



交通事故分析与院前急救研究进展

唐高福

(中国人民解放军第181医院急诊科, 广西 桂林 541002)

摘要:本研究对既往重大交通事故患者临床资料进行分析研究, 调查近年来我国交通事故致伤患者流行病学分析, 对我国车祸伤急救内容与急救原则及交通事故主要特点进行总结分析。综述当前交通事故急救进展研究, 经分析显示院前急救对提高交通事故致伤患者救治成功率作用重大, 可有效降低交通事故致残、死亡发生率。

关键词:交通事故; 急救; 进展

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 04-415-01

近年来, 随着经济高速发展, 人们生活水平得到显著提升; 而交通事故发生率也明显升高, 造成因车祸致伤患者越来越多, 车祸伤患者病情复杂、多样性, 且致残率与死亡率较高。有关研究指出, 交通事故发生后半小时内对受伤患者实施科学的急救, 可极大减少车祸伤患者致残率、死亡率[1]。因此, 院前急救是院前急救治疗至关重要的环节。笔者结合近年来交通事故急救进展进行研究分析, 报道如下。

1 交通事故流行病学调查

据世界卫生组织于《2015年全球道路安全现状报告》指出, 每年全球约有125万人因道路交通事故死亡, 约5000万人致残或致伤, 而发展中国家车祸事件发生率高达85%。而我国每年约有10万人死于交通事故, 每天约300人, 交通事故死亡率长期居于世界第一。国内学者对院前急救流行病学调查显示, 院前急救数量统计中车祸伤患者居于第5位。且有研究指出, 重大交通事故致伤患者多为青壮年男性, 经过研究分析可能与酒驾及社会作用存在一定相关性[2]。

2 交通事故特点

(1) 车祸致伤病理机制较复杂, 大型交通事故中, 患者往往因严重挤压或猛烈撞击致伤, 导致患者病情程度差异巨大、且病情复杂多样, 且致伤因素较多、病理机制复杂, 大部分患者合并多处损伤, 患者病情危急, 稍有耽误则可危及患者生命[3]。

(2) 车祸致伤病情严重, 因交通事故致伤患者, 大部分患者常合并严重软组织损伤、出血、骨折等, 其病理机制极为复杂; 此外, 不同患者因体质问题, 病情严重程度呈现巨大差异化。

(3) 车祸致伤病灶部位差异大, 重大交通事故中, 患者因诸多不可控因素致伤, 导致患者损伤数量、损伤部位、损伤程度等均不同。据有关研究指出, 交通事故致伤患者平均1.52个损伤部位, 常合并体表损伤、胸部外伤、颈部损伤、颅骨损伤等, 而盆骨损伤、四肢损伤、颈部损伤发生率最高, 且患者严重程度差异较大。

(4) 车祸致伤患者治疗难度较高, 经分析与以下因素相关: ①患者存在多功能、多部位损伤, 导致出现救治矛盾, 临床治疗存在较大难度。②致伤后存在多处损伤、损伤程度病情较为复杂, 极大增加临床治疗难度。③院前急救存在诸多限制, 如患者受伤后急救药物、设施匮乏等, 只可实施基础治疗, 急救效果欠佳。④交通事故伤患者, 因损伤较为复杂, 临床诊断中困难度较高, 易发生漏诊、误诊现象, 延误患者最佳治疗时机[4]。

3 交通事故院前急救

院前急救中快速反应是其首要环节, 规范分级救治、合理的区域性救治体系是其基本方法。现目前, 我国尚未形成完整的、统一地的急救网络及组织模式; 而我国各地区院前急救模式, 因经济状况、人口分布、地域环境等因素差异, 其呈现多元化发展, 各地院前急救网络不尽相同。城市急救网络的建立相对较为完善, 农村急救网络因经济水平、地域环境所限制。尽管不同地区救治模式的不同, 救治水平、技术等存在优劣, 但急救治疗中院前急救仍然起到不可或缺的重要作用, 是挽救交通事故致伤患者生命的重要措施[5]。

(1) 伤情评估: 救护医疗人员抵达车祸现场后, 首先对患者伤情使用五步快速检诊程序进行评估, 评估方法: ①听: 听患者呼吸情况, 判断是否存在通气阻碍情况; ②看: 仔细观察患者胸部运动是否对称、有无颈静脉怒张、是否存在口舌紫绀或苍白等; ③摸: 用手探查患者颈动脉及桡动脉, 检测患者脉搏情况; ④问: 询问患者受伤情况, 判断其意识状态; ⑤测: 若患者存在脉搏细弱、意识不清楚, 立刻对其进行血压检测, 对患者休克程度进行判断。随着医疗技术发展, 临床中出現多种伤情评估方法, 包括: CRAMS评分、现场指数(PHI)、创伤计分(TS)、创伤指数(TI)等, 不同评估方法适用范围不同, 且优缺点不同。

