

严重创伤性失血性休克的急诊治疗效果分析

雷海金, 王敏, 伍亚杰

连州市人民医院, 广东 连州 513400

DOI:10.61369/MRP.2026010021

摘 要 : 目的 分析急诊治疗严重创伤性失血性休克效果。方法 2020年2月–2025年2月就诊62例严重创伤性失血性休克患者为样本, 随机数字表分组。观察组急诊治疗, 对照组常规治疗。对比急救效果、急救效果、电解质水平、并发症指标差异。结果 观察组抢救成功率高于对照组, 急诊时间、分诊时间、恢复体温时间、清除乳酸时间、凝血功能恢复指标均短于对照组, K^+ 、 Cl^- 、 Mg^{2+} 、 Na^+ 等电解质水平低于对照组, 并发症率低于对照组, $P < 0.05$ 。结论 急诊治疗严重创伤性失血性休克, 能够纠正水电解质紊乱、缩短各指标持续时间, 抢救成功率较高。

关 键 词 : 创伤性失血性休克; 急诊治疗; 抢救效果

Analysis of Emergency Treatment Effects for Severe Traumatic Hemorrhagic Shock

Lei Haijin, Wang Min, Wu Yajie

Lianzhou People's Hospital, Lianzhou, Guangdong 513400

Abstract : Objective: To analyze the effectiveness of emergency treatment for severe traumatic hemorrhagic shock. Methods: A total of 62 patients with severe traumatic hemorrhagic shock who sought medical attention from February 2020 to February 2025 were selected as the sample and randomly divided into groups using a random number table. The observation group received emergency treatment, while the control group received conventional treatment. The differences in emergency treatment effectiveness, electrolyte levels, and complication indicators were compared. Results: The observation group had a higher success rate in rescue compared to the control group. The emergency treatment time, triage time, time to restore body temperature, time to clear lactic acid, and coagulation function recovery indicators were all shorter in the observation group than in the control group. The electrolyte levels, including K^+ , Cl^- , Mg^{2+} , Na^+ , were lower in the observation group compared to the control group. The complication rate was also lower in the observation group ($P < 0.05$). Conclusion: Emergency treatment for severe traumatic hemorrhagic shock can correct water and electrolyte imbalances, shorten the duration of various indicators, and achieve a higher success rate in rescue.

Keywords : traumatic hemorrhagic shock; emergency treatment; rescue effectiveness

创伤性失血性休克与创伤致血液循环紊乱, 可能影响周身组织、器官血液灌注。但发生严重创伤性失血性休克后, 长期血液循环不畅, 易出现缺氧、缺血、代谢紊乱、脏器功能异常问题, 甚至危及患者生命安全^[1]。此外, 创伤性失血性休克病情进展快, 发病后器官功能快速衰竭, 需尽早落实各项急救措施, 以延缓病情恶化^[2]。常规急救评估创伤性失血性休克危险程度、疾病特征存在局限性, 整体诊疗效果受限^[3]。现代急诊治疗要求医护人员争分夺秒地完成各项抢救工作, 及时排除各项威胁病患生命的危险因素, 并创建静脉通路、开展紧急液体复苏干预, 能够缩短患者有效循环血量恢复时间、改善预后^[4]。基于此, 本文以62例严重创伤性失血性休克患者为样本探讨急诊治疗效果。

一、资料和方法

者为样本, 随机数字表分组。观察组严重创伤性失血性休克患者基线资料与对照组对比, $P > 0.05$ 。如表1。

(一) 资料

2020年2月–2025年2月就诊62例严重创伤性失血性休克患

表1 基线资料分析表

组别	n	性别 (%)		年龄 (岁)		失血量 (ml)	
		男	女	区间	均值	区间	均值
观察组	31	17 (54.84)	14 (45.16)	17-83	57.91 ± 2.43	451-879	671.28 ± 4.29
对照组	31	18 (58.06)	13 (41.94)	17-84	57.88 ± 2.41	456-881	671.33 ± 4.31
X ² /t	-	0.0656		0.0488		0.0458	
P	-	0.7978		0.9612		0.9636	

