

少约为全年的1/5,与闽浙地区不同,闽浙地区均以秋季居多^[7,8]。4月份是本地区三年中出院病人最多的月份,其次是5月、6月,较2011年有所不同。2011年3月份是一年中出院病人最多的月份,其次是4月、12月。根据这一特点为了更好地做好医护人员人力资源的调配服务于病人,我院将自2015年1月份将普通儿科分成了独立的2个病区,大大地缓解了普通儿科住院病人的压力。

3.6 疗效评价 对于平均仅4.01 d的住院时间来说,有效率达91.2%可谓治疗质量优良,其治愈率低于温州育英儿童医院,与台州市第一人民医院及乐清市第三人民医院的报道接近,但病死率0.03%低于2011年的0.11%,亦低于上述三家医疗机构,远低于国内病死率标准。医院等级、医院规模、硬件设施、医疗环境和病源及住院病种和医疗水平的差异,对治愈率、有效率及病死率有一定的影响。我院作为市一级妇幼保健专科医院,应在做好普通病、常见病诊治的基础上不断提高疑难病及危重症的抢救水平,还应指导基层医院对重症、疑难和复杂病例的诊治,并协助周边基层医院对重症疑难患儿的诊治和转运。

综上所述,近3年本院普通儿科住院病例呈现以男性为主、婴儿为主、呼吸系统感染性疾病为主、

住院时间短、夏季较多秋季较少、月份差异较大的特点,临床医师和医院管理层应高度重视,更好地调配医护人员为患儿提供更优质的服务。

参考文献

- 1 段捷华. 儿科住院病例1788例临床分析[J]. 中国临床新医学, 2012,5(12):1140-1143.
- 2 金克微,李昌崇,蒋永贺. 儿科住院病例疾病谱及流行趋势6987例分析[J]. 中国儿童保健杂志,2010,18(11):898-900.
- 3 单小鹏,李昌崇. 5471例儿科留观病例分析暨儿科急诊观察室功能评价[J]. 中华急诊医学杂志,2009,18(1):74-78.
- 4 McDermott MF, Murphy DG, Zalski RJ, et al. A comparison between emergency diagnostic and treatment unit and inpatient care in the management of acute asthma[J]. Arch Intern Med, 1997, 157(18): 2055-2062.
- 5 Mace SE, Graff L, Mikhail M, et al. A national survey of observation units in the United States[J]. Am J Emerg Med, 2003, 21(7):529-533.
- 6 Browne GJ. A short stay or 23-hour ward in a general and academic children's hospital: are they effective? [J]. Pediatr Emerg Care, 2000, 16(4):223-229.
- 7 庄晓丽,谢冬. 2003年至2006年儿科住院病例分析[J]. 中国医药指南, 2008, 6(23):59-60.
- 8 蔡俏,张维溪,李昌崇. 2家医院儿科住院病例疾病谱分析[J]. 浙江预防医学, 2014, 26(11):1165-1188.

[收稿日期 2015-05-12][本文编辑 刘京虹]

学术交流

基层医院多发性创伤的急诊救治体会

黄可赞

作者单位: 530405 广西,宾阳县人民医院急诊科

作者简介: 黄可赞(1972-),男,大学专科,主治医师,研究方向:急诊医学。E-mail: kezanh@163.com

[摘要] 目的 探讨基层医院多发性创伤的临床特点及救治措施,提高急诊救治多发伤的成功率。方法 回顾性分析2010-02~2014-09宾阳县人民医院收治的66例多发性创伤患者的临床资料。结果 本组抢救成功56例,成功率为84.85%,死亡10例,病死率为15.15%。3种不同ISS评分者病死率比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。合并有颅脑损伤者病死率为23.33%,高于未合并颅脑损伤者的8.33%,但比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 多发性创伤致病因素多种多样,创伤程度ISS评分对多发性创伤患者预后评估具有一定指导价值,临床上对合并颅脑损伤的多发性创伤患者应加以重视。

