

救治地震后送伤员 36 例护理实践

余红梅

(南京军区南京总医院麻醉科, 江苏南京 210002)

[关键词] 汶川地震; 救治; 护理管理

中图分类号: R472.2 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)05-0457-02

根据国家卫生部转发的通知, 我院于 2008 年 5 月 23 日收治 36 名从四川灾区空运至南京的地震伤病员, 这一突发事件, 不仅是历史和社会赋予我们的责任, 同时也是赋予护理队伍发展和成长的良好契机。

1 资料与方法

1.1 一般资料 36 名伤病员多为合并伤, 其中四肢骨折 23 例, 脊柱损伤 4 例, 挤压综合征 2 例, 截肢术后残端感染 3 例, 多发性肋骨骨折 4 例; 伤病员中男 23 例, 女 13 例, 平均年龄 43.75(14~78) 岁。

1.2 护理管理及方法

1.2.1 成立应急护理小组 ①前接后送组人员随车前接; 急救设备配备齐全, 运作方案细化, 伤病员由转换车搬运进入病区, 一线引导、二线处于应急状态, 依次替换, 做好伤病员的衔接工作^[1]。②院内救治组人员组建新病区成立“伤病员救治中心”, 确定急救小组成员与沟通方式、工作程序, 明确责任、分工到人, 并拟定所需急救物品、药品清单, 救治方案、安顿家属生活及思想安抚工作计划。③后勤保障组人员迅速组织筹建新病区的所需一切物品, 配齐病区设施; 妥善安置伤病员及家属生活必备品, 并就近安排伤病员家属住宿。

1.2.2 评估急救资源 想定转入伤病员伤情行胸腔穿刺术、创口开放术、骨折固定和截肢术后清创术等急救措施进行评估^[2], 保障人力、物力进入应急运转。根据伤病员的名单和诊断分配任务, 分配床位和专职护士; 建立就诊的 ID 号, 信息资料; 根据标准预防原则进行防护。

1.2.3 接收伤病员管理 第一时间为地震伤病员会诊, 确定治疗方案, 早期进行对症处理。①协助和指导伤病员个人卫生清洁。②严格消毒管理, 统

一标准预处理, 紫外线灯照射诊室消毒并加强病区通风换气; 每日用 0.2% 过氧乙酸擦拭室内物体表面。③安全防护, 对院外感染的三名伤病员集中安排在一个区域内, 尽可能使用一次性器具, 使用后废弃; 对污染敷料分类放置专门处理、消毒; 接触患者的血液或渗出液、排泄物时带手套操作。④做好饮食与营养保障, 伤病员获救与转运时间较长, 多数呈现营养不良, 且半数以上伴有轻度贫血, 加强伤病员营养, 鼓励他们摄入高热量、高蛋白、高维生素饮食, 适当增加富含纤维素食物。⑤妥善安置、稳定情绪, 初期组织陪同家属开座谈会^[3], 后期明确陪同家属的任务, 积极协同医护人员促进伤病员康复, 加强陪同家属的安全管理以及关注他们的健康, 配合医疗和护理的工作。

1.2.4 围手术期护理 伤病员数骨外伤居多、病情重、需要二期处理, 做好围手术期护理管理工作尤为重要。

1.2.4.1 术前护理 ①对全员进行各项入院检查, 对创面细菌培养加做药敏试验, 尤其是厌氧菌试验; ②协调医技科室, 联系床边 B 超, X 线及 CT 等检查, 安排卫生员专人专送化验标本、取药等; ③人员动态调配, 及时调整人力, 增派值班护士和人员备班, 专人护送伤病员轮流外出检查, 做好衔接工作; ④重视心理护理。伤病员遭受身体和精神上的双重打击, 情绪较为低落, 护士根据各项检查结果及伤情评估, 及时发现问题反馈给医生, 及时调整治疗方案, 对具有手术指征且无明确手术禁忌的伤病员, 耐心的解释治疗方案, 解除思想顾虑, 接受急诊手术治疗, 安抚情绪, 积极配合抗炎、镇痛、补液等药物治疗; ⑤健康安全指导, 与伤病员进行有计划、有目的、不拘形式地谈话与演示操作^[4], 指导伤病员功能锻炼, 并建立功能锻炼登记表, 用于记录和检查康复训

