
第一节	体外循环	135
第二节	房间隔缺损	139
第三节	动脉导管未闭	143
第四节	室间隔缺损	145
第五节	完全性大动脉转位	148
第六节	法洛四联征	151
第十章	肛肠外科疾病护理	153
第一节	结肠癌	153
第二节	直肠癌	157
第三节	痔	161
第四节	肛裂	164
第五节	肛瘘	166
第十一章	骨科疾病的护理	168
第一节	上肢骨折概述	168
第二节	锁骨骨折	169
第三节	肱骨干骨折	171
第四节	肱骨髁上骨折	174
第五节	尺桡骨骨折	177
第六节	桡骨远端骨折	179
第七节	下肢骨折概述	181
第八节	股骨颈骨折	182
第九节	股骨干骨折	186
参考文献		190

第一章

临床护理基本操作

第一节 口服给药法

药物口服后,经胃肠道吸收,可发挥局部或全身治疗的作用。

一、摆药

(一) 药物准备类型

1. 中心药房摆药 目前国内不少医院均设有中心药站,一般设在医院内距离各病区适中的地方,负责全院各病区患者的日间用药。

病区护士每日上午在医生查房后把药盘、长期医嘱单送至中心药站,由药站专人处理医嘱,并进行摆药、核对。口服药摆每日3次量,注射药物按一日总量备齐。然后由病区护士当面核对无误后,取回病区,按规定时间发药。发药前须经另一人核对。

各病区另设一药柜,备有少量常用药、贵重药、针剂等,作为临时应急用。所备的药物须有固定基数,用后及时补充,交接班时按数点清。

2. 病区摆药 由病区护士在病区负责准备自己病区患者的所需药品。

(二) 用物

药柜(内有各种药品)、药盘(发药车)、小药卡、药杯、量杯(10~20mL)、滴管、药匙、纱布或小毛巾、小水壶(内盛温开水)、服药单。

(三) 操作方法

1. 准备 洗净双手,戴口罩,备齐用物,依床号顺序将小药卡(床号、姓名)插于药盘上,并放好药杯。

2. 按服药单摆药 一个患者的药摆好后,再摆第2个患者的药,先摆固体药再摆水剂药。

(1) 固体药(片、丸、胶囊):左手持药瓶(标签在外),右手掌心及小指夹住瓶盖,拇指、食指和中指持药匙取药,不可用手取药。

(2) 水剂:先将药水摇匀,左手持量杯,拇指指在所需刻度,使与视线处于同一水平,右手持药瓶,标签向上,然后缓缓倒出所需药液。应以药液低面的刻度为准。同时有几种水剂时,应分别倒入不同药杯内。更换药液时,应用温开水冲洗量杯。倒毕,瓶口用湿纱布或小毛巾擦净,然后放回原处。

3. 其他 ①药液不足1mL须用滴管吸取计量,1mL=15滴。为使药量准确,应滴入已盛好少许冷开水药杯内,或直接滴于面包上或饼干上服用。②患者的个人专用药,应注明床号、姓名、药名、剂量、时间,以防差错。专用药不可借给他人用。③摆完药后,应根据服药单查对1次,再由第2人核对无误后,方可发药。如需磨碎的药,可用乳钵研碎。用清洁巾盖好药盘待发。清洗滴管、乳钵等,清理药柜。

二、发药

(一) 用物

温开水、服药单、发药车。

(二) 操作方法

1. 准备 发药前先了解患者情况,暂不能服药者,应作交班。

2. 发药核对,督促服药 按规定时间,携服药单送药到患者处,核对服药单及床头牌的床号、姓名,并询问患者姓名,回答与服药本一致后再发药,待患者服下后方可离开。

3. 根据不同药物的特性正确给药 ①抗生素、磺胺类药物应准时给药,以保持药物在血液中的有效浓度。②健胃、助消化药物宜在饭前或饭间服。对胃黏膜有刺激的药宜在饭后服。③对呼吸道黏膜有安抚作用的保护性镇咳药,服后不宜立即饮水,以免稀释药液降低药效。④某些由肾排出的药物,如磺胺类,尿少时可析出结晶,引起肾小管堵塞,故应鼓励多喝水。⑤对牙齿有腐蚀作用和使牙齿染色的药物,如铁剂,可用饮水管吸取,服后漱口。⑥服用强心苷类药物应先测脉率、心率及节律,若脉率低于60次/分或节律不齐时不可服用。⑦有配伍禁忌的药物,不宜在短时间内先后服用,如呋喃妥因与碳酸氢钠溶液等碱性药液。⑧催眠药应就寝前服用。

