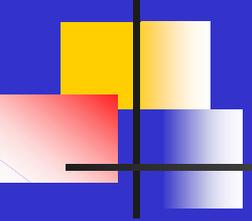


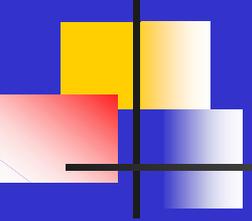
多发伤的早期外科临床处理



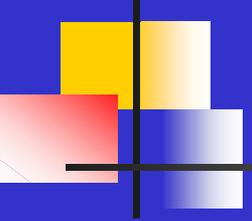


多发伤不是各种创伤的相加，而是一种对全身状态影响较大，病理生理变化较严重且危及生命的一种损伤，多因严重休克、大出血、呼吸障碍等而死亡。

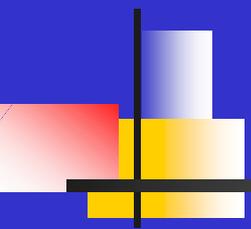
及时早期处理即便得当，后期亦可发生心肺功能不全、呼吸窘迫综合症、再灌注损伤综合症、多器官衰竭综合症、重症感染性休克等严重的合并症。因此，有人将多发伤称为外伤症候群，亦有人建议将多发伤看作为一个独立的临床综合症。



多发伤是指在同一伤因打击下，人体同时或相继有两个以上的解剖部位或脏器受到严重的损伤，即使这些损伤单独存在，也属于较严重者。

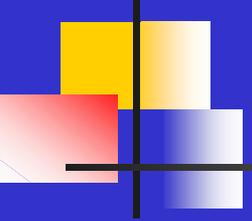


严重多发伤多由于车祸、爆炸伤、高处坠落伤等所致。

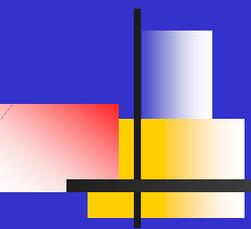


一、多发伤的临床特点

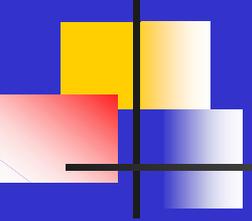
(一) 对危重多发伤初步观察



严重伤员到达医院后，首诊医生首先应注意伤员的神志、面色、呼吸、血压、脉搏、体位、出血、伤肢姿态，有无大小便失禁、衣服撕裂和血迹，呕吐物污染的程度等情况。这些征象，可以立即提供伤员的全身情况及生命的致命伤及其部位，为应该采取那些紧急抢救措施，提供重要依据。

