

2010年外科护理：胃肠减压患者置管后的护理_护士资格考试_PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/1/2021_2022_2010_E5_B9_B4_E5_A4_96_c21_1873.htm

要妥善固定，保持有效引流，插管后一定要先用干毛巾擦干鼻翼两侧，再用医用胶布固定，防止胃管滑脱。护士在每次巡视病房时，如发现胶布松动，要及时更换。除常规固定外，再用别针固定于衣领上，防止因脱出而导致重新置管带来的痛苦。同时还要注意引流是否通畅，定期行胃肠减压，如出现恶心、呕吐、腹胀者应考虑到引流不畅，及时检查原因，调整角度或长度，同时检查是否堵塞，必要时要及时更换。注意观察患者引流的量、颜色以及性状，做好各项记录，引流液一般为无色状。胃手术后的胃液，一般呈红色或暗红色；陈旧性血液为咖啡色；胆石症患者胃液为草绿色；肠梗阻患者胃液呈淡黄色；如胃内引流出大量鲜红色液体，说明有胃出血，需立即告知医生处理。对于胃管机械性刺激引起咽喉不适肿痛，可用西瓜霜剂加生理盐水10ml、庆大霉素8万u、地塞米松5mg，充分摇匀进行局部喷雾3~5次/日。在禁食期间，要加强口腔护理，观察口腔黏膜有无溃疡、霉菌感染等。对于置管引起的患者情绪变化，护士可指导患者多听音乐或做深呼吸等，分散其注意力。更多信息请访问：百考试题护士网校护士论坛 护士在线题库 2010年执业护士保过班优费 赠送E币 2010护理学专业（护士）《相关专业知识》全真模拟试汇总 2010护理学专业（护士）《基础知识》全真模拟试题相关推荐：2010年外科护理：胃肠减压患者置管前的护理 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com