

ЛОКАЛЬНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Діагноз: ГДН, гостра дихальна недостатність

Код МКХ-10: J 96.0 Гостра дихальна недостатність

Надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі здійснюється:

бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, лікарями відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатoproфільних лікарень, які входять у систему екстреної медичної допомоги.

Медична допомога на догоспітальному етапі повинна бути надана пацієнтам з ГДН у перші хвилини від початку розвитку ознак захворювання.

Пацієнтам з ГДН необхідно забезпечити термінову госпіталізацію в першу чергу в центри (відділення), де можливе проведення на достатньому рівні усунення причин виникнення ГДН, або належної кисневої підтримки на термін, який необхідний до повного відновлення компенсаторних механізмів зовнішнього дихання.

Швидка діагностика та встановлення причини ГДН на догоспітальному етапі скорочує час для встановлення діагнозу та транспортування пацієнта у відповідні ЗОЗ.

ДЛЯ БРИГАДИ ЕКСТРЕНОЇ (ШВИДКОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Положення протоколу

Норматив прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події становить у містах - 10 хвилин, у населених пунктах поза межами міста – 20 хвилин з моменту надходження звернення до диспетчера оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Зазначені нормативи з урахуванням метеорологічних умов, сезонних особливостей, епідеміологічної ситуації та стану доріг можуть бути перевищені, але не більше ніж на 10 хвилин.

Діагностичне та клінічне обстеження пацієнта фіксується у Карті виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о). До Карти виїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги (форма 110/о) необхідно прикріпити ЕКГ.

Обґрунтування

Рання діагностика та госпіталізація пацієнтів з ознаками ГДН у спеціалізовані ЗОЗ з метою проведення своєчасного відновлення компенсаторних механізмів дихання зменшує смертність та інвалідність як наслідку основного захворювання, покращує результати лікування пацієнтів.

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

1. Збір анамнезу

1.1. Збір анамнезу захворювання:

1.1.1. Встановити точний час від початку нападу ГДН.

1.1.2. Встановити причину нападу.

1.1.3. Встановити, чи були у минулому такі напади ГДН.

1.1.4. Встановити, за яких умов виник/є ГДН - чи пов'язаний він з травмою, хронічним захворюванням легень, фізичним, психоемоційним навантаженням або впливом можливих токсичних речовин.

1.1.5. З'ясувати, чи виникали напади задухи при ходьбі, чи примушували зупинятися, їх тривалість у хвилинах. Чи знімалися ці напади бронхолітиками або іншими ліками специфічного призначення.

1.1.6. Чи схожий цей напад задухи на ті відчуття, що виникали раніше при фізичному навантаженні чи з інших причин за інтенсивністю та характером.

1.1.7. Чи посилювались та почастишали напади задухи останнім часом.

1.2. Збір анамнезу життя:

1.2.1. Встановити, які лікарські засоби приймає пацієнт щоденно.

1.2.2. З'ясувати, які лікарські засоби пацієнт прийняв до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

1.2.3. З'ясувати наявність факторів ризику серцево-судинних та респіраторно-обструктивних захворювань або інших етіологічних причин:

хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), бульозна хвороба, травма грудної клітки, артеріальна гіпертензія, тютюнопаління, цукровий діабет, гіперхолестеринемія.

Виявити в анамнезі інші супутні захворювання: порушення ритму серця, порушення мозкового кровообігу, онкологічних захворювань, виразкової хвороби шлунку та 12-палої кишки, захворювань крові та наявність у минулому кровотеч тощо.

1.2.4. Зібрати загальний алергологічний анамнез та з'ясувати чи є алергічні реакції на прийом лікарських засобів.

2. Проведення огляду та фізичного обстеження

2.1. Оцінка загального стану та життєво важливих функцій: кровообігу, дихання, свідомості за алгоритмом CABDE (Додаток № 2).

2.2. Відповідно до показань усунути порушення життєво важливих функцій організму – кровообігу, дихання.

2.3. Візуальна оцінка: голосно пропонують відкрити очі і запитують: «Що у Вас болить?». Якщо хворий не виконує інструкції, лікар поплескує хворого по плечу, щоці і ще раз пропонує відкрити очі. Лікар нахиляється до хворого на відстань до 15-20 см від його дихальних шляхів і слухає його дихання. Відсутність дихання, а також звуки сипіння, хрипіння, харчання, клекотання свідчать про порушену прохідність дихальних шляхів.

2.4. За відсутності потреби в реанімаційних заходах проводять вторинний огляд – більш детальне неврологічне та соматичне обстеження.

Колір шкірних покривів, вологість, наявність харкотиння, ознаки набухання шийних вен.

3. Оцінка стану серцево-судинної та дихальної системи пацієнта

3.1. Пульс, його характеристика, АТ.

3.2. ЧД, його характеристика. Лікар спостерігає за екскурсією грудної клітки, частотою та ритмом дихання.

3.3. Аускультация легень: наявність вологих або сухих хрипів, бронхіальне дихання, дихання не вислуховується.

3.4. Аускультация, встановлення або виключення (у разі травми) підшкірної емфіземи, крепітації реберних уламків.

