

手术中突发情况怎么办？谈谈术中护理应急措施

▲ 安徽医科大学第二附属医院 孙小燕

在手术室这一高度紧张且专业性极强的环境中，突发情况的发生是医护人员必须时刻准备应对的挑战。作为护理人员，具备敏锐的观察力、冷静的判断力和迅速的反应能力至关重要。

术前准备的重要性

术前准备是预防术中突发情况的重要环节。护理人员应详细了解患者的病史、过敏史、术前检查结果等信息，确保术前准备充分。此外，护理人员应熟练掌握各种应急措施，定期参加培训和演练，提高应急处理能力。

手术中常见的突发情况

心脏骤停 (1)表现：患者突然无意识、无呼吸、无脉搏。可能由多种原因引起，如麻醉意外、手术操作失误等。(2)应急措施：立即进行心肺复苏(CPR)，通知麻醉医师和主刀医生，准备好除颤仪等急救设备，必要时进行除颤操作。

过敏反应 (1)表现：患者可能对麻醉药物、抗生素或其他手术材料产生过敏反应，表现为皮肤瘙痒、呼吸困难、休克等症状。(2)应急措施：立即停用可疑药物，给予肾上腺素、抗组胺药和皮质类固醇；确保气道通畅，必要时进行气管插管。

大出血 (1)表现：大出血可能发生在手术过程中的任何阶段，尤其是涉及大血管或高出血风险的手术。(2)应急



来源/千库网

措施：快速补液，给予血液制品，协助医生止血，监测生命体征，准备必要的止血设备。

气管插管意外脱落 (1)表现：血氧饱和度迅速下降，患者呼吸困难。(2)应急措施：立即通知麻醉师，重新插管或使用备用气道装置，确保氧气供应，监测生命体征。

麻醉意外 (1)表现：麻醉药物过量或过敏反应，意识丧失，呼吸抑制。(2)应急措施：停止使用麻醉药，给予对症药物，支持呼吸和循环，通知麻醉师进行处理。

术中突发情况的特点

突发性 术中突发情况通常发生在没有预警的情况下突然出现，要求医护团队能够迅速反应。

复杂性 这些情况可能涉及多个系统和器官，处理起来复杂，需要多学科协作。

高危性 术中突发情况往往对患者的生命健康构成重大威胁，需要立即采取有效措施进行处理。

多样性 突发情况的类型多种多样，包括但不限于出血、心律失常、呼吸困难、过敏反应等。

紧迫性 医护人员在应对突发情况时，往往面临高压环境，需要在短时间内做出正确的判断和决策。

时效性 处理术中突发情况的时效性非常强，及时的干预措施对患者预后至关重要。

术中护理的应急措施

快速反应 (1)保持镇静：面对突发情况，护理人员应保持冷静，迅速评估患者状况。(2)通知相关人员：立即通知麻醉医师、主刀医生及其他相关医疗人员。(3)执行应急预案：根据医院制定的应急预案，迅速采取相应措施。

生命体征监测 (1)持续监测：术中护理人员应持续监测患者的心率、血压、血氧饱和度等生命体征，及时发现异常。(2)记录数据：详细记录患者的生命体征变化，为医生提供准确的参考。

药物准备 术中护理人员应备齐常用应急药物，如肾上腺素、抗组胺药、止血药等。

设备准备 (1)应急设备：确保除

颤仪、吸引器、气管插管设备等应急设备处于良好状态。(2)设备检查：术前检查设备功能，确保设备正常运转。

团队协作 术中护理团队应明确分工，确保每个护理人员知道自己的职责。保持与医生和其他护理人员的有效沟通，确保信息传递准确。

如何提高术中护理应急能力

加强理论知识学习 系统学习应急护理知识，包括常见急症、急救技能、应急流程等，确保掌握全面的应急护理知识体系。

强化急救技能训练 (1)核心急救技能：如心肺复苏(CPR)、止血包扎、急救药物使用等，通过反复练习提高在实际操作中的熟练度和准确性。(2)模拟演练和实战训练：通过模拟演练和实战训练，让护理人员在模拟的紧急情况下进行应对，提高应急反应能力。

