

Сестринский уход за больными с заболеваниями ДС

Преподаватель:
Баженова Оксана Викторовна

Список необходимых навыков при работе с больными ДС

- термометрия;
- уход при лихорадке;
- измерение частоты дыхательных движений;
- аускультация лёгких;
- уход за полостью рта,
- использование плевательницы;
- постановка горчичников;
- оксигенотерапия;
- ингаляторное введение лекарств;
- использование карманного ингалятора;
- обучить использованию спейсеров, небулайзеров, пикфлоуметров;
- обучению использованию дренажных положений;
-

- выполнение внутримышечных инъекций;
- разведение антибиотиков;
- внутривенное введение лекарственных препаратов;

Алгоритм измерения температуры тела

Цель: определение температурной реакции пациента

Показания: контроль за состоянием пациента

Противопоказания: нет

Оснащение:

- медицинский термометр;
- маркированная емкость для хранения термометров со слоем ваты на дне;
- лоток для дезинфекции термометров с соответствующей маркировкой

Места для измерения температуры:

- подмышечная область
- паховая складка
- прямая кишка
- влагалище

Подготовка пациента:

- Объяснить пациенту правила измерения температуры
- Придать пациенту удобное положение

Алгоритм действий:

1. Вымыть руки теплой водой с мылом
2. Осмотреть подмышечную впадину и вытереть ее насухо
3. Взять термометр и стряхнуть ртуть ниже 35
4. Расположить термометр в подмышечной впадине так, чтобы ртутный резервуар со всех сторон соприкасался с телом
5. Измерять температуру каждые 10 мин
6. Обратит внимание, чтобы между телом и термометром не было белья
7. Вынуть термометр и зафиксировать цифровые данные в истории болезни по ходу дневника пациента, а также в температурном листе в виде линии, в соответствии с цифровым значением
8. Встряхнуть термометр
9. Обработать термометр в специальном лотке с дезинфицирующим раствором в течении 30 мин
10. Затем промыть термометр под проточной водой, вытереть насухо и поставить в чистую емкость с надписью: «Чистые термометры»

Особенности ухода за лихорадящими больными

Заболевания органов дыхания очень часто сопровождаются лихорадкой и ознобом

Принципы ухода за лихорадящими больными в зависимости от стадии (периода) лихорадки можно кратко сформулировать следующим образом:

- в первый период лихорадки необходимо «согреть» больного,
- во второй период лихорадки следует «охладить» больного,
- в третий период необходимо предупредить падение АД и сердечно-сосудистые осложнения.

Помощь в первом периоде лихорадки

Медицинская сестра должна:

1. Обеспечить постельный режим,
2. Тепло укрыть пациента,
3. К ногам положить грелку;
4. Обеспечить обильное горячее питьё (чай, настой шиповника и др.),
5. Контролировать физиологические отправления,
6. Обеспечить постоянное наблюдение за пациентом.

Помощь во втором периоде лихорадки

Медицинская сестра должна:

1. Следить за строгим соблюдением пациентом постельного режима.
2. Обеспечить постоянное наблюдение за лихорадящим пациентом (контроль АД, пульса, температуры тела, за общим состоянием).
3. Заменить теплое одеяло на легкую простыню.
4. Давать пациенту (как можно чаще!) витаминизированное прохладное питье (морс, настой шиповника).
5. На лоб пациента положить пузырь со льдом или холодный компресс, смоченный в растворе уксуса (2 столовых ложки на 0,5 литра воды) - при выраженной головной боли и для предупреждения нарушения сознания.
6. При гиперпиретической лихорадке следует сделать прохладное обтирание, можно использовать примочки (сложенное вчетверо полотенце или холщовую салфетку, смоченные в растворе уксуса пополам с водой и отжатые, нужно прикладывать на 5-10 мин., регулярно их меняя).
7. Периодически протирать слабым раствором соды ротовую полость, а губы смазывать вазелиновым маслом.
8. Питание осуществлять по диете № 13.
9. Следить за физиологическими отправлениями, подкладывать судно, мочеприёмник.
10. Проводить профилактику пролежней.

Помощь в третьем периоде лихорадки

При критическом снижении температуры тела пациента медицинская сестра должна:

Вызвать врача.

Приподнять ножной конец кровати и убрать подушку из-под головы.

Контролировать АД, пульс.

Приготовить для п/к введения 10% раствор кофеин-бензоат натрия, кордиамин, 0,1% раствор адреналина, 1% раствор мезатона.

