

和生理准备,对提高孕产妇的保健意识,发现高危妊娠,促进自然分娩,对降低剖宫产率有重要意义,值得推广。

参考文献

[1] 刘溅妹,何庆凤.文化层次对孕妇产前检查依从性的影响与护理干预[J].中国医疗前沿,2011,20(7):26-28.

[2] 梁碧凤,谢月雯.孕期妇女心理问题调查及护理[J].山西医药杂志,2009,16(8):81-82.

[3] 蒋环.在孕妇学校实施的“分娩九法镇痛”产前教育的探讨[J].护理研究,2008,21(7):1926-1927.

[4] 潘薇,任建华,蒲绍蓉,等.孕妇产前心理状况调查[J].当代护士:专科版,2008,12(12):57-58.

[5] 李幼娟,周军,刘兰,等.产前系统管理干预对孕产妇的影响[J].护理研究,2011,16(11):32-33.

[6] 何日尚.潜伏期实施健康教育的效果分析[D].中华护理学会全国妇产科新技术、新理论进展研讨会论文汇编,2009.

[7] 赵荣,杨昕蕾,杨秀芬.产前健康教育对分娩方式的影响[J].中国生育健康杂志,2010,21(2):116-117.

[8] 李晓燕.产前健康教育对孕妇分娩结果的影响[J].中国实用医药,2011,22(9):86-87.

[9] 刘晓霞.孕期健康教育对剖宫产率的影响[J].基层医学论坛,2011,16(27):29-30.

[10] 邵春玲.母乳喂养有利于婴幼儿的身心健康[J].中国医学研究与临床,2008,6(3):58-59.

(收稿日期:2013-12-25 修回日期:2014-03-20)

创伤救护模式在多发伤急救中的应用

刘 玲,陈晓琴[△](重庆市梁平县人民医院重症医学科 405200)

【摘要】 目的 探讨多发伤患者急救中的创伤救护模式。**方法** 选取梁平县人民医院重症医学科 2013 年 1~6 月的严重多发伤患者 53 例作为对照组,采取传统急救方法进行救治,将 2013 年 7~12 月的严重多发伤患者 49 例作为观察组,运用规范化、程序化的创伤救护模式进行治疗护理。对两组患者的抢救时间,抢救成功率及病死率进行统计分析。**结果** 观察组抢救时间为(38.06±11.24)min,明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组抢救成功率为 83.67%,明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 创伤救护模式能缩短抢救时间,保证各个环节的救护质量,提高抢救成功率,是值得推广的现代急救模式。

【关键词】 创伤救护模式; 多发伤; 急救
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.14.064 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)14-2026-02

多发伤是指在同一致伤因素下,人体同时或相继有两个以上的解剖部位或器官受到创伤,且其中至少有一处是可以危及生命的严重创伤,或并发创伤性休克者^[1]。由于各部位伤情严重复杂,交互作用,彼此掩盖,变化快,病死率高,很多学者认为严重多发伤患者伤后 1 h 以内是抢救的黄金时间,故建立与完善院内规范化抢救流程是降低创伤病死率的关键^[2]。2013 年初本科按照急救模式必须有利于急诊患者的救治和康复的原则^[3],制订了医护紧密配合、职责明确、分工协作的规范化、程序化的创伤救护模式,于 2013 年 7 月起运用于本科多发伤患者的救治中,有效缩短抢救时间,提高了抢救患者成功率,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2013 年 1~6 月在本科抢救的严重多发伤患者 53 例作为对照组,其中男 35 例,女 18 例;年龄 12~74 岁,平均(46.82±9.65)岁;交通事故伤 36 例,高处坠落伤 14 例,机器绞压伤 1 例,爆炸伤 1 例,挤压伤 1 例。损伤部位及类型:头部损伤为主 17 例,胸部损伤为主 13 例,腹部损伤为主 11 例,四肢损伤为主 6 例,脊柱损伤为主 4 例。急性生理学与既往健康评分系统(APACHE II)评分^[1],评为 18~42 分,平均(26.3±7.07)分。将 2013 年 7~12 月在本科抢救的严重多发伤患者 49 例作为观察组,其中男 34 例,女 15 例;年龄 8~73

