

ЛОКАЛЬНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Діагноз: ТГК, травма грудної клітки

Код МКХ-10: Травми грудної клітки (S20-S29)

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 багатопрофільних лікарень, які входять у систему екстреної медичної допомоги.

Медична допомога на догоспітальному етапі повинна бути надана постраждалим з ТГК у перші хвилини від початку розвитку ознак травмування.

Постраждалим з ТГК необхідно забезпечити термінову госпіталізацію, в першу чергу в центри (відділення), де можливе проведення первинного хірургічного втручання, які надають вторинну медичну допомогу, в період найбільших терапевтичних можливостей.

Швидка діагностика ознак ТГК на догоспітальному етапі скорочує час для встановлення діагнозу та транспортування постраждалого 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.

Діагностичне та клінічне обстеження потерпілого фіксується у Карті виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о). До Карти виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о) необхідно прикріпити ЕКГ, а у разі передачі біометричних ЕКГ - сигналів у консультативний телеметричний центр – записати заключення кардіолога.

Обґрунтування

Рання діагностика та госпіталізація постраждалих з ТГК у спеціалізовані ЗОЗ з метою проведення первинного хірургічного втручання зменшує смертність та інвалідність внаслідок цієї травми, покращує результати лікування постраждалих.

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Збір анамнезу

1.1. Збір анамнезу захворювання:

1.1.1. Встановити час виникнення болю в грудній клітці, його тривалість та зв'язок з можливою травмою грудної клітки.

1.1.2. Встановити характер болю, його локалізацію та іррадіацію.

1.1.3. Встановити чи була спроба зняти біль знеболюючими препаратами та ефект від даної дії.

1.1.4. Встановити зв'язок болю з фізичним навантаженням.

1.1.5. Встановити наявність задишки.

1.1.6. Встановити наявність рани грудної клітки.

1.1.7. Встановити наявність ссаден, гематом м/тканин грудної стінки.

1.1.8. Встановити наявність підшкірної емфіземи грудної стінки, шиї, обличчя, черевної стінки.

1.2. Збір анамнезу життя:

1.2.1.З'ясувати чи була травма грудної клітки, живота.

1.2.2.З'ясувати які знеболюючі засоби потерпілий прийняв до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

1.2.3.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 постраждалого: свідомості, дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE (Додаток №1).

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

2.3. Візуальна оцінка:

2.3.1. Колір шкірних покривів, вологість, наявність набухання шийних вен, наявність підшкірної емфіземи грудної стінки, шиї, обличчя.

2.3.2.Виявити наявність рани грудної клітки.

2.3.3.Виявити наявність деформації, крепітації уламків ребер.

2.3.4.Виявити “свист” при диханні і кашлі – наявність відкритого пневмотораксу.

2.3.5. Виявити точкові крововиливи на обличчі, грудній клітці, синюшність шкіри обличчя, шиї, верхньої половини тулуба, як можливий прояв стиснення грудної клітки.

3. Оцінка стану серцево-судинної та дихальної системи пацієнта

1. Пульс, його характеристика, АТ.

2. ЧД, його характеристика.

3. Вимірювання артеріального тиску на обох руках.

4. Перкусія ділянки серця: звернути увагу на наявність зміщення границь серцевої тупості.

5. Пальпація серця: оцінити верхівковий поштовх та його локалізацію.

6. Аускультация серця та судин: оцінити тони та наявність шумів.

7. Аускультация легень: наявність/відсутність легеневого дихання, наявність вологих хрипів, тимпаніту.

Слід мати на увазі, що у багатьох постраждалих з ТГК при фізичному обстеженні відхилень від нормальних показників може не бути.

4. Проведення інструментального обстеження

Обов'язкові:

1. Реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях або передача біометричних ЕКГ-сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ.

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

Лікувальна тактика

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

Обов'язкові:

1. Положення постраждалого напівсидячи.

Постраждалим з ТГК необхідно обмежити фізичне навантаження, забезпечити повний психологічний спокій, обмежити постраждалого у самостійному пересуванні.

