

文章编号: 1009-4237(2010)01-0096-02

· 讲 座 ·

多发伤病历与诊断: 专家共识意见

中华医学会创伤学分会创伤急救与多发伤学组

摘要: 多发伤病历书写争议颇多,国际疾病分类第 10 次修订本(ICD-10)不能满足其诊断要求。本文系统阐述多发伤病历书写要点,提出其诊断包括损伤诊断、损伤并发症诊断和并存疾病诊断 3 部分,损伤诊断排列应遵循由上而下、从内向外和先重后轻原则。

关键词: 多发伤; 病历; 诊断; 意见

中图分类号: R 641.04 **文献标识码:** A

Expert consensus on medical documentation and diagnosis of multi-injury

Group for Trauma Emergency Care and Multiple Injuries, Trauma Society of Chinese Medical Association

Abstract: There are many disputes on the writing of clinical record for multiple injury, and the ICD-10 can't be qualified for the requirement of multiple injury diagnosis. In this paper, the main points of clinical record writing for multiple injury are elucidated systematically. It is believed that the diagnosis of multiple injury should include diagnosis of injury, diagnosis of complications and diagnosis of coexistent disease, and the disposition of diagnosis in the clinical record should follow the sequence of head-toe, inside-outside and severe-mild.

Key words: multiple injury; clinical record; diagnosis; consensus

多发伤是指机体在机械致伤因素作用下,两个或两个以上解剖部位损伤,其中一处损伤即使单独存在也可危及生命或肢体。国际疾病分类第 10 次修订本(ICD-10)中称为“累及身体多个部位的损伤”。2009 年 9 月 27 日中华医学会创伤学分会创伤急救与多发伤学组会议讨论并达成以下“多发伤病历与诊断专家共识意见”,现发表供同道参考。

1 多发伤病历书写

多发伤的现病史、既往史、系统回顾、婚姻史、月经史等与其他疾病病历类似,但在以下方面有其特点。

1.1 主诉 不超过 20 个字,概括致伤原因、时间、损伤累及的主要部位和伤后表现。

1.2 现病史 客观记录损伤原因、致伤机制及创伤严重度的有关影响因素等,记录院外救治、转运,记录其他医院救治中已明确或怀疑的损伤、已给予的处理及效果、目前情况等。

创伤是时间敏感性疾病,应明确记录受伤、第一目击者发现、院外救治、转运,以及到达和离开急诊科、放射科、手术室、ICU 和外科病房的时间节点。24 小时以内者应精确到分钟,超过 24 小时者应以小时为单位,2~3 天以上者可以天为单位。

1.3 体格检查 准确记录生命体征、神志、体位等,按皮肤、头部及其器官、颈部、胸部、腹部、脊柱和四肢等部位记录,将所有损伤记录入“外科情况”,其中不同部位损伤分段记录;损伤遵循 AIS 的分级描述,便于损伤定级标准(AIS)评分;准确描述所有伤口,测量大小、深度、污染情况等,并记录伤口与常用解剖标志的相对位置,避免使用“入口”或“出口”等名词。

1.4 手术记录 是伤情判断的关键依据,应系统、全面、准确、规范,遵循 AIS 的分级描述所见脏器、组织损伤。长度以 cm 为单位,个别情况以 mm 为单位;组织缺损等面积以 cm^2 为单位,体积以 cm^3 为单位,容量以 ml 为单位。尽可能准确记录失血量。

2 多发伤诊断

多发伤作为独立的诊断,包括 3 方面:(1) 损伤诊断:损伤部位+损伤性质;(2) 损伤并发症诊断:包括失血性休克、感染、间室综合征、水电解质酸碱平衡紊乱和器官功能障碍等;(3) 并存疾病诊断:包括心血管系统疾病、肺部疾病、代谢疾病和药物依赖等。

2.1 损伤部位 包括 6 个部位:(1) 头颈部:包括头皮、脑、颅骨和颈椎;(2) 面部:包括五官和面部骨骼;(3) 胸部:包括胸腔脏器、胸椎、膈肌和胸廓等;(4) 腹部:包括腹腔及盆腔脏器、腰椎;(5) 四肢:包括四肢、骨盆及肩胛骨;(6) 体表:包括机械损伤、烧伤、冷伤和电击损伤等导致的皮肤损伤。