发药完毕,再次与服药单核对一遍,看有无遗漏或差错。药杯集中处理。清洁药盘放回原处。需要时做好记录。

(三) 注意事项

(1) 严格遵守三查七对制度(操作前、中、后查,核对床号、姓名、药名、浓度、剂量、方法、时间),防止发生差错。

(2) 老、弱、小儿及危重患者应协助服药,鼻饲者应先注入少量温开水,后将药物研碎、溶解后由胃管注入,再注入少量温开水冲洗胃管。更换或停止药物,应及时告诉患者。若患者提出疑问,应重新核对清楚后再给患者服下。

(3) 发药后,要密切观察服药后效果及有无不良反应,若有反应,应及时与医生联系,给予必要的处理。

(李淑君)

第二节 注射给药法

注射给药是将无菌药液或生物制品用无菌注射器注入体内,达到预防、诊断、治疗目的的方法。

一、药液吸取法

1. 从安瓿内吸取药液 将药液集中到安瓿体部,用消毒液消毒安瓿颈部及砂轮,在安瓿颈部划一锯痕,重新消毒安瓿颈部,拭去碎屑,掰断安瓿。将针尖斜面向下放入安瓿内的液面下,手持活塞柄抽吸所需药量。抽吸毕将针头套上空安瓿或针帽备用。

2. 从密封瓶内吸取药液 除去铝盖的中央部分并消毒密封瓶的瓶塞,待干。往瓶内注入与所需药液等量空气(以增加瓶内压力,避免瓶内负压,无法吸取),倒转密封瓶及注射器,使针尖斜面在液面下,轻拉活塞柄吸取药液至所需量,再以示指固定针栓,拔出针头,套上针帽备用。

若密闭瓶或安瓿内系粉剂或结晶时,应先注入所需量的溶剂,使药物溶化,然后吸取药液。黏稠药液如油剂可先加温(遇热变质的药物除外),或将药瓶用双手搓后再抽吸,混悬液应摇匀后再抽吸。

3. 注射器内空气驱出术 一手指固定于针栓上,拇指、中指扶持注射器,针头垂直向上,一手抽动手柄吸入少量空气,然后摆动针筒,并使气泡聚集于针头口,稍推动活塞将气泡驱出。若针头偏于一侧,则驱气时应使针头朝上倾斜,使气泡集中于针头根部,如上法驱出气泡。

二、皮内注射法

皮内注射法是将少量药液注入表皮与真皮之间的方法。

(一) 目的

- (1) 各种药物过敏试验。
- (2) 预防接种。
- (3) 局部麻醉。

(二) 用物

- (1) 注射盘或治疗盘内盛2%碘酊、75%乙醇、无菌镊、砂轮、无菌棉签、开瓶器、弯盘。
- (2) 1mL注射器、4½号针头，药液按医嘱。药物过敏试验还需备急救药盒。

(三) 注射部位

- (1) 药物过敏试验在前臂掌侧中、下段。
- (2) 预防接种常选三角肌下缘。

(四) 操作方法

(1) 评估：了解患者的病情、合作程度、对皮内注射的认识水平和心理反应，过敏试验还需了解患者的“三史”（过敏史、用药史、家族史）；介绍皮内注射的目的、过程，取得患者配合；评估注射部位组织状态（皮肤颜色、有无皮疹、感染及皮肤划痕阳性）。

(2) 准备用物，并按医嘱查对后抽好药液，放入铺有无菌巾的治疗盘内，携物品至患者处，再次核对。

(3) 助患者取坐位或卧位，选择注射部位，以75%乙醇消毒皮肤、待干。乙醇过敏者用生理盐水清洁皮肤。

(4) 排尽注射器内空气，示指和拇指绷紧注射部位皮肤，右手持注射器，针尖斜面向上，与皮肤呈5°刺入皮内，放平注射器，平行将针尖斜面全部进入皮内，左手拇指固定针栓，右手快速推注药液0.1mL。也可右手持注射器左手推注药液，使局部可见半球形隆起的皮丘，皮肤变白，毛孔变大。

