



•综述•

车祸致严重多发伤的临床急救研究进展

刘翔 孔质彬通讯作者

(中国人民解放军第 181 医院 广西桂林 541002)

摘要:随着现代社会各个领域不断发展,交通发展与汽车数量急剧上升,近年来车祸致严重多发伤发生率呈逐年攀升趋势,对广大人民群众的生命健康造成严重危害。车祸致严重多发伤具有伤情变化快、伤势重、致残率、致死率高等特点。多发伤主要是指由同一个致伤因素引起的多个脏器损伤或多个解剖部位损伤,且至少有一处损伤危及患者生命。车祸致严重多发伤严重程度可根据 ISS(损伤创伤程度)评分进行判定,若 ISS 分值超过 16 分则判定为严重多发伤。

关键词:车祸;严重多发伤;临床;急救

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 03-340-02

由于严重多发伤病情发展快、病死率高,已成为当前临床创伤急救中的重点、难点,受到急诊医务工作者的高度重视,也是当今急诊医学界研究者重点研究课题之一[1]。车祸致严重多发伤各损伤部位可相互影响,受伤部位越多,患者病死率越高,ISS 评分与患者病死率呈明显正相关[2]。此外,严重多发伤患者休克发生率较高,一般高达 50%,而胸腹联合伤者休克发生率高达 67%,且患者可同时伴有心源性休克及低血容量休克。诊断困难也是严重多发伤患者临床特点,骨关节、腹膜后、胸腹等部位误诊率较高,主要与患者无法诉说伤情、医生缺乏相关诊断经验、检查不完善等因素有关。

1. 严重多发伤急救原则

对于车祸致严重多发伤患者而言,急救过程的重点环节就在于维持有效循环血容量及呼吸道通畅,严密观察各项基本体征变化,积极进行抗休克等相关治疗。对于一些病情危急、复杂的患者,在保障基本生命安全基础上,应迅速对其伤情严重程度进行初步评定,严格分类后组织专科抢救。由于伤员整体病情严重,需紧急进行处理,因此,在急救过程中严格遵循“抢救先于诊断”及“优先处理致命伤”原则[3]。通过采用边诊断边救治的方式积极进行抢救,及时发现对病人生命安全威胁最大的致命伤,并迅速进行外科处理,杜绝误诊、漏诊情况,积极预防各类并发症,尽可能为伤员争取更多的抢救时间,最大限度降低致残率及致死率。

2. 现场急救措施

2.1 伤情评估

救护人员在到达现场后首先观察现场环境,并迅速帮助伤员脱离致伤环境,采用五步快速体检标准评估伤员基本伤情。注意观察伤员意识、呼吸、血压、脉搏、出血、受伤情况、衣服撕裂程度等基本情况,对病人全身状况进行初步了解,判断危及伤员生命安全的损伤部位,采取相应紧急抢救措施[4]。早期检查主要是对伤员有无致命伤进行判断。接诊后根据 ABCDE 法则对患者进行早期检查,对伤员呼吸循环状态及呼吸道情况进行评估,防止颈椎损伤加重。与此同时,评估伤员有无神经功能障碍,最后褪去伤员衣物,对可能受到创伤部位作进一步检查,值得注意的是,此过程中注意加强保暖工作,防止病人体温过低。由于严重多发伤病人伤情复杂,为迅速做出伤情判断,避免误诊、漏诊,需有一项统一标准对其伤情严重程度进行评估。当前临床上常用伤情评估方案较多,适用范围及优缺点也各不相同。以 ISS 为例,一般 ISS 低于 16 分判定为轻伤;达到 16 分或超过 16 分判定为重伤;达到 25 分或超过 25 分判定为严重伤[5]。创伤严重度评分法的运用有利于接诊者迅速从多个复杂创伤部位中辨别出对生命

