

2010年内科护理：腹部创伤的治疗 _ 护士资格考试 _ PDF转换
可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao_ti2020/1/2021_2022_2010_E5_B9_B4](https://www.100test.com/kao_ti2020/1/2021_2022_2010_E5_B9_B4_E5_86_85_c21_1719.htm)

[_E5_86_85_c21_1719.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/1/2021_2022_2010_E5_B9_B4_E5_86_85_c21_1719.htm) (一) 急救与后送 腹部创伤伤员的急救与其它脏器伤的急救一样，应先注意检查有无立即威胁生命的情况存在，并应迅速予以处理，首先要注意检查有无呼吸道阻塞和呼吸道机能障碍，清除呼吸道分泌物和异物，维持呼吸道通畅，如有开放性气胸，明显的外出血等立即威胁生命的情况时，应迅速予以处理。四肢如有骨折，在搬动前应初步固定。休克发生前应积极预防休克，如冬保暖、夏防暑、保持伤员安静，止痛（未明确诊断前，禁用吗啡等止痛剂）和补充液体，当休克发生后，必须快速输血、输液，以尽快恢复血容量，使血压回升，输入的静脉最好先用上肢，因为在腹部伤中，可能有下腔静脉系统的血管损伤，用下肢输血有增加内出血的可能。当发现腹部有伤口时，应立即予以包扎。对有内脏脱出者，一般不可随便回纳以免污染腹腔。可用急救包或大块敷料严加遮盖，然后用军用碗（或用宽皮带作为保护圈）盖住脱出之内脏，防止受压，外面再加以包扎。如果脱出的肠管有绞窄可能，可将伤口扩大，将内脏送回腹腔，因此时的主要矛盾是肠坏死而不是感染。脱出的内脏如有破裂，为防止内容物流出，可在肠破口处用钳子暂时钳闭，将钳子一并包扎在敷料内，随伤员后。如果腹壁大块缺损，脱出脏器较多，在急救时应将内脏送回腹腔，以免因暴露而加重休克。在急救处理同时，应用抗菌素如破伤风抗毒素等疑有内脏伤者，一律禁食，必要时可放置胃肠减压管抽吸胃内容物。有尿潴留的伤员应导尿作检查，并留置

导尿管，观察每小时尿量。急救处理后，在严密的观察下，尽快后送，后送途中，要用衣物垫于膝后，使髌膝呈半屈状以减轻腹壁张力，减轻伤员痛苦。（二）早期处理

www.Examda.CoM 1.检伤分类和术前处理应同时进行，检伤分类的目的是判断有无内脏伤，使有适应证的伤员尽早手术。内出血在和内脏内容物刺激都可出现休克，这类伤员应紧急剖腹手术，但手术必然会加重休克，因此必须先输血或血浆代用品，将血压提升到90毫米汞柱以上，方行手术，如经过抢救，血压仍升高不到90毫米汞柱，表示有持续内出血，而且出血速度很快，应在加强抗休克的同时进行剖腹止血处理内脏伤，只有止住了血，才能控制休克。2.手术前准备：手术前准备主要是抗休克、其措施为：（1）保持呼吸道通畅、吸氧；（2）立即用粗针头作静脉穿刺或静脉切开，建立一条通畅的输液通路，并抽血行血型鉴定，交叉配血；（3）立即静脉快速滴注平衡盐溶液或右旋糖酐500~1000毫升，随即输血，在多数病人血压能够回升；（4）安放留置导尿，记录每小时尿量；（5）放置胃管，接吸引器进行胃肠减压；（6）术前使用有效的抗菌素，开放性腹部外伤者，应注射破伤风抗毒素。3.手术治疗来源:百考试题网 一般腹壁损伤的治疗，可按其它部位软组织损伤处理原则进行治疗。腹腔内脏损伤常需要进行手术治疗剖腹探查术。剖腹探查的适应证如下：（1）有明显的腹腔内脏损伤的征象者；（2）休克经治疗，血压仍不升，或上升后又下降，未能查出腹部外出血征象者；（3）观察中的伤员出现上述情况者；（4）战时，前一级医疗单位虽已行剖腹探查，但伤员又出现上述征象者。麻醉选择：腹腔内出血的伤员，以气管内插管行全身麻

