

创伤小组很重要

——来自台州的经验

浙江省台州市立医院
牟永华





既往状态

院前 → 院内

模式

急诊外科医师首诊

多个科室依次会诊

各个科室相对独立的处理

问题

- 1.首诊医师能力良莠不齐
- 2.缺乏强有力协调
- 3.创伤救治理念陈旧
- 4.各专科缺乏有担当的医师

结果

患者缺乏有效、及时、规范的治疗

● 牵涉多学科的病人，收治困难

● 专业创伤医师培养困难

● 急诊外科队伍不稳定



第一阶段

- 2015年10月--- 2016年12月

组织形式

医务科牵头，组织多发伤
抢救团队

虚拟团队----微信群

主动报名+医务科抽取
(被动抽取为主)

涉及科室

急诊科

普外科

脑外科

ICU

胸外科

泌尿科

骨科

介入科

运行模式

启动创伤救治小组均在群里通告：
告知需要的科室



各科自愿参加+ 医务科抽取
==组织抢救



创伤培训、病例
讨论

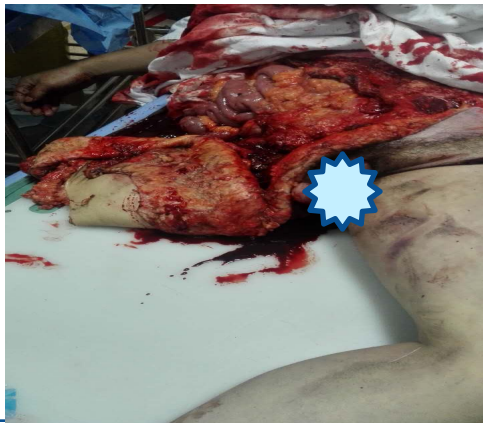


急诊科积累跟踪
创伤病例



急诊病房医师参
与抢救

多发性损伤 创伤失血性休克 右侧骨盆毁损，腹部开放性损伤，



李皖生主任担当team-leader

医务科协调：
微信群发通知+抽调各专科骨干（大外科主任、泌尿科主任上台）

李皖生主任全程跟踪协调，术后收治EICU



问题及结果

- 1.组织松散、积极性不高
- 2.启动集结慢，抢救时效性差
- 3.创伤理念更新普及困难
- 4.缺乏有效机制，
规范化同质化治疗困难
- 5.病人收住分散，
缺乏集中规范治疗



