护理学研究 文章编号:0253-3626(2010)01-0156-02

地震后送伤员的救治和护理

马开兰

(重庆市急救医疗中心创伤科,重庆 400014)

【中国图书分类法分类号】R473.6 【文献标识码】B 【收稿日期】2009-04-28

2008 年 5 月 12 日在四川汶川发生的强烈地震,使当地的民众遭受了极其惨重的伤亡和财产损失。媒体报道死亡 6 万 9 千余人,另有 1 万 7 千余人失踪。大量伤员从灾区转运到重庆、广州、云南等周边大城市,使其得到了有效的救治。2008 年 5 月 18 日至 2008 年 5 月 26 日我科共收治 18 例灾区伤员,获得满意疗效。现将护理体会介绍如下。

1 临床资料

本组 18 例,男性 6 例,女性 12 例,年龄 13~80 岁,平均 45.1 岁。致伤原因均为重物压砸。7 例挤压综合征,2 例单一骨折,1 例皮肤软组织感染,12 例多发伤,11 例合并有不同部位的肢体骨折,骨盆骨折 2 例,脊柱骨折 3 例,6 例合并胸腹等其它部位损伤,其中肋骨骨折并血气胸 6 例次,肺挫伤 4 例次,肺内血肿 1 例次,脾内血肿 2 例次,脾包膜下血肿 1 例次,肾挫伤和肾包膜下血肿各 1 例次。18 例均存在不同程度的创面感染,2 例细菌培养为梭状芽孢杆菌生长,但无典型气性坏疽临床症状,5 例后送前作了小腿骨筋膜室综合症切开减压,3 例患者入院时仍有小腿骨筋膜室综合症表现。

2 结 果

本组无死亡、无截肢。2 例梭状芽孢杆菌培养阳性者经隔离和常规治疗后痊愈,1 例封闭式负压引流(Vacuum sealing drainage,VSD),因感染高热而去除 VSD 并每日换药清除坏死组织,使创面痊愈。其余手术和非手术患者均顺利康复出院。

作者介绍:马开兰(1970-),女,主管护师,
研究方向:创伤护理。

3 护 理

3.1 迎接伤员,评估伤情,分类处置

我们将伤员安置在抗震救灾爱心病房,立即配合医生进行分类检查,快速准确地判断伤情。根据患者的轻重缓急,积极抢救危重患者,监测生命体征,迅速合血、吸氧、建立静脉通道;及时处理伤情较重者,协助放置胸腔闭式引流管、骨筋膜室切开减压、骨折的牵引固定等;伤情轻者配合医生进行伤口的清创以及创面分泌物进行细菌培养等对症处理;针对每个病人的伤情制定详细的具有个性化的治疗方案和护理措施。

3.2 全面了解伤情,加强病情观察,以防遗漏和延迟性损伤

强烈地震所致损伤为高能量损伤,以多发伤多见[1]本组有 12 例多发伤,由于多发伤损伤广泛,各部位伤之间的症状相互掩盖,常导致隐匿性损伤的遗漏。我们加强对病情的观察和生命体征的监测,全面的了解伤情,完善相关检查。2 例因中到大量血胸行胸腔闭式引流和穿刺抽吸。1 例 80 高龄脾包膜下血肿的病人,我们先采取保守治疗,加强生命体征和病情的观察,定时复查 CT,入院后 2 周血肿继续扩大行了脾切除术。由于地震后现场救援人员和技术条件的限制,患者诊断有所遗漏,18 例患者入院后均做了补充诊断。

3.3 四肢骨折患者的观察和护理

地震伤员由于被倒塌物掩埋和压砸,四肢骨折多[1]。本组 7 例挤压综合征,13 例肢体骨折,骨盆骨折 2 例,脊柱骨折 3 例,四肢骨折切开复位内固定 11 例次,骨盆和肢体外固定支架治疗 4 例次。我们积极配合医生进行肢体伤口的清创、包扎和固定。患肢抬高制动,观察肢端血供:色泽、皮温、肿胀、

参 考 文 献

[1] 吴在德.外科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2005.6.

[2] 刘 强.外科手术后下肢深静脉血栓的预防与治疗[J].中国临床医生,2001,29(5):22-23.

[3] 王玉琦,叶建荣.血管外科治疗学[M].上海:上海科学技术出版社,2003.2.

