

浅谈静脉输液患者的观察与护理

第一篇：浅谈静脉输液患者的观察与护理

浅谈静脉输液患者的观察与护理

摘要：

对静脉输液患者进行观察并采取最佳护理措施以提高护理质量。选取某医院 80 例静脉输液患者作为研究对象，在征得患者知情同意下采用随机数字表法分为对照组（常规护理）及观察组（护理管理）各 40 例，比较两组护理效果。结果：观察组不良反应发生率 7.5%，同期对照组不良反应发生率 17.5%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；两组舒适度相比较，观察组更佳且差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。关键词 静脉输液；不良反应；舒适度

引言

静脉输液（Intravenous infusion）是指利用大气压以及液体静压原理将无菌液体、电解质、药液经由患者静脉输注体内的一种治疗手段，为当前临床最常采用的治疗措施。但是在输液过程中容易受输液患者数量多、病种繁杂、流动量大、停留时间短、护理人员数量不足等诸多因素的影响而容易诱发一系列不良反应，给治疗工作开展带来一定阻碍。鉴于此，本次研究围绕静脉输液患者的观察与护理展开分析，现内容报道如下：1 资料与方法 1.1 资料

选取我院 2016 年 1 月~2017 年 1 月 80 例静脉输液患者作为研究对象，在征得患者知情同意下采用随机数字表法分为两组各 40 例。对照组中男性 28 例、女性 12 例；年龄 24 岁~68 岁；病症类型：呼吸系统疾病 19 例、消化系统疾病 15 例、心脑血管疾病 6 例；病程时间 15d~5 年。观察组中男性 30 例、女性 10 例；年龄 25 岁~68 岁；病症类型：呼吸系统疾病 20 例、消化系统疾病 15 例、心脑血管疾病 5 例；病程时间 10d~5 年。纳入标准：（1）静脉输液时间 ≥ 5 d 者；（2）无重大

传染性疾病者；（3）临床依从性好者。排除标准：（1）合并其他全身严重器质性疾病者；（2）严重认知功能障碍、精神障碍者；

(3) 合并血液系统疾病、凝血功能障碍、免疫缺陷或疾病者；(4) 不同意此次研究方案或未签署知情同意书者。两组患者一般资料无明显统计学差异，可进行分组比对。1.2 方法

对照组接受常规护理，内容及具体步骤如下：(1) 输液前护理。在静脉输液前护理人员应将静脉输液相关知识告知患者，并着重强调静脉输液对病症治疗的重要意义，如实告知静脉穿刺过程中需要注意的事项内容以及如何配合。穿刺时选取弹性较好、管径粗且直、血液回流通畅、便于护理人员观察的部位作为穿刺点，视患者实际情况选取手背、肘关节至腕关节之间为首选穿刺部位。(2) 输液过程中的护理。护理人员必须严格按照无菌操作规范要求执行输液工作，认真履行三查七对制度，仔细核实静脉输液患者诊断报告、输液记录、药物名称及用量等信息是否一致。(3) 输液后护理。在静脉输液完毕后护理人员将穿刺针头拔出，随后将无菌棉签置于穿刺口并叮嘱患者或其家属适度用力按压约 2min 左右。

观察组接受护理管理，具体步骤如下：(1) 积极构建输液安全机制。给予每个静脉输液患者一个单独的手腕带并将其系于腕处，其上以简明扼要的语言将患者信息记录于此，包括患者姓名、年龄、病症类型等，以便于护理人员执行查对。在操作过程中由两名护理人员执行三查七对并相互检查以确保药液内容、输注剂量、输注方法正确，以提高静脉输液的安全性。(2) 强化护理人员职业技能培训。由具有丰富护理经验的护士长或者是护师向低年资以及新近护士开展职业技能培训，内容包括穿刺操作技巧、药理知识、血管解剖特点等，促使护理人员能够掌握更为扎实的静脉输液知识。(3) 心理护理。护理人员应及时与静脉输液患者展开沟通交流工作，以温柔、体贴性语言宽慰患者，利用良好的沟通技巧探寻其压力源之所在，继而予以个体化心理干预。(4) 强化巡视。在静脉输液过程中护理人员应采用科学的评估方法对静脉输液患者潜在的风险进行评估并利用不同颜色予以标示，提醒其他护理人员密切关注。例如：血管条件或者是身体条件较差的静脉输液患者容易发生静脉炎，护理人员采用红色予以标示，每隔 0.5h~1h 巡视一次，准确记录液体输注量，密切观察其穿刺部位