安全威胁最大的创伤,从而进行优先处理,有利于缩短急救时间,为评估临床疗效、判断伤员预后、评价急救水平等方面提供重要参考。此外,一些严重多发伤病人有隐蔽伤,或有出现继发性伤的可能性,加上伤情复杂多变,不同伤员对治疗的反应也不同。急诊人员应注意动态观察伤员病情变化,适当调整治疗措施,每隔一段时间对伤员病情进行一次总结,早期发现病人隐蔽伤及继发性伤,对伤员病情发展趋势及当前现状进行判断,观察病人有无合并症,及时对治疗方案做出必要调整。

2.2 基础生命支持及创伤部位处理

伤情评估完成后立即进行现场救治,若伤员较多救护人员应严格遵循“先抢救、抢中有救”原则,按紧急处理、优先处理、延期处理顺序沉着冷静实施抢救,做到稳、准、轻、快,提升伤员安全感及信任感[6]。另外,立即对失去意识及呼吸停止伤员进行心肺复苏,颅内压增高者给予 20%甘露醇静滴,维持昏迷伤员气道通畅,及时清除呼吸道、口腔分泌物及血块。对于舌后坠者使用舌钳拉出舌体,放置口咽通气管,必要情况下行气管插管;若伤员有自主呼吸但呼吸浅、弱,及时给予鼻导管或面罩充分供氧,维持良好血氧饱和度。对于失血性休克伤员迅速建立静脉通道进行输液扩容,严格遵循损伤控制外科(DCS)复苏原则,尽可能维持收缩压稳定性[7]。此外,严格遵循 DCS 原则处理创伤部位,积极预防感染,减少出血量,防止损伤加重。创伤部位处理主要包括止血、包扎、固定等方面,及时止血是防止患者死亡的重要前提,对于单纯性鼻出血患者可通过压迫鼻翼、填塞棉球等方式止血;四肢皮肤出血者通过加压包扎、使用止血带等方式止血,注意观察伤员末梢循环;对于创口深部出血给予凡士林纱条进行填塞止血。若伤员是由挤压伤导致的肢体出血,则采用止血钳进行止血,并使用敷料进行加压包扎,起到止血的作用。若伤员腹腔脏器脱出,使用无菌容器将脱出腹腔脏器反扣在腹壁,并使用环形垫及敷料进行包扎固定。另外,对于怀疑胸腰椎骨折、颈椎骨折者采用上颈托及脊柱板进行固定,四肢骨折者采用夹板固定,外露骨折断端采用敷料进行包扎。

2.3 急救复苏、安全转运

严重多发伤病人现场急救十分重要,伤后 1h 为黄金抢救时间,伤后 10min 为白金抢救时间,急诊人员应高度重视此阶段救护方案的实施,确保伤员伤后在短时间内获得及时、高效的救治。建议将外科处理延伸至院外事故现场,尽可能为伤员争取抢救时间,在事故现场严格遵循先抢救、抢中有救原则,确保病人伤后 10min 内获得救治,并尽快离开事故现场,减轻伤员精神创伤,充分体现快速反应、立体



救护原则[8]。建立急诊手术室具有重要现实意义,尤其是对于伤势严重、无法随意搬动、需立即行紧急救命手术的伤员,可为严重多发伤病人的抢救争取更多的宝贵时间,降低伤员死亡率。研究表明在急诊室对严重多发伤病人行一期手术对减少各类并发症、缩短病人住院时间、改善临床预后等方面均具有积极意义[9-10]。此外,链式流程急救复苏效果明显优于急诊常规管理流程,链式流程急救复苏的优势主要体现在先进的静脉通路、呼吸方法、氧代谢、全身中心静脉压动态观察等方面,通过一系列系统检查、总结既往经验降低患者休克发生率,复苏效果显著,其核心理念及流程更符合当前医疗环境要求。车祸致严重多发伤患者具有伤势重、病情复杂、变化快等特点,且具有隐蔽性,发生继发性损伤几率较高。转运主要是使伤员得到更进一步的治疗,转运的基本原则为快速、稳妥,避免患者转运途中再次受到损伤或导致原有损伤加重。因此,做好转运前准备、搬运转运体位、途中严密监护等几方面十分重要,有利于降低致残率及死亡率,同时提升创伤急救水平。

