

ICS  
B

# DB 1303

秦 皇 岛 市 地 方 标 准

DB 1303/T XXX—XXXX

---

## 创伤性休克患者护理指南

Guidelines for the care of patients with traumatic shock

(意见征询稿)

XXXX - XX - XX 发布

XXXX - XX - XX 实施

---

秦皇岛市市场监督管理局 发布

## 前 言

本文件按照GB/T 1.1-2020《标准化工作指导 第1部分：标准化文件的结构及起草规则》的规定起草。

本文件由秦皇岛市卫生健康委员会提出并归口。

本文件起草单位：秦皇岛市第一医院、秦皇岛市质量管理协会。

本文件主要起草人：李戈、唐莲莲、陈晓敏、张运捷、马静、马良松。

# 创伤性休克患者护理指南

## 1 范围

本文件提供了创伤性休克患者护理的基本要求、护理评估、护理措施与观察要点的内容。

本文件适用于秦皇岛地区各级医疗机构护理人员对创伤性休克患者的护理。

## 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

WS/T 433 静脉治疗护理技术操作标准

WS/T 510 病区医院感染管理规范

WS/T 815 严重创伤院前与院内信息链接标准

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1 创伤性休克 traumatic shock

由创伤引起的全身组织血液灌流量不能满足机体需要的综合征。

### 3.2 中心静脉压 Central Venous Pressure

上、下腔静脉进入右心房处的压力，可通过上、下腔静脉或右心房内置管测得。[来源：T/CNTS36-2023，3.1]

## 4 基本要求

4.1 创伤性休克的救护遵循“抢救生命第一，保护功能第二，先重后轻，先急后缓”的原则。

4.2 第一时间评估患者的伤情及生命体征，尽早识别并控制致命性损伤。

4.3 对于创伤耐受性较差的患者遵循就近转运原则。

4.4 针对休克的原因及不同发展阶段采取相应的措施。

4.5 在实施护理措施的过程中严格无菌操作，遵循WS/T 510-2016的规定。

4.6 做好病情观察，及时、准确书写护理记录。

4.7 对患者及主要照护者进行创伤性休克相关健康教育。

## 5 护理评估

### 5.1 院前评估

5.1.1 快速识别创伤性休克的原因。

5.1.2 明确患者是否存在引起“可预防性死亡”的因素，如：可控制的大出血、严重呼吸功能紊乱及神经功能障碍等。

5.1.3 评估现场环境是否适合急救。

5.1.4 了解患者的姓名、性别、年龄、婚姻状况、职业、联系人及联系方式。

### 5.2 院内评估

5.2.1 明确损伤病灶，评估休克指数（见附录A）及创伤指数（见附录B）。

5.2.2 明确患者是否具备急诊手术条件。

5.2.3 评估患者受伤的时间、地点，受伤机制、伤后症状、既往史，已采取的处理措施等。

5.2.4 评估患者的生命体征及尿量；伤口的大小；腹部损伤者有无腹膜刺激征及移动性浊音；有无骨骼、肌肉、皮肤及软组织的损伤。

5.2.5 辅助检查评估：评估实验室及影像学检查结果，腹部损伤者评估诊断性穿刺结果。

5.2.6 心理社会评估：评估患者及家属对疾病、治疗及预后的认知及心理承受能力。

## 6 护理措施与观察要点

### 6.1 急救处理

——协助医生积极处理致命性损伤,包括损伤处加压包扎、固定、制动及控制出血等,出血者动态评估止血效果。

——通过设置警示标识、疏散围观人群等方式保证急救环境的安全。

——根据初步评估结果配合医生做好院内及院际转运的准备工作。

——需急诊手术者，协助医生做好术前准备工作。

### 6.2 复苏管理

6.2.1 体位管理：取休克体位，头和躯干抬高 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$ ，下肢抬高 $15^{\circ} \sim 20^{\circ}$ 。

6.2.2 液体管理

6.2.2.1 迅速建立 $\geq 2$ 条的有效静脉通道，如需中心静脉置管，遵循WS/T 433—2023的规定。

6.2.2.2 合理补液

——先输注晶体溶液，首选等渗晶体溶液，后输注胶体溶液。

——根据患者临床表现、心肺功能，特别是血压及中心静脉压等，动态调节补液速度和量（中心静脉压、血压与补液的关系见附录C）。

6.2.2.3 应用血管活性药物时遵循T/CNAS 22-2021的规定。

6.2.2.4 遵循延迟性复苏原则，以维持收缩压80 mmHg或可触及桡动脉搏动为补充有效循环血容量目标。

### 6.3 呼吸道管理

——维持呼吸道通畅，遵医嘱及时给予氧气吸入。

——监测呼吸功能，动态监测动脉血气分析。

——如患者出现进行性呼吸困难、发绀、氧分压 $<60$  mmHg且吸氧后无改善，立即报告医师并协助气管插管行机械通气。

### 6.4 体温管理

——动态监测核心温度，将核心温度维持在正常体温范围（ $36^{\circ}\text{C}\sim 37^{\circ}\text{C}$ ），需低温脑保护者除外。

