

台灣外傷醫學會—2021 外傷教育課程-桃竹苗地區(I)

日期：110 年 01 月 30 日(星期六)

地點：大千綜合醫院碧英門診大樓9樓國際會議廳

時間	題目	演講者
07:50-08:20	Registration	
08:20-08:30	Opening	大千綜合醫院 長官致詞
08:30-09:20	Management of Abdominal Traum	大千綜合醫院 一般外科 馮啟彥 主任
09:20-10:10	ICU Care for Multiple Trauma Patient	大千綜合醫院 一般外科 袁國慶 醫師
10:10-10:20	Break	
10:20-11:10	第二小時	臺北市立聯合醫院 簡立建 主任
11:10-12:00	胸部外傷	衛生福利部桃園醫院 謝義山 主任
12:00-13:00	Lunch Time	
13:00-13:50	頭部外傷	振興醫院 神經外科 李鴻福 主任
13:50-14:40	多重外傷病人處置與照護	臺大醫院 方雅微 專科護理師
14:40-14:50	Break	
14:50-15:40	management of pelvic fracture	大千綜合醫院 骨科 范姜治濤 主任
15:40-16:30	外傷病患出院規劃流程及相關社會資源介紹	臺大醫院 尹銘芳 護理師
16:30~	賦歸	

摘要：

一、Management of Abdominal Trauma

◎ 臨床理學檢查仍然重要的評估步驟，若是併有腹壁挫傷、胸部下方肋骨或骨盆骨折、頭部或胸部的外傷，會增加臨床評估的困難度。

◎ 嚴重且持續增強的腹痛合併腹部僵硬，可能是腹膜炎的表現，需懷疑有腹內出血或臟器破裂穿孔的可能性。

◎ 連帶至左肩膀的疼痛，可能伴有脾臟的傷害；而連帶至右肩膀的疼痛，則表示可能已傷及肝臟。

二、ICU Care for Multiple Trauma Patient

台灣創傷死亡率過去一直高居十大死因第三位，人口之創傷死亡率亦高居世界之冠。隨著社會經濟的進步，緊急醫療中的外傷處理，已經躍升為攸關人民生活福祉的重要課題。

照護範圍

創傷照護之範圍包括外科之急、重症，並接納他院轉診之病患。

各類外科急、重症病患之照顧由主治醫師為中心提供服務，並負責督導住院醫師參與實際執行。提供各種外科醫療重症專業人員之訓練包括醫師、護理人員等。

重要之醫療照護內容

對於外科各類急、重症病患給予迅速評估、穩定病情及適當處理，包括手術治療及術後的醫護照顧。

對於各種需急救之病患施予基本救命術(BLS)、高級救命術(ACLS)及高級創傷救命術(ATLS)。

對於重症病患於緊急處置後之後續問題，包括

應手術或住院病患之照護。

留院觀察之病患之繼續照護。

一般門診、及急重症病人之整合性照護。

癌症、非癌症末期病患之緩和醫療照。

三、第二小時

(一) 掌握外傷的黃金小時：八〇年代以後，美國外傷中心與外傷系統的陸續建立，使得整體外傷醫療的死亡率降低了百分之十五至二十，其根本原因是由於事故發生後至接受治療的時間縮短所致。簡而言之，外傷事故發生後的時間寶貴，如能在受傷後的第一小時內就醫治療，將使存活率大幅提升，故此第一小時遂有「黃金小時」之稱。

(二) 外傷急救瞄準第二高峰：

外傷的死亡時間可分為三個高峰：

1. 第一個高峰：為外傷後「立即死亡」，屬致命性傷害，惟有藉由預防才能杜絕。

2. 第二個高峰：為外傷後二至四小時死亡，稱為「早期死亡」；是屬傷害十分嚴重，但急救得當仍有機會挽回。這也是外傷醫療系統最主要的功能——降低「可預防的死亡率」。

3. 第三個高峰：為數天或數週後死亡，稱為「晚期死亡」；是屬傷害嚴重，雖經醫療積極處置，終究出現敗血症與多重器官衰竭致死。

(三) 有效運用醫療資源：鑑於美國外傷醫療系統設立後，整體外傷醫療死亡率降低百分之十五至二十，每位傷患的醫療費用也節省百分之五至十八。臺灣應積極推動此種能有效降低傷患死亡率，也能有效運用有限的緊急醫療資源，又能為政府節省大量健保經費的三贏制度。

(四) 可納入急重症的病患：中國醫藥大學附設醫院建構中的「急重症暨外傷醫院」將外傷醫療系統的治療範圍擴大，納入各類急重症，甚至及於心血管與腦血管疾病。這是由於各類急重症雖與外傷分屬不同科別，但臨床治療與基礎研究上有許多相通、重疊之處。故將醫療資源整合，讓外傷與各類急重症病患都得到最有效的治療。

四、胸部外傷

胸部創傷的範圍廣泛，由外而內可限於胸壁及肋骨，也可能牽涉到胸腔內的心肺及大血管甚至食道及橫隔膜。由於胸部在呼吸循環功能的維持，扮演重要的角色，主要的胸部創傷多以呼吸窘迫或休克來表現，皮下氣腫，沒有呼吸聲，氣管偏移，頸靜脈擴張，以及無法做有效的換氣等症狀，進而造成立即的生命威脅。我們把常見的胸部創傷分類：

