

# 外科创伤及护理

## 一、定义：

损伤指机械、物理、化学或生物等因素造成的机体损伤。

分类：

1. 按致伤因素分类：可分为烧伤、冷伤、挤压伤、刃器伤、火器伤、爆震伤、毒剂伤等
2. 按受伤部位分类：颅脑伤、颌面部伤、颈部伤、胸背伤、腹部伤、骨盆伤、脊柱脊髓伤和四肢伤。
3. 按伤后皮肤完整性分类：闭合性、开放性
  - 1) 闭合性伤：皮肤保持完整无开放性伤口者，如挫伤、挤压伤、扭伤、震荡伤、关节脱位和半脱位、闭合性骨折和闭合性内脏伤。
  - 2) 开放性损伤：有皮肤破损者，如擦伤、撕裂伤、刀割伤、砍伤和刺伤等
4. 按伤情轻重分类：一般分为轻、中、重伤

## 二、临床表现

1. 局部反应：主要表现为局部炎症反应
2. 全身反应：表现呈一综合性的复杂过程，不仅包括神经内分泌系统和物质能量代谢，还涉及凝血系统、免疫系统、重要的生命器官和一些炎症介质及细胞因子等。
3. 并发症：
  - 1) 感染：开放性创伤一般都有污染，很容易发生感染。闭合性创伤如累及消化道或呼吸道，也容易发生感染。初期可为局部感染，重者可迅速扩散成全身感染，如伤道较深，还应注意发生厌氧菌感染的可能。
  - 2) 休克：早期常为失血性休克，病人表现由兴奋性烦躁后进入昏迷，脉搏细速，血压从舒张压提高到收缩压急剧下降，病人皮肤从湿冷甚至出现少尿或无尿。晚期可导致脓毒症，甚至感染性休克。
  - 3) 脂肪栓塞综合征：多见于多发性骨折，可造成肺通气功能障碍甚至呼吸功能不全。
  - 4) 应激性溃疡：发生率较高，溃疡可多发性，甚至可发生大出血或穿孔。
  - 5) 凝血功能障碍：易造成出血倾向。

6) 器官功能障碍：严重创伤容易并发急性肾功能衰竭、急性呼吸窘迫综合征等严重内脏并发症。

### 三、诊断要点

1. 受伤史
2. 体格检查
3. 辅助检查：实验室检查、穿刺和导管检查和影像学检查

### 四、治疗原则和护理要点

1. 急救：必须优先抢救的急症主要包括心跳、呼吸骤停、窒息、大出血、张力性气胸和休克等。常用的急救技术主要有复苏、通气、止血、包扎、固定和后送等

1) 复苏和通气：呼吸心跳停止患者需立即进行心肺复苏。现场心脏复苏的做法是：立即将病人放平在地上或硬板床上，取出口腔中的假牙等物，如一人抢救，首先在病人的心前区用拳根猛击 1~2 下，然后抢救者将双臂伸直，右手根部放在病人胸骨上 2/3 与下 1/3 交界处，左手平放在右手背上，利用双肩和上身的力量向病人的脊柱方向挤压，挤压力量以将胸骨压下 3~4cm 深为宜，每分钟以 100 次的速度进行。按压心脏的同时，还要进行口对口人工呼吸。

口对口人工呼吸方法是：操作者一手在病人颈后抬高颈部，另一手捏紧病人鼻孔，然后吸口气，将口对准病人的口（不要漏气），徐缓、均匀地吹入，按压心脏次数与口对口吹气的比例是 15 比 2。

如二人同时操作，则一人挤压心脏 5 次，另一人口对口吹气 1 次。上述心肺复苏要坚持不断地进行。

复苏成功的指标是：①病人开始躁动或挣扎；②大血管能摸到搏动，皮肤青紫好转；③病人出现呼吸。这时与急救站的医护人员配合，继续救治或送往医院进一步急治。

2) 止血：出血急救原则：小出血，不可怕，可包扎；大出血，先压迫，再结扎；休克者，先输血，再转运。对于伤员的出血，要先压迫止血后包扎；喷射状出血，说明动脉破裂，应用钳夹血管止血，在没有工具的情况下，可在出血伤口上端找到搏动的动脉血管，用手指或手掌将血管压迫在所在部位

的骨头上止血；对四肢出血，一般可用止血带或毛巾、手绢等扎在近心端，扎一小时放松 2 分钟。如出血过多或已休克者，应在止血后现场输血和补液后转送病人。如果皮肤少量出血，可用消毒纱布。

3) 包扎：开放性骨折，伤口出血绝大多数可用加压包扎止血。大血管出血，可采用止血带止血。创口用无菌敷料或清洁布类予以包扎，以减少再污染。

4) 妥善固定：固定时骨折急救的重要措施。闭合性骨折者，急救时不必脱去患肢衣裤和鞋袜，以免过多搬动患肢，增加疼痛。若患肢肿胀严重，可用剪刀将患肢衣袖和裤脚剪开，减轻压迫。