Дать крепкий сладкий чай.

Укрыть пациента одеялами, к рукам и ногам пациента приложить грелки.

Следить за состоянием его нательного и постельного белья (по мере необходимости бельё нужно менять, иногда часто).

При литическом снижении температуры тела пациента медицинская сестра должна:

Создать пациенту покой.

Контроль t° , АД, ЧДД, РС.

Производить смену нательного и постельного белья.

Осуществлять уход за кожей.

Перевод на диету № 15.

Постепенное расширение режима двигательной активности.

Алгоритм определения частоты дыхательных движений

Цель: оценка состояния сердечно-сосудистой системы и общего состояния пациента

Показания: контроль за состоянием пациента

Противопоказания: нет

Оснащение:

- Секундомер или часы с секундной стрелкой
- Лист наблюдения за пациентом

Алгоритм действий:

1. Придать пациенту удобное положение, усадить или уложить его
2. Положить свою руку на лучевую артерию пациента, как для подсчета пульса (чтобы отвлечь внимание пациента)
3. Подсчитать число движений грудной клетки или эпигастральной области за 1 минуту (вдох и выдох считается за 1 дыхательное движение)
4. Внести полученные цифровые данные в лист наблюдения

Примечание:

Частота дыхания у взрослого в норме 16-18 в минуту. Частое дыхание - тахинноэ. Редкое дыхание - брадинноэ

Алгоритм обработки полости рта тяжелобольным

Целью обработки полости рта тяжелобольным является очистка полости рта от налета, слизи, микроорганизмов, остатков пищи.

Показания. Постельный режим пациента.

Оснащение. Стерильные ватные шарики в достаточном количестве; стерильные марлевые салфетки; стерильные пинцет и шпатель; два почкообразных тазика - для чистых и использованных шариков, салфеток; раствор калия перманганата бледно-розового цвета или 2 % раствор натрия гидрокарбоната, или 0,9 % раствор натрия хлорида (физиологический раствор), или 3% раствор перекиси водорода (1 столовая ложка на стакан воды); резиновый баллончик или шприц Жане для орошения полости рта; глицерин или вазелиновое масло, или раствор буры в глицерине.

Техника выполнения обработки полости рта тяжелобольному:

1. Медицинская сестра моет руки с мылом.

2. Голову пациента приподнимают с помощью функциональной кровати или дополнительных подушек. Грудь закрывают полотенцем, в руки дают почкообразный тазик (или его держит санитарка у подбородка пациента).

3. Берут пинцетом ватный шарик так, чтобы острые концы пинцета были погружены в вату. Смачивают шарик раствором калия перманганата (или другими дезинфицирующими средствами).

4. Просят пациента открыть рот.

5. В левую руку берут шпатель, оттягивают пациенту щеку и протирают ватным шариком наружную поверхность коренных зубов, жевательную поверхность, внутреннюю, часто меняя шарики (один шарик на два-три зуба) во избежание переноса инфекции с одного зуба на другой.

6. В конце процедуры дают пациенту прополоскать рот кипяченой водой или раствором калия перманганата.

7. Если пациент не может сам прополоскать рот, то следует оросить ему полость рта из резинового баллончика или шприца Жане.

Манипуляцию совершают в следующей последовательности:

- голове пациента придают возвышенное положение, чтобы он не захлебнулся;

- поворачивают голову набок;

- подстилают под щеку полотенце, к углу рта подставляют почкообразный тазик;

- набирают в баллончик или шприц один из указанных дезинфицирующих растворов;

- просят пациента открыть рот;

- орошают внутреннюю часть противоположной щеки струей из баллончика;

- поворачивают голову пациента на другую сторону и, зайдя с другой стороны кровати, повторяют процедуру.

8. При обнаружении налета на языке пациента просят высунуть язык. Пальцами левой руки салфеткой берут язык за кончик. Шпателем, взятым в правую руку, снимают налет. Берут пинцетом ватный шарик, смоченный раствором антисептика, и обрабатывают язык. Берут чистый шарик, смачивают глицерином или вазелиновым маслом, или бурой в глицерине и смазывают язык.

9. Если на губах или углах рта обнаружены трещины, то красную кайму губ и углы рта нужно также смазать глицерином или вазелиновым маслом, или бурой в глицерине.