[4] 袁训芸,吴新民,袁家颖.压力梯度长袜和间歇充气装置预防恶性肿瘤患者术后下肢深静脉血栓形成的效果[J].中华麻醉学杂志,2006,26(2):103-106.

[5] 吴新民.围手术期深静脉形成[J].临床外科杂志,2006,14(1):22-26.

(责任编辑:关蕴良)

疼痛情况。1 例患者入院后，患肢明显肿胀，张力高，足背动脉搏动由强转弱，病人自诉疼痛加重，肢端麻木、蚁走感，及时予 20%甘露醇 250 ml 脱水消肿，骨筋膜室切开减压。对送来的 3 例不彻底的骨筋膜室切开减压者行了彻底的切开减压，每日更换敷料，补充白蛋白，输血，预防性使用抗生素。经积极早期诊断、及时处理、细心护理，3 例骨筋膜室综合症患者保全了肢体。

3.4 预防感染

地震发生后现场救援以抢救生命为主。由于现场伤员众多，条件有限，医护人员不足，大批的伤员得不到足够的治疗和护理，从而造成后送伤员较多并发症发生。本组伤员均发生创口感染。入院后立即用 3%双氧水、生理盐水、2%聚维酮碘溶液彻底清洗创面，彻底清除坏死组织，伤口分泌物留培养。护理上加强生命体征的观察，尤其是体温的监测。观察伤口有无红、肿、疼痛、流脓，渗出液有无异味，保持伤口敷料的清洁干燥，保持各种引流管的通畅，观察引流液的量、颜色、性状。根据致病菌选用有效抗生素，合理安排抗生素的应用时间和方式。1 例转入前行截肢术后因残端感染予以部分敞开清创引流。1 例清创后使用 VSD 引流，由于 VSD 封闭引流需 7~10 d，不利护理观察坏死组织的进展，创面处于负压相对隔离状态增加厌氧环境，导致下肢感染创面大量组织坏死，毒素吸收入血，患者体温高热，面色苍白，及时报告医生撤除 VSD 引流装置，清除坏死组织，创口充分开放引流，保全了患者的肢体。2 例细菌培养为梭状芽孢杆菌生长，我们将患者隔离，未发现高热、烦躁、休克等全身症状，未扪及皮下捻发感，肌肉组织无腐臭、坏死。同时采取 3%双氧水或 1:1 000 高猛酸钾溶液进行冲洗、湿敷，伤口彻底清创，充分敞开等措施消除厌氧环境。经上述措施和使用大剂量抗生素，支持对症等处理，2 例均未发生气性坏疽。

3.5 功能锻炼

功能锻炼是骨折治疗的重要环节之一，但功能锻炼的强度不能超过骨折修复组织所能承受的应力－应变限度。[2]本组 11 例患者有不同部位的肢体骨折，我们指导患者进行功能锻炼，强度由弱到强，时间由短到长循序渐进的进行。伤后 1~2 周内教会患者肢体的舒缩活动，以利肢体的消肿和促进血液循环，防止肌肉萎缩。2 周后进行关节的被动和主动活动，防止关节的僵硬。6 周后进行全面的肌肉和关节的主动活动，以促进骨折的愈合和功能恢复。

3.6 加强基础护理和心理护理

突如其来的地震使患者遭受到严重的生理、心理伤害，本组患者存在不同程度的焦虑和恐惧。我们主动关心患者，做好基础护理，患者入住病区后，责任护士向患者介绍主管医生和护士，介绍病区环境，提供生活必须品，帮助他们解决实际困难；社会上的爱心人士也到病房看望和慰问，为他们送来了食物、新衣物、书籍、鲜花等物品。我们主动与患者沟通，讲解有关健康知识，并积极与家属交流，充分发挥家庭、社会支持系统的作用。部分患者入院后表现出入睡困难、情绪低落、反复出现地震当时情景的噩梦，我们加强了心理疏导，鼓励患者宣泄与创伤事件相伴随的情感，避免患者形成压抑、悲观的心理。针对个别怀疑有创伤后应急障碍的患者，专业心理医生进行了心理危机干预和治疗，使病人顺利康复。

参 考 文 献

[1] 王正国，高劲谋.灾难和事故的创伤救治[M].北京：人民卫生出版社，2005.10-12，336-337.

[2] 张连阳，姚元章.简明创伤救治学[M].重庆：重庆出版社，2008.411.

（责任编辑：冉明会）

欢迎投稿，欢迎订阅