(二) 纳排标准

纳入标准：①符合《创伤失血性休克诊治中国急诊专家共识》^[6]中标准；②签知情书；③认知正常。

排除标准：①严重心脑血管病变；②严重脏器功能受损；③凝血系统紊乱。

(三) 方法

观察组：(1) 上岗前培训：培训所有急诊医务人员，使其掌握急救技能、评估休克指数方法，同时熟知失血性休克相关理论知识、熟悉急诊急救流程。急诊人员培训后接受考核，不合格者继续急诊治疗培训，合格者上岗。(2) 精准分析休克指数：所有创伤性失血性休克患者入院后，均安置在抢救室，监测心率、血压、体温、呼吸频率、意识等指标，计算休克指数。此外，急诊医务人员应如实记录患者受伤原因、具体受伤位置。(3) 落实急救措施：部分患者休克指数 < 1，立即扩容、止血、给氧，纠正呼吸困难；部分患者休克指数 1-1.5，立即止血，创建静脉通路，并静脉输注等渗平衡盐溶液，并经健侧静脉通路补血，注意抢救期间对患者出血量、心电图指标进行监测；部分患者休克指数超过 1.5，立即机械通气，做好补血、静脉输液，并如实记录患者出入量、全程心电图监护。(4) 保温干预：创伤性失血性休克患者多存在低体温问题，立即脱下患者湿冷衣物，同时准备复温毯放在休克患者身下，调节室温、保温毯温度至 26-30℃、37℃，并提前预热术中可能用到血液、冲洗液、输液等液体，使上述液体温度维持在 35-37℃ 左右。(5) 并发症防控：重视抢救期间止血操作，对患处加压包扎，一旦识别血气胸、骨折或体内血块等问题，立即开展呼吸道管理，以预防肺内感染问题；出现机体剧痛问题，立即镇痛干预，同时播放轻音乐，安抚患者情绪；检测凝血指标，预防性予以肝素，以降低大出血风险；做好局部创伤清洁工作，遵医嘱服用抗生素，以预防感染。

对照组：收治创伤性失血性休克患者后，立即对生命体征进行评估，重点关注血氧、心率与血压指标；识别休克患者出现肢体发冷、心率过速、低血压等问题，或发现患者面色苍白，积极完成各项急救流程。

(四) 观察指标

抢救成功率：痊愈，心率、血压、呼吸、血氧正常，脏器功能恢复，创伤愈合优良，恢复至受伤前状态；有效，心率、血压、呼吸、血氧趋于平稳，脏器功能改善，需继续康复训练、抗

感染治疗，但未见相关严重后遗症；无效，生命体征异常，大剂量使用血管活性药，或 ≥ 2 个脏器衰竭，或抢救期间死亡。

急救指标：记录急诊时间、分诊时间、恢复体温时间、清除乳酸时间、凝血功能恢复指标。

电解质指标：采集 5ml 肘静脉血液存储在无抗凝剂真空采血管内，以 3000r/min 离心 10min，取上层血清，利用全自动生化分析仪检测 K⁺、CL⁻、Mg²⁺、Na⁺ 指标。

并发症指标：记录水电解质紊乱、脏器功能衰竭、感染等发生情况。

(五) 统计学研究

SPSS 23.0 处理数据，计数数据 X² 检验、% 记录，计量资料 t 检验、 $\bar{x} \pm s$ 记录。具备对比差异，P < 0.05。

二、结果

(一) 抢救成功率

观察组抢救成功率高于对照组，P < 0.05。如表 2。

表2 抢救成功率 (n, %)

组别	痊愈	有效	无效	抢救成功率
观察组	20	10	1	30
(n=31)	(64.52)	(32.26)	(3.23)	(96.77)
对照组	13	12	6	25
(n=31)	(41.94)	(38.71)	(19.35)	(80.65)
X ²	-	-	-	4.0260
P	-	-	-	0.0448

(二) 急救指标

观察组急救指标均优于对照组，P < 0.05。如表 3。

表3 急救指标 (n, %)

组别	急诊时间 (min)	分诊时间 (min)	恢复体温 时间 (h)	清除乳酸 时间 (h)	凝血功能恢 复时间 (h)
观察组	31.48	2.59	12.66	8.18	15.44
(n=31)	± 1.82	± 0.88	± 1.28	± 0.26	± 1.25
对照组	37.66	3.79	16.51	9.91	19.72
(n=31)	± 2.16	± 1.84	± 1.96	± 0.49	± 1.61
t	12.1821	3.2758	9.1570	17.3645	11.6912
P	0.0000	0.0018	0.0000	0.0000	0.0000