- (5) 注射毕，快速拔出针头，核对后交代患者注意事项。
- (6) 清理用物，按时观察结果并正确记录。

(五) 注意事项

- (1) 忌用碘酊消毒皮肤，并避免用力反复涂擦。
- (2) 注射后不可用力按揉，以免影响结果观察。

三、皮下注射法

皮下注射法是将少量药液注入皮下组织的方法。

(一) 目的

- (1) 需迅速达到药效和不能或不宜口服时采用。
- (2) 局部供药，如局部麻醉用药。
- (3) 预防接种，如各种疫苗的预防接种。

(二) 用物

注射盘，1~2mL注射器，5~6号针头，药液按医嘱准备。

(三) 注射部位

上臂三角肌下缘、上臂外侧、股外侧、腹部、后背、前臂内侧中段。

(四) 操作方法

- (1) 评估患者的病情、合作程度、对皮下注射的认识水平和心理反应；介绍皮下注射的目的、过

程,取得患者配合;评估注射部位组织状态。

(2) 准备用物,并按医嘱查对后抽好药液,放入铺有无菌巾的治疗盘内,携物品至患者处,再次核对。

(3) 助患者取坐位或卧位,选择注射部位,皮肤做常规消毒(2%碘酊以注射点为中心,呈螺旋形向外涂擦,直径在5cm以上,待干,然后用75%乙醇以同法脱碘2次,待干)或安尔碘消毒。

(4) 持注射器排尽空气。

(5) 左手示指与拇指绷紧皮肤,右手持注射器、示指固定针栓,针尖斜面向上,与皮肤呈 $30^{\circ} \sim 40^{\circ}$,过瘦者可捏起注射部位皮肤,快速刺入针头 $2/3$,左手抽动活塞观察无回血后缓缓推注药液。

(6) 推完药液,用干棉签放于针刺处,快速拔出针后,轻轻按压。

(7) 核对后助患者取舒适卧位,整理床单位,清理用物,必要时记录。

(五) 注意事项

(1) 持针时,右手示指固定针栓,切勿触及针梗,以免污染。

(2) 针头刺入角度不宜超过 45° ,以免刺入肌层。

(3) 对皮肤有刺激作用的药物,一般不作皮下注射。

(4) 少于1mL药液时,必须用1mL注射器,以保证注入药量准确无误。

(5) 需经常做皮下注射者,应建立轮流交替注射部位的计划,以达到在有限的注射部位吸收最大药量的效果。

四、肌内注射法

肌内注射法是将少量药液注入肌肉组织的方法。

(一) 目的

(1) 给予需在一定时间内产生药效,而不能或不宜口服的药物。

(2) 药物不宜或不能静脉注射,要求比皮下注射更迅速发生疗效时采用。

(3) 注射刺激性较强或药量较大的药物。

(二) 用物

注射盘,2~5mL注射器,6~7号针头,药液按医嘱准备。

(三) 注射部位

一般选择肌肉较丰厚、离大神经和血管较远的部位,其中以臀大肌、臀中肌、臀小肌最为常用,其次为股外侧肌及上臂三角肌。

1. 臀大肌注射区定位法 如下所述。

(1) 十字法:从臀裂顶点向左或向右侧画一水平线,然后从该侧髂嵴最高点做一垂直线,将臀部分为4个象限,选其外上象限并避开内角(内角定位:髂后上棘至大转子连线)即为注射区。

(2) 连线法:取髂前上棘和尾骨连线的外上 $1/3$ 处为注射部位。

2. 臀中肌、臀小肌注射区定位法 如下所述。

(1) 构角法:以示指尖与中指指尖分别置于髂前上棘和髂嵴下缘处,由髂嵴、示指、中指所构成的三角区内为注射部位。

(2) 三指法:髂前上棘外侧三横指处(以患者的手指宽度为标准)。

(3) 股外侧肌注射区定位法:在大腿中段外侧,膝上10cm,髌关节下10cm处,宽约7.5cm。此处大血管、神经干很少通过,范围较大,适用于多次注射或2岁以下婴幼儿注射。

(4) 上臂三角肌注射区定位法:上臂外侧、肩峰下2~3横指处。此处肌肉不如臀部丰厚,只能做小剂量注射。

（四）患者体位

为使患者的注射部位肌肉松弛，应尽量使患者体位舒适。

（1）侧卧位：下腿稍屈膝，上腿伸直。

（2）俯卧位：足尖相对，足跟分开。

（3）仰卧位：适用于病情危重不能翻身的患者。

（4）坐位：座位稍高，便于操作。非注射侧臀部坐于座位上，注射侧腿伸直。一般多为门诊患者所取。

（五）操作方法

（1）评估患者的病情、合作程度、对肌肉注射的认识水平和心理反应；介绍肌肉注射的目的、过程，取得患者配合；评估注射部位组织状态。

（2）准备用物，并按医嘱查对后抽好药液，放入铺有无菌巾的治疗盘内，携物品至患者处，再次核对。

（3）协助患者取合适卧位，选择注射部位，常规消毒或安尔碘消毒注射部位皮肤。

（4）排气，左手拇指、示指分开并绷紧皮肤，右手执笔式持注射器，中指固定针栓，用前臂带动腕部的力量，将针头迅速垂直刺入肌内，一般刺入2.5~3cm，过瘦者或小儿酌减，固定针头。