2. Проведення оксигенотерапії показане постраждалим 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 (при наявності необхідних інструментів - забезпечення внутрішньокісткового доступу).

Венозний доступ проводиться шляхом виконання стандартної процедури венозної пункції з дотриманням заходів асептики/антисептики катетером для внутрішньовенної пункції, який ретельно фіксується пов'язкою.

2. Надання екстреної медичної допомоги

Обов'язкові:

Усунення болю :

1) блокада міжреберних нервів, паравертебральна спиртновокаїнова блокада;

2) введення ненаркотичних та наркотичних анальгетиків (кеторолак, кетальгін, дексалгін, реналган, трамадол, розчин метамізолу натрію в/в повільно, однак перевага надається морфіну - вводити дробно по 2-5 мг кожні 5-15 хв до припинення болювого синдрому або появи побічної дії (гіпотензії, пригнічення дихання, нудоти, блювання).

1. Боротьба з шоком:

-інфузійна терапія (фіз.р-н, ГЕК, рефортан, реосорбілакт);

- вагосимпатична блокада на відповідній стороні травми грудної клітки.

2. Киснева терапія (інгаляція зволженим киснем проводиться за допомогою маски або через носовий катетер зі швидкістю 3-5 л/хв).

3. При напруженому пневмотораксі та вираженій підшкірній емфіземі грудної стінки, черевної стінки, шиї, обличчя – торакоцентез, дренивання плевральної порожнини.

4. При відкритому пневмотораксі – оклюзійна (герметична) пов'язка, відсмоктування повітря з плевральної порожнини пункційною голкою. Якщо дана маніпуляція неефективна – фіксація голки до шкіри, не виймаючи її з плевральної порожнини, транспортування постраждалого в стаціонар.

5. При клапанному пневмотораксі – перевести у відкритий пневмоторакс та накласти оклюзійну пов'язку з наступним відсмоктуванням повітря з плевральної порожнини.

6. При зупинці дихання – інтубація трахеї, серцево-легенева реанімація.

Бажані:

- в/в введення кровозамінників (особливо при наявності гемопневмотораксу) - гідроксиетилкрохмаль 6% 250 мл.

Подальша тактика залежить від даних ЕКГ

Необхідні дії лікаря щодо контролю та корекції артеріального тиску.

Обов'язкові:

- Рекомендований контроль рівня АТ.

-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.

-Для зниження АТ застосовуються β -адреноблокатори і/або нітрати (див. протокол надання медичної допомоги по лікуванню артеріальної гіпертензії).

Госпіталізація:

Обґрунтування

Термінова госпіталізація потерпілого у визначені ЗОЗ вторинної медичної допомоги.

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Потерпілі з ТГК незалежно від статі, віку та інших факторів підлягають терміновій госпіталізації. У ЗОЗ необхідно взяти медичну документацію. Пріоритетним завданням бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги є транспортування потерпілих в центр (відділення), де можливе проведення первинного хірургічного втручання.

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

3. Транспортування здійснюється на ношах у відповідне відділення (торакальне, хірургічне) багатопрофільної лікарні, лікарні швидкої медичної допомоги, відділення політравми або в протишокову палату приймального відділення лікарні, де проводяться необхідне дообстеження та, при необхідності, екстрене оперативне втручання.

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.

до клінічного протоколу медичної допомоги
«Травма грудної клітки (екстрена медична
допомога)»

ОЦІНКА СТАНУ ПАЦІЄНТА - ЗА АЛГОРИТМОМ ABCDE

1. А - прохідність дихальних шляхів (Airway)

1.1. 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).

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

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. С - кровообіг (Circulation)

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

3.2. Оцініть температуру кінцівок: холодна чи тепла.

3.3. Оцініть капілярне наповнення - в нормі до 2 сек. Збільшене капілярне наповнення може вказувати на знижену периферійну перфузію.

3.4. Оцініть наповнення вен - можуть бути помірно наповнені або запалі

при гіповолемії.

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

3.6.Виміряйте артеріальний тиск.

3.7.Вислухайте тони серця.

3.8.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.).

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 (GlasgowComaScale).

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.