

全国基层医学 经验文集 (外科)

QUANGUO JICENG
YIXUE
JINGYAN WENJI



杨柱星 黎之兴 主编

广西科学技术出版社

95
154-55
7
P. 6

全国基层医学经验文集

(外 科)

主 编 黎之兴 杨柱星
副主编 陈斌冠 陈长娟

Y411.261.262



3 0131 8355 7

广西科学技术出版社



C

176857

(桂)新登字06号

全国基层医学经验文集

(外科)

主 编 黎之兴 杨柱星

副主编 陈斌冠 陈长娟

*

广西科学技术出版社出版

(南宁市河堤路14号)

广西新华书店发行

广西民族印刷厂印刷

*

开本 787×1092 1/16 印张45.5 插页1 字数11 62 000

1994年8月第1版 1994年8月第1次印刷

ISBN 7-80619-080-5

R · 1

定价: 18.65元

繁荣基层医药学术活动
为人民群众健康服务。

李振潜

一九八四年四月廿二日

广西壮族自治区人民政府李振潜副主席题词

加强基层医学学术交流提高
医学技术水平，为实现“二〇〇〇
年人人享有卫生保健”的目标而
努力奋斗。

广西壮族自治区卫生厅

蓝芳馨

九〇年六月

序

医学经验出自实践，来自基层。我国的基层医务工作者肩负着“2000年人人享有卫生保健”这一战略目标的艰巨使命，他们有着坚实的实践基础和丰富宝贵的医疗经验。为了更好地总结推广这些经验，促进基层医药学术交流活动，提高基层医务人员的医疗水平和医学论文写作能力，将基层医务工作者的好经验征集整理而公开出版，给他们创造一个提高和交流的机会，是一件极有意义的事情。

《全国基层医学经验文集》共汇集了来自全国三十个省市自治区基层医务人员撰写的论文，内容包括内、外、妇、儿、护理、皮肤、传染、耳鼻喉、眼、口腔、中医、预防医学、检验和卫生管理等。论文内容翔实，实用性强，他们的经验具有在基层医院推广应用的价值。其中有一些论文数据精确，科学性强，具有较高的学术水平，这充分显示出基层医务人员在长期的医疗实践中有着科学的态度和严谨扎实的作风，受到评审专家的好评。当然，也有部分文章因基层医院的设备条件所限，未能更好地反映出应有的水平。我们希望通过这次活动，能进一步激发基层医务人员坚持严谨的科学态度和勤于思考、善于总结、勇于创新的科学精神，使基层医疗卫生工作在深化改革的形势下，更好地为经济建设服务。

广西医科大学校长马朝桂教授

一九九四年四月十二日

前 言

在医药卫生战线中,基层医务人员占绝大多数。他们长期工作在预防、医疗的第一线,直接为广大的医疗及卫生保健服务,有着极其丰富的实践经验,为了更好地总结和推广这些经验,繁荣基层医药学术活动,提高基层医务工作者的业务水平和论文写作能力,给他们提供一个切磋医技和交流经验的机会。我们应广大基层医务人员的强烈要求,中华医学会广西分会与广西医学情报研究所《医学文选》杂志编辑部合作,开展全国首届基层医学论文评选活动,并得到他们的积极响应,纷纷把他们长期实践积累的宝贵经验,甚至祖传医技秘方整理成文,贡献给社会,造福于人民。

参加这次征文活动的主要是县、乡、工矿企业及部队的医务人员。一些在高等医学院校、科研院所医护第一线工作的专家学者,亦把对基层有指导意义的论文寄来交流,在此我们表示衷心地感谢!

为了使这些论文更科学、规范,我们邀请了广西医科大学校长马朝桂教授等28位专家学者组成评委会,对论文分学科和专业进行评审,挑选出具有一定水平和有代表性的论文公出版。我们还成立了全国基层医学论文编辑组,组织了15位富有医护实践经验的编辑专家,根据评委提出的意见,对每篇论文进行格式规范化和文字修改,部分论文还退给作者补充材料和数据。应该说,这些论文应用性强,具有推广价值和一定的科学性,在一定程度上反映了我国目前基层医务人员的学术水平,充分显示出基层医务人员严谨的科学态度和扎实的工作作风,得到领导和评审专家的充分肯定。广西壮族自治区人民政府副主席李振潜及广西壮族自治区卫生厅厅长、中华医学会广西分会会长蓝芳馨欣然题词鼓励;广西医科大学校长马朝桂教授在百忙中给予指导,并亲自作序致意。我们对领导的关怀和支持表示衷心感谢!

