

急诊创伤外科患者院内转运探讨

Exploring the nosocomial transporter of emergency trauma surgery patients

焦 莉 王大鹏

(河南省开封市第二人民医院, 河南 开封, 475000)

中图分类号: R248.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2012) 21-0106-02

【摘要】 目的: 探讨急诊创伤外科患者院内转运。方法: 对 115 例急诊创伤外科患者自急诊科转运至相关科室, 转运前、中、后积极采用相关措施, 并根据不同疾病制定有针对性的方案。结果: 所有患者均平安转运至目的地。结论: 充分准备, 完善的设施, 准确到位的操作, 能保证平安转运。

【关键词】 急诊; 创伤外科; 院内转运

【Abstract】 Objective: To investigate the nosocomial transporter of emergency trauma surgery patients. Methods: Transshipment of 115 cases of emergency trauma surgery patients from the emergency department to the relevant departments, transit, after positive measures, and develop targeted programs based on different diseases. Results: All patients were safely transported to the destination. Conclusion: Fully prepared, excellent facilities, accurate operation in place, to ensure safe transit.

【Keywords】 Emergency; Trauma surgery; Nosocomial transporter

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2012.21.057

急诊科是处理创伤外科患者的第一场所, 而创伤外科患者病情复杂, 常需到其他科室接受进一步的检查、诊断、治疗, 在转运途中可能因病情不稳定、监测治疗设备限制和人员不足以及责任心不强等因素, 出现病情变化甚至患者死亡。有文献报道: 院内转运能增加重症患者的并发症, 转运患者的死亡率比正常高出 9.6%^[1]。我们在工作中总结了以下经验, 有效的提高了转运的安全性, 现将总结报告如下。

1 一般资料

我们自 2010 年 5 月~2012 年 4 月共转诊创伤外科患者 115 例, 其中男 87 例, 女 28 例, 年龄 19~68 岁, 平均 35.2 岁。受伤至就诊时间 1~19h, 平均 4.6h。致伤原因: 车祸伤 74 例, 挤压伤 30 例, 高空坠落伤 11 例。115 例患者中主要损伤部位为四肢 21 例, 脊柱 12 例, 胸部 65 例, 腹部 17 例。

2 治疗方法

本组患者接诊后, 即按照标准流程进行处理及转运。

3 结果

本组患者均安全转运至目的地, 为下一步的治疗奠定基础。

4 讨论

通过以上病例, 我们总结了以下几点。

4.1 接诊后的处理及转运前的评估准备

创伤外科患者多为复合伤、多发伤, 病情严重, 生命体征不平稳, 接诊后应迅速给予对症处理, 保持呼吸道通畅, 开放静脉通道, 急诊护士在转运前要与主管医生一起充分评估转运

的可行性, 评估内容包括患者的生命体征、用药情况、途中可能出现的安全隐患等, 转运应由护士和医生陪同前往, 并携带相应的抢救药品和设备, 以备不时之需。意识清醒的患者, 做好解释工作, 给予心理安慰, 取得患者配合。昏迷的患者要慎重对待, 彻底完善转运前的准备工作, 如转运前清除气道内分泌物, 解决支气管及喉头痉挛, 呕吐患者, 头偏向一侧, 保持气道通畅, 躁动患者明确病因, 采用止痛、导尿、降压、镇静等方法, 担架两侧挡板要升起固定, 必要时上约束带, 防止坠车。用留置针建立 1 条以上的静脉通路, 因普通静脉针在搬运时容易松脱, 故应避免使用。携带氧气袋及呼吸气囊, 必要时用小氧气筒供氧, 保证充足的氧气供给^[2]。应备好相应的急救药物, 以便途中患者病情变化时, 及时给药抢救治疗。相对固定转运小组的人员, 能更融洽的配合, 减少意外的发生。护士在转运准备过程中, 应随时观察病情, 并即时告知医生。同时将转运风险评估结果告知患者及家属, 使患者或家属理解并签字同意, 从法律的角度尊重患者的知情权, 使其有思想准备。

4.2 接收科室的配合

医护人员在转运患者前就应与接收科室联系并充分交流, 应详细告知接收科室患者的病史、诊疗经过、现在情况, 必要时请接收科室医生会诊, 确保接收科室获知病情并作好准备, 提前通知急诊电梯等候以缩短转运时间, 降低转运风险^[3]。避免出现因急诊护士未及时通知检查科室或临床科室, 造成患者等待时间延长, 延误病情, 引发医疗纠纷。

4.3 转运途中的安全护理

转运途中护士站在病人头侧随时观察病情变化。应尽量减少患者的搬运, 建议使用铲式担架搬运^[4], 可以最大限度的减

(下转 108 页)

形成一层生物保护膜。该膜的细胞外黏多糖或蛋白多糖复合物可进一步保护细菌免受抗生素与宿主细胞的进攻而导致感染的发生。此外,临床上大量耐药菌株的出现也是术后并发感染的一个重要原因。

为减少术后感染的发生,围手术期内注重对高危人群的预防^[3-4]:存在全身感染状态、类风湿性关节炎、糖尿病、长期口服激素等全身因素以及局部有过创伤及手术病史,术后存在血肿;手术时间超过2h、术前往院时间长、输血量增加、术后引流不彻底等。