[关键词] 多发性创伤; 基层医院; 救治体会

[中图分类号] R 641 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2016)02-0149-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.02.17

The experience of primary hospital in the treatment of multiple injuries HUANG Ke-zan. Department of Emergency, the People's Hospital of Binyang County, Guangxi 530405, China

[Abstract] **Objective** To investigate the clinical characteristics and therapeutic measures of multiple injuries in primary hospital. **Methods** Sixty-six patients with multiple injuries who were treated in the people's hospital of Binyang county from February 2010 to September 2014 were analyzed retrospectively. **Results** Fifty-six patients (84.85%) were successfully cured. 10 cases (15.15%) died. There were significant differences in the mortality rates in the different patient with the three types of ISS scores ($P < 0.01$). The mortality rate was 23.33% in the patients with complicated brain injuries, and it was 8.33% in the patients without complicated brain injury ($P > 0.05$). **Conclusion** The multiple injuries have various causes and ISS score can be used to predict the prognosis for multiple injuries. It needs to pay more attention to the patients with multiple injuries complicated with brain injuries.

[Key words] Multiple injuries; Primary hospital; Treatment experience

多发性创伤是指在同一致伤因素的打击下,人体同时或相继遭受 2 个或 2 个以上解剖器官或部位的创伤,是急诊科常见的一种伤型^[1]。主要由交通事故、工业和建筑业意外、械斗等所导致,具有损伤重、合并症复杂、病情凶险且进展快等特点,如救治不及时或处理不当很容易造成预后不良甚至死亡。近年来该伤型已成为我国 40 岁以下青壮年人群最主要的死亡原因^[2]。如何早期诊断、及时有效救治多发伤患者已成为目前急诊医学最具有挑战性的课题之一。本文对 2010-02 ~ 2014-09 我院收治的 66 例多发性创伤患者资料进行回顾性分析,总结多发性创伤的临床特点及救治体会,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 66 例患者中,男 41 例,女 25 例,男女比例为 1.64:1;年龄 13 ~ 77 (41.52 ± 8.36) 岁,其中 <20 岁者 6 例 (9.09%),20 ~ 45 岁者 47 例 (71.21%),>45 岁者 13 例 (19.70%)。从受伤到获得救治时间为 12 min ~ 5 h,平均 (0.92 ± 0.35) h,其中 <0.5 h 者 16 例 (24.24%),0.5 ~ 1 h 者 41 例 (62.12%),>1 h 者 9 例 (13.64%)。

1.2 致伤原因 以交通事故伤为主,共 40 例 (60.61%),其余的包括高山坠落伤 9 例 (13.64%),斗殴刀伤 7 例 (10.61%),挤压伤 5 例 (7.58%),其他 5 例 (7.58%)。

1.3 创伤部位及程度 创伤部位位于头部 30 例 (占 45.45%),胸部 19 例 (28.79%),腹部 14 例 (21.21%),泌尿系统 12 例 (18.18%),四肢 17 例 (25.76%),骨盆 13 例 (19.70%)。累及脏器损伤部位分布具体见表 1。创伤严重评分 (injury serious score, ISS) 标准为 ISS < 16 分为轻伤,16 分 ≤ ISS < 25 分为重伤,≥25 分为严重伤^[3]。本组 66 例患者中,<16 分者 15 例 (22.73%),16 分 ≤ ISS < 25 分者 35 例 (53.03%),≥25 分者 16 例 (24.24%)。