为了使论文能科学系统地出版,便于读者阅读和交流,我们将选出来的论文按内、外、妇、儿、皮肤、五官、中医、预防、实验医技、管理、医学教育等学科分集出版。为使各集自成系统,我们在目录上按病症分类。为便于检索,各集附论文作者索引,每篇论文均收取首位作者,按姓氏笔画排列,作者据此可查找自己的论文。

然而,基层毕竟受到医疗技术、设备、信息等条件所限,致使一些论文选题欠新,材料欠全,证据欠足,格式欠规范,加之我们水平有限,未能全面、准确地反映出论文应有的水准。尽管我们为此书的出版尽了最大努力,但错漏之处在所难免,望广大作者批评指正。我们相信,通过这次全国基层医学论文评选活动,一定能激发基层医务人员勤于思考、善于总结、勇于创新的精神,使基层医疗卫生工作在改革开放的大业中,跟上时代的步伐,为中华民族的繁荣昌盛作出应有的贡献。

编 者
一九九四年四月

目 录

休 克	(1)
烧 伤	(22)
皮肤及皮下感染	(42)
特异性感染	(48)
麻 醉	(54)
显微外科	(95)
脑血管疾病	(105)
脊髓损伤	(111)
甲状腺疾病	(114)
食管疾病	(128)
气管疾病	(147)
心脏疾病	(152)
周围血管疾病	(165)
肺部疾病	(172)
急腹症	(183)
腹部疝	(197)
胃十二指肠疾病	(211)
结肠、直肠疾病	(236)
阑尾炎	(272)
肛门疾病	(300)
胃肠外营养	(315)
肝及肝管疾病	(318)
胆囊疾病	(335)
胰腺疾病	(363)
脾脏疾病	(375)
肾疾病	(384)
输尿管疾病	(391)
膀胱疾病	(394)
泌尿系结石	(399)
前列腺疾病	(404)
睾丸疾病	(419)
阴茎疾病	(421)
男性不育症及计划生育手术	(424)
脊椎疾病	(430)

骨畸形.....	(454)
骨 折.....	(467)
创 伤.....	(521)
颅脑损伤.....	(547)
胸腹外伤.....	(604)
关节疾病.....	(620)
骨肿瘤.....	(627)
骨髓炎.....	(633)
筋腱、滑囊疾病.....	(635)
肿瘤.....	(644)
手术并发症.....	(652)
外科护理.....	(661)
作者索引.....	(717)

休 克

用抢救程序治疗42例创伤性休克病人的体会

湖北钟祥市柴湖镇卫生院(431924) 贾洪汉 陈 晶 王瑞勤

创伤性休克是临床常见的急危重症。我院十年来使用“一静二快三放置，四查五给六注意”的抢救程序，在对42例创伤性休克病人的抢救过程中取得较好的效果，现报导如下。

一、临床资料

1. 一般资料：本组42例，其中男34例，女8例；年龄最小12岁，最大64岁。本组颅脑外伤4例，胸部外伤5例，闭合性腹部损伤21例，开放性腹部损伤3例，多发性骨折9例。伤后2h内入院的4例，8h内入院的27例，24h内入院的9例，24h后入院的2例。

2. 休克程度：轻度休克，收缩压 $10.64 \sim 13.3$ KPa，脉搏 $100 \sim 120$ 次/min，休克指数 $1 \sim 1.5$ ，13例；中度休克，收缩压 $8 \sim 10.64$ kPa，脉搏 $120 \sim 140$ 次/min，休克指数 $1.5 \sim 2.3$ ，23例；重度休克，收缩压小于8 kPa，脉搏大于140次/min，休克指数大于2.3，6例。

3. 治疗效果：本组死亡6例，死亡率为13.5%，抢救成功36例，抢救成功率为86.5%。

二、抢救程序

1. 一静：病人一来立即平放静卧，尽量避免不必要的搬动和检查，以免加重休克；必要时可适当的给镇静剂或止痛剂，以使安静。

2. 二快：(1)创伤性休克病人往往是多脏器损伤，失血是突出的矛盾，病情急而又十分危重，所以要尽快组织好血源和其它抢救物品，对须紧急手术的要充分估计到手术的复杂性，才能完备手术前的各项准备工作，做到有备无患。(2)尽快处理创伤和危及生命的合并症。如阻塞性呼吸困难的异物清除，保持呼吸道通畅，开放性气胸的负压恢复，张力性气胸的抽气减压，骨折的初步、固定，表面活动性出血的止血等。

