



研究外伤性脾破裂合并失血性休克急症在围术期的护理效果

张 莉

曲靖市会泽县人民医院 云南会泽 654200

【摘要】目的 分析外伤性脾破裂合并失血性休克急症在围术期的护理方法和效果。**方法** 将我院收治的 70 例外伤性脾破裂合并失血性休克患者纳入本次研究, 所有患者均采用急诊手术治疗, 入选病例均来自 2016 年 4 月至 2017 年 6 月, 采取随机数字表法将所有患者均分为观察组 (35 例, 整体护理) 和对照组 (35 例, 常规护理), 对比两种护理方法的护理效果。**结果** 观察组患者治疗总有效率和护理满意度显著高于对照组, 并发症发生率显著低于对照组, 两组差异明显, $P < 0.05$ 。**结论** 对外伤性脾破裂合并失血性休克患者在围术期实施整体护理, 利于提升其治疗效果, 减少并发症的发生, 提升护理满意度。

【关键词】 整体护理; 外伤性脾破裂; 失血性休克

【中图分类号】 R473.6 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 06-201-02

脾破裂是一类高发的脏器损伤, 多因交通事故、高空坠落等外力作用引起, 患者出血量较大, 可引起失血性休克, 死亡率极高^[1]。诸多研究证实, 加强对外伤性脾破裂合并失血性休克患者围手术期的护理干预利于保障其生命安全, 我院在外伤性脾破裂合并失血性休克患者围手术期护理中引入整体护理, 取得了较好的效果, 现作如下阐述。

1 资料和方法

1.1 一般资料

将我院在 2016 年 4 月至 2017 年 6 月收治的 70 例外伤性脾破裂合并失血性休克患者纳入本次研究, 所有患者均采用急诊手术治疗, 采取随机数字表法将所有患者均分为观察组和对照组, 每组各 35 例。观察组中男性 21 例, 女性 14 例; 年龄 20—65 岁, 平均 (44.6±5.2) 岁; 交通伤 14 例, 挤压伤 4 例, 刀刺伤 7 例, 高空坠落伤 10 例。对照组中男性 19 例, 女性 16 例; 年龄 19—69 岁, 平均 (45.2±5.4) 岁; 交通伤 15 例, 挤压伤 5 例, 刀刺伤 6 例, 高空坠落伤 9 例。对观察组与对照组患者的一般资料采取 SPSS19.0 进行 t 检验和卡方检验, 得出 $P > 0.05$, 可进行组间对比。

1.2 方法

对照组行常规护理, 给予患者术前指导、并发症护理、生活护理等。

观察组行整体护理, 具体措施如下: (1) 术前护理。协助患者取去枕仰卧位或中凹卧位, 建立 2 条以上静脉通道, 给予输血、补液治疗, 与此同时需准备手术止血, 在出血未得到控制时需将动脉压稳定在 50 至 60mmHg, 以防稀释血液。给予患者呼吸道护理, 为其清除呼吸道内的分泌物, 将头部偏向一侧, 以避免误吸, 给予吸氧, 氧流量需控制在每分钟 4 至 6 升。密切关注患者心理状态, 给予其语言安慰和鼓励, 使其保持平和心态, 积极配合治疗和护理工作。(2) 术中护理。加强对患者中心静脉压、血压等生命体征的监测, 适时与患者沟通, 缓解其不良情绪。(3) 术后护理。患者在术后需禁食禁饮, 并去枕仰卧 6 个小时以上, 切忌随意搬动患者, 以避免发生或加重出血症状。加强对引流管的观察, 将管道妥善固定好, 以防发生折叠、挤压、变形, 确保引流畅通。对疼痛剧烈的患者可遵医嘱给予止痛药, 并教会其转移注意力, 以缓解疼痛。术后给予抗生素以预防感染, 加强对患者症状和体征的监测, 指导其清淡饮食, 可从流食逐渐过渡到半流食、普通膳食。加强病房巡视, 给予患者心理疏导, 增强其安全

作者简介: 张莉 (1972.8-) 云南会泽, 汉族, 主管护师, 大专, 主要从事急诊护理工作。

感和对护理人员的信任度。

1.3 评价标准

1.3.1 对比观察组与对照组患者手术效果。治愈: 患者症状、体征完全消失; 有效: 患者症状、体征有所改善; 无效: 患者症状、体征未出现改善或者加重。治疗总有效率为治愈率与有效率之和。