皮肤颜色、温度变化情况，如有异常应及时上报至主治医师处。对于中低风险的静脉输液患者可采用黄色和

绿色标示，护理人员视其实际情况每隔 1h~2h 巡视一次，检查静脉输液侧肢体温度、色泽、有无出血等。（5）穿刺点护理。在静脉输液完毕后护理人员亲身指导患者及家属掌握正确的按压方法，即：首先利用大拇指指腹横向按压于穿刺针眼的棉球部位，待穿刺针拔出之后迅速沿着与血管平行的方向以拇指按压穿刺口，同时上移拇指力争做到充分止血。如凝血功能较差者应叮嘱其适度延长按压时间，着重向其强调切忌揉搓穿刺部位，在拔针之后的 0.5h~1h 内禁止做提重物动作以避免诱发皮下淤血。

1.3 观察指标

此次研究中选取不良反应发生率、舒适度作为观察指标，其中不良反应包括皮下淤血、渗液、静脉炎、空气栓塞；舒适度采用舒适状况量表（General Comfort Questionnaire, GCQ）进行测定，量表内包括生理、心理、精神、社会文化和环境 4 个维度，每个维度 7 个问题，以 Likert4 级评分法予以评定，1 表示非常不同意、4 表示非常同意，每个维度总分 7 分~28 分，得分越高表明舒适度越好。

1.4 统计学方法

本次研究中所有数据均采用 SPSS17.0 统计软件进行处理，计量资料采用均数±标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，以 t 检验，计数资料采用率（%）表示，以 χ^2 检验， $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组不良反应发生率比较

观察组不良反应发生率 7.5%，同期对照组不良反应发生率 17.5%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）

3 讨论

3.1 护理管理有助于降低不良反应发生率

此次研究中观察组通过实施护理管理，不良反应发生率明显低于常规护理下对照组。由此结果可知，相较于常规输液护理，护理管理在降低不良反应发生率方面取得的效果更佳，更能够满足当前静脉输液护理工作需求。分析其原因在于护理管理充分贯彻落实了以患者为服务中心的工作理念，具体干预措施的制定与实施均围绕着静脉输液患者需求而开展，使得护理工作的指向性及针对性更加明确，例如：

护理人员严格执行“三查七对”制度，对患者姓名、年龄、病症类型、药

液内容、输注剂量、输注方法进行仔细核查，若发现药品过期、配伍禁忌、存在变质或浑浊等情形应及时处理，继而大幅提高了静脉输液的安全性[6]。同时，护理人员通过强化巡视力度，对于重点观察的患者提高巡视频率，准确记录与之相关的各项信息，对其静脉输液的整个过程进行科学评估有助于消除安全隐患。特别是输液安全机制的构建使得交接班护理人员均能够如实掌握患者实际情况，便于三查七对工作的开展，大幅提高了静脉输液的安全性。此外，为了能够更好地满足静脉输液患者需求，本次研究积极开展了护理人员职业技能培训工作，由具有丰富护理经验的护理人员将穿刺操作技巧、药理知识、血管解剖特点等方面的知识顺利传递给护理人员，增加了后者的知识储备，使得护理人员从事静脉输液工作时更加从容和得心应手[7]。而常规静脉输液护理虽然同样涵盖了输液前、输液中及输液后三方面内容，但是护理人员仅仅是遵医嘱执行护理工作，将其视作为临床的一个片段，静脉输液患者享受到的服务质量明显处于偏低水平，发生不良反应的风险更高[8]。

3.2 护理管理有助于提高舒适度

由此结果可知，观察组舒适度优于对照组。总结其原因在于观察组静脉输液前开展了心理干预工作，与患者建立了良好的信任关系且在护理工作执行过程中充分遵循患者主观诉求，通过积极询问静脉输液患者主观感受等方式促使其被尊重感得到了明显的提升。在巡视过程中通过风险识别的方法开展的个性化护理更是契合了静脉输液患者个性化护理需求，从而加深了患者对临床护理的认可程度。随着心态的改善，其自身舒适度亦将会随之提高。而常规护理恰恰与之相反，执行时为充分考虑患者需求及主观感受，继而削弱了护理服务质量，因而在改善舒适度方面并未取得理想成效。4 结论

