

# 不同护理干预方法对急诊创伤性失血休克的影响

陆金维 方佳楠

南通市第二人民医院 江苏 南通 226001

**【摘要】**目的：对比分析不同护理干预方法对急诊创伤性失血休克的影响。方法：抽取50例急诊创伤性失血休克患者为对象，纳入时间为2023年1月~2025年6月。电脑随机分为对照组、分析组，各25例。对照组基础急诊护理干预模式，分析组加入综合护理干预。对比救治成功率、临床指标、并发症发生率和体温指标。结果：分析组救治成功率高于对照组( $P<0.05$ )。分析组各项临床时间均短于对照组( $P<0.05$ )。分析组并发症发生率低于对照组( $P<0.05$ )。分析组各时段体温均高于对照组( $P<0.05$ )。结论：综合护理干预应用于急诊创伤性失血休克患者中可提高救治成功率和效率，降低并发症发生风险，维持生命体征稳定。

**【关键词】**：护理干预；急诊护理；创伤性失血休克

DOI:10.12417/2705-098X.26.06.043

创伤性失血休克是在严重创伤作用下引发的危急重症，患者急性、大量失血，伴随有效循环血容量骤减，引发组织灌注不足，若治疗、干预不及时，可能进展为多器官功能障碍，出现生命危险<sup>[1]</sup>。急诊是创伤性失血休克患者救治的重要场所，其能够科学、及时救治的同时护理配合也直接影响到救治效果和效率。常规急诊护理以对症止血、抗休克等为主，围绕现存躯体症状展开干预，但在病情个体化评估、风险预防等方面仍存在缺陷，护理全面性不足，影响抢救效果<sup>[2]</sup>。

综合护理是各项护理措施优化、整合后形成的系统护理方案，将其应用于急诊护理中可关注到常规护理的忽视部分，重视护理的针对性、全面性，通过多维度、流程化的护理和团队合作可提高急诊护理质量、效率，为创伤性失血休克患者的救治争取时机，提高效果和安全性<sup>[3-4]</sup>。基于此，本研究对比分析不同护理干预方法对急诊创伤性失血休克的影响，整理后报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

以急诊收治的创伤性休克患者为对象，纳入时间、样本量分别为2023年1月~2025年6月、50例。

随机1:1分为25例对照组和25例分析组。

分析组男性15例，女性10例；年龄23—76岁，平均(48.65±10.32)岁，受伤原因：交通事故12例、暴力事件8例、坠落伤5例。

对照组男性13例，女性12例；年龄21—75岁，平均(48.70±10.41)岁，受伤原因：交通事故14例、暴力事件9例、坠落伤2例。

两组一般资料比较，差异无统计学意义( $P>0.05$ )，具有可比性。

纳入标准：①18岁及以上患者。②休克后4h内急诊入院救治。③资料完整且家属签署知情同意书。

排除标准：①合并其他急性疾病。②合并严重脏器功能障碍、损伤患者。③自身免疫系统疾病患者。④资料严重缺失患者。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

实施常规急诊基础护理模式，即入院后对患者实施常规急救处理，迅速判断创伤部位和创伤程度，处理创伤并密切监测生命体征变化，建立静脉通路给予抗休克治疗。同时，紧急清除患者口鼻腔、呼吸道分泌物，补充血容量，配合吸氧等处理，休克改善、意识恢复后进入下一步治疗。

#### 1.2.2 分析组

以对照组为基础加入综合护理模式，具体为：

(1)快速评估与分级护理干预。入院后开启个性化评估和护理流程，护士在入院60~180s内完成患者的病情评估，快速记录皮肤颜色、意识状态、出血部位、温度和血压、心率等生命体征指标，及时汇报患者休克严重程度，分为轻、中、重3等级并做好标记。对于重度休克患者应启动绿色通道，及时沟通以合理调配急救资源，有序开展救治以优先维护生命体征稳定。

(2)失血和循环护理。记录患者出血量，结合出血部位、持续时间重点控制，外出血患者予以加压包扎、止血带等措施，密切观察创口止血效果。对于疑似存在内出血患者，需要快速完善检查，结合血压、血常规、脉搏心率等变化及时确定内出血并汇报。同时，优先选择粗大静脉以为患者建立2条以上的有效静脉通路，遵医嘱动态补充液体和血制品，记录出入量并个性化调整输注速度，确保过程安全。