3. 三放置：(1)建立快速的输液通道，必要时可建立多条静脉通道。迅速补充血容量，改善微循环是抗休克的关键。(2)放置导尿管。尿量和比重是反映肾脏毛细血管的灌注量和内脏血液灌注量及纠正休克程度、了解肾脏功能的一个重要监测指标。(3)放置中心静脉压。中心静脉压本身的变化取决于心脏的功能，有效的循环血量和血管张力三个因素，所以中心静脉压是测定血容量的简单而又准确的方法，对掌握输液的量和速度，了解心功和血管张力，预防肺水肿和急性心衰提供可靠的参考依据。

4. 四查：(1)做好有关的必要检查，尽快明确受伤的部位，性质和与休克的关系。(2)查血压脉搏，了解血管的灌注情况，掌握休克在动态中的变化。(3)查看病人的意识和表情，皮肤色泽及温度湿度的变化，了解脑血流量及体表血液灌注的情况，从而掌握休克的程度，严防DIC的发生。(4)查血常规，尿常规及有关的生化检查，从而了解失液的性质，肾脏受损的程度，对纠正酸中毒，预防高血钾及电解质的补充提供可靠的依据。

5. 五给：按顺序给下列五种液体，并根据休克的严重程度要求在1~2h内完成。(1)给平衡盐液500~1000ml。(2)给5%碳酸氢钠液200ml。(3)给低分子右旋糖酐500ml。(4)给60%葡萄糖液100ml。(5)给同型全血300ml。

6. 注意：

(1)注意扩容质的掌握，①平衡盐液相当于细胞外液，最宜机体的需要，它可以稀释血

液,降低血液的粘稠度和部分外周循环的阻力,改善微循环,改善氧的运送,防止肾功衰,达到保护脏器功能的目的;可补给钠离子,钠离子是血浆的主要阳离子,对维持血容量,保证血压的稳定起着重要的作用,所以钠被称为“增加血压”离子;可维持血液的酸碱平衡,纠正休克时出现的酸中毒;还可补给功能性细胞外液的损失,由于细胞外液是毛细血管和细胞间液运送氧气和养料的媒介,当血管内血液减少时,组织间液及时的向血管内移动,这些功能性细胞外液的损失,则非输入全血、血浆及其它代用品所能补偿,因为胶体溶液只能在血管内,所以补充平衡盐液是保证细胞功能的重要措施。尽管平衡盐液的优点很多,被视为抗休克成败与否的首选药物,但还应想到在短时间内快速大剂量使用,将会引起低蛋白血症,间质性水肿,从而造成呼吸困难和高排性心衰等并发症,所以不能以平衡盐液完全代替全血。②5%碳酸氢钠可缓冲酸性的代谢产物,阻止酸中毒造成的病情恶化,还能使细胞间液迅速进入血管,从而使血容量快速增加为推注量的4倍左右。③低分子右旋糖酐,可起到扩容的作用;还可稀释血液降低血液的粘稠度,解除红细胞和血小板的凝集及微血栓的形成,改善微循环、防止肾功衰及DIC的发生。④50%葡萄糖溶液,在休克严重时肝糖元的耗竭和糖元异生受阻,因此高糖不仅能提供能量满足大脑对葡萄糖的需要,而且还能达到高渗扩容的作用。⑤全血不但能增加损失的胶性液体,而且补给了携氧能力的细胞,对失血性休克更为重要。以上液体在扩容的作用上都各有利弊,临床可根据失液的性质来调节联合使用,取长补短提高疗效。

(2)注意输液量的掌握。创伤性休克的主要原因是失血造成的低血容量,但也受心肌的收缩和血管阻力的影响,如有心功能障碍时输入液体增多反而使心排出量降低。如何掌握输液量是抗休克的关键,我们的作法是“四看”。一看上述冲击量后血压恢复的程度和维持的时间,若神志清楚,面色红润,脉搏慢而有力,血压接近正常,说明血容量已基本恢复,可减慢输入的速度,适当控制液体的进入量,否则应加快输液的速度。二看中心静脉压,人体的静脉系统占全身总血容量的55%~60%,静脉的舒缩对循环功能的影响较动脉和微循环要大得多,当血容量锐减时静脉就主动的收缩,从而增加回心血量;心功能良好者,当血容量在较小范围内发生改变时,中心静脉压,回心血量和有效的心排出量可无大的改变,但在血容量较正常增加或减少15%~20%以上时,中心静脉压可发生显著的上升或下降,在补液的过程中若动脉压低,而中心静脉压偏高,大于15CMH₂O,就说明心功能不良,过重的负荷会引起肺水肿甚至急性心衰,这就要限止液体的进入和使用强心剂,若中心静脉低于0.58kPa,表示有效的循环血量不够,首先应考虑血容量不足,如失血性休克,应加快输液的量,否则应考虑代谢性酸中毒,体内的pH值下降,血管壁的张力减退或消失,血管床扩张,血液郁滞,有效的循环血量大为减少,这时应使用硷性药物纠正酸中毒和使用血管活性药物。三看尿量。保持每小时尿量在35~45ml,否则应说明血容量不足,应快速输液。四看年龄与体质。对于年龄大体质差,特别有心肺功能不良的要适当限止液体的进入量。