综上所述，强化静脉输液过程中护理管理将有助于降低静脉输液患者输液过程中不良反应发生率，使得整个静脉输液安全性得到了有效的提升，为静脉输液工作的顺利开展奠定了坚实基础。同时，静脉

患者舒适度同样得到了有效提升，随着患者主观舒适度的提高，其对于护理人员的信赖程度得到了明显的提升，为缓解当前紧张的护患对立形势、构建和谐护患关系提供了强有力的帮助，所以护理管理值得在今后静脉输液患者护理工作中推广使用。

第二篇：门诊输液患者的观察与护理

门诊输液患者的观察与护理

静脉输液：是通过静脉途径提供水分、营养、药物的一种方法，是临床抢救和治疗病人的重要措施之一，在门诊各种治疗中亦广泛应用。

静脉输液的进展：从最初的皮下输液、周围静脉输液到目前输液路径的不断增加，包括颈外静脉穿刺置管术，颈内静脉置管、锁骨下静脉置管、股静脉管等。而门诊输液只限于浅表静脉及小儿头皮静脉。

一、门诊输液患者的观察

1、用药及用药过程的准备：三查七对；操作前、操作中、操作后查。核对床号、姓名、药名、浓度、时间和用法。查输液封瓶、询问药物过敏史，对病人提出的疑问一定要核对清楚再执行。

2、对病人现状进行评估

内容：（1）病人的病情、输液的目的、出入液量、心肺功能、心理反应、合作程度、精神状况等。

（2）穿刺部位皮肤完整性（有无破损、皮疹、感染）、静脉状况（解剖位置、充盈、弹性及滑动等）。

二、观察要点

（一）输液故障

1、溶液不滴：针头是否滑出血管外，针头紧贴血管壁、针头堵塞、压力过低、静脉痉挛等；

2、滴管内液面过高；

3、滴管内液面过低；

4、滴管内液面自行下降。

（二）输液反应

1、发热反应（较常见）、静脉输液作为一种治疗疾病的重要措施，

早已被人们所接受，但在输液过程中：（1）由于环境空气污染输液室，治疗室内人员流动量大，空气中的尘埃、细菌、纤维、微生物含量都很高，这样可随着排气进入液体造成污染。（2）一次性输液器、注射器、输液针头均属于高分子化合物，适合病菌附着，不严格执行无菌操作规程可引发感染。（3）没有严格执行操作规程，无菌观念淡薄，在工作量大的情况下用手抓注射物的情况，反复抽吸药液，反复暴露针栓，造成注射器污染。

症状：患者出现寒战、高热、口唇紫绀、四肢湿冷并伴有恶心呕吐、头痛等症状；

处理：（1）停止输液或减慢滴速，解释反应原因，给病人安慰以消除其紧张心理，遵医嘱给非那根等治疗，保暖，吸氧等。

（2）认真执行查对制度，加强无菌观念，加入药液的注射器，做到一个一针一管，并避免橡皮屑随针头进入液体内。

（3）治疗室，输液室应定时消毒，保持清洁，空气要流通，减少污染等。

2、循环负荷过重（肺水肿）与输液速度过快，输入液体量过多有关。

症状：输液过程中，病人突然出现呼吸困难、气促、咯粉红色泡沫样痰、肺部可闻及湿罗音，门诊输液很少见。

处理：（1）立即停止输液，及时与医生联系，配合抢救、，安慰病人；

（2）协助病人取端坐位，两腿下垂，以减少静脉回流；

（3）加压给氧，20-30%酒精湿化吸氧，降低肺泡表面张力；

（4）遵医嘱给镇静剂，扩心血管药及强心药等；

（5）指导病人进行有效呼吸，消除呼吸道分泌物；

（6）止血带四肢轮流结扎。

预防：（1）严格控制输液速度和输液量，其是有心、肺病患者、老人及儿童。

（2）密切观察患者生命体征，认真倾听病人主诉。

（3）及时准确记录病情变化及用药情况。

3、静脉炎：与长期输入高浓度和刺激性较强的药物，输液管长时间留置，输液过程中未严格执行无菌操作有关。

症状：沿静脉定向出现条索状红线，局部发红、肿胀、灼热、疼痛等。

处理：（1）患肢抬高制动，局部用酒精或硫酸镁湿敷；

（2）超短波理疗。

预防：严格执行无菌操作，对血管有刺激性的药物应充分稀释后应用，并防止药物溢出血管外，要注意保护静脉，有计划的更换注射部位，对血管有刺激性的药物使用时要向患者交代。