3.2 诊断

①实验室检查,白细胞计数与ESR是非特异指标,CRP最有价值,当CRP>20mg/L时,提示感染可能,联合ESR可提高诊断。②影像学检查:X线片上表现为假体松动、骨膜炎、局灶性骨溶解及多处骨透亮线等迹象。特别是当有迅速出现的花边状周围骨膜反应或骨溶解,而又没有明显的原因诸如严重聚乙烯磨损等可以解释时,应高度怀疑感染;CT或MRI可帮助诊断周围组织水肿或炎症侵犯范围,死腔大小,有无关节腔积液等。③术前在严格无菌条件下进行的关节腔液穿刺可以最明确地诊断感染,并可指导抗生素的应用。④核素扫描:昂贵、费时,只是在临床诊断不明确时,才考虑用这一方法。

3.3 治疗

清创保留假体用于术后早期感染或者出现感染症状时间未超过2周,并且没有假体松动的患者,术后抗生素静脉输液至少6周。但是抗生素治疗持续时间长,失败率高。本组有1例仅行清创术,术后应用抗生素6周,感染控制;一期假体再置换是彻底清创后,一期置换新的假体,无需旷置,具有术后恢复快、功能好、减少手术机会,费用低廉等特点。掺入到骨水泥中的抗菌药物必须是耐热和广谱的,当抗生素骨水泥用于再植入假体固定时,抗生素含量与骨水泥必须比例适当,以避免影响骨水泥的机械特性。我院所用的抗生素骨水泥为每40g骨水泥加入万古霉素1g。Raut等^[5]报道57例髋关节置换术后窦道形成者行一期翻修,治愈率高达86%。当有下列情况时建议慎用一期置换:①髋关节有多次手术史;②周围软组织条件差;③清创不彻底;④X线提示骨髓炎;⑤骨缺损需要植骨;

(上接106页)

少对病情的影响。转运时拉起床栏,或采用约束带交叉固定。保持推车平稳,避免剧烈震荡。转运过程中不能停止治疗及监护,液体的输入要始终关注,避免意外发生。途中使用监护仪,严密监测患者生命体征及神志情况。转运小组的成员要对患者的病情彻底掌握,最好有接诊的医生参与转运小组的组成。创伤外科患者多为骨折及脏器伤,病情危重、复杂,转运途中若患者突然出现呼吸心脏骤停,应立即就地抢救,同时呼叫附近医务人员准备药品、器械等协助抢救工作的进行,为患者的抢救赢得先机。

4.4 交接管理

患者到达目的地后,护送人员应与目的地工作人员一起将患者搬至病床,详细交接班,交接班内容包括患者转运前的初步诊断、生命体征、用药情况、各管道在位情况、输入药物情况和液体出入量、皮肤情况、已完成的检查项目等,协助病房

⑥严重感染(化脓性)、混合感染、真菌感染或是细菌培养不明确。本组患者无上述禁忌症,3例患者全部采用一期再置换,取得了满意的疗效。

二期假体再置换是目前临床报道治疗深部感染最多的方法,其有充足的时间确定细菌的种类和敏感抗生素,身体远处感染灶可以得到及时治疗,有两次或更多的清创机会,允许在假体再植入前进行治疗效果的评估。但患者面临再次麻醉、手术风险,延长住院时间,增加医疗费用,加重软组织修复难度,术后功能恢复慢等问题。

对于单纯抗生素治疗,临床成功率低^[6]。对于伴有严重骨缺损的置换术后感染的患者可采用三期假体再置换术,但目前较少采用,临床报道少。最后挽救手术有关节切除成形术;关节固定术;截肢术,但目前都很少采用。

本组患者采用清创术及一期假体再置换术,均取得了满意的疗效,术后未在出现感染。笔者认为人工髋关节置换术后感染多为低毒性感染,感染一旦明确,应尽早手术彻底清创,拖延时间只能加重骨缺损和关节周围软组织的破坏,增加手术翻修的难度。对于感染程度轻、致病菌毒力低、患者全身健康状况和局部软组织的条件良好的患者,一期翻修能够取得理想的效果,最大限度挽救患者的功能。

参考文献:

- [1]吕厚山.现代人工关节外科学[M].人民卫生出版社,2006:599
- [2]Gristina AG.Implant failure and the immuno-incompetent fibro-inflammatory zone.Clin Orthop,1994,298:106-118
- [3]郭亭,赵建宁,王与荣,等.糖尿病患者行人工全髋关节置换术的围手术期处理[J].医学研究生学报,2002,15(6):517
- [4]郭亭,赵建宁,王与荣,等.人工全髋关节置换在髋臼骨折中的应用[J].骨与关节损伤杂志,2002,17(3):200
- [5]Raut VV, Siney PD, Wroblewski BM. One-stage revision of infected total hip replacements with discharging sinuses.J Bone Joint Surg(Br),1994,76:721-724
- [6]王波,张庆,狄东华.人工髋关节置换术后感染的临床分析[J].山西医药杂志,2008,3(37):197

编辑:闫丽娜 编号:EC-12072847(修回:2012-11-10)

护士安置好病人交接完毕双方科室交接人员在交单上双签名后方可点齐本科室用物返回。

参考文献:

- [1]Day MW.Transport of the critically ill:The Northwest MedStar experience[J].Crit Care Nurs Clin North Am,2005,17(2):183-190
- [2]罗世杏,肖淑宁.院内患者转存在的安全隐患及防范措施[J].微创医学,2006,3:488
- [3]王传莉.急诊危重患者院内转运时安全隐患分析和护理对策[J].现代护理,2010,21
- [4]张凤莲.急诊危重患者院内转运的安全隐患及对策[J].Internal Medicine China Dec 2009,4(6):960-961

编辑:闫丽娜 编号:EC-12071904(修回:2012-11-12)