5) 后送：病人经初步处理，妥善固定后，应尽快转运至就近的医院进行治疗。

2. 进一步救治：包括判断伤情、呼吸支持、循环支持、镇静止痛和心理治疗、防治感染及密切观察
3. 批量伤员的救治：急救时重要的是分清轻、重伤，主要救治力量用以抢救重伤员，给予必要的紧急处理以保持基本生命体征平稳，及时组织后送。
4. 闭合性创伤的治疗：常用物理疗法，伤后初期局部可冷敷，12 小时后改用热敷或红外线治疗或包扎制动，还可服用云南白药等。闭合性骨折和脱位应先予以复位，然后根据情况选用各种外固定或内固定的方法制动
5. 开放性创伤的处理：清除伤口周围泥土，用敷料或其他洁净物品包扎、止血。地震造成开放伤口破伤风和气性坏疽发生率很高，应尽快送医院彻底清创，肌注破伤风抗毒素，可考虑进一步高压氧治疗。
  - 1) 小刺伤的伤口出血，直接压迫 3~5 分钟即可止血，止血后可用 70%酒精涂擦，包以无菌敷料，保持局部干燥 24~48 小时，伤口内若有异物，应设法拔出，然后消毒和包扎。
  - 2) 浅表小伤口的处理：先用等渗盐水棉球蘸干净组织裂隙，再用 70%酒精或碘伏消毒外周皮肤。
  - 3) 一般伤口处理：需要缝合修复
  - 4) 感染伤口处理：用等渗盐水纱条敷在伤口内，引流脓液促使肉芽组织生长。
6. 各部位创伤处理及护理要点

- 1) 颅脑损伤：急救者应清除伤员口腔内的呕吐物和血块，头偏向一侧，牵拉出舌头，以防舌头后坠和呕吐物返流到气管，造成窒息。如血液沿鼻腔和耳道流出，切勿用棉球、纱布或其他物品堵塞，以免造成血液返流，引起颅内压升高，细菌也趁机逆行至颅内引起脑膜炎。此时，急救者应用消毒棉花或纱布轻擦流出的血液，保持局部清洁，并将病人送往具备开颅手术的医院。途中密切注意病人的神志，呼吸和脉搏。
- 2) 颈髓损伤：颈后锐痛、活动时疼痛加剧等症，提示伤员颈髓受伤。对这类伤员应倍加小心。急救关键是立即用颈托，一时无颈托，可临时用敷料、硬板纸或塑料板做成颈圈固定其颈部，勿让头颈左右前后摆动，谨慎搬运伤员以防截瘫。因为现场抢救时搬运不当造成高位截瘫。因此搬运伤员时一定要用硬质担架，有条件时应该使用颈托。在条件不具备时可用门板或桌子搬运，切忌扶着伤员走或“1人抬手1人抬脚”的搬运方式，也不应该用软担架。
- 3) 脊椎骨折：身体被撞击、挤压时，由于脊椎过度屈曲或直接受外力作用而脱臼或骨折。若搬运不当可立即造成脊椎管内的骨髓损伤，使受损部位以下肢体瘫痪。正确搬运是由3~4人平托伤员至木板上，再用绷带固定身体。
- 4) 四肢骨折：立即用夹板，如无夹板，可木棍或树枝等临时固定骨折处，注意其长度要超过骨折部位上下二关节距离。
- 5) 胸腹部损伤：胸部受到挤压、碰撞时易发生肋骨骨折。此时不要过多挪动胸部和用手触摸。如肋骨骨折者，应用无菌敷料包住伤口，并用绷带裹紧胸部，限制肋骨活动；若肋骨骨折而形成开放性气胸，可在胸部损伤处闻及随呼吸发出的吮吸声，此时应立即进行胸部损伤处密闭包扎，以防空气进入胸腔造成肺脏压缩。对于腹部开放性损伤造成内脏脱出的患者切忌立即还纳。

## 7. 创伤并发症处理

- 1) 感染：及时处理伤口，包括清除坏死组织和异物，消灭死腔、脓肿引流。抗生素使用可先根据感染灶性质及早联合应用有效两种抗生素，再根据细菌培养及抗生素敏感试验结果调整抗菌药物。必要时配合和相应支持、对症治疗。
- 2) 休克：休克伤员应平卧，尽量减少搬动，并给予持续吸氧（2~4L/min）以保证脑组织有充分的血氧供应。迅速建立静脉通道是抢救休克的关键，必要时可建立 2~3 条静脉通路，以便同时输液、输血及扩充血容量，及时补充

有效循环血量。严密观察患者生命体征的变化，注意血压、心率及血氧饱和度的变化，同时注意病人的意识、瞳孔、周围循环、中心静脉压的变化。对体温超过 38.5℃者应做物理降温，以减轻对脑组织的损害。减少耗氧量，有利于脑细胞的恢复，预防和治疗脑水肿。观察每小时的尿量，尿的颜色，以掌握休克的严重程度。

- 3) 脂肪栓塞综合征：采用以呼吸支持为主的综合治疗方法。应用地塞米松并根据病情变化逐渐减量，以防止肺、脑水肿；改善低氧血症；保持呼吸道通畅，持续高浓度吸氧，如低氧血症不能纠正，必要时可行气管插管或气管切开，行机械通气，改善微循环，以疏通微循环，减少栓塞，保护脑部，预防脑水肿；积极抗感染治疗，预防并发症的发生，特别是预防肺部感染。