

创伤患者现场急救与转运护理规范

◎河北省沧州市中心医院 单四新

创伤，是意外与暴力强加于人体的沉重打击。交通事故、高处坠落、锐器切割、运动伤害……每个突发状况都可能在瞬间威胁生命。面对倒地的伤员，身边人的每一个动作都可能决定生死。现场急救的核心原则只有六个字：先救命，后治伤。掌握规范的急救与转运流程，就是为生命争取最宝贵的黄金时间。

现场第一步：快速评估情况

在实施任何急救措施之前，施救者必须首先确认现场环境是否安全。火灾、漏电、有毒气体泄漏或二次坍塌等事故现场，不仅会威胁伤员的安危，也可能会给施救者带来危险，因此环境安全是顺利开展救援的前提。确保现场环境安全后，立即对伤员展开初步评估：轻拍双肩并大声呼唤，判断其意识是否清醒；观察胸部是否有起伏，确认是否存在呼吸；触摸颈动脉，感知脉搏跳

动。若伤员无意识、无呼吸、无脉搏，必须立刻进行心肺复苏，绝不能因等待转运而延误抢救。急救的黄金时间转瞬即逝，果断、规范的现场处置，往往能为伤员赢得宝贵的生机。

止血与包扎：守住生命底线

大出血是创伤早期致死的首要元凶，控制出血是现场急救的重中之重。直接压迫是首选方法，施救者用干净的纱布或衣物紧贴伤口并持续按压，按压时间为5~10分钟，其间不得频繁查看伤口。若血液渗透敷料，不应将其移除，应直接在上方叠加新敷料继续加压，以免破坏已形成的凝血状态。四肢大出血且压迫无效时，可考虑使用止血带，缚扎于伤口的近心端，务必记录使用时间，上肢每20~30分钟、下肢每30~60分钟放松一次，每次放松2~3分钟，防止肢体缺血性坏死。包扎时选用无菌敷料覆盖创面，

绷带从远心端向近心端缠绕，施以适度压力，既要止血，又不能阻断远端血液循环，包扎后密切观察手指或脚趾的颜色、温度，以及时发现血运障碍并做相应调整。

通气与心肺复苏：打开生命之门

呼吸道通畅是一切救治行为的前提。急救时，应先清理伤者口腔内的血液、呕吐物、义齿等异物，以防阻塞气道，引发窒息；对于昏迷伤员，采用仰头抬颏法开放气道，操作时必须保护颈椎，避免过度伸展。若伤员无呼吸、无脉搏，立即开始心肺复苏：按压部位为两乳头连线中点，成人按压深度5~6厘米，频率为每分钟100~120，每30次按压配合2次人工呼吸。有条件时使用AED，严格按照语音提示进行操作，电击后立即继续按压，直至专业急救人员到达或伤员恢复自主循环。

固定与搬运：稳定就是力量

骨折和脊柱损伤若急救处理不当，可能会造成永久性瘫痪。当发现肢体出现畸形或异常活动时，应立即用夹板固定骨折处上下两个关节，将其保持在功能位，并

在夹板与皮肤之间垫以软布保护。开放性骨折须先覆盖无菌敷料再进行固定，骨折断端严禁回纳。脊柱损伤最为凶险，搬运时必须保持头、颈、躯干在同一轴线上，可使用颈托或沙袋固定头部，采用滚动法平移至硬质担架，严禁弯曲或扭转脊柱。无脊柱损伤者可取背负法或椅托法转移。转运途中，担架头部应置于后方、下肢位于前方，便于随时观察面色与呼吸；颅脑伤者取侧卧位以防误吸，休克者则取仰卧中凹位，增加回心血量。

转运与交接：接力守护生命

完成初步急救后，必须在最短时间内将伤员送往医院。转运途中持续监测意识、呼吸、脉搏、血压，保持各管路通畅，做好保暖，防止失温。向接诊医生详细交代受伤机制、已采取的急救措施、止血带使用时间等关键信息，为后续救治赢得先机。