(3)体温护理。入院后为患者实施个体保温干预，立即使用恒温保温毯并覆盖棉被保持体温，适当调高环境温度并避免救治中不必要的皮肤暴露。同时，使用加温输液装置确保其救治中输注的液体、血制品和使用冲洗液均保持在37°C左右，减少救治中热量流失。此外，护理人员提高体温监测频率，间

隔 15~30min 测定患者体温水平并绘制趋势图，记录并动态调整复温温度，保持平稳复温，避免速度过快加重循环负荷。

(4) 呼吸道管理与氧疗护理。设置专人负责口鼻腔和呼吸道通畅维护，及时清理分泌物并及时建立人工气道，个性化调整吸氧量和氧气供应方式，密切观察呼吸频率、血氧饱和度等，及时调整参数以保障组织氧供充足。

(5) 心理护理。基于患者各阶段意识状态实施人文关怀和心理护理，休克抢救时患者无意识可通过肢体接触、语言唤醒等方式给予关怀，为患者家属介绍处理措施获取其同意和配合。待患者意识逐渐恢复后，循序渐进沟通给予安抚和肯定，用音乐、视频等方式转移注意力，让患者家属多陪伴、关心，减轻应激事件后的心理恐惧和环境陌生感。

(6) 多学科协作护理。抢救过程中护理人员评估患者病情并与急诊医师、麻醉医师、影像科室和可能涉及下一步治疗的骨科等科室保持密切沟通，主动告知患者病情和变化，提前做好手术器械、药品等准备，进入下一检查和治疗流程前提前告知，避免患者不必要的等待提高风险。同时，责任化各医护人员、科室的责任，减少重复操作并确保可溯源，提高救治的精准性。

(7) 持续监测与并发症预防。从皮肤、体温等方面实施预防护理措施，监测患者尿量和各项实验室指标变化趋势，及时评估酸中毒、肺部感染等风险，协助变换体位和排痰，以免出现肺部感染等风险事件。同时，严格执行无菌操作，完善个体检查和评估，调整输液量预防水电解质紊乱并及时识别脏器损伤、上报。

### 1.3 观察指标

(1) 救治成功率：以成功挽救生命，休克症状基本消失或明显改善，意识状态基本恢复正常为救治成功，将死亡、休克症状持续或未见好转，意识未见恢复为救治失败，对比两组救治成功率。

(2) 临床指标：精准记录患者抢救时间、体温恢复时间、EICU 入住时间 3 项指标评价救治效率。

(3) 并发症发生率：记录患者肺部感染、水电解质紊乱、脏器衰竭 3 项并发症发生情况，对比总发生率差异。

(4) 体温水平：以入院时、入院 10min、入院 30min 时体温评价，测定 3 个时刻两组患者核心体温对比差异。

### 1.4 统计学分析

采用 SPSS20.0 软件包进行数据分析，组间计量平均数资料分析使用  $(\bar{x} \pm s)$  描述/t 检验，计数指标则使用 n (%) 描述/ $\chi^2$  检验，当最终数据结果对比后达到统计学意义运用  $P < 0.05$  表示。

## 2 结果

### 2.1 救治成功率、效率指标对比

分析组救治成功率高于对照组，且各项临床时间指标短于对照组 ( $P < 0.05$ )。可见表 1。

表 1 救治成功率、效率指标对比

组别	对照组	分析组	$\chi^2/t$	P
例数	25	25		
救治成功率[n(%)]	成功率	25(100.00)	5.556	0.018
	失败率	0(0.00)		
临床指标	抢救时间(min)	87.56±13.58	48.71±11.42	10.948 <0.001
	体温恢复时间(h)	12.01±3.73	7.72±3.58	4.149 <0.001
	EICU 入住时间(h)	12.70±2.24	8.08±1.95	7.778 <0.001

### 2.2 并发症发生率对比

分析组并发症总发生率低于对照组 ( $P < 0.05$ )。可见表 2。

表 2 并发症发生率对比[n(%)]

组别	对照组	分析组	$\chi^2$	P
例数	25	25		
肺部感染	3(12.00)	0(0.00)		
水电解质紊乱	4(16.00)	1(4.00)		
脏器衰竭	1(4.00)	0(0.00)		
总发生率	8(32.00)	1(4.00)	4.878	0.027

### 2.3 体温水平对比

入院时两组体温水平差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。入院 10min、30min 时体温水平高于对照组 ( $P < 0.05$ )。可见表 3。

