

优质急诊护理干预对严重创伤失血性休克患者 康复进程的影响研究

徐秀兰

(安徽医科大学第四附属医院, 安徽巢湖, 238000)

版权说明: 本文是根据知识共享署名 - 非商业性使用 4.0 国际许可协议进行发布的开放获取文章。允许以任何方式分享与复制, 只需要注明原作者和文章来源, 并禁止将其用于商业目的。

摘要: **目的:** 研究优质急诊护理干预对严重创伤失血性休克患者康复进程的影响。**方法:** 在 2023 年 1 月至 2024 年 5 月, 本院共接纳 102 例严重创伤失血性休克患者参与本研究。利用随机数字表法, 患者被均匀分为两组, 每组 51 例, 其中对照组接受标准急诊护理, 实验组则采用优质急诊护理。对比两组患者的体温控制、急诊救治效率、护理满意度、抢救成功率、并发症发生率、PSQI 评分、临床恢复指标及护理效果。**结果:** 实验组在入院后 10 和 20 分钟体温显著高于对照组 ($P < 0.05$)。实验组急诊救治时间更短, 护理满意度更高, 具有统计学差异 ($P < 0.05$)。另外, 实验组展现了更高的抢救成功率和更低的并发症发生率, 两组间存在显著差异 ($P < 0.05$)。实验组 PSQI 评分较对照组显著降低 ($P < 0.05$), 护理有效率亦明显提高, 两组间有显著差异 ($P < 0.05$)。干预后, 实验组在体温恢复、休克缓解和住院时间上均优于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$)。**结论:** 严重创伤失血性休克患者经过优质急诊护理后, 睡眠质量显著提高, 急救时间缩短, 体温恢复正常, 不适症状减轻, 患者家属满意度提升, 显示出该护理模式在临床应用中的价值, 应予以推广。

关键词: 优质急诊护理; 严重创伤; 失血性休克; 康复进程

DOI: <https://doi.org/10.62177/fcdt.v1i3.451>

创伤导致的出血是临床中频繁遇到的状况, 其严重程度不一, 导致的失血量也各有不同。据统计, 创伤引发的失血事件发生率超过 80%, 且可能引发失血性休克。由于个体差异, 患者发生休克的失血阈值不一, 有报道指出部分患者在失血 200 毫升时即出现休克^[1]。在创伤失血性休克的急救治疗中, 采取高质量的、针对性的护理措施至关重要。有效的护理能够增强治疗效果、优化预后、加速康复进程、提高康复质量, 并减少致死或致残的风险。此外, 适宜的护理方案有助于减少患者在病程各阶段的风险事件, 进而提高治疗的整体有效性和成功率^[2]。

一、资料与方法

(一) 一般资料

本研究纳入 2023 年 1 月至 2024 年 5 月期间本院治疗的 102 例严重创伤失血性休克患者，随机分为两组，每组 51 例。对照组男女比例 37:14，平均年龄（ 45.56 ± 3.45 ）岁；实验组男女比例 34:17，平均年龄（ 46.46 ± 3.35 ）岁。两组资料比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

纳入标准：患者表现出与创伤失血性休克相符的临床症状，并通过辅助检查确诊；具备良好的治疗合作度；拥有完整的临床资料。

排除标准：存在严重内脏损伤或血液系统疾病的患者；患有精神疾病或认知障碍者；凝血机制异常者；感染性疾病或传染病患者；处于孕期或哺乳期；患有严重心、肝、肾功能衰竭的患者。

（二）方法

1. 对照组患者

对照组接受常规急诊护理。确保患者呼吸通道开放，依据休克的严重性及时补充血液容量、执行止血措施、建立静脉通路。根据患者具体状况，实施静脉切开并置入中心静脉导管。同时，依据患者状况适当使用止痛药，注意避免对呼吸功能产生不利影响，并持续监测患者病情及生命体征的变化。

2. 实验组患者

在对照组患者干预措施基础上，实施优质急诊护理干预。

（1）综合评价：对患者的临床状况进行全面评估，预见潜在风险，并预先规划护理干预措施。细致监测患者的意识状态，由于创伤失血初期机体尚有代偿能力，患者通常意识清醒，此时可对其心理状态进行评估，实施心理干预，以安抚情绪，增强治疗合作性，减轻应激反应。随着休克程度加剧进入失代偿期，患者缺氧症状更加显著，此时应紧密监视患者的意识状态和表情反应。若发现患者反应迟钝或意识模糊，表明病情可能恶化，应立即通知医师并协助相应处理。休克患者体温降低显著，若体温异常升高，可能指示感染风险，应及时告知医师采取相应措施。同时，持续观察患者的血压、脉搏、体温、呼吸等生命体征，一旦发现病情可能恶化的迹象，立即报告并协助医师进行救治。