3. 小结

创伤急救理念要求急诊医护人员做到快速反应,具备良好心理素质,不断提高自身应急能力与独立解决问题能力,迅速并准确地对伤员病情进行评估。将抢救伤员生命放在第一位,优先对致命伤进行紧急处理,通过实施止血、固定、包扎、创口处理等一系列紧急处理措施尽快稳定伤员伤情,同时为后续相关治疗的实施奠定良好基础。通过快速安全转运将院前急救延伸至院内救治,转运过程中维持患者基本生命体征稳定性,最大限度为伤员争取救治时间,进而降低患者致

残率及死亡率,进一步改善创伤急救效果,提升整体医疗服务质量。

参考文献:

- [1]李桂琴,宋建文.一体化急救护理新模式在车祸致重型颅脑损伤患者中的应用效果[J].浙江创伤外科,2016,21(1):198-199,200.
- [2]王晓,吴卫华,杨中林等.上海市松江区院外急救车祸患者流行病学调查[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2015,10(9):806-807.
- [3]许晓军.车祸导致的严重多发性创伤患者的临床急救对策分析[J].临床医学研究与实践,2017,2(26):62-63.
- [4]张丽玲.系统性急救护理在车祸致重型颅脑损伤患者抢救中应用的效果[J].中华现代护理杂志,2016,22(10):1426-1429.
- [5]张春玲,张丹,杨殊媚等.137例重症车祸伤患者的院前急救措施评价[J].中华保健医学杂志,2015,17(3):229.
- [6]邹圣强,吴春富,睦建等.对团雾车祸伤患者现场救治流程的探讨[J].中华全科医师杂志,2014,13(10):878-879.
- [7]王超,张丽莉,白健等.探讨车祸多发伤患者院前急救方案的应用效果[J].中国实用医药,2016,11(29):109-111.
- [8]儿童创伤急救早期处理专家共识组.儿童创伤急救早期处理专家共识[J].临床儿科杂志,2017,35(5):377-383.
- [9]王佳.车祸造成的腹主动脉破裂应急手术处理的探讨[J].实用心脑血管病杂志,2014,22(2):90-91.
- [10]蔡国容.急救护理在重度颅脑外伤患者预后中的应用[J].实用临床医药杂志,2016,20(16):193-194.

(上接第339页)

当归具有润肠通便、调经止痛、补血活血之功效,并且现代药理学研究表明,当归有助于生成体内一氧化氮,对非梗死区巨噬细胞的聚集和浸润进行抑制,将反应性纤维化和炎症反应阻断,使左室重构逆转,使心脏功能得到改善[6]。同时,运用当归注射液治疗冠心病还能对PGI₂-TXA₂平衡进行调节,对血小板聚集进行抑制,使胸闷、胸痛等症状得到改善,从而提高疗效。

5. 结束语

综上所述,根据冠心病心绞痛的不同分型,采取辨证治疗法,不仅可以提高疗效,还能减少不良反应,提高用药安全性,但是中医疗法还需要不断深入研究,从而提高临床价值。

参考文献:

- [1]崔番瑜,杨少琴.中医药治疗心血瘀阻型冠心病心绞痛的临床研究进展[J].医学研究与教育,2014,31(03):66-71.

- [2]赖志昆,董耀荣.中医药治疗冠心病心绞痛研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2014,16(03):95-97.

- [3]杨兴华,刘国安.中医药治疗冠心病心绞痛的研究进展[J].中医临床研究,2011,3(20):120-122.

- [4]王琪,李延.中医药治疗糖尿病合并冠心病心绞痛的研究进展[J].世界中西医结合杂志,2008,3(12):750-752.

- [5]Escobar GJ,LaGuardia JC,Turk BJ,et al.Early detection of impending physiologic deterioration among patients who are not in intensive care: development of predictive models using data from an automated electronic medical record[J].Journal of Hospital Medicine, 2016,7(5): 388-395.

- [6]衷敬柏.冠心病心绞痛的中医药治疗 冠心病心绞痛中医药防治临床研究进展[J].中国临床医生,2000(10):9-11.