第二阶段

- 2017年1月至今

组织形式

医务科牵头筹建创伤中心，
设立创伤小组

重点培养创伤骨干成员
即team leader

采用完全自愿报名原则，全院征召
高年资骨干，进行创伤培训，主持
协调严重创伤抢救

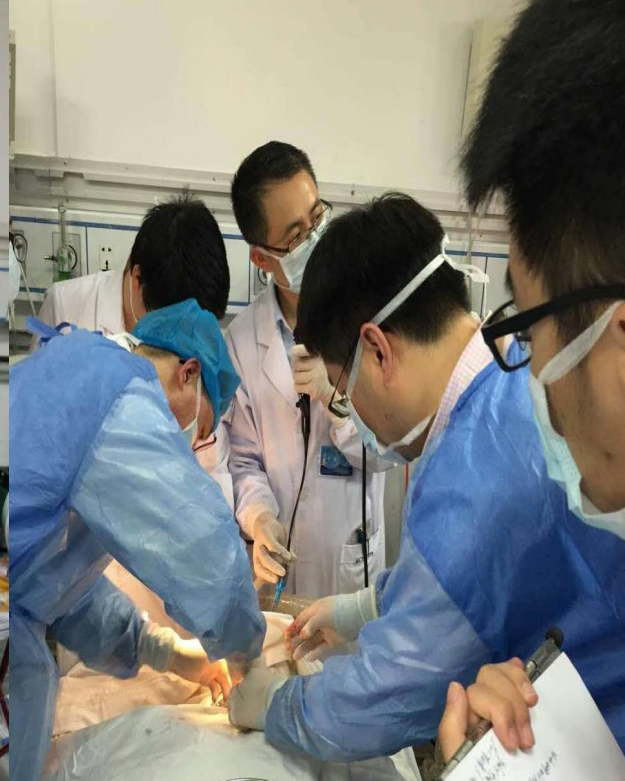
“基于急诊复苏单元的严重创伤多学科联合救治”
----张茂教授



张茂教授 专题讲座 查房指导



周光居博士专题讲座 指导临床实践



Teamleader
全院招募7名

普外科3名

急诊科2名

ICU1名

骨科1名

急诊住院医
师
参加创伤小组
值班

培养目标

创伤医
师

创伤中心骨干建设、培养群 (13) ^



陈刚



周开宇



李皖生



李敏献



李海军



牟永华



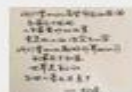
自然法则



阮建伟



梁思渊



周龙



王海宝



徐道剑



卢



星期天下午1:30急诊示教室听张茂主任给我们上课，以及创伤中心建设思路。

@感情狗皮膏@-陈刚

1月20日 下午17:06

@李皖生 [Yeah!]

CTCT金华班你们去看看还能不能注册进去，能去的话去培训一下。

1月20日 下午17:56

PDF 中国创伤救治培训金华站通知-公章版.pdf 315.2 KB

2月24日 早上09:50

ATLS精品课件 | 创伤急诊评估与处理
浙二急诊医学科急诊住院医师规范化培训学习课件

急诊医学资讯




运行模式

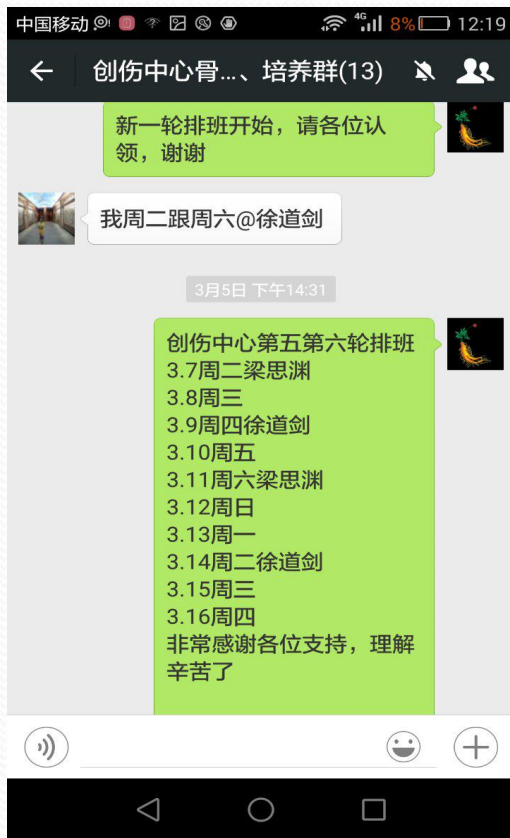
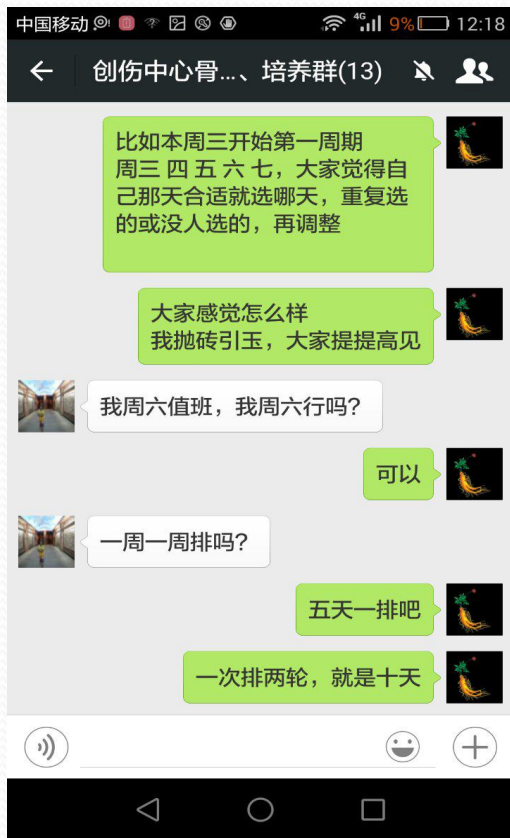
创伤小组组成：
Teamleader (TL)
+ 急诊首诊医师
+ 急诊科住院医师