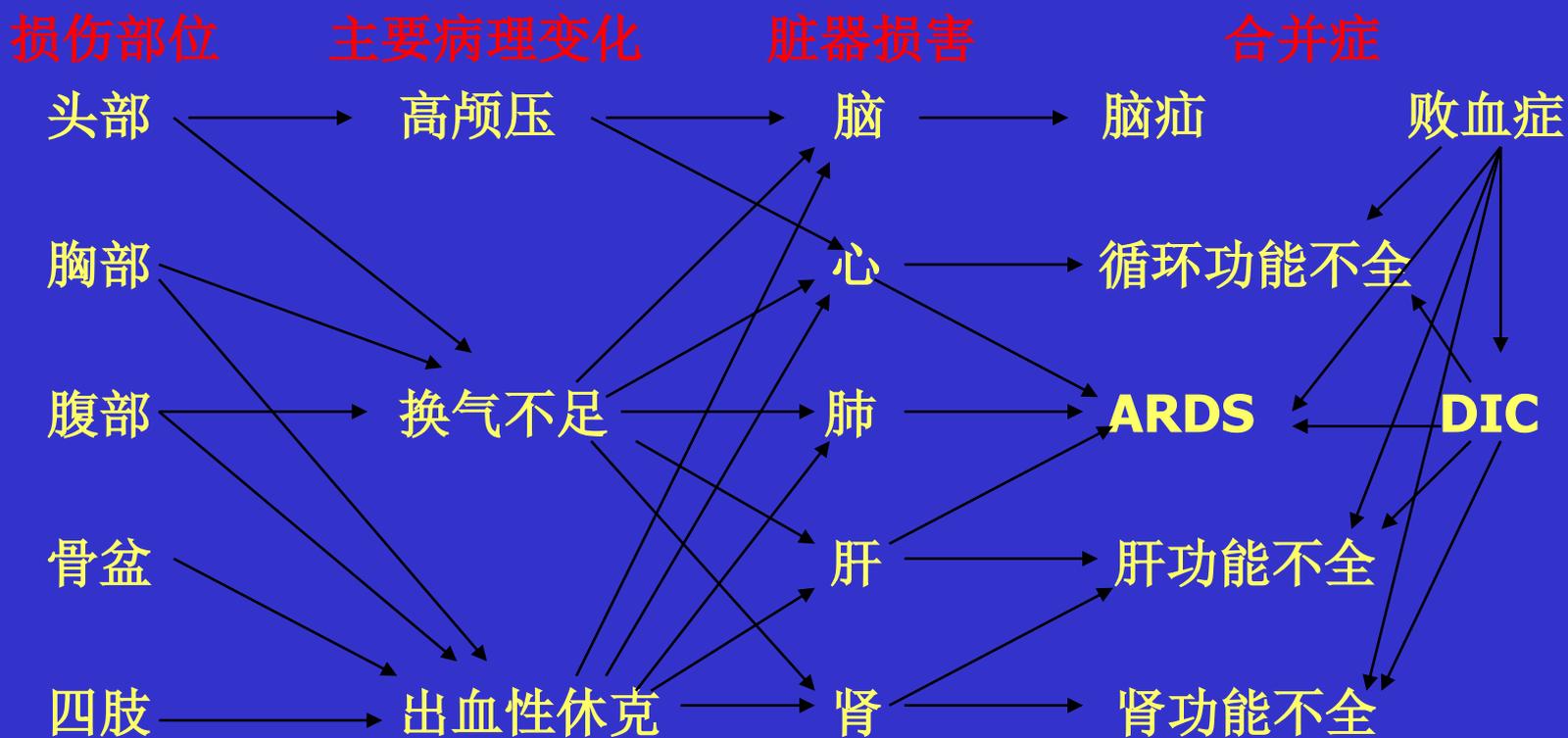


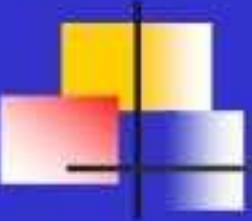
(二) 应激反应严重、伤情变化快、
死亡率高



严重多发伤都伴随着一系列的复杂全身性应激反应，反应程度除与创伤的严重程度有关外，尚受创伤的性质、部位和受伤时情况的影响。由于互相影响，发生严重的生理紊乱及病理生理变化（见图）。这些严重的紊乱，对于来诊的伤员，常可能在几分钟内决定生与死。

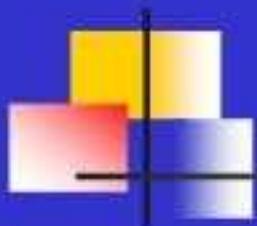
多发伤的病理生理变化



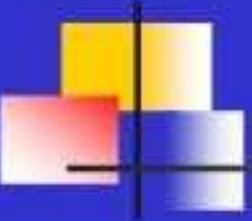


有人报告，多发伤伴有头部外伤的死亡率分别为**77.1%**和**42%**，二者有显著的差异。受伤部位越多，死亡率越高。有人报告，受伤**2、3、4、5**个部位的死亡率分别是**49.3%**，**58.3%**，**60.4%**，及**71.4%**。

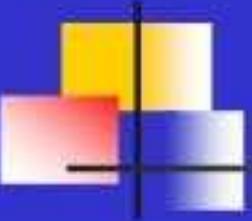
胸、头、腹部多发伤占**84.4%**，胸、头、腹及四肢多发伤占**87%**。颅脑外伤合伴休克者死亡率可高达**90%**。



(三) 伤势重，休克发生率高

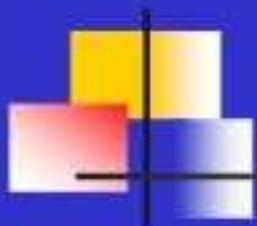


严重多发伤损伤范围广、失血量大，休克发生率高。每例严重多发伤，无论低血容量体征明显与否，都有休克。一般报告休克总发生率为**50%**，胸、腹联合伤为**67%**。

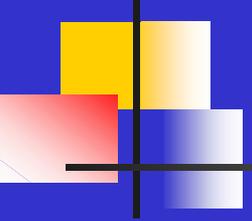


解放军总医院报告，严重多发伤的休克发生率**66.7%**，其中收缩压在**10.7kpa(80mmHg)**以下占**80%**。严重多发伤休克的另一特点是低血容量休克与心源性休克（由胸部外伤、心包填塞，心肌挫伤、创伤性心肌梗塞所致）有时同时存在。

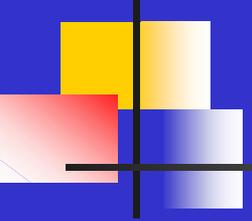
在抢救时要注意观察，并进行分析及心电图监测，确诊后早期处理。



(四) 严重低氧血症

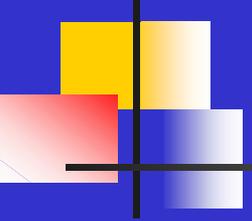


严重多发伤早期低氧血症发生率很高，可高达**90%**。尤其是颅脑外伤、胸部外伤伴有休克或昏迷时，**PaO₂**可低至**4.0~5.3kPa** (**30~40mmHg**) 严重水平。