При наличии мокроты у пациента

- Как можно улучшить отхождение мокроты?
- Для лучшего отхождения мокроты необходимо найти наиболее удобное положение больного — так называемый дренаж положением. При одностороннем процессе это положение на здоровом боку. Дренаж положением проводится 2—3 раза в день по 20—30 минут. Медицинская сестра должна следить, чтобы больной регулярно делал это.
- Как проводится суточное измерение количества мокроты?
- Сплевывать мокроту больной должен в плевательницу из темного стекла с закручивающейся крышкой. Для суточного измерения мокроту из карманной плевательницы переливают в сосуд из светлого прозрачного стекла с крышкой и делениями и хранят в темном прохладном месте.
- Как проводится сбор материала для лабораторного исследования мокроты?
- Для исследования в лабораторию направляют либо утреннюю мокроту, полученную после сна, либо все суточное количество мокроты. Мокроту лучше собирать утром до приема пищи. Больной должен хорошо почистить зубы и прополоскать рот. Выделению мокроты способствуют глубокие вдохи и покашливание. Материал собирают в чистую стеклянную баночку или в специальную стерильную плевательницу, закрытую плотной крышкой. Количество мокроты для обычного анализа должно быть не более 3—5 мл.

Алгоритм выполнения манипуляции «Использование дренажных положений»

I. Показания: обеспечить отделение мокроты.

II. Противопоказания: тяжелое состояние пациента.

III. Оснащение:

1. Функциональная кровать.
2. Плевательница с дезраствором.
3. Полотенце.

IV. Последовательность действий:

Обеспечение прав пациента. Объяснить пациенту смысл создания дренажного положения в постели: для отделения мокроты самотеком. Получить согласие пациента.

Подготовка рабочего места для выполнения манипуляции. Приготовить плевательницу. Заполнить плевательницу на 1/3 - 1/4 дезраствором (5% р-р хлорамина), если нет необходимости для сбора мокроты на исследование.

Подготовка медицинского работника к манипуляции.

Ход манипуляции.

- 4.1. Пациент ложиться на здоровый бок (если пневмония или абсцесс левосторонний, значит укладываем пациента на правый бок).
- 4.2. Поднять ножной конец кровати на 20 - 30 см выше уровня пола, (использовать устойчивые подставки), или можно пациенту опустить голову ниже уровня кровати.
- 4.3. Наблюдать за состоянием пациента в постели. Убедиться, что увеличилось отхождение мокроты при появлении кашля. Для улучшения оттока мокроты можно выполнять вибрационный массаж грудной клетки. Мокроту собирать в плевательницу.
- 4.4. Вытереть лицо полотенцем.
- 4.5. Повторить процедуру несколько раз с перерывом 10 - 15 минут. При двустороннем процессе пациент сначала укладывается на один бок, а затем на другой.
- 4.6. По окончании процедуры придать кровати обычное положение.

Уборка рабочего места с соблюдением требований санитарно-эпидемиологического режима.

Оценка состояния пациента после манипуляции.

Снятие СИЗ медицинского работника, обработка рук, кожных покровов, слизистых (при необходимости).

V. Оценка эффективности манипуляции. Необходимо убедиться в усилении отхождения мокроты.

Использование плевательницы

- **Оснащение рабочего места:** 1) плевательница; 2) емкость с дез. раствором.
- **Подготовительный этап выполнения манипуляции.**
 1. Заполнить плевательницу на 1/4 объема дез. средством.
 2. Объяснить пациенту, что мокроту, выделяющуюся во время кашля, сплевывать в плевательницу, которую необходимо носить постоянно в кармане.
 3. Предупредить о необходимости заполнения плевательницы мокротой до метки 3/4 объема плевательницы.
- **Основной этап выполнения манипуляции.**
 4. После заполнения 3/4 объема, забрать плевательницу у пациента.
 5. Выдать пациенту чистую плевательницу с дезинфицирующим средством.
 6. Выдержать мокроту в дез. растворе (согласно инструкции по применению дезинфектанта).
 7. По истечении времени вылить мокроту в канализацию.
- **Заключительный этап выполнения манипуляции.**
 8. Промыть плевательницу горячей водой.
 9. Обеззаразить путем погружения в дез. раствор (согласно инструкции по его применению).
- **Примечание:** плевательницу смокротой больных туберкулезом автоклавируют.

