



关于异位妊娠失血性休克病人的急救体会

杨涛 (四川护理职业学院 四川成都 610106)

摘要:目的 讨论异位妊娠失血性休克病人的急救措施, 熟练掌握及快速识别异位妊娠病人大出血后的休克先兆, 提高抢救该类病人的成功率。方法 回顾性分析某市妇女儿童医院妇科病区 2011 年 6 月~2013 年 9 月收治的该类病人的抢救措施。结果 妇科病区收治的该类病人均通过急诊手术治疗, 术后 7~8 天痊愈出院。结论 护理人员应有充实的理论基础和果断的急救处理能力, 能快速识别休克先兆; 抢救时争分夺秒, 医护配合密切; 严密监测病人的病情变化; 积极主动快速做好术前准备。

关键词: 异位妊娠 失血性休克 急救措施 护理 健康指导

中图分类号: R473.71 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 01-335-02

异位妊娠, 受精卵在子宫腔外着床发育的异常妊娠过程, 也称“宫外孕”, 是妇产科非常常见的急腹症, 其中以输卵管妊娠多见, 约占 95%, 近年来发病趋势有所上升。某市妇女儿童医院妇科病区 2011 年 6 月~2012 年 9 月收治的异位妊娠病人 36 例, 其中进行抢救并有抢救记录的人数为 28 例, 现在对这 28 名病人的抢救措施进行总结。

1 临床资料

某市妇女儿童医院妇科病区 2011 年~2013 年收治了异位妊娠失血性休克病人 36 例, 其中进行抢救并有抢救记录的病人 28 例, 年龄 26~32 岁, 其中入院时 80~70 / 60~50 mmHg 18 例, 小于 60 / 40 mmHg 7 例, 血压测不到 3 例, 都属于经产妇, 停经时间为 6~8 周, 所有患者均有不同时间的腹痛, 面色苍白、四肢湿冷、脉搏快而细、疼痛剧烈、恶心、呕吐等症状, 大多数也有阴道流血, 个别无阴道流血。出血量在 1000~2000 ml 之间的病人 24 例, 2000~3000 ml 之间的病人 4 例。28 例异位妊娠失血性休克病人均行急诊手术治疗, 其中 1 例病人发生术后伤口感染, 经抗感染治疗后痊愈出院, 治愈率达 100%。

2 建立妇产科的急救制度^[1]

2.1 制定异位妊娠失血性休克病人抢救流程

严格按照相关流程井然有序地进行抢救。

2.2 抢救人员的分工及配合

抢救病人时, 参加抢救的人员应保持清醒的头脑, 明确分工, 密切配合, 熟练掌握休克病人的急救方法和急救药品的使用, 坚持抢救生命为第一原则, 全力以赴, 听从指挥, 迅速、准确地进行诊断、治疗及护理, 并及时进行有效的抢救。

3 抢救措施

3.1 通知医生, 全面评估患者的病情

护理人员在患者入院后, 需密切观察患者的临床表现, 对有停经史、下腹部疼痛、阴道流血的病人应警惕异位妊娠破裂的可能。并迅速通知值班医生, 对患者的血压、呼吸、脉搏、体温等生命体征进行监测, 注意有无精神紧张, 烦躁焦虑, 面色、皮肤苍白, 口唇甲床发绀, 心率、呼吸频率加快, 出冷汗, 脉搏细速等休克的表现, 以便评估出血量和采取相应的抢救措施^[2]。

3.2 安置体位与吸氧

应立即将病人安置于休克卧位, 即中凹位(头和躯干抬高 10°~20°, 下肢抬高 20°~30°), 以增加回心血量, 利于恢复呼吸循环功能和颅内静脉回流。体位摆放同时应给予氧气吸入, 高流量(大于 40%)、高浓度(4~6 L/min)

吸氧, 必要时面罩加压给氧, 或者行气管插管等辅助呼吸, 以保证吸氧通畅有效, 改善缺氧状态, 保持呼吸道通畅, 提高患者的血氧饱和度, 维持重要脏器的功能^[3]。

3.3 开放静脉通道和留取血标本

建立有效的静脉通路是抢救休克病人的重要措施。抢救人员应立即建立 2~3 条静脉通路, 选择易固定、粗大的血管作为静脉穿刺点, 并使用 BD 留置针, 如因患者失血过多血管塌陷而不宜穿刺者应通知麻醉师行中心静脉置管术^[4], 留置针成功后先连接抽血针头, 为患者留取血标本, 进行血常规、血型、凝血功能、血 HCG、电解质等检查。

