

多发伤的急救及护理现状

李春娟, 胡清, 倪惠琴, 杨建梅

(盐城市第一人民医院急诊科, 江苏盐城, 224001)

[关键词] 多发伤; 急救; 护理

[中图分类号] R472.2 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8283(2014)03-0080-04 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2014.03.25

Multiple trauma emergency nursing status

Li Chunjuan, Hu Qing, Ni Huiqin, Yang Jianmei // Modern Clinical Nursing, -2014, 13 (3): 80.

[key words] multiple trauma; emergency; nursing

随着社会进步、城市建设和交通的高速发展,使得多发性创伤的发生日渐突出^[1]。根据中国伤害监测系统监测显示^[2],2011年全国共发生道路交通事故21万多起,超过6.2万人死亡,23.7万多人受伤,直接经济损失超过10亿元人民币。中国疾病预防控制中心发布2012年前10月全国道路交通事故统计数据显示^[3],近5年来中国交通事故死亡的人数每年增加10%,其中多发伤发生率占患者总数的50%。由于多发伤来势凶、发展快、病死率高已成为创伤急救的难点,也是当前急诊医学界面临的艰巨而紧迫的课题,本文就多发伤的临床特点及急救护理现状进行综述,旨为多发伤的急救与护理提供信息,现报道如下。

1 多发伤定义与临床特点

1.1 定义

多发伤是指同一致伤因素引起的两个或两个以上的解剖部位或脏器损伤,且至少有一处损伤是危及生命的。严重程度依据ISS评分法(injury

severty score, ISS)而定,ISS评分>16分者为重伤,>25分为严重伤^[4]。

1.2 临床特点

①伤情变化快,各部位损伤互相影响。文献报道^[5],受伤2个、3个、4个、5个部位的病死率分别为49%、60%、68%和71%,创伤程度评分越高,病死率越高。②伤势重,休克发生率高。多发伤休克一般是低血容量休克与心源性休克同时并在。一般性损伤休克发生率为50%,胸、腹联合伤为67%^[5]。③呼吸困难。多发伤早期,低氧血症发生率高达90%,表现为呼吸困难,也有部分患者呼吸困难表现不明显,而以躁动不安为主^[5]。④病情隐匿。杨帆等报道^[6],387例多发伤早期误诊率为12%。误漏诊多发生在骨关节、胸、腹及腹膜后等部位,其主要原因可能与明显外伤与隐蔽伤共存,大多数患者不能诉说伤情等有关。⑤感染。杨帆等^[6]发现,433例多发伤患者中发生多器官功能衰竭为8%;10306例多发伤患者中感染发生率为22.4%。其主要原因为机体防御能力下降,伤口多污染重,治疗中侵入性操作使用多。

2 急救评估与程序

[收稿日期] 2014-02-16

[作者简介] 李春娟(1984-),女,江苏人,护师,本科,主要从事急诊急救护理工作。

- 实证研究[J].软科学,2006,2(4):117-121.
- [24] 孙鑫.组织伦理对工作满意度影响的实证研究[D].长春:吉林大学,2010.
- [25] 周耀峰.组织伦理气氛对工作满意度及组织承诺的影响研究[D].太原:山西大学,2009.
- [26] 陈银娟,段功香,郑雯,等.护士伦理气氛认知与服务行为的相关性研究[J].中华护理杂志,2013,48(7):

615-617.

- [27] 底正平.伦理气氛认知对组织承诺、组织公民行为与离职倾向影响之研究—以南部地区医院员工为例[D].台南:长荣大学,2006.
- [28] 陈银娟.护士服务行为的影响因素及其相关性研究[D].衡阳:南华大学,2013.