Оксигенотерапия

- В каких случаях прибегают к кислородной терапии?
- При выраженной степени дыхательной недостаточности проводят кислородную терапию. Под кислородной терапией (кислородной терапией) понимают применение кислорода в лечебных целях. При заболеваниях органов дыхания кислородную терапию применяют в случаях острой и хронической дыхательной недостаточности, сопровождающейся цианозом (синюшность кожных покровов), учащением сердечных сокращений (тахикардия), снижением парциального давления кислорода в тканях (менее 70 мм рт. ст.).
- Каковы основные принципы и правила проведения кислородной терапии?
- Вдыхание чистого кислорода может оказать токсическое действие на организм человека, проявляющееся в возникновении сухости во рту, чувства жжения за грудиной, болей в грудной клетке, судорог и т. д., поэтому для лечения используют обычно газовую смесь, содержащую до 80 % кислорода (чаще всего 40—60 %).

- Современные аппараты для оксигенотерапии имеют специальные устройства, позволяющие подавать больному не чистый кислород, а обогащенную кислородом смесь. Лишь при отравлении окисью углерода (угарным газом) допускается применение карбогена, содержащего 95 % кислорода и 5 % углекислого газа. В некоторых случаях при лечении дыхательной недостаточности используют ингаляции гелиокислородной смеси, состоящей из 60—70 % гелия и 30—40 % кислорода. При отеке легких, который сопровождается выделением пенистой жидкости из дыхательных путей, применяют смесь, содержащую 50 % кислорода и 50 % этилового спирта, в которой спирт играет роль пеногасителя.
- Как проводится оксигенотерапия?
- В больничных учреждениях оксигенотерапию проводят с использованием баллонов со сжатым кислородом или системы централизованной подачи кислорода в палаты. Наиболее распространенным способом кислородотерапии является его ингаляция через носовые катетеры, которые вводят в носовые ходы на глубину, примерно равную расстоянию от крыльев носа до мочки уха.

Ингаляции кислородной смеси проводят непрерывно или сеансами по 30—60 минут несколько раз в день. При этом необходимо, чтобы подаваемый кислород был обязательно увлажнен. Увлажнение кислорода достигается его пропусканием через сосуд с водой или применением специальных ингаляторов, образующих в газовой смеси взвесь мелких капель воды.

Ингаляционное введение лекарств

- Для интенсивного лечения заболеваний дыхательных путей применяют ингаляции — процедуры вдыхания лекарственных веществ.
- Существует несколько типов устройств, различающийся методом создания облака частиц и конструкцией системы.

Небулайзер

- Процесс работы с небулайзером состоит из нескольких этапов: подготовительного, непосредственного применения небулайзера и окончания процедуры.

Подготовка включает следующие шаги.

- Помыть и осушить руки, надеть перчатки.
- Открыть прибор.
- Перелить лекарство из контейнера (небулы) или накапать из емкости нужную дозу.
- Нужный по инструкции объем дополнить физиологическим раствором.
- Сборка прибора и проверка работы.
- Присоединение мундштука или маски.

Дальнейшие правила пользования небулайзером в процессе выполнения процедуры следующие.

- Получение согласия от пациентов, как взрослых, так и детей. Нужно объяснить родственнику суть процедуры и порядок ее выполнения.
- Придать удобную позу. Ребенка нужно усадить или уложить перед устройством.
- Техника проведения зависит от конструкции прибора. Соединить небулайзер и компрессор, включив последний.
- Ингаляции небулайзером выполняются до полного расходования препарата. Это период до 30 минут, при котором работу прибора можно прерывать на 5 или 10 минут.

Завершающий этап предусматривает следующие правила использования прибора, работа которого закончена.

Использование карманного ингалятора

При пользовании дозированными аэрозолями очень важным моментом является правильное выполнение техники ингаляций:

1. Снимите защитный колпачок и встряхните ингалятор.
2. Плавно выдохните.
3. Обхватите мундштук губами и начните медленно и глубоко вдыхать, нажмите на балончик и продолжайте глубокий вдох.
4. Задержите дыхание приблизительно иПО с.
5. Подождите 30 с перед второй ингаляцией.
- 6* прополоскать рот и сплюнуть

Для больных, которые испытывают затруднения при пользовании ингалятором, содержащим дозированный аэрозоль, предлагается использовать спейсер.

Спейсеры гасят скорость частиц лекарственного средства в момент его выброса из ингалятора, при этом уменьшается раздражающее действие аэрозоля, которое может способствовать появлению кашля. При использовании "спейсера" уменьшается также оседание препарата на слизистой оболочке полости рта и ротовой части глотки, уменьшается кашель, а также вероятность развития кандидоза полости рта.