1.3.2 对比两组患者并发症发生率和护理满意度。护理满意度以问卷调查的方式得出, 总分为 100 分, 得分在 60 分及以上者为“满意”。

1.4 统计学方法

对观察组与对照组的实验数据采用 SPSS19.0 进行分析, 采用卡方检验和 t 检验分别评估两组患者计数资料与计量资料统计的差异, 在 $P < 0.05$ 时组间差异明显。

2 结果

2.1 观察组与对照组患者手术效果对比

观察组患者治疗总有效率为 100%, 显著高于对照组的 82.9%, 两组对比 $P < 0.05$, 详见表 1。

表 1: 观察组与对照组患者手术效果对比 [n (%)]

组别	例数	无效	有效	治愈	总有效率
观察组	35	0 (0.0)	3 (8.6)	32 (91.4)	35 (100.0)
对照组	35	6 (17.1)	6 (17.1)	23 (65.7)	29 (82.9)
χ^2					6.563
P					0.010

2.2 观察组与对照组患者并发症发生率和护理满意度对比
观察组患者并发症发生率显著低于对照组, 护理满意度显著高于对照组, $P < 0.05$, 详见表 2。

表 2: 观察组与对照组患者并发症发生率和护理满意度对比 [n (%)]

组别	例数	并发症				护理满意度
		压疮	泌尿系统感染	切口感染	并发症发生率	
观察组	35	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	34 (97.1)
对照组	35	1 (2.9)	2 (5.7)	2 (5.7)	5 (14.3)	28 (80.0)
χ^2						5.385
P						0.020

3 讨论

外伤性脾破裂是一类严重的创伤性疾病, 其病情进展快, 大量出血会导致重要脏器微循环灌注不足, 引起组织供血供氧不足, 并发失血性休克, 危及患者生命安全。外伤性脾破

(下转第 208 页)



肌肉泵,促使下肢血流循环,从而达到降低深静脉血栓的发生率,所以不建议为了预防切口愈合不佳和切口出血延长下地运动时间的做法,应当在手术之前先对患者实行相应教育,促使患者意识到早期下地运动的重要性^[20]。

术后应当积极预防深静脉血栓的形成,可以在术后改善血液高凝状态、抑制血小板功能等方式预防深静脉血栓的形成。典型的药物有提及华法林、低分子肝素、阿司匹林、前列地尔等,其作用机制在于抑制血小板功能,促使微血栓的形成,各类药物的干预作用可以在无出血风险的情况下实现较强的深静脉血栓预防作用。另外,为了在术后应当尽可能改善患者的生活方式,例如术后应当穿戴弹力袜,可以有效缓解静脉回流受阻的问题。

4 总结

综上所述,下肢静脉曲张术后深静脉血栓的形成原因是多元化的,对于存在深静脉血栓隐患的患者应当在术前、术中、术后给予及时有效的预防与控制措施,术前实行全面评估,术中采取有效预防对策,术后及时给予药物治疗与生活方式改善等多种措施,最大程度提高下肢静脉曲张手术的治疗效果,优化临床医护水平。

参考文献:

[1] 夏友传,赵国海,司春强,等.下肢静脉曲张术后继发下肢深静脉血栓形成的预防措施[J].皖南医学院学报,2015,16(3):276-277.

[2] 葱根,陆雄.低分子肝素钙预防下肢静脉曲张术后深静脉血栓的价值[J].中国普通外科杂志,2016,25(12):1806-1810.

[3] 杜玉波.阿司匹林与低相对分子质量肝素预防大隐静脉曲张手术后下肢深静脉血栓形成的效果比较[J].血栓与止血学,2017,13(3):448-450.

[4] 郝光亮.下肢骨折患者围手术期并发下肢深静脉血栓形成的治疗流程及预防[J].检验医学与临床,2017,14(A01):408-409.

[5] 朱健,王孝运,陈健.Cockett 综合征继发下肢静脉曲张或下肢肿胀 25 例[J].中国微创外科杂志,2016,16(5):428-431.

[6] 刘萍,陈艳芳.体位护理联合抗凝对下肢静脉曲张术后凝血的改善[J].血栓与止血学,2017,23(1):164-165.

[7] 刘静,汪秀云.胃癌术后下肢深静脉血栓形成的危险因素 logistic 回归分析及护理对策[J].华西医学,2015,

20(1):132-134.

