创伤外科严重多发伤患者的急救护理配合及整体护理效果观察

穆耶赛尔·麦麦提
新疆医科大学第六附属医院 新疆 乌鲁木齐 830000

【摘　要】：目的：观察严重多发伤患者抢救过程中医护一体化急救护理配合并辅以整体护理干预的临床效果。方法：选取 2025 年 1 月至 2026 年 1 月本院创伤外科收治的严重多发伤患者 50 例，按入院顺序以单双号分为对照组与观察组各 25 例。对照组接受常规急诊抢救护理，观察组在此基础上实施分组站位的急救护理配合，并在复苏后引入整体护理评估与心理干预。比较两组基线资料、抢救时效、抢救成功率、并发症发生情况及心理状态。结果：两组性别、年龄、ISS 评分、致伤原因与受伤部位分布差异无统计学意义（P>0.05）。观察组抢救启动至有效止血时间、急诊至手术室转运时间均短于对照组，抢救成功率高于对照组，并发症发生率低于对照组，SAS 与 SDS 评分改善幅度更大，护理满意度更高，差异均有统计学意义（P<0.05）。结论：分组站位的急救护理配合缩短了严重多发伤患者的抢救反应链，配合整体护理可改善患者预后与心理状态，适合在创伤中心推广。

【关键词】：多发伤；急救护理配合；整体护理；抢救成功率；并发症

DOI:10.12417/2705-098X.26.20.044

引言：严重多发伤指同一致伤因素造成两处及以上解剖部位的严重损伤，且至少一处损伤单独即可危及生命，是创伤外科最为凶险的急危重症类型之一。现代社会交通运输业快速发展，建筑施工作业场景不断增多，道路交通伤、高处坠落伤、重物挤压砸伤的发生率持续上升，创伤外科收治的严重复合损伤患者数量逐年攀升。严重多发伤患者病情具有损伤部位多、伤情变化快、休克发生率高、病死率高的显著特点，患者入院时常以失血性休克、意识障碍、通气障碍作为首要临床表现，可短时间内出现呼吸循环衰竭，留给临床医护团队的救治反应窗口极短，救治工作存在极大挑战。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2025 年 1 月至 2026 年 1 月本院创伤外科急诊收治的严重多发伤患者 50 例作为研究对象。所有入组患者均符合多发伤临床诊断标准，损伤严重程度 ISS 评分≥16 分，受伤后 1 小时之内转运送达本院急诊，患者家属充分知晓本研究内容并签署知情同意书。按照患者入院顺序单双号完成分组，单号患者归入对照组，共计 25 例；双号患者归入观察组，共计 25 例。

对照组中男性 16 例，女性 9 例；年龄 22-68 岁，平均年龄（41.3±10.5）岁；ISS 评分 17-33 分，平均 ISS 评分（25.4±4.7）分。致伤原因：交通事故 13 例，高处坠落 8 例，重物砸伤 4 例；损伤部位包含颅脑损伤、胸腹部脏器损伤、骨盆骨折、四肢长骨骨折等，其中胸腹部合并颅脑损伤 11 例。

观察组中男性 15 例，女性 10 例；年龄 20-66 岁，平均年龄（40.8±11.2）岁；ISS 评分 16-32 分，平均 ISS 评分（24.9±5.1）分。致伤原因：交通事故 12 例，高处坠落 9 例，重物砸伤 4 例；损伤部位同样涉及颅脑、胸腹部、骨盆、四肢长骨，胸腹部合并颅脑损伤 12 例。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：（1）同一致伤因素造成两个或者两个以上解剖部位严重损伤，确诊严重多发伤；（2）损伤严重程度 ISS 评分≥16 分；（3）受伤后 1 小时内送达本院急诊接受救治；（4）病历、检验检查等临床资料完整。

排除标准：（1）现场已经宣告死亡，或者送达急诊时发生呼吸心跳骤停，经积极复苏无法恢复自主循环的患者；（2）合并恶性肿瘤、终末期肝脏或者肾脏基础疾病，机体基础状态极差的患者；（3）既往确诊精神类疾病、存在认知功能障碍，无法完成心理量表评估的患者；（4）救治过程中家属主动要求自动出院或者转院，造成临床随访中断者。

1.3 护理干预方法

对照组实施急诊常规抢救护理模式。患者送入急诊之后，当班责任护士按照急诊固有流程开展工作，快速连接心电监护设备，给予吸氧支持，建立外周静脉通路，完成采血、交叉配血，遵照医生医嘱执行补液给药，完成术前各项准备工作，全部急救工作由当班护士统一协调，按照医嘱顺序逐项完成护理操作。