(3)注意分析扩容后的效果,及时抓住手术时机。若经大量的补液但休克仍不能纠正或血压不稳定,则要想到有活动性大出血或体液大量溢漏的情况存在,必须要手术配合方能解决,切不可片面的强调抗休克,如脾破裂出血,不摘除破裂的脾脏,休克当然不可能得到纠正,这时应当立即进行手术,不得有任何拖延。

(4)注意抗生素的使用。创伤性休克对机体的打击很大,免疫力也相应的下降,各种感染的机会和途径也都会相应而至,若不及时使用抗生素,也会造成严重的不良后果。

(5)注意观察病情的变化。创伤性休克往往是多脏器损伤,切不可发现一处损伤就盲目

乐观而忽视其它脏器的损伤,顾此失彼而造成严重的后果。如有一病人被别人用脚踢伤腹部36h后转入我院,入院时脉搏摸不到,血压为0,神志恍惚,腹部隆起,肌卫明显,腹穿抽出黄色的浑浊液体,拟诊为外伤性空腔脏器穿孔,腹膜炎并中毒性休克。经用上述药物抗休克治疗后,血压上升至8KPa,在抗休克的前提下行急诊剖腹探查术,见距曲氏韧带下10cm处,空肠完全断裂,终因中毒性休克死亡。此病人医护人员若能细心的观察,早期明确诊断,及时手术也可能不会是这样的结局。所以我们特别对闭合性腹部损伤的病人,在没有明确诊断观察期间,要做到“三勤一腹穿”,一勤问腹痛是否缓解,呕吐是否停止,大便是否通畅;二勤查血压脉搏是否正常;三勤触腹部掌握肌卫是否明显。对可疑病人要进行腹穿这是十种简单易行的可靠诊断方法。

(6) 注意合并症。创伤性休克的病人,病理生理变化相当复杂,有些病人虽经多方努力抢救成功,但由于忽视了合并症的预防和及时处理,造成不良的后果,会使功溃一旦,所以在抢救的过程中要注意“三防”,一防呼吸困难综合症的发生,特别是对胸部创伤和腹部手术的病人。很易发生肺微栓塞,再加上胸部或腹部伤口痛疼,病人因惧痛而不咳嗽,使肺部的分泌物不能及时排出,而造成呼吸困难甚至肺部感染;所以要鼓励病人进行有效的咳嗽,还可使用雾化吸入稀释痰液,以利痰液的排出,保持呼吸道通畅。二防肾功能衰竭,因为创伤性休克有效循环血量锐减,肾血流量也不可避免的随之减少而造成肾功能急性损害,临床上表现主要是少尿或无尿,必须要明确是肾前少尿还是肾实质少尿,但都要在补足血容量的前提下首先使用20%甘露醇,即能扩容升压增加肾血流量,又能利尿减轻休克所引起的尿毒症和酸中毒。对肾实质严重受损而引起少尿的可使用其它利尿剂,促使肾功能早日恢复。三防心衰,对长时间低血压,冠状循环灌注减少,心肌因缺氧而受到损害,酸中毒,电解质紊乱等都可降低心肌的收缩力;快速的大量扩容是抗休克的关键,但也会增加心脏的负担而导致心衰,要克服这一矛盾,就要及时的观察病情的变化,参考中心静脉的指数,勤查两肺底部有无啰音,心电图监护是很重要的。但为了预防心脏负担过重,加强心排出量,在快速使用大剂量液体抗休克的过程中,快速的静脉注射洋地黄类药物,我们常用西地兰0.4mg,并使用保护心肌的药物如能量合剂等。

失血性休克的抢救及护理

黑龙江省友谊县(156900) 白淑娟

失血性休克是机体遭受强烈的病理刺激,导致在较短的时间内丧失大量血液,直接造成有效循环血量锐减,使机体微循环灌注量急剧减少,组织器官缺氧,产生一系列症状。我院在临床上失血性休克以外伤性内脏出血、骨盆骨折、尿道损伤、溃疡病出血、消化道晚期癌症破溃出血、门脉高压大出血等最常见。从88年至91年近三年共抢救失血性休克112例,现将抢救及护理体会总结如下。

一、一般资料

112例中,男性74例,女性38例;最小年龄6岁,最大年龄74岁,平均40.18岁。内脏损伤53例(47.82%),骨盆骨折、尿道损伤24例(21.43%),门静脉高压呕血16例(16.07%),消化道癌破溃12例(10.71%),溃疡病出血5例(4.46%)。