——保温措施如：更换湿衣物、维持体表干燥、加盖保温材料等。

——复温措施如：提高环境温度、输注液体加热、调温毯等。

### 6.5 疼痛管理

——保持病人安静，避免不必要的搬动。

——采用VAS或面部表情法进行疼痛评估。

——遵医嘱使用镇痛药物，监测生命体征，观察有无胃肠道反应、过度镇静及呼吸抑制等不良反应。

### 6.6 出入量管理

准确记录输入液体的种类、数量、速度，记录24小时出入量。

### 6.7 血糖管理

急救阶段至少每1小时监测一次。

### 6.8 安全管理

——病情允许时，协助病人至少每2小时翻身1次，预防压疮。

——烦躁或神志不清的病人，应加床档，约束患者遵循T/CNAS 04-2019的规定。

### 6.9 心理护理

做好患者及家属的心理疏导，缓解焦虑及恐惧心理，避免出现情绪性休克，保证抢救工作顺利开展。

附录 A

(资料性)

休克指数与失血量、休克程度的关系

休克指数	失血量/%	休克程度
$\geq 1.0$	20~30	血容量减少
$\geq 1.5$	30~50	中度休克
$\geq 2.0$	50~70	重度休克

**附录 B**  
**(资料性)**  
**创伤指数**

指标	分值			
	1	3	4	6
损伤部位	皮肤或者四肢	背部	胸腹部	头颈部
损伤类型	裂伤或者挫伤	刀刺伤	钝性伤	枪弹伤
心血管状态	体表出血	收缩压<100 mmHg 或脉搏>100次/分	收缩压<80 mmHg或 脉搏>140次/分	无脉搏
中枢神经系统状态	嗜睡	嗜睡	运动或感觉缺失	昏迷
呼吸系统状态	胸痛	呼吸困难或咯血	误吸	窒息或发绀

注：创伤指数（TI）主要依据损伤部位、损伤类型、循环系统状态、中枢神经系统状态、呼吸系统状态五个变量指标，按照严重程度分为1、3、4、6分。五项指标得分相加即为TI分值，TI分值范围为0分-30分。0≤TI≤7, 轻微伤；8≤TI≤18, 中度伤；TI>18, 重度伤。

## 附录 C

(资料性)

### 中心静脉压、血压与补液的关系

中心静脉压	血压	原因	处理原则
低	低	血容量严重不足	充分补液
低	正常	血容量不足	适当补液
高	低	心功能不全或血容量相对过多	给强心药，纠正酸中毒，舒张血管
高	正常	容量血管过度收缩	舒张血管
正常	低	心功能不全或血容量不足	补液试验

**注：**“补液试验：取等渗盐水250 ml，于5 min~10 min内经静脉滴入，若血压升高而中心静脉压不变，提示血容量不足；若血压不变而中心静脉压升高3 cmH<sub>2</sub>O~5 cmH<sub>2</sub>O(0.29 kPa~0.49 kPa)，提示心功能不全

## 参考文献

- [1] 李乐之, 路浅. 外科护理学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2022:30-39.
- [2] 白祥军, 曹钰. 创伤失血性休克中国急诊专家共识[J]. 中华急诊医学杂志, 2023, 32, (11):1451-1464.
- [3] 中国研究型医院学会卫生应急学专业委员会. 2019创伤性休克急救复苏创新技术临床应用中国专家共识[J]. 河南医学研究, 2019, 28(01):01-07.
- [4] 刘良明, 王正国. 中华创伤休克学[M]. 郑州: 郑州大学出版社, 2022:757-759.
- [5] 赵泽华, 孙琳. 急诊创伤后患者低体温管理方案构建[J]. 中华护理杂志, 2018, 53(04):448-453.
- [6] 肖亚茹, 程晶. 创伤性休克研究热点的聚类分析[J]. 中华急危重症护理杂志, 2023, 5(4):405-413.
- [7] 冯筑生. 损伤控制性复苏治疗严重创伤失血的研究[D]. 第四军医大学. 西安. 2016.
- [8] 吴京兰, 徐红波. 创伤性休克的早期识别与处理[J]. 实用休克杂志(中英文), 2019, 3(02):81-85.
-