

· 临床经验 ·

严重多发伤院前急救与转运体会

杨 玘, 花海明, 曹志龙

〔摘要〕 目的 探讨严重多发伤院前急救与转运体会。方法 选取某中心接诊的严重多发伤 151 例,就院前急救诊治情况进行回顾性分析。结果 151 例中,途中行心肺复苏 10 例,复苏成功 2 例,死亡 8 例,经抗休克等治疗安全转运至医院 143 例;院前诊断符合率 100%。结论 严重多发伤的院前急救的关键是争取黄金 1 h 和铂金 10 min,积极进行高效的救治是提高患者生存率的关键。

〔关键词〕 严重多发伤;院前急救;转运

〔中图分类号〕 R641 〔文献标志码〕 B doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2014.06.024

多发伤是指同一致伤因素引起的两个或两个以上脏器或解剖部位损伤,且至少有一处危及到患者的生命,其伤情复杂,病情变化快,并发症发生率高,容易导致休克、感染和多脏器功能衰竭,已经成为当今人类残废主要原因之一^[1]。在我国,创伤是继心脏病、恶性肿瘤、脑血管疾病之后的第四个死亡原因^[2],是 1~34 岁居民的第一位死因^[3]。因此,在院前实施高效救治显得尤为重要。本文对 2013 年 1~12 月急救科接诊的 151 例严重多发伤进行回顾性分析,报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 本组 151 例,男 92 例,女 59 例,年龄 2~91 岁,平均 45.6 岁。受伤时间为 6 min~7 d。伤及 2 个部位者 67 例(44.4%),伤及 3 个部位者 72 例(47.7%),伤及四个部位及以上者 12 例(7.9%)。排除标准:在急救车到达现场时心跳呼吸已经停止的患者。

1.2 方法

1.2.1 迅速出救 当调度员接到急救电话时力争在最短时间获得事发地址、患者人数、伤员伤情及现场联系电话,并通知急救人员快速出诊。

1.2.2 现场急救 到达事发地后快速将伤员脱离险地,按“CRASHPLAN”(Cardiac 心脏,Respiratory 呼吸,Abdomen 腹部,Spina 脊柱,Head 头颅,Pelvis 骨盆,Limb 四肢,Arteries 动脉,Nerves 神经)顺序,短时间内对患者做完伤情评估,明确急救重点。清除口鼻分泌物及血液,开放气道,确保呼吸道通畅,取出患者义齿。放置口咽通气管,可有效解除因舌根后坠引起的窒息,烦躁患者口咽通气管不易固定,

可使用喉罩进行辅助通气^[4]。分泌物及呕吐物引起的窒息,用吸痰器清除后酌情行气管插管。心跳呼吸停止者就地平卧行心肺复苏与电除颤。开放性伤口迅速包扎止血,大血管损伤者,在损伤血管的近心端扎止血带,力度以阻断动静脉血液通过为宜,并标记时间,定期放松。脏器脱出者,用无菌敷料覆盖,严禁将污染组织还纳。异物插入体内者严禁拔出,妥善固定后转送。胸部开放性伤口,用无菌棉垫填充后加压包扎,无法填充时,让患者卧于浮侧,限制反常呼吸。张力性气胸者用大号针头在锁骨中线第二肋间紧急穿刺排气。搬运患者动作轻柔,意识不清者一律用颈托保护颈椎,保持整个躯干处于同一水平线,避免因搬运造成的二次损伤。用担架运送时,患者足在前头在后,妥善固定伤员。

1.2.3 途中急救与转运 经现场处理后,快速转运至急救车内,利用车内现有的药品仪器做进一步诊治。监测生命体征,积极吸氧,选择上肢血管,建立静脉通路。密切观察病情,注意呼吸、意识、瞳孔变化,及早发现并处理隐蔽部位的伤情,避免漏诊、误诊^[5]。途中通过院前急救网络及时与就近有条件的医院急诊室联系,做好抢救准备。

2 结果

151 例严重多发伤患者致伤原因见表 1。受伤部位见表 2。开放性损伤 109 例,占 72.2%,闭合性损伤 42 例,占 27.8%。151 例中伴休克 53 例,昏迷 28 例,呼吸衰竭 14 例。伤情按 AIS-ISS(90)评分标准评定,>16 分为严重创伤,本组评分(35±8)分。院前诊断符合率 100%。途中心跳呼吸停止行心肺复苏 10 例,复苏成功 2 例。143 例成功转运至院内,并经 B 超、X 线、CT 确诊为多发伤,给予抗休克治疗,

同时实施急诊手术。死亡 8 例,占 5.6%,主要死因为脑疝、失血性休克引起窒息、心跳呼吸骤停。

表 1 严重多发伤致伤原因			
致伤原因	n	AIS-ISS(90) 评分	死亡人数
交通伤	97	33 ± 7	4
坠落伤	38	42 ± 5	4
挤压伤	7	34 ± 3	0
刀刺伤	1	20	0
其他	8	35 ± 4	0

