严重创伤绿色通道与手术室急救护理的衔接

Connection of green channel and emergency nursing in operation room

聂智容[1],朱良琼[1],张亚莉[1],姚元章[2] (第三军医大学大坪医院野战外科研究所:1. 麻醉科手术室;2. 急救部,重庆 400042)

[关键词] 严重创伤;护理;一体化
[中图分类号] R641 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)06-0657-02

严重创伤患者,由于伤情复杂,发展迅速,伤残率及死亡率居高不下,已成为全社会关注的问题[1]。为提高救治成功率,2009 年 1 月至 2013 年 6 月,我院推行严重创伤患者院内救治的医护一体化,取得了良好的效果。现将医护一体化模式在严重创伤绿色通道救治过程中的衔接流程与应用方法报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2009 年 1 月至 2013 年 6 月我院创伤中心共收治 256 例严重创伤患者,其中,男 152 例,女 104 例,年龄 5 ~ 68 岁,平均 36.1岁。致伤原因:车祸伤 191 例,高处坠落伤 40 例,刀刺伤 17 例,火器伤 8 例。伤后入院时间 10 min ~ 20 h,入院时均伴有不同程度的休克状态。

1.2 麻醉科手术室急救的护理衔接方法与流程

准备工作:为严重创伤手术预留一个专用手术间,并配置固定电话以及值班麻醉医师、手术护士的短号码专用手机。该手机为全天待机,将号码全院公布并粘贴在相关科室的值班电话旁。严重创伤救治所需的各种器械和仪器如气管插管及用具、心电监护仪、微量注射泵、液体加温仪、变温毯、心脏除颤仪等,应定位放置,定期检查,专人管理,确保随时取用。定期检查并补齐药品的储存数量、质量及保管情况等。

启动后工作流程:保持通讯畅通,值班人员接到绿色通道紧急电话时,立即询问专业相关情况并启动科内绿色通道方案。按照分工展开术前和麻醉前准备,要求 10 min 内完成,并同时报告上级医师和护师。值班护士负责将室温调控在 25 ~ 28 ℃。值班医护各 1 名在手术室大门迎候。

患者到达后的主要衔接内容:准确交接病情与检验、检查报告,正确搬运患者 与随同医护人员现场交接患者病情,做到快速、准确,明确急救要点。查看血型、配血、超声资料等。若患者直接从急诊科送入时,各种相关医疗文书应随患者送达。妥善安置各种管道,避免脱落并保持通畅;搬运时要力量足够、配合默契,避免医源性损伤。

严密观察病情,并保证有效的静脉通道。专人观察病情,准确记录患者生命体征和意识、瞳孔、肢体运动以及出入量等。对未建立大静脉通道的患者,用粗大套管针迅速建立静脉通道 1 ~ 2 条,尽量行中心静脉穿刺,保证快速输血输液。

加强呼吸系统、循环系统的监测与管理。对有自主呼吸者,术中密切观察呼吸强度和频率,持续给氧,提高氧浓度和血氧饱和度。当气道压突然出现异常,应查有无气道不畅、分泌物堵塞、气管导管位置移动或扭曲。如气道压逐渐增高而气道仍保持通畅应密切观察是否存在支气管痉挛或肺水肿[2]。对严重创伤患者应尽快建立有创动脉压监测,以便连续、准确的检测动脉血压。建立中心静脉压监测,指导术中容量治疗。严重创伤患者因失血、失液等术前可能已经存在少尿或无尿,术中应随时观察尿量,掌握休克的纠正情况。

注重管道和手术体位护理。对各类管道应牢固固定并保证通畅,动态监测与观察记录。注意标识清晰,在管道的表面张贴各种彩色的不干胶纸片,并统一颜色使用,如动脉用红色、静脉用蓝色、胃管用白色、尿管用黄色等,在其上面标注名称,防止术中无菌敷料巾遮盖导致混淆。在安置手术体位时,尽量充分暴露手术野,同时也要考虑患者的生理功能,防止因体位不当导致不良事件发生。术中需要变换手术体位时,在麻醉医师的指挥下,手术医师、麻醉医师、巡回护士协同行动,发挥医护一体化优势,安全、快速、顺利地进行手术体位的变换。

手术团队医护一体化,默契配合手术 手术室护士应熟练掌握抢救技能和技巧,抢救中多名护士的角色合理分工。巡回护士随时保持与手术医师、手术护士密切沟通,关注手术进程,对手术步骤有较好的了解和预见;手术护士与手术医师默契配合,灵活处理突发事件。为患者提供优质的严重创伤急救管理训练程序和技术,全面锻炼手术室护士应对多发伤的综合能力[3]。

对患者和家属实施心理护理,争取获得家属的支持 护士通过与患者的交流,注意对患者心理状况的掌握,有针对性的予以安护。医护人员的言行仪表也会直接影响患者的情绪,因此,护士在急救时也应注意仪表整洁、态度和蔼、操作熟练[2]。同时,护士应认识到争取患者家属支持的重要性。要扮演好“信差”的角色,为家属提供患者适时信息,做好医护患沟通,从而获得与病情相关的补充信息。尽量稳定家属的情绪,即可避免发生误解,又可减少来自家属的干扰。

2 结果

本组 256 例严重创伤绿色通道患者经手术抢救,其中 7 例死于复合伤多器官衰竭,3 例因休克未纠正而死亡。其余 246 例均得到及时救治,手术成功率为 96.1% ,疗效满意。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201406035
[收稿日期] 2014-08-12 [修回日期] 2014-08-30