2.2 损伤性质 包括 10 类:(1) 浅表损伤:包括擦伤、水泡、挫伤(包括血肿)、浅表异物和无毒昆虫咬伤。(2) 开放性伤口:包括动物咬伤、切割伤、撕裂伤、穿刺伤(伴或不伴异物存留)。(3) 骨折:包括各种闭合性、脱位的、移位的和开放性骨折。(4) 脱位、扭伤和劳损:包括关节囊和韧带的撕脱、撕裂、扭伤、劳损损伤,以及创伤性关节积液、破裂、不全脱位和撕裂等。(5) 神经和脊髓损伤:包括脊髓的完全性或不完全性损害、神经和脊髓连续性的损害,创伤性神经切断、脊髓出血、短暂性麻痹、截瘫和四肢瘫等。(6) 血管损伤:包括血管的撕脱、切割、撕裂伤,以及创伤性动脉瘤或瘘、动脉血肿和破裂等。(7) 肌肉和肌腱损伤:包括肌肉和肌腱的撕脱、切割、撕裂和创伤性破裂损伤等。(8) 挤压伤:指肌肉丰富的肢体或躯干在受到外部重物(如倒塌的工事或房屋)一定时间以上的挤压或固定体位的自压(如全麻手术病人)而造成的以肌肉伤为主的软组织损伤等。(9) 创伤性

基金项目:全军医学卫生科研基金专项课题(08Z024)

收稿日期:2009-09-27

执笔人:张连阳(第三军医大学大坪医院野战外科研究所全军战创伤中心,重庆 400042)

切断。(10) 内部脏器损伤: 包括各种脏器的冲击损伤、青肿、震荡损伤、挤压伤、撕裂伤, 以及创伤性血肿、穿刺、破裂和撕裂等, 根据壁层胸膜、腹膜有无破裂将胸部和腹部分为穿透伤和钝性伤。

损伤诊断排列遵循: (1) 由上而下: 所有诊断按“头颈-面-胸-腹-四肢-体表”的顺序排列。(2) 从内向外: 某一部位损伤按“内脏-骨骼-皮肤”的顺序排列, 如钝性胸部伤, 包括双侧肺挫伤、右侧血气胸、右侧肋骨骨折、右胸部皮下气肿。(3) 先重后轻: 同一部位同一层次时, 先写重伤, 后写轻伤, 损伤严重程度按 AIS(2005) 确定并注明, 如钝性腹部伤: 肝破裂(AIS 4)、回肠挫伤(AIS 2)、第 3 腰椎横突骨折(AIS 2)。

在多发伤诊断中应用损伤定级标准-损伤严重程度评分法(AIS-ISS)是预测结局、指导治疗、评价救治质量等重要依据, 应在伤后尽早依据查体、手术探查、X 线或 CT 检查, 对每一损伤诊断进行严谨、准确的 AIS-2005 评分。

举例: 1. 多发伤(ISS 29)

1.1 钝性胸部伤

1.1.1 左肺挫伤(AIS 3)

1.1.2 左侧大量血胸(AIS 4)

1.1.3 左 5、6 肋骨骨折(AIS 2)

1.2 钝性腹部伤

1.2.1 胰腺体部挫裂伤(AIS 3)

1.2.2 肝裂伤(AIS 2)

1.3 闭合性肢体损伤

1.3.1 左肱骨干下段骨折(AIS 2)

1.3.2 右第 2~5 掌骨基底部骨折(AIS 2)

2. 失血性休克(重度)

3. 低蛋白血症

4. II 型糖尿病

(本文编辑: 郭卫)

文章编号: 1009-4237(2010)01-封3-01

· 短篇报道 ·

20 例硬膜外血肿术后交通性脑积水临床分析 Clinical analysis of 20 cases of communicating hydrocephalus after extradural hematoma removal

金东, 董吉荣, 蔡学见, 王玉海, 徐勤义

(解放军第 101 医院神经外科, 江苏 无锡 214044)

摘要: 回顾分析 20 例硬膜外血肿术后交通性脑积水临床资料, 认为蛛网膜下腔的炎性反应与脑肿胀是发病的主要原因, 积极治疗能降低其发病率, 对预后有着十分重要的意义。