胸壁的創傷:為最常見的傷害包括單純的挫傷，肋骨骨折，胸骨鎖骨甚至肩胛骨的骨折。大部分的病人只需止痛就可以。若是第一至第二的肋骨骨折，則表示患者已受到嚴重胸腔創傷，應提高警覺特別注意相關之創傷（特別是胸主動脈破裂）發生的可能。連伽胸是指因多處肋骨骨折，隨著病人的呼吸胸壁呈現不規則的起伏，使人無法進行有效的呼吸換氣，常需要呼吸器支持處理。

肺及肋膜的傷害:肺挫傷(pulmonary contusion)因外力造成肺間質的水腫或出血，使氣體交換出現困難；氣胸(pneumothorax)（也就是氣體出現在肋膜腔內），乃導因於鈍擊或外物刺入所造成之胸壁或肺臟之裂傷，可因大量氣體堆積造成影響血液循環或是對側肺部換氣的張力性氣胸(tension pneumothorax)。血胸(Hemothorax)（也就是肋膜腔積血），氣胸及血胸可用胸管插入處理，若有持續及大量的出血表示有厲害的肺部撕裂傷常需開胸處理。

氣管及食道的傷害:氣管及支氣管受傷同時存在的症狀有：皮下氣腫、咳血、血氣胸、以及呼吸窘迫。以胸管插入處理後常有持續及大量漏氣的現象。食道的傷害不易立即發現，若傷及氣管即食道，需開胸手術進行修復。

心臟的傷害:心肌挫傷(Myocardial Contusion)發生於百分之二十之胸部鈍擊傷患者。嚴重的甚至造成急性心肌梗塞，心臟瓣膜受傷，心臟破裂等嚴重傷害。通常是穿刺傷較易造成的心包囊填塞，典型症狀所包含的 Beck's 之徵象(Beck's triad)（頸靜脈擴張，心音模糊，低血壓）需緊急開胸或引流處理。

胸部大血管的傷害:大部分的病人在傷害發生後即死亡。大動脈修補手術，必須在診斷確定後儘快進行，且大數患者需接受人工血管區替代手術。

明瞭胸部外傷的生理變化機轉，及時的辨識各類型胸部外傷，採取適當的緊急處置。維持氣道通暢及呼吸循環的功能，即時的送醫才能挽救病人的生命。

五、頭部外傷

頭部外傷的診斷依據病人病史、受傷的方式、臨床的症狀及表徵、理學檢查、神經學檢查、再配合頭部電腦斷層檢查，才能做出正確的診斷。電腦斷層是診斷不可或缺的利器，它可以提供正確、迅速的情報資訊包括病人結構性的損傷(是否骨折、出血的狀況、血塊的位置)腦水腫的程度、腦受壓迫的狀況等等。治療原則：維持腦內血流的供應、防止腦部的缺氧、降低升高的顱內壓、預防癲癇、預防感染。

六、多重外傷病人處置與照護

說明多重創傷病人的評估是根據高級創傷救命術做初步評估，關鍵在於把握時間做損害控制，包括呼吸道維持、出血及休克控制等，並介紹減少損害控制的階段任務。

七、management of pelvic fracture

骨盆骨折大部分是一種嚴重外傷，約佔所有骨折的 1%~3%，多由直接外力骨盆擠壓所致，多見於 20~40 歲的青壯年和 65 歲以上的老年人，在年青人發生大多是因為交通意外或是工作時所造

成的意外事故，但是在老年人，是因為骨質的疏鬆，所以只要有跌倒情形，就可能發生骨盆骨折。而女性骨盆骨折約為男性的 2~2.5 倍。骨盆骨折死亡率極高，且半數以上伴有合併症或多處

受傷。其中，不穩定之骨盆骨折：死亡率為 8%~15%；開放性骨折：死亡率高達 30%~50%左右。穩定的骨盆骨折可採臥床休息保守治療，而不穩定骨折及開放性骨折多半需要手術治療及術後的

復健配合才有好的結果。

八、外傷病患出院規劃流程及相關社會資源介紹

出院準備服務簡介：

本院基於落實長期醫療照護及提昇病患後續照顧之服務理念，特別成立【出院準備服務】，透過醫療服務各種專業人員，病患、家屬的共同合作，統合醫療及社會資源，達到轉介安置之目的，增加生活的品質，以確保病患在出院後能獲得良好、持續性以及完整性的高品質照護。促進病患早日康復，減少住院日數，節省住院費用。讓個案早日出院與家人團聚，以維持家庭的完整性。幫助病患家屬減少或去除可避免的住院與急診的頻率。

什麼是出院準備服務：

當您入院後 24 小時內，由您的主治醫師帶領醫療團隊人員與您或您的家屬共同規劃，在出院前提供合適的照護計劃及轉介服務，使您能在出院後，得到完整性與後續性的照顧。

服務宗旨：

由醫師、護理師、社工師及其他相關人員，共同為您做出院準備服務，確保您在充分準備下，早日出院或轉介安置。

出院準備服務有何好處：

在住院中您學會如何照顧自己或照顧家人。

節省住院花費。

減少家人來回奔波。

善用社會資源，獲得必要後續照護安排。

服務項目：

醫療團隊人員評估並設計適合您住院及出院後之照顧計劃。

診治疾病、身心照護、提供疾病相關知識及照護指導。

提供院內資源轉介，會診相關之科別。

提供返家照顧所需醫療器材租借之資訊。

協助安排後續照護機構，以獲得就近性之照顧。

出院後，電話關懷您，並提供醫療諮詢。

提供居家照顧服務。