

# 台灣外傷醫學會-2020 外傷教育課程【南部場次 I】

日期：109 年 05 月 23 日 (星期六) 地點：奇美醫療財團法人柳營奇美醫院 一樓大講堂

時間	題目	演講者	座 長
07:50-08:20	<b>Registration</b>		
08:20-08:30	<b>Opening</b>		奇美醫療財團法人柳營 奇美醫院 陳志州 醫療 副院長
08:30-09:20	腎臟外傷之診斷與處理	盧致誠 柳營奇美醫院 泌尿外科 主治醫師	奇美醫療財團法人柳營 奇美醫院 外科部 蔡宗志 部長
9:20-10:10	創傷基本原理	趙建銘 柳營奇美醫院 加護醫學部 主治醫師	奇美醫療財團法人柳營 奇美醫院 外科部 蔡宗志 部長
10:10-10:20	<b>Break</b>		
10:20-11:10	外傷嚴重指數評估簡介	李佩玲 外傷登錄師 高雄醫學大學附設醫院	奇美醫療財團法人柳營 奇美醫院 外科部 蔡宗志 部長
11:10-12:00	外傷醫療品質之監測	李佩玲 外傷登錄師 高雄醫學大學附設醫院	奇美醫療財團法人柳營 奇美醫院 外科部 蔡宗志 部長
12:00-13:00	<b>Lunch Time</b>		
13:00-13:50	肋骨骨折的治療	蘇英傑 永康奇美醫院 胸腔外科 主治醫師	奇美醫療財團法人柳營 奇美醫院 外傷科 張家豪 主任
13:50-14:40	外傷骨科手術及損傷控制	劉宣志 柳營奇美醫院 骨科 主治醫師 (早上門診)	奇美醫療財團法人柳營 奇美醫院 外傷科 張家豪 主任
14:40-14:50	<b>Break</b>		
14:50-15:40	脊髓外傷	黃曉禹 柳營奇美醫院 神經外科 主治醫師 (早上門診)	奇美醫療財團法人柳營 奇美醫院 外傷科 張家豪 主任
15:40-16:30	脾臟外傷處理的基本原則	陳憲霖 柳營奇美醫院 一般外科主治醫師 (早上門診)	奇美醫療財團法人柳營 奇美醫院 外傷科 張家豪 主任
16:30~	<b>賦歸</b>		

摘要：

## 一、 腎臟外傷之診斷與處理

### 1.防治休克

無論有無休克，入院時均應儘快建立輸液通道，鎮靜 止痛，絕對臥床休息。有休克者多系傷情嚴重，在抗休克的同時抓緊檢查，確定傷情，酌情予以相應處理。

### 2.非手術治療

適於腎挫傷或輕度撕裂傷。包括絕對臥床休息、抗感染、應用止血藥物等。嚴格限制活動至少 2 周，保持大便通暢，預防呼吸道感染，避免腹壓突然增高導致繼發性出血。

### 3.手術治療

#### 1)手術指征：

- ( 1 ) 開放性腎臟創傷。
- ( 2 ) 伴有腹內臟器傷，或疑有腹腔內大出血或瀰漫性腹膜炎。
- ( 3 ) 抗休克治療血壓不能回升或升而復降，提示有大出血。
- ( 4 ) 尿路造影等客觀檢查提示有明顯造影劑外溢，有較大腎實質破裂或腎盂損傷。
- ( 5 ) 腎動脈造影顯示有腎動脈損傷或栓塞。
- ( 6 ) 非手術治療過程中腎區腫塊不斷增大，肉眼血尿持續不止，短期內出現嚴重貧血。
- ( 7 ) 明顯腎周圍感染。

#### 2)手術方式：先控制腎蒂，制止出血，清除腎周圍血腫及尿外滲後再探查處理腎臟

- ( 1 ) 腎臟裂傷修補術：腎臟裂傷範圍較局限，整個腎臟血運無障礙者予以修補。
- ( 2 ) 腎臟部分切除術：腎的一極嚴重損傷，其餘腎組織無損傷或雖有裂傷但可以修補者。
- ( 3 ) 腎血管修補或腎血管重建術：腎蒂血管撕裂、斷裂、血栓形成者。
- ( 4 ) 腎切除術：腎臟嚴重碎裂傷無法修補者，嚴重腎蒂傷血管無法修補或重建者;腎損傷後腎內血

