

常见注射部位规范护理实用方法

注射治疗是临床基础且常用的治疗手段,涵盖肌肉注射、皮下注射、静脉注射、长期留置针输液及特殊药物长期注射等多种方式。无论患者是短期治疗还是长期居家注射,注射部位护理都至关重要。科学护理不仅能促进药物吸收、保障疗效,还能有效预防针眼出血、皮下瘀青、局部硬结、静脉炎等并发症。但很多患者忽视护理细节,常出现肿痛、硬结、发炎等问题,既增加痛苦又影响治疗,因此掌握规范护理方法对接受注射治疗的患者尤为必要。

注射前基础皮肤清洁护理

注射前护理是预防感染、减少不良反应的第一道防线。患者注射前需用温水清洁注射部位并擦干,保持皮肤干净干爽、无油污,避免涂抹润肤霜、药膏等,防止影响消毒效果或残留细菌引发感染。同时要自查皮肤状况,若注射部位有破皮、红肿、皮疹、旧硬结等异常,需及时告知医护人员更换注射部位,严禁在

破损或发炎部位注射。长期反复注射者,需提前规划部位轮换,避免固定同一位置,从源头减少皮肤损伤和硬结增生。

注射后即时按压与针眼护理

注射后的即时护理是防止出血、瘀青的关键。医护人员拔针后,患者需用无菌干棉签轻轻按压针眼及周围,仅按压不揉搓——揉搓会破坏皮下微小血管,加重瘀血肿痛,还可能诱发感染。普通肌内、皮下注射按压3~5分钟即可,静脉注射及凝血功能较差、长期服用抗凝药物的患者,需延长按压时间。注射后避免频繁触碰针眼,穿宽松棉质衣物减少摩擦压迫,24小时内针眼禁止沾水,不洗澡、不游泳,防止生水引发感染,保障针眼正常愈合。

不同注射类型日常分区护理

不同注射方式的护理重点不同,需分区养护。肌内注射多在臀部,药液吸收较慢,术后需减少久坐压迫,适当活动肢体促进药物吸收;皮下注

射多在腹部、上臂、大腿外侧,需坚持部位轮换,每次注射间隔一定距离,避免新旧针眼重叠;静脉注射及留置针患者,置管手臂不要提重物或用力过度,保持贴膜干燥牢固,脱落或受潮及时更换,预防静脉炎和穿刺口感染。长期注射者需规律轮换部位,避免皮肤硬化、脂肪萎缩,减轻皮肤损伤。

硬结、血肿瘀青对症消肿护理

注射后局部红肿、硬结、瘀青、血肿较为常见,需科学对症护理。轻微红肿和小硬结,24小时后可用温热毛巾热敷,每次15分钟左右,每日2~3次,促进血液循环、软化硬结;皮下瘀青和血肿,24小时内冷敷可收缩血管,减少出血和血肿,24小时后热敷活血化瘀。土豆片外敷温和安全,适合各类硬结肿痛;硫酸镁湿敷消肿抗炎效果好,适用于严重肿胀和静脉炎患者。护理时切勿挤压、抓挠患处,避免加重损伤和感染。

特殊药物护理及异常情况就医处理

黄体酮等油性特殊药物黏稠难吸收,易形成顽固硬结和剧烈疼痛,需加强热敷和部位轮换,减少不良反应。日常护理中,若出现针眼流脓、皮肤溃烂、红肿热痛加重、硬块增大、全身发热或严重过敏等情况,需立即停止自行护理,及时告知医护人员并就医,切勿拖延病情。

总之,注射部位护理并不复杂,只要做好注射前清洁防护、注射后正确按压、日常分区养护、异常情况对症处理,特殊情况及时就医,就能有效减少注射不适,促进身体早日康复。

{作者:林琪望 福建省妇幼保健院 副主任护师

基金项目:福建省自然科学基金联合资助项目2024J011050 [Sponsored the Natural Science Foundation of Fujian Province of China (Grant number: 2024J011050)]