表 3 体温水平对比 ( $^{\circ}\text{C}$ ,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	对照组	分析组	t	P
例数	25	25		
入院时	33.10±1.08	33.07±1.12	0.096	0.924
入院 10min	33.44±0.34	35.63±0.55	16.935	<0.001
入院 30min	35.89±0.40	36.47±0.33	5.592	<0.001

### 3 讨论

创伤性失血休克主要机制与重大创伤引发急性大量失血导致心排量下降、循环血容量不足，组织灌注不足导致患者意识障碍、低体温，常随着疾病发展出现凝血功能障碍和多器官功能损伤、衰竭，是急诊患者死亡的主要原因之一<sup>[5]</sup>。急诊救治此类患者后需要快速启动救治流程，此过程中护理配合关系到救治效率，如何提高急诊护理质量是保障患者救治效果和安全的關鍵所在。

综合护理在急诊中的应用范围不断拓宽，指的是将常规急诊护理措施优化、整合，将快速识别-系统干预-持续监测干预措施链接为标准化的护理流程，基于患者风险和病情针对性实施全面护理，从而减少病情延误，预防并发症风险，为疾病的成功救治做充分的准备<sup>[6-7]</sup>。相较于常规护理，综合护理更注重以人为本的现代化护理理念，护理不仅关注病情处置、生理护理，还将心理护理融入其中，可全面改善患者舒适度，为疾病后续治疗和整体恢复产生积极影响<sup>[8]</sup>。本研究将综合护理应用于急诊创伤性失血休克患者中并与常规急诊护理措施对比，结果显示：分析组救治成功率高于对照组（ $P<0.05$ ）。分析组各

项临床时间均短于对照组（ $P<0.05$ ）。提示综合护理干预可提高急诊护理效率，通过快速评估和处理在时间窗内为患者争取救治时间，避免评估不足导致的救治流程不畅，确保整体救治措施的顺利完成<sup>[9]</sup>。同时，该护理模式将护理流程规范化整合，明确护理分工，有序同步开展抢救措施，并配合体温护理、循环支持，促进生理状态恢复稳定，缩短抢救时间，并有利于体温、意识等全面恢复。

此外，本研究结果还显示：分析组并发症发生率低于对照组（ $P<0.05$ ）。分析组各时段体温均高于对照组（ $P<0.05$ ）。这一结果充分证实了综合护理干预的优越性，通过主动保温、环境护理、加温输液等专项措施缓解机体低体温状态，继而调节组织代谢，改善凝血功能，生命体征更为平稳<sup>[10]</sup>。同时，综合护理配合无菌操作、生命体征持续监测和皮温护理预见性预防并发症，配合心理护理调节躯体、情绪的平衡，减轻应激反应，确保救治安全。

总而言之，综合护理干预应用于急诊创伤性失血休克患者中可提高救治成功率和效率，降低并发症发生风险，平稳恢复体温，值得借鉴和推广应用。

### 参考文献：

- [1] 陈玉旋,洪志评.刺激性护理干预对急诊科严重创伤性休克患者促醒效果及预后[J].西藏医药,2024,45(5):104-105.
- [2] 刘凤珏.并发症预防性护理在严重创伤失血性休克急诊护理中的应用[J].基层医学论坛,2024,28(11):61-63+115.
- [3] 曹绪刚,连继芳,张春燕.严重创伤性休克患者实施急诊护理的临床价值[J].中华灾害救援医学,2024,11(1):99-101.
- [4] 李丽.标准化急救护理在创伤性休克患者抢救中的应用效果[J].智慧健康,2024,10(31):137-139+143.
- [5] 胡黎明,陈卫鸿,邓鑫虎.休克指数在创伤合并失血性休克急救中的作用及各项血气指标分析效果评价[J].中外医疗,2024,43(36):41-44.
- [6] 许利,郑清华.急诊综合护理干预在严重创伤性休克患者中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2023,8(12):129-131.
- [7] 林秋花.分析优质急诊护理干预对严重创伤失血性休克患者的康复和睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2023,10(6):1402-1404.
- [8] 刘小红.优质急诊护理对严重创伤失血性休克患者的干预效果分析[J].中国社区医师,2023,39(23):119-121.
- [9] 管海洋.损伤控制复苏护理方案在创伤性休克病人中的应用效果[J].全科护理,2023,21(15):2125-2127.
- [10] 薛丽清.严重创伤失血性休克优质急诊护理干预价值探究[J].医药卫生,2023(9):149-151.