（2）建立静脉通道和心理支持：患者需建立 2 至 3 条静脉通路，并在必要时根据病情进行静脉切开和中心静脉导管置入。面对意外伤势，多数患者会出现恐惧情绪，护理人员应提供心理疏导和情绪支持，用通俗语言解释伤情和治疗，帮助患者缓解负面情绪，保持镇定。护理过程中，医护人员应保持温和的态度，并细心解答患者和家属的咨询。

（3）呼吸与伤口管理：帮助患者调整姿势，头部偏向一侧，轻微后仰，下肢抬高 20 至 30 度，以减轻内脏对心肺的压迫，促进呼吸和下肢血液回流。及时清理口鼻中的分泌物和凝血块，确保呼吸道的通畅。供氧时调节氧气浓度至 40%，流量为 2 至 4 升 / 分钟。若需进行气管切开或插管，操作应轻柔准确。严格按照医嘱进行输液、补液和止痛药使用，控制输液速度，防止不良反应。清洁伤口并消毒，进行包扎和止血，遵医嘱使用抗生素；根据需要留置导尿管。若患者有骨折，应进行适当固定，防止神经或软组织移位，加重伤情。

（4）睡眠优化：为患者营造一个舒适的住院环境，适度安排探访时段，减少探访次数。在可能的情况下，可在病房播放柔和的音乐以助患者入眠，适时调整室内照明，并为患者制定适宜的作息安排。

（5）预防并发症：对于严重创伤失血性休克患者而言，呼吸道阻塞和急性呼吸窘迫综合征是频发的并发症，此外，肾小球滤过率降低可能会导致血肌酐和尿素氮浓度急剧升高，引起酸碱平衡及水电解质失衡，进而可能发生急性肾衰竭。大量失血还可能引起多器官功能障碍和弥散性血管内凝血。因此，需密切监测患者的呼吸、血压、脉搏、心率、心音、皮肤黏膜状况和 24 小时尿量，对任何异常表现及时进行处理。

(三) 观察指标

- (1) 并发症发生率和抢救成功率的评估：并发症涵盖呼吸窘迫综合征、多器官功能障碍、电解质失衡及弥散性血管内凝血；抢救成功的标准为患者休克症状明显好转，关键生命体征稳定。
- (2) 匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）：评估睡眠质量的改善情况^[3]。
- (3) 对比两组护理成效：疗效分为显著好转，即休克症状明显减轻；部分好转，即休克症状得到一定程度的缓解；若症状未达到缓解标准，则视为无效。计算总有效率时，将显著好转与部分好转的例数相加，除以总例数后乘以 100% 得到^[4]。
- (4) 评估两组患者入院时体温、急诊救治时长及护理满意度，满意度通过自制问卷评分评估。
- (5) 康复评估指标：涵盖体温恢复所需时间、休克症状缓解期限以及住院时长。

(四) 统计学方法

采用 SPSS 26.0 进行统计学分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，行 t 检验；计数资料以百分率表示，行 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

(一) 两组患者的护理满意度、急诊救治实施时间及体温情况比较

入院时两组体温相似（ $P > 0.05$ ），而实验组在 10 和 20 分钟后体温显著升高（ $P < 0.05$ ）。实验组急诊救治迅速，护理满意度较高，两组差异显著（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组患者的护理满意度、急诊救治实施时间及体温情况比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	体温情况（℃）			急诊救治实施时间（min）	护理满意度（分）
		入院时	入院 10min	入院 20min		
实验组	51	32.31 ± 1.32	33.16 ± 1.07	35.34 ± 1.06	43.21 ± 4.51	95.06 ± 3.31
对照组	51	32.34 ± 1.25	31.61 ± 1.04	31.66 ± 1.02	76.31 ± 5.51	90.06 ± 2.51
t 值		0.091	5.794	13.838	25.515	6.613
P 值		0.927	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001

(二) 两组患者的抢救成功率、并发症发生率比较

对照组与实验组相比，实验组展现出更高的抢救成功率及更低的并发症发生率，两者差异在统计学上显著（ $P < 0.05$ ）。见表 2。

表 2 两组患者的抢救成功率、并发症发生率比较 [例（%）]

