

多发伤患者急救护理流程优化及临床效果观察

崔 云

安徽医科大学第一附属医院 安徽 合肥 230000

【摘要】：目的：探讨优化的急救护理流程在多发伤患者急救中的应用价值，为提升多发伤救治效率、改善患者预后提供临床依据。方法：选择2024年2月—2025年5月我院急诊科收治的80例多发伤患者为研究对象，采用随机数字表法分为对照组与实验组，每组40例。对照组实施急诊科常规多发伤急救护理模式，实验组实施全流程优化的标准化急救护理方案，对比两组急救时间相关指标、救治结局指标、并发症发生率及护理满意度。结果：实验组患者急救全流程相关时间指标显著短于对照组，抢救成功率与护理满意度显著高于对照组，24h内死亡率及救治期间总并发症发生率显著低于对照组，组间差异有统计学意义($P<0.05$)。结论：对多发伤患者实施优化的急救护理流程，可显著压缩急救各环节耗时，提升抢救成功率，降低患者死亡率与并发症发生风险，同时提高护理满意度，具备较高的临床推广应用价值。

【关键词】：多发伤；急救护理；流程优化；临床效果；抢救成功率

DOI:10.12417/2705-098X.26.14.026

多发伤指同一致伤因素下，机体同时或相继遭受2个及以上解剖部位/脏器严重损伤，且至少1处损伤单独存在可危及生命^[1]。近年来，因交通事故等意外事件增多，多发伤成急诊科常见急危重症，具有伤情复杂隐匿、进展迅猛、并发症多、病死率高等特点^[2]。临床研究表明，伤后1h是救治“黄金时间”，该阶段急救处置效率与规范性是决定患者预后的核心因素^[3]。急诊科是多发伤患者首诊场所，传统急救护理模式被动遵医嘱，各环节串行、分工模糊、院前院内衔接不畅、转运交接不规范，易延误抢救时间，增加死亡及并发症风险^[4]。因此，构建标准化、系统化、高效化的急救护理流程，对提升多发伤救治质量意义重大。本研究择2024年2月—2025年5月我院急诊科收治的80例多发伤患者为研究对象，对多发伤急救全流程优化并探讨其临床应用效果，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究经我院医学伦理委员会审批通过，所有患者及家属均知情同意并签署知情同意书。选择2024年2月—2025年5月我院急诊科收治的80例多发伤患者为研究对象，采用随机数字表法分为对照组与实验组，每组40例。

对照组40例患者中，男性26例，女性14例；年龄区间20~72岁，平均年龄 (45.28 ± 11.36) 岁；实验组40例患者中，男性24例，女性16例；年龄区间19~73岁，平均年龄 (44.72 ± 10.85) 岁。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：①符合多发伤诊断标准，影像学检查证实 ≥ 2 个解剖部位损伤，且至少1个部位AIS评分 ≥ 3 分；②受伤至入院时间 ≤ 6 h；③年龄 ≥ 18 周岁；④临床资料完整，可完成全程随访。

排除标准：①入院时心跳呼吸骤停，心肺复苏无法恢复自

主循环；②合并恶性肿瘤、终末期肝肾疾病、先天性凝血功能障碍等严重基础疾病；③妊娠或哺乳期女性；④有精神疾病史或认知功能障碍，无法配合诊疗；⑤中途转院、放弃治疗或临床资料不全。

1.2 方法

对照组实施急诊科常规多发伤急救护理：患者入院后，护理人员遵医嘱配合医生完成体格检查，建立静脉通路、吸氧、心电监护，采集血标本送检，完善影像学检查，执行给药、补液、输血等医嘱，完成伤口包扎、骨折固定及术前准备，按常规流程完成科室间转运与交接。

实验组实施全流程优化的标准化急救护理方案，具体内容如下：

(1) 院前-院内无缝衔接的前置化护理准备：与院前120急救中心建立实时信息互通机制，院前急救人员转运途中提前30min推送患者受伤机制、生命体征、初步伤情判断、已采取的急救措施等核心信息。科室接到预警信息后，立即启动多发伤急救预案，提前预留抢救单元，备好呼吸机、除颤仪、止血包、胸腔闭式引流包、输血加温仪、急救药品等抢救物资，同时同步联系检验科、影像科、手术室、输血科启动应急绿色通道，确保患者到院即进入抢救流程，消除衔接等待时间。

