

1例多处刀刺伤患者的护理

陶芸 常瑛麟 李红霞

解放军第九七〇医院 山东烟台 264000

摘要: 总结1例伤情严重的胸腹联合伤术后继发感染患者的护理过程, 针对患者休克、肠外漏、腹部伤口严重的腐蚀、感染、营养不良、水电解质紊乱以及创伤后应激、谵妄等问题, 采用多学科协作护理, 采取持续监测、不断地纠正水、电解质紊乱、预防控制感染、以及心理治疗等。病患于入院16d之后患者病情好转, 转至康复医院继续治疗。

关键词: 胸腹联合伤; 刀刺伤; 术后; 护理

前言

胸腹联合伤(combined thoracoabdominal injury, CTI)是指胸部同时合并腹腔内部器官损伤和(或)膈肌破裂。可见于胸腹部的锐器创、强大钝性暴力损伤。现将曾收治病号1例严重胸腹联合伤患者护理过程以及体会总结如下。

一、临床资料

1. 一般资料

患者男, 41岁, 被刀刺伤胸、腹部。经查体, 脉搏133次/分, 呼吸28次/分。治疗中发现胸骨中上段右缘可见一长约5cm伤口, 伤口边缘少量出血, 在急诊下行手术治疗术后收入重症医学科。

2. 治疗及转归

经胃肠外科、心胸外科、手足外科联合行剖腹探查+远端胃切除术+结肠破裂修补术(多处)+小肠破裂修补术(多处)+肠系膜破裂修补术(多处)+肝破裂修补术+脾破裂修补术+膈肌破裂修补术+肋骨骨折固定术+腹壁切口清创术, 胸腔镜辅助下双侧开胸胸腔探查+左侧心包脂肪血肿清除术+右肺上叶破损伤楔形切除术+双侧胸腔闭式引流术+双侧胸部刀刺伤清创缝合术, 左前臂清创、肌肉修复+左中指清创、伸肌、腱修复+左拇指清创缝合术, 术后进行纠正感染性及失血性休克, 患者于3月3日停用血管活性药物, 3月5日实施皮下清创术, 3

月9日拔除气管插管, 3月14日患者病情好转, 转至康复医院继续接受治疗。

3. 护理难点分析

渗液管理困难、严重营养不良、电解质紊乱、疼痛与感染的持续: 患者腹部引流每日漏出量达2000~3000ml, 手术时肠道处于污染状态, 致使伤口长期处于粪水浸渍状态。导致术后发生粪水性皮炎, 溃烂、剧痛难忍。

心理状况: 患者在清醒时遭受意外的重创, 精神处于高度紧张状态, 后期康复状况未知伴有不同程度的焦虑、烦躁或恐惧等心理反应, 再者病人无亲人在身旁, 如果有良好的心理护理支持就会缓解其紧张情绪。有资料表明效降低患者恐惧程度及应激水平, 能更好地维持其内环境的稳定^[1]。

二、护理

1. 术前建立应急反应团队

术前应急反应团队的建设有助于医护配合快速明确诊断, 快速纠正失血性休克。有资料表明, 失血性休克是胸腹联合损伤患者休克的重要原因^[2]。

患者到院后, 经过初步诊断, 采取以下急救措施: 建立静脉通道, 首选中心静脉置管, 快速输液、输血以补充血容量, 纠正休克的状态。建立有效的呼吸通路, 配合医生尽快完成必要的辅助检查。连续监测RBC和Hb, 如有连续下降的趋势, 说明有持续出血的可能, 应做好输血准备。通知手术室做好手术准备。按照医嘱进行交叉配血、给予留置导尿等术前准备, 多人配合, 力求尽早完成。

2. 术后的观察以及护理

(1) 建立多学科协作团队

患者进入重症监护室后, 立即启动多学科联合诊治

作者简介: 陶芸(1992.09), 女, 汉, 山东省烟台市芝罘区, 护师, 本科, 单位: 解放军第九七〇医院, 研究方向: 临床护理。

通讯作者: 常瑛麟(1994.02.20-), 女, 汉族, 山东省烟台市, 护师, 本科, 解放军第九七〇医院。

模式，制定多协作方案。每日联合查房，明确各部门的工作职责，心胸外科护理人员与ICU医护人员联合做好监测。制定应急预案。

(2) 患者病情的密切监护以及持续的抗休克治疗

严密监测患者的生命体征、伤口以及各种引流管的情况，以及引流液的颜色，一旦出现血压下降、面色苍白、心率加快甚至休克等情况及时报告医师进行处置。根据患者血压尿量及末梢循环状况调整液体入量，观察明确患者心功能是否存在问题，及时与医生反馈沟通。