3.5. Вимірювання артеріального тиску на обох руках.

3.6. Перкусія ділянки серця: звернути увагу на наявність збільшення границь серцевої тупості.

3.7. Пальпація в ділянці серця: оцінити верхівковий поштовх та його локалізацію.

Слід мати на увазі, що у деяких пацієнтів з ГДН при фізичному обстеженні причиною відхилень від нормальних показників може бути: інтоксикація, зневоднення, як наслідок хірургічного або інфекційного захворювання.

4. Проведення інструментального обстеження

4.1. Реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях.

4.2. У разі, коли на початку клінічних проявів ГДН на фоні серцево-судинних порушень, відсутні електрокардіографічні ознаки, реєстрацію ЕКГ необхідно повторювати з інтервалом 20-30 хвилин.

4.3. Пульсоксиметрія (визначення сатурації крові киснем, **норма – 95%**)

.

Лікувальна тактика

1. Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

Обов'язкові:

1. Забезпечення прохідності дихальних шляхів. Очищення ротової порожнини від слизу, блювотних мас, крові, пошкоджених зубів, сторонніх тіл. Положення пацієнта (за відсутності дихання: на спині (горизонтально, на твердій поверхні). За наявності ефективного дихання: на боці. У хворих з регургітацією за наявності ефективного кровообігу: на боці з опущеним головним кінцем) лежачи з піднятою злегка головою або на боці (якщо причина не травматичного походження). При западанні язика потрійний прийом Сафара: розгинання голови в атланта-окципітальному зчленуванні; виведення нижньої щелепи вперед-вверх; відкривання рота.

Положення на спині з максимальним розгинанням голови та відведенням нижньої щелепи вперед, звільнити ротovu порожнину від біомас та ввести повітровід.

Хворим з ГДН необхідно обмежити фізичне навантаження, забезпечити повний психологічний спокій, не дозволяти пацієнту самотійно пересуватись.

Використання 100% кисню та санація хворих з задишкою та кисню сприяють зменшенню інспіраторного зусилля, а відповідно і набряку легень.

2. Проведення оксигенотерапії показане пацієнтам зі зниженням сатурації менше 95%. Інгаляцію зволеним киснем проводити за допомогою маски або через носовий катетер зі швидкістю 3-5 л/хв.

3. Забезпечення венозного доступу

Усім пацієнтам у перші години захворювання або у разі виникнення ускладнень показана катетеризація периферичної вени. Венозний доступ проводиться шляхом виконання стандартної процедури венозної пункції з дотриманням заходів асептики/антисептики катетером для внутрішньовенної пункції, який ретельно фіксується пов'язкою.

Обов'язкові

1. Надання екстреної медичної допомоги

Лікування ГДН проводиться з урахуванням етіопатогенетичних причин. Комплекс терапевтичних заходів має бути направлений на відновлення газообміну та підтримку гемодинаміки.

1. Знеболення у випадках важкої торакальної або поєднаної травми (в/в, в/м введення анальгетиків, наркотичних знеболюючих препаратів).

2. Оксигенотерапія суміші кисню шляхом застосування назофарінгеальної маски, маски наркозно-дихальної, ендотрахеальної або трахеостомічної трубки.

3. Підтримка належної прохідності дихальних шляхів.

4. Симптоматична терапія.

5. Штучна вентиляція легень, у разі неефективного спонтанного дихання (ЧД 40 і більше дихань за хвилину).

Необхідні дії лікаря щодо контролю та корекції артеріального тиску у разі встановлення етіопатогенетичної причини ГДН як наслідок гострої серцево-судинної недостатності.

Обов'язкові:

- рекомендований контроль рівня АТ.

- низький рівень АТ погіршує кровообіг у коронарних судинах, що призводить до збільшення зони інфаркту та є предиктором електричної нестабільності міокарду.

- для підвищення АТ перевага надається внутрішньовенному крапельному введенню допаміну зі швидкістю 2-10 мкг/кг/хв. під контролем частоти серцевих скорочень та АТ, який може поєднуватися з внутрішньовенним крапельним введенням добутаміну, починаючи з дози 2,5-5 мкг/кг/хв.

Госпіталізація

Обґрунтування

Термінова госпіталізація пацієнта у визначені ЗОЗ вторинної медичної допомоги з ГДН зменшує кількість випадків РДСД та набряку мозку.

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Всі пацієнти з підозрою на ГДН незалежно від статі, віку та інших факторів підлягають терміновій госпіталізації. У ЗОЗ необхідно взяти медичну документацію та попередні результати обстеження пацієнта. Пріоритетним завданням бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги є транспортування пацієнтів в центр (відділення), де можливе надання спеціалізованої медичної допомоги.

2. Під час транспортування необхідно забезпечити моніторування стану пацієнта, проведення лікувальних заходів та готовність до проведення реанімаційних заходів.

3. Транспортування здійснюється на ношах після стабілізації стану пацієнта у відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатoproфільної лікарні, або оминаючи приймальне відділення, безпосередньо у відділення інтенсивної терапії, реанімаційне відділення, операційний блок, де проводиться екстрена спеціалізована медична допомога.

