

1 临床资料

本科室自 2009 年 10 月至 2010 年 4 月共收治 12 例急性结石性胆囊炎合并慢性支气管炎患者,其中女 5 例,年龄 41~69 岁,男 7 例,年龄 45~70 岁。住院 7~18 d。所有患者均以右上腹腹痛、恶心、呕吐、发热为主,经腹腔镜胆囊切除术后,12 例患者均治愈出院。

2 护 理

2.1 术前准备 使用有效抗生素,纠正水电解质紊乱等,吸氧以改善组织低氧。患者入院后即应开始严格禁食,必要时术前洗肠(可防止术后胃肠胀气),同时置导尿管;术前 30 min 严格备皮,减少继发感染。及时配合医生做好术前各项检查。

2.2 心理护理 护理人员要向患者说明疾病情况、手术的必要性和安全性以及术后的注意事项,解除患者的焦虑、悲观、恐惧心理,使患者树立战胜疾病的信心,促进早日康复。

2.3 合并疾病的治疗及护理 除术前常规护理外,入院后一定要全面系统的检查重要脏器的功能,是否有合并疾病,作出全面、准确的评估。患者有慢性支气管炎病史,术前应禁烟,并行雾化吸入和给予适量祛痰剂及抗生素治疗,以及适量吸氧以改善组织低氧。

2.4 术后护理

2.4.1 一般护理 术后麻醉未清醒,去枕平卧,头偏一侧,密切观察病情,使用心电监护,做到及时发现问题,及时处理。重点监测生命体征(血压、脉搏、呼吸、心律等),特别是呼吸,发现血氧饱和度低,有痰鸣音,应立即吸痰,保持呼吸道通畅。腹部体征,还包括腹腔及胆囊引流管、导尿管等。患者完全清醒、生命体征稳定后取半坐卧位;鼓励并协助早期活动,促进肠蠕动恢复,防止肠粘连。按医嘱使用止痛针或镇痛泵止痛。加强基础护理,协助翻身叩背等。

2.4.2 营养支持 患者遭受感染及手术时分解激素分泌增加,基础代谢升高,机体消耗急剧增加,机体营养的供给显得非常重要,必须给予营养支持,重点是蛋白质、各种维生素及微量元素

2.4.3 并发症的观察和护理

2.4.3.1 水电解质平衡紊乱及酸中毒 急重病及术后呕吐严重的患者应特别注意水、电解质的补充。并发休克的患者常合并代谢性酸中毒,应给予碳酸氢钠纠正。

2.4.3.2 术后感染 术后注意体温,血象变化。发现异常情况及时报告医生处理。肺部并发症的护理:由于患者本身有支气管炎,且气管插管损伤气管黏膜及术中、术后受凉,使呼吸道分泌物增多,应向患者说明咳嗽、咳痰的重要性,并注意排痰性质,协助翻身、轻拍背部,咳嗽时按住伤口,减轻疼痛。给予雾化吸入以及使用抗生素、祛痰等治疗。必要时行气管切开排痰。

2.4.3.3 早期胆瘘 主要表现为术后或次日发生胆汁性腹膜炎或腹腔引流管有胆汁引出。

2.4.3.4 切口裂开的预防 术后应设法控制患者咳嗽、呕吐、呃逆,预防便秘以减轻腹压。常规使用腹带包扎,延迟拆线时间,减少张力,伤口微波照射理疗。

3 体 会

急性结石性胆囊炎合并慢性支气管炎后易出现切口裂开,肺、肝、肾功能衰竭继发多器官功能衰竭,严重威胁患者的生命。因此给予充分的术前准备,积极治疗并存疾病,把握手术时机,加强术后监护和护理,预防和减少各种并发症的发生,对急性结石性胆囊炎合并慢性支气管炎的手术治疗起着关键作用。

参考文献

[1] 李先军. 老年急性结石性胆囊炎 38 例治疗体会[J]. 临床外科杂志, 2005, 5(13): 328-329.
[2] 何振平, 萧虹, 柳风轩, 等胆囊损伤替代性组织修复的再认识[J]. 中华肝胆外科杂志, 2004, 10: 130-131.
[3] 崔玉森, 周书之, 千学敏. 高龄肺癌围手术期呼吸指导与护理[J]. 中华护理杂志, 2000, 35(6): 354-356.