(2) 急救团队标准化分工的并行化流程优化：成立固定的多发伤急救护理小组，每组配置4名专科护士，明确“一人一岗、一岗一责”的标准化分工，所有护理操作同步并行开展，杜绝串行操作延误抢救时间。①主责护士：全程统筹抢救工作，负责与医生、医技科室、家属的沟通协调，下达护理指令，全程记录抢救过程与护理文书；②循环护士：负责快速建立2条及以上大管径静脉通路（优选肘正中静脉、颈外静脉），配合医生完成深静脉置管，同步采集血常规、凝血、血型交叉配血、生化等全套血标本，遵医嘱精准完成补液、给药、输血操作，

持续监测患者循环指标；③呼吸护士：负责维持气道通畅，快速清理口鼻分泌物、呕吐物，配合医生完成气管插管、机械通气、胸腔闭式引流等操作，持续监测血氧饱和度、呼吸频率及血气分析指标；④处置护士：负责完成心电监护、生命体征持续监测，配合医生完成伤口止血包扎、骨折固定，同步完成术前备皮、导尿、胃肠减压等术前准备，负责抢救物品、药品的清点补充与使用记录。

(3) 基于损伤控制理念的优先级护理优化：严格遵循损伤控制性外科理念，调整护理处置优先级，以“快速控制出血、纠正休克、阻断死亡三联征”为核心，优先处置危及生命的损伤。①对活动性出血患者，立即配合医生采取压迫止血、止血带止血、介入栓塞术前准备等措施，优先控制出血源；②对失血性休克患者，实施限制性液体复苏护理，遵医嘱精准输注晶体液、胶体液及血制品，维持收缩压在 80~90mmHg，避免过量补液加重出血及凝血功能紊乱；③全程实施体温保护，采用加温输液、温盐水体腔冲洗、升温毯保温等措施纠正低体温，动态监测血气分析纠正酸中毒，持续监测凝血功能纠正凝血障碍，阻断低体温-酸中毒-凝血功能障碍的“死亡三联征”进展。

(4) 转运交接的闭环式流程优化：患者需行影像学检查、急诊手术或转入 ICU 时，提前与接收科室沟通，确认接收时间与准备情况；转运前全面评估患者生命体征、气道安全性、管路固定情况，备好转运急救箱、便携式呼吸机、监护仪及急救药品，由主责护士与管床医生共同护送，转运途中持续监测生命体征，出现异常立即就地处置。到达接收科室后，采用 SBAR 标准化交接模式，从患者现状、受伤背景、伤情评估、后续护理建议 4 个维度，完成口头+书面双重交接，双方确认签字后形成交接闭环，杜绝信息遗漏。

(5) 全程化并发症预防性护理干预：从患者接诊入院开始，同步启动全流程并发症预防措施。①创伤性凝血病预防：全程动态监测凝血功能，遵医嘱精准补充血制品，通过体温保护、酸中毒纠正减少凝血功能异常诱因；②感染预防：严格执行无菌操作规范，配合医生完成伤口彻底清创，遵医嘱早期规范使用抗生素，加强口腔护理与各类管路护理；③压疮预防：在不影响抢救的前提下，每 30min 调整患者受压部位，对骨隆突处使用减压敷料，避免局部长期受压；④多器官功能障碍综合征预防：持续监测尿量、肝肾功能、血乳酸水平，早期识别脏器功能损伤迹象，及时配合医生实施干预措施。

1.3 观察指标

(1) 急救时间相关指标：统计并对比两组患者急诊抢救停留时间、检查确诊时间、术前准备时间、入院至手术时间；

(2) 救治结局指标：统计并对比两组患者抢救成功率、24h 内死亡率；

(3) 并发症发生率：统计并对比两组患者救治期间创伤

性凝血病、感染、多器官功能障碍综合征、急性呼吸窘迫综合征的总并发症发生率；

(4) 护理满意度：采用我院急诊科自制的急救护理满意度量表 (Cronbach's α 系数=0.872) 进行评价，量表满分 100 分，得分 ≥ 90 分为满意，统计并对比两组护理满意度。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 处理研究数据。计量资料用均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组间比较用独立样本 t 检验；计数资料用例数 (百分比) n(%) 表示，组间比较用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ ， $P<0.05$ 有统计学意义，所有 t 值、 χ^2 值、P 值均保留三位小数。