创伤急救不是专业医护人员的专利，每一个普通人都应学习这些技能。家中常备急救包，定期参加急救培训。关键时刻，你的双手就是最有力的救命工具。☺

胸外科术后日常护理要点

◎河北省黄骅市人民医院 郭淑娴

胸外科手术涉及肺部、食管、纵隔、胸壁等核心重要脏器，无论是传统开胸手术还是微创胸腔镜手术，都会对胸腔结构、胸壁组织和心肺功能造成一定创伤。很多患者和家属都有疑问：手术顺利结束，后续居家和住院期间应该怎么护理？多数患者术后因伤口疼不敢动、害怕咳嗽导致刀口裂开，日常起居处处小心翼翼，若护理不当、防控不到位，容易诱发肺部感染、肺不张、伤口感染等并发症。下面为您讲清胸外科患者术后的日常护理要点，助力患者平稳度过术后关键期，加快心肺功能恢复。

伤口护理：管住双手，避免感染

胸部手术切口位于胸壁，日常翻身、抬手、咳嗽都会牵拉伤口，所以伤口护理是第一重点。术后住院期间，护士会为患者定时换药，家属无须自行拆开敷料查看伤口，保持伤口敷料干燥整洁即可。

居家休养时，患者严禁抓挠、摩擦

伤口，洗澡优先选择擦浴，拆线一周内禁止盆浴、淋浴，避免污水渗入导致伤口红肿、发炎。若发现伤口渗血渗液、红肿发热、持续刺痛不消，不要拖延，需立即复诊。穿着上应优先选择宽松的纯棉上衣，不要穿紧身衣物或佩戴紧身首饰，避免压迫胸廓，减少伤口牵拉痛感。

呼吸道护理：别怕咳嗽，有效咳痰

绝大多数患者都会因为伤口剧痛，刻意忍住不咳嗽，这是术后最大护理误区。胸外科术后肺分泌物堆积，痰液排不出去，极易引发肺不张、肺部感染，反而加重病情。

掌握正确的咳痰方法，咳嗽时用双手或枕头轻轻护住两侧伤口，缓冲胸腔压力，减小牵拉疼痛。日常坚持做腹式呼吸、吹气球训练，每天3~4组，帮助塌陷的肺部快速复张。保持病房和居家环境良好通风，避免油烟、粉尘、冷空气等刺激气道，减少气道敏感引发的干咳。

体位护理：不要久躺，讲究姿势

很多患者认为术后卧床最安全，但其实长期平躺不动，反而容易导致血流速变慢、痰液淤积。术后6小时麻醉清醒后，即可采取半卧位，将床头抬高30°~45°。半卧位既能有效减轻胸部伤口张力，缓解疼痛，又有利于胸腔积液、积气引流，同时方便呼吸和咳痰。不要长期保持同一个姿势，定时翻身，避免单侧身体长期受压，有引流管的患者，翻身时切记保护引流管，防止扭曲、受压、脱落。

活动护理：循序渐进，拒绝躺平

术后康复遵循“早下床、慢活动”原则，切忌全程卧床躺平。术后第一天即可在床上活动四肢，第二天可以在家属的搀扶下在床边坐立或是缓慢站立，第三天可以尝试在室内慢走。

早期进行温和的活动可以促进肠胃蠕动、预防下肢静脉血栓形成，加快整体恢复进程。但切记不可过早提拿重物或进行大幅度的扩胸运动和弯腰，出院1~2个月内避免进行重体力劳动，防止胸腔内创面开裂出血。

引流管护理：管好管道，守住安全

带胸腔闭式引流管出院或住院期

间，牢记三不原则：不牵拉、不抬高、不松动。行走活动时，引流袋必须始终低于胸腔切口位置，防止液体倒流引发胸腔感染。日常观察引流液的颜色、数量和气泡情况，一旦出现引流液突然增多、颜色鲜红或持续大量气泡溢出，立刻告知医护人员。

心理护理：放平心态，拒绝焦虑

胸外科术后恢复周期较长，伤口的慢性疼痛和胸闷、乏力等不适，容易让患者产生焦虑、烦躁等负面情绪。长期处于不良情绪中会直接影响食欲和睡眠，降低康复速度。家属应给予充分的陪伴与心理安抚，帮助患者平稳度过适应期；患者也无须过度紧张，术后轻微的胸闷、隐痛都是正常反应。保证充足的睡眠，避免熬夜及情绪剧烈波动，培养平稳、乐观的心态，也是促进术后恢复的重要举措。身心同治，方能事半功倍。

胸外科术后护理可概括为六句口诀：护伤口、勤咳痰、半卧位、早活动、护管道、稳心态。手术的成功只是康复的第一步，科学、细致的日常护理才能有效规避并发症、缩短恢复周期。循序渐进、耐心调养，方能平稳度过恢复期，顺利回归正常生活。☺