[本文编辑:郑志惠]

2.1 伤情评估

2.1.1 初步评估 伤情评估采取 ABCDE 法。方法:A 气道有无梗阻;B 呼吸动度、频率;C 脉率、血压、末梢循环;D 神经系统;E 暴露检查:肢体活动、有无畸形^[7]。ABCDE 检查前提是避免颈椎的进一步损伤,对患者呼吸道、呼吸和循环状态进行评估,同时要检查患者是否有神经功能障碍,最后要脱去(避免进一步加重损伤可剪开)患者的衣服,以充分暴露可能创伤的部位,但要注意给患者保暖,防止体温过低。

2.1.2 体格检查 按 CRA-SHP-LAN 的顺序进行全面排查^[8]:心脏 C(cardiac)-呼吸 R(respiratory)-腹部 A(abdomen);脊柱 S(spine)-头 H(head)-骨盆 P(pelvis);肢体 L(limbs)-动脉 A(arteries)-神经 N(nerves)。

2.1.3 伤情的再评估 由于多发伤患者有隐蔽伤及继发伤存在的可能,同时不同年龄、体质的患者对治疗反应不同,而且休克或应激反应也不断在变化^[9],这些都要求我们要动态观察病情,对伤情再评估,不断调整治疗措施。再评估即每隔一段时间,对多发伤患者的伤情进行总结,争取早期发现隐蔽伤或继发伤,进一步判明伤情发展趋势及现状,诊断合并症,评价已采用的治疗方案的效果,做出必要的调整。伤情评估目前常用方法包括 AIS 评分法^[5](abbreviated injury scale, AIS)和 ISS 评分法^[4]。AIS 和 ISS 评分法便于从复杂的各部分创伤中分辨出对患者生命威胁最大的创伤,优先予以处理,可以缩短创伤的急救时间;还可用于判断患者的预后,进行疗效比较,评价救治水平^[10]。

2.2 抢救程序

在急救过程中,由于患者整体伤情重,病情危急,需要紧急处理,必须遵循先救命、后治伤的原则,积极心肺复苏,以挽救患者生命。张连阳等^[8]采用多发伤抢救程序对骨盆骨折危重多发伤患者进行院内急救,取得满意疗效。其抢救程序包括 V(ventilation)维持气道通畅、加强气道管理, I(Infusion)输液抗休克, P(pulse)维持正常泵血、心肺脑复苏, C(control)控制出血, O(operation)手术, I(intensive care unit)加强医疗, N(nurse)护理。

3 急救护理模式与措施

3.1 急救护理管理模式

3.1.1 一体化的急救护理模式 一体化急救模式即院前急救-急诊科-急诊手术室-急诊重症监护室-急诊观察病房的一体化,其最大的特点就是充分体现“急”字,为抢救生命赢得时间。一体化链式流程管理是急诊抢救的优化和创新,可以将各项护理急救技术进行优化整合,在最短时间内完成数倍于平常的抢救工作任务,可充分体现链式抢救流程在抢救中的时效性。李学霞等^[11]通过对 74 例严重多发性创伤患者的急救护理,认为一体化的急救管理模式,强调快速统一指挥协调,使绿色通道更加畅通,抢救效率显著提高。一体化模式的构建可以准确、及时、有效地对创伤作出反应,可以使院前急救反应时间、检伤分类时间、按区分流时间明显缩短,急诊救治满意度、严重创伤患者救治成功率明显提高;简化了急救流程、更新了急救思路和观念、培养了急诊专科护士、充分利用了急救仪器与设备,使创伤患者得到了准确、及时和有效的急救护理,保证绿色通道的畅通,提高危重患者抢救成功率。

3.1.2 整体护理模式 急救护理程序是以整体护理为指导,以熟练的抢救技能为基础,以提高抢救质量为目的的全程护理。整体护理模式避免了护士机械性地等待执行医嘱的弊端,使护理程序的协调性、时间性得到了保证;护士可有计划地做好协调工作,默契配合,紧紧围绕“以患者为中心”的整体护理模式,确保创伤急救每个阶段的连续性、整体性,从而不断完善创伤急救的组织系统,提高抢救成功率和工作质量。梁英莲^[12]对严重创伤患者实施整体护理模式,不断完善创伤急救的组织系统,使严重创伤急救的几个重要阶段即院前急救、急诊室急救、急危重症监护病房的监护治疗紧密相连,从而为患者赢得了抢救的黄金时间,提高了抢救成功率及护理质量。

