

失血性休克的抢救与临床护理 PDF转换可能丢失图片或格式
，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/273/2021_2022__E5_A4_B1_E8_A1_80_E6_80_A7_E4_c67_273772.htm 1临床资料 本组33例均为2006年1~12月民和县人民医院收治的失血性休克的患者，其中男24例，女9例，年龄在18~55岁，以青壮年多见。其中胸腹伤7例，上肢血管损伤6例，下肢血管损伤11例，颅脑外伤8例，股动脉损伤1例，2例于入院后30min内抢救无效死亡。

2抢救与护理

2.1一般护理立即将患者安置在抢救室去枕平卧，有利于呼吸循环功能恢复，改善脑灌注。

2.2迅速扩充血容量常取大静脉，如上肢的正中静脉，下肢的大隐静脉，用套管针建立两条静脉，快速地输血输液。在紧急情况下可加压输入，同时开放尿管。在输液过程中要严密观察血压、脉搏、呼吸、尿量的变化，如血压升高大于90/60mmHg，心率减慢到100次/min以下时，可减慢输液速度。因严重创伤者不但丢失全血，而且使血液浓缩，此时先输晶体液比输全血或胶体液更为适宜。

2.3保持呼吸道通畅并合理给氧失血性休克均有不同程度的缺氧，吸氧后要改善缺氧状态，纠正缺氧对机体的危害，同时在吸氧过程中可加强呼吸道管理，及时清除口腔及咽喉部分泌物、呕吐物，以防吸入气管引起窒息。

2.4纠正酸中毒由于组织缺氧，体内的乳酸、丙酮酸蓄积、休克常伴有不同程度酸中毒，视病情而定，选择补给碱性溶液5%碳酸氢钠或11.2%的乳酸钠。

2.5改善心功能由于大量出血，导致心脏排血量减少，动脉压下降、脉搏快而弱、心率加快、心音无力，可适当应用洋地黄制剂如西地兰等，增加心肌收缩力。

2.6应用血管药物辅助升高血压，但必须首先补

充血容量，可用小剂量血管收缩剂，使血压升高，同时也收缩微血管，使组织缺氧加重，因此常合用血管扩张剂，如山莨菪碱等，以改善微循环。

2.7去除休克病因如内脏出血、消化道出血不止者，休克症状稍有缓解，应及早手术治疗，重症患者应采取边抗休克边手术止血。

2.8一般护理

2.8.1密切观察病情注意神志、尿量变化，测T、P、R、BP，每15~30min一次，并详细记录各项抢救措施，另外还应观察瞳孔的大小、对光反射情况，皮肤的温度、色泽、湿度、皮肤转暖，红润表示休克好转；同时应观察周围静脉及甲床的情况，准确记录液体出入量。

2.8.2观察尿量尿量的变化常反应肾灌注的情况，尿量减少一半是休克的早期表现之一，休克患者需留置尿管，观察尿量，休克是肾血液量减少及肾血液十分明显的异常分布，当尿量少于20ml/h，提示肾血流灌注不足虚假素补液，休克好转时尿量可恢复，如每小时尿量达30ml以上，表示循环状态良好。

2.8.3注意观察微循环的改变患者出现面色苍白、皮肤湿冷、出冷汗、脉压进一步缩小，是休克加重的征象，如果患者皮下黏膜有瘀斑或骨折开放部位渗血不止，应向医生提示考虑有DIC可能并准备肝素、低分子右旋糖酐等药物，做好一切抢救的准备工作。

2.8.4严格执行无菌操作原则防止感染，并保证患者输液、输血、导管等各装置管的通畅。

2.8.5其他护理注射破伤风抗毒素1500u，预防破伤风，在观察治疗抢救的同时，应及时处理及防止并发症做好口腔护理，防止口腔及肺部感染，做好皮肤护理，按时给患者翻身，按摩受压部位，防止褥疮的发生。

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