组别	例数	并发症					抢救成功
		呼吸窘迫综合征	多脏器功能障碍	电解质紊乱	弥散性血管内凝血	总发生	
实验组	51	2（3.92）	1（1.96）	0（0.00）	0（0.00）	3（5.88）	51（100.00）
对照组	51	5（9.80）	3（5.88）	3（5.88）	1（1.96）	12（23.53）	43（84.31）
χ^2 值						4.320	5.455
P 值						0.038	0.020

（三）两组患者的 PSQI 评分比较

干预后，实验组 PSQI 评分较对照组显著降低，具有统计学上的明显差异（ $P < 0.05$ ）。见表 3。

表 3 两组患者的 PSQI 评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	时间	PSQI 评分（分）	夜间睡眠时间（h）
实验组	51			
		治疗前	13.51 ± 2.58	5.85 ± 0.44
		治疗后	6.27 ± 0.64 ^{①②}	7.65 ± 0.78 ^{①②}
对照组	51			
		治疗前	13.75 ± 2.69	5.91 ± 0.53
		治疗后	9.41 ± 1.26 ^①	7.06 ± 0.61 ^①

注：与组内干预前比较，^① $P < 0.05$ ；与对照组干预后比较，^② $P < 0.05$ 。

（四）两组患者的护理效果比较

实验组护理有效率高于对照组，组间差异显著（ $P < 0.05$ ）。见表 4。

表 4 两组患者的护理效果比较 [例（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
实验组	51	40（78.43）	11（21.57）	0（0.00）	51（100.00）
对照组	51	26（50.98）	17（33.33）	8（15.69）	43（84.31）
χ^2 值					5.454
P 值					0.020

（五）两组患者的临床恢复指标比较

经过干预，实验组患者在体温恢复、休克缓解及住院时间上均短于对照组，各组间差异显著（ $P < 0.05$ ）。见表 5。

表 5 两组患者的临床恢复指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	体温恢复时间（min）	休克缓解时间（h）	住院时间（d）
实验组	51	34.79 ± 5.43	3.08 ± 0.39	21.81 ± 2.76
对照组	51	57.56 ± 8.31	4.11 ± 0.55	33.57 ± 3.49
t 值		15.713	14.232	12.377
p 值		< 0.05	< 0.05	< 0.05

三、讨论

创伤失血性休克的成因不仅包括病理因素，心理、情绪和精神状态同样扮演关键角色^[5]。患者在创伤后因失血过多可能会承受巨大心理压力，感到紧张和焦虑，或对血液和疼痛有恐惧感，这些因素可能诱发休克。治疗此类休克不仅需及时有效的止血，还需关注患者的心理、情绪和精神状况，以促进其意识、认知的恢复，加快创伤愈合，提高治疗顺应性，并减少因失血和休克引发的副作用和并发症。创伤失血性休克对身体健康构成严重威胁，可能导致器官和组织因缺血缺氧而发生病变，且再灌注损伤可能引发

多功能障碍，对全身多个器官、组织和系统造成影响^[6]，鉴于其较高的致死和致残风险，治疗策略着重于及时的发现与干预。早期治疗干预对于改善治疗效果、优化预后、减少并发症和降低致死致残率至关重要。治疗过程中，患者可能会出现多种应激反应，病情变化迅速，这要求实施高质量、针对性的护理措施^[7]。尤其在急诊情况下，护理措施与治疗同样关键，护理质量直接关系到患者的治疗效果、功能恢复以及生存质量和生存状况。