进ICU监护，身上各种管路分别管什么

◎三六三医院 樊一春

患者转入ICU治疗后，身体会连接多条管路和监护设备，密集的管路容易让家属产生紧张、焦虑情绪，误以为患者的病情危重、无法逆转。ICU的各类管路并不是病情危重的标志，而是精准监护、替代受损身体机能、维持生命稳定的医疗手段。不同管路分工明确，分别承担监测生命体征、给药补液、呼吸支持、引流废液等作用。了解这些管路的基本作用，就能缓解不必要的恐慌，也能更好地配合医护开展治疗。

监护类管路

监护类管路是ICU最基础的辅助设备，主要用于实时捕捉身体的各项生命数据，帮助医护人员动态掌握身体变化，及时调整治疗方案，是重症治疗的核心依据。这类设备包含心电监护电极片、血氧探头、血压监测袖带等，24小时不间断监测心率、呼吸频率、血氧饱和度、血压等

关键指标，精准捕捉身体细微波动。一旦指标出现异常，可第一时间预警，规避突发风险，为精准治疗提供数据支撑，全程仅做监测记录，不参与药物输入与身体机能替代。

输液给药类管路

普通静脉输液管是临床最常见的管路，通过手背、手臂浅表静脉穿刺置入，主要用于输入常规补液、抗感染药物、营养制剂，补充身体所需的水分和电解质，改善体内酸碱失衡，输送日常治疗药物。该管路适配病情相对稳定、无须高强度药物输注的患者，输液速度均匀可控，创伤小、风险低，病情好转后可随时拔除，是轻症重症通用的基础治疗管路，主要满足常规药物治疗和身体补液需求。

中心静脉导管属于深部输液管路，多置入颈内静脉、锁骨下静脉或大腿根

部静脉，管路直通身体大血管。区别于普通输液管，可输送高浓度营养液、血管活性药物和刺激性较强的治疗药物，不会损伤浅表血管，同时能够快速大量补液，精准监测中心静脉压力，判断身体容量状态，适合重症休克、多脏器损伤、长期无法进食的患者。中心静脉导管可稳定维持循环状态，为重症治疗提供长效、安全的给药通道。

生命支持与引流类管路

呼吸支持管路包含无创呼吸机管路和气管插管管路，主要为呼吸功能受损、自主通气不足的患者提供氧气支持。无创管路无须插管，通过面罩贴合面部辅助通气，适合呼吸偏弱、血氧偏低，但可自主呼吸的患者，帮助提升血氧浓度、减轻呼吸疲劳。气管插管管路属于有创呼吸支持，直接连接气道与呼吸机，完全替代自主呼吸功能，针对呼吸衰竭、昏迷、术后未苏醒的重症患者，能够保障肺部有效通气，维持全身氧气供应，为脏器修复争取治疗时间。

身体引流管路涵盖尿管、胸腔引流管、腹腔引流管等，核心作用是及时排出体内多余废液、积液、积血和尿液，避免液体淤积压迫脏器、诱发感染。尿管负责引流膀胱尿液，精准记录24小时尿量，

判断肾脏循环和身体灌注状态；胸腔、腹腔引流管可排出胸腹腔积液、积血、脓液等，缓解脏器压迫，预防感染扩散，促进创面愈合。所有引流管均为针对性对症管路，能够快速清除体内有害物质，维持体腔环境稳定，助力身体机能恢复。

管路拔除与恢复规律

ICU各类管路的拔除有着明确的先后顺序，完全贴合患者病情恢复节奏，这也是判断病情好转的直观标准。身体恢复初期，待生命体征稳定后，会优先拔除多余的监护设备、普通引流管和刺激性输液管路，减少身体管路负担；呼吸功能恢复、自主通气稳定后，逐步脱离呼吸机管路；循环、饮食、排尿完全正常后，拔除中心静脉导管、尿管等长效管路。管路数量逐步减少，代表身体机能持续恢复，脏器功能逐步自主运转，直至脱离所有辅助设备，转至普通病房。

ICU上的各类管路各司其职，分别承担监测、给药、供氧、引流的作用，是重症患者稳定病情、修复身体机能的重要保障。管路数量多少不直接等同于病情危重，关键看设备的使用目的和身体恢复状态。跟随治疗节奏逐步减少管路，配合医护治疗，就能稳步脱离重症监护，实现病情好转康复。☺