表 1 66 例患者主要创伤部位分布情况

创伤部位	例数	百分比 (%)
颅脑损伤 + 肢体多发性骨折	12	18.18
颅脑损伤 + 胸部损伤 + 多发性骨折	8	12.12
颅脑损伤 + 骨盆骨折 + 腹部脏器损伤	4	6.06
颅脑损伤 + 胸部损伤 + 多处软组织损伤	6	9.09
胸部损伤 + 颈椎骨折	2	3.03
腹部脏器损伤 + 骨盆骨折 + 多处软组织损伤	5	7.58
腹部脏器损伤 + 泌尿系统损伤 + 骨盆粉碎性骨折	7	10.61
四肢骨折 + 骨盆骨折 + 泌尿系统损伤	6	9.09
胸、腹部联合伤	10	15.15
腹部多脏器损伤	6	9.09

1.4 救治方法 接诊后对患者进行紧急损伤程度评估,按心脏 (cardiac)、呼吸 (respiratory)、腹部 (abdomen)、脊髓 (spina)、头颅 (head)、骨盆 (pelvis)、四肢 (limb)、动脉 (arteries)、神经 (nerves) (CRASH PLAN) 迅速进行体格检查及其他必要的辅助检查,根据伤情的轻重缓解进行针对性救治,并动态监测患者伤情变化。同时保持呼吸道通畅,给予清理呼吸道、吸氧等措施,对于经鼻导管或面罩高流量吸氧后脉搏血氧饱和度 (SpO₂) 仍低于 90% 者,果断采取气管插管予以呼吸机行人工呼吸支持。建立静脉通道进行液体复苏,快速扩容抗休克治疗,颅内高压者给予脱水降颅压,酌情肌注止痛药物如罗通定或曲马多。开放性伤口加止血包扎使之转为闭合性伤口,床边 B 超、X 线片有助于快速、准确地了解伤情,必要时在患者病情允许的前提下行 CT、MRI 等检查进一步确诊。对于疑有胸腹部损伤者即行常规诊断性胸腹腔穿刺,伴有严重血气胸、张力性气胸合并呼吸困难者紧急行胸腔闭式引流。需行外科急诊手术者,在各专科医师会诊明确后,经绿色通道直接进

入手术室进行急诊手术治疗。

1.5 统计学方法 应用 SPSS15.0 统计软件进行数据处理,计数资料率的比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 急诊救治结果 本组 66 例患者经急诊救治后,抢救成功 56 例,成功率为 84.85%,死亡 10 例,病死率为 15.15%。死亡原因分别为严重休克未纠正 1 例,颅脑损伤引起的呼吸循环衰竭 3 例,重度颅脑损伤合并休克 2 例,多脏器功能衰竭 3 例,严重感染休克合并呼吸循环衰竭 1 例。

2.2 不同 ISS 评分者病死率比较 66 例患者中 ISS < 16 分者 15 例,死亡 0 例,病死率为 0%; 16 分 $\leq$ ISS < 25 分者 35 例,死亡 3 例,病死率为 8.57%; ISS $\geq$ 25 分者 16 例,死亡 7 例,病死率为 43.75%。3 种不同 ISS 评分者病死率比较差异有统计学意义 ($\chi^2 = 14.036, P = 0.000$)。

2.3 有无合并颅脑损伤者病死率比较 66 例患者中,合并有颅脑损伤者 30 例,死亡 7 例,病死率为 23.33%; 未合并有颅脑损伤者 36 例,死亡 3 例,病死率为 8.33%,合并有颅脑损伤者病死率高于未合并颅脑损伤者,但比较差异无统计学意义 ($\chi^2 = 1.815, P = 0.177$)。

3 讨论

3.1 多发性创伤具有漏诊率高、休克发生率高、感染和并发症发生率高、病死率高等特点,多由高能量创伤所引起,近年来城市交通的迅猛发展和私家车的快速增多,使得因交通事故导致的多发性创伤所占比例逐年增高。本研究纳入的 66 例患者中,40 例 (60.61%) 由交通事故伤所引起,患者以青壮年人群为主,损伤部位包括颅脑、胸部、腹部、四肢、骨盆等,与近年来庄君灿^[4]、严明科^[5]等报道基本一致。由于多发性创伤患者伤情可涉及机体多个脏器、系统,往往伤情较重、复杂且进展快,因此早期准确诊断和评估伤情严重程度、及时综合救治对提高救治成功率、改善预后具有重要意义。