4、空气栓塞：输液过程中，不慎有少量气体进入静脉时，病人有不同程度的症状，如：呼吸困难、咳嗽、胸部发紧、气喘和紫绀等，严重者可引起昏迷和死亡。

处理：（1）解除进气的因素；

（2）给氧；

（3）取头低足高左侧卧位；

（4）必要时给高压氧治疗；

（5）对症治疗。

预防：输液前要排尽空气，输液过程中，严密观察，加压输液时要专人守护，及时更换输液瓶等。

5、药物的不良反应：如大环内脂类，喹诺酮类等不需要做药物试验的药物。

症状：病人可有恶心、呕吐、出冷汗或皮疹，头晕等症状。

处理：停药或减慢输液的速度，给予心理安慰，一般可自行缓解。

6、药物的外渗：在临床上很难避免，这与药物的刺激性，病人血管的通透性，尤其是小儿或儿童，哭闹，多动，胶布粘贴缺陷等有关，但更主要的是与我们的穿刺技术和巡视病房是否及时有关，与工作责任心有关，一旦外渗，轻者致穿刺局部肿胀疼痛，若处理不当严重者可导致组织坏死。据我们临床观察，一般抗生素药物无须特殊处理；红霉素，阿奇霉素等用酒精、硫酸镁湿敷有效。当然，抗肿瘤药物是绝对不能渗出血管的。

门诊输液患者的护理：

1、输液前护理（心理舒适护理）

（1）创造一个良好的输液环境。输液室空气新鲜，每日用紫外线消毒，按时通风，做到整洁舒适，整洁的输液环境能缓解病人的紧张感，达到心情舒畅。

（2）输液前与病人及时沟通，达到语言安抚作用。护士主动与病人交流，使用安慰性语言询问其病情，有无过敏史及特殊的要求，在交流中注意礼貌称谓及谈话务员语调和语速，语言安抚能反映出护士的美好心灵，给病人以温暖和鼓舞，消除紧张情绪达到心理舒适。

2、输液中护理（心理、生理、舒适护理）

（1）护士在操作中必须沉着、稳健、熟练、稳、准、快、一针见血，尽可能减少穿刺中的疼痛刺激带给病人的不适，使生理上舒适。

（2）输液中护士要严密观察病情，对于输入抗生素类药物的患者，护士必要在旁观察 30 分钟后，确定无异常情况下方可定时观察，同时观察输液是否通畅，针头是否头过高过低，注意观察病人的注射部位有无液体外溢，疼痛等。根据病情控制滴速，及时密切观察，使病人心理上得到满足感和安全感。

（3）在巡视过程中，可用轻松的语调，适中的音量询问病人，“有什么不舒服可以告诉我”，让患者感到心理舒适，同时嘱咐病人在输液过程中选择舒适体位，防止劳累。

3、输液完毕后的护理（心理、生理舒适护理）

（1）输液结束拔针时动作要轻柔，嘱咐病人按压 3-5 分钟防止血肿形成，对行动不便的病人，护士应主动为其按压，直到注射部位不再出血，对于血管弹性差的病人，嘱其经常热敷，保持血管弹性。

（2）输液完毕后帮助病人穿好衣服，整理床铺，嘱其有关注意事项，再次观察有无输液反应等。

开展舒适护理，护士必须掌握广泛的相关知识，再进行治疗输液时利用自己具备的专业知识及技术技巧，更科学更专业的利用各种方法为患者解除痛苦，在进行护理操作中，以轻柔的手法，精湛的技术，丰富的专业知识，体贴周到的服务为病人提供基本的护理，使病人在