岁,平均(42.36±9.89)岁;交通事故伤 29 例,高处坠落伤 15 例,高空坠物砸伤 2 例,刀砍伤 2 例,爆炸伤 1 例;损伤部位及类型:头部损伤为主 21 例,胸部损伤为主 11 例,腹部损伤为主 8 例,四肢损伤为主 5 例,脊柱损伤为主 4 例。APACHE II 评分为 18~35 分,平均(23.54±5.14)分。两组性别、年龄、损伤类型、伤情比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组采取传统急救方法 主管医生评估患者伤情,掌握病史,检查受伤情况,有无危及生命的创伤,负责指挥组织抢救。2~3 名护士协助抢救;观察患者意识、瞳孔及生命体征,至少建立两组静脉通道补液,保证输液、输血,积极纠正休克,监测中心静脉压及尿量;清理呼吸道内异物及分泌物,保持呼吸道通畅,给氧,观察氧疗效果及血气分析结果,必要时给予气管插管、机械辅助通气;保护创面,抬高患肢,进行止血、包扎、固定;协助辅助检查、实验室检查;对急需手术患者,积极行术前准备:备皮、合血、皮试等;动态监测病情变化及重要脏器功能,做好记录。

1.2.2 观察组启用创伤救护模式进行抢救 (1)人员组成及培训:由 2~3 名医生(其中高或中级职称 1 名,负责指挥抢救)、4 名重症监护病房专科护士组成救护小组(其中有责任组长 1 名)。救护小组成员职责明确,分工协作;定期组织医护人

[△] 通讯作者,E-mail:286322987@qq.com。

员进行各项危急重症抢救预案应急演练及重症医学相关理论知识培训。(2)伤情评估:患者入院后由 1 名中级职称以上医生负责组织抢救,按照“A(气管与颈椎保护)、B(呼吸)、C(循环与止血)、D(神经系统)、E(彻底检查)”顺序进行快速、全面的初步评估^[4],边诊断边救治,按 V(保持呼吸道通畅)、I(输液、输血)、P(心功能监测)、C(控制出血)、O(确定性手术)程序进行初级抢救^[5],积极处理危及生命的情况,如心搏骤停、窒息、张力性气胸、开放性气胸、连枷胸、心包填塞、活动性大出血等,保护心、肺、脑、肾、颈椎等重要脏器。采用 APACHE II 评估量表评估伤情,判断病情严重程度及预期死亡风险,及时与患者家属沟通。(3)护理急救配合:A 护士负责气道管理,呼吸道梗阻窒息是主要死因之一,保持呼吸道通畅是急救过程中最基础、最主要的措施^[6]。迅速清除呼吸道血液、异物及分泌物,开放呼吸道,保持呼吸道通畅,根据病情使用口咽通气道,避免舌后坠阻塞气道,充分给氧以支持呼吸,按每分钟 4~6 L 为宜^[7],配合医生进行人工气道的建立及机械通气,监测各项呼吸功能指标。B 护士负责循环功能监测,连接心电监护仪,观察和记录患者神志、瞳孔、呼吸、脉搏、血压和尿量,判断有无呼吸困难、出血、休克的征象,建立 2~3 条静脉通路,选择较粗直血管,使用 20~22 G 型留置针,以利于补充血容量,方便准确及时有效地使用急救药物;必要时协助医生行深静脉穿刺;采集血标本行实验室检查。C 护士负责置管,如导尿、胃管等,固定引流管,做好醒目标识,密切观察引流液颜色、性状、量;协助医生处理创口,做好术前准备。C 护士核实患者身份,评估患者现存或潜在的高危因素,书写各种护理记录,处理医嘱,联系会诊、特殊检查、手术等,向家属做好健康宣教。(4)急救物品管理:各种常用物品如氧气湿化瓶、输氧管道、吸痰管、导尿管等设置一定数量放置于床头柜、吊塔挂篮、抽屉的固定位置,保证抢救时可及时取用,并根据患者周转情况及时补充;急救药品、物品、仪器、设备定位放置,不随意挪用或外借,定期检查维护,仪器状态标识清楚,确保完好备用。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 11.5 统计软件进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组比较采用两独立样本 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