(3) 胸腔闭式引流的护理

胸部引流合理固定引流管，保证通畅，观察引流液的颜色性状，及时准确记录，观察有无皮下气肿等。在胸腔引流量小于100ml时及时复查胸片，遵医嘱拔除引流，避免气胸以及感染的发生。

(4) 气道管理

呼吸机辅助通气阶段，常规操作基础上增加持续监测气管导管气囊压力，智能化检测手卫生。观察痰液的颜色性状，及时检验是否存在感染。鼓励患者咳嗽咳痰，同时抬高床头30~45度，该患者右肺上叶切除术后，为改善肺部通气状况，先右侧卧位1h，再改为平卧2h，之后左侧卧位2h，交替进行。同时该患者存在腹部以及胸部损伤，影响患者咳嗽排痰，可以对患者进行辅助排痰。患者生命体征稳定后给予震动排痰，经连续胸部物理治疗后患者于3-9拔除气管插管，患者肺部功能明显改善顺利撤机，改高流量面罩吸氧2d。在拔除气管插管后对患者进行系统化肺活量训练和咳嗽的指导，指导患者进行腹式呼吸。

(5) 中心静脉置管的护理

该患者在休克初期需要大量使用血管活性药物，中心静脉置管的护理也尤为重要，主要在两个方面：一方面是管路的固定，在管路护理过程中应用导管固定装置，并且及时更换敷料，在操作转运过程中及时观察妥帖管理极为重要。另一方面也需要尽早预防、及早发现导管感染。其次监测感染指征，以及导管是否存在移位堵塞、渗液等状况，做好循证护理。

(6) 腹腔引流管的护理

该患者术后存在腹部引流管8条，腹部刀伤多且不规则等特点，采取多管路腹腔冲洗联合负压引流方式，但是仍存在渗液、管路容易堵塞、皮下感染等问题，经由胃肠外科护理会诊意见之后，及时更换术区敷料，保持伤口干燥。很大程度可以减少患者的痛苦。冲洗过程中要观察引流液的颜色以及引流液的量，同时确保

引流通畅。4h进行一次冲洗液的入量以及出量的比较，在入量大于引出夜量达到100ml时及时联系医生进行处理。管路固定方面：选择合适的二次固定方法，在引流管5~10cm位置进行3M弹力胶布的缠绕。在环绕引流管1圈之后，进行对粘，将分开的两端贴近皮肤，整个过程保证皮肤粘贴处于胶带之间，且胶带没有张力，不能拉长。在接近管口引流管位置用笔做相应的记号，为后续观察引流管是否脱出提供便利的指征。确认引流管的标识以及悬挂警示标志。在冲洗过程中及时监测引流的负压，负压过大时检查管路有无堵塞，负压小于正常值及时进行调整，保证冲洗顺利进行。有资料^[3]表明腹腔冲洗、引流能有效改善腹腔术后的一些列不适症状。

(7) 用药指导

血管活性药物的管理：不同药物的输注速度不同，并且该患者对血管活性药物比较敏感，因此采用双管路输液，在更换血管活性药物时采用交替泵的方式，责任护士根据血压目标值适当调整血管活性药物的输注速度。精确控制剂量，建立有创动脉血压监测，实时监测血压状况。患者于3-03逐渐停用去甲肾上腺素，血压可以稳定在120/70mmHg。

镇静是机械通气患者在治疗中的一种常规手段，良好的镇静不仅可以使患者处于静息状态，使其维持良好的依从性，而且能够使患者的心肺功能得以休息，但极易诱发谵妄^[4]，因此在镇静过程中镇静药物的选择极为重要。

该患者术后前期使用丙泊酚联合瑞芬太尼镇静、镇痛，如患者心率明显增加10~20次/min时，排除发热情况下，提示需要调整镇静、镇痛剂量，后期使用酒石酸布托啡诺注射液联合盐酸右美托咪定注射液联合治疗，辅助患者得到更好的休息。目前我们使用的评分标准是Richmond镇静-躁动评分(Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS)，设置目标值为-3~1分；镇痛评估表参照重症监护患者疼痛评估量表(Critical Care Pain Observation Tool, CPOT)，目标值为0分。有效避免患者因镇痛镇静不当引发心力衰竭、极度烦躁等。并且每天10:00停止镇静药物注射，当患者可以进行睁眼或者握手等动作时达到唤醒目的。资料显示规范化ESCAPE镇静唤醒策略可改善患者免疫功能^[5]。

