

台灣外傷醫學會-2020 外傷教育課程-中部地區(I)

日期：109 年 08 月 08 日(星期六)

地點：彰化基督教醫院-二期11樓連瑪玉學術講堂

時間	題目	演講者
07:50-08:20	Registration	
08:20-08:30	Opening	長官致詞
08:30-09:20	Venous Thromboembolism in Trauma	彰化基督教醫院 李坤樺 醫師
09:20-10:10	Traumatic Brain Injury 手術時機及術式選擇	中國醫學大學附設醫院 李漢忠 主任
10:10-10:20	Break	
10:20-11:10	Thoracic Trauma	台中榮總 李明環 主任
11:10-12:00	Start the Right Antifungal Therapy at the Right Time in Trauma And Acute Care Surgery Patients	中國附醫 吳汐淇 醫師
12:00-13:00	Lunch Time	
13:00-13:50	Steroid use in Trauma	彰化基督教醫院 侯振泰 主任
13:50-14:40	Trauma patient ICU 拔管時機	台大新竹分院 黃俊雄 主任
14:40-14:50	Break	
14:50-15:40	Management of bleeding trauma patients: a practical approach	台北國泰醫院 羅崇杰 部長
15:40-16:30	Traumatologic Nursing Care	彰基加護病房 林淑卿 護理長
16:30~	賦歸	

摘要：

一、Venous Thromboembolism in Trauma

靜脈血栓形成（VTE）包括深靜脈血栓形成（DVT）和肺栓塞（PE），它是導致所有住院患者致殘和死亡的主要原因，對於創傷患者來說更是如此，但 VTE 是完全可以預防的。目前已經有了預防骨科擇期手術 VTE 的指南，但關於急診創傷患者預防 VTE 指南的臨床證據尚顯不足。

不論是何種 VTE 預防方案最終都是為了減少出血和血栓造成的死亡率，但目前的研究結果均顯示目前的干預措施均效果有限。雖然 VTE 被認為無法完全避免，但來自研究對象的數據並未發現住院病歷的 VTE 的致殘率和死亡率有任何的減少。來自美國費城 University of Pennsylvania Health System 骨科的 Nathan A. Wigner 等對目前關於 VTE 預防、治療和在創傷骨科方面的爭議進行了回顧，原文發表於 Current Orthopaedic Practice 第 25 卷上。

二、Traumatic Brain Injury 手術時機及術式選擇

頭部外傷併發顱內出血，包括硬膜外血腫(epidural hematoma)，硬膜下血腫(subdural hematoma)或腦內血腫(intracerebral hematoma)造成臨床症狀的惡化，需要開顱手術並移除血塊。但是有的腦外傷很嚴重，雖然手術清除了血腫或腦水腫嚴重但無明顯顱內出血，而經過充分的積極保守治療，仍然無法有效控制其亢進的顱內壓，以維持適當的腦灌流，則需要考慮進一步的減壓手術。一般減壓手術，可分為兩大類：內減壓術(internal decompression)與外減壓手術(external decompression)。內減壓術通常適用於顱內有明顯的局部腦挫傷，形成佔空間的瘤塊(space occupying mass)，同時有嚴重腦水腫造成難以控制的顱內壓亢進，則考慮開顱切除壞死的腦挫傷組織(contusion necrotomy)，大部分發生在額葉或顳葉的前端部分，或者不得已需要切除部分的非重要區(non-eloquent area)的腦組織，以減少部分腦體積，緩解亢進的顱內壓，這稱之為內減壓術。

而外減壓術，雖無明顯的血塊或腦組織壞死的瘤塊，但腦部則呈現瀰漫性腦水腫，造成顱內壓亢進，無法以保守治療來控制，需以廣範圍的大顱骨切除，來擴大顱腔容積，緩解顱內壓的亢進，維持良好的腦灌流，此稱之為減壓顱骨切除術 (decompressive craniectomy)。早期的外減壓術，主要施行顱下減壓術(subtemporal decompression)，以防止經腦幕赫尼亞 (uncal herniation)，近年來，則主張除了做顱下減壓之外，尚需大範圍的顱骨切除，可更有效緩解亢進的顱內壓，稱之為 large or wide decompressive craniectomy，最近幾年的臨床隨機研究，包括澳洲與歐洲的研究報告，對於難以控制高顱內壓的嚴重腦外傷病人，施行此種外減壓術，證明對病人的症狀與預後有所助益，所以對於昏迷指數 3、4、5 分的嚴重腦外傷昏迷病人，呈現難以控制的高顱內壓時，可以施行此種救助療法 (salvage therapy)，然後繼續積極的保守療法與加護照顧，往往可期待保存性命外，並獲得預後的改善。