（5）松左手，抽动活塞，观察无回血后，缓慢推药液。如有回血，酌情处理，可拔出或进针少许再试抽，无回血方可推药。推药同时注意观察患者的表情及反应。

（6）注射毕，用干棉签放于针刺处，快速拔针并按压。

（7）核对后协助患者穿好衣裤，安置舒适卧位，整理床单位。清理用物，必要时做记录。

（六）Z径路注射法和留置气泡技术

1. Z径路注射法 注射前以左手示指、中指和环指使待注射部位皮肤及皮下组织朝同一方向侧移（皮肤侧移1~2cm），绷紧固定局部皮肤，维持到拔针后，迅速松开左手，此时位移的皮肤和皮下组织位置复原，原先垂直的针刺通道随即变成Z形，该方法可将药液封闭在肌肉组织内而不易回渗，利于吸收，减少硬结的发生，尤其适用于老年人等特殊人群，以及刺激性大、难吸收药物的肌肉注射。

2. 留置气泡技术 方法为用注射器抽吸适量药液后，再吸入0.2~0.3mL的空气。注射时，气泡在上，当全部药液注入后，再注入空气。其方法优点：将药物全部注入肌肉组织而不留在注射器无效腔中（每种注射器的无效腔量不一，范围从0.07~0.3mL），以保证药量的准确；同时可防止拔针时，药液渗入皮下组织引起刺激，产生疼痛，并可将药液限制在注射肌肉局部而利于组织的吸收。

（七）注意事项

（1）切勿将针梗全部刺入，以防从根部衔接处折断。万一折断，应保持局部与肢体不动，速用止血钳夹住断端取出。若全部埋入肌肉内，即请外科医生诊治。

（2）臀部注射，部位要选择正确，偏内下方易伤及神经、血管，偏外上方易刺及髌骨，引起剧痛及断针。

（3）推药液时必须固定针栓，推速要慢，同时注意患者的表情及反应。如系油剂药液更应持牢针栓，以防用力过大针栓与乳头脱开，药液外溢；若为混悬剂，进针前要摇匀药液，进针后持牢针栓，快速推药，以免药液沉淀造成堵塞或因用力过猛使药液外溢。

（4）需长期注射者，应经常更换注射部位，并用细长针头，以避免或减少硬结的发生。若一旦发生硬结，可采用理疗、热敷或外敷活血化瘀的中药如蒲公英、金黄散等。

（5）2岁以下婴幼儿不宜在臀大肌处注射，因幼儿尚未能独立行走，其臀部肌肉一般发育不好，有可能伤及坐骨神经，应选臀中肌、臀小肌或股外侧肌注射。

（6）两种药液同时注射又无配伍禁忌时，常采用分层注射法。当第一针药液注射完，随即拧下针筒，接上第二副注射器，并将针头拔出少许后向另一方向刺入，试抽无回血后，即可缓慢推药。

五、静脉注射法

(一) 目的

- (1) 药物不宜口服、皮下或肌内注射时，需要迅速发生疗效者。
- (2) 做诊断性检查，由静脉注入药物，如肝、肾、胆囊等检查需注射造影剂或染料等。

(二) 用物

注射盘、注射器（根据药量准备）、7~9号针头或头皮针头、止血带、胶布，药液按医嘱准备。

(三) 注射部位

1. 四肢浅静脉 肘部的贵要静脉、正中静脉、头静脉；腕部、手背及踝部或足背浅静脉等。
2. 小儿头皮静脉 额静脉、颞静脉等。
3. 股静脉 位于股三角区股鞘内，股神经和股动脉内侧。

(四) 操作方法

1. 四肢浅表静脉注射术 如下所述。

(1) 评估患者的病情、合作程度、对静脉注射的认识水平和心理反应；介绍静脉注射的目的、过程，取得患者配合；评估注射部位组织状态。

(2) 准备用物，并按医嘱查对后抽好药液，放入铺有无菌巾的治疗盘内，携物品至患者处，再次核对。

(3) 选静脉，在注射部位上方6cm处扎止血带，止血带末端向上。皮肤常规消毒或安尔碘消毒，同时嘱患者握拳，使静脉显露。备胶布2~3条。

(4) 注射器接上头皮针头，排尽空气，在注射部位下方，绷紧静脉下端皮肤并使其固定。右手持针头使其针尖斜面向上，与皮肤呈 15° ~ 30° ，由静脉上方或侧方刺入皮下，再沿静脉走向刺入静脉，见回血后将针头与静脉的角度调整好，顺静脉走向推进0.5~1cm后固定。

