

多学科协作团队的急救护理路径在创伤性休克患者中的应用效果

黄文文

山东健康集团莱芜中心医院, 山东 济南 271100

【摘要】 目的 探究多学科协作团队(MDT)的急救护理路径在创伤性休克患者中的应用效果。方法 筛选创伤性休克患者48例,时间范围2018年1月至2020年12月,随机将其分为对照组(常规急救护理措施)和观察组(基于MDT的急救护理路径),各24例,判定两组急救护理效果差异。结果 相较于对照组,观察组抢救介入时间、辅助检查时间、会诊时间、术前准备时间及急诊停留时间明显更短,观察组各维度急诊护理质量评分明显更高,且观察组并发症发生率更低,急诊护理满意度更高,差异有统计学意义($P<0.05$);在急诊抢救成功率方面,观察组略高于对照组,但差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 予以创伤性休克患者基于MDT的急诊护理路径干预效果显著。

【关键词】 创伤性休克;急救护理路径;多学科协作团队;抢救效果

作为急性全身性危重症,创伤性休克由暴力打击、机械损伤、交通事故等因素所致,在此情况下,患者失血严重,组织灌注不足,有效循环血量减少,会出现呼吸加快、四肢冰冷、皮肤苍白、尿量减少等症状,进入失代偿期后,还会出现脉搏微弱、意识模糊、血压降低等表现,极易导致机体器官衰竭^[1]。目前,临床将控制出血、输液输血、维持气道通畅、维持生命体征作为此类患者急救重点。由于患者病情复杂、紧急,因此往往需要多学科参与,通过会诊的方式进行共同治疗,以此保证抢救效果。多学科协作团队(multidisciplinary collaborative team, MDT)护理具有专业性、系统性、全面性特点,属于新型护理理念,主张相关科室共同协作,加快抢救效率,规范抢救流程^[2]。基于MDT理念,制定急救护理路径,可为患者提供高质量救治护理服务,以此提高护理质量,提升患者临床预后。现对其实际应用做出分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 筛选创伤性休克患者48例(2018年1月至2020年12月),随机将其分为对照组和观察组,各24例,两组一般资料差异较小($P>0.05$),见表1。

纳入标准:(1)有明确外伤史,符合创伤性休克诊断标准;(2)年龄18~70岁;(3)伤后6h内就诊;(4)详细了解本研究内容,已签署知情同意书。**排除标准:**(1)合并全身感染性疾病;(2)伴随大出血;(3)心、肺、肝、肾功能不全;(4)存在认知障碍,无法正常沟通交流;(5)罹患恶性肿瘤;

(6)来院已死亡或入院1h内死亡。本研究经山东健康集团莱芜中心医院医学伦理委员会准许。

表1 两组一般资料对比(n=24)

项目	观察组	对照组
男女比例(例)	14/10	13/11
年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	49.32±4.11	49.80±4.25
体质量指数($\bar{x}\pm s$,kg/m ²)	24.18±1.90	24.26±1.93
休克严重程度(例)		
轻度休克	10	9
中度休克	10	12
重度休克	4	3
创伤原因(例)		
交通事故	10	11
机械损伤	9	7
高处坠落	5	6

1.2 方法 对照组在急诊科接诊后,立即予以患者止血处理、伤口包扎、心肺复苏、吸氧、监测生命体征、建立静脉通路等护理措施,维持患者体征稳定,遵医嘱应用止血剂、血管活性药等药物,予以患者静脉扩容,做好输血准备,根据患者实际情况,电话通知相应科室,共同进行会诊,做好手术准备。

观察组护理如下。(1)建立MDT小组:由急诊护士长组织,成员包括急诊科护士3名、急诊科医师2名以及检验科、监护室、影像科、外科医师各1名,以创伤性休克抢救及护理为专题,对其进行标准化培训,考核合格后上岗。(2)急救护理路径:①患者入院后,护理人员予以患者初步评估,通知当值医生,开放绿色通道,启动MDT护理程序,同时进行病情评估、紧急处理、心肺复苏等措

施,通知组内成员到位,评估患者具体伤情,包括气道、出血情况、神经系统、呼吸系统、意识状态等,电话通知手术室,做好手术准备;②进入抢救室后,清理患者口鼻、呼吸道分泌物,按照患者实际情况,实施心肺复苏、气管插管、包扎止血、固定骨折等急救措施,建立2~3条静脉通道,快速输液、补充血容量,进行交叉配血试验,及时输血;③急诊科医师开具各项影像学、实验室检查单,护理人员尽快进行审核、处理,配合完成检查;④各项检查完成后,MDT小组召开会议,共同确定诊疗方案,与患者、家属沟通,获取其知情同意,及时转送患者到手术室;⑤在急诊抢救流程中,注意患者情绪变化,予以患者安慰和疏导,尽可能获得患者配合,同时,对家属进行安抚,避免其过度紧张。