3.1.3 临床护理路径管理模式 将临床路径应用于医院的急救护理,缩短了患者的住院天数、节约护理费用,提高治疗效果^[13-14]。郭星君等^[15]采用临床路径对 96 例严重创伤患者进行抢救护理,为患者赢得了宝贵的救治时间,提高患者及家属满意度。

3.2 护理措施

3.2.1 保持呼吸道通畅 严重多发伤患者常伴有呼吸道阻塞以致窒息,导致呼吸道阻塞的原因多

数为异物、血块、分泌物等,必须及时清理。有舌后坠者常规放置口咽通气管;呼吸衰竭者行气管插管,用呼吸机辅助呼吸。在给氧过程中必须根据患者呼吸困难程度及血气分析结果,随时调节给氧浓度及给氧时间。

3.2.2 纠正休克

3.2.2.1 迅速建立静脉通道 选择上肢静脉、颈外静脉、锁骨下静脉等较大的静脉,迅速建立静脉通路 2~3 条,以保证输液通畅,准确有效地使用急救药物。疑有骨盆骨折、腹部内脏出血损伤时不能从下肢静脉输液,不能在受伤肢体的远端输液^[16]。

3.2.2.2 液体复苏 液体复苏是抢救创伤性休克的必要手段之一。一般以晶体液为主,并及时配血,辅以 706 代血浆、低分子右旋糖酐等。关于补液速度及补液量的问题均有不同的观点:①快速加压输液。有学者^[17]主张对严重休克的患者,在患者来诊的第 1 个 15~30 min 内输入平衡液 2000 mL。史爱珍等^[18]认为,快速加压输液,保证 45 min 输入 1500 mL 以上液体。②限制性液体复苏。对于合并肺挫伤患者,宜行限制性液体复苏,因为创伤后肺毛细血管基底膜通透性增强,过多输液会使其进入肺间质,并滞留于其中,增加换气功能障碍。有学者提出^[17],延迟液体复苏或限制性液体复苏的概念。限制性液体复苏(延迟液体复苏),即通过控制液体输入量和输入速度,使血压维持在一个较低的范围,既可适当恢复组织器官血流灌注,又不至于过多影响机体的代偿机制和内环境。苏月南等^[17]主张,在手术彻底止血前,只给予少量或中量的平衡液维持机体基本需求,在手术彻底止血后进行大量液体复苏,并以血压、心率、中心静脉压、尿量等作为早期复苏的监测手段,将动脉血压调节到略高于维持肾小球滤过的基本血压即可,即血压 10.7/6.7 kPa 以上,尿量 >25 mL/h,说明肾脏血流灌注尚可,如果尿量较多但血压仍然不升高者,则增加胶体液的比例。③根据休克指数计算补液速度。史爱珍等^[18]采用休克指数计算补液速度,对严重创伤性休克患者用休克指数公式进行补液,补液速度的准确率为 92.31%。④根据血压指导补液速度。卢瑞红等^[19]采用血压指导补液速度对多发伤患者进行救治,维持收缩压在 70~90 mmHg 在第 1 个 30 min 内快速输入晶体 1000~1500 mL,胶体 500 mL,休

克缓解后则减慢补液速度,否则继续加快补液速度或适当应用多巴胺等血管活性药物,其补液速度的准确率为 90.1%。经补液后,血压仍无回升者要查明是否有活动出血,尽快控制出血;维持中心静脉压在 (6 ± 2) cmH₂O,过低时加快补液速度,过高则减慢或适当应用利尿药物。在对多发伤患者进行护理时,护士要学会评估,科学进行输液管理;液体复苏过程要保证静脉通路通畅,严密观察病情,及时调整输液速度和液体成分;大量输液时应注意预防肺水肿、急性左心衰竭的发生。