二、失血性休克的抢救

休克病人的抢救必须争分夺秒,诊断治疗准确及时,对内脏损伤出血的病人,应在积极

抗休克的同时迅速进行手术治疗,去除病因的治疗才能抢救生命。而企图以纠正休克至正常而后进行手术治疗是不可取的,这样必延误手术时机。

1. 扩充血容量 对失血性休克的病人,血容量补充的越早,疗效越佳。要保证多管道的快速静脉道路,使用大针头,选择大静脉,保证供血供液及药物的输入。在重度失血性休克时,我们主张在快速输入平衡盐液的基础上输入全血或代血浆等胶体液。

2. 及时改善缺氧状态 输血除补充血容量同时可增加血的携氧能力,同时给予吸氧,以减轻组织器官的缺氧状态。保持呼吸道的畅通,防止呕血病人的血块阻塞气管引起窒息。

3. 纠正酸中毒 因为休克早期,儿茶酚胺增多,使肝糖原分解,体内血糖增高,易造成乳酸中毒,如不及时纠正,休克不易缓解。应给碱性溶液5%碳酸氢钠或11.2%乳酸钠。

4. 改善心脏功能 由于大量出血,导致心脏排血量减少,动脉压下降,脉搏快而弱,心律快,心音无力,可给西地兰纠正。

5. 去除导致休克的因素 如内脏出血、消化道出血不止者,休克症状稍有缓解应及早进行手术治疗。

三、护理体会

严密观察病情变化:外伤性内脏出血和消化道出血的早期,因失血现象不明显,往往被忽略,所以护士应密切观察,及时发现休克的早期现象,尽早治疗,控制病情进入休克期,并做好抢救休克的一切准备工作。

1. 患者平卧,保持呼吸道通畅;及时查血常规、出血凝血时间、红细胞压积、血型、配血交叉。尽快组织血源,在密切监测各项重要生理指标的同时,立即建立输血、输液通道。

2. 密切观察血压、脉压、中心静脉压和体温、脉搏、呼吸的变化,对判断休克的程度及配合休克的治疗,早期发现病情变化,及时给予适当的处理,对抢救患者的生命,有着非常重要的意义。

3. 严密观察全身状态,以及其它部位有无复合伤;休克早期机体处于代偿期,脑组织缺氧不明显,脑细胞处于兴奋状态,病人表现为烦躁不安,不合作。医护人员应耐心护理并注意安全。在休克中、晚期,机体处于失代偿期脑组织缺氧,脑细胞由兴奋转为抑制。

4. 注意观察微循环的改变:由于创伤或失血,机体受到严重的侵袭后,微循环灌注不足,病人出现面色苍白,皮肤湿冷,出冷汗,脉压差进一步缩小,是休克加重的征象。如果病人皮下粘膜有出血斑或骨折开放部位渗血不止,应向医生提示考虑有DIC的可能。并准备肝素、低分子右旋糖酐等急救药物,做好一切抢救的准备工作。

5. 积极排除一切导致休克的因素,包括急诊手术止血、包扎固定、镇痛或保暖。如内臓损伤者腹痛加剧,叩诊有浊音,腹穿有血性液体抽出时应立即报告医生,做好一切术前的准备工作。

消化道出血应注意观察有无呕血、便血等情况,如呕血前出现柏油样便,腹痛加重,呕血后腹痛减轻或消失。血色暗红或呈咖啡色液状而血块较多者系溃疡病出血。应给予胃管留置。观察胃液颜色、量,可给冰盐水100~200ml,加去甲肾上腺素8~16mg胃管注入。在用药中禁食,以免加重出血,如有心慌、气短、脉搏加快、血压下降,系有出血征象,应做术前准备,进行手术治疗。

大量呕血并有凝血块,咖啡液少者系食管胃底静脉曲张破裂出血,应立即止血,采用两囊三腔管压迫止血,胃囊注入气体量150~200ml食管气囊注入气量100~150ml,气囊充气后均匀膨胀,无漏气,大小弹性良好,对胃底部静脉曲张出血者可用滑车加重量1000~

3000克牵引止血,气囊压迫止血一般1.2小时放气一次,以便改善压迫局部粘膜的血液循环,以免发生局部组织粘膜的坏死。在气囊放气前应先服液状石蜡油20~30ml以润滑食管粘膜,以防气囊壁与粘膜粘住。放气时应先放食管囊后放胃囊,间歇30分钟后行充气压迫,如果两囊三腔管压迫止血72小时后仍有出血或呕血者可考虑手术治疗。