(收稿日期: 2010-05-22)

创伤现场急救的护理分析

张穗英(民航广州医院, 广东广州 510406)

【摘要】 目的 探讨现场急救护理必要措施, 进行有效急救。方法 选取民航广州医院急救中心于 2008 年 11 月至 2009 年 12 月现场出诊救治创伤患者 124 例, 进行抢救护理处理。结果 经过合理有效的急救, 体表软组织挫伤患者伤口用敷料加压包扎止血或用止血钳钳夹止血, 伴有休克者进行抗休克, 骨折患者给予临时夹板固定。结论 现场急救是急诊医疗体系的重要组成部分, 对突发事件现场抢救危重伤员非常重要。

【关键词】 创伤; 急救护理

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2010. 22. 063

中图分类号: R472 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2010)22-2536-02

近年来, 随着意外事故的不断发生, 创伤这一普遍存在的问题对人类提出愈来愈巨大的挑战。创伤的发病因素和致伤原因很复杂, 除传统的意外事故和战伤外, 又增加了以爆炸和中毒为主要致伤原因的突发性损伤, 其特点为伤情复杂, 群体为主, 复合伤多, 伤势急重, 致命性强, 死亡率高, 因此现场急救工作显得非常重要^[1]。从第一急救工作者到达现场并采取一

些必要措施开始直至将患者送达医院急诊室之间的这个阶段为现场急救。在此期间, 第一救援者首先应该采取一些必要的措施, 使患者处于相对稳定的状态。本院急救中心于 2008 年 11 月至 2009 年 12 月现场出诊救治创伤患者有 124 例。路程最近有 0.5 km, 最远 8 km, 平均 4.3 km, 现场或基层医院抢救无效死亡 5 例, 途中死亡 1 例, 返回本院急救中心继续抢救无

效死亡 2 例,现将抢救情况报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 124 例患者中,男 90 例,女 34 例,年龄 1~70 岁,平均 35.5 岁,19~39 岁 92 例;交通事故 105 例,高空坠落伤 4 例,锐器伤 4 例,钝器伤 23 例,其他伤 27 例。

1.2 到达现场时状态 (1)濒死:呼吸困难和脉搏微弱,血压为 0 者 5 例,在转运途中心跳、呼吸停止 2 例,其中 1 例复苏成功。(2)昏迷伴有窒息 17 例,其中死亡 5 例。(3)创伤伴休克(按休克指数分度):轻度(休克指数 1.0~1.5)89 例,死亡 0 例;中度(休克指数 1.5~2.0)8 例,死亡 3 例;重度(休克指数大于 2.0)5 例,死亡 2 例。

1.3 现场危重患者死亡特点 本组死亡 5 例,均为男性。复合伤死亡 5 例,单纯胸部外伤死亡 1 例,单纯颅脑外伤死亡 1 例,复合伤死亡率明显高于单发伤。

1.4 急救-生命功能估计

1.4.1 呼吸功能正常 呼吸的生理活动有赖通畅的气道,足够的通气和充分的气体交换。在危重创伤时,必须对三者迅速做出估计,并给予相应处理^[2]。(1)气道是否通畅:口、鼻、咽、喉、气管等为呼吸时气体进出的通路。在重型颅脑创伤时舌根下坠,血块和肿胀的组织、呕吐物、泥土等都可堵塞气道导致窒息死亡,应及时清除血块、异物,拉出舌头,必要时做气管插管或者气管切开。(2)通气是否足够:胸壁或胸腔的完整性遭到破坏,如多根多处肋骨骨折、开放性或张力性气胸、大量血气胸等;还有如颈髓损伤呼吸肌麻痹使胸廓不能有效的运动患者等。对这类患者应立即封闭伤口,行胸腔闭式引流或气管插管行人工呼吸。(3)气体交换是在肺实质挫伤、出血、水肿、炎症反应或创伤出血过多,红细胞过少的情况下,气体便不能充分交换。对这一类患者需气管插管做间歇加压通气(IPPV)或终末加压呼吸(PEEP)。失血过多的要输全血,提高血细胞压积至 30%以上。

1.4.2 心血管功能 创伤后,心血管可因大出血或血浆外渗致循环血量不足,或因张力性气胸、心脏压塞、心脏挫伤、心肌梗死或冠脉气栓致心功能衰竭。临床上表现为低血容量性休克或心源性休克。