3 讨论

严重创伤绿色通道,由于其伤情严重,常涉及多系统、多脏器和多部位,需要多学科多专业协作处理。怎样有效、高效地救治是外科临床工作中面临的重大挑战。在绿色通道救治过程中与手术室急救护理的衔接这一特殊环节要求医务人员以"快、准、稳"的状态应对急救患者,规范灵活的手术护理是提高急救效率和工作质量的保证。

目前国内创伤急救没有固定、统一的运行模式[4]。我院在严重创伤院内救治中的手术室医护一体化的主要做法是:时刻做好完善的各项准备工作;重视启动后标准工作流程,严格按照流程进行;明确患者达到后医护人员的主要衔接内容;同时,我院制定各种伤型的急救流程,并以小册子形式发放到相关医护人员,严格按照操作流程进行培训。组织急诊科、创伤中心、麻醉科、手术室等相关科室定期演练、总结和讲评,不断完善。

本组表明,在救治的医护协作中,实施医护一体化模式,医护双方通过有效的沟通交流,实行分工合作,各自发挥自己的专业特长,共同促进手术的顺利进行,为救治赢得了宝贵的时间。在严重创伤救治过程中,实行医护一体化,医护相互尊重,相互信任,平等合作,有利于严重创伤救治的规范化管理,缩短了抢救时间,提高了救治成功率。进而,可以有效地提高患者和家属满意度及护士职业满意度,值得在临床推广[5]。同时,救治衔接的时效性也可作为手术室护理质量考核指标之一,有利于严重创伤救治的规范化管理。

[参考文献]

[1] 王正国. 道路交通事故研究拾零[J]. 中华创伤杂志,2003,19(9):517-520.
[2] 吴建文,李学勤. 救急绿色通道与手术室急救的护理衔接[J]. 中国误诊学杂志,2002,2(7):1109-1110.
[3] 张亚卓,高 燕,梁 英. 创伤救治发展模式对急诊护理工作的影响[J]. 护理研究,2008,22(4):354-355.
[4] 高劲谋. 创伤急救与治疗模式探讨[J]. 中华创伤杂志,2004,20(12):707-708.
[5] 王引侠,冯小菊,张亚军,等. 医护一体化分层级责任制整体护理模式临床应用研究[J]. 护理研究,2012,26(23):2181-2182.

(编辑:魏 源)

Body-Jet 水动力行自体脂肪颗粒填充面部的围手术期护理

Nursing experience during perioperative period in facial fat grafting using body-jet water power liposuction system

董 嫱,汪丽萍 (第三军医大学西南医院整形美容外科手术室,重庆 400038)

[关键词] 护理;自体脂肪颗粒移植;围手术期
[中图分类号] R622 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)06-0658-02

随着整形美容技术的发展与推广,通过手术改善面部组织轮廓的人越来越多,自体脂肪源于自身组织,生物相容性好,无过敏反应,成为当今流行的美容手术之一。与传统抽脂移植相比,Body-Jet 水动力系统具有脂肪细胞成活率高,不易出现吸收、囊肿、硬结、钙化、感染等不良反应,受到广大求美者的喜爱。护理人员重视手术前的心理护理,做好术中的护理配合以及术后对患者的病情观察、康复指导等,是确保手术成功和远期美容效果不可缺少的重要环节。现将我院 2013 年 7 月至 2014 年 3 月对 80 例采用 Body-Jet 水动力系统行自体脂肪颗粒填充面部手术,围手术期的护理报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组共 80 例患者,均为女性,年龄 25~60 岁。其中面颊部凹陷 30 例、颞部凹陷 25 例、鼻唇沟凹陷 20 例、下颌短缩 5 例。术前检查均无明显手术禁忌,在全麻下使用 Body-Jet 水动力系统提取自体脂肪颗粒填充面部,抽吸部位为腹部或大腿内侧,住院 3~5 d 出院,术后随访 1~3 个月,患者术后对塑形效果满意,均未出现面部感染、硬结等不良反应,抽脂部位皮肤也无局部瘀斑、水肿、凹凸不平、淤血、坏死等并发症发生。

1.2 护理方法

1.2.1 术前护理 主要有:①了解患者的心理状态,告知患者 Body-Jet 水动力系统较传统方法的优势,并将手术的大致步骤、术后可能出现的不适症状及护理注意事项告诉患者;②做好术前常规检查,告知患者术前 2 周应停用抗凝血类药物;③指导、协助患者完成术前准备:清洁术区皮肤,长发者将头发编成发辫并固定,防止术中头发暴露影响医生操作,污染手术区域;④确定手术部位后并拍照,嘱患者直立体位用记号笔标记出抽吸区域(一般为大腿和腹部)和填充区域,注意保护患者隐私;⑤协助医生消毒铺单,用碘伏消毒抽吸部位,消毒范围广注意保暖,面部消毒使用无色的苯扎氯铵溶液,为防止消毒液进入眼睛引起不适,将少量金霉素眼膏挤入患者眼睛并用 3M 透明输液敷贴覆盖眼部[1]。

1.2.2 术中护理 建立静脉通道;手术时间较长术中需注入大量肿胀液,身体暴露部分过多,为避免术中出现低体温,用

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201406036
[收稿日期] 2014-06-12 [修回日期] 2014-06-28