

2011年初级护师辅导：胃肠减压的护理措施 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/3/2021_2022_2011_E5_B9_B4_E5_88_9D_c21_3402.htm

胃肠减压的护理措施:密切观察胃管引流的颜色及性质，记录24h引流量；保持有效的胃肠减压；做好健康指导等！胃肠减压的护理是护士/护师/主管护师考试经常考到的知识点，百考试题初级护师站搜集整理胃肠减压的护理，现总结如下：（1）密切观察胃管引流的颜色及性质，记录24h引流量。胃大部切除术后多在当天有陈旧性血液自胃管流出，24～48h内自行停止转变为草绿色胃液。（2）保持有效的胃肠减压，减少胃内的积气、积液，维持胃处于排空状态，促进吻合口早日愈合。观察胃管是否通畅，发现胃管内有凝血块或食物堵塞时及时用注射器抽出，生理盐水10～20ml反复冲洗胃管致其通畅。（3）留置胃管期间给予雾化吸入每日2次，有利于痰液排出，并可减轻插管引起咽部不适。（4）做好健康指导。主管护士应仔细讲解胃管的作用及留置的时间，取得患者的合作。防止其自行拔管，防止重复插管给患者造成痛苦和不良后果。特别推荐

：[#0000ff>2011年护士执业资格考试内容七大变化](#)

[#0000ff>2011年执业护士考试题型](#) [#0000ff>2011年执业护士考](#)

[试时间](#) [#0000ff>2011年执业护士资格考试大纲](#) 更多信息请访

问：[#0000ff>2011护理专业辅导无忧通关班](#) 相关链接：

[#0000ff>2011年初级护师辅导：佩普劳的护患关系四期](#)

[#0000ff>2011年初级护师辅导：透析性低血压的症状](#) 欢迎进入

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