(5) 松止血带，嘱患者松拳，用胶布固定针头。若采血标本者，则止血带不放松，直接抽取血标本所需量，也不必胶布固定。

(6) 推完药液，以干棉签放于穿刺点上方，快速拔出针头后按压片刻，无出血为止。

(7) 核对后安置舒适卧位，整理床单位。清理用物，必要时做记录。

2. 股静脉注射术 常用于急救时加压输液、输血或采集血标本。

(1) 评估、查对、备药同四肢静脉注射。

(2) 患者仰卧，下肢伸直略外展（小儿应有人协助固定），局部常规消毒或安尔碘消毒皮肤，同时消毒术者左手示指和中指。

(3) 于股三角区扪股动脉搏动最明显处，予以固定。

(4) 右手持注射器，排尽空气，在腹股沟韧带下一横指、股动脉搏动内侧0.5cm垂直或呈 45° 刺入，抽动活塞见暗红色回血，提示已进入股静脉，固定针头，根据需要推注药液或采集血标本。

(5) 注射或采血毕，拔出针头，用无菌纱布加压迫止血3~5分钟，以防出血或形成血肿。

(6) 核对后安置舒适卧位，整理床单位。清理用物，必要时做记录，血标本则及时送检。

(五) 注意事项

(1) 严格执行无菌操作原则，防止感染。

(2) 穿刺时务必沉着，切勿乱刺。一旦出现血肿，应立即拔出，按压局部，另选它处注射。

(3) 注射时应选粗直、弹性好、不易滑动而易固定的静脉，并避开关节及静脉瓣。

(4) 需长期静脉给药者，为保护静脉，应有计划地由小到大，由远心端到近心端选血管进行注射。

(5) 对组织有强烈刺激的药物，最好用一副等渗生理盐水注射器先行试穿，证实针头确在血管内后，再换注射器推药。在推注过程中，应试抽有无回血，检查针梗是否仍在血管内，经常听取患者的主诉，观察局部体征，如局部疼痛、肿胀或无回血时，表示针梗脱出静脉，应立即拔出，更换部位重新注

射,以免药液外溢而致组织坏死。

(6) 药液推注的速度,根据患者的年龄、病情及药物的性质而定,并随时听取患者的主诉和观察病情变化,以便调节。

(7) 股静脉穿刺时,若抽出鲜红色血,提示穿入股动脉,应立即拔出针头,压迫穿刺点5~10分钟,直至无出血为止。一旦穿刺失败,切勿再穿刺,以免引起血肿,有出血倾向的患者,忌用此法。

(六) 特殊患者静脉穿刺法

1. 肥胖患者 静脉较深,不明显,但较固定不滑动,可摸准后再行穿刺。
2. 消瘦患者 皮下脂肪少,静脉较滑动,穿刺时须固定静脉上下端。
3. 水肿患者 可按静脉走向的解剖位置,用手指压迫局部,以暂时驱散皮下水分,显露静脉后再穿刺。
4. 脱水患者 静脉塌陷,可局部热敷、按摩,待血管扩张显露后再穿刺。

六、动脉注射法

(一) 目的

- (1) 采集动脉血标本。
- (2) 施行某些特殊检查,注入造影剂,如脑血管检查。
- (3) 施行某些治疗,如注射抗癌药物作区域性化疗。
- (4) 抢救重度休克,经动脉加压输液,以迅速增加有效血容量。

(二) 用物

- (1) 注射盘、注射器(按需准备)、7~9号针头、无菌纱布、无菌手套、药液按医嘱准备。
- (2) 若采集血标本需另备标本容器、无菌软塞,必要时还需备酒精灯和火柴。一些检查或造影根据需要用物和药液。

(三) 注射部位

选择动脉搏动最明显处穿刺。采集血标本常用桡动脉、股动脉。区域性化疗时,应根据患者治疗需要选择,一般头面部疾病选用颈总动脉,上肢疾病选用锁骨下动脉或肱动脉,下肢疾病选用股动脉。