3.2.3 伤口出血的处理 迅速控制活动性出血是早期急救护理的重要手段。对有明显外出血的患者应迅速控制伤口出血,用加厚敷料加压包扎伤口止血。王宏^[20]对肢体损伤患者使用止血带进行止血,结果显示可较好控制患者伤口出血情况,并有效维持患者血压。其方法为:距伤口上 10 cm 处扎止血带,带下垫纱块,勿直接扎在皮肤上,松紧适度;注明止血带使用时间,30~60 min 松开 1 次,松开时应用其他止血的方法止血,隔 3~5 min 重扎;密切观察肢体血液供应情况,注意有无血管、神经损伤。

3.2.4 病情观察

3.2.4.1 意识状态 判断颅脑损伤程度和反映病情发展趋势的重要标志是患者的意识状态。因此,从患者的烦躁不安、嗜睡、神志恍惚、浅昏迷、深昏迷的演变,可预示病情的变化,如不仔细观察,正确分析判断,常造成不良后果。合并颅脑损伤时,患者意识由安静转入躁动,或由躁动转入沉睡,结合瞳孔变化,多考虑有继发颅内血肿、脑疝的可能^[18]。护士应迅速做好术前准备,配合医生送患者到手术室进行紧急手术治疗。

3.4.4.2 并发症 胸部损伤患者重点观察有无连枷胸,有无血气胸及心包填塞症状,患者出现明显反常呼吸运动,应用胸带包扎固定胸部,以减轻疼痛和抑制反常呼吸,避免加重胸部损伤。腹部创伤患者注意腹部压痛、肌紧张和反跳痛程度,有无移动性浊音、肠蠕动等,另外,还要注意腹围情况,腹围增加 1 cm,贮血量为 2900 mL;增加 2 cm,贮血量为 6100 mL^[21]。骨盆或长骨骨折后 24~48 h,患者出现呼吸困难、发绀,伴有氧分压下降和二氧化碳分压升高,意识模糊、嗜睡、发热、心率快,则可能发生脂肪栓塞综合征^[20],应给予激素、高压给氧、通气支持等对症支持。

3.2.5 体位护理 患者有效循环血容量严重不足,脑灌注减少时,采取去枕平卧位;循环状态若有改善,则可以抬高上身 $10^{\circ} \sim 20^{\circ}$;合并昏迷时,头偏向一侧;有颅脑损伤伴脑疝时抬高头部 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$;有胸部损伤或有胸腔引流的患者,如无休克可给予半卧位,以缓解呼吸困难和利于引流;有下肢供血不足时,则不宜抬高下肢,以防肢体缺血坏死;对休克循环状态不稳定的患者,以抢救生命为主,防止过多搬动、翻身,引起血压波动、休克加重导致死亡^[19]。

3.2.6 转运护理 多发伤患者经急诊抢救,生命体征平稳后方可转送检查、入院或手术治疗。患者病情会因搬运而发生变化,医护人员必须全程陪护,防止意外发生。转送前先电话通知相关科室,做好接收准备;转送途中,保持患者呼吸道通畅及各种管道通畅,携带抢救药物、仪器,密切监测生命体征,做到安全转送,如病情发生变化就地进行抢救;到病房后,过床时注意平稳、轴线搬运,防止由于体位变化造成病情变化,同时认真做好病情、药物和治疗等的交班工作。

3.2.7 心理护理 多发伤患者均因突然受伤,面临可能致残或死亡威胁,外伤、出血、疼痛、胸闷、呼吸困难等症状,以及各种监护仪器的使用,使患者躯体上的痛苦与心理的恐惧交织在一起,对意识清醒的患者,护士应主动关心、安抚患者及家属,紧急处理做到稳、准、轻、快、沉着冷静,让患者有安全感,消除其紧张、恐慌心理,使其树立战胜疾病的信心。