3.4 扩充血容量

在补充一定量的晶体液后, 随后应立即给予胶体液, 因为胶体液可提高胶体渗透压, 有利于维持足够的有效循环血容量, 而且减少补液量。①给予适量的低分子右旋糖酐, 输注后保持在血管内 24h, 以利于降低血液黏稠度, 防止红细胞凝聚并改善微循环障碍程度, 对于休克有重要作用。②悬浮红细胞及血浆, 是补充血容量的理想胶体溶液, 但是在给病人输入悬浮红细胞 4U, 血浆 1000 ml 血后, 应静脉注射 10% 葡萄糖酸钙 10 ml, 以防止血中枸橼酸钠中毒。③输液速度: 抢救过程中可根据患者的血压、脉搏、尿量、中心静脉压等来估算血容量是否补足, 并随时进行输液速度的调整。一般滴数在 90~120 滴/分^[5]。

3.5 确诊

后穹窿穿刺确诊为失血性休克后并征得家属同意后, 通知手术室, 遵医嘱尽快做好手术前各项准备(备皮、过敏试验、必要时行导尿术、给病人换上手术衣), 通知工人立即送往手术室。

4 结果

而对于案例中所提到的 1 例病人发生了术后伤口感染, 伤口感染发生的原因主要是以后几点: 病人抵抗力低下, 手术时间过长, 手术后无菌操作意识不强等, 针对这一现象, 护理人员应该在医生切开引流后严密观察伤口情况, 如有异常立即报告医生进行处理。

从抢救该类病人经验中我们看到护士应该牢固掌握相关的专科知识, 熟练掌握抢救休克病人的流程, 并在抢救过程中要严格执行查对制度。因为抢救时多是口头医嘱, 护理人员应该口头复述一遍, 执行时需经第二人查对后方可实施, 并在口头医嘱本上记录, 抢救时用后的安瓿、血袋等统一保存, 以备事后查对。在抢救过程中提高抢救中的护理质量, 积极地配合医生, 有条不紊, 从而提高异位妊娠失血性休克病人的抢救成功率。

参考文献

- [1] 肖俊英. 异位妊娠并失血性休克的护理[J]. 现代医院, (下转第 338 页)

作者简介: 杨涛 (1991.8-), 男, 汉族, 籍贯: 四川成都, 职称: 助理讲师、护师, 学历学位: 大学本科理学学士, 现从事工作: 护理学教师、护师。



观察组患者进行健康教育后,健康知识了解优良率计算为 91.84%,对照组患者进行健康教育后,健康知识了解优良率计算为 75.51%,两组数据比较 $P < 0.05$,存在统计学意义,详细数据见表 2。

2.3 住院用时

观察组患者平均住院用时为 (11.4 ± 2.5) d,对照组患者平均住院用时为 (15.7 ± 2.9) d,组间数据比较后 $t=7.8613$, $P < 0.05$,产生统计学意义。

3 讨论

3.1 临床护理路径可将护理质量提升

传统护理模式中护理人员通常依据医嘱实施护理,并无确定的目标,同时无相应的规范,此外护理人员资历、学历均存在差异性,对患者实施健康教育同样有所不同。在健康教育过程中采用临床护理路径,可使护理人员工作具有计划性和预见性,同时确定了护理方向,保证每位患者均可获取标准的健康教育^[4,5]。从而将其工作形式予以转变,从软指标过度至硬指标,进而将整体护理质量提升。

3.2 提升护理满意度

护理人员缺少和患者的交流会引发护患纠纷事件,因为传统护理模式自身存在的局限性,护理人员并不重视和患者之间的交流,进而产生工作失误,从而出现纠纷事件^[6]。临床护理路径规划了健康教育工作内容,护理人员每日均需要和患者进行交流,将疾病相关知识进行讲解,并耐心解答患者的疑问,进而加强两者之间的沟通,有助于良好关系的创建^[7]。将以往被动模式转变为主动模式,保证护理技术可以有效实施,进而将患者满意度提升。

3.3 减少住院用时

采用临床护理路径后将健康教育工作转变为一种标准护理环节,对护理服务有效实施的同时为护理人员提供相应的规划,各个阶段均存在确定的护理方向,将工作效率提升,

减少患者住院用时^[8]。此外此护理模式加入了成效管理理念,对护理人员日常工作中额外干预进行规范,从而将医疗行为随意性进行减少。

综上所述,以健康教育工作而言,临床护理路径的应用可将整体工作效率提升,进而将护患关系改善,充分体现出健康教育应用效果。此外实施整体护理后为临床护理路径提供了依据,两者具有协同效果,从而将护理人员服务理念进行完善,以患者为主,将真题护理理念呈现^[9]。实施临床护理路径的过程中,规划且评估了事件和时间,使得护理人员可依据计划实施护理,充分呈现出护理的互动性和主动性,此护理模式在临床中具有应用价值。