排班形式：
自愿认领
+ 协调



运行形式：
白天运行模式：
急诊值班医疗组组长TL
+ 急诊外科首诊医师
+ 急诊住院医师
夜间运行模式：
创伤中心骨干TL
+ 急诊外科首诊医师
+ 急诊住院医师

排班形式：自愿认领+协调



创伤小组运行

明确各级创伤
启动标准

统一由院前护士
启动创伤小组

启动1级、2级创
伤，创伤小组集
结于急诊等候

各岗位职责明确：
急诊外科首诊医师
Teamleader
急诊住院医师

创伤启动标准及流程

创伤启动流程

创伤启动卡

姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____ 病历号: _____

初步诊断: _____

符合启动条件: _____

1级

- 气道梗阻
- 呼吸停止, 呼吸窘迫 $R > 35/\text{min}$
- 呼吸减慢 < 20 次/ min (0-5m), < 16 次/ min (5-15m)
- 收缩压 < 60 mmHg (0-5m), 收缩压 < 70 mmHg (5-15m)
- 收缩压 < 80 mmHg / 脉搏 < 60 ($> 5y$)
- 头, 颈, 躯干, 腹股沟等刺伤; 连枷胸
- $GCS < 12$

GCS 评分:

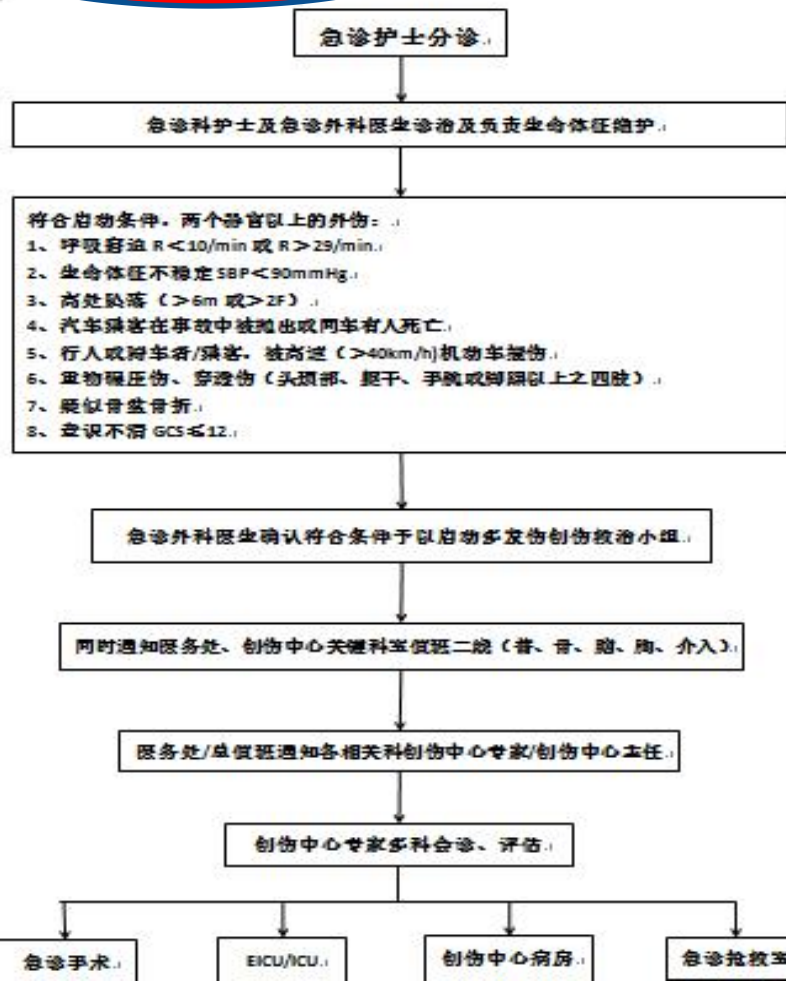
睁眼		语言	
自主睁眼	4	回答正确	5
呼唤睁眼	3	回答错误	4
刺痛睁眼	2	语无伦次	3
不睁眼	1	只能发生	2
		不能发生	1