(三) 电解质水平指标

急救后，观察组 K⁺、CL⁻、Mg²⁺、Na⁺ 等电解质指标水平低于对照组，P < 0.05。如表 4。

表4 电解质水平指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	K ⁺ (mmol/L)		CL ⁻ (mmol/L)		Mg ²⁺ (mmol/L)		Na ⁺ (mmol/L)	
	急救前	急救后	急救前	急救后	急救前	急救后	急救前	急救后
观察组 (n=31)	6.01 ± 0.68	4.81 ± 0.36	109.81 ± 4.11	103.81 ± 2.08	0.99 ± 0.12	0.79 ± 0.08	158.66 ± 6.82	150.58 ± 3.26

对照组 (n=31)	6.03±0.71	5.68±0.43	109.83±4.16	106.36±2.73	0.96±0.15	0.94±0.11	158.71±6.79	155.36±4.29
t	0.1133	8.6375	0.0190	4.1368	0.8695	6.1403	0.0289	4.9394
P	0.9102	0.0000	0.9849	0.0001	0.3880	0.0000	0.9770	0.0000

（四）并发症指标

观察组并发症率低于对照组，P < 0.05。如表5。

表5 并发症率指标（n，%）

组别	水电解质紊乱	脏器功能衰竭	感染	发生率
观察组 (n=31)	1 (3.23)	0 (0.00)	1 (3.23)	2 (6.45)
对照组 (n=31)	4 (12.90)	1 (3.23)	3 (9.68)	8 (25.81)
χ ²	—	—	—	4.2923
P	—	—	—	0.0383

三、讨论

严重创伤性失血性休克患者病情危急、病情进展快，且受休克影响，易出现脏器功能紊乱问题，严重威胁着患者生命健康^[6]。此外，失血性休克患者多存在周身血液灌注降低问题，可增加低体温、凝血障碍风险，急诊抢救难度较高^[7-9]。常规急诊救治时，依据科室规程完成各项操作，未重视患者个体差异性，整体抢救效果受限^[9]。现代急诊治疗以常规救治为基础，评估严重创伤性失血性休克患者生理、病理变化后，以休克指数为依据，综合性、系统性调节患者身体健康状态，能够优化抢救方案，满足不同患者救治需求^[10-11]。

基于本文数据分析，急诊治疗后抢救成功率更高。分析原因，发生严重创伤性失血性休克后，患者体内血流量降低，周身血氧供给减少，致病情加剧，而常规急救时，依据科室规程被动服务，存在局限性，急诊治疗依据休克指数分级抢救，针对性分

配急诊医疗资源，能够提升急诊抢救效率与成功率^[12-13]。另一组数据表明，急诊治疗后各急救时间缩短。分析原因，急诊治疗前，对急诊科医务人员进行培训，要求所有人员掌握急救技能与失血性休克相关理论知识，并能针对不同休克指数患者提供分级服务，能够规避医务人员误判病情、操作不熟引发决策延迟问题，故患者入院后能够快速落实各项精准救治服务，进而缩短医疗服务时间^[14-15]。此外，急诊治疗时，快速恢复患者组织灌注、预防低体温，有利于体温回升及清除乳酸；治疗期间优先手术止血、加压包扎止血，能够预防失血量过度导致凝血因子消耗量过多问题，同时预防性使用肝素类药物，能够保护患者体内剩余凝血因子功能、减缓凝血功能恶化^[16-17]。另一组数据表明，急诊治疗后电解质水平降低。分析原因，发生严重创伤性失血性休克后，受快速失血影响，患者多存在电解质紊乱问题，而急诊治疗期间精准补液，可稀释血液内离子浓度，纠正水电解质紊乱^[18-19]。最后一组数据表明，急诊治疗后患者并发症率降低。分析原因，创伤性失血性休克患者在免疫力降低、开放性伤口、侵入性治疗等多因素影响下，易合并多种并发症，而接受急诊治疗后，彻底清洁创伤区域污染物、坏死组织，能够从源头上预防感染；治疗期间预防性使用抗生素，并重视给氧、呼吸道管理，可进一步降低并发症风险^[20]。

综上所述，严重创伤性失血性休克患者接受急诊治疗，能够纠正电解质紊乱、缩短患者急救时间，且抢救成功率高、并发症率低，具备推广价值。

参考文献

[1] 常涛, 闫芳, 韩永彬, 等. 不同急诊液体复苏方法对创伤失血性休克合并创伤性凝血病的疗效观察 [J]. 血栓与止血学, 2022, 28(3): 412-413+416.

