

创伤性休克的手术室抢救护理配合效果探究

任晓童

西安交通大学第一附属医院东院区 陕西 西安 710089

摘要：目的：探究创伤性休克患者在手术室抢救中实施针对性护理配合的效果。方法：选取2022年5月至2024年5月我院手术室抢救的86例创伤性休克患者，按随机数字表法分为观察组（43例）和对照组（43例）。对照组采用常规抢救护理配合，观察组采用针对性抢救护理配合。比较两组抢救成功率、并发症发生率及家属满意度。结果：观察组抢救成功率为93.02%，高于对照组的76.74%；并发症发生率为6.98%，低于对照组的23.26%，差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：对创伤性休克患者实施针对性手术室抢救护理配合，可提高抢救成功率，降低并发症发生率，值得临床推广。

关键词：创伤性休克；手术室抢救护理；护理效果

创伤性休克是因严重创伤导致有效循环血量锐减、组织灌注不足而引发的急性循环功能衰竭，病情危急、进展迅速，死亡率较高。手术室作为抢救创伤性休克患者的重要场所，高效的护理配合是抢救成功的关键。常规护理配合模式较为被动，难以满足快速抢救需求^[1]。本研究旨在分析针对性护理配合在创伤性休克手术室抢救中的应用效果，为优化抢救流程提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年5月至2024年5月我院手术室抢救的86例创伤性休克患者作为研究对象。按随机数字表法分为观察组和对照组，各43例。观察组中，男25例，女18例；年龄18-65岁，平均（38.56±10.23）岁；致伤原因：交通事故22例，高处坠落10例，重物砸伤7例，其他4例；损伤部位：多发伤18例，腹部创伤12例，四肢骨折8例，胸部创伤5例。对照组中，男24例，女19例；年龄19-64岁，平均（37.89±9.87）岁；致伤原因：交通事故20例，高处坠落11例，重物砸伤8例，其他4例；损伤部位：多发伤17例，腹部创伤13例，四肢骨折7例，胸部创伤6例。两组患者一般资料比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。纳入标准：符合创伤性休克诊断标准，收缩压 $< 90\text{mmHg}$ ，脉压 $< 20\text{mmHg}$ ，伴有意识障碍或皮肤湿冷等症状；受伤至入院时间 $< 3\text{h}$ ；家属知情同意并签署同意书。排除标准：合并严重心、脑、肝、肾等脏器慢性疾病终末期；院前已发生脑死亡；妊娠期女性。

1.2 方法

1.2.1 对照组

采用常规抢救护理配合，具体如下：（1）抢救准备：接到抢救通知后，准备抢救器械（如喉镜、气管导

管、除颤仪等）和药品（如肾上腺素、多巴胺等），确保抢救设备功能正常。（2）患者入室护理：患者送入手术室后，核对信息，协助医生进行体格检查，建立静脉通路，通常选择上肢静脉，使用普通留置针。（3）术中配合：按医生指令传递器械和药品，监测生命体征（血压、心率、呼吸等），记录抢救过程。配合进行气管插管、输血输液等操作，及时执行医生下达的医嘱。（4）术后交接：抢救结束后，协助医生将患者转运至ICU或病房，与接收科室护士交接患者病情、抢救经过及用药情况。

1.2.2 观察组

采用针对性抢救护理配合，具体如下：（1）术前应急准备：成立创伤性休克抢救护理小组，由经验丰富的巡回护士、器械护士和麻醉护士组成，明确各成员职责。制定标准化抢救流程，定期组织培训和演练，提高团队协作能力。接到抢救通知后，5分钟内备好抢救所需的全部物品，包括大容量输液器、加压输血装置、中心静脉穿刺包、动脉穿刺针等，检查除颤仪、呼吸机等设备处于备用状态。提前通知血库准备同型血液，确保血液能快速送达手术室。（2）患者入室即刻干预：患者送入手术室后，抢救小组分工协作。巡回护士立即连接心电监护仪，监测心率、血压、血氧饱和度等生命体征，同时评估患者意识状态、瞳孔变化及创伤部位。器械护士准备好止血器械、清创缝合包等，随时配合医生进行止血操作。（3）循环复苏配合：按照“先晶体后胶体，先快后慢”的原则进行液体复苏，使用加压输液装置快速输注平衡液和胶体液，初始30分钟内输注1000-2000ml液体。密切观察患者血压变化，根据血压调整输液速度，维持收缩压在80-90mmHg。当血红蛋白 $< 70\text{g/L}$ 时，