4 结论

多发伤患者初期的现场急救十分重要,应重视伤后 1 h 的黄金、10 min 的白金抢救时间^[19],使患者尽可能短时间内获得最确切的救治。为赢得创伤患者急救“黄金 1 h”,护士必须不断提高急救意识,建立快速反应的抢救机制,在创伤早期采用标准、规范的救治,采取积极有效的抢救措施,缩短有效抢救时间,提高抢救成功率、降低患者的死亡率和伤残率。在严重多发伤患者的急救过程中,时间性、有预见性、针对性的护理以及科学运用急救程序,对多发伤患者的急救有着重要的作用。制订科学规范的多发伤急救标准流程是提高抢救效率和质量的保证;积极主动的护理配合是抢救基础;熟练的业务技能是抢救成功的关键。

参考文献:

- [1] 王一镗.严重创伤救治的策略—损伤控制性手术[J].东南国防医药,2005,7(3):161-163.
- [2] 陆一鸣,於平.在我国建立创伤急救新模式已迫在眉睫[J].临床急诊杂志,2013,14(1):25-26.
- [3] 徐俊,严明德.严重多发伤的急救经验综述[J].中国医药指南,2010,5(8):38-39.
- [4] 余翎. ISS 与 CRAMS 创伤评分法在急诊多发伤中的应用[J].现代实用医学,2004,16(2):45-47.
- [5] 吴群华. 96 例严重多发伤的急救护理体会[J]. 中国现代医生,2011,49(2):31.
- [6] 杨帆,胡崧,白祥军,等.多发伤早期诊疗中漏诊原因分析[J].创伤外科杂志,2010,12(1):15-18.
- [7] 马晓波,王喆,赵大鹏.多发伤 675 例救治体会[J].中华医学杂志,2006,41(47):3373-3374.
- [8] 张连阳.多发伤的紧急伤情评估策略[J].创伤外科杂志,2010,12(1):1-3.
- [9] 吴群华. 96 例严重多发伤的急救护理体会[J]. 中国现代医生,2011,49(2):31.
- [10] 冉崇福. AIS-ISS 评分在维和医疗救援外伤病员伤情判定中的作用及意义[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2012,26(4):56-57.
- [11] 李学霞,杨春霞.严重多发性创伤 74 例的急救护理[J].第四军医大学学报,2008,29(22):2040.
- [12] 梁英莲.严重多发伤的急救护理体会[J].中外医学,2010,8(17):88.
- [13] Platzer P, Hauswirth N, Jaendl M, et al. Delayed or missed diagnosis of cervical spine injuries[J]. J Trauma, 2006, 61(1):150-155.
- [14] Rana AR, Drongowski R, Breckner G, et al. Traumatic cervical, spine injuries: characteristics of missed injuries[J]. J Pediatr Surg, 2009, 44(1):151-155.
- [15] 郭星君,李玲.交通伤致创伤性休克 133 例早期救治体会[J].中国急救医学,2008,28(11):1050.
- [16] 陈美华,梁洁,韩溟. 125 例多发伤急救护理体会[J].现代医院,2013,13(3):36-37.
- [17] 苏月南,关常青.两种限制性液体复苏方案抢救创伤性休克的对比研究[J].重庆医学,2008,37(24):2778-2779.
- [18] 史爱珍,姜梅,王艺.创伤性休克急救补液速度的探讨[J].护士进修杂志,2009,8(4):302-303.
- [19] 卢瑞红,赵会民.多发伤早期休克复苏的护理策略[J].护士进修杂志,2012,25(2):37-38.
- [20] 王宏.严重多发伤的急救护理体会[J].中外医疗,2011,30(5):125.
- [21] 刘玲芬,徐红芳.损伤控制骨科在严重多发伤救治中的应用及护理[J].护士进修杂志,2009,24(8):757-758.

[本文编辑:郑志惠]