治疗过程中感到舒适提高了病人及家属的满意度。

第三篇：护理静脉输液低速（范文）

1.一般速度：补充每日正常生理消耗量的输液以及为了输入某些液体(如抗菌素、激素、维生素、止血药、治疗肝脏疾病的输助药等)时，一般每分钟 5ml 左右。通常所说的输液速度每分钟 60~80 滴，就是指这类情况。静滴氯化钾，如速度过快可使血清钾突然上升引起高血钾，从而抑制心肌，以致使心脏停搏于舒张期状态。因为血清钾达 7.5mmol/L 时，即有可能发生死亡。如果把 1 克氯化钾(13.9mmol)直接推入血液，那么在短暂时间内，就可使血清钾水平从原来的基础上立即增高 3~3.5mmol/L，显然是极危险的。所以氯化钾的输注速度，一般要求稀释成 0.3%的浓度，每分钟 4~6ml。葡萄糖溶液如输入过快，则机体对葡萄糖不能充分利用，部分葡萄糖就会从尿中排出。据分析，每公斤体重，每小时接受葡萄糖的限度大约为 0.5g。因此，成人输注 10%的葡萄糖时，以每分钟 5~6ml 较为适宜。此外，输入生理盐水时，也不宜过快，因为生理盐水中，只有钠的溶度和血浆相近似，而氯的含量却远远高于血浆浓度(生理盐水的氯浓度 154mmol/L，血浆的氯浓度只有 103mmol/L)，输液过快的结果，可使氯离子在体内迅速增多。如肾功能健全时，过多的氯离子尚可由尿中排出，以保持离子间平衡；如肾功能不全，则可造成高氯性的酸中毒。

2.快速：严重脱水病人，如心肺功能良好，一般应以每分钟 10ml 左右的速度进行补救，全日总输量宜在 6~8h 完成，以便输液完毕后病人得以休息。血容量严重不足的休克病人，抢救开始 1~2h 内的输液速度每分钟应在 15ml 以上。因为，倘若在 2h 内输入 2000ml 液体，就可使一个休克病人迅速好转的话，若慢速输入，使 2000ml 液体在 24h 内缓缓滴入，则对休克无济于事。急性肾功能衰竭进行试探性补救时，常给 10%葡萄糖溶液 500ml，以每分钟 15~25ml 速度输入。为了扩容输入 5%碳酸氢钠或低分子右旋糖酐，为了降低颅内压或急性肾功能衰竭而早期使用甘露醇时，每分钟均需以 10ml 左右的速度进行。快速静滴时，要注意观察病情，因为静脉输液过快，血容量骤然增加，心肺负荷过度，严重者可导致心力衰竭、肺水肿，这种情况尤其多见

于原有心肺疾患的病人或年老病人。因此，在达到每分钟 10ml 以上的快速输液时，护理人员应确切掌握输液前的呼吸次数与脉率，如输液后，呼吸次数与脉率较前为快，且伴有频繁咳嗽者，应减慢滴速，并立即通知医生进行检查。若出现双肺底湿性罗音，说明存在肺水肿的先兆及肺瘀血现象。此时应立即根据医嘱静脉注射快速利尿剂。另外尚须注意，高渗溶液输入速度过快时，可引起短暂的低血压(可能与冠状动脉功能失调致使心排出量减少有关)，也必须予以警惕。

3.慢速：颅脑、心肺疾患者及老年人输液均宜以缓慢的速度滴入。缓慢输液的速度一般要求每分钟在 2~4ml 以下，有些甚至需要在 1ml 以下。

4.随时调速：根据治疗要求不同，输液时除要始终保持一种速度的情况外，还有须按实际需要随时调节滴速。如脱水病人补液时应先快后慢。输入血管活性药的速度应以既能保持血压的一定水平(80~100/60~80mmHg)又不致使血压过度升高为宜，如去甲肾上腺素滴速可维持在 4~20 μ g/min，阿拉明维持在 30~800 μ g/min 等。为便于计算这些药物输入剂量，在配制液体浓度时，使在一定量的液体中加入药量恰好使每滴所含的药量为一个整数，这样易于调节计算，如需低浓度或高浓度，则可按倍稀释。如滴管为 20gtt/ml，同 500ml 生理盐水配成每滴含阿拉明 10 μ g 时，需加入多少 mg 阿拉明？通过计算就可以知道需加 100mg(10 μ g \times 20 \times 500 =100,000 μ g=100mg)。如需高浓度，将阿拉明加倍或将生理盐水减半，则成每滴含 20 μ g；如需低浓度，将阿拉明减半或将生理盐水加倍，则成每滴含 5 μ g。可依次类推。最后还要注意，要达到需要的输液速度，一定要开放一条可靠的静脉通路，尤其要求快速输液时，针头要粗、固定要牢。危重病人应同时开放两条通路，一条补液，一条根据病情加用各种药物静脉滴注。另外，根据循环稳定情况(血压、脉搏)、脱水情况及输入量的记录，应该每 6~8h 总结平衡一次，以便医生及时决定调整补液速度。在静脉输液中应用“静脉输液点滴计算法”笔者在多年的临床工作中运用“静脉输液点滴计算法”效果良好。此方法简单、准确、快捷，口算即可。即以 15gtt 为 1ml，运用以常数 4 乘、除的方法，进行快