关键词: 脑积水; 脑肿胀

中图分类号: R 651.1 **文献标识码:** B

我院自 2001 年 1 月~2008 年 1 月收治硬膜外血肿 150 例, 其中巨大硬膜外血肿 20 例, 经治疗取得满意疗效, 现报告如下。

临床资料

1 一般资料 本组 20 例, 其中男性 16 例, 女性 4 例; 年龄 35~71 岁, 平均 52 岁。致伤原因: 道路交通伤 2 例, 摔伤 5 例, 高处坠落伤 3 例, 钝器打击伤 10 例。入院时的格拉斯哥昏迷评分(GCS): 6~8 分 5 例, 3~5 分 15 例。20 例术前均出现脑疝, 行开颅硬膜外血肿清除, 去骨瓣减压术。术后复查头颅 CT 提示硬膜外血肿清除干净, 脑肿胀明显, 环池、四叠体池、脚间池及双侧侧裂池显示不清。术后第 1 次行腰穿发现均有轻度血性脑脊液, 术后 5 天内脑脊液红细胞均 $< 50 \times 10^6/L$, 色清、透明, 无颅内感染的发生。经头颅 CT 证实术后 15~71 天内出现交通性脑积水。

2 治疗与结果 20 例均行脑室-腹腔分流术, 根据颅内压力选择不同的分流管进行手术。术后 2 周复查头颅 CT, 脑室明显缩小者 16 例; 意识障碍明显改善者 13 例(65%); 好转 5 例(25%); 无明显变化 2 例(10%), 其中有 1 例最后出现严重肺部感染而死亡。

讨论

本组 20 例巨大硬膜外血肿后期出现交通性脑积水, 术后脑脊液血性程度并不严重, 而且无颅内感染。我们认为创

伤后致脑肿胀和脑水肿, 颅内压增高, 使蛛网膜下腔完全闭合或严重受压, 蛛网膜下腔缺乏有效的脑脊液的循环, 使红细胞容易在该区域滞留、溶解, 并产生无菌性炎症反应, 长期刺激蛛网膜后, 使蛛网膜容易增厚纤维性变, 容易使蛛网膜下腔闭塞, 使脑脊液的循环受到严重的影响。脑脊液的吸收和静水压成正比, 大部分通过蛛网膜颗粒吸收, 还有一部分靠室管膜细胞吸收作用^[1], 当静水压高到一定程度时, 脑脊液的分泌和吸收达到平衡, 故外伤后脑肿胀早期出现恶性细胞毒水肿, 晚期就很有可能出现交通性脑积水。

交通性脑积水的主要因素不在于脑脊液的血性程度, 而是创伤后出现严重脑水肿、脑肿胀后蛛网膜下腔受压程度。针对病因, 可采取以下几点措施来防止: 伤后严重颅脑损伤患者首先要维持通畅的呼吸道, 防止胃内容物、血性液体阻塞呼吸道, 引起脑低氧、水肿; 术中注意操作轻柔, 尽量减少对脑组织的牵拉; 早期行颅内压监测, 积极抗脑水肿, 甘露醇、蛋白及激素等, 低温冬眠, 脑脊液置换术是最有效的治疗和预防手段, 必要时可行腰大池蛛持续引流, 不仅能有效的缓解颅高压, 置换出脑脊液中的红细胞、蛋白等物质, 而且能随时了解颅内有无感染, 减少发生粘连的机会^[1,2]。

总之, 颅脑损伤后并发脑积水的病理生理因素众多, 进一步积累病例, 分析其共同点, 寻找发病的主要原因, 并进行积极的治疗, 有助于降低该病的发病率, 对提高患者的预后有着十分重要的意义。

参考文献:

- [1] 田恒力, 周良辅, 徐涛, 等. 创伤性蛛网膜下腔出血并发脑积水危险因素分析[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2006, 32(3): 220-222.
- [2] 常书锋, 郑鲁, 楚燕飞, 等. 外伤性脑积水 101 例诊治体会[J]. 中国临床神经外科杂志, 2008, 13(4): 242-243.

(本文编辑: 易萍)

收稿日期: 2009-05-20; 修回日期: 2009-08-04

作者:

中华医学会创伤学分会创伤急救与多发伤学组, [Group for Trauma Emergency Care and Multiple Injuries, Trauma Society of Chinese Medical Association](#)

作者单位:

刊名:

[创伤外科杂志](#) 

英文刊名:

[JOURNAL OF TRAUMATIC SURGERY](#)

年, 卷(期):

2010, 12(1)

被引用次数:

2次

引证文献(2条)

1. [张连阳](#) [多发伤的紧急伤情评估策略](#) [期刊论文] - [创伤外科杂志](#) 2010(1)
2. [戚文涛](#), [王刚](#), [赵海松](#), [刘洪涛](#), [刘磊](#) [多发伤的急救体会](#) [期刊论文] - [中国医疗前沿 \(上半月\)](#) 2010(10)

本文链接: http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical_cswkzz201001043.aspx