

台灣外傷醫學會—2022 外傷教育課程【桃竹苗場次 I】

日期：111 年 01 月 22 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 Trauma	大千綜合醫院 一般外科 馮啟彥 主任
09:20-10:10	後疫情時代外傷病人的急症照護	台北長庚 急診室 林秋雲 副護理長
10:10-10:20	Break	
10:20-11:10	Pitfalls of Trauma care	台大新竹分院 外傷科 黃俊雄 主任
11:10-12:00	REBOA 之臨床應用	三軍總醫院 創傷科 許聖德 主任
12:00-13:00	Lunch Time	
13:00-13:50	建立跨領域外傷照護模式~以 PTSD 為例	新光醫院 劉玉香 護理長
13:50-14:40	胸壁挫傷與肺挫傷--你不可忽視的隱形殺手	新竹馬偕紀念醫院 外傷科 劉洋帆 主任
14:40-14:50	Break	
14:50-15:40	ICU CARE FOR MULTIPLE TRAUMA PATIENT	大千綜合醫院 一般外科 袁國慶 醫師
15:40-16:30	Management of open fracture	大千綜合醫院 骨科 范姜治濤 主任
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、後疫情時代外傷病人的急症照護

在新冠肺炎的疫情下，影響到許多人對於在醫療上的疑慮，深怕會因為新冠肺炎影響到是否到醫院就診或是在院內感染等等，針對疫情後對於重大病患如何去照護及傷患處置進一步分享。

三、Pitfalls of Trauma care

歷經創傷事件、手術、及加護病房住院經驗，以 Majority Gordon 十一項功能性健康型態評估，運用觀察、會談、及傾聽之技巧收集資料，發現病患有氣體交換功能障礙、疼痛、組織完整性受損及害怕等護理問題，經提供合宜及個別性的護理處置，個案能順利度過急性期階段。

四、REBOA 之臨床應用

1. REBOA: Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta
2. Indication for REBOA
3. Mechanism of REBOA
4. Clinical Studies-EBM
5. Basic skill of Taiwan Trauma Surgeon

五、建立跨領域外傷照護模式~以 PTSD 為例

突發意外使個案面臨立即性生命威脅，肢體傷害造成日常活動功能障礙，讓未來重返職場充滿了不確定感與壓力。護理過程自 2015 年 7 月 3 至 7 月 30，運用觀察、身體評估，會談技巧及查閱病歷等方式收集資料，依據生理、心理、靈性、社會四個層面進行整體性評估，歸納出個案有疼痛、身體活動功能障礙及焦慮等主要健康問題。住院期間會同環境職業醫學部醫師、社工師、營養師及物理治療師，偕同個案及家屬共同參與醫療決策，提供跨團隊整合性照護。冀望藉此護理經驗提供護理同仁，面對重大創傷病人之身體疾病照護時，更應重視外傷後情緒反應及心理調適過程。

六、胸壁挫傷與肺挫傷--你不可忽視的隱形殺手

1. 開放性氣胸
2. 血胸
3. 肺挫傷
4. 氣管支氣管破裂
5. 心臟鈍挫傷
6. 外傷性主動脈剝離
7. 外傷性橫膈傷害
8. 縱膈胸穿透傷。

大多數胸部外傷所需要的處置是胸管的放置和引流，血液循環功能的維持，呼吸器的支持治

療，足夠的止痛藥劑等。

我們將常見的問題，討論如下：

1.張力性氣胸：致病機轉：是游離空氣進入了肋膜腔所致。而氣體來源可以來自氣道，肺臟，食道或自胸壁缺損進入。張力性氣胸是種特殊的狀況，由於傷口的特性或其它原因造成單向活瓣效應，氣體只進入肋膜腔而不能排出去，如此肋膜腔壓就會急速上升。最大的危險即是肋膜腔壓升高造成縱膈腔的移位，而後者會造成心臟大血管的壓迫與扭曲，最後因休克而死亡。

2.連枷胸：致病機轉：少於3根以下之單純肋骨骨折，一般僅只觀察追蹤，可合併止痛劑的投予，治療其併發症，如血胸或肺擴張不全等。如果成段的肋骨骨折，則務必要考慮有否連枷胸的變化。成段肋骨的骨折，由於骨折斷片脫離原先胸廓骨的排列，如果大於4根以上且在同段肋骨有兩處的骨折。即有可能限制胸廓呼吸的功能，造成反向性呼吸進而呼吸衰竭。

3.大量血胸：

致病機轉：出血常來自斷裂的肋骨、骨折劃破的肺臟或肋間的血管。小量血胸通常插入胸管引流即可，但大量血胸的病人常須相當小心處理。病人會產生血胸的原因可自很小動靜脈破裂至主要血管破裂均有可能。

開刀時機：大量血胸的臨床表徵，往往是休克(shock)合併一側呼吸音消失，此時輸液、輸血和胸管的置放可同時進行。胸管置放後，如果有1500ml的立即出血量，或是每小時200ml持續出血2~4小時，則是開胸手術的適應症。

七、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。

八、Management of open 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。