3.2 多发性创伤的诊断需遵循“边检查边救治”的原则,做到快速简捷不耽误、全面查体不遗漏^[6]。接诊后进行简明扼要的询问病史,尤其注意有无呼吸道梗阻、休克、大出血等危及生命的因素,急诊医师需牢记“CRASHPLAN”接诊程序,并以此为指导进行有的放矢、重点突出的体格检查。有资料显示多发伤漏诊中的 56.2% 是可以避免的,其中以脊柱、四肢及腹腔空腔脏器破裂等部位的漏诊最为多见,而脊柱损伤的漏诊可能导致遗留瘫痪,胸腹部

脏器损伤则可能直接导致患者失去救治的机会^[7],因此需尽可能减少或避免漏诊、误诊的发生。影像学检查包括 B 超、CT 等是精确诊断损伤部位及程度的基础,B 超有助于胸腔、心包腔和腹腔积液及腹腔脏器形态改变的诊断,对于不宜搬动者可行床边 B 超检查,而多层螺旋 CT 能在极短时间内完成多部位、多系统的检查,在头颅损伤、内脏损伤、骨折的诊断上具有显著优势,对于生命体征平稳的患者可推荐使用。迄今为止临床上仍缺乏一个公认的创伤严重程度评估标准,目前国内外最常用的是 ISS 评分法,其分值范围为 1~75 分, < 16 分为轻伤, ≥ 16 分为重伤,而超过 25 分则为严重伤。本研究结果显示,15 例轻伤者无 1 例死亡,35 例的重伤者死亡 3 例 (8.57%), 而 16 例的严重伤者死亡 7 例 (43.75%), 3 种不同 ISS 评分者病死率比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$),呈评分愈高病死率愈高的趋势,基本上能从客观上反映出患者伤情及创伤严重程度。

3.3 急诊严重多发伤需将主要精力和措施放在争分夺秒的抢救上,创伤后 60 min 是比较公认的决定伤者生死的关键时间段,应重视并抓住这“黄金 1 h”的救治时间进行积极有效的救治^[8],争取短时间内迅速平稳患者生命体征。对于严重多发伤患者需全面评估和权衡其各种损伤的轻重缓急,分清属于紧急处理和优先处理的范畴,处理重点及先后顺序的选择直接关系到救治效果。呼吸和循环功能障碍是严重多发伤患者面临的首要问题,早期救治应以“VIPCO”作为指导原则,其中 (1) V (ventilation): 保持呼吸道畅通,尽快清除呼吸道和口鼻部阻塞物,保证患者氧供、改善缺氧状态,必要时应果断行气管插管或切开上呼吸机给予人工呼吸支持; (2) I (infusion): 建立 2 条或 2 条以上静脉通道,快速进行液体复苏,扩充血容量,抗休克治疗; (3) P (pulsation): 加强生命监护,采用多功能监护仪对患者呼吸、脉搏、血氧饱和度、心电图等基本生命体征进行严密、动态监护; (4) C (control bleeding): 控制活动性出血,对于出血部位采取措施立即止血是复苏的关键,同时需注意止血、包扎、固定、搬运及转运方法的正确性,直接加压止血进行伤口包扎是最简单的止血方法^[9],对于压迫止血无效的四肢活动性出血者可考虑上止血带,对于腹腔内活动性出血需做好术前准备紧急进行手术止血; (5) O (operation): 严重多发伤涉及面广、伤情复杂,往往需要多科室联合进行共同抢救,对于直接影响生命的损伤进行急诊手术,如大量血气胸或张力性气胸者行胸腔闭式引流或开