优质护理干预以患者需求为核心，依据患者具体状况提供全面护理服务，包括专业护理技能、心理支持、睡眠管理及并发症的针对性处理^[8]。这一护理模式改变了传统护理观念，提高了救治效果，增加了护理的灵活性和前瞻性。研究指出，成功救治的创伤失血性休克患者常伴有睡眠问题，主要由病理因素引起，表现为失眠。影响睡眠的因素涉及不适宜的照明、噪音、疼痛、药物副作用、心理压力和情绪变化等。针对这些问题，提供优质的睡眠护理和心理干预显得尤为重要，可以有效提升患者睡眠质量，缓解不良情绪。陈少娥^[9]探究了优质急诊护理对创伤失血性休克患者恢复和睡眠的影响，强调了紧急救治与临床护理的重要性。周宁娟^[10]对 110 例此类患者进行研究，发现接受优质护理的实验组并发症发生率低，抢救成功率高，死亡率低。周宁娟还提到，患者出血部位不同，失血量和影响程度也有所差异，多系统功能受损时，生命安全受威胁，并发症风险增加。因此，有效的急救和护理干预至关重要，护士需具备高超的操作技巧、完备的急救知识和丰富的经验。通过提升救治和护理效率，减少急救时间，对严重创伤失血性休克患者采用高品质护理能明显增强急救护理的效果。入院时进行综合评价，使得急诊医护人员能够预测并预防并发症，制定个性化的护理计划。沈冬冬团队^[11]研究了严重创伤失血性休克患者的高质量急诊护理成效，以 92 例患者为样本，实验组实施了优质急诊护理，而对照组则接受常规护理。结果显示，实验组患者在入院后 10 分钟和住院后 20 分钟体温显著升高，相较于对照组，抢救成功率提升，并发症发生率降低。研究者指出，优质急诊护理对护理人员的专业要求高于常规护理，对于部分病情危重的创伤失血性休克患者，其出血症状可能被基础疾病掩盖，若未及时治疗，可能导致病情加剧。因此，对这些患者实施手术止血是必要的，以便在短时间内进行液体复苏，有效恢复血容量，彻底改善低灌注状况。在对严重创伤失血性休克患者实施高效的急诊护理过程中，护理人员应具备高度警觉性，密切关注患者病情变化。在此过程中，强调护理人员之间的协作，与医生紧密配合，确保诊疗流程顺畅，尽可能缩短急救时间，加快患者的康复进程。研究结果表明，经过护理干预，实验组患者在体温恢复、休克缓解、住院时间上均优于对照组，PSQI 评分更低，夜间睡眠时间更长。另外，实验组展现了更高的抢救成功率和护理效果，以及更低的并发症发生率，反映出优质急诊护理有助于降低并发症风险，提升救治效果和睡眠状况。此护理措施依据患者全面病情评估，维持呼吸道畅通，建立静脉通道，调整体内平衡，及时应对异常，预防并发症，并通过相应医疗手段稳定生命体征。干预后，护理效果显著提高，并发症减少，患者恢复状况改善。实验组在入院初期（10 和 20 分钟后）的体温和护理满意度评分均优于对照组，且急诊救治时间更短，这表明优质急诊护理有助于维持患者体温，加快救治速度，增强护理体验和患者满意度。

综上所述，严重创伤失血性休克患者经过优质急诊护理后，睡眠品质显著提高，急救时间缩短，体温恢复正常，不适症状减轻，患者家属满意度提升，显示出该护理模式在临床应用中的价值，应予以推广。

利益冲突

作者声明，在发表本文方面不存在任何利益冲突。

参考文献

- [1] 胡冬英,季金华,韩姝,等.以休克指数为指导对评估急诊外科严重创伤合并失血性休克患者的价值分析[J].山西医药杂志,2021,50(19):2749-2751.
- [2] Hong L,Cheng X,Zheng D.Application of artificial intelligence in emergency nursing of patients with chronic obstructive pulmonary disease[J].Contrast Media Molec Imaging,2021,13(8):221-223.
- [3] 张丽,张治萍.护理干预用于严重创伤性失血性休克急诊护理与并发症预防[J].心理月刊,2020,15(7):122.
- [4] 涂丽春,程锦珍,林彩虹,等.限制性液体复苏联合绿色通道救治严重腹部创伤合并失血性休克的效果与护理[J].护理实践与研究,2016,13(5):56-57.
- [5] 汤莉莉.优化急救护理对严重创伤失血性休克患者转归的影响—并发症发生率及抢救成功率[J].医学食疗与健康,2020,8(17):170-171.
- [6] 李波.纠正亚低温配合碳酸氢钠林格液对创伤性肝脾破裂伴失血性休克患者的影响[J].医学理论与实践,2023,36(2):309-311.
- [7] 刘红菊,杨素真.预见性护理在急诊严重创伤性失血性休克患者中的效果及并发症发生率评价[J].中外医疗,2022,13(9):241-242.
- [8] 沈彦艳,陆关珍.综合性护理干预措施对创伤失血性休克患者救治的效果及护理质量分析[J].中国现代医生,2017,55(8):165-168.
- [9] 陈少娥.优质急诊护理对严重创伤失血性休克患者的康复和睡眠质量的影响分析[J].世界睡眠医学杂志,2019,7(9):1631-1632.
- [10] 周宁娟.严重创伤失血性休克患者的优质急诊护理[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(4):227-228.
- [11] 沈冬冬,倪英女,张义花.严重创伤失血性休克患者的优质急诊护理[J].医疗装备,2017,13(30):142-143.