提升心理素质和团队协作 (1)培养冷静沉着的心态：面对紧急情况时，护理人员需要保持冷静、沉着应对，避免情绪化操作影响救治效果。(2)强化团队协作：护理人员应与医生、麻醉师等紧密合作，共同制定并执行紧急救治方案。

总之，手术中突发情况是不可避免的风险，术中护理团队的专业水平和应急能力直接影响患者的安全和手术的成功率。通过及时、有效的应急措施，可以最大限度地降低突发情况对患者的影响，确保手术顺利进行。

了解分娩机制，消除分娩恐慌

▲ 浙江省台州医院妇科 王凯

十月怀胎，女性朋友难免产生害怕、焦虑、不安的心理，加上陌生的产房环境，频繁叫嚷的噪音，孕妇对分娩过程不同程度都会有未知的恐惧感。下面介绍一些分娩相关知识，让女性朋友了解分娩机制及过程，消除分娩恐慌。

什么是分娩

分娩是指妊娠达到及超过28周(196天)，胎儿及附属物从临产开始至全部从母体娩出的过程。分娩机制指胎儿先露部在通过产道时，为适应骨盆各平面的不同形态，被动地进行一系列适应性转动，以其最小径线通过产道的全过程。

胎儿通过产道的步骤

胎儿在母亲体内通过产道时，可分解成以下七个步骤。

衔接 胎头双顶径进入骨盆入口平面，颅骨的最低点接近或达到坐骨棘水平，称为衔接。胎头呈半俯屈，以枕额径进入骨盆为标准。

下降 胎头沿骨盆轴前进的动作称为下降。

俯屈 处于半俯屈的胎头枕部遇到肛提肌阻力，借杠杆作用，胎头衔接时的枕额径变为枕下前凶径。

内旋转 枕部向母体中线方向旋转45°达耻骨联合后方，使其矢状缝与中骨盆及骨盆出口前后径相一致的动作，中骨盆开始，骨盆出口完成。

仰伸 当胎头枕骨下部达耻骨联合下缘时，即以耻骨弓为支点，胎头逐渐仰伸，胎头的顶、额、鼻、口、颌相继娩出。当胎头仰伸时，胎儿双肩径进入骨盆入口左斜径。

复位及外旋转 转胎头娩出后，为使胎头与胎肩恢复正常解剖关系，胎头枕部向母体左外旋转45°称复位。前肩向前向母体中线旋转45°时，胎儿双肩径转成与骨盆出口前后径相一致的方向，胎儿枕部需在外继续向母体左外侧旋转45°，以保持胎头与胎肩的垂直关系，称外旋转。

胎肩及胎儿娩出 外旋转后，胎儿前肩在耻骨弓下先娩出，后肩从会阴体前缘娩出，胎体及下肢随之娩出，完成分娩全部过程。

胎儿娩出的三个产程

孕妇从规律腹痛到胎儿娩出过程，被称为总产程。它包括第一产程、第二产程、第三产程。

第一产程 又称宫颈扩张期。从开始出现间歇5~6分钟的规律宫缩到宫口开全。



来源/千库网

①潜伏期：为宫口扩张的缓慢阶段，初产妇一般不超过20小时，经产妇不超过14小时。②活跃期：为宫口扩张的加速阶段，可在宫口开至4~5cm即进入活跃期，最迟至6cm才进入活跃期，直至宫口开全(10cm)。此期宫口扩张速度约为0.5cm/小时。

第二产程 又称胎儿娩出期。从宫口开全到胎儿娩出。①有硬脊膜外麻醉(分娩镇痛)，初产妇约为4小时内，经产妇

约为3小时内；②无硬脊膜外麻醉，初产妇约为3小时内；经产妇约为2小时内。

第三产程 又称胎盘娩出期。从胎儿娩出到胎盘娩出，一般约5~15分钟，不超过30分钟。

通过对孕妇及胎儿在分娩过程中演变过程的了解，在医护人员的指导下，配合分娩镇痛及家人支持，孕妇可以战胜恐惧，尽量实现自然分娩。