[8] 王藏慧.静脉腔内激光治疗与手术治疗下肢静脉曲张 40 例近期疗效对比观察[J].陕西医学杂志,2017,46(1):71-72.

[9] 刘强,焦雪,刘洪飞.大隐静脉高位结扎剥脱术联合电凝术治疗下肢静脉曲张 40 例临床疗效观察[J].中国现代手术学杂志,2015,14(4):282-284.

[10] 张建平.脉冲式腔内激光闭合术结合高位结扎和点状抽剥术治疗下肢大隐静脉曲张 88 例体会[J].中国药物与临床,2015,23(4):546-547.

[11] 张慧松.肾病综合征合并下肢深静脉血栓形成的危险因素及护理对策[J].血栓与止血学,2016,22(4):457-458.

[12] 吴晨光,宗军,蒋臻欢.导致骨科手术患者术后发生下肢深静脉血栓的危险因素[J].中国临床医生杂志,2015,43(11):67-69.

[13] 陈海军,孙梓程,洪东宁,等.大隐静脉曲张术后复发 22 例患者的临床分析[J].中国普外基础与临床杂志,2015,23(2):555-556.

[14] 张皓,王鹏,郭兴友.手术联合硬化剂治疗下肢静脉曲张的方案设计及 31 例应用经验[J].中华普通外科杂志,2016,31(4):277-280.

[15] 赵红梅.老年下肢骨折术后下肢深静脉栓塞的相关因素及护理对策[J].实用临床医药杂志,2015,19(22):82-84.

[16] 贾琪,吴丹明,王成刚,等.彩超引导下聚桂醇泡沫硬化剂注射治疗下肢静脉曲张[J].中国微创外科杂志,2016,16(3):276-278.

[17] 朱俊,宋承鹏,李栋梁,等.腔内激光闭合术联合高位结扎术治疗原发性大隐静脉功能不全的并发症防治研究[J].中国临床保健杂志,2017,20(1):94-95.

[18] 万娜,谭秀华,易秀珍,等.快速康复外科理念用于计划性剖宫产围手术期预防深静脉血栓与促进早期康复的研究[J].成都医学院学报,2017,12(1):89-91.

[19] 左利平,尚亮,杨振威,等.蛋白 S 缺乏症并发食管静脉曲张破裂出血 1 例报道[J].胃肠病学和肝病杂志,2016,25(12):1381-1383.

[20] 丁萌,张青云,景阳,等.D-二聚体和纤维蛋白原联合检测在下肢深静脉血栓诊断中的应用价值[J].第三军医大学学报,2016,38(16):1885-1888.

(上接第 201 页)

裂合并失血性休克患者多需采用手术治疗,在治疗的同时还需重视对患者围手术期的护理干预,传统的护理方法缺乏针对性,无法满足患者及其家属对护理质量的高要求^[2]。整体护理是一项综合性的护理干预措施,可从术前、术中、术后三个阶段对患者实施心理、体位、并发症、补液等方面的护理干预,能有效提升护理质量,保障患者身心健康。整体护理的实施能最大限度满足患者的护理需求,但这一护理模式的应用也对护理人员提出了新的要求,要求其以真诚、热情的态度为患者服务,并不断提升护理技能和沟通技巧^[3]。本次研究表明,在对外伤性脾破裂合并失血性休克患者围手术期实施整体护理后,其治疗效果明显提升,治疗总有效率达 100%,且未出现任何并发症,这一护理模式得到患者高度评价,护理满意度达 97.1%,且以上指标与采用常规护理的患者相比存在明显区别, $P < 0.05$,本次研究结果类似于张庆梅^[4]的

研究结果。

可见,整体护理在外伤性脾破裂合并失血性休克患者围手术期护理中具有积极的应用效果,值得推广。

参考文献:

[1] 陈航波.外伤性脾破裂患者伴有失血性休克急症围术期护理方法浅析[J].世界最新医学信息文摘:连续型电子期刊,2016,15(30):237-238.

[2] 顾新兰.外伤性脾破裂失血性休克急症手术护理体会[J].医药前沿,2012,10(10):327-327.

[3] 段小玲,DUANXiaoling.外伤性脾破裂伴有失血性休克患者急症急救的临床治疗观察[J].中国继续医学教育,2015,7(22):238-239.

[4] 张庆梅.外伤性脾破裂患者同时伴有失血性休克急症围术期护理[J].内蒙古中医药,2013,32(8):170-171.