(四) 操作方法

- (1) 评估患者的病情、合作程度、对动脉注射的认识水平和心理反应;介绍动脉注射的目的、过程,取得患者配合;评估注射部位组织状态。
- (2) 准备用物,并按医嘱查对后抽好药液,放入铺有无菌巾的治疗盘内,携物品至患者处,再次核对。
- (3) 选择注射部位,协助患者取适当卧位,消毒局部皮肤,待干。
- (4) 戴手套或消毒左手示指和中指,在已消毒范围内摸到欲穿刺动脉的搏动最明显处,固定于两指之间。
- (5) 右手持注射器,在两指间垂直或与动脉走向成 40° 刺入动脉,见有鲜红色回血,右手固定穿刺针的方向及深度,左手以最快的速度注入药液或采血。
- (6) 操作完毕,迅速拔出针头,局部加压止血5~10分钟。
- (7) 核对后安置患者舒适卧位,整理床单位。清理用物,必要时做记录,如有血标本则及时送检。

(五) 注意事项

- (1) 采血标本时,需先用1:500的肝素稀释液湿润注射器管腔。
- (2) 采血进行血气分析时,针头拔出后立即刺入软塞以隔绝空气,并用手搓动注射器使血液与抗凝剂混匀,避免凝血。

(李淑君)

第三节 吸入给药法

一、雾化吸入

雾化吸入法是利用氧气或压缩空气的压力，使药液形成雾状，使患者吸入呼吸道，以达到治疗目的。

(一) 目的

- (1) 治疗呼吸道感染，消除炎症和水肿。
- (2) 解除支气管痉挛。
- (3) 稀释痰液，帮助祛痰。

(二) 作用原理

雾化吸入器是借助高速气流通毛细管并在管口产生负压，将药液由邻近的小管吸出；所吸出的药液又被毛细管口高速的气流撞击成细小的雾滴，形成气雾喷出（图1-1）。

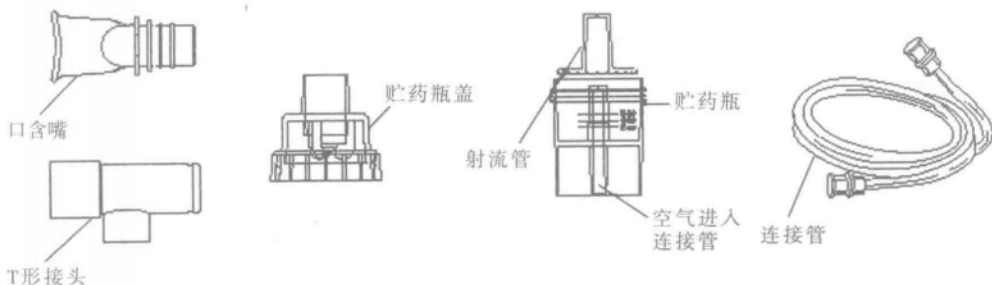


图1-1 雾化吸入器

(三) 用物

- (1) 雾化吸入器。
- (2) 氧气吸入装置一套（不用湿化瓶）或压缩空气机一套。
- (3) 药物根据医嘱准备。

(四) 操作方法

- (1) 评估患者的病情、自理能力、相关知识，向患者解释操作的目的、过程，取得患者配合。
- (2) 准备用物，将药液按医嘱备好后注入雾化器，并根据病情需要选择口含嘴或面罩。
- (3) 携用物至床边，再次核对，教会患者使用雾化吸入器。
- (4) 协助患者取舒适体位并漱口，将雾化器的进气口接在氧气装置的输出管（不用湿化瓶），调节氧流量分钟6~8L。
- (5) 有药液雾滴形成后，将口含嘴放入口中并紧闭口唇或将面罩罩于口鼻上并妥善固定。
- (6) 指导患者用嘴深而慢地吸气，用鼻呼气。持续雾化吸入直至药物吸入完毕，取下雾化器，关闭氧气。
- (7) 协助患者清洁口腔，取舒适卧位。
- (8) 清理用物，将雾化器消毒、清洁、晾干，备用。

二、超声波雾化吸入

超声波雾化吸入是应用超声波声能，将药液变成细微的气雾，随患者的吸气而进入呼吸道及肺泡。

超声波雾化的特点是雾量大小可以调节、雾滴小而均匀,直径在 $5\mu\text{m}$ 以下。药液随患者深而慢的呼吸可达到终末支气管及肺泡。

(一) 目的

- (1) 消炎、镇咳、祛痰。
- (2) 解除支气管痉挛,使气道通畅,从而改善通气功能。
- (3) 呼吸道烧伤或胸部手术者,可预防呼吸道感染。
- (4) 配合人工呼吸器,湿化呼吸道或间歇雾化吸入药液。
- (5) 应用抗癌药物治疗肺癌。