作者简介: 余红梅(1974-), 女, 江西南昌人, 本科, 主管护师, 从事手术室护理工作。

练落实情况,并由实施护士或陪同家属签名督促;⑥加强陪同家属的安全教育,建立临时组织^[3],组织群众自己管理自己,落实请假制度和夜查房制度;关注陪同家属的身体状况,发现了一名伤病员陪同家属罹患右肺结核,及时妥善地进行处置。

1.2.4.2 术中护理 开通手术绿色通道,实施快、狠、准救治^[2]。①优先安排伤病员手术;手术室准备足量的手术衣、各种敷料包消毒备用,准备充分,多组人员多个手术间同时进行,并做好连台手术的准备;无菌物品12小时不间断供应,保证手术器械、敷料的充足供应;②联系当地的血液中心准备了足量的血源,同时紧急增调自家血液回输机,保证伤病员自己的血液的回输。

1.2.4.3 术后护理 ①舒适护理。经历过地震行截肢术的伤病员,常出现幻肢痛,多给予关心开导和劝慰;遵循无痛的理念,给予伤病员舒适护理;监护仪、呼吸机等的报警音量尽量调低,及时处理警报,使噪音小于60 dB^[5];当麻醉作用消失后,病人均会感到疼痛出现脉搏增快、血压升高及出汗,除在精神上给予安慰、鼓励,并遵医嘱予止痛剂,或给予镇痛泵止痛,加强巡视镇痛泵治疗。②保持有效功能体位。大多伤病员卧床时间长,保持有效体位对于术后伤病员顺利康复有着很重要的作用。在进行各种操作和治疗时,应将整个关节托起,不可单纯牵拉,抬动患肢。绝对卧床制动伤病员,大便时尽量使用一次性尿垫。③建立床头信息小卡片,注明病人姓名、诊断、特殊护理项目,如“颈椎骨折禁止翻身”;由于护士要实行每天倒班制,自制床头“小卡片”使护士和医生在交接班时能及时正确掌握每个病人的病情及特殊护理治疗方案,做到一目了然、心中有数;本组病例中有3位孤寡老人,没有陪同家属,其中1位椎体压缩性骨折伴心功能不全伴血糖高等,医嘱调整她早餐饮食白开水代替稀饭等,明显提高了患者的生活质量。④协调各方,团队协作,落实整体护理,多科室联合开展救治护理工作,急而有序,忙而不乱的确能确保严重创伤病人能够得到快速、准确、

有效的评估及处理。本组有2例挤压综合征伤病员,病情非常重,一名伤病员多器官功能综合征、急性肾功能衰竭,在院外行前臂切口减压术共有3个切口,已行肱二头肌病灶清除术,床边行持续性血液净化和抗感染治疗,多次请麻醉科专科护士加强镇痛泵护理、骨科护理专家指导个体化功能锻炼和请伤口护理中心的专家指导伤口的护理。

2 结果

36例伤病员得到及时有效的救治,其中有28例手术治疗,余8例接受保守治疗;3例感染获得控制,2例挤压综合征患者肢体得到保全,12例危重患者在康复当中,骨折复位满意、固定牢靠,皮肤软组织损伤或缺损得到修复,无气性坏疽发生,无一例截肢,无一例死亡。

我院接收首批后送地震伤病员救治任务,着力与伤病员伤情的特点,随机调整运行规律,关注救治重点,优化救治力量,本着全面、快速、有效的原则、有组织、有计划的实施,使急、危重患者得到迅速治疗;是各部门工作的配合默契,确保伤病员得到迅速有效的救治有力保障,为我们救治成批伤病员,完成突发事件任务积累了宝贵经验。

参考文献

- [1] 朱光明.专科医院门诊部应对突发疫情的护理管理[J].护士进修杂志,2005,20(4):326-327.
- [2] 余红梅.维和二级医院手术室危机管理的探讨[J].医学研究生学报,2006,19(6):573-574.
- [3] 余红梅,诸葛海鸿,刘云,等.地震伤员陪同家属管理与评价[J].中华现代护理杂志,2008,14(20):2184-2186.
- [4] 桑敏.健康教育在骨科患者管理中的应用及体会[J].中国民康医学,2008,20(6):593.
- [5] 魏继承.手术室及ICU环境的噪音污染[J].国外医学麻醉学与复苏分册,1996,17(5):311-312.

(收稿日期:2009-07-25)

(本文编辑:潘雪飞)