参考文献

- [1] 李茂华,李黎,韦小兰等.微创临床护理路径对心血管介入患者的效果[J].西部医学,2015,27(3):460-461,464.
- [2] 王亚红.临床护理路径在肝硬化合并上消化道出血患者中的应用效果[J].国际护理学杂志,2012,31(12):2239-2240.
- [3] 高霞,赵迎春.应用临床护理路径对心内科老年患者进行健康教育[J].齐齐哈尔医学院学报,2011,32(3):483-484.
- [4] 罗晓辉,孙丽.临床护理路径在心血管内科健康教育中的应用效果[J].中国基层医药,2013,20(11):1741-1743.
- [5] 吕荣,张霞,张金兰.临床护理路径在心血管内科健康教育中的应用研究[J].中国医药指南,2013(24):667-668.
- [6] 杨莉君,杨秀华,陈虹利.心血管内科护理中存在的风险及对策分析[J].中国卫生产业,2016,13(20):32-34.
- [7] 郝献芳.心血管内科护士护患沟通能力的培养[C]//新医改形势下护理管理创新论坛暨护士长培训班.2012.
- [8] 罗锦兰.临床护理路径在心血管患者护理中的应用效果[J].中国保健营养,2017,27(11):211.
- [9] 罗运莲,刘庆,陈华丽,等.责任包干制整体护理联合临床护理路径的应用[J].中华现代护理杂志,2012,18(11):1320-1323.

(上接第 334 页)

用可有效降低患者的手术痛苦,加快患者的病情康复;研究组患者的术后并发症率低于常规组($P < 0.05$),说明,予以患者循证护理干预,能有效降低患者术后不适感,提高预后。

总之,对行胆囊切除术结石性胆囊炎患者采取循证护理干预,其效果良好,能缩短手术时间,减少患者痛苦,同时还能使术后并发症率降低,值得应用推广。

(上接第 335 页)

2005,5(1):44-45.

[2] 梁萍.59 例异位妊娠失血性休克的抢救护理[J].中国实用医药,2010,5(24):216-217.

[3] 孙蓉.28 例宫外孕失血性休克患者的急救及护理体会[J].中

参考文献

- [1] 姜玖玲.辩证护理应用于结石性胆囊炎行胆囊切除术围手术期的效果分析[J].中国医药指南,2017,15(7):263-264.
 - [2] 杨灶金,廖慧群.循证护理模式在结石性胆囊炎行胆囊切除术围手术期的临床价值[J].中国实用医药,2017,12(17):166-167.
 - [3] 孙文英.循证护理在腹腔镜胆囊炎患者切除术后中的应用效果观察[J].中国现代药物应用,2016,10(8):203-204.
- 国药物经济学,2012,(2):342-343.
- [4] 唐雪萍.48 例异位妊娠失血性休克抢救与护理[J].右江医学,2010,38(2):232-233.
- [5] 刘涛,周薇.异位妊娠失血性休克的抢救护理[J].中华现代中西医杂志,2005,3(9):846-847.

(上接第 336 页)

管的护理,注意安全,保暖,安返 PACU 后做好交接班工作。

2.3 术中注意事项

2.3.1 此类手术时间长,手术室温度低、术中输液腹腔液体冲洗使身体热量丢失多,易致深部体温降低;抑制了体温调节中枢,降低寒战的阈值和血管收缩阈值^[3],可导致术后寒战。应根据手术进程及时调节室温,常规用 42℃ 蒸馏水冲洗,必要时使用电热毯进行体表保温,能明显减轻寒冷感,减轻术后寒战的发生。

2.3.2 CO₂ 气腹时气压过高及时间过长对循环、呼吸等影响明显。可造成的血液动力学变化结果是心率、血管外周阻力和中心静脉压的增高,而心输出量降低^[4],并影响通气功能,还可导致皮下气肿等意外事件。巡回护士应调整 CO₂ 流量并观

察气腹机的压力,维持腹压 10-14mmHg,勿超过 15mmHg。

2.3.3 用蒸馏水浸泡术中接触过肿瘤的手术器械 10min,使肿瘤细胞水肿坏死,避免肿瘤细胞种植。

2.3.4 加强心理护理围手术期细心护理对改善患者预后极为重要。

2.3.5 正确摆放体位。取膀胱截石位,使患者臀部移出手术床边缘 5 厘米,以便术者操作。妥善固定患者双肩部,上肩托,防止头低脚高位时身体滑动。

2.3.6 术中注意观察患者生命体征、尿量和尿色,发现异常及时处理。

参考文献

- [1] 柴秋玲,司恩霞.整体护理在妇科术后留置导尿患者中的应用及效果分析[J].中国实用医药,2016,11(03):211-212.