胃镜和病理结果不一样 萎缩性胃炎该信哪个

不少市民做完胃镜后常会困惑:内镜报告写萎缩性胃炎,病理活检却是慢性非萎缩性胃炎;也有人胃镜看胃黏膜完好,病理反倒查出腺体萎缩。两份检查结论相悖,很多患者忧心检查出错、病情严重。从临床诊疗规范来看,这种情况十分常见,并非检验失误,只因胃镜、病理两种检查的诊断逻辑和评判标准截然不同。确诊萎缩性胃炎,病理报告才是金标准。

胃镜属于宏观肉眼筛查,医生借助内镜直视胃黏膜,依靠黏膜色泽、厚薄、血管纹路等外在形态初步判断。健康胃黏膜色泽红润、表面光滑,血管隐匿;萎缩黏膜典型表现为灰白相间、黏膜变薄、皮下血管显露,部分伴随颗粒状增生。但肉眼判断局限性突出:结果受医生经验、仪器清晰度、胃内充气程度影响,主观性较强;胃萎缩大多呈局灶零散分布,小片轻微萎缩很难肉眼分辨;幽门螺杆菌感染、胆汁反流、急性炎症造成黏膜水肿发白,还会形成外观酷似萎缩的“假性萎缩”,造成胃镜误判。因

此胃镜只能作为初筛参考,不能单独用来确诊萎缩性胃炎。

病理活检立足于微观组织结构,是慢性胃炎确诊的法定依据。检查时医师摘取少量可疑胃黏膜组织,经过固定、切片、染色处理后,病理医师在显微镜下观察腺体数量与细胞形态。依据国内慢性胃炎诊疗共识,胃固有腺体减少或消失,是萎缩性胃炎唯一确诊指标,与黏膜表面外观没有必然关联。病理可精准甄别真性萎缩与炎症诱发的假性萎缩,同时区分萎缩轻重程度,排查肠化生、异型增生等高危病变,诊断数据客观严谨,是制定用药与随访方案的关键。当然,病理报告的结论仅基于所取活检组织,也存在一定局限性。

报告单前后矛盾主要分两类情形。其一,胃镜提示萎缩、病理无萎缩,占此类病例的大多数,多为炎症假性萎缩。幽门螺杆菌侵袭、胆汁反流、生冷辛辣饮食刺激,都会造成胃黏膜水肿褪色,外观形似萎缩,镜下病理腺体结构完好,只需对症消炎、调理肠胃即可恢复;少

数因萎缩病灶过于狭小,活检取样未取到病变组织,出现漏取情况。其二,胃镜黏膜外观正常,病理确诊萎缩,属于隐匿性胃萎缩,早期病变仅局限于黏膜细小点位,胃部整体外观无异常,肉眼极易漏诊,这也是中老年胃病高危人群胃镜务必配套病理活检的关键原因。

临床统一诊疗原则:无论胃镜结果如何,萎缩性胃炎的确诊、分度、用药及复查计划,全部以病理报告单为准。胃镜负责全域探查胃部病变位置,辅助医生精准选取活检点位,病理负责明确病变本质。若仅胃镜提示萎缩,病理未见腺体减少,以控制炎症、日常养胃为主;一旦病理确诊腺体萎缩,即使胃镜肉眼无异常,也应及时规范治疗。

针对萎缩性胃炎防治,临床给出四点实用建议。一是放平心态,两项结果不一致是检查原理差异所致,属于正常现象,不必过度恐慌焦虑。二是根除诱因,幽门螺杆菌是诱发胃黏膜萎缩的首要危险因素,胃炎患者应优先筛查,结果阳性尽早规范除

菌,轻症萎缩存在逆转可能,能有效阻止病变进展。三是养成养胃习惯,戒烟限酒,远离腌制食品、辛辣刺激性食物,三餐定时,少熬夜,减少胃黏膜持续损伤。四是按期复查,普通慢性非萎缩胃炎按需检查;轻度萎缩每2~3年复查胃镜加病理,中重度萎缩遵从医嘱缩短复查间隔,动态监测胃部变化。

胃镜看表象、病理定本质,两项检查相辅相成、互为补充。萎缩性胃炎为可控慢性病,尤其与年龄相关,预后整体良好,患者遵照消化科医师指导规范治疗、定期随访、科学养护,就能稳定胃部健康。

(作者:苏晓丽 福建医科大学附属第一医院 医师)

医学科普专栏投稿邮箱:
fujianwsbkp@126.com
联系电话:0591-88369123
联系人:杨老师