

临床 36 例中期引产后低血容量性休克的观察护理

庞敏

(吉林省通榆县妇幼保健计划生育服务中心 吉林 通榆 137200)

【摘要】目的：通过对临床 36 例妇科患者中期引产后而导致的低血容量性休克现象进行分析研究，探讨通过护理对于此类患者的康复治疗的作用及其意义；方法：采取随机抽样进行调查的方法对于我中心自 2019 年 4 月—2020 年 3 月共抢救 36 例中期引产出血性休克的情形进行临床调查并分析，通过临床观察护理研究，典型病的观察以及预防措施，为治疗此病提供护理学方面的经验；结果：加强基础护理、严密生命体征监测，肾功能观察，以及对患者输血、输液的护理，正确处理中期引产产程，是降低产后出血发生率，预防低血容量性休克的关键。结论：中期引产后休克应以预防为主，并积极纠正产后贫血，防止并发症，这样一来就可以大大降低患者风险，进而达到早日康复的目的。

【关键词】中期引产后低血容量性休克；低血容量性休克；中期引产；引产

中期引产后出血，可导致低血容量性休克。我中心自 2019 年 4 月—2020 年 3 月共抢救中期引产出血性休克患者 36 例，由于护理配合得当，所有患者均得到了及时的救治，且无一例死亡病例，以下就对其临床观察护理体会进行了总结。

1 临床资料

本组患者 36 例，临床表现出病例 20—30 周 28 例，16—20 周 18 例，年龄 19—24 岁者 8 例，25—29 岁者 10 例，30 岁以上者 18 例，包括胎盘滞留 19 例，子宫复旧不良 8 例，软产道损伤 2 例，粘连性胎盘者 5 例，胎盘早搏 2 例。血红蛋白 70—90g/L，出血量约为 400—600ml 者 32 例，血红蛋白 40—60g/L，出血量 >700ml 者 4 例；治疗输血量在 2500—6700ml，每例平均输血量在 2900ml。

2 临床观察护理

2.1 基础护理

协助患者取头部抬高 20°—20°，头偏向一侧的平卧位，以促进静脉回流、改善呼吸，促进口腔分泌物排出。使用软枕垫在患者的受压部位，积极预防压疮。如果是冬季，要使用被褥、毛毯帮助患者保暖，但禁止使用暖水袋，避免由于皮肤血管扩张而引起脏器血流量减少，对休克回逆产生不利影响。加强患者各类管道的管理，保持其处于通畅和妥善固定状态。

2.2 生命体征监测

患者休克早期最先出现的变化就是脉搏改变，其血压受到代偿作用的影响，并不会出现明显降低。医护人员可以在每 3—5min 对患者进行测脉搏 1 次，每次测量在 1min 左右，并注意脉搏的节律、强度。如果患者血压上升，临床上表现出脉搏减慢而且有力，说明患者的病情有所改善。一旦其收缩压超过 12.0kPa，同时可观察到其脉压差小，脉搏细速等情况，则提示患者血容量不足，组织灌注不佳，这个时候医护人员就应当采取抢救措施。本次研究中的 36 例患者均出现血容量减少，针对其具体情况，给予有效的治疗。对于严重缺氧患者给予吸氧治疗，氧流量保持在 4—6L/min，必要时给予加压吸氧；对中度缺氧患者，给予吸氧治疗，氧流量保持在 2—4L/min。同时在患者吸氧治疗期间，密切关注其呼吸道通畅情况，确保患者的呼吸道处于通畅状态。

2.3 肾功能观察

本次研究中的 36 例患者，均给予 5% 的碳酸氢钠 200—300ml 静脉滴注，以达到在有效扩容的同时，能够积极预防酸中毒的目的。患者休克早期需严格记录其尿量，如果其尿量低于 50ml/h，则表明其血容量已补足；如果患者的休克症状已有改善，但其尿量低于 30ml/h，则需给予静脉推注甘露醇。如果静脉推注甘露醇后尿量仍无明显增加，则需高度警惕急性肾衰竭。如果患者扩容不足，则需在短时间内增加补液量。

2.4 输血、输液护理

患者需保持 2—3 条有效静脉通道，使用 12 号粗针头穿刺，快速进行静脉给药、补充血容量，必要时进行静脉切开处理。输血以富含凝血因子的新鲜血最佳，可预防散播性血管内凝血。同时输血期间注意补充钙剂，以增加钙离子，同时可中和枸橼酸毒性。如无新鲜血液，则需将库血置于室温下，使其冷而黏稠的状态得到缓解后再使用，避免血管痉挛和低体温。严重休克患者，输液期间每隔 5min 测量 1 次血压、脉搏、呼吸，积极预防高血容量症。

3 典型病例情形分析

某患者：年龄 28 岁，于 2019 年 8 月 17 日三胎一产孕 28 周期引产收入我中心。平时健康，入院后经透视、化验无异常改变，查患者体 T36℃，P106 次/min，Bp 为 16/11kPa，患者神志清楚。于 18 日 17 时 30 分行利凡诺 2.5%4ml 羊膜穿刺术，经过顺利，患者无出血情形，一次穿刺成功，无不良反应，19 日 12 时开始有规律宫缩，20 时 15 分分娩出女性死婴，20min 之后胎盘娩出完整，产后子宫收缩乏力，出血约 700ml，P120 次/min，Bp 降至 9.33/5.32kPa 经输液、扩容、纠正酸中毒，给予子宫收缩剂，1h 后血压回升到 12/8kPa，产后 4h，从宫底压迫出宫腔内积血 100ml 产后 6h，患者 P126 次/min，经过 10min 之后，Bp 为 4kPa，建立双侧静脉道，加压输液，补充血容量，患者血压回升到 13.3/6.8kPa，患者尿量 900ml，产后 7h 血压降至 6/3kPa，抗休克处理后，血压升到 13/8kPa。由于血压反跳性回升，考虑血容量不足，继续加大输血量，同时给予抗感染。12h 后患者脉搏为 100/min，Bp15/10kPa，听诊情形是：患者双肺无罗音，病情稳定。产后 17h 作宫腔探查，清除宫腔内积血块约 100ml，患者胎膜脱膜约 40g，测 Bp16/11kPa，P96 次/min。该患者在 19h 内共输液 7200ml，其休克症状得到改善，且尿量恢复症状，住院 7d 后痊愈出院。

4 讨论

中期引产后休克应以预防为主，纠正产后贫血，防止并发症。而避免不必要的人工流产，正确处理中期引产产程，是避免引产后出血，防止低血容量性休克的有效办法。

参考文献：

- [1] 裘法祖主编：《外科学》，人民卫生出版社，1988 年，北京
- [2] 珀纳尔 (Pernoll, M.L.) 著，梁旭东译：《妇产科手册》，科学出版社，2008 年，北京

作者简介：

庞敏，女，汉族，1973 年出生，吉林通榆人，副主任护师，现任职于吉林省通榆县妇幼保健计划生育服务中心，研究方向为手术室护理。