1.3 观察指标 观察指标如下。

(1)记录急诊抢救时效,包括抢救介入时间、会诊时间、辅助检查时间、术前准备时间、急诊停留时间,进行组间对比;

(2)记录并发症发生情况,包括急性呼吸窘迫、代谢性酸中毒、多器官功能衰竭、应激性溃疡出血,计算总发生率,进行组间对比;评价急诊抢救效果,

经抢救后,患者休克症状消失或减轻,器官功能改善,机体循环血量恢复,生命体征趋于稳定,可判定为抢救成功,计算抢救成功率,进行组间对比;

(3)评价急诊护理质量,参照标准为自制量表,涉及分诊质量、急救设备及药品准备、技术水平、重点环节交接、多学科合作5个维度,各维度分值0~100分,得分与急诊护理质量成正比;

(4)调查急诊护理满意度,工具选用自制问卷,涉及救治效率、急救环境、家属沟通、应急处理、心理支持等条目,分值0~100分,于患者病情稳定后发放,分为非常满意(>90分)、基本满意(70~90分)、不满意(<70分)3个等级,计算总满意度(排除不满意患者),进行组间对比。

1.4 统计学方法 数据检验使用SPSS206.0软件,计数资料通过[n(%)]表达,开展 χ^2 检验,计量资料通过($\bar{x} \pm s$)表达,开展t检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 急诊抢救时效 相较于对照组,观察组抢救介入时间、辅助检查时间、会诊时间、术前准备时间及急诊停留时间明显更短($P < 0.05$),见表2。

表2 两组急诊抢救时效对比(n=24, $\bar{x} \pm s$, min)

组别	抢救介入时间	辅助检查时间	会诊时间	术前准备时间	急诊停留时间
观察组	8.41 ± 1.95	9.98 ± 2.06	4.55 ± 1.69	10.45 ± 2.18	15.24 ± 2.60
对照组	13.97 ± 2.26	14.22 ± 2.75	8.91 ± 2.14	13.97 ± 2.40	20.71 ± 2.85
t	9.125	6.045	7.833	5.319	6.946
P	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 急诊抢救成功率及并发症发生率 相较于对照组,观察组抢救成功率略高,但无统计学意义($P > 0.05$),观察组并发症发生率更低($P < 0.05$),急诊抢救成功率略高,但无统计学意义($P > 0.05$),见表3。

表3 两组急诊抢救成功率及并发症发生率对比[n=24, n(%)]

组别	急性呼吸窘迫	多器官功能衰竭	应激性溃疡出血	代谢性酸中毒	并发症发生率	抢救成功率
观察组	0 (0.00)	1 (4.17)	0 (0.00)	1 (4.17)	2 (8.33)	22 (91.67)
对照组	2 (8.33)	2 (8.33)	1 (4.17)	3 (12.50)	8 (33.33)	20 (83.33)
χ^2					4.547	0.762
P					0.033	0.383

2.3 急诊护理质量 相较于对照组,观察组各维度急诊护理质量评分更高($P < 0.05$),见表4。

表4 两组急诊护理质量评分对比(n=24, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	分诊质量	技术水平	急救设备及药品准备	重点环节交接	多学科合作
观察组	94.08 ± 3.56	95.12 ± 3.25	93.42 ± 3.28	94.33 ± 3.16	92.49 ± 3.51
对照组	88.65 ± 3.14	90.43 ± 3.18	88.02 ± 3.11	88.71 ± 3.24	86.22 ± 3.34
t	5.604	5.053	5.853	6.083	6.340
P	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.4 急诊护理满意度 相较于对照组,观察组急诊护理总满意度更高($P < 0.05$),见表5。

表5 两组患者急诊护理总满意度对比 [n=24, n(%)]

组别	非常满意	基本满意	不满意	总满意度
观察组	14 (58.33)	9 (37.50)	1 (4.17)	23 (95.83)
对照组	10 (41.67)	8 (33.33)	6 (25.00)	18 (75.00)
χ^2				4.181
<i>P</i>				0.041