Необхідні дії водія бригади екстреної медичної допомоги:

1. Забезпечити доставку медичних працівників та оснащення виїзної бригади до місця події у найкоротший термін (до 10 хвилин у місті та 20 хвилин у населених пунктах поза межами міста) та оптимальним маршрутом.

2. Сприяти медичним працівникам в наданні екстреної медичної допомоги хворим та постраждалим, перенесенні та підключенні медичної апаратури.

3.Брати безпосередню участь у перенесенні хворого на ношах, особисто відчиняти задні двері автомобіля, брати участь у встановленні нош з хворим у салон автомобіля, зачиняти задні двері.

4.Забезпечити транспортування хворого до лікарні.

Додаток № 1

до клінічного протоколу екстреної медичної допомоги «Гостра дихальна недостатність»

Інформована згода пацієнта

Лікар бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги проінформував мене про наявність у мене гострої дихальної недостатності та доцільність проведення стаціонарного лікування якомога раніше.

Я, _____,

(Прізвище, ім'я, по-батькові)

попереджений про можливі побічні дії цього лікування і даю згоду на проведення лікування із застосуванням методів і технологій щодо такого стану здоров'я

Дата _____ Підпис _____

Родич _____ Підпис _____

(Заповнюється у разі якщо пацієнт не може підписати власноручно)

до клінічного протоколу екстреної медичної допомоги «Гостра дихальна недостатність»

ОЦІНКА СТАНУ ПАЦІЄНТА - ЗА АЛГОРИТМОМ CABDE

1. С - кровообіг (Circulation)

1.1. Оцініть колір шкіри на відкритих частинах (кисті): синя, рожева, бліда або мармурова.

1.2. Оцініть температуру кінцівок: холодна чи тепла. Оцініть капілярне наповнення - в нормі до 2 сек. Збільшене капілярне наповнення може вказувати на знижену периферійну перфузію.

1.3. Оцініть наповнення вен - можуть бути помірно наповнені або запалі при гіповолемії.

1.4. Визначити ЧСС. Знайдіть периферійний пульс та пульс на великій артерії, оцініть його наявність, частоту, якість, регулярність та симетричність.

1.5. Виміряйте артеріальний тиск.

1.6. Вислухайте тони серця.

Зверніть увагу на інші симптоми, які свідчили б про зниження викиду серця, такі, як порушення свідомості, олігоурія (об'єм сечі < 0,5 мл/кг/год.).

2. В - дихання (Breathing)

Під час оцінки дихання важливо визначити та лікувати стани, які є безпосередньою загрозою для життя - важкий напад астми, набряк легень, напружений пневмоторакс, гемоторакс.

2.1. Визначте симптоми, які можуть свідчити про порушення дихання: надмірна пітливість, центральний ціаноз, робота додаткових м'язів або черевний тип дихання.

2.2. Визначте ЧД - в нормі це 16-18 вдихів за хв.

2.3. Оцініть спосіб дихання, глибину вдихів та перевірте, чи рухи грудної клітки симетричні.

2.4. Зверніть увагу на надмірне наповнення шийних вен (наприклад, при важкій астмі або напруженому пневмотораксі), наявність та прохідність плеврального дренажу та інше.

2.5. Проведіть аускультацию та перкусію легень.

2.6. Визначте положення трахеї - її зміщення може свідчити про напружений пневмоторакс, фіброз легень або рідину у плевральній порожнині.

3. А - прохідність дихальних шляхів (Airway)

3.1. Визначте симптоми непрохідності дихальних шляхів: порушення прохідності дихальних шляхів сприяє виникненню парадоксального дихання та участі у диханні додаткових дихальних м'язів; центральний ціаноз є пізнім симптомом непрохідності дихальних шляхів; у пацієнтів, які знаходяться у критичному стані, порушення свідомості часто спричиняє порушення прохідності дихальних шляхів (западання язика, м'якого піднебіння).

3.2. Кисень у високій концентрації: за допомогою маски з резервуаром; переконайтесь, що подача кисню достатня (> 10 л/хв).

4. D - порушення стану свідомості (Disability)

Найчастіше причинами порушень стану свідомості є важка гіпоксія, гіперкапнія, ішемія мозку або застосування лікарських засобів із седативним ефектом або анальгетиків.

4.1. Оцініть зіниці (діаметр, симетричність та реакцію на світло).

4.2. Швидко оцініть стан свідомості пацієнта за шкалою AVPU: Alert (орієнтується), Vocal (реагує на голос), Pain (реагує на біль), Unresponsive (не реагує на жодні подразники). Можна застосувати також шкалу Глазго (Glasgow Coma Scale).

4.3. Визначте рівень глюкози, щоб виключити гіпоглікемію. Якщо рівень глюкози нижче ніж 3 ммоль/л, забезпечте в/в 50,0 мл 20% розчину глюкози.

5. E - додаткова інформація (Exposure)

5.1. Зберіть детальний анамнез у пацієнта, його рідних, друзів.

5.2. Ознайомтесь з медичною документацією пацієнта: перевірте показники життєвих параметрів, та їх зміни у динаміці, перевірте, які лікарські засоби пацієнтові призначені та які він приймає.