

道路安全与健康

优化创伤救治体系,使交通“杀伤力”最小化

● 本报记者 陈祎琪

交通伤被称为“人类永不休止的战争”。

世界卫生组织(WHO)的一组数据显示,每年约有119万人因道路交通事故丧生。道路交通事故伤害是5~29岁儿童和年轻人的主要死因,还有2000万至5000万人受到非致命伤害。道路交通事故造成的损失占大多数国家国内生产总值的3%。换句话说,全球平均每分钟就有超过两个人死于交通伤。

面对这场“永不休止的战争”,人类该如何降低它的“杀伤力”?近日,北京积水潭医院急诊科主任田兆兴在接受采访时表示,除了要事前规避风险因素,事后加强院前院内衔接,优化创伤救治模式同样重要。

交通伤占创伤患者一半以上

8月11日,在河北容城县,一父亲带儿子跟团骑行时,男孩不慎摔倒,遭对向行驶汽车碾压,送医院后抢救无效身亡。车辆行车记录仪显示,汽车时速为52公里,事故发生时车辆两侧均有骑行者。据了解,这是一场跟团骑行,不仅其他骑行者的速度达到了37.2公里/小时,远超正常范围,而且孩子未满12周岁,在公共道路上骑行违反了《道路交通安全法》。

WHO指出,道路交通伤害的风险因素包括超速、在酒精或其他影响精神类药物影响下驾驶、不使用摩托车头盔、安全带和儿童约束装置、分心驾驶、不安全的道路基础设施、不安全的车辆和交通法执行不力等。有研究特别指出,汽车内未安装儿童安全座椅的儿童交通事故死亡率是安装了儿童安全座椅的8倍,受伤率是后者的3倍;在电动自行车交通事故中,因颅脑损伤致死的比例超过80%,其中不戴头盔是不可忽视的一大原因。

“交通伤约占创伤患者的一半以上。”北京积水潭医院创伤骨科主任医师李宇能表示,其中以严重创伤、多发伤较为常见,复合伤相对较少。在具体类型上,以四肢骨折为主,颅脑外伤相对较少,但一旦发生往往致死率极高。而胸腹联合伤合并颈椎损伤危急程度最高、救治难度最大。

“儿童患者和成人患者略有不同。比



图片来源:视觉中国

如成人在道路交通伤害中发生肝脾破裂、心包填塞、张力性气胸、颈椎损伤的情况更多,而儿童气道损伤、脑外伤的可能性更大。”田兆兴表示,这是因为儿童的生理结构正处在发育中,他们的颈部肌肉薄弱,因此车辆发生撞击时,儿童的头部更易产生剧烈摆动,从而造成创伤。

他同时指出,未使用儿童安全座椅也是导致儿童受伤的一个重要因素。“一些家长可能觉得自己开车技术不错、车速很慢,或者道路很平坦,但是有时候意外就这样发生了。所以儿童在乘车出行时,家长一定要为其安装并使用儿童安全座椅。”

根据过往的诊治经历,李宇能也提醒广大公众,不要抱有侥幸心理。骑电动车、摩托车出行时一定要戴好头盔,遵守交通规则。机动车出行时,无论坐在前排还是后排,都要养成自觉系安全带的习惯。“一定要有规则意识,防患于未然。”

田兆兴表示,如果不幸还是发生了交通伤,及时拨打120急救电话,或前往医院救治。“特别要提醒的是,颅内创伤患者会有一段清醒期,迟发性脾破裂患者发病有一定的滞后性,此时切勿大意,应及时赶往医院,避免延误抢救时机。”

打造外科治病、
急诊保命的金牌团队

目前,很多医院的急诊科都为创伤患者开辟了绿色通道,可有效提高患者的急救效率、生命质量,显著降低并发症的发生率,改善患者负性情绪,利于预后。

田兆兴介绍,在北京积水潭医院急诊科,对于伤情较重、不太好准确评估的交通伤患者,医护人员会将其直接送入抢救室实施救治。对于其他多发创伤患者,若ISS(创伤严重程度评分)大于25分或大于16分但属于特殊情况,急诊科会立即

