

者确实存在多种炎性因子浓度升高的现象,HP 联合 CVVH 治疗后,IL-6、IL-10 和 TNF- α 的浓度均有不同程度降低。相关分析发现,与细胞因子变化相比,两组患者 APACHE II 评分变化时间都存在一定的滞后现象;3 种细胞因子

均与 APACHE II 评分显著相关,其中 IL-10 的相关性尤其显著。由此说明, CVVH 对炎性因子的清除作用确为其治疗重度中毒患者的一个重要机制。

参考文献:

1 Cavaillon J M, Fitting C, Adib-Conquy M,

et al. Mechanisms of immunodysregulation in sepsis [J]. Contrib Nephrol, 2004, 144: 76-93.

(收稿日期:2006-02-12)

(本文编辑:李银平)

• 经验交流 •

高速公路伤致失血性休克 55 例院前急救体会

辛代瑜

【关键词】 高速公路伤; 休克,失血性; 院前急救

自 1999 年 6 月我院在高速公路上设立救护站以来,共治疗高速公路伤患者 228 例,其中失血性休克 55 例,总结其救治经验,报告如下。

1 临床资料

1.1 病例:55 例患者中,男 37 例,女 18 例;年龄 6~70 岁,平均 38 岁。伤情:长管骨折合并软组织严重挫裂伤 24 例;骨盆骨折 5 例,肢体完全离断或不完全离断 6 例,胸壁挫伤合并血气胸 5 例,合并腹部脏器损伤 9 例,合并胸椎、腰椎骨折 6 例。51 例抢救成功,4 例因伤势太重、失血过多,抢救无效死亡。

1.2 急救处理:①救护车到达事故现场后立即给患者做常规生命体征检查。心跳、呼吸停止者立即行胸外心脏按压、气管插管、人工呼吸等抢救;对于开放性外伤者立即给予止血(加压包扎或扎止血带)和固定等处理,以利于搬运。②休克一旦确诊,立即建立两条以上静脉通道输液抗休克,并严密观察血压、脉搏、呼吸等生命体征变化,作出休克程度评估。③对颅脑损伤、脑疝形成者,快速静脉滴注质量分数为 20% 的甘露醇 250 ml,必要时加用速尿 20 mg 静脉注射,开放性颅脑损伤及颅内血肿形成昏迷者,我们在做好抢救治疗的同时与手术科室联系,尽早对其进行手术治疗。

2 讨论

高速公路伤是一种高速、高能量损伤,由于车速快、动能大、撞击力强和受力部位不定,往往是多种致伤机制共

存^[1]。因此,院前急救非常重要。

2.1 重视和加强早期救治:创伤与失血性休克如不及时有效地治疗,将会导致一系列严重后果,如脓毒症、急性呼吸窘迫综合征(ARDS)、多器官功能障碍综合征(MODS),甚至死亡。因此,重视和加强早期救治,对创伤与失血性休克的预后有重大影响。早期救治是以救命为主,采取先救治后诊断或边救治边检查诊断的方式进行抗休克治疗,其程序是保证呼吸道通畅及给氧(V)、补液及输血扩充血容量(I)、监测心泵功能(P)、紧急控制出血(C)的“VIPIC”计划进行,并根据病情变化随时修改抢救措施。应抓紧伤后 1 h 的“黄金时间”进行救治,做到迅速、准确、及时而有效。而伤后 1 h 的“黄金时间”内,头 10 min 又是决定性的时间,被称为“白金 10 min”^[2]。“白金 10 min”期间是以减少或避免心脏停跳发生为处置目标,为后续的抢救赢得时间。因此,健全一整套较为科学的急诊抢救机制以及有效的抢救预案,努力提高院前急救能力是十分必要的。

2.2 液体复苏:过去对创伤与失血性休克的救治多主张在彻底控制大出血前早期、足量、快速大量输液,尽可能将血压恢复到正常水平,以恢复重要脏器灌注。但近年来学术界提出了限制性液体复苏的概念,认为早期复苏将血压控制在一个较低的稳定水平,限制液体输入速度及输入量,能较少扰乱机体内在环境,减少并发症的发生,从而有效降低后期病死率^[3,4]。但由于临床患者出血速度不一致,凝血功能、损伤程度、部位和基础疾病不同等,使液体复苏问题变得极其复杂,因此,要根据情况科学应用。

2.3 多发伤抢救问题:在积极抗休克治疗的同时,应注意多发伤的救治,以减少因多发伤所致的抢救成功率降低。为了不遗漏重要伤情,在危及生命的窒息、大出血、休克等得到初步控制后,应对患者进行进一步的检查。我们要求急救组按照“CRASHPLAN”(C: cardiac, 心脏; R: respiratory, 呼吸; A: abdomen, 腹部; S: spina, 脊柱; H: head, 头颅; P: pelvis, 骨盆; L: limbs, 四肢; A: artery, 动脉; N: nerve, 神经)的程序进行抢救。

总之,结合高速公路伤伴失血性休克的特点,建立健全的急诊抢救机制以及有效的抢救预案,加强交通管理,建立伤害监测系统^[5],重视“黄金 1 h”、“白金 10 min”及合理的液体复苏,是提高创伤与失血性休克院前急救水平的关键。

参考文献:

- 何忠杰,孟海东,林洪远,等.城市创伤的急诊救治——附 719 例分析[J].中国危重病急救医学,2002,14:113-116.
- Shoemaker W C, Peitzman A B, Bellamy R, et al. Resuscitation from severe hemorrhage[J]. Crit Care Med, 1996, 24 (2 Suppl): S12-23.
- 吴恒义,杨春华,白涛.创伤性休克患者补液速度的可行性研究——介绍一种调节补液速度的公式[J].中国危重病急救医学,2000,12:91-92.
- 陈晓雄,叶恭水,帅学军,等.重症胸部创伤合并创伤失血性休克限制性液体复苏的疗效评价[J].中国急救医学,2004,24:178-180.
- 李生,周宝林,沈洪.严重道路交通事故伤的救治(附 589 例报告)[J].中国危重病急救医学,1999,11:616.

(收稿日期:2006-06-09)

(本文编辑:李银平)

作者单位:545007 广西柳州,柳州市第三人民医院急诊科

作者简介:辛代瑜(1962-),男(汉族),重庆人,主治医师。