

严重创伤性休克患者实施急诊护理干预的效果研究

王 静

中卫市人民医院 宁夏 中卫 755000

摘要: **目的:** 分析严重创伤性休克患者实施急诊护理干预的效果。**方法:** 选取2023年8月-2024年8月本院64例严重创伤性休克患者开展研究,用随机数字表法分为对照组32例,行常规护理,观察组32例,行综合急诊护理,比较两组护理效果。**结果:** 观察组的血氧饱和度、DBP、SBP和抢救成功率均明显高于对照组,急救前准备、病情评估、救治、休克恢复时间、心率和不良事件发生率均明显低于对照组($P < 0.05$)。**结论:** 对严重创伤性休克患者实施综合急诊护理,能稳定生命体征,缩短急诊时间,提升抢救效果,防范不良事件,值得推广。

关键词: 创伤性休克; 急诊护理; 生命体征; 急诊时间

受外力作用影响,导致脏器严重受损,引发大出血,干扰机体循环,体内血量忽然减少,引发休克,出现相应表现,被称为创伤性休克。该病风险高,特别是重度者,如抢救不及时,措施不当,直接危及生命^[1]。进行急诊抢救时,要结合精细化、前瞻性护理,提高抢救效果,争取抢救时机,挽救患者生命。当下多行常规措施,缺乏针对性,内容单一,局限大,无法满足患者需求,难以提升急救效果。实施综合急诊护理,其为现代化、新型模式,以常规护理为基础,对其进行改善、优化,抓紧时间救护,挽救生命安全^[2]。急诊首要原则为挽救生命安全,出现休克者,体液循环受到影响,供血供氧减少,优先分析全身情况、休克状态,制定护理方案,和医生积极配合。本研究以严重创伤性休克患者为对象,分析综合急诊护理效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2023年8月-2024年8月本院64例严重创伤性休克患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组32例,男17例,女15例,年龄为18-76岁,平均年龄(46.54±5.38)岁;观察组32例,男16例,女16例,年龄为19-77岁,平均年龄(46.67±5.31)岁。两组一般资料($P > 0.05$),具有可比性。

纳入标准: 均为严重创伤性休克;资料完整;精神正常;知情同意本研究。**排除标准:** 既往存在先天性心脏病等严重病变;内分泌疾病;血液系统疾病;麻醉、药物过敏;无生命迹象。

1.2 方法

对照组行常规护理,按照常规流程,执行基础措施,首先接诊,对病情进行初步分析,进行风险分级,和医生相互配合,观察生命体征。观察组基于对照组,

行综合急诊护理:

1.2.1 创建护理小组

创建急救小组,成员均有丰富经验,经过专业培训,成员共同负责,初步制定抢救程序,结合医院情况,完善急救护理方案,后续遵循该方案,进行急诊护理。患者入院后,要初步评估其病情,根据严重程度,按照“轻重缓急”原则,进行抢救。

1.2.2 强化基础护理

接诊后,马上检验患者创伤情况,提供心电监护,监测生命体征,包括神志、血压等,观察呼吸道,确保其始终通畅。面对陪同人员、患者家属,询问患者表现,了解其一般资料,明确创伤原因,记录病史、过敏史等,便于后续救治。精准分析休克状态,结合创伤部位、休克程度等,采取相应措施,例如补充血容量等。参照急救流程,规范、有序进行各项措施,成员要明确自身职责,避免工作疏漏。从接诊-转运,一直到病房交接,均要有专人调度,全程评估患者病情,掌握急诊护理情况,令每个环节紧密相连,节省时间。接送患者时,采取车床,进行心电监护,提供吸氧,尽快将患者送至抢救室,保证 $\leq 15\text{min}$ 。

1.2.3 急救工作配合

进行相应检查,精准评估休克情况,严格按照医嘱,创建静脉通路,保证 ≥ 2 条,方便进行急救措施,例如输血、补液等,纠正机体血容量,改善休克。进行急诊时,关注生命体征,动态观察关键指标,包括意识状态、呼吸情况和血压等,掌握病情变化情况。监测生命体征,一旦发现停止,要和急诊科医生配合,进行抢救,例如做人工呼吸,进行心脏按压等。如果外伤创面较大,同时生命体征稳定,要立即止血,为其初步包扎,将其固定等。结合患者病情,如要开展手术,则应

