

严重胸腹多发伤的急救护理体会执业医师资格考试 PDF转换  
可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/507/2021\\_2022\\_\\_E4\\_B8\\_A5\\_E9\\_87\\_8D\\_E8\\_83\\_B8\\_E8\\_c22\\_507758.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/507/2021_2022__E4_B8_A5_E9_87_8D_E8_83_B8_E8_c22_507758.htm) [摘要] 随着交通事业发展，交通事故多发，严重的胸腹多发伤事故也随之增多。严重的胸腹多发伤患者死亡率极高，但若抢救及时，急救护理正确得当，极大部分的严重胸腹多发伤患者都可以康复。本文介绍我院对严重胸腹多发伤的急救及其护理的经验。

[关键词] 胸腹多发伤；护理体会；急救

随着我国现代化建设发展，交通繁忙，交通事故日益增多。据估计，全世界每年因交通事故死亡者逾70万人，受伤者100万~1500万人。相关的调查统计，我国因胸腹伤死亡人数占全世界10%以上 [1]，严重的胸腹多发伤也随之增多。该病例发病急、变化快、病情复杂，且严重影响机体的生理机能，数个创伤部位可相互影响，死亡率高。本文介绍我院自2005年7月到2006年6月共急救收治严重胸腹多发伤患者41例的急救及其护理方面的经验。

1.临床资料 本组病例41例，男29例，女12例，年龄18岁~67岁，平均年龄35.2岁，其中以20岁~50岁多见。车祸伤34例，坠落伤4例，挤压伤2例，刀砍伤1例。开放性损伤6例，闭合性损伤35例。受伤部位以胸、腹腔脏器明显损伤为主，均伴有不同程度的血气胸及休克。多发性肋骨骨折27例，创伤性湿肺19例，颅脑损伤3例，肝挫伤2例，脾破裂5例，肾损伤2例，其他部位骨折9例。

2.诊断治疗 2.1 诊断 快速早期诊断，以判断有无休克及呼吸道梗阻。在积极处理的同时，充分了解伤情，可用挤压伤的“CRASHPLAN”，即（C循环、R呼吸、A腹部、S脊柱、H头颅、P盆腔、L四肢、A动

脉、N神经) 检诊顺序, 进行全面的检查, 必要时进行重复检查。对闭合性损伤, 疑有腹腔脏器损伤者进行诊断性腹部穿刺, 阴性者可进行B超、CT、X线检查。针对致命的问题, 采取边抢救边诊断的原则。

## 2.2 治疗

在治疗41例中, 采用胸腔闭式引流29例, 胸壁固定11例, 气管插管3例, 辅助呼吸6例。

## 2.3 急救护理

### 2.3.1 急救护理必须迅速、果断、准确、有效

主要是抗休克治疗保持呼吸道通畅和控制外出血等, 纠正低血容量性休克。本组中有15例为低血容量性休克, 需尽快恢复循环血量, 迅速建立2条以上的静脉通路, 快速补液, 同时进行血常规、血型、血生化、凝血4项、配血等各项血标本的采集, 为输血及施行手术赢得时间。解除呼吸道梗阻, 保持呼吸道通畅, 要迅速解开或剪开衣服, 立即清除口咽部的血块、呕吐物及分泌物, 舌根后坠者可放置口咽管, 解除对气道的压迫。对于严重的肺挫伤患者, 禁健侧卧位, 以防伤侧积血流入健侧支气管引起窒息。血压平稳无禁忌的患者, 可取半卧位, 休克或昏迷患者应取平卧位, 头偏向一侧, 以防呕吐物堵塞呼吸道引起窒息。充分给氧, 氧流量3 L/min ~ 4 L/min为宜, 可用鼻塞或面罩吸氧, 若呕吐物阻塞呼吸道, 可用负压吸引清除, 无效时可进行气管插管或气管切开, 呼吸机辅助呼吸。控制外出血, 伤口包扎, 局部固定, 伤处用敷料压迫加压包扎, 配合清创止血。多发性肋骨骨折出现反常呼吸时, 用胸带固定, 胸部有开放性伤口, 应立即用厚无菌敷料封闭伤口, 变开放性气胸为闭合性气胸。血气胸者应尽早做胸腔闭式引流, 排出积血积气, 从而减轻对肺及纵隔的压迫。