速换算，得出每分钟滴数或每小时输入量。快速完成输液操作技术并对每个患者的输液速度做到心中有数，使患者顺利完成输液计划，现将方法介绍如下：已知每小时输入量，计算每分钟滴数。（取每小时输入量除以 4，即得出每分钟滴数。）反之亦然。注：如果是 20 滴每分的，就把 4 改成 3 计算就可以了哦！

输液时的滴数如何换算 一般是 $20\text{ds}=1\text{ml}$ ，每小时输入毫升数=每分钟滴数 *3 eg.500ml 液体，每分钟 40 滴，则约需 $500/40*3=250\text{min}$ 滴完。若为微量泵，以多巴胺为例，以患者体重配液较为方便: 输液速度 ($\text{ug}/\text{kg}*\text{min}$)= $xy/3z$ z:体重 (kg) y:输液器屏幕上显示的速度 (ml/h) x:多巴胺剂量 (mg)令 $x=3z$ ，即以 3 倍体重数值的多巴胺剂量配制，则输液速度 ($\text{ug}/\text{kg}*\text{min}$)= y ,也就是说输液器屏幕上显示的速度就是输液速度 ($\text{ug}/\text{kg}*\text{min}$)。eg.体重 60kg,多巴胺 180mg+NS32ml 泵入 5ml/h,则多巴胺滴速为 $5\text{ug}/\text{kg}*\text{min}$ 正确处理小儿肺炎输液速度 防止心衰出现 小儿发生肺炎、喘息型支气管炎或心肌炎在进行治疗输液时，如果不注意输液速度会易引起肺水肿、心衰等。因此掌握速度很关键，那么如何掌握呢？ 1 不同年龄,速度不同

新生儿：3gtt/ kg*min。用‘十滴水’表示

婴儿：2 gtt/ kg*min。3-4ml/ kg*h 幼儿：1.5 gtt/ kg*min。2-3ml/ kg*h 儿童：1 gtt/ kg*min。2-2.5ml/ kg*h 2 输液理论来源 无论成人或小儿糖的输液速度为 $(0.4-0.5\text{g}/\text{kg}/\text{h})=400-500\text{mg}/\text{kg}*\text{h}=6-8\text{mg}/\text{kg}*\text{min}$ 一次性输液管：1ml=20gtt(相当于)]

第四篇：门诊输液患者的药物不良反应观察及护理

门诊输液患者的药物不良反应观察及护理

【中图分类号】R473 【文献标识码】A 【文章编号】1005-0019 (2014) 03-0312-01

药物不良反应 (ADR) 是指正常剂量的药物用于预防、诊断、治疗疾病或调节生理机能时出现的有害的、与用药目的无关的反应。近年来，随着药品种类的增多，ADR 的发生率也有明显上升趋势。尤其是门诊输液病人，由于年龄跨度大、用药多且缺乏连续观察，ADR 时

有发生。笔者通过对其所在医院 2011 年至 2013 年间收集的 100 例 ADR 报告进行了回顾性分析，并提出了相应的护理。现报道如下：临床资料

1.1 一般资料：本组 ADR 患者 100 例，男 56 例，女 44 例，年龄 6 月—75 岁，平均年龄 45.6 岁；引起 ADR 的相关药物：抗生素类药物 65 例，占 50%；中成药 23 例，占 25.29%；其他药物（抗病毒药、心脑血管系统药、解热镇痛药等）12 例，占 24.71%。