尽快做好术前准备，及时进行手术。

1.2.4 呼吸道护理

接诊患者后，注意检查其口腔，评估有无异物，将分泌物清除，协助患者平卧，将头部侧偏，确保呼吸通畅。出现呼吸障碍者，提供氧疗，实施机械通气，防范受缺氧影响，导致低氧血症。若患者不能自主呼吸，要提供辅助措施，例如人工呼吸，或实施气管插管。

1.2.5 用药护理

临床抢救休克时，受缺氧影响，有酸中毒风险，应按照医嘱，提供碱性药物，纠正血液酸碱性，令其处于平衡状态，调节酸中毒，积极补充血量，采取血管活性物质，促使血压增加。关注血压水平，根据患者病情，对症给药，增加脑组织、器官供血量，改善微循环。

1.2.6 创伤处置护理

抢救休克时，积极救治多发伤，监测生命体征，提高救治效果。以生命为先，先识别致命损伤，及时处理，系统、全面检验全身系统，尽快识别全部创伤，特别是严重多发伤，防范漏诊、误诊。对于多发伤患者，其病情多变，影响因素多，进行救治时，核心原则为保护生命安全，制定最适宜、科学急救计划，进行抢救时，根据患者病情，随时调整救治计划。如中间环节不必要，尽量缩短，相关科室之间密切配合，提升抢救效率，争取宝贵时间，为黄金时间段内，进行急救，挽救生命安全。

1.2.7 预见性护理

受严重创伤影响，会引发应激反应，产生剧烈疼

痛，结合患者病情，选择性采取镇静、镇痛药。出现多发骨折者，进行抢救时，应先进行简单固定，对患侧进行制动，防范创伤加重。如果失血量多，应防范血管内部凝血，按照医嘱，提供抗凝药物，若患者不能自主呼吸，要选择适当方案，促进呼吸顺畅，减少呼吸窘迫综合征。关注生命体征，防范潜在并发症，监测皮肤黏膜，警惕血管中出现弥散性凝血。观察患者外伤，进行深度清创，做好消毒工作，选择适宜抗生素，预防性使用，降低感染风险。监测生命体征，观察尿量、皮肤情况，若有需要，监测相关指标，遵循检查结果，分析休克程度，计算出血量。注意为患者保暖，但不可采取热水袋，防范烫伤。

1.3 观察指标

评价生命体征：观察救治前后的血氧饱和度、DBP、SBP和心率^[3]。评价急诊停留时间：观察两组的急救前准备、病情评估、救治和休克恢复时间^[4]。评价干预效果：观察抢救效果，记录抢救成功、死亡情况^[5]；观察不良事件，包括呼吸窘迫综合征、血管内凝血和肺部感染^[6]。

1.4 统计学方法

SPSS28.0处理数据， $(\bar{x} \pm s)$ 与 $(\%)$ 表示计量与计数资料，分别行 t 与 χ^2 检验， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组生命体征比较

救治后观察组的血氧饱和度、DBP和SBP均明显高于对照组，心率明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）。详见表1。

表1 两组生命体征比较 $[n(\bar{x} \pm s)]$

组别	例数	血氧饱和度 (%)		DBP (mmHg)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	32	82.17±4.51	89.35±4.26 ^a	52.15±3.45	76.36±4.29 ^a
对照组	32	83.21±3.98	84.15±3.68 ^a	52.32±3.40	70.36±4.18 ^a
<i>t</i>	/	0.978	5.225	0.199	5.667
<i>P</i>	/	0.332	0.000	0.843	0.000

续表1 两组生命体征比较 $[n(\bar{x} \pm s)]$

组别	例数	SBP (mmHg)		心率 (次/min)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	32	65.14±4.29	86.37±5.27 ^a	142.15±7.15	104.15±6.39 ^a
对照组	32	66.35±3.98	77.14±4.24 ^a	143.65±6.88	121.35±7.47 ^a
<i>t</i>	/	1.170	7.719	0.855	9.898
<i>P</i>	/	0.247	0.000	0.396	0.000