胸探查、腹部活动性出血者行开腹探查止血手术及血管结扎术、清创缝合等。此外,有研究显示合并颅脑损伤的多发伤患者病死率要显著高于无颅脑损伤的多发伤患者($P < 0.01$),包括脑挫裂伤、蛛网膜下腔出血、颅内出血等^[10]。本研究中虽然合并颅脑损伤者与未合并颅脑损伤者之间病死率差异并未体现出显著性,与上述报道不一致,但合并颅脑损伤者病死率呈现出比未合并颅脑损伤者较高的趋势,差异无显著性可能与本组资料纳入的病例数较少有关。伴有颅脑损伤的多发性创伤患者往往病情较为严重,临床上处理起来更为棘手、并发症也较多,造成患者预后较差,因此对于此类多发性创伤患者,在紧急处理呼吸道和致命出血的同时,优先处理严重的、可能危及生命的颅脑损伤,并重视后续并发症的预防,改善患者预后。

综上所述,多发性创伤多由交通事故等高能创伤所引起,具有伤情较重、复杂、进展快等特点,急诊医师需充分了解多发性创伤的病情特点,重视时间概念,尽快做出诊断和评估,根据病情的轻重缓急进行针对性处理,尽可能缩短术前准备的中间环节,快速启动处理危及生命的手术措施,以最大限度提

高患者救治成功率、改善预后。

参考文献

- 1 季剑芳,潘晓峰.多发伤 115 例救治体会[J].浙江创伤外科,2012,17(2):222-223.
- 2 韩海涛,贺炎平.56 例多发伤急诊救治体会[J].临床急诊杂志,2010,11(3):171-172.
- 3 许建.多发伤 134 例院前急救体会[J].齐齐哈尔医学院学报,2013,34(21):3203-3204.
- 4 庄君灿,黄奇花,谭春兴,等.357 例多发伤患者急诊救治分析[J].医学理论与实践,2014,27(18):2447-2449.
- 5 严明科,马进.多发伤 300 例救治体会[J].交通医学,2010,24(5):501-502.
- 6 齐志伟,于学忠.多发伤的治疗进展[J].中国急救医学,2010,30(3):208-211.
- 7 孙洋,赵鸿,李涓涓,等.多发伤急救体会[J].哈尔滨医药,2011,31(6):422-423.
- 8 姚芳,孙明寅.760 例严重多发伤急诊救治分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2015,36(1):136-137.
- 9 李意,李新志,吴志强,等.835 例多发伤的临床特点及救治探讨[J].重庆医学,2014,43(33):4527-4529.
- 10 叶方,杨志军,马继民,等.137 例多发伤临床诊治分析[J].中华全科医学,2011,9(5):736-737.

[收稿日期 2015-07-09][本文编辑 杨光和]

学术交流

³²P 内放疗治疗复发性囊性高级别脑胶质瘤的临床观察

惠志强, 孔祥颜, 许鹏

作者单位: 276400 山东,沂水中心医院神经外科

作者简介: 惠志强(1978-),男,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:颅内肿瘤的诊治。E-mail:499426694@qq.com

[摘要] 目的 探讨³²P内放疗治疗复发性囊性高级别脑胶质瘤的疗效。方法 回顾性分析该院 2007-02~2012-02 复发性高级别脑胶质瘤 28 例的临床资料,其中 12 例术后行常规治疗(对照组),16 例术后行³²P内放疗(治疗组),比较两组治疗效果。结果 2 年生存率治疗组为 75.0%,对照组为 25.0%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$);2 年复发率治疗组为 37.5%,对照组为 83.3%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 复发性胶质瘤再次手术后结合³²P内放疗较常规治疗措施效果好。

[关键词] 复发性囊性高级别脑胶质瘤; ³²P内放疗; 手术

[中图分类号] R 739.4 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2016)02-0152-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.02.18

The clinical observation of ³²P interstitial radiation treatment on recurrent cystic glioma HUI Zhi-qiang, KONG Xiang-yan, XU Peng. Department of Neurosurgery, Yishui Central Hospital of Linyi, Shandong 276400, China