

# 闭合性骨盆骨折合并失血性休克患者抢救的护理体会

张培丽

作者单位: 535000 广西,钦州市第一人民医院手术室

作者简介: 张培丽(1970-),女,大学本科,医学学士,副主任护师,研究方向:手术护理。E-mail:LJJZPL@163.com

**[摘要]** 目的 总结闭合性骨盆骨折合并失血性休克患者抢救的护理体会。方法 对30例闭合性骨盆骨折合并失血性休克的患者在积极纠正休克的同时行手术治疗,术中巡回护士密切观察病情变化,做好急救的手术护理配合。结果 28例患者均在纠正休克的同时顺利接受手术治疗,2例患者因合并多脏器破裂出血,抢救无效死亡,抢救成功率为93.3%。结论 术前积极纠正休克、术中做好急救和手术配合是保证闭合性骨盆骨折合并失血性休克的患者手术成功和提高预后效果的关键。

**[关键词]** 闭合性骨盆骨折; 失血性休克; 抢救; 手术配合

**[中图分类号]** R 473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2013)06-0581-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.06.29

骨盆骨折多因意外因素导致,闭合性骨盆骨折占有骨盆骨折中的一半以上,常合并多器官损伤,骨折断端及脏器的损伤都可以导致机体有效循环血量骤降,引起严重的失血性休克,病情急重,部分患者常因延误入院而发生休克<sup>[1]</sup>,致死率较高,诊治也较为复杂,如救治不当可导致死亡。回顾我院2009-01~2012-12手术室配合抢救及手术的30例闭合性骨盆骨折合并失血性休克患者的护理体会,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2009-01~2012-12我院共收治闭合性骨盆骨折合并多脏器损伤、失血性休克患者30例,其中男22例,女8例;年龄17~52岁,平均32.3岁。致伤原因:重物砸伤3例,高处坠落伤7例,交通事故伤11例,摔伤9例;均有失血性休克的症状;合并脑挫裂伤3例,双肾挫伤3例,多根肋骨骨折并肺挫伤6例,四肢骨折8例,腹膜后血肿3例,后尿道断裂23例,肝挫裂伤2例,脾挫裂伤4例,腹腔积血20例。本组患者进手术室时收缩压均 $<80$  mmHg,舒张压 $<30$  mmHg,呈休克状态,立即抗休克抢救,建立有效的静脉、呼吸循环通道进行对症支持治疗,行急诊手术止血。

## 1.2 护理措施

**1.2.1 术前准备** (1)做好术前检查和抢救准备工作。接到急诊手术电话,立即准备一间宽敞的手

术间,备齐一切抢救物品器械和药物,及时通知麻醉医师做好接诊准备,并调节室内的温度在 $22\sim 25$ ℃。患者送到手术室后即安置在准备好的手术间,头部垫薄枕,严重休克者给予去枕平卧位,头及腿间断抬高,以利于呼吸道通畅并减少静脉血流保持血压。剪除衣裤,检查受伤部位,询问原因,观察病情,随时手术;检查时要注意保暖,身体暴露不要过多、时间不要太长,防止体温的急剧降低而加重休克<sup>[2]</sup>。进行初步检查,了解患者伤情及并发症情况,监测生命体征,完善各项辅助检查,检查有无合并伤,必要时气管插管。(2)建立静脉通道。患者进入手术室后,手术室护士、麻醉医师迅速了解和监测患者的生命体征,进行创伤评分和综合评估。即用 $16^{\#}\sim 18^{\#}$ 留置针建立2~3条静脉通道快速输液,快速补充血容量,确保输液用药通畅,维持有效循环,必要时进行深静脉置管补液。静脉输液遵循及早、充足、晶胶平衡的原则,快速输入生理盐水、复方氯化钠注射液及适量的羟乙基淀粉注射液以补充血容量;随时做好交叉配血,输入血浆及全血或悬浮红细胞补充血容量,并要在输液的同时注意保持电解质的平衡,适当输入碳酸氢钠和钙,应用止血药物或者血管活性药物。在快速输液时根据患者的血压、心率、中心静脉压、尿量进行调节,警惕肺水肿和心力衰竭的发生。(3)保持呼吸道通畅。检查患者气道通畅与否,有无合并伤。因失血性休克循环血量减少,肺部