注：与本组干预前比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组急诊停留时间比较

观察组的急救前准备、病情评估、救治和休克恢复

时间均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。详见表2。

表2 两组急诊停留时间比较 [$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	急救前准备时间 (min)	病情评估时间 (min)	救治时间 (min)	休克恢复时间 (h)
观察组	32	8.35±1.41	3.31±0.24	34.15±5.79	1.34±0.15
对照组	32	15.26±1.35	6.27±0.26	48.63±6.37	1.76±0.17
<i>t</i>	/	20.024	47.322	9.515	10.480
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组干预效果比较

观察组的抢救成功率明显高于对照组，不良事件发

生率明显低于对照组 ($P < 0.05$)。详见表3。

表3 两组干预效果比较 [$n(\%)$]

组别	例数	抢救效果		不良事件			
		抢救成功	死亡	呼吸窘迫综合征	血管内凝血	肺部感染	发生率
观察组	32	32 (100.00)	0 (0.00)	0	1	1	6.25
对照组	32	26 (81.25)	6 (18.75)	2	4	4	31.25
χ^2	/	6.621	/	/	/	/	6.564
<i>P</i>	/	0.010	/	/	/	/	0.010

3 讨论

休克影响因素多，涵盖组织功能损伤，组织灌注减少，缺乏有效循环血量，细胞代谢紊乱等。对于创伤性休克者，绝大部分有缺少血容量、血液丢失等现象，应及时开放静脉通道，补充血容量^[7]。程度严重者，应马上送至急诊，进行抢救。做好急诊护理，和医生密切配合，能提高急诊处置效率，维护生命安全^[8]。

开展综合急诊护理，从临床治疗、患者病情、突发事件等多个层面，提供优质、精细化干预，维护生命安全，加快康复进程。进行护理时，首要目的为维护生命，尽快解除休克，维持呼吸道通畅，纠正水电解质失衡等。采取预见性措施，及时清除危险因素。该病反复发作，易引发并发症，进行救治时，难度大，如果救治不当，可能引发多器官衰竭，造成死亡。分析研究结果显示和对照组比，观察组的血氧饱和度、DBP和SBP均更高，心率更低 ($P < 0.05$)，表明采取该模式，患者生命体征更稳定，提供全程监护，及时消除不良诱因。观察组的急救前准备、病情评估、救治和休克恢复时间均更低 ($P < 0.05$)，代表该模式能缩短急诊时间。创建干预小组，创建护理流程，便于规范医护工作，简化工作流程，摒弃非必要环节，节省时间。观察组的抢救成功率更高，不良事件发生率更低 ($P < 0.05$)，表示该模式安全性高，能减少死亡率，防范不良事件。该病存在诸多潜在风险，并发症多，受休克、用药量大等影响，有血管凝血风险，受气管插管等影响，有肺部感染风险，该模式能有效预防。说明应用综合急诊护理

可以调节患者预后。

综上所述，对严重创伤性休克患者实施综合急诊护理，能稳定生命体征，缩短急诊时间，提升抢救效果，防范不良事件，值得推广。

参考文献

- [1]周梦娇.急救护理模式在急诊创伤性休克患者中的应用研究[J].吉林医学,2024,45(7):1745-1747.
- [2]王佳.FMEA急救护理对急诊创伤性休克患者的影响[J].中国城乡企业卫生,2024,39(7):63-65.
- [3]杨昆,苗杰,陈颖.多发伤伴创伤性休克患者死亡的相关影响因素及护理策略探讨[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(6):126-128.
- [4]陶燕琳,朱丽,牛宋颖.创伤性休克患者发生急性呼吸窘迫综合征的相关影响因素及护理措施[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(5):120-122.
- [5]陈艳.院前急诊护理干预对创伤性休克患者抢救效果的影响[J].现代养生,2021,21(22):71-73.
- [6]刘凤珏.并发症预防性护理在严重创伤失血性休克急诊护理中的应用[J].基层医学论坛,2024,28(11):61-63+115.
- [7]郭茹芳,龙嘉雯,尚晨阳.多学科协作团队程式化急救护理在创伤性休克患者中的应用研究[J].当代护士(下旬刊),2024,31(3):75-78.
- [8]曹绪刚,连继芳,张春燕.严重创伤性休克患者实施急诊护理的临床价值[J].中华灾害救援医学,2024,11(1):99-101.