- Каковы основные принципы ухода за больным с болями в грудной клетке?
- При болях медсестра старается придать больному удобное положение, дать обезболивающие препараты, по назначению врача поставить горчичники.

Постановка горчичников.

- **Цель.** Вызывание прилива крови к подлежащим тканям и органам; оказание болеутоляющего, рассасывающего, противовоспалительного действия.
Показания. Воспалительные заболевания органов дыхания; мышечная боль; гипертонический криз; боль в области сердца (отвлекающее действие).
Противопоказания. Аллергия на горчицу; гнойничковые кожные заболевания, нарушения целостности кожи в месте постановки горчичников; новообразования; высокая температура тела.
Оснащение. Горчичники в достаточном количестве, проверенные на пригодность (не изменили свой цвет, горчица не осыпается); сосуд с водой (+40...+45 °С); бумага неокрашенная или полиэтилен достаточных размеров; пленка или полотенце; вата. Нельзя использовать воду температурой выше +45 °С, так как это вызывает разрушение эфирных горчичных масел, являющихся раздражителями кожных рецепторов. В итоге лечебный эффект будет отсутствовать.
Техника выполнения постановки горчичников:
 1. Удобно укладывают пациента, обнажают ту часть тела, на которую будут поставлены горчичники.
 2. Горчичник разворачивают горчицей вверх, смачивают в воде и кладут на освобожденный от одежды участок тела горчичной стороной к коже. При чувствительной коже горчичники нужно ставить через тонкую бумагу или марлю. Ставят столько горчичников, сколько поместится на подготовленном участке тела.
 3. Горчичники прикрывают белой бумагой или полиэтиленом, а затем пленкой.
 5. Оставляют пациента на 3 - 5 мин, затем спрашивают, как он себя чувствует. При жалобах на сильное жжение проверяют, не появилась ли гиперемия в месте приложения горчичников.
 6. Горчичники снимают при появлении гиперемии через 5 - 10 - 15 мин после их постановки.
 7. Кожу обмывают теплой водой, вытирают насухо.
 8. Помогают пациенту одеться, принять удобное положение в постели. Рекомендуют полежать 30 - 40 мин.
- **Примечание.** При чрезмерно чувствительной коже или увеличении срока действия возможны ожоги. При ожогах пораженные участки кожи также обмывают водой, высушивают

Каковы особенности ухода за больными, страдающими одышкой?

- При появлении одышки больному придают возвышенное (полусидячее) положение, освобождая его от стесняющей одежды, обеспечивают приток свежего воздуха за счет регулярного проветривания.
- Уход за больными, страдающими одышкой, предусматривает постоянный контроль за частотой; ритмом и глубиной дыхания. Определение частоты дыхания (по движению грудной клетки или брюшной стенки) проводят незаметно для больного (в этот момент положением руки можно имитировать определение частоты пульса). У здорового человека частота дыхания колеблется от 16 до 20 в минуту, уменьшаясь во время сна и увеличиваясь при физической нагрузке. При различных заболеваниях бронхов и легких частота дыхания может достигать 30—40 и более в минуту. Полученные результаты подсчета частоты дыхания ежедневно вносят в температурный лист. Соответствующие точки соединяют синим карандашом, образуя графическую кривую частоты дыхания.

Каковы основные принципы ухода за больными при кровохаркании и легочном кровотечении?

- Больному назначают полный покой. Ему следует придать полусидячее положение с наклоном в сторону пораженного легкого во избежание попадания крови в здоровое легкое. На эту же половину грудной клетки кладут пузырь со льдом. При интенсивном кашле, способствующем усилению кровотечения, применяют про-тивокашлевые средства. Для остановки кровотечения внутримышечно вводят викасол, внутривенно — хлористый кальций, эписилон-аминокапроновую кислоту. Иногда при срочной бронхоскопии удается тампонировать кровоточащий сосуд специальной кровоостанавливающей (гемостатической) губкой. В ряде случаев встает вопрос о срочном хирургическом вмешательстве.

Техника выполнения внутримышечной ИНЪЕКЦИИ:

Цель: лечебная

Показания: определяет врач

Подготовка к манипуляции:

1. Объясните пациенту цель, ход предстоящей манипуляции, получите согласие пациента на выполнение манипуляции.
2. Обработайте руки на гигиеническом уровне.
3. Помогите пациенту занять нужное положение.