消化道肿瘤破溃出血,如胃癌呕血,病员呈恶病质,体质消瘦面色灰暗,先呕陈旧性血液后为鲜血,血腥臭味大,大便为陈旧性血且臭味大。由于胃癌出血不易控制,应做好术前准备,立即进行手术治疗。

6. 留置尿管,观察肾脏功能:肾脏功能是清除体内的多种代谢终产物,参与调节体内水电解质与酸碱平衡,维持机体内环境的相对稳定。因此,肾血流量是全身器官供血最多的。正常安静时肾血流量相当于心输出量的20%~25%,其中94%的血液流经肾皮质。休克时肾血流量减少及肾内血流异常分布十分明显。观察尿量、尿色、比重,当尿量少于20ml/小时,提示肾血流灌注不足需加速补液,为休克的治疗提供依据。

7. 在观察治疗抢救的同时应及时处理及防止并发症,做好口腔护理,防止口腔及肺部的细菌感染,做好皮肤护理,按时给病员翻身、按摩受压部位,防止褥疮的发生。

68例休克病人的术中观察与护理

江苏省盐城市第三人民医院(224001) 洪素凤

我院手术室自1989年8月至1992年3月,对68例休克病人进行了手术抢救,现将术中病情观察与护理的体会介绍如下。

一、临床资料

1. 临床分类:68例休克病人,男性41例,女性27例。创伤并发失血性休克43例,感染性休克11例,宫外孕,前置胎盘失血性休克14例。

2. 手术治疗效果:68例休克病人术中最长时间7小时以上5例;5~6小时23例;3~4小时40例。术中呼吸心跳骤停者15例;手术抢救成功62例;严重创伤、感染、出血3000ml以上死亡者6例,占8.82%。

二、对休克病人的术中观察

1. 脉搏、血压的观察:密切观察脉搏、血压的变化,是早期认识休克及监护病情进展的重要措施。脉搏变化可体现机体循环机能变化,且便于观察。脉搏加快是机体的一种代偿反应,在休克早期血压下降前,常出现细而速的脉搏,在休克晚期因心搏无力,故脉细而慢。此外,还需观察脉搏是否有力,如血压偏低,但脉搏清晰可触及,说明循环灌注尚可。血压下降的程度标志休克的深度,若脉压差缩小,即使血压正常或偏高,也提示休克存在;若病人出现脉搏细速、血压下降、脉压差进一步缩小,则表明病情严重。

2. 神志、皮肤、尿量的观察:早期休克病人中枢神经系统兴奋性升高,病人表现烦躁不合作。继而由于大量血液停滞毛细血管内,回心血量减少而引起心功能障碍,表现为神情淡漠、反应迟钝、口唇、肢端紫绀、皮肤苍白多为病情严重。详细观察尿量,可直接反应组织灌注情况,能早期发现低血容量性休克的先兆症状,便于及时处理和迅速补充血容量。

3. 呼吸、体温的观察:呼吸困难是病人体克症状之一,可引起缺氧、循环障碍而导致呼吸骤停。病人休克时体温多偏低,表现四肢湿冷,出冷汗。而感染性休克呈高热,如体温突然升高至40℃以上,或骤降至常温以下,均为严重征兆。

三、对休克病人的术中护理

1. 保持静脉输液输血的通畅：迅速建立两条或两条以上的静脉通路，确保有效地补充循环血量。一条供扩容性治疗用，快速滴入平衡液、生理盐水，必要时加压。穿刺部位皮肤用热水袋热敷，解除静脉痉挛，使输液输液顺利进行。另一条为维持稳定血压，输入血管活性药物，以防止休克进一步进展。一般当病人用升压药时，应5分钟测血压一次，使血压维持在13~15/8~9kPa(高血压患者维持在低于原水平4kPa上下)，测量时定位定表。

2. 注意肾功能情况：在严格无菌操作下留置导尿管，准确记录尿量，保证尿量每小时不少于30ml，如尿量不足30ml，加快输液速度，尿量过多则可减慢输液速度。

3. 维持病人的正常体温：寒冷可加重休克，因此，对病人采取保暖措施，但不可在病人体表加温(如热水袋)，否则加温使皮肤血管扩张，破坏机体调节作用，对纠正休克反而不利。一般采用室内加温(如空调调节及暖气调节)，使整个室温提高，感染性休克病人持续高温，则采取降温。

4. 充分供氧，保持呼吸道通畅，保证患者重要脏器的供氧：当患者进入手术间时，首先给予鼻导管或麻醉机加压给氧，并保持呼吸道通畅(头向后仰，托起下颌，气管内插管)，必要时气管切开。

5. 及时纠正水、电解质失衡：病情严重的患者，常伴有不同程度的酸中毒，电解质失调，应根据病情，及时给予纠正。可采取硷性药物或静脉输入肾上腺皮质激素，同时应用抗菌素以防感染及保护肾功能等措施。