3 讨 论

患者发生严重创伤后,有效血容量锐减、微循环灌注不足、重要器官损伤,加之恐惧、剧烈疼痛感等因素共同作用,引发的机体代偿失调综合征,即创伤性休克^[3]。此类患者早期表现为烦躁不安、过度兴奋、面色苍白、意识清楚,病情可在较短时间内进展,引发血压下降、脑灌注不足、无尿少尿等症状。此类患者需在短时间内得到紧急救治,以此减轻休克严重程度,避免患者重要脏器功能衰竭,最大限度降低患者死亡率^[4]。常规护理模式下,在创伤性休克治疗中,各科室独立运行,临床信息相对独立,缺乏迅速反应和有效沟通,不能及时获取患者资料、讨论患者病情,使得创伤性休克患者救治难度加大,易错过最佳会诊时间^[5]。作为新型临床理念,MDT从临床复杂、危重疾病出发,主张开展多学科协作,以该理念为基础,制定急救护理路径,优化和创新护理措施,能够保证各科室沟通协作,能够极大地节省急救时间,予以患者快速救治^[6]。

本研究中,相较于对照组,观察组抢救介入时间、辅助检查时间、会诊时间、术前准备时间及急诊停留时间明显更短,观察组各维度急诊护理质量评分明显更高,且观察组并发症发生率更低,急诊护理满意度更高,差异有统计学意义($P<0.05$);在急诊抢救成功率方面,观察组略高于对照组,但差异无统计学意义($P>0.05$)。分析原因如下:首先,成立MDT小组,成员不仅包括急诊科医师、护理人员,还包括相关科室医师、技师,收治休克患者后,立即启动MDT护理程序,小组成员相互配合,分工明确,且信息完全共享,可第一时间对患者做出诊断,制定恰当的诊疗方案,能够有效节约急救反应、讨论、检查、会诊等急救环节耗时,保证急救护理时效性^[7]。其次,小组成员分工合作,及时对患者伤情进行处理,予以患者生命支持和急诊救治,能够降低休克对患者身体的影响,维持患者身体功能运转,恢复体内多器官供血,利用减少休克相关并发症,为患者抢救创造良好条件^[8]。再次,在关注患者病情的同时,密切关注患者抢救期间情绪变化,予以患者、家属心理疏导,能够改善其急躁、焦虑、紧张情绪,保证其配合度,便于各项抢救和护理措施的落实^[9]。最后,实施急诊护理路径前,对MDT小组成员进行培训,共同制定急救护理路径表,可提升其急救知识技能水平,保证各个护理环节的系统性、连续性,切实提高急诊护理质量^[10]。

综上所述,予以创伤性休克患者基于MDT的急诊护理路径干预效果显著,可提高急诊护理质量,缩短院内抢救反应时间,加快急诊抢救时效,有效预防创伤性休克相关并发症,进而获得患者满意,在一定程度上,提高急诊抢救效果。

参考文献

- [1] 付一桓,尹丽达,杨子莹.急救护理流程在创伤性休克患者抢救中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(21):99-101.
- [2] 赵慧,李超丽.一体化创伤急救模式在急诊创伤性休克患者抢救中的应用[J].临床医学工程,2022,29(5):665-666.
- [3] 高琪琪.基于多学科协作团队的急救路径对急诊创伤性休克患者院内抢救反应时间及抢救成功率的影响[J].检验医学与临床,2022,19(5):701-703.
- [4] 张金燕,杨丽萍,彭庆荣.基于多学科协作团队的急救护理路径在创伤性休克患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2021,27(7):948-951.
- [5] 康欣欣.多学科团队协作护理在急诊失血性休克患者中的应用[J].河南医学研究,2020,29(36):6884-6886.
- [6] 谢丽花.一体化急救护理在严重创伤失血性休克患者抢救中应用的效果[J].黑龙江医药,2020,33(1):212-214.
- [7] 冯宪梅.危机管理配合无缝隙一体化急救护理在严重创伤失血性休克患者中的应用[J].河南医学研究,2019,28(22):4187-4189.
- [8] 郭海阳.优化急诊护理流程对创伤性休克患者急救效果的影响[J].中外医学研究,2019,17(21):86-88.
- [9] 黄天银,韩晋,李云飞.实施强化急救护理管理对严重创伤性休克患者急救护理效果的影响[J].当代医药论丛,2018,16(20):233-234.
- [10] 郑春群,邵凤娣,黄紫桃,等.院前急救护理路径在创伤性休克患者院前救治中的应用观察[J].中国医药科学,2018,8(8):185-187.