[2] 翁昆仑. 急诊外科严重创伤合并失血性休克患者的休克指数指导与评估作用分析 [J]. 黑龙江医学, 2024, 48(9): 1045-1047.

[3] 杨曦, 魏云欣, 吴春燕. 优质护理干预对急诊严重创伤失血性休克患者的应用价值 [J]. 吉林医学, 2024, 45(3): 744-747.

[4] 王琴, 霍愿愿. 优化急诊护理流程对严重创伤失血性休克患者的急诊抢救效果 [J]. 山西医药杂志, 2022, 51(13): 1553-1555.

[5] 创伤失血性休克诊治中国急诊专家共识 [J]. 解放军医学杂志, 2017, 42(12): 1029-1038.

[6] 雷毅, 李静. 急诊外科应用休克指数评估严重创伤合并失血性休克在急救护理中的应用 [J]. 贵州医药, 2024, 48(1): 142-143.

[7] 孙莹华, 刘静, 谭彩霞, 肖凌志. 基于休克指数评估的急救护理措施应用于严重创伤合并失血性休克患者的效果 [J]. 中西医结合护理 (中英文), 2022, 8(12): 91-93.

[8] 张超, 苏建文. PICCO 技术指导限制性液体复苏在严重创伤失血性休克抢救中的应用 [J]. 海南医学, 2021, 32(1): 42-45.

[9] 骆丽英. 基于休克指数指导的急救护理措施在严重创伤失血性休克患者中的应用 [J]. 国际护理学杂志, 2023, 42(16): 3003-3006.

[10] 李洁, 余月彩. 休克指数在急诊创伤合并失血性休克急救中的作用 [J]. 河北医药, 2022, 44(3): 370-372+377.

[11] 胡黎明, 陈卫鸿, 邓鑫虎. 休克指数在创伤合并失血性休克急救中的作用及各项血气指标分析效果评价 [J]. 中外医疗, 2024, 43(36): 41-44.

[12] 王梦妍, 王丽萍, 汤洁. 基于休克指数指导的急救护理对严重创伤合并失血性休克患者救治效果的影响 [J]. 基层医学论坛, 2023, 27(30): 53-55.

[13] 崔锐红, 罗恒, 瞿丽娟, 等. 不同液体复苏方法治疗严重骨盆骨折失血性休克的效果及预后分析 [J]. 创伤外科杂志, 2024, 26(8): 586-592.

[14] 韦瑗, 彭秋梦. 限制性液体复苏联合氨甲环酸治疗骨盆骨折合并创伤失血性休克的临床研究 [J]. 中国科技期刊数据库 医药, 2024(11): 014-017.

[15] 张春花, 孟翠巧, 李尚璞, 等. 术前限制性液体复苏在骨盆骨折合并失血性休克患者中的应用及对预后的影响 [J]. 河北医药, 2023, 45(22): 3474-3476.

[16] 金呀曼, 金楚珍, 陈王峰, 等. 限制性液体复苏联合体温管理用于严重多发伤失血性休克患者的效果分析 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2020, 27(5): 608-611.

[17] 侯建军. 限制性液体复苏在急诊骨盆骨折失血性休克患者中的应用效果 [J]. 中国当代医药, 2021, 28(11): 106-108.

[18] 张娜娜. 限制性液体复苏对骨盆骨折合并失血性休克预后的影响 [J]. 河南医学研究, 2021, 30(11): 2008-2010.

[19] 邓红菊, 兰巧斯, 韦红艳, 等. 床旁超声辅助下的个性化液体管理对创伤失血性休克患者预后的影响研究 [J]. 河北医药, 2024, 46(17): 2667-2670+2674.

[20] 董喜乐, 耿仕涛, 祝鑫, 等. 创伤失血性休克患者早期液体复苏的研究进展 [J]. 临床急诊杂志, 2024, 25(1): 44-50.