及时输注红细胞悬液和血浆，输血前严格核对血型 and 交叉配血结果，输血过程中观察有无输血反应。配合医生使用血管活性药物（如去甲肾上腺素），通过微量泵精确控制药物剂量，记录用药时间和剂量。（4）体温保护措施：巡回护士每30分钟通过鼻咽温或直肠温监测核心体温，建立体温动态记录表。若体温降至35.5℃以下，立即启动升温预警，通知麻醉医师调整呼吸参数（减少吸入气冷量），同时增加监测频次至每15分钟一次。采用暖风毯包裹躯干及四肢非手术区域，温度设定38-40℃，避免直接接触皮肤造成灼伤；使用输血输液加温器，将晶体液、胶体液及血制品加温至37-38℃，确保进入体内时温度不低于35℃；术中冲洗用生理盐水或平衡液需经恒温箱预热至37℃，避免冷液体直接灌入体腔。手术室温度维持在25-26℃，湿度50%-60%。手术铺单采用保温型无菌巾，仅暴露术野区域，非操作部位用无菌棉垫覆盖；输血输液管道外露部分用保温套包裹，减少热量散失。器械护士传递器械前，将金属器械预热至接近体温，避免低温器械接触组织。（5）止血与手术配合：器械护士提前熟悉手术部位和可能的手术方式，快速传递止血器械（如止血钳、止血纱布等），协助医生进行伤口止血。对于开放性创伤，及时传递清创器械，配合医生进行清创缝合。在手术过程中，密切关注手术进展，准确传递所需器械，确保手术顺利进行。同时，严格执行无菌操作，避免感染。（6）病情监测与记录：安排专人实时监测患者生命体征、尿量、出血量等指标，每5-10分钟记录一次血压、心率、呼吸及血氧饱和度，每小时记录尿量（使用尿袋精确计量），估算术中出血量（通过吸引器收集量、纱布吸血量等综合计算）。观察患者皮肤颜色、温度及末梢循环情况，判断休克纠正程度。详细记录抢救过程中的各项操作、用药情况及病情变化，确保记录完整、准确。（7）多学科协作与信息同步：创伤抢救需多学科协同，护理配合中需确保信息高效传递。与输血科建立“绿色通道”，提前告知用血需求，确保血制品15分钟内送达手术室；与检验科联动，优先检测创伤相关指标，缩短报告时间；与ICU护士做好术前沟通，提前告知患者病情及术中情况，确保术后转运无缝衔接。术中建立“5分钟口头交班”制度，由主责护士每30分钟向团队成员（医生、麻醉师）汇报患者生命体征、出血量、输液输血量等关键信息，确保团队对病情变化达成共识，及时调整抢救方案。^[6]

1.3 观察指标

（1）抢救效果指标：包括抢救成功率（抢救成功指患者休克得到纠正，生命体征趋于平稳，转入后续治

疗）。（2）并发症发生率：统计抢救过程中及术后24小时内出现的并发症，如急性呼吸窘迫综合征（ARDS）、弥散性血管内凝血（DIC）、感染等。

1.4 统计学方法

采用SPSS25.0统计学软件处理数据。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，行 t 检验；计数资料以 $[n(\%)]$ 表示，行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组抢救效果指标比较

观察组抢救成功率高于对照组，差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表1。

表1 两组抢救效果指标比较 $[n(\%)]$

组别	<i>n</i>	成功例数	成功率
观察组	43	40	40 (93.02)
对照组	43	33	33 (76.74)
χ^2			8.241
<i>P</i>			< 0.05