6. 感染性休克病人迅速去除致病组织，静滴抗生素外，用庆大霉素，新洁尔灭生理盐水或灭滴灵液冲洗腹腔，减少毒素吸收。

7. 术中供给各种引流管，备好收血器及充足的冲洗液。冲洗液一般以37℃为宜，过冷刺激机体，则加速血压下降。而出血部位用70℃左右热水纱布压迫或局部使用凝血酶粉剂以压迫止血。

8. 手术结束护送回病房时注意点 (1)使病人安静平卧，上下车动作要轻。(2)保持好静脉通路。(3)回病房后，将术中抢救经过及用药情况向病房护理人员作详细交班，防止发生差错。(4)让病房护理人员复查血压、脉搏，了解手术情况，继续观察护理。

四、体会

休克病人的手术抢救危险性大，对手术与护理难度要求均很高。临床多见创伤、失血、严重感染等，病情危重者常在短时间内出现呼吸、心跳停止导致死亡。在抢救过程中不仅要采取熟练的抢救措施，同时必须配合细致的护理工作。因此，手术护士必须平时训练有素，良好的业务素质，机敏敏捷协调一致的规范动作，密切观察病情变化，随时争取抢救主动权，是挽救休克病人生命赢得时间的重要一环。

急性失血性休克的抢救与护理

湖南省郴州地区人民医院急诊科(423000) 侯连英

失血性休克在外科很常见。我科于1989年至1992年成功地抢救了因外伤引起的急性失血性休克32例。其中男27例，女5例；年龄最大的59岁，最小的6岁。下肢血管损伤9例；上肢血管损伤5例；骨盆骨折并腹膜后血肿7例；头皮裂伤4例；股动脉损伤1例；右颈总动脉损伤1例；颈静脉损伤1例；其他损伤4例。入院后3小时内纠正休克24例，6小时内纠

正休克8例,无一例出现并发症。现就本组病人的抢救与护理体会介绍如下。

一、典型病例

患者,女,35岁,因刀片割伤双肘部及右腕部1小时入院。入院时神志朦胧,面色苍白,四肢冰冷,BP%kPa、脉搏摸不清,心率150次/分,R28次/分,T35.7℃,双肘及右腕部伤口流血不止。医务人员立即让其平卧,按3升/分氧流量给氧,用棉垫加压包扎伤口止血,并迅速在右腹股沟下方行大隐静脉切开,用一次性塑料输液管直接插入大隐静脉内快速输液、输血。1小时内输入5%葡萄糖盐水1000ml,4%苏打300ml,同型血600ml,低分子右旋糖酐500ml,林格氏液1000ml。1小时后病人BP回升15/10kPa(测动脉压),P120次/分,神志清楚,并开始有小便。此时,即减慢输液速度,以100gtt/分速度继续输入同型血300ml,低分子右旋糖酐500ml,4%苏打300ml。入院后2个半小时BP升至17/10kPa(测动脉压),脉搏减慢至90次/分,尿量迅速增加,达730ml。估计休克基本纠正,减慢输液速度至60gtt/分。做好术前准备,于7pm入手术室在臂丛麻醉下行血管探查吻合及清创缝合术。术后生命体征平稳,住院11天痊愈出院。

二、抢救与护理

由于快速失血达到全身总血量的20%(800ml)时即会发生休克,因此大量失血时有效循环血量骤减,微循环灌注不足,组织细胞缺血缺氧,重要器官如肝、肾、脑损害而危及生命。在抢救过程中,我们争分夺秒,忙而不乱,各项抢救措施同时进行,在短时间内纠正了休克,避免了各项并发症的发生。

1. 立即去枕平卧,以改善脑灌注。

2. 迅速扩充血容量。我们常取大静脉如上肢的正中静脉,下脉的大隐静脉,用大针头(12号针头)穿刺双管快速输液输血。严重失血者,我们则取大隐静脉切开,直接于大隐静脉内插入一次性塑料输液管快速输液输血。由于一次性输液管口径大,不必加压即可在短时间内输入大量的液体及血液,为抢救伤者赢得了宝贵的时间。此时应注意,必须有护士守护,及时更换液体,严防空气进入体内。同时应监测中心静脉压(正常0.6~1.2kPa),当中心静脉压>1.2kPa时应减慢输液速度。不能测中心静脉压者应严密观察BP、P、R、尿量变化,如BP升高>12/8kPa,P减慢至100次/分以下,尿量增加≥30ml/h时减慢输液速度。如突然出现呼吸困难,口吐白沫,P增快,BP下降,应考虑急性左心衰竭,立即停止输液,并紧急处理。