Техника внутримышечной инъекции:

1. Проверьте срок годности и герметичность упаковки шприца. Вскройте упаковку, соберите шприц и положите его в стерильный латок.
2. Проверьте срок годности, название, физические свойства и дозировку лекарственного препарата. Сверьте с листом назначения.
3. Возьмите стерильным пинцетом 2 ватных шарика со спиртом, обработайте и вскройте ампулу.
4. Наберите в шприц нужное количество препарата, выпустите воздух и положите шприц в стерильный латок.
5. Наденьте перчатки и обработайте шариком в 70% спирте, шарики сбросить в лоток для отработанного материала.
6. Выложить стерильным пинцетом 3 ватных шарика.
7. Обработайте центробежно (или по направлению снизу - вверх) первым шариком в спирте большую зону кожных покровов, вторым шариком обработайте непосредственно место пункции, дождитесь пока кожа высохнет от спирта.
8. Шарики сбросьте в лоток для отработанного материала.
9. Ввести иглу в мышцу под углом 90 градусов, оставив 2-3 мм иглы над кожей.
10. Перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное вещество.
11. К месту инъекции прижать стерильный шарик и быстро вывести иглу.
12. Уточните у пациента самочувствие.
13. Заберите у пациента 3 шарик и проводите пациента.

Проведите мероприятия по инфекционной безопасности, обработайте руки на гигиеническом уровне, осушите индивидуальным полотенцем.

ВЛИВАНИЯ

Цель: лечебная

Показания: назначения врача

Места проведения: вены локтевых сгибов и кистей

Необходимое условие: манипуляция проводится в процедурном кабинете поликлиники или стационара

- 1.Вымойте руки с мылом, высушите индивидуальным полотенцем, обработайте кожным антисептиком;
- 2.Проверьте срок годности и герметичность упаковки шприца. Вскройте упаковку, соберите шприц и выложите его в стерильный почкообразный лоток; 7
- 3.Проверьте название, срок годности, физические свойства и дозировку лекарственного препарата. Сверьте с листком назначения;
- 4.Возьмите стерильным пинцетом 2 ватных шарика со спиртом и сбросьте их в ладони. Обработайте и вскройте ампулу;
- 5.Наберите в шприц нужное количество лекарственного препарата;
- 6.Сбросьте защитный колпачок с иглы, и пустую ампулу в лоток для отработанного материала (кроме ампул от сильнодействующих и наркотических лекарственных средств);
- 7.Положите шприц в стерильный лоток;
- 8.Положите в стерильный лоток со стороны поршня стерильные ватные шарики (не менее 4 штук);
- 9.Объяснить пациенту ход манипуляции;
- 10.Усадите или уложите пациента. Под локоть для максимального разгибания руки положите клеенчатую подушку;
- 11.Наложите через одноразовую пеленку или салфетку (или на одежду) на среднюю треть плеча венозный жгут так, чтобы его свободные концы были направлены вверх, а петля вниз. Попросите пациента поработать кулаком;
- 12.Наденьте стерильные перчатки. Снимите с их поверхности тальк ватным шариком со спиртом;
- 13.Пропальпируйте наиболее доступную и наполненную вену, ватным шариком с кожным антисептиком обработайте всю область локтевого сгиба (в направлении снизу вверх);
- 14.Попросите пациента сжать кулак, после чего обработайте место инъекции ватным шариком с кожным антисептиком;
- 15.Натяните большим пальцем левой руки кожу локтевого сгиба на себя, фиксируя вену;
- 16.Возьмите шприц в правую руку, держа указательный палец на канюле иглы, расположите иглу срезом вверх, параллельно поверхности осторожно проколите кожу и вену (одномоментно или двухмоментно) и продвиньте иглу на 1/3 длины по вене до ощущения попадания в пустоту или появления крови в канюле и цилиндре шприца;
- 17.Потяните рукой поршень на себя так, чтобы в цилиндре шприца появилась кровь;
- 18.Развяжите жгут, потянув за один из свободных концов, попросите пациента разжать кулак, еще раз потяните поршень на себя для проверки контакта иглы с веной;
- 19.Введите лекарственный препарат, не меняя положение шприца;
- 20.Приложите к месту инъекции ватный шарик с кожным антисептиком и извлеките иглу из вены;
- 21.Попросите пациента согнуть руку в локтевом суставе, оставив шарик до полной остановки кровотечения из места прокола;
- 22.Выдайте оставшиеся документы, соберите ватный шарик и проведите его до двери кабинета