2.2 两组并发症发生率比较

观察组并发症发生率低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表2。

表2 两组并发症发生率比较 $[n(\%)]$

组别	<i>n</i>	ARDS	DIC	感染	总发生率
观察组	43	1 (2.33)	0 (0.00)	2 (4.65)	3 (6.98)
对照组	43	3 (6.98)	2 (4.65)	5 (11.63)	10 (23.26)
χ^2					9.654
<i>P</i>					< 0.05

3 讨论

创伤性休克的病情特点为起病急、进展快、死亡率高，术室作为创伤救治的关键环节，需要在短时间内采取有效的复苏措施（如液体复苏、输血、止血等），恢复组织灌注，逆转休克进程^[2]。传统的手术室抢救护理模式存在诸多不足：抢救流程不规范，团队协作性差，导致抢救效率低下；护理人员对创伤性休克的病理生理变化认识不足，病情监测不全面；与家属沟通不及时，易引发医疗纠纷。随着创伤救治理念的更新，“损伤控制性手术”和“早期目标导向治疗”等理念逐渐应用于临床，这对手术室护理配合提出了更高要求，需要更专业、更系统的护理干预措施^[3]。因此，探索针对性的手术室抢救护理配合模式，对提高创伤性休克患者的抢救成功率具有重要意义。

本研究抢救效果指标分析：观察组抢救成功率显著高于对照组（ $P < 0.05$ ）。这主要得益于针对性护理配合中的应急准备和高效协作。观察组成立了专门的抢救小组，提前制定了标准化流程并进行演练，使团队在接到

抢救通知后能迅速响应,5分钟内完成所有准备工作,为抢救争取了宝贵时间。在患者入室后,护理人员分工明确,快速建立大孔径静脉通路和中心静脉通路,确保液体和血液能快速输注,为循环复苏奠定了基础。同时,配合医生及时进行止血操作,减少了术中出血量,缩短了复苏时间,从而提高了抢救成功率^[4]。而对照组由于缺乏系统的应急准备和明确的分工,抢救过程中易出现混乱,影响了抢救效果。

并发症发生率分析:观察组并发症发生率显著低于对照组($P < 0.05$),尤其是ARDS、DIC和感染的发生率均低于对照组。这与针对性护理配合中的精细化管理密切相关。在呼吸支持方面,观察组及时进行气管插管和呼吸机辅助通气,根据血气分析结果调整呼吸参数,维持了正常的氧合和通气功能,减少了ARDS的发生。在凝血功能管理上,通过及时输注红细胞和血浆,维持了血红蛋白和凝血因子在合适水平,降低了DIC的发生风险。此外,严格执行无菌操作原则,加强伤口护理和器械消毒,减少了感染的机会^[5]。对照组在这些方面的护理措施不够精细,如通气参数设置不合理、输血不及时、无菌操作不严格等,导致并发症发生率较高。

综上所述,针对性手术室抢救护理配合能显著提高创伤性休克患者的抢救成功率,降低并发症发生率。这

种护理模式充分体现了团队协作的优势和精细化护理的价值,值得在临床广泛应用。在今后的工作中,还需不断完善抢救流程,加强护理人员的专业培训,进一步提高创伤性休克的救治水平。

参考文献

- [1]刘娜,邹凤.创伤性休克病人的手术护理配合[J].糖尿病之友,2024(3):49-50.
- [2]卓梅娟,陈秋燕,魏婷婷.链式归类护理策略对腹部挤压伤合并创伤性休克患者急救成效与并发症的影响分析[J].医学理论与实践,2025,38(2):313-315.
- [3]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.
- [4]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.
- [5]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.
- [6]田竟,张杨,张敬如,等.医护一体化护理模式对严重创伤性休克患者抢救成功率及并发症的影响[J].临床医学工程,2024,31(11):1413-1414.