

ЛОКАЛЬНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Діагноз: ТХ, травма хребта

Код МКХ-10: S.12 – S.34

Надання першої медичної або 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 потерпілим з ТХ у перші хвилини від початку розвитку ознак травмування.

Потерпілим з ТХ необхідно забезпечити термінову госпіталізацію в першу чергу в центри (відділення), де можливе проведення первинного хірургічного втручання, які надають вторинну медичну допомогу.

Швидка діагностика ознак ТХ на догоспітальному етапі скорочує час для встановлення діагнозу та транспортування потерпілого 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 потерпілих з ТХ у спеціалізовані ЗОЗ з метою проведення первинного хірургічного втручання зменшує смертність та інвалідність внаслідок цієї травми, покращує результати лікування потерпілих.

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Збір анамнезу

1.1. Збір анамнезу захворювання:

1.1.1. Встановити точний час, місце та обставини травми зі слів хворого, свідків.

1.1.2. Визначити механізм травми, в т.ч. дорожньо-транспортна пригода, падіння з висоти, в т.ч. з висоти росту, кримінальні дії тощо.

1.1.3. Встановити епізод: втрата свідомості.

1.1.4. З'ясувати факт надання долікарської та першої медичної допомоги сторонніми особами, якщо так, то ким саме.

1.1.5. Визначити, чи вживав хворий алкогольні напої або наркотичні засоби.

1.2. Збір анамнезу життя:

1.2.1. З'ясувати наявність факторів ризику серцево-судинних захворювань: артеріальна гіпертензія, тютюнопаління, цукровий діабет, гіперхолестеринемія. Виявити в анамнезі супутні захворювання, в т.ч. порушення ритму серця, порушення мозкового кровообігу, онкологічних захворювань, виразкової

хвороби шлунку та 12-палої кишки, захворювань крові та наявність у минулому кровотеч, ХОЗЛ, тощо.

1.2.3. Зібрати загальний алергологічний анамнез та з'ясувати наявність алергічних реакцій на прийом лікарських засобів.

1.2.4. Визначити, які лікарські засоби пацієнт прийняв до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

1.2.5 З'ясувати, чи хворів постраждалий на ВІЛ, туберкульоз, гепатити та венеричні захворювання.

2. Проведення огляду та фізичного обстеження

2.1. Оцінка загального стану та життєво важливих функцій потерпілого: 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. Оглянути травмованого з голови до п'ятки з метою виявлення поєднаних пошкоджень:

2.3.1.1. Наявність зовнішніх ознак травми

2.3.1.2. Визначити рухову активність кінцівок.

2.3.1.3. Наявність деформацій скелету.

2.3.1.4. Наявність тактильної чутливості.

2.3.2 Колір шкірних покривів, вологість.

2.3.3. Виявити наявність рани в ділянці хребта.

2.3.4. Виявити наявність деформації хребта.

2.3.5. Виявити наявність зовнішньої чи внутрішньої кровотечі з ділянки хребта.

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 потерпілих з ТХ 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 лежачи на щиті.
2. Постраждалому з ТХ необхідно обмежити фізичне навантаження, забезпечити повний психологічний спокій, заборонити постраждалому самостійне пересування.
3. 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.

4. Забезпечення венозного доступу.

Венозний доступ проводиться шляхом виконання стандартної процедури венозної пункції з дотриманням заходів асептики/антисептики катетером для внутрішньовенної пункції, який ретельно фіксується пов'язкою. Ввести 0,9% розчин натрію хлориду із розрахунку 20 мл/кг та 10% розчин гідроксиетилкрахмалю.

4. Транспортну іммобілізацію потрібно проводити на щиті на місці пригоди, постраждалих у положенні «жаби», обов'язково зафіксувавши шию у транспортному шийному комірці або шийним ортезом.

2. Надання екстреної медичної допомоги

Обов'язкові:

1 Усунення болю :

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

- боротьба з явищами шоку див. Протокол «Шок»;

- боротьба з явищами гострої дихальної недостатності див. Протокол «Гостра дихальна недостатність».

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 з лікування артеріальної гіпертензії).

Госпіталізація

Обґрунтування

Термінова госпіталізація потерпілого у визначені ЗОЗ вторинної медичної допомоги.

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Всі постраждалі з ТХ 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 постраждалого в спеціалізоване відділення, де можливе проведення первинного хірургічного втручання.

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

3. Транспортування здійснюється на ношах у відповідне відділення багатопрофільної лікарні або, оминаючи приймальне відділення, безпосередньо у операційне відділення, де проводиться екстремне 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 екстреної медичної допомоги «Травма хребта

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.

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

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

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

2.3. Проведіть аускультацию та перкусію легень.

2.4. 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.