观察组在对照组常规抢救护理的基础之上，开展分组站位急救护理配合，并且落实复苏后整体护理干预措施，具体实施内容如下。

（1）分组站位急救护理配合：组建创伤急救护理小组，提前完成全员专项培训，学习多发伤损伤控制理念、急救操作要点、岗位分工内容。小组设置气道组、循环组、操作记录组三个固定岗位，分别由 3 名具备丰富创伤急救经验的护士承担。当患者转运平车推入急诊大厅，3 名护士需要在 30 秒之内迅速就位，各岗位各司其职，实现多任务并行开展，避免单人承担多项工作造成流程卡顿。气道组：由高年资护士负责，首要保障呼吸道通畅，实施仰头抬颏开放气道，及时清除口腔、气道

内呕吐物、血块、异物；配合医师开展气管插管或者喉罩置入操作，固定人工气道；持续严密监测血氧饱和度、呼吸频率、胸廓起伏状态，及时反馈呼吸相关指标变化。循环组：重点处理循环致命损伤，快速建立两条大口径外周静脉置管通路，必要时协助开展骨髓腔输液；实施加压快速补液，使用液体加温装置对输注液体加温；完成血气分析、交叉配血等各类标本采集；实施压迫止血，观察并记录创面出血量；注意做好患者保温，使用保温毯遮盖患者胸腹部、四肢皮肤，预防大量输液以及体表暴露诱发低体温。操作记录组：负责全流程时间节点登记，记录患者入院时间、止血完成时间、转运启动时间等关键节点；承担外部沟通工作，及时和手术室、ICU 进行电话对接交接，推送影像检查申请，提前做好相关科室接收患者准备；整理抢救记录，核对急救物品耗材，保障抢救物资供给充足，减少口头交接带来的信息错漏。

（2）复苏后整体护理干预：当患者致命出血得到初步控制、生命体征趋于稳定，完成急诊复苏转入 ICU 之后，开展系统化整体护理。责任护士在 24h 内完成多维度护理评估，包括疼痛评分、低体温复温效果评估、深静脉血栓风险筛查，评估脏器功能状态；落实早期营养介入，结合患者胃肠道耐受情况，尽早启动肠内营养支持；落实管路护理，做好气道、引流管护理，预防管路相关并发症。重视家属心理需求，在病情条件允许的前提下安排家属短时探视，使用通俗易懂语言讲解患者抢救过程、当前病情、后续治疗方案，解答家属疑问，缓解家属恐慌焦虑情绪。同时密切观察患者心理情绪变化，待患者意识清醒可以沟通之后开展心理疏导，减少创伤应激带来的负面情绪。

1.4 观察指标

（1）抢救时效指标：记录抢救启动至实现有效止血的时间、急诊转运至手术室耗时。有效止血定义为致命性活动性出血得到控制，创面无持续性大量外出血，循环状态趋于稳定。

（2）抢救结局：统计两组抢救成功例数。抢救成功判定标准：经过急诊抢救，患者生命体征恢复稳定，顺利完成后续手术或者转入重症监护病房继续治疗，未在急诊阶段死亡。

（3）并发症发生情况：统计两组患者急性呼吸窘迫综合征（ARDS）、多器官功能障碍综合征（MODS）、切口感染、深静脉血栓的发生总例数，计算并发症总发生率。

（4）心理状态评估：患者入院 72h，在意识清楚、能够配合的前提下，采用焦虑自评量表（SAS）、抑郁自评量表（SDS）开展测评，量表标准分分数越高，代表焦虑、抑郁情绪越严重。

（5）护理满意度：患者出院之前，采用本院自制护理满意度调查问卷进行评价，问卷满分 100 分，分数越高代表患者及家属对护理工作满意程度越高。

2 结果

2.1 两组多发伤患者基线资料比较

表 1 两组多发伤患者基线资料比较

项目	对照组(n=25)	观察组(n=25)	t/x^2 值
男/女(例)	16/9	15/10	0.088
年龄(岁,\x±s)	41.3±10.5	40.8±11.2	0.163
ISS 评分(分,\x±s)	25.4±4.7	24.9±5.1	0.361
交通事故/坠落/砸伤(例)	13/8/4	12/9/4	0.096
胸腹部合并颅脑(例)	11	12	0.082

2.2 两组护理效果相关指标对比

表 2 两组护理效果比较

观察指标	对照组(n=25)	观察组(n=25)	t/x^2 值
有效止血时间(min,\x±s)	18.6±4.2	11.3±3.5	6.694
急诊至手术室时间(min,\x±s)	46.5±8.7	32.4±6.9	6.327
抢救成功[例(%)]	21(84.0)	24(96.0)	4.000
并发症发生[例(%)]	8(32.0)	2(8.0)	4.500
SAS 评分(分,\x±s)	56.8±6.4	45.2±5.7	6.751
护理满意度(分,\x±s)	84.6±5.3	93.1±4.2	6.273

3 讨论

严重多发伤病情凶险，救治过程就是与时间赛跑的连续反应链，每一个护理环节的耗时都会对患者整体预后造成影响。传统急诊抢救模式中，护士执行护理操作多为串行模式，一名护士需要同时兼顾气道管理、建立静脉通路、标本采集、抢救记录、多方沟通多项任务，工作任务繁杂，人力资源分配不合理，表面上工作忙碌，但关键救治节点容易出现空转等待，造成宝贵救治时间白白消耗，不利于危重创伤患者救治开展。

