维普资讯 http://www.cqvip.com

创伤性休克230例诊治分析

赖湘群 （兴宁市人民医院急诊科，广东 兴宁 514500）

［摘 要］ **目的** 探讨进一步提高创伤性休克的诊治水平。**方法** 回顾性总结1999年1月～2004年12月我院急诊科230例严重创伤病人，对患者年龄，创伤严重程度评分，伤后就诊时间，是否手术，输液输血量等因素进行统计分析。**结果** 230例严重创伤病人中抢救成功率为71.3%，创伤病死率为28.7%。**结论** 严重创伤、重度休克、长时间低血压、非正确休克复苏是影响休克治疗效果的主要因素。早期实施确定性抢救手术，可以有效地提高创伤性休克的救治效果。

［关键词］创伤；休克；手术
［中图分类号］R641 ［文献标识码］A ［文章编号］1672-5042(2007)01-0005-02

Analysis of diagnosis and treatment of 230 patients with traumatic shock

LAI Xiang-qun(Department of Emergency, the People's Hospital of Xingning City, Xingning 514500, China)

Abstract: Objective To improve the level of diagnosis and treatment to the traumatic shock. **Methods** 230 cases of patients with severe traumatic shock treated in our department between Jan. 1999 and Dec. 2004 were analyzed retrospectively, and their age, injury severity scale, time to hospital after injury, operation, blood pressure and fluid resuscitation volume etc were analyzed by binary logistic regression to show the relationship between the factors and the outcome. **Results** The rescue success rate was 71.3% (164 cases), and traumatic mortality was 28.7% (66 cases). **Conclusion** Severe trauma and shock, hypotension and incorrect resuscitation manipulation are the main factors affecting the result of resuscitation and treatment of traumatic shock, early definite rescue surgery can effectively improve the result of severe trauma therapy.

Keywords: trauma; shock; operation

近年来，严重创伤病人在医院急诊抢救工作中所占的比例日益增多，如何提高严重创伤特别是多发伤患者的救治成功率，已成为急诊科研究的一个迫切课题。本文对我院急诊科1999年1月至2004年12月期间救治的230例严重创伤病人，进行回顾性研究，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

230例均为我院急诊科处理病人，男性175例，女性55例，年龄4～73岁，平均年龄32.6岁。致伤原因包括交通事故伤158例，挤压伤26例，穿透伤17例，坠落伤15例，砸伤14例。多发伤205例；创伤部位以四肢、骨盆伤为主的79例，腹部创伤为主75例，胸部创伤52例，颅脑创伤24例；损伤严重度评分(ISS据AIS1990版计算)均≥20分，本组伤员均伴有不同程度的休克，其中轻度休克49例，中度休克112例，重度休克69例，见表1。

1.2 救治方法

按照国际创伤急救复苏ABC原则，对各类创伤病人分级救治。①快速评估伤情；②有效的扩容；③气管插管，机械辅助通气；④血氧监测；⑤确定性手术；⑥预防和控制感染。

表1 就诊时休克分布状况(%)

创伤部位	n	休克程度		
		轻度	中度	重度
头颅损伤	24	37.50	33.30	29.20
胸部损伤	52	19.20	51.90	28.90
腹部损伤	75	21.30	64.00	14.70
四肢及骨盆伤	79	17.70	36.70	45.60

2 结果

本组230例严重创伤病人经急诊早期确定性手术等治疗，存活164例，死亡66例。创伤休克程度与治疗效果见表2。在死亡病例中，急诊复苏过程中死亡21例，在来院第1 h内死亡11例，第2 h内死亡5例，2 h以后及术中死亡4例，复苏后死于多器官功能衰竭25例。

表2 创伤休克程度与治疗效果情况分布(%)

休克程度	n	死亡率	存活率
轻度	49	12.24	87.76
中度	112	20.54	79.46
重度	69	46.38	53.62

［作者简介］赖湘群(1969-)，男，广东省兴宁市人，主治医生，主要从事创伤外科的研究。电话：(0753)3363024
［收稿日期］2006-10-10 ［修回日期］2006-12-18

维普资讯 http://www.cqvip.com

3 讨论

创伤性休克的发生与两种因素有关,一是出血引起有效血容量下降,组织灌注不足缺血缺氧;二是创伤后细胞受损,释放出氨基磷脂和其它炎性细胞因子,激活凝血系统和激肽系统,形成微血栓,引起一个或多个器官的微循环障碍,最后导致DIC和多脏器功能衰竭。