(二) 用物

超声雾化器一套,药液按医嘱准备,蒸馏水。

(三) 原理

超声波雾化器(图1-2)通电后超声波发生器输出高频电能,使水槽底部晶体换能器发生超声声能,声能振动雾化罐底部的透声膜,作用于雾化罐内的液体,破坏了药液表面的张力和惯性,成为微细的雾滴,随患者吸气进入呼吸道,吸入肺泡。

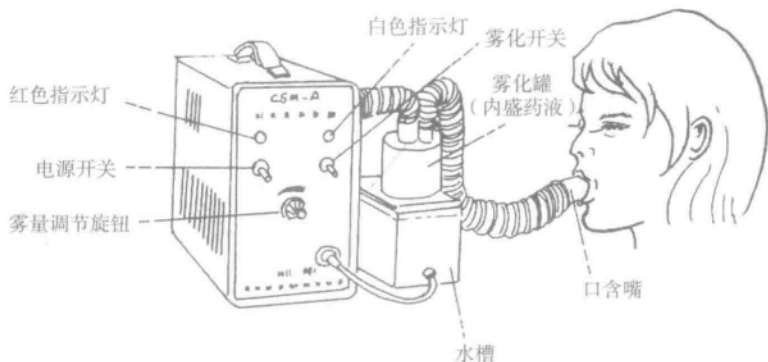


图1-2 超声波雾化器

(四) 操作方法

- (1) 评估患者的病情、自理能力、相关知识,向患者解释操作的目的、过程,取得患者配合。
- (2) 水槽内放冷蒸馏水250mL,水要浸没雾化罐底部的透声膜。按医嘱将药液放入雾化罐内,检查无漏水后放入水槽内,将水槽盖紧。根据病情需要选择口含嘴或面罩。
- (3) 携用物至患者处,再次核对。
- (4) 接通电源,开电源开关3分钟后,再开雾化开关,根据需要调节雾量。将口含嘴放入口中并紧闭口唇,或将面罩罩于口鼻上并妥善固定,让患者深呼吸。
- (5) 治疗毕,先关雾化开关,再关电源开关,否则易损坏电子管。若有定时装置则到“OFF”位雾化自动停止,这时要关上电源开关。助患者取舒适卧位。
- (6) 整理用物,放掉水槽内水,按要求清洗雾化罐、送风管等部件,并晾干备用。

(五) 注意事项

- (1) 水槽内无水时切勿开机,否则会烧毁机心。
- (2) 连续使用时,须间歇30分钟,并更换水槽内蒸馏水,保证水温不超过 60°C 。
- (3) 水槽底部的压电晶体片和雾化罐的透声膜,质脆且薄易破损,操作中不可用力按压,操作结束只能用纱布轻轻吸水。

(张妍)

第四节 滴入给药法

将药液滴入眼、耳、鼻等处，以达到局部或全身的治疗作用，或做某些诊断检查的目的。

一、目的

- (1) 防治眼、鼻、耳部疾病。
- (2) 有关检查或术前用药，如查眼底、鼻部手术前用药等。

二、用物

治疗盘内按医嘱备眼药水或眼药膏、滴鼻液或药膏、滴耳药，消毒干棉球罐，弯盘，治疗碗内置浸有消毒液的小毛巾。

三、操作方法

- (1) 评估患者用药部位情况、是否存在药物使用禁忌证等。解释操作目的、过程，取得患者配合。
- (2) 洗净双手，备齐用物携至患者处，再次核对

1) 滴眼药术：①助患者取仰卧位或坐位，头略后仰，用干棉球拭去眼分泌物、眼泪。②嘱患者眼向上看，左手取一干棉球置于下眼睑处，并轻轻拉下，以露出下穹隆部，右手滴一滴眼药于下穹隆部结膜囊内（图1-3）；涂眼药膏者，则将眼药膏挤入下穹隆部约1cm长度，然后以旋转方式将药膏膏体离断。轻提上眼睑覆盖眼球，并嘱患者闭眼、转动眼球，使药物充满整个结膜囊内。③用干棉球拭去溢出的眼药水，嘱患者闭眼1~2分钟。