管已廣泛血栓形成者;腎臟創傷後感染、壞死及繼發性大出血者。注意在傷腎切除前，必須明確對側腎臟功能良好，方可進行切除

## 二、 創傷基本原理

創傷的一般理論重新定義創傷的本質，並說明創傷對受創主體所產生的構成性功能。內文包含三個部分。第一，創傷和病理學之間的聯繫要被解除。當下的意外事件並不回歸於早年的性創傷。創傷不再被病理學的起源論述和治療應用所規定。第二，創傷的意外的特徵要被強調。創傷並不關聯於主體的內在過去，僅關聯於當下的外在事件。第三，瑪拉布說明意外對主體所產生的衝擊。意外事件直接摧毀了主體的自我同一性。

## 三、 外傷嚴重指數評估簡介

外傷嚴重度分數(Injury Severity Score, ISS)是由簡易外傷分數(Abbreviated Injury Scale, AIS)發展出來，用來評估外傷嚴重度及預後的計算方法

但在傷患剛受傷，狀況未明的時候，任何小誤差都可能導致分數計算的偏差，所以 ISS 並不適合用在事故現場評估檢傷

當傷患徹底檢查治療後，可藉由計算該患者的 ISS，評估 morbidity/mortality rate 與住院時長

## 四、 外傷醫療品質之監測

持續性監測指標、TCPI、THIS、P4P 指標提報，院內各部門也可以自訂品質指標監控 ( DQI 指標 )，並持續管控加護、住院、產科、急診、手術、門診、中風、心肌梗塞等各面向照護指標，由相關單位專人負責指標彙整、分析與比較等業務。

依各項指標性質，配合各委員會會議時程，定期檢討與報告，並視需要修訂標準作業程序，包括醫療品質暨病人安全管理委員會、感染管制委員會、手術管理委員會、加護病房管理委員會、急診醫療品質管理委員會等；且於每年舉辦醫療品質年會，由各醫療及加護單位報告相關指標監測結果與

醫療品質成果。

## 五、 肋骨骨折的治療

肋骨骨折是胸腔受到外力撞擊後常見的傷害之一，常見的直接原因例如車禍、高處跌落、運動的激烈撞擊等等。有時病患自己即可感受到肋骨斷裂的聲響，接下來並是劇烈的疼痛，於多數的情境下，肋骨斷裂並不直接導致其他的傷害，但在少數的情境下，肋骨的斷面過於尖銳可能導致肺臟、心臟，或其他器官的損傷，嚴重時可以威脅到生命。

自癒的過程通常約需時兩到三個月，這段期間將會對病患有一定程度的不便與不舒適，因此適當的疼痛控制有其必要性。

單純性肋骨骨折可靠胸壁本身的固定而達到癒合。如是年輕人一兩根肋骨骨折可選擇住院或適當的止痛方式，治療上鼓勵病患咳痰，注意併發症，經衛教後於門診追蹤檢查治療；如是年紀大，尤其是咳嗽功能不佳病患，及多根骨折，建議還是住院觀察有無其他傷害，延遲性血、氣胸及更進一步的疼痛控制較為適宜。

## 六、 外傷骨科手術及損傷控制

骨盆與髖臼骨折的發生率有逐年增高趨勢。由低能量損傷導致的骨盆穩定性骨折，可經對症治療後獲得治愈；而高能量損傷所致的骨盆骨折常需手術治療，其臨床療效取決於創傷後骨盆的穩定程度。髖臼骨折是最為複雜的關節內骨折之一，通常為高能量損傷所致，髖臼骨折的複位質量是影響患者中遠期療效的重要因素，對骨折進行解剖復位是手術治療髖臼骨折的重要目標之一。長期以來，骨盆與髖臼骨折的治療及患者對生活質量的高要求，始終是創傷骨科醫師所面臨的一項挑戰，骨盆與髖臼骨折治療模式走向精準醫療是必然的發展趨勢。

外傷性膝關節損傷，常是由車禍中強力撞擊力道所導致，受傷後如無詳細的評估及密切觀察(>72hrs)，有可能導致需要面臨截肢的狀況。

「踝扭傷」是外傷骨科門診中蠻常見的運動傷害問題，其定義為腳踝韌帶突然受到過度的拉扯或扭轉

所造成的傷害，最常見的腳踝扭傷是打球時足部突然向內翻轉產生的韌帶受傷，腳踝扭傷一般來說可以分成三級，從第一級的輕度關節疼痛感且無韌帶斷裂，至第三級出現韌帶斷裂合併腳踝關節不穩定皆可能發生。