三、Thoracic Trauma

胸部挫傷所引起之血胸或血氣胸，根據外傷病史，理學檢查，加上胸部 X 光檢查，大多數病人住院前在急診室已得到診斷。然而少數挫傷病人，在初期胸部 X 光檢查並未顯示血胸或血氣胸。經過數小時或數日，由於病情變化，胸部 X 光再次檢查，才顯示出來，或者因合併之腹部受傷，在行剖腹術時而發現橫隔膜異常鼓出及變色，才發現血胸或血氣胸。其發生原因可歸類如下：一、早期之肋膜腔出血少於 300 c.c. -500 c.c.，而後漸漸增加。二、延遲發生之出血或漏氣。三、肋膜外之血腫破裂至肋膜腔。四、初期胸部 X 光無法明示肺下緣之肋膜腔積血。五、後腹腔出血而逐漸向上延伸至肋膜腔。亞東紀念醫院自 1983 年 1 月至 1987 年 11 月，近五年內有 278 例因胸部挫傷住院，其中血胸 26 例，12 例初期胸部 X 光未顯示血胸；血氣胸 28 例，6 例初期胸部 X 光未顯示血氣胸，經數小時或數日後，胸部 X

光再次檢查或腹部手術時發現有血胸或血氣胸者佔 35% (18/54)，其比例之高，出乎意料之外。另有一例僅因骨盤及下腹受車輛輾撞，6 天後後腹腔之血腫延伸至兩側肋膜腔而成血胸，比例未包括在內。18 例胸部挫傷併有遲發性血胸或血氣胸的病人，其中 16 例除肋骨骨折外，合併其他器官之傷害，如頭部外傷，脾臟破裂，肝裂傷，橫隔膜破裂，心包膜破裂，長骨骨折。其中兩例死於腦部出血，餘存活。胸部挫傷可造成遲發性血胸或血氣胸，在本院約佔 6.5%(18/278)。病人如神智清醒，可主訴胸痛、胸悶、呼吸困難。但是神智不清的病人，血壓下降，脈博增快，心跳加速，呼吸急促，不可以為初期胸部 X 光未見血胸或血氣胸就認為正常。需要再次的胸部 X 光檢查方有助於遲發性血胸及血氣胸之發現。

四、Start the Right Antifungal Therapy at the Right Time in Trauma And Acute Care Surgery Patients

因意外事故創傷導致雙腳脛腓骨骨折緊急進行開放性復位合併內固定術，歷經多次復位、血管修補與清創手術之護理經驗。筆者於 2013 年 12 月 24 日至 2014 年 1 月 20 日照護期間，運用 Gordon 十一項功能性健康型態評估為工具進行整體性評估，以會談、傾聽、觀察等技巧收集資料，分析個案呈現急性疼痛、組織完整性受損、身體活動功能障礙、無力感四項健康問題。筆者運用同理心與個案建立良好的信任護病關係，以觀賞體育台 SBL 籃球轉播賽及深呼吸等技巧來分散注意力，減輕疼痛；提供適當傷口護理，以修復受損組織皮膚之完整性；並藉由醫療團隊復健師的介入，共同制訂復健計畫，增強肢體肌力活動，並積極進行復健治療；鼓勵個案共同參與照護活動，一同以 Dopplar 監聽右腳足背動脈脈動聲，並運用同儕力量給予支持鼓勵，增進個案控制感及信心，以重建個案正向的身心調適。

五、Steroid use in Trauma

不管在臨床或坊間「類固醇懼怕症」(steroidphobia)，對醫療人員與服用此藥之病人所帶來的衝擊，都是不容忽視的課題，許多研究亦說明適當地使用類固醇，優點遠大於它所帶來的副作用。因此，筆者期藉由此文與大眾分享類固醇治療的相關知識；本文從類固醇的分泌機制、作用、副作用做一個概述，再針對臨床上使用類固醇的閩人，提供整體性的評估以及實用的因應策略，其目的在發揮類固醇的最佳作用下，減輕其所帶來的副作用；接著陳述服用類固醇病人之出院衛教和自我照顧的指導，如此才能做到持續性、個別性、整體性的護理，使醫護人員在面對服用類固醇的病人時，有一個正確的態度和方向，以期增加病患服用類固醇的遵從性，促進疾病的恢復，提昇醫療人員在照顧病患上的醫療品質。