(2) 基础生命支持: 现场医务人员对患者伤情评估后, 立即实施救治; 救治顺序: 危重患者紧急处理、中度伤员优先处理、轻度伤员延期处理, 且批量伤员救治时需遵循“后治伤先救命、后轻伤先重伤、先抢后救”的策略。相关医务人员, 现场急救时需注意沉着冷静、准、稳、快、轻节奏, 给予伤员安全感。现场急救中, ①对失去意识、心跳停止、呼吸停止等患者首先对其实施心脏复苏救治; ②使用静脉滴注浓度20%甘露醇救治颅内压增高患者; ③解开昏迷患者颌带、并将其头偏向一侧, 保持其呼吸顺畅, 同时清除患者呼吸道、口腔血块、呕吐物、分泌物。④使用舌钳拉出存在舌后坠患者舌体, 并将通气管放置, 必要时实施气管插管及切开环甲膜。⑤若患者可自主呼吸, 但呼吸弱、呼吸浅及发绀者, 实施面罩吸氧或鼻导管, 使患者血氧饱和度尽量维持90%以上; ⑥对存在失血性休克、严重复合伤患者建立静脉通道, 根据上缘控制复苏原则实施输液扩容处理, 控制80~90mmHg收缩压[6]。

(3) 创伤处理: 根据损伤控制外科原则, 创口防感染处理、有效止血、保护伤口, 避免创伤加重等。①止血处理: 急救中快速止血是降低死亡率重要方法; 鼻出血患者可使用凡士林纱条或棉球填塞止血; 四肢表面出血则使用加压包扎或止血带止血, 若创伤较深使用凡士林纱布填塞止血。②包扎处理: 若伤者存在腹腔肠管或脏器脱出, 则将脏器使用无菌容器扣于患者腹壁上, 对其进行覆盖敷料、环形垫及包扎固定。使用凡士林油纱厚敷料覆盖存在开放性气胸创口。③固定: 科学固定可避免患者四肢骨与脊柱损伤加重。

(4) 加强急诊人员专业能力: 急救人员在保证高强度的专业能力前提下, 其一, 同时需加强急救人员的协调能力及行政管理能力, 保证在现场抢救时, 能协调、指挥及组织现场的整体抢救工作, 使现场抢救工作稳步有序的进行, 保证抢救、分诊、转运等工作的科学进行, 最大限度降低伤残率及死亡率。其二, 重大交通事故现场情况极为复杂, 现场环境混乱、人多、气氛紧张, 而院外抢救工作者十分迫切。而发生车祸家属, 往往情绪激动, 医患纠纷发生率较高, 对此, 院外抢救人员, 加强与患者家属的沟通与安慰, 最大限度调动一切积极因素, 及时化解矛盾冲突, 减少就分时间发生。其三, 加强心理干预, 重大交通事故中, 无论是患者本身或家属, 均存在暴躁、恐惧、惊慌失措等情绪; 对此, 护理急救人员需重视, 以从容态度、温暖的语气, 熟练地技术基于患者及家属安全感, 获取其信任, 并主动基于其心理疏导, 使其积极配合治疗。

4 小结

重大交通事故中, 患者损伤程度一般较为严重, 伤后30min内是救治黄金时间, 同时也是患者死亡较高时间段。现场急救中, 准确、快速的评估伤情, 正确的急救处理, 对提高患者生存率、降低致死率等具有重要作用。

参考文献

- [1]王晓, 吴卫华, 杨中林. 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.
- [2]殷新疆. 探索车祸致严重多发伤的临床急救方法及疗效[J]. 世界最新医学信息文摘:连续型电子期刊, 2015(74):103-104.
- [3]杨新疆. G75线兰海高速公路钦州市路段交通事故伤及救治调查研究[J]. 临床合理用药杂志, 2016, 43(29):145-146.
- [4]曹夏芸. 序贯评估病情在交通事故患者院前急救护理中的应用[J]. 医药前沿, 2017, 7(6):286-287.
- [5]韩国祥, 梁旭光, 朱迪. 车祸所致脑外伤与创伤后应激障碍的急救分析[J]. 世界最新医学信息文摘:电子版, 2017(36):106-107.
- [6]俞亚菊, 张文洁. 医护一体急救管理模式在急重车祸急诊处理中的应用效果评价分析[J]. 浙江创伤外科, 2015(1):78-80.