醉较为安全，一般损伤可行连续硬膜外阻滞麻醉。手术切口：一般剖腹探查多采用正中或正中旁切口，操作简单，出血少便于探查，开关腹快，又可根据情况延长切口。探查步骤：剖腹探查手术要求动作迅速、准确、轻柔、既有重点，又要按一定次序进行以免遗漏。特别要注意探查胃后壁，贲门附近、胰腺、十二指肠和升、降结肠后壁及外侧壁、结肠肝、脾曲部位，肠系膜连接处的肠壁等损伤。开腹后，可根据腹腔内容物判断哪一类内脏损伤，切开腹膜时，有大量血液自腹腔溢出，表示有实质性脏器或大血管破裂；有气体或消化道内容物溢出，表示胃肠道破裂；有胆汁样液体时，表示有胆道系统或十二指肠破裂；有粪样液体或粪臭时，表示有回肠下端或结肠损伤；有尿液或闻到尿味时，表示有输尿管或膀胱损伤。内脏损伤的处理是按“先止血，后修补”的原则，腹腔内的大量血液，应迅速吸出，并用手捧出血块，然后逐一检查实质脏器。探查的顺序是：脾、肝、肠系膜，盆腔脏器，再切开胃结肠韧带进入网膜囊检查胰腺；如发现出血来自腹膜后，应切开后腹膜清除血肿，并探查肾脏及腹膜后大血管。找出出血点彻底止血。止血时，先用手指压迫出血点，迅速吸净腹腔积血，看清出血部；然后结扎止血。切忌用止血钳盲目在血泊中钳夹止血，以免造成误伤重要器官。然后再顺序检查空腔脏器。从上腹部开始检查胃之前后壁，十二指肠、空肠，回肠逐段向下。最后检查结肠或直肠，发现胃肠壁破裂时，应暂时用肠钳夹住裂口，防止更多的胃肠内容物流入腹腔，待检查完毕后再行处理。一般先处理结肠和末端回肠的裂口，因其内容物多为粪便，感染力强，然后再处理胃和空肠。在火器伤中，必须找到伤道全程，以免

遗漏伤情。对腹腔内的异物和失去活力的组织，血块均应清除，如污染严重，应用大量盐水冲洗腹腔，腹腔内置双套管引流负压吸引，并在腹膜外放置橡皮片引流。切口缝合，切口污染不严重者可分层缝合。切口污染严重，肠线缝合腹膜后，其余各层组织用金属线或粗丝作全层减张缝合以利切口引流，又可防止切口裂开。对腹壁有较大缺损无法缝合时，可用大网膜覆盖内脏，外用凡士林纱布缝于缺损腱膜，肌肉边缘以保护内脏，等纱布下有新生肉芽覆盖，即可拆除纱布。

4. 术后处理 腹部手术后，必须行持续胃肠减压，直到肠蠕动功能恢复为止。如果有胃肠造瘘，也应同时用吸引器负压吸引，吸引时间与前者相同，当造瘘目的完成后，造瘘管一般最早可在二周后拔除。术后伤员禁食，但要静脉输入适量的液体和电介质溶液，维持营养和水电介质平衡。有贫血和低蛋白血症者要适当的输入血浆、全血或水解蛋白，待胃肠功能恢复后，才能逐步口服流质、半流质食物。广谱抗菌素的全身应用或联合使用，一般延续到炎症消退为止。腹腔引流物应在术后4~5天取出。为止血用的填塞物，可在术后4~5天每天抽出一小段，10~12天完全取出。腹部手术后伤员，在病情稳定后，宜早期下床活动，以防术后肠粘连。

更多信息请访问：百考试题护士网校 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com