六、Trauma patient ICU 拔管時機

呼吸衰竭是醫護人員對重症病患進行治療時，常需緊急處理的問題；由於神經系統病症的影響可能使得醫護人員面對部份第二型呼吸衰竭病患(即本研究所稱之「神經性呼吸衰竭病患」)，需考慮欲採行的治療方式對於病患循環系統及神經系統兩者的影響，進而提高了治療上的困難度。本研究的目的是為探討神經性呼吸衰竭病患插管治療後拔管成功之預測因子，研究對象為某醫學中心住院插管後使用呼吸器且經過 120 小時計劃性脫離呼吸器的病患。本研究透過敘述統計、卡方檢定、獨立樣本 t 檢定描述前述研究對象的資料分布情形並分析各研究變項於拔管成功者與拔管失敗者之間是否存在明顯的差異；之後再將拔管成功者與拔管失敗者之間存在明顯差異的研究變項納入邏輯迴歸分析以瞭解各變項與拔管成功之間是否存在因果。結果顯示研究對象的年齡大於 65 歲、曾處於通氣不足的狀態、處於手術後的狀態、呼吸器脫離型態、接受簡單脫離、罹患腫瘤、下轉呼吸照護中心(respiratory care center, RCC)、下轉呼吸照護病房(respiratory care ward, RCW)或居家照護、使用氣管造口術固定器、有過量呼吸道分泌物、有上呼吸道阻塞的情形、有氧合失敗的情形、有腦病、再插管和拔管成功與否之間的關聯性達到統計上的顯著性；年齡、自插管至拔管的總時數、插管天數、加護病房(intensive care unit, ICU)留置期間、呼吸照護中心留置期間、住院期間、申報費用、呼吸速率、拔管後呼吸速率、拔管後動脈血液酸鹼度、拔管後動脈二氧化碳壓力、拔管後氧合指數、急性生理及慢性健康評估、治療性介入評分系統、昏迷量表評

分、血紅素值、血球容積比及合併症數量等變項在拔管成功者與拔管失敗者之間的差異達到統計上的顯著性($p < 0.05$)；病患每多留置 ICU 一天，病患拔管成功的勝算減少 29.1%。本研究推測病患留置 ICU 天數越長，拔管成功可能性越低的原因，可能由於留置 ICU 天數越長的病患通常是整體病況較為嚴重者，因而進一步對其呼吸功能造成負面的影響，導致拔管失敗的風險上升。

七、Management of bleeding trauma patients: a practical approach

因車禍導致頭部創傷引發蜘蛛膜下腔出血並裝置腦室外引流、全身多處撕裂傷及擦傷個案之護理經驗。護理期間於 2009 年 11 月 12 日到 2009 年 11 月 14 日，筆者藉由直接照護、紙筆會談、觀察等方式收集資料，依 Gordon 十一項功能性健康型態進行評估。確立個案四個主要護理問題有：潛在危險性感染、顱內調適能力降低、組織完整性受損、焦慮。照護期間，筆者注意到個案因腦部遭受創傷伴隨多處皮膚損傷，教導個案照護傷口方法，預防感染，密切觀察導管周圍皮膚，因顱內調適能力降低引發頭痛、頭暈、噁心，監測顱內壓及平均動脈血壓以維持腦血液灌流量，預防二度腦傷害的發生。筆者發現個案頭部創傷後擔心預後及後遺症影響之後工作而產生焦慮，藉由雙方護病關係建立，使個案明瞭疾病發展及治療過程，透過持續關懷、傾聽、同理，進而使個案能適時表達內心想法，逐漸減輕焦慮，促使病患穩定地恢復。

八、Traumatologic Nursing Care

處理外傷病患有兩個重要階段，也就是到院前的緊急救護和到院後急診室的緊急醫療，前者的工作十分重要這也是多年來政府和醫療團體不斷推廣緊急創傷訓練課程的目地，它包括：維持呼吸道通暢、控制外出血和休克、適當的搬運病患和轉送至適當的責任醫院。到院的外傷處置包括外速初級評估、穩定生命徵象、詳細在評估病患及初步確定治療，主要架構在 ABC 的優先順序和為了及早辨認出致命性的問題優先處理。對於外傷病患各種處置及治療的時機都要明確掌握，太早及太遲都會影響病人的後續發展，其中非常重要的原則是處置及治療，掌握時機才是創傷確定治療的最佳策略