2级: 有以下表现而未满足1级创伤标准

- 钝器伤导致的开放或凹陷的颅骨骨折
- 怀疑脊柱或脊髓损伤
- 双侧股骨骨折, 骨盆骨折
- 怀疑气道损伤: 面部烧伤, 化学性或烟雾吸入
- 腕部以上脱套伤或伴有完全/部分离断
- 膝关节或肘关节以上深部穿刺伤
- 严重的颌面部创伤

3级: 有以下表现而未满足1级或2级创伤标准

- 3米以上跌倒
- $> 30\text{km/h}$ 的碰撞速度
- 乘客甩出车外
- 同乘人员严重受伤或死亡
- 行人被 $> 30\text{km/h}$ 行车撞击
- 超过 20min 后才脱离现场
- 撞击至车厢凹陷达 30cm 以上



优点

- 1.以明确机制实施：包括创伤启动标准，人员职责明确
- 2.人员少而精：人员相对固定
- 3.创伤救治能力 获得认可


取得的成果

- 1.推行创伤小组2个月来，启动1级2级创伤响应17次
- 2.严重创伤病人不断被成功救治
- 3.启动创伤小组的救治过程更加高效顺畅



案例分享





住院号479243
男性，41岁
诊断：
多发伤，失血
性休克，脾破
裂，左肾破裂，
多发肋骨骨折

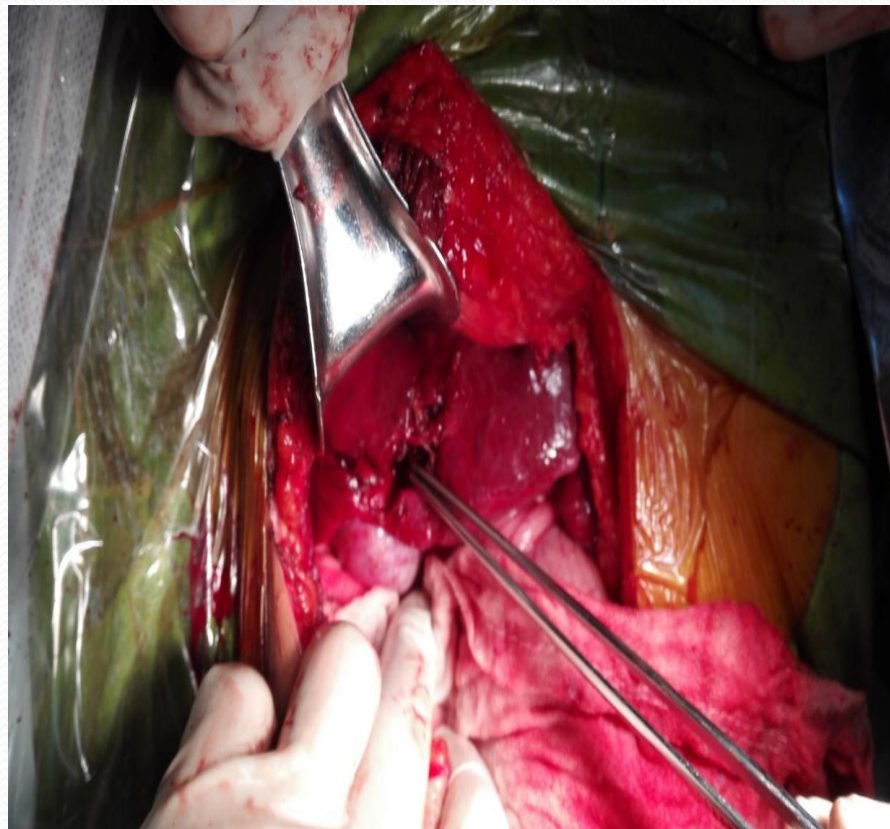


住院号477771