### 2.3.2 心电、血压、血氧监护

通过动态的观察及早发现病情的变化。本组有1例, 经初步检查未发现内出血部位, 但

血流动力学不稳定，未予以足够重视，行CT检查发现心脏填塞，未及时抢救而死亡。

### 2.3.3 注意陪检，及时手术

伤情复杂，必须进行辅助检查的患者，要有医护人员陪同前往，并做好急救的准备，以应付可能出现的危急情况。对符合手术指征的患者，及时安排手术顺序，针对病情，施行损伤控制性手术[4]。坚持“救命第一，保全器官第二”的原则，及时通知手术室及麻醉科做好准备，送患者入手术室。

### 2.3.4 病情观察

主要包括生命体征的监测急救护理等。

#### 2.3.4.1 进行生命体征的监测及瞳孔、意识、尿量的观察

定时听诊双侧肺部呼吸音，有无呼吸加快、变浅、不规则，有无呼吸对抗，低氧血症，防止发生急性呼吸窘迫综合征（ARDS）。若患者意识由清醒变模糊，面色苍白、皮肤湿冷、尿量减少、脉搏细速、血压下降，提示有失血性休克，应及时处理。

#### 2.3.4.2 胸腹部伤口及体征的观察

观察伤口出血情况，有无气体进出的响声，以及皮下气肿的变化情况。胸部有无压痛、浮动胸壁、反常呼吸、呼吸困难、口唇紫绀，腹部有无压痛、反跳痛、腹肌紧张。

#### 2.3.4.3 保持胸腔引流通畅，妥善固定，防止脱落

观察水柱的波动和引流液的量、速度、性状。血胸患者若胸腔引流积血排空后，引流血量持续3 h超过200 ml/h，伴有血压下降，提示有活动性出血，应立即通知医生采取抢救措施。

#### 2.3.4.4 应用呼吸机时要注意观察运行情况，各参数是否合理

严密观察生命体征，双侧呼吸音及胸廓的起伏度，及时吸痰，监测血气，根据结果及时调整参数。

#### 2.3.4.5 预防并发症

因损伤脏器多，加之缺血、缺氧，机体抵抗力下降，易发生感染。除严格无菌操作外，应有效及时的使用抗生素，防止感染，必要时应用皮质激素、利尿脱水剂，以改善换气功能。

血压平稳后置于半卧位，以利于呼吸及腹腔渗液的引流。

### 百考试题网站整理 2.3.5 心理护理

由于严重胸腹多发伤大多是发生突然的，且病情重而复杂，患者缺乏心理准备，易产生紧张、恐惧、痛苦心理。因此护理人员要及时了解其心理状况，与其多接触、多疏导，给予安慰，讲解抢救治疗措施的作用，以减少其焦虑心理，树立信心，同时关心同情家属，向其讲清伤情的严重程度，取得家属的配合。

### 3.治疗结果

经对胸腹多发伤患者严密观察，积极的救治护理后，治愈的为37例，死亡的有4例。死亡原因：休克未及时纠正2例，ARDS 1例，漏诊1例。胸腹多发伤急救治愈率为90%。

### 4.讨论

胸腹多发伤不是单独伤的相加，而是指同一伤因打击下，人体同时或相继受到两个以上解剖部位或脏器的严重创伤，因此，如不及时抢救，患者的死亡率极高。我院急救科抢救的伤病员采取快速早期诊断、抢救治疗、急救护理等治疗方法，其治愈率达到90%。因此，快速早期诊断、抢救治疗、急救护理成为治愈严重胸腹多发伤患者的主要手段。在急救护理方面，我们的经验是要提高对严重胸腹多发伤的认识。创伤死亡有3个高峰，第2个高峰在伤后数分钟至3 h内，为提高存活率，关键的一点是要能抓紧伤后“黄金1 h”内的紧急救治 [ 1 ]。加强救治中的护理环节，提高护士对伤情观察的敏锐性和预见性，主动、及时、有效的进行医护配合是提高抢救成功率的关键之一 [ 2 ]。这就要求急诊科护士熟练的掌握各种抢救技术，定期进行设备检查，保持抢救物品的完备状态，同时建立抢救预案，急诊报告制度。

"#F8F8F8" 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](http://www.100test.com)