3.1 流行病学特点

本资料显示,受伤人群高峰年龄在16~30岁。创伤原因以交通伤比例最高,其次是械斗、工伤事故等。创伤部位以四肢、骨盆伤最多,其次是腹部、胸部和颅脑损伤。

3.2 严重创伤的救治要点

对严重创伤的患者,在积极抗休克的同时,注意多发伤救治,提高救治效果。在操作中,实行两次检查法,即首先判断并处理致命损伤,然后再进行全身系统检查,以求发现所有损伤。实践证明两次检查法能大大降低严重多发伤的误诊和漏诊[1]。由于多发伤伤情的不确定性,要时刻以"救命为主"作为指导思想,拟定抢救方案,并根据伤情及时调整。救治应遵循简单有效的原则,争取短时间内完成,以免加剧患者内环境的进一步紊乱。

3.3 强调"黄金1 h"和"白金10 min"的理念

严重创伤患者的抢救关键在早期,即"黄金1 h"和"白金10 min"[2]。据统计,在创伤死亡的患者中,50%死于现场,30%死于早期,20%死于后期并发症[3]。休克后1 h内得到抢救的死亡率为10%,超过1 h则明显增加,超过8 h死亡率为75%[4]。所以国内外均强调伤后"黄金1 h"的抢救,而这1 h内,前10 min又是决定性的时间,被称为"白金10 min",这段时间内如果能控制患者的出血,预防窒息的发生,可避免患者的死亡。"白金10 min"期间是以防治心脏停搏发生为目标,为后续抢救赢得时间。本资料显示,死亡病例,其急诊滞留时间明显较长。所以,创伤急救应重视早期抢救的时间观念,建立起生命救治的绿色通道,以提高严重创伤的抢救成功率。

急诊外科应注意早期实施确定性抢救手术。严重创伤患者病情变化快,对全身各系统生理功能产生显著影响,死亡率高,应采取综合复苏措施,迅速制定有效的抢救计划,早期实施确定性抢救手术。抢救采用分级救治:①威胁生命的严重创伤应立即手术。②尚未威胁生命的严重伤,休克不严重,可边抢救边做术前准备。③可以观察和延迟手术的创伤,进行充分术前准备,再行手术。分级救治可以明显提高手术成功率,本组实施早期确定性抢救手术171例,成功153例,成功率89.5%。

3.4 创伤性休克的液体治疗

传统观点认为,对于失血性休克患者应尽早建立静脉通道,大量补液,充分恢复患者的有效血容量和使血压恢复至正常,保证组织的血液灌流和氧供。然而,大量补液会使损伤部位已形成的血栓脱落,局部压差增大,血管保护性痉挛解除而加重出血,使并发症和死亡率升高[5-6]。Lucast等[7]根据严重创伤休克的病理生理特点及病程经过,将严重创伤休克病程分为3个阶段,第一阶段为活动性出血期,第二阶段为强制性血管外液体扣押期,第三阶段为血管再充盈期,根据各阶段的病理生理特点采取不同的复苏原则与方案。对活动性出血期,使用平衡盐液和浓缩红细胞复苏,比例为2.5:1,血红蛋白和血细胞比容分别控制在100 g/L和0.30。对强制性血管外液体扣押期,治疗原则是在心肺功能耐受情况下,维持机体足够的有效循环血量,尿量控制在20~40 ml/h。此期可能会出现少尿甚至无尿,这时不主张大量使用利尿剂,关键是补充有效循环血量。对血管再充盈期,治疗原则是减慢输液速度,减少输液量,同时在心肺功能监护下可使用利尿剂。

本文认为,在影响创伤性休克预后的因素中,手术最为重要,其次是伤后就诊时间、创伤严重程度评分和术前时间,应大力加强院前急救工作,缩短现场反应时间和术前准备时间。对输液和输血,应强调早期中量、快速进行限制性液体复苏,保证重要脏器的灌注。

[参考文献]

[1] 陈晓红. 判断误诊的相对标准[J]. 临床误诊误治,2000,13(1):13-14.

[2] Willian C, Shoe Marker, Anderew B. Resuscitation from severe hemorrhage[J]. Crit Care Med, 1996, 24(2):s12-s23.

[3] 苏鸿熙,刘世桓. 现代多发伤治疗学[M]. 北京:人民军医出版社,1993.100-102.

[4] 加来倍雄. 紧急手术救命率向上[J]. 急救医学,1992,16(10):113.

[5] Dana MS, Malcolm R, Wen CH, et al. The effects of varying fluid volume and rate of resuscitation during uncontrolled hemorrhage[J]. J Trauma,1999,46(2):209-215.

[6] Nadia S, Ping W, William G, et al. Resuscitation after uncontrolled venous hemorrhage:does increased resuscitation volume improvere gional perfusion[J]. J Trauma,1998, 44(4):701-708.

[7] Lucas CE, Ledgewood AM, Saxe JM, et al. Resuscitation from hemorrhagic shock[A]. Ivatury R R. Penetrating truma[M]. New york: Williams Wilkins, 1996. 183-194.

(编辑:兰阳军)