1.2 临床表现：本组患者约在静脉输入液体 50~150 ml、输液 10-30 分钟后出现 ADR 症状。轻度者 32 例，严重者 8 例。临床表现为皮疹、皮肤发红、出冷汗、寒战、发热、面色苍白、恶心、心慌，局部刺激疼痛、沿静脉走向有条索状红肿等。出现 ADR 时间为输液后 1~6min。护理

2.1 心理护理。分析患者生理、病理因素，在输液前了解患者的病情、用药目的和用药情况，知道观察内容及患者特点，详细询问过敏史，对有过敏史的患者，向其说明禁用此药的原因，患者若处于精神紧张状态、空腹状态，容易诱发低血糖反应、胃肠道反应、过敏反应及晕厥，因此护士需要创造良好的治疗氛围，以热情诚恳的态度，亲切柔和的语言接待患者，耐心解释药物的适应症，作用及不良反应，使患者保持稳定心态、轻松愉快的心情积极配合治疗。倾听病人的诉说，且耐心解答，及时给予精神上的开导和生活上的帮助，选择合适的针头，用高超的技术迅速一针见血，减轻疼痛，如患者年龄大，身体弱，精神差，或主诉头晕、心慌时，应给他们取平卧位，保持合适的温度，清新的空气，避免吵闹，输液速度稍慢，播放一些轻音乐，使患者感受轻松

2.2 ADR 的护理：患者发生 ADR 时应立即停药，更换输液器与液体，观察 30min，症状轻者无须特殊用药即可缓解。在发生 ADR 时患者往往会出现一种以上的不良反应表现。ADR 症状中、重者，询问患者既往病史、过敏史，及时反馈给医生根据具体情况。在更换输液器与液体的基础上对症处理。①有头痛，头晕者立即取平卧位，休息。头痛剧烈伴呕吐者给予测血压等检查。

②胸闷、心慌症状占 ADR 的 32.41%，应控制滴速。不能过快。

③出现呼吸困难者通过给予中流量吸氧症状可好转。④患者发生仰嘔，尤其是药疹，常常会感到瘙痒。应多与患者交流。做好心理护理，并帮助患者转移注意力。患者瘙痒难忍时，根据医嘱给予抗过敏药物。

⑤发热反应于输液数分钟开始即可发生。应密切观察体温变化。根据医嘱给予药物降温 and 物理降温。寒战、大汗淋漓者注意保暖，防止受凉。

⑥如果发生注射部位局部发红，肿胀，灼热等静脉炎时，应停止在此部位输液，抬高患肢，并用 50%硫酸镁等溶液湿敷或冷敷。

⑦喉头水肿是 ADR 中较重的反应。应立即给予高流量吸氧。给予抗过敏药。安慰患者，保持患者情绪稳定，避免躁动。监测生命体征，尤其密切观察患者意识，颜面、口唇颜色，动脉血氧饱和度等。必要时行气管插管或气管切开。

2.3 输液护理

2.3.1 无菌操作是减少输液微粒污染，预防反应发生的一种重要措施。因此，要严格按照无菌操作原则和三查七对原则进行配药，护士在静脉输液操作前要有效地进行手的清洁与消毒。使用合格的一次性输液器和注射器，严格做到一人一针一管。穿刺前核对患者姓名时采取“呼唤应答法”及发放座位号牌进行双重查对。护士在患者输液的过程中主动巡视，及时调节输液速度，发现患者有不适反应及时处理。

2.3.2 3 遵守操作常规、增强法律意识：遵守操作常规可以避免医疗差错及医疗事故，也有助于及时辨别及处理 ADR。增强法律意识，可认清护理工作中诸多潜在的法律责任问题。

2.3.3 加强护理人员业务学习，掌握一定的药物知识加强药理知识学习，对药物的用法、用量以及药代动力学、配伍禁忌、不良反应等有所掌握，遇有新药或特殊用药护士之间互相咨询、多看说明书或打电话向药房工作人员咨询对已发生的 ADR 病例进行分析讨论，以不断增强护理人员的识别、处理、预防能力

2.3.4 健康教育

①首先要询问、了解患者有无过敏史或不良反应史，并告知患者可能出现的不良反应，如输液途中有不适感觉要及时告知医护人员，

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/965144313341011102>