女性，70岁诊
断：
多发伤，腹腔
内出血，肠系
膜上静脉破裂，
多发肋骨骨折，
右胫骨骨折，
右晶状体脱落。



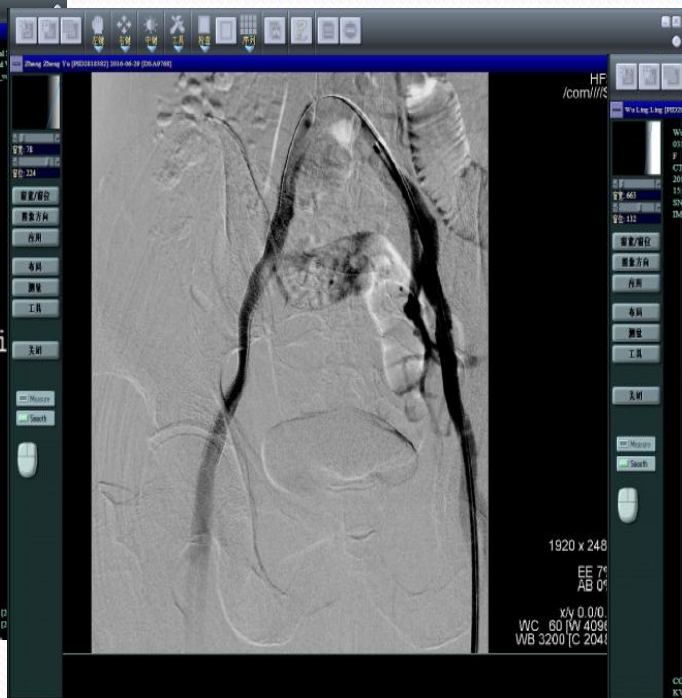


住院号：
489531
男性，50岁
诊断：
腹壁贯穿伤
肝破裂。



住院号：490401，男性，48岁

诊断：外伤性髂动脉损伤：髂动脉夹层动脉瘤



住院号：503269，女性，18岁

诊断：多发伤，失血性休克，脾破裂、左肾破裂，骨盆骨折。

联合泌尿外科行剖腹探查：脾脏切除、左肾切除、左髂内动脉结扎；后转至骨科行骨盆骨折外固定支架固定术。





患者，男，67岁

住院513065

诊断：

多发性损伤

失血性休克

头部外伤：脑挫伤

左侧硬膜下血肿

蛛网膜下腔出血

胸部损伤

两侧多发肋骨骨折

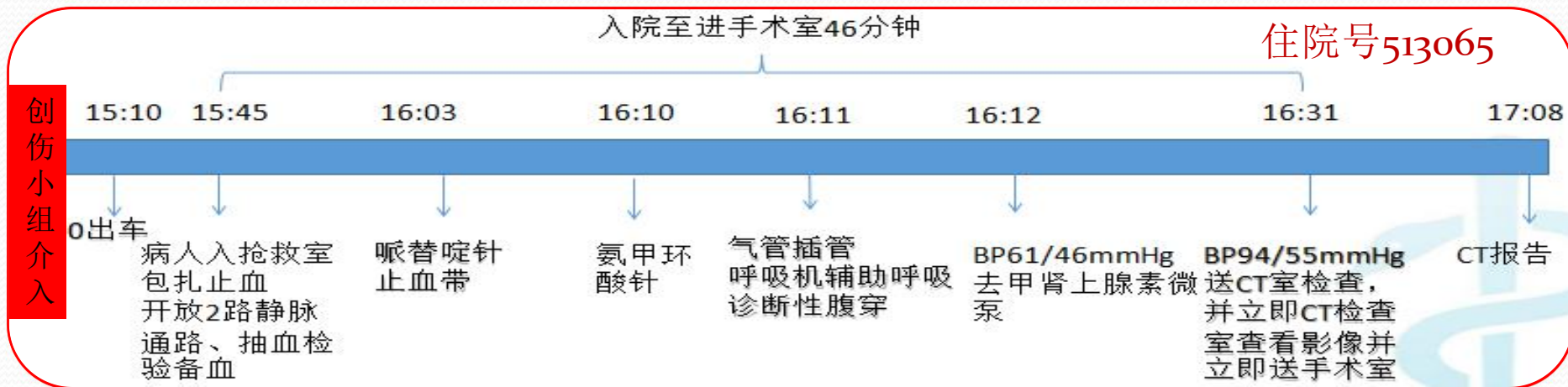
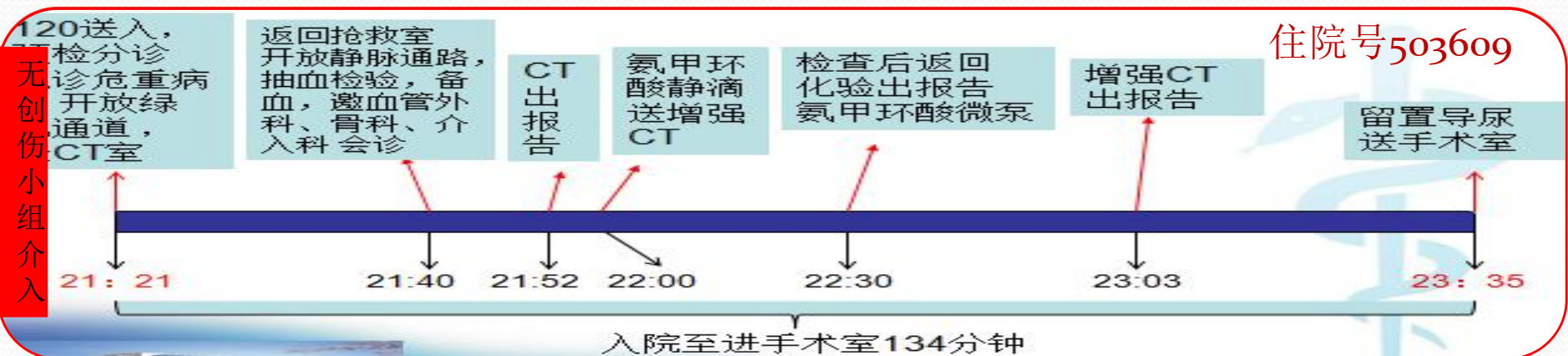
肺挫伤

骨盆骨折

右小腿毁损伤



有无创伤小组参与病例过程对比



问题及挑战

❑ 1. 无法全程投入到创伤救治工作

❑ 2. 队伍稳定性

❑ 3. 队伍管理

❑ 4. 排班困难

❑ 5. 能力提升

❑ 6. 病人缺乏全程集中规范诊治

理想与困惑

1.固定的创伤外科医师----拿什么养活你？

2.独立的创伤病区----你属于谁？

3.创伤救治----想说爱你不容易！

4.创伤医师的培养----理想和现实的距离。

Thank You!

The image features the words "Thank You!" rendered in a bold, blue, 3D sans-serif font. The letters are thick and have a slight shadow on the surface below them. The text is centered on a white, reflective surface. A bright, circular spotlight illuminates the text from above, creating a soft glow around the letters and casting a subtle shadow on the surface. The background is a smooth, light gray gradient.