2 结果

2.1 两组急救时间相关指标对比

实验组急救时间相关指标均显著短于对照组 ($P<0.05$)，详见表 1。

表 1 两组急救时间相关指标对比 ($\bar{x} \pm s$, min)

指标	对照组(n=40)	实验组(n=40)	t 值	P 值
急诊抢救停留时间	42.35±6.72	25.17±4.26	13.656	0.000
检查确诊时间	28.64±5.38	15.32±3.41	13.226	0.000
术前准备时间	35.72±6.15	20.45±4.38	12.791	0.000
入院至手术时间	89.63±12.47	58.24±9.63	12.600	0.000

2.2 两组救治结局与并发症发生率对比

实验组抢救结局与并发症发生率显著低于对照组 ($P<0.05$)，详见表 2。

表 2 两组救治结局与并发症发生率对比[n(%)]

指标	对照组(n=40)	实验组(n=40)	χ^2 值	P 值
抢救成功	33(82.50)	39(97.50)	5.000	0.025
24h 内死亡	7(17.50)	1(2.50)	5.000	0.025
总并发症发生	14(35.00)	4(10.00)	7.169	0.07

2.3 两组护理满意度对比

对照组护理满意 31 例，满意度为 77.50%；实验组护理满意 39 例，满意度为 97.50%。实验组护理满意度显著高于对照组，组间差异具有统计学意义 ($\chi^2=7.314$, $P=0.007$)。

3 讨论

多发伤患者救治核心是在黄金时间控制致命伤、维持生命体征，为后续治疗创造条件^[5]。急救护理是多发伤救治核心，其流程规范高效决定抢救效率与预后^[6]。传统模式被动执行医嘱、操作串行、环节衔接有空白、缺乏规范分工交接，易延误

时间、出现疏漏、增加风险。

本研究优化多发伤急救全流程,实验组各环节耗时显著短于对照组($P<0.05$)。原因在于:院前-院内前置预警消除等待时间;标准化团队分工使操作并行,避免重复与浪费,提升效率;基于损伤控制理念的护理优化明确优先处置原则,缩短确定性治疗启动时间。

研究结果还显示,实验组抢救成功率显著高于对照组,24h

死亡率、并发症发生率显著低于对照组($P<0.05$)。优化流程通过控制出血、规范液体复苏等措施降低早期死亡风险;全程并发症预防性护理降低并发症发生率;闭环转运交接杜绝信息遗漏,保障救治连续性。此外,实验组护理满意度显著高于对照组($P<0.05$),提示优化流程提升救治质量与就医体验。

综上所述,优化多发伤急救护理流程可缩短时间、提升成功率、降低死亡率与并发症发生率、提高满意度,有良好临床效果,值得推广。

参考文献:

- [1] 吕伟斌.FMEA 对多发性创伤患者急救护理流程风险管理控制的影响分析[J].中国伤残医学,2025,33(9):23-26+31.
- [2] 张佳佳,封燕飞,赵宇,梁莉.多学科团队快速绿色通道流程在严重多发伤患者急救中的应用[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2025,20(6):742-745+763.
- [3] 陈波波,何继涛,朱柳桑.程序化急救护理流程对 ICU 多发伤患者抢救成功率的影响研究[J].当代医药论丛,2025,23(35):179-181.
- [4] 马瑞,门翠雯,张倩,杨丽娜.基于流程路径优化急救护理模式干预对严重多发伤患者抢救成功率及医患纠纷发生率的影响[J].黑龙江医药科学,2025,48(1):49-52.
- [5] 陈婕,王敏.基于 HFMEA 模式的急救护理流程风险管控在多发性创伤患者中的应用效果[J].中国实用乡村医生杂志,2025,32(4):62-65.
- [6] 侯丽娜,赵珊,张欢,史昭蕾.基于改良早期预警评分系统的危机管理护理模式在急诊多发伤患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2026,31(2):73-76.