血流量降低可引起肺微血管阻塞,造成肺功能不全,氧的需要量不足,导致氧分压下降,发生呼吸困难,甚至窒息。因此,患者应给予高流量吸氧,以面罩吸氧最为适宜,并注意氧气的充分湿化。为保证吸氧的充足供给,必须保持呼吸道通畅,随时吸痰、清除呼吸道分泌物,必要时行气管插管或气管切开;合并胸部损伤者如果影响呼吸,紧急给予胸腔闭式引流,记录引流量;出现呼吸窘迫者及时应用呼吸机辅助呼吸。(4)熟悉手术流程及准备手术器械。骨盆骨折手术有三大步骤:显露、复位和固定。显露时,由于骨盆解剖特殊,骨折部位深在,要准备好各种深部拉钩;骨盆骨折的显露广泛,且盆腔、臀部血运丰富,出血较多,要准备好电凝、骨蜡和其他止血材料。注意术中采用的器械件数,每例骨科手术所需器械少则1箱,多则4箱,特殊器械也多。骨盆解剖钢板、空心钉、锁定钢板等专用器械比较复杂,每件工具都有其专门的用途,为了能很好地配合手术医师的操作,洗手护士和巡回护士必须了解每件器械的用途、使用方法、使用顺序和注意事项以及消毒要求。成套器械一般以手术步骤按顺序摆放,配合手术时可按步骤拿取,术毕器械清洗上油后也应按次序摆放,因比传统的骨科器械复杂,故对手术室护士提出了更高的要求<sup>[3,4]</sup>。

1.2.2 术中配合 (1)正确摆放手术体位。骨盆骨折手术对患者的体位要求:能充分显露术野,利于术中操作,便于术中X线透视,防止压疮等并发症。手术室护士术前应向手术医师了解病人手术方式,充分做好准备工作,对采用何种体位、何处入路、选用何种内固定物等做到心中有数,这样在整个手术过程中就可以主动进行配合<sup>[5]</sup>。(2)控制出血的处理。对于持续出血的患者尽可能及早手术治疗,需要多学科的手术人员参与和密切合作,为了缩短手术时间,常需同时开展两组手术,一般是一组处理骨盆骨折,另一组处理上下肢骨折或其他脏器的损伤,从而有效控制出血。(3)严密观察术中病情。手术室护士除必须掌握急救的理论和具备熟练的急救技术,还应对患者的病情及手术步骤有充分的了解,做到心中有数。巡回护士术中随时注意吸痰、给氧、心肺复苏、心电监护,做好电除颤和自体回输血的准备,妥善固定好各种引流管防止脱落,并安置于正确位置,防止液体逆流。洗手护士观察手术的进展,根据不同的手术及解剖层次,及时、主动、准确地传递器械、物品,与术者默契配合,必要时充当助手,帮助显露术野,保证手术顺利进行。

## 2 结果

28例患者均在纠正休克的同时顺利接受手术治疗,2例患者因合并多脏器破裂出血,经抢救无效死亡,抢救成功率为93.3%。

## 3 护理体会

3.1 严重的骨盆骨折患者常合并失血性休克或脏器损伤等并发症,早期应及时采取紧急抢救措施,原则是首先救治危及生命的失血性休克及内脏损伤等并发症,再处理骨盆骨折。发生实质性脏器损伤或脏器破裂时,均应在抗休克的基础上快速、及时、有效地手术治疗。手术治疗一般是在休克有效纠正、生命体征稳定、全身状况改善后进行。李飘环等<sup>[6]</sup>采用McMur.ray所提出的A—F方案,按照A(airway气道)—B(bleeding出血)—C(CNS中枢神经系统)—D(digestive消化)—E(excretory排泄)—F(fracture骨折),以生命第一为基本原则,来实施抢救护理,本组研究与A—F方案抢救原则类似,成功率达93.3%。

3.2 骨盆骨折的手术过程比较复杂,所用器械种类繁多,为了更好地配合手术,要求护士必须熟悉手术步骤,以及每一步骤所需的器械。熟练掌握各种器械的性能和用途,有序摆放无菌台上的器械,术中高度集中注意力。骨盆骨折手术切口较大,出血较多,往往用纱布填塞止血,术中除做好出血量的估计,及时向医师和麻醉师报告外,还要特别注意清点纱布数目。严格执行无菌操作,防止感染。术者需戴双层手套。严格限制参观人员,尽量减少室内人员走动,以防手术污染。

3.3 手术配合对骨盆骨折手术十分重要,所以应合理分工、观察病情、主动默契地进行手术配合,这对提高手术效果、缩短手术时间、减少术中出血量、减少并发症有重要意义。

## 参考文献

- 1 朱义用,汪建良.骨盆骨折合并出血性休克的救治[J].中华创伤骨科杂志,2006,8(11):1084-1085.
- 2 陆彩萍.骨盆骨折合并休克的急救护理[J].淮海医药,2004,22(4):143.
- 3 周翔,郑亚伟.跨髂骨张力带钢板治疗骨盆骨折12例[J].浙江创伤外科,2009,14(2):162-163.
- 4 张春英,张爱华,卢凯慧,等.不稳定骨盆骨折合并休克患者围术期护理体会[J].中外医疗,2009,28(16):141.
- 5 徐湘萍,尹素青,岳春华,等.后路脊柱显微内镜椎间盘髓核摘除术的配合及护理64例[J].中国实用护理杂志,2004,20(4):10-11.
- 6 李飘环,张小梅,叶劲.骨盆骨折合并多器官损伤并休克的急救护理[J].中国实用医药,2011,6(16):184-186.

[收稿日期 2013-02-16][本文编辑 黄晓红 韦颖]