3. 常见并发症的预警防控

(1) 感染的早期预警识别

首先最重要的是鼓励患者咳嗽排痰，预防肺部感染。拔除气管插管后进行系统化的肺活量训练和咳嗽指导，

促进肺复张。其次尽早拔除尿管，提升舒适度，预防尿路感染。最后患者腹部引流管一直存在渗液，及时更换术区敷料，极大程度保证了伤口的清洁状况并且减少感染的发生。

(2) 谵妄的预防

谵妄是重症患者常见的并发症之一，该患者在撤机后48h护士进行评估，参照“ICU谵妄诊断的意识状态评估法(The confusion assessment method for the diagnosis of delirium in the ICU, CAM-ICU)”，评估患者谵妄指数为7分，谵妄评估为阳性。分析具体原因为：1.患者在清醒时遭受突然袭击造成，创伤后应激障碍(post-traumatic stress disorder, PTSD)，在术后清醒之后仍未得到很好的改善。2.患者对环境的不熟悉，没有家人亲属的陪伴。3.环境嘈杂，患者得不到充足的休息。该患者存在病情重、病程长、恢复过程比较痛苦等情况，及时有效的心理干预可以使患者更好的配合治疗，取得更好的治疗效果。

针对上述情况，采取相应的护理措施如下：(1)将操作集中在8—20时进行，其余时间控制室内灯光，减少噪音，保证患者有良好的条件休息。(2)在防疫规定内，加强探视，鼓励家属参与心理治疗。(3)做好基础护理，及时更换潮湿的衣裤，加强床上运动，减少使用约束带，尽早拔除尿管等。(4)避免不合理用药，护士应严密观察药物是否出现不良反应。避免苯二氮卓类药物的应用如：咪达唑仑，改为用：盐酸右美托咪定，酒石酸布托啡诺注射液等^[6]在采取上述措施之后患者谵妄情绪得到很好的改善。

(3) 下肢血栓的预防

术后下肢彩超检查确定无血栓之后定时挤压小腿，按照3/日进行下肢气压理疗，撤机病情允许之后，辅助患者在床沿端坐，后期协助患者下床并在床边座椅静坐，静坐时间根据患者体力以及精神状态20~30min，每日2~3次。

小结

在患者的心理康复护理中，主要存在三个问题，首先是失血性休克，在纠正休克的同时，要根据患者病情的特殊性，和个体的差异性，制定治疗和护理措施。其次是感染，术后医师、护士要定时观察患者手术部位的切口情况，以及引流液的情况，出现分泌物要及时进行微生物培养，结合微生物报告以及患者情况，对外科手术部位感染及时监测、诊断和治疗。最后是病人的心理

问题，谵妄是一种表现为急性、波动性的认知障碍和意识障碍综合征。临床工作中，护士在发现、干预谵妄中起着至关重要的作用，鉴于谵妄的发病机制尚不清晰，且存在不稳定性，对患者本身、家庭及护士都存在不同程度的危害，因此有效的预防、尽早的干预是提高重症护理质量的有效手段。在此案例中，该谵妄患者的护理中存在的不足。一方面是护士对待谵妄的认识不足，使用可靠的谵妄监测工具的力度不够。另一方面没有专业的临床心理护理知识，无法正确的实施、开展有效的心理护理工作。研究表明^{[7][8]}随着医疗的进步心理护理在康复过程中发挥着越来越重要的作用，然而护士及医生在临床时间依从性低，大部分为参照镇静、镇痛标准管理，评估工具的使用也不规范。应做到动态观察，才能更有效的发现并纠正问题。

参考文献

- [1] 邹雪芹, 杨红梅. 舒适护理对老年患者经尿道前列腺切除术后焦虑的影响[J]. 当代护士(中旬刊), 2013(04): 114-115.
- [2] 戴助, 蒋学斌. 静脉药物配置中心在全静脉营养支持中的作用[J]. 中国医院药学杂志, 2006, 26(8): 1026-1027.
- [3] 王启锋. 加温腹腔冲洗对老年腹部手术患者全麻苏醒期躁动的影响[J]. 基层医学论坛, 2022, 26(07): 64-66. DOI: 10.19435/j.1672-1721.2022.07.022.
- [4] 刘俊波, 许鸿英, 杨利民. ICU全麻术后患者谵妄发生情况及相关因素分析[J]. 哈尔滨医药, 2022, 42(05): 37-39.]
- [5] 孙蕊, 赵慧, 刘娜. 规范化ESCAPE镇静唤醒策略对ICU机械通气患者意识状态及机体免疫功能的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2023, 29(11): 99-101.]
- [6] 张鑫浩, 张鼎, 郭坚等. 右美托咪定复合酒石酸布托啡诺用于机械通气患者镇痛效果评价[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(55): 162. DOI: 10.16281/j.cnki.jocml.2019.55.134.
- [7] 张春花, 赫承慧. 心理护理干预对高血压脑出血患者生活方式的影响[J]. 当代护士(中旬刊), 2013(01): 14-15.
- [8] 魏琛. 心理护理对提高输血治疗效果的意义研究[J]. 当代护士(下旬刊), 2020, 27(06): 133-134. DOI: 10.19793/j.cnki.1006-6411.2020.18.055.