2 现场护理方法

所有的患者在现场或当地医院做初步处理^[3]:体表软组织挫伤者伤口用敷料加压包扎止血或用止血钳夹止血,无效时可用止血带。伴有休克者立即开放两条以上静脉通道快速补充血容量,力争在短时间内抗休克成功。骨折给予临时夹板固定。(1)颅脑损伤的处理:尽早建立足够的通气,保持呼吸道通畅,并给氧,必要时气管插管人工辅助通气,防止休克,维持血压,保持脑灌注压,控制颅内压,改善脑灌注压。防止或减少继发性神经损伤。(2)胸部损伤的处理:肋骨骨折经胸带加压包扎固定,对气胸做必要的胸腔闭式引流,对胸腹部伤后出现呼吸困难、急性血气胸处理后,症状无明显改善,腹部平软但有肠梗阻症状者,应考虑人膈疝的可能,确诊后应尽早手术;肺挫裂伤,容量复苏时应避免大量晶体液输入,以免加重损伤。(3)腹部损伤:判断腹部损伤性质(实质脏器损伤或空腔脏器损伤),

防止休克。本组伤者 98%在现场做了相应急救处理,随即快速转院,不能转院者则在现场或基层医院急诊手术后再转院。多发伤、危重患者则由有经验的医生按 PHI 评分法将伤者分类,先抢救和转送重伤者,后转送轻伤者。转送途中严密观察生命体征,病情加重时立即作出相应急救处理。疑有脊柱挫伤、脑疝时应采取相应的特殊体位和搬运方法,现场急救,急救手术和安全转运是提高现场急救成功率的重要环节。

3 讨论

创伤急救重在时间,突出一个“急”。如何在最短时间内对患者进行“有效现场急救”对提高危重患者的救治成功率起到重要的作用。现场急救中致伤因素多,伤情复杂,致伤效应是两种或两种以上致伤因素作用的相互加强或扩增效应的结合,因此病理生理混乱常较多发和多部位伤更加严重而复杂,病理生理学变化更为复杂。复合伤伤势重,并发症多,病死率高,严重的复合伤伤员常常死于致伤现场,即使部分伤病员能渡过早期的休克等难关,往往死于后期的严重并发症。现场急救因条件有限容易漏诊误诊,有的伤员很可能内伤和外伤同时存在,出现了没有伤口的损伤,而其损伤大多为致命性,易被忽略,往往成为该类患者死亡的主要原因。复合伤治疗中最大的难题是难以处理好由于不同致伤因素带来的治疗困难和矛盾,就冲烧复合伤而言,如何处理好治疗烧伤的迅速输液与治疗肺冲击伤慎重输液诸如此类的矛盾是治疗的关键。当然各类伤员首先要确保呼吸道通畅和有效循环血量,气管插管和建立有效输液通道,患者在转运时运输工具的技术装备亦是患者是否安全的重要保证^[4]。救护车应是一个简单的冠心病监护病房(ICU),应配备有心电监护仪、除颤仪、呼吸机、心电图机、氧气及一定量的抢救药品,以便在较远路途中持续地监护患者心律、心率、血氧饱和度、血压等病情变化,并能及时处理^[5]。本院在开展现场急救以来,对严重创伤的患者,边诊断、边治疗、边转送,再诊断、再治疗。并及时通知医院相关科室人员做好准备。为成功救治患者争取了时间,使生存率提高,取得了良好的社会效益和经济效益。

参考文献

- [1] 郭水华,吴雪玲.多发性创伤的现场急救[J].中国民族民间医药,2009,18(10):128-130.
- [2] 刘发平.多发性创伤 168 例救治分析[J].人民军医,2005,48(3):148-150.
- [3] 肖烨,蒋德玉,沈毅,裴天容,颜丽.急诊抢救预案流程在严重创伤患者中的应用体会[J].贵州医药,2008,32(6):571-572.
- [4] 金玉筑,程丹莉.成批意外伤害患者的急救护理体会[J].护士进修杂志,2009,24(8):748-749.
- [5] 田伟珍,张海燕,俞旭波.大批伤员的院前急救[J].现代中西医结合杂志,2005,14(7):908-909.
- [6] 任伟.院前急救的护理[J].吉林医学,2005,26(5):530.