## 七、 脊髓外傷

### 一、急救處理的 ABC：

A.維持呼吸道的暢通，B.保持傷患呼吸進行，C.維持血液循環。

### 二、外固定：

據不同的統計研究指出，百分之三 椎體骨折 1 傷乃因事故後不當的搬動傷患所致，因此對於疑有脊椎損傷的病患應採用圓滾木翻身的方式，將傷患置於硬背板，並於傷患兩側放置砂包類支撐物，再予以膠帶固定。

### 三、治療神經性休克：

由於交感神經的受損造成全身血管舒張，血液堆積在周邊血管，加上心跳減緩，傷患會產生神經性休克，此時宜適當的給予輸液補充或升壓劑以維持血壓。

### 四、給予氧氣或進行插管：

因外傷引起呼吸道阻塞或高位頸椎損傷引起呼吸肌肉癱瘓的傷患，需予以插管換氣，其餘傷患則可以給予氧氣罩。

## 抵達醫院的緊急處理

一、除先前提過的急救 ABC、外固定及給予氧氣之外，必要時可以給予傷患胃管及尿管。

### 二、臨床評估：

包括詢問病史，觸診脊椎尋找疼痛點及可能脊椎變形處，檢查肢體、軀幹的運動、感覺及反射功能，檢查是否有大小便失禁。

### 三、影像學檢查：

X 光檢查是第一步驟，如果 X 光正常，但病人臨床上仍有脊椎疼痛或神經缺損，則須進一步施以電腦斷層或核磁共振檢查。

### 四、牽引復位：

藉由牽引希望可以將骨折或脫位的脊椎復位，減少對神經及脊髓的壓迫，對於頸椎骨折的病人可以施予顱骨牽引，至於胸、腰椎骨折的傷患，牽引的效果有限。

### 五、藥物治療：

目前唯一公認有效的乃在急性脊髓損傷的急性期，給以高劑量的類固醇(methylprednisolone)。

### 六、手術治療：

手術治療的目的在於去除對脊髓或神經的壓迫可以減少神經的持續受損甚至神經功能的恢復，臨床上研究顯示，對脊髓功能完全喪失的病人，緊急手術對神經功能的復原並無助益。對於非完全脊髓損傷的傷患，合併有下列情形時，緊急手術可能有所幫助：1.持續神經功能惡化。 2. 核磁共振顯示斷裂的脊椎壓迫脊髓或神經根。 3. 無法以非手術方式復位的脊椎脫位。上述病患通常除了接受神經減壓手術之外尚需接受脊椎內固定手術。

### 八、 脾臟外傷處理的基本原則

脾臟破裂的症狀，隨出血的多少和快慢、破裂的性質和程度以及有無其他臟器的合併傷而有不同的表現。臨床上，如果脾實質發生損傷而脾包膜仍未斷裂，則會發生包膜下血腫，非常不易被發現，僅有包膜下血腫的病患，主要表現為左上腹疼痛，於呼吸時可加劇，腹膜症狀一般不明顯，大多無噁心、嘔吐等現象，其他內出血的表現也多不存在。但是如果產生破裂大出血，急性症狀將迅速出現，病情也將迅速惡化。

一般腹腔出血後，首先會有腹膜刺激症狀。出血緩慢而量不多者，腹痛可能只局限於左上腹。如出血較多，可引起彌漫性腹痛，但仍以左上腹最為顯著。反射性嘔吐屬常見，特別是在疾病的初期。

有時因血液刺激左側橫膈肌，可引起左肩部的牽引痛，且常於深呼吸時加重。患者可能於短時期內即可出現明顯的內出血症狀，如口渴、心慌、心悸、耳鳴、四肢無力、呼吸急促、血壓下降、神志不清等，嚴重者可於短期內因出血過多、循環衰竭而死亡。

所以當脾臟破裂導致嚴重出血之緊急情形時，病人需要立刻接受開刀做脾臟切除，如是脾臟破裂但是生命跡象仍穩定的病人，需住院觀察變化，除了觀察腹痛，定時的抽血檢查也會幫助我們判斷病情的穩定度。如果是在急診因腹部鈍傷處理後穩定的病人，回家之後也需要注意自己腹痛的情況是否有加劇或是其他不適，少見的延遲性脾臟破裂或是其他腹部臟器的延遲性的受傷都是有機會出現，如有變化或是疑問，需要立刻回急診或是門診進行檢查和治療。