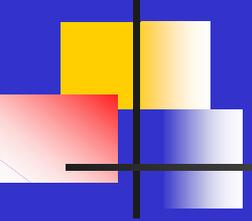


严重颅脑外伤及胸部外伤为主的多发伤进行早期血气分析，**PaO₂**均有明显的下降

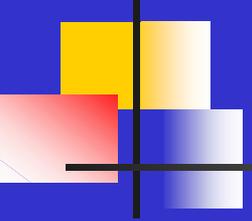
4.6~6.1kPa (34.5~46mmHg)，临床特点可分两型：一是呼吸困难型，缺氧现象较明显，易于识别；另一为隐蔽型，临床上缺氧体不明显，仅有烦躁不安的现象，如不注意低氧血症，而给予止痛剂，伤员可能发生呼吸停止。必须提高警惕。



三、多发伤的急救

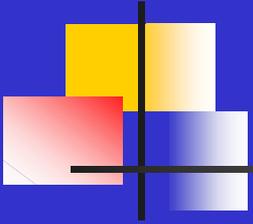


严重多发伤抢救必须迅速、
准确、有效。其程序和计划
的内容是**VIPC!**

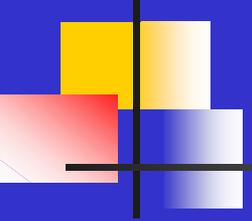


(一) $V=V_{\text{ventilation}}$

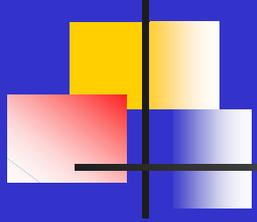
要求保持呼吸道通畅及充分通气供氧。



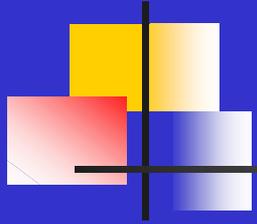
在处理多发伤病人时，特别是头、颈、胸部伤病人时，维持呼吸道通畅必须占最优先的地位，其处理原则如下：



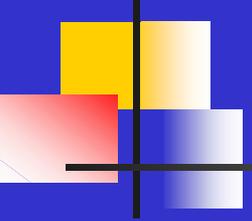
1.颅脑外伤昏迷：及时清除口腔血块、呕吐物，痰及分泌物，即刻作气管内插管，迅速清理呼吸道后，用呼吸机进行机械通气。



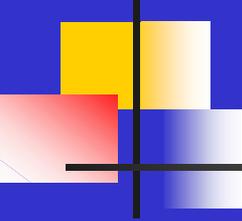
**2.颌面外伤、颈椎外伤、喉部外伤；
早期作环甲膜切开或气管切开术。**



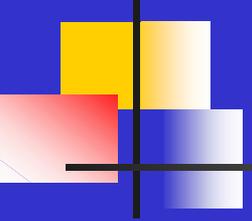
(二) I=Infusion
指输液、输血扩充血容量及细胞外液。



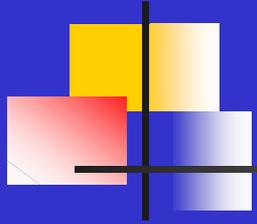
多发伤休克的主要病理变化是有效血容量不足，微循环障碍。当病人已出现明显休克状态时，预计失血量一般在**1000~2000ml**以上。因此，在抢救严重多发伤病人时，恢复血容量的重要性不次于纠正缺氧。**Lucas**主张，对多发伤并休克的病人一律在来诊第一个**15~30min**内快速输入平衡盐液**2000ml**，以求伤情迅速好转。



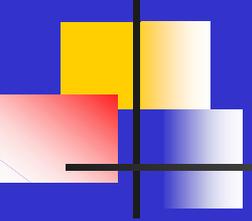
对严重多发伤病人常规迅速在上肢及颈静脉多个静脉建立通道，于第一个**30min**内推注平衡液**1000~1500ml**，中分子右旋糖酐**500ml**，如病人血压仍不回升，再输入非交叉配合的**o型全血400~600ml**。



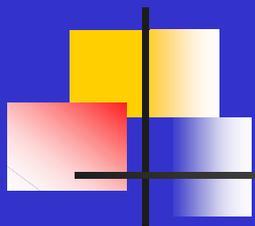
如休克体征仍不见好转，在排除心源性休克的基础上，使用抗休克裤，为进一步抢救赢得时间。在大量快速输液的基础上，给予碳酸氢钠（最初每公斤体重**1mmol/L**），以纠正代谢性酸中毒，但要避免过量。



(三) P=Pulsation
指对心泵功能的监测。



多发伤病人的休克除低血容量外，亦要考虑到心源性休克，特别伴有胸部多发伤，可因心肌挫伤、心包填塞、心肌梗塞或冠状动脉气栓而致心泵衰竭。有些病例低血容量性休克和心源性休克同时存在。在严重多发伤抢救中要监测心电图及血液动力学的变化，如中心静脉压(**CVP**)和平均的动脉压(**MAP**)。



当病人有休克体征，但静脉怒张，中心静脉压升高，血压又低，则为心源性休克。

如果低血容量休克与心源性休克同时存在时，以上症状多在补充血容量后才明显。对心源性休克应查明原因，作针对性的治疗。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/187060034135006054>