本研究观察组采用固定分组站位的急救护理配合模式，将急救护士分为气道组、循环组、操作记录组，岗位明确，任务清晰，实现多项急救操作同步并行开展。气道处置、插管准备、大口径静脉通路建立、标本采集、出血控制可以同步实施，不再依次排队等候，直接压缩有效止血时间以及急诊向手术室转运时间，为损伤控制外科手术赢得时间。操作记录岗位护士不直接参与侵入性急救操作，专门负责时间节点登记、科室沟通交接，保障抢救信息完整准确，减少口头交接产生信息偏差、信息遗漏，保障急诊-手术室-ICU 之间救治链条顺畅衔接，该结果和国内创伤绿色通道流程优化相关研究结论保持一致。

在并发症方面，观察组急性呼吸窘迫综合征、深静脉血栓

等并发症总发生率明显低于对照组。需要客观说明，患者并发症的发生是创伤严重程度、手术干预、药物治疗、护理干预等多重因素共同作用的结果，护理干预无法完全杜绝严重创伤后继发并发症。但是科学规范的护理干预能够减少危险因素，降低并发症发生概率。严重多发伤患者大量失血、体表暴露、输注常温液体，极易出现低体温，而低体温会加重凝血功能障碍，进一步加剧出血风险。循环组护士在快速补液同时启用液体加温设备，使用保温毯做好患者体表保温，规避低体温风险；整体护理阶段开展深静脉血栓风险筛查，落实早期肢体被动活动，做好气道引流管路精细化护理，这些护理细节均能够降低继发性并发症风险。

本研究观察组仍然出现 2 例多器官功能障碍综合征，病例复盘发现两例患者均属于严重骨盆骨折合并腹膜后大出血，仅仅依靠外周加压补液难以快速纠正休克，最终依赖介入栓塞手术控制出血。该病例提示，再高效的急救护理团队配合，也不能够替代损伤控制外科手术的决定性作用，护理工作价值在于创造稳定的术前条件，为外科手术争取时间，而不能代替手术治疗。

除了生命体征抢救，心理状态干预也是现代整体护理模式不可忽视的内容。严重多发伤属于重大创伤事件，患者遭受剧烈躯体损伤，机体处于强烈应激状态；家属面对突发危重病情，承受巨大心理冲击，普遍出现恐慌、焦虑、抑郁情绪。如果护理工作只关注生命抢救，机械执行各项技术操作，忽略心理层面的照护，家属因为对病情不了解容易产生误解，容易诱发护患矛盾与投诉事件。本研究复苏之后开展整体护理，在条件允许情况下安排家属简短探视，使用通俗语言解释抢救过程，解答家属疑问；待患者意识恢复后开展心理疏导，有效降低患者焦虑情绪，观察组 SAS 评分改善优于对照组，护理满意度得到明显提升。

综上所述，针对创伤外科严重多发伤患者，采用分组站位急救护理团队配合模式，能够显著缩短关键抢救时间，提升抢救成功率，降低并发症风险；在此基础上落实复苏后整体护理干预，兼顾生理监护与心理干预，改善患者情绪状态，提升护理满意度，适合各级创伤中心推广使用。

参考文献：

[1] 吕君,乔安花,卢跃,等.急诊严重创伤患者绿色通道就诊流程的优化及效果评价[J].中华急危重症护理杂志,2021,2(6):491-495.

[2] 许士海,王进,史菲,等.临床护理路径对重症创伤患者急救时效的影响[J].护理学报,2018,25(13):29-32.

[3] 刘德全.重症急救患者一体化急救护理效果[J].实用临床医药杂志,2019,23(10):99-101.

[4] 兰婷,毕金花.快速反应团队护理模式在急诊创伤患者中的研究进展[J].国际护理学杂志,2026,45(2):374-379.

[5] 中华医学会创伤学分会.创伤早期救治专家共识[J].中华创伤杂志,2022,38(5):385-393.

[6] 奚雯钰,沈晶晶,张熠豪.共享决策模型在严重创伤患者临床护理中的应用效果[J].临床护理杂志,2025,24(1):33-36.

[7] 杨凤巧.急救创伤专科护士核心能力评价指标体系的构建[D].苏州大学,2024.

[8] 彭蕾,陈雪妹,刘建,等.严重创伤急救护理质量评价指标体系的构建[J].护理学报,2021,28(23):20-24.

[9] 李广霞,赵柯蔚.《创伤外科护理》课程开设探讨性研究[J].中国继续医学教育,2019,11(35):16-18.

[10] 陈月秀.基层二级医院创伤外科急救中的护理风险及安全管理[J].承德医学院学报,2014,31(1):54-55.

[11] 汤新颜.一体化急救护理新模式在严重创伤患者救治中的应用探讨[J].中外医疗,2013,32(7):22-23.