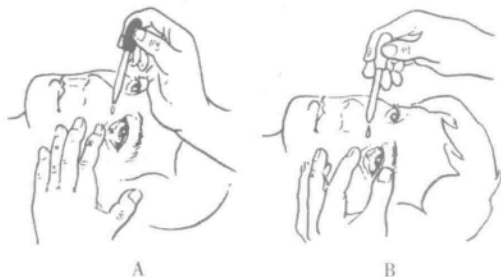


图1-3 滴眼药

A. 正确的给药方法：给药的手置于患者前额上，若患者移动，护士的手也将随之移动，以免滴管伤及患者眼睛；B. 不正确的方法：当患者突然移动头部时，滴管会伤及患者眼睛

2) 滴鼻药术：①嘱患者先排出鼻腔内分泌物，清洁鼻腔。②仰头位：适用于后组鼻窦炎或鼻炎患者，助患者仰卧，肩下垫枕头垂直后仰或将头垂直后仰悬于床缘，前鼻孔向上（图1-4A），手持一棉球以手指轻轻拉开鼻尖，使鼻孔扩张，一手持药液向鼻孔滴入每侧2~3滴，棉球轻轻塞于前鼻孔。③侧头位：适用于前组鼻炎患者。卧向患侧，肩下垫枕，使头偏患侧并下垂，将药液滴入下方鼻孔2~3滴（图1-4B），棉球轻轻塞入前鼻孔。④为使药液分布均匀并到达鼻窦口，滴药后轻捏鼻翼或头部向两侧轻轻转动，保持仰卧或侧卧3~5分钟。然后捏鼻起立。

3) 滴耳药术：①协助患者侧卧，患耳向上；或坐位，头偏向一侧肩部，使患耳向上；用小棉签清洁外耳道。②手持干棉球，轻提患者耳郭（成人向后上，3岁以下小儿向后下）以拉直外耳道。③顺外耳道后壁滴入3~5滴药液，并轻提耳郭或在耳屏上加压，使气体排出，药液易流入。然后用棉球塞入外耳道口。④嘱患者保持原位3~5分钟。

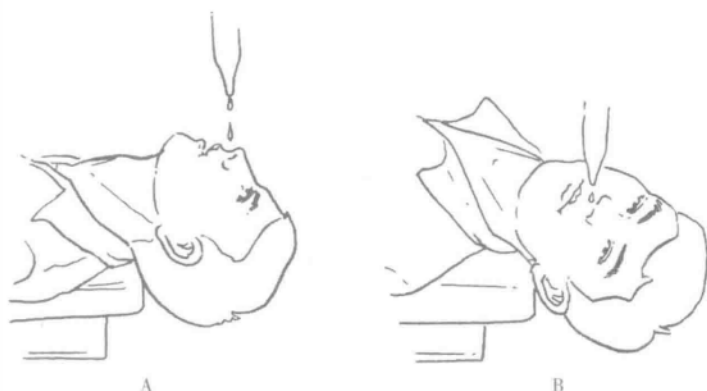


图 1-4 滴鼻药法

A. 仰卧垂头位; B. 侧卧位

- (3) 观察用药后患者的情况,整理床单位,助患者取舒适卧位。
- (4) 清理用物,洗手,必要时记录。

四、注意事项

- (1) 用药前严格遵守查对制度。
- (2) 滴药时距离应适中,太远药液滴下时压力过大,太近容易触碰污染药液;药液不可直接滴于角膜、鼓膜上。
- (3) 滴眼药时,易沉淀的混悬液应充分摇匀后再用;一般先右眼后左眼,以免错滴,若左眼病较轻,则先左后右,以免交叉感染;一次用量不易太多,1滴即可,滴药后勿用力闭眼,以免药液外溢;若滴入药液有一定毒性,滴药后应用棉球压迫泪囊区2~3分钟,以免药液流入泪囊和鼻腔,吸收后引起中毒反应;角膜有溃疡、眼部有外伤或眼球手术后,滴药后不可压迫眼球,也不可拉高上眼睑。
- (4) 滴耳药若为软化耵聍,滴药前不必清洁外耳道,每次滴药量可稍多,以不溢出外耳道为度;滴药后会出现耳部发胀不适,应向患者做好解释;两侧均有耵聍者不易同时进行。
- (5) 若是昆虫类异物进入外耳道,可选用乙醚、乙醇或油类药物,目的在于使之麻醉或窒息死亡便于取出。滴后2~3分钟即可取出。

(张妍)

第五节 栓剂给药法

栓剂是药物与适宜基质制成的供腔道给药的固体制剂。其熔点为 37°C 左右,插入体腔后栓剂缓慢融化,药物经黏膜吸收后,达到局部或全身治疗的效果。

一、目的

- (1) 全身或局部用药。
- (2) 刺激肠蠕动促进排便。

二、用物

治疗盘内盛:消毒手套、手纸、弯盘、药栓按医嘱。