启动多学科诊疗(MDT)模式。

“为了给予危重创伤患者更优质、快速、多学科协同的医疗救治,北京积水潭医院成立了多发创伤救治MDT团队,初步搭建起多发创伤多学科一体化救治模式,逐渐形成了多发创伤急性期抢救的救治流程,消除了以往单一会诊模式的弊病,提高了危重创伤救治成功率。”田兆兴说。

此外,他还表示,若发生大型或连环交通事故,涉及创伤人员较多时,医院也会启动成批伤救治程序。该程序分为4个级别,级别越高,响应程度越高,动员范围更广。

田兆兴用“全程观察、综合管理”八个字概括创伤急救的工作。“创伤患者进入手术室,不代表我们的工作就结束了,最多算是告一段落。等患者从手术室出来,我们还要继续监测、继续管理。如果其他部位存在迟发性病变,或出现术后感染等问题,还要进一步处理。”

对于救治包括交通伤在内的创伤患者,田兆兴这样形容急诊科和外科的关系:“我们管全身,他们管局部;我们保命,他们治病。在此基础上,我们希望打造出一个金牌团队。”

紧密衔接,优化救治模式

国际上有两种主流的创伤救治体系模式,一种是以美国、英国为代表的院前救治强调快速转运模式,另一种是以法国、德国为代表的院前救治强调现场救治模式。长期以来,发展中国家欠缺完整的创伤救治体系。对此,田兆兴指出:“和国外相比,我们主要存在两个问题,一是院前院内的救治体系衔接不够紧密,二是创伤理念的更新和普及不够及时。”

他以美国西雅图的创伤急救模式为例谈到,在那里,患者拨打急救电话后,

院前急救大夫或消防队员提前向院内传递患者信息,包括性别、年龄、在何处发生交通事故、当前状态、生命体征、局部体征等,方便医院及时根据了解到的情况召集所有可能相关的科室,待患者入院后立即实施救治。

“但在国内,目前病情较轻的创伤患者到医院后需要按流程过安检、挂号、分诊、等候,才能得到救治。病情较重的创伤患者虽然可以直接进入抢救室,但医护人员并未提前获知患者的任何信息,只能当时判断、当时联系科室,相比之下就要耽误一些时间了。”田兆兴表示,实际上国内更有条件加强院前和院内的衔接。因为我国的院前急救人员是专业的医务人员,他们能更快、更准确地掌握患者病情,更及时地传输患者信息,让院内的医护人员做好充分的准备。“我们希望未来是医生等患者,而不是患者等医生。”

为提高急诊科的创伤急救能力,弥补急诊科医生以内科为主的短板,更好地履行北京积水潭医院作为国家骨科医学中心和国家紧急医学救援基地的职责,田兆兴要求科室的医生“既要干内科,又要干外科”,掌握关键性急救技术,比如气管插管等。“很多多发伤患者需要气道保护,但外科大夫一般不擅长插管,如果我们急诊大夫擅长,就能先保住患者的生命,为后续的救治争取时间。”

尽管存在不足,但十余年来,我国一直重视创伤救治体系的建设。2017年,《关于印发进一步改善医疗服务行动计划(2018—2020年)的通知》首次提出要加强对创伤中心建设。2018年,《关于进一步提升创伤救治能力的通知》要求加强对创伤中心为核心的区域创伤救治体系建设,加强创伤相关专业人员培训。今年,《急诊医学专业医疗质量控制指标(2024年版)》将急诊创伤患者创伤量化评估率、严重创伤患者救治—手术时间(中位数)和严重创伤患者24小时存活率纳入其中,强调提升急诊创伤评估规范性、急诊创伤救治效率和严重创伤救治能力。

“如果创伤无法避免,那我们会努力让我们的救治体系越来越高效、越来越完善,努力把创伤的‘杀伤力’降到最低。”田兆兴说。