观察组 49 例,抢救时间 17~45 min,41 例送入手术室或进行下一步治疗,2 例死亡,3 例放弃治疗出院,3 例转上级医院;对照组 53 例,抢救时间 22~53 min,35 例送入手术室或进行下一步治疗,6 例死亡,7 例放弃出院,5 例转上级医院。观察组抢救所用的时间明显短于对照组,抢救成功率高于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组抢救时间及抢救成功及病死结果

组别	<i>n</i>	抢救时间 (min, $\bar{x} \pm s$)	抢救成功 [<i>n</i> (%)]	病死 [<i>n</i> (%)]
观察组	49	38.06±11.24	41(83.67)	2(4.1)
对照组	53	43.42±10.4	35(68.63)	6(11.3)

续表 1 两组抢救时间及抢救成功率的比较

组别	<i>n</i>	抢救时间 (min, $\bar{x} \pm s$)	抢救成功 [<i>n</i> (%)]	病死 [<i>n</i> (%)]
t/χ^2		$t=2.49$	$\chi^2=4.17$	$\chi^2=0.98$
<i>P</i>		<0.05	<0.05	>0.05

3 讨 论

多发伤的急救护理,体现了“时间就是生命”。严重多发伤伤后 1 h 是挽救患者生命、减少致残的“黄金时间”,应尽力缩短创伤至手术间隔的时间,实现“早期确定性救治”^[1]。故医护人员应树立急救观念,争分夺秒地进行救治,快速准确全面地检查伤情,在短时间内对患者主要存在的问题和重要脏器的功能状况进行初步评估,做到简捷不耽误,全面不遗漏,然后根据各部位伤情的轻重缓急安排抢救,纠正危及患者生命的情况,使患者得到专业化的治疗,病情处于一个相对稳定的状态,为进一步救治赢得时间。作者实行的创伤救护模式改变了过去护士被动执行医嘱的状态以及抢救过程中分工不清导致的操作混乱、工作重复或未及时完成的状况,护士急救意识强化,在抢救中积极配合医生,有条不紊,忙而不乱,任务与职责明确,既能充分发挥护士的主观能动性,及时发现患者病情变化,为医生制定进一步救治方案提供依据;又加强了团队协作,节省了抢救时间,作者经过半年的临床实践,创伤救治模式逐步趋于成熟。

在本组病例中,观察组患者抢救时间明显短于对照组,抢救成功率明显高于对照组,说明该模式能有效缩短急救时间,提高急救效率和抢救成功率,有利于提高救治水平,是一种值得临床推广的现代急救模式。

参考文献

[1] 张波,桂莉. 急危重症护理学[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社,2012:1-73.

[2] 马中富. 急诊医学[M]. 北京:军事医学科学出版社,2007:313-315.

[3] 田英平,石汉文,佟飞,等. 急诊模式与急诊医学的稳定进展[J]. 中国急救医学,2009,29(8):754-755.

[4] 刘淑媛,陈永强. 危重症护理专业规范化培训教程[M]. 北京:人民军医出版社,2006:457.

[5] 何素娥,刘淑琼. VIPCO 急救护理程序应用于严重多发伤的抢救[J]. 医学理论与实践,2012,25(3):334-335.

[6] 侯惠芹. 43 例严重多发伤病人的急救与护理[J]. 全科护理,2013,11(31):2913-2914.

[7] 顾玉慧,崔秋霞,吉云兰. 多发伤急诊抢救期护理干预的进展[J]. 实用临床医药杂志,2012,16(16):160-162.