3. 止血。据我们观察,表浅的小静脉、小动脉出血,广泛皮肤撕脱伤,用棉垫加压包扎,止血效果好。大的动、静脉出血则按解剖部位用止血带止血,但应尽量缩短上止血带的时间,并注意避免损伤神经,记录用止血带的时间,同时做好术前准备,及早手术止血。对难以控制的内脏出血应边快速输液输血边手术止血。

4. 骨折患者采用夹板做简单的固定和制动,以免搬动时引起疼痛及继发性损伤血管、神经和软组织。

5. 及时改善缺氧状态。我们通常以40%氧浓度,氧流量2~4升/分给氧。如有呼吸障碍者应使用呼吸机达到加压给氧和辅助呼吸的作用。

6. 导尿。准确记录每小时尿量。如每小时尿量<30ml,说明休克未纠正,需要继续输液。如每小时尿量>30ml时休克基本纠正。如血容量已补足,尿量不增加,应考虑急性肾功能衰竭因素。

三、一般护理

1. 密切观察病情,注意神志、瞳孔、尿量变化,测T、P、R、BP,每15~30分钟一

次,并详细记录各项抢救措施。

2. 烦躁不安者应加床栏,以防坠床,同时防止抓扯各种治疗管。

3. 注意保暖,特别是在冬天,要加盖棉被或毛毯保暖,但禁用热水袋。因为低温影响血流速度,增加血液粘稠度,对微循环不利。热水袋使皮肤血管扩张,破坏机体调节,减少器官血液供应,对纠正休克不利。

4. 注意患者微循环变化。如有面色苍白,大汗淋漓,为休克加重的表现。若发现患者皮下粘膜有出血或开放性骨折部位渗血不止,应向医生提示考虑有DIC的可能。

5. 其它护理。注射破伤风抗毒素1500u预防破伤风。预防褥疮,做好生活护理及心理护理。

四、体会

通过32例失血性休克的抢救,本人认为抢救失血性休克的关键是迅速扩容,即迅速建立静脉通路,大量快速有效的输液输血。彻底止血是治疗休克的保证,应尽一切办法止血。休克状态下手术会增加危险,但不止血休克不能纠正。因而需在快速输液、输血补充血容量的同时,迅速做好术前准备,及早手术止血。特别是难以控制的内脏破裂出血,应边补充血容量边手术止血。绝不能因血压过低犹豫不决,以致失去抢救时间。

创伤性休克的急诊室救护

江苏东海县人民医院(222300) 张建丰 刘延文

我们先后抢救了50例创伤性休克的患者,其中男35例,女15例,年龄在15~65岁之间,以青壮年多见,其中胸腹伤20例,四肢外伤15例,颅脑伤15例,1例于入院后11分钟内抢救无效死亡,其他病人经急救处理使休克症状减轻并先后转送病房医治,无1例死亡。现将救护体会介绍如下。

一、一般紧急处理

1. 立即将病人安置在抢救室,取平卧位头偏一侧,抬高头部15度,抬高下肢20度,以增加回心血量,有利于呼吸循环功能的恢复。

2. 保持呼吸道通畅,并合理给氧:创伤性休克均有不同程度的缺血和缺氧,吸氧后可改善缺氧状态,纠正缺氧对机体的危害,同时在吸氧过程中应加强呼吸道管理,及时清除口腔和咽喉部的分泌物、呕吐物,以防吸入气管引起窒息。严重缺氧呼吸困难的病人,可给予呼吸兴奋剂。昏迷病人舌后坠,可用舌钳将舌夹出。喉头水肿影响呼吸者,可行气管切开。呼吸抑制者应立即行气管插管。采用机械辅助呼吸。

3. 迅速建立静脉通道,补充血容量:休克后机体代偿能力下降,创伤部位都有细胞内液积聚、血浆外渗,有效循环血量减少。因此,快速有效地恢复循环是保证组织供氧、防止低血压所致的脑缺氧,心跳骤停和肾功能损害的前提。为使补充的液体能及时进入伤员体内,静脉穿刺应选用较粗针头,并果断地开放两条静脉通道,需要时可行中心静脉插管或切开静脉插管。在紧急情况下,可加压输入,同时在输液过程中应注意当血压升高达7.5kPa时,可适当减慢滴速,避免发生心衰及肺水肿等并发症。

4. 纠正酸中毒:由于组织缺氧,体内乳酸、丙酮酸等蓄积,休克伴有不同程度的酸中毒,如果不予纠正,虽然补液和应用血管药物,休克仍不易缓解,所以应给予硷性溶液,如5%碳酸氢钠或11.2%乳酸钠溶液等。