

2012年妇产科护理：宫外孕失血性休克患者的护理 PDF转换
可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/4/2021_2022_2012_E5_B9_B4_E5_A6_87_c21_4039.htm 宫外孕失血性休克患者的护理：临

床护理，与医生密切配合。1.临床护理（1）给予患者正确的体位：即采取V型卧位，将头部和脚各抬高 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ ，这一体位有利于呼吸道通畅及下肢回心血量增加，有利于机体重要脏器的血供。（2）迅速建立多个静脉通道及补充血容量。及早尽快建立两个以上静脉通道补充血容量，最好选12号~16号针头，穿刺部位选择粗大静脉。失血过多，血管塌陷穿刺困难时应即行深静脉穿刺或静脉切开，确保快速建立静脉通道及有效补充血容量。液体应快速滴入，每分100滴左右，1小时内输入液体500ml~1000ml以上，也可用12号针头两条静脉输入。争取在半小时输入3000ml~4000ml液体。当血管痉挛，液体不易输入时可加压输液。在建立静脉通道的同时应尽快地采好血标本，急查血型、HCG、凝血功能等，并进行交叉配血，做好输血准备。输血时要注意给予血液加温，避免大量低温血液进入体内引起小动脉和毛细血管痉挛，造成微循环障碍而进一步加重休克期的无氧代谢和酸中毒，也可避免由于血管痉挛管腔变窄使液体进入的速度缓慢，延长抗休克的时间。（3）及时给患者插好尿管，使膀胱空虚，避免术中损伤膀胱，也可通过对尿的观察以便了解体内主要脏器血液灌流量的情况及休克有否改善。当尿量增至25ml/小时，收缩压接近正常。脉搏慢而有力，肢体转暖则表明血容量基本补足，可适当调节输液速度，防止发生肺水肿。

（4）及时按休克程度给予适当流量的吸氧，以改善组织缺氧

的状况。我们采用鼻导管给氧法，轻度休克流量2L～4L/分，中重度休克流量4L～6L/分，能提高血氧饱和度，改善组织缺氧，有利于休克的恢复，同时密切监护病人生命体征及神志，观察口唇、指甲等颜色的变化，保持呼吸道通畅。（5）休克患者四肢厥冷，提高室温或用棉被保暖，保持正常体温，不要在体表加温，因体表加温会使皮肤血管扩张，回心血量减少，破坏机体的调节功能，减少重要脏器的血液供应，对于抗休克不利。（6）在积极抗休克的同时应迅速做好手术前准备。

2.与医生密切配合（1）患者入院时多数对病情无思想准备，易出现恐惧，悲观心理，不能配合抢救工作，应配合医生使病人消除恐惧悲观心理，了解基本病情，主动配合治疗。（2）在抢救中多是口头医嘱，须重复一遍，给药时让第二者核对，在抢救中用过的安瓿、血袋要统一存放，以备事后再核对。（3）分秒必争作好术前准备。宫外孕休克患者绝大部分需紧急手术治疗，所以在抗休克的同时，尽快做好手术前准备及时手术治疗。要由专人负责输血、输液、给药，在10～15分钟内做好术前准备，为病人及时手术抢救赢得时间。（4）术后护理，详细询问术中尿量及失血量的多少。密切观察生命体征，术后2小时每15～30分钟监测1次，血压平稳后渐改为每小时观察1次，确保输液管道通畅，保持水电解质平衡，准确记录出入量，加强基础护理，有异常变化及时报告医生。

特别推荐：[#0000ff>2011年护士资格证成绩查询时间](#) [#0000ff>2011年护士资格证分数线](#) [#0000ff>2012年执业护士考试介绍](#) 更多信息请访问：[#0000ff>护士考试辅导无忧通关班](#) [#0000ff>护士论坛](#) [#0000ff>护士在线题库](#) 相关推荐：[#0000ff>2012年妇产科护理：产科护理的特点](#)

#0000ff>2012年妇产科护理：产后大出血的护理 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