表 2 严重多发伤受伤部位(例)								
受伤部位	头颈损伤	胸部损伤	腹部损伤	骨盆骨折	脊柱骨折	四肢骨折	面部损伤	体表损伤
交通伤	72	28	27	15	17	34	19	45
坠落伤	25	23	8	3	15	28	2	5
挤压伤	2	4	1	1	2	3	1	0
刀刺伤	0	1	1	0	0	0	0	1
其他伤	3	3	0	0	0	1	5	7
合计	102	59	37	19	34	66	27	58

3 讨 论

严重多发伤伤情复杂,救治难度极大。据统计,因严重多发伤死亡的患者 50% 死于创伤现场,30% 死于创伤早期,20% 死于创伤后期并发症。因此,抓紧伤后“黄金 1 h,铂金 10 min”,遵循“先救命后治伤,先抢后救,抢中有救”的急救原则^[6]尤为重要。在院前急救中应注意以下问题。

3.1 缩短院前急救反应时间 从调度接到呼救开始,到急救车抵达现场并展开抢救所需要的时间,称为院前急救反应时间。它是反应院前急救质量的重要指标。国内平均急救反应时间为 15 min,美国为 9 min。本中心按照白天 1 min,晚上 3 min 内迅速出诊,本组病例院前急救反应时间为 7~34 min,平均 12.3 min。

3.2 现场抢救要分秒必争 由于现场抢救设施及条件有限,只能局限于施行必要的初期急救。多发伤尤其是已经合并创伤性休克的患者在院前的时间必须短暂,因此,笔者主张在现场的检查抢救时间尽量控制在 3 min 以内(现场实施心肺复苏者除外),不能一味强调现场抢救而延迟转运时间,详细的体检与输液治疗可以在急救车内边转运边进行。

3.3 院前合理补充液体 研究认为,严重多发伤中休克发生率达 50%。院前及时建立静脉通路,保证液体的快速输入是提高抢救率的前提。休克患者快速输入平衡液、右旋糖苷等扩容,由于此种休克主要

原因是失血,故对液体复苏的要求为既不加重创伤部位的出血,又不因严重低血压而出现心搏骤停,一般认为维持收缩压在 80~90 mmHg 即可。有研究^[7-8]认为,低血压性液体复苏对多发伤患者的院内病死率无明显影响。黄越^[9]报道,对严重多发伤患者选用果糖氯化钠进行液体复苏,能显著改善患者酸中毒情况。有颅内高压症的患者给予 20% 甘露醇 250 mL 快速静脉滴注,防止神经元损伤,维持内环境稳定,对提高合并颅脑外伤的多发伤救治成功率可能有所帮助^[10]。

3.4 转运途中涉及的安全问题 在转运途中随时观察患者的神志、表情变化,注意固定骨折用的夹板是否有松动,静脉穿刺针是否有脱落。本中心近年使用一次性成型上下肢夹板,大大缩短了以往用绷带、纱布、小夹板现场固定时间,且增加了固定牢固度。本组 151 例均采用留置针,静脉穿刺成功率达 98%,途中无一例脱落。由于多发伤事件事发突然,家属和患者都有焦虑和恐惧情绪,急救处理时要沉着冷静,不随便讨论病情的愈后,让患者和家属有安全感,积极配合治疗。耐心做好解释工作,必要者签订病危通知书。到达医院后与接诊医师做好患者病情和药物治疗的交接工作,详细说明受伤原因、损伤部位等,做到抢救工作的无缝隙衔接,并完成此次院前急救病历的书写。

综上所述,遵循急救原则,加强早期急救,能使严重多发伤患者有更多的机会在黄金时间内得到高效的救治,提高患者的生存率。

【参考文献】

[1] 齐志伟,于学忠.多发伤的治疗进展[J].中国急救医学,2010,30(3):69-70.
[2] 刘爱军.89 例多发伤的临床诊治分析[J].中国当代医药,2012,19(27):190-192.
[3] 杜洪燕.关于急诊科管理的探索与实践[J].当代医学,2011,17(2):124.
[4] 谢文卓,李旷怡,谢映琴,等.喉罩在院前抢救急危重病中的应用[J].广西医学,2009,31(9):1300-1301.
[5] 宋 斌,胡海波,王怀云,等.多发伤的特征及早期救治探讨[J].东南国防医药,2012,14(6):491-493.
[6] 李柏涛.严重多发伤的院前急救方法探讨[J].当代医学,2014,20(18):82.
[7] 文 亮,田 君.严重创伤患者院前液体复苏的研究进展[J].中国急救医学,2006,26(2):135-136.
[8] 王 梅.限制性液体复苏创伤失血性休克中的临床应用[J].中国中西医结合急救杂志,2010,17(1):51-52.
[9] 黄 越.果糖氯化钠注射液在车祸严重多发伤救治中的临床研究[J].中国当代医药,2011,18(19):48-49.
[10] 谭 浩,何奇元,姚元章,等.32 例以颅脑损伤为主的多发伤救治体会[J].创伤外科杂志,2010,12(1):19-21.

(收稿日期:2014-08-17;修回日期:2014-10-15)
(本文编辑:黄攸生)