Методически указания за поведение при спешни състояния

ТЕЖКА ТРАВМА

ИНСУЛТ

ГРЪДНА БОЛКА

СЪДЪРЖАНИЕ

1. *УВОД* 5
FOREWORD 7
2. *ТЕЖКА ТРАВМА* 9
Поведение на Спешен екип 9
Поведение на персонала
от Спешно отделение 19
Схема 24
3. *ИНСУЛТ* 27
Поведение на Спешен екип 27
Поведение на персонала
от Спешно отделение 34
Схема 37
4. *ГРЪДНА БОЛКА* 41
Характеристики и причини 41
Поведение на Спешен екип 59
Поведение на персонала
от Спешно отделение 61
Схема 68
Приложение:
Глазгоу Кома Скала (ГКС-GCS) –
деца и възрастни 69
Съкращения 72

ИНСУЛТ

Поведение на спешния екип при обработка на пациент със спешно неврологично заболяване

Поведение на екипа в Районна координационна централа (РКЦ) – тел. 150.

При обаждане по тел. 150, подадено от близки или свидетели – събиране на данни по утвърден протокол за болен с нарушено съзнание и двигателни функции.

Регистрация на данните

Идентифициране на проблема и насочване на екип с оборудвана линейка.

Обезпечаването на пациент със спешно неврологично заболяване от спешния екип започва с констатиране на нарушенията на витал-

ните функции с бърз и целенасочен първичен преглед и своевременно ги подсигурява.

Едва след овладяването на животозастрашаващата ситуация може да се премине към диагностициране (лечение на специфичното неврологично заболяване).

Поведение при пациент с неясна загуба на съзнанието:

- Проверка на състоянието на съзнанието.
- Освобождаване и поддържане на свободни дихателни пътища.
- Почистване на орофаринкса.
- При необходимост – аспирация на секретите.
- Двустранна проверка на пулса на a. karotis.
- Ранно мониториране с оглед диагностициране на необходимостта от дефибрилация.
- При интубирани пациенти да се използва ендотрахеалната апликация на медикаментите. Винаги най-добрият вариант е чрез едновенозен път.

Необходимо е да се познават неспецифичните

мерки или указания на спешните неврологични заболявания.

Събират се анамнестични упътвания относно:

- остра или постепенна е промяната на съзнанието?
- известни стари неврологични заболявания?
- известен диабет?
- температура? главоболие?
- известни опити за самоубийство?
- известна депресия?
- намерени таблетки или опаковки, спринцовки, алкохол?

След обхващане на анамнестичните насоки се предприема първичен неврологичен преглед – почти едновременно с първите терапевтични мероприятия.

Първичен преглед при неврологични спешни случаи

1. Тип дишане? Преди да бъде интубиран пациентът трябва да се регистрира типът дишане!

2. Очи отворени/затворени?

3. Видими наранявания? Прехапване на езика?

4. Екстензорен/флексорен синергизъм?

5. Двигателна асиметрия? Едностранни парализи?

6. Тазови резервоари?

7. Foetor ex ore?

8. Кръвна захар?

Едновременно с първичния неврологичен преглед при пациенти с нарушено съзнание се събира и регистрира и неврологична находка за:

- дълбочината на смущението на съзнанието се описва с две прости реакции: реакция на заговаряне и реакция на болково дразнение;
- менингизъм (внимание при пациенти със съмнение за шийна травма; при кома може да е отрицателен);
- зеници: описва се формата и реакцията на светлина (напр. тесни със забавена реакция, анизокория без реакция, неокръглени без реакция, максимално разширени без

реакция);

- булбуси: положение и движение - стоят ли по оста, дивергентни, с нистагъм, плаващи с отклоняване на погледа;
- окулоцефален рефлекс (куклен феномен) при безсъзнателен пациент, патологичен феномен, неблагоприятно прогностичен;
- защитни рефлекси:
  - корнеален рефлекс: едностранен, двустранен;
  - болково дразнене на н. тригеминус (защипване на носния септум, реакция на лицевата мускулатура);
  - гълтателен рефлекс (шпател, интубация, аспирация); реакцията, включително липсата на защитни рефлекси, говори много за дълбочината на нарушение на съзнанието;
  - мускулен тонус и периферни рефлекси - трябва да се проверят и опишат като вял, повишен, липсва, едностранно/двустранно, симетричниПроверка на Бабински двустранно.

Особено важно е да се открие и регистрира „латерализацията“, която означава, че първично е централното увреждане.

„Признаци на страна“:

- едностранно зенично разширение;
- едностранно намалено спонтанно движение;
- едностранно намалена реакция на болка;
- едностранно отпаднал окулоцефален рефлекс;
- едностранно “Бабински” – пирамиден път;
- едностранно диференция на мускулния тонус;
- едностранно диференция на собствените мускулни рефлекси;

С неврологичния преглед се отговаря на следните въпроси:

- за първична или вторична церебрална причина за нарушение на съзнанието се касае?
- какво специфично неврологично заболяване е представено?

- какво лечение трябва да се приложи?

Инсулти

1. Субарахноидален мозъчен кръвоизлив

- Да се мисли за това!
  - витални параметри;
  - положение: повдигната горна част на тялото;
  - кислород - инхалация;
  - RR - понижаване;
  - венозен път;
  - аналгоседиране;
  - антиеметика.

2. Мозъчен инсулт; ПНМК: Обща терапия

- положение: повдигната горна част на тялото при хипертония; на равно при хипотония, ССП при безсъзнание;
- освобождаване и поддържане свободни дихателните пътища;
- кислород - инхалация; разширени индикации за интубация; хипервентилация;
- седиране - Diazepam 1 amp. i.v. само при необходимост;

- противогърчова терапия;
- внимателно понижаване на RR, но не под 160 mm Hg; 180/110 или 120;
- при парализи – венозният път на незасегнатата половина на тялото; без компютърна акс. томография е много трудно да е сигурно дали сърдечно-съдовата атака е хеморахия или исхемична, затова лечението се основава на поддържане до диагностичния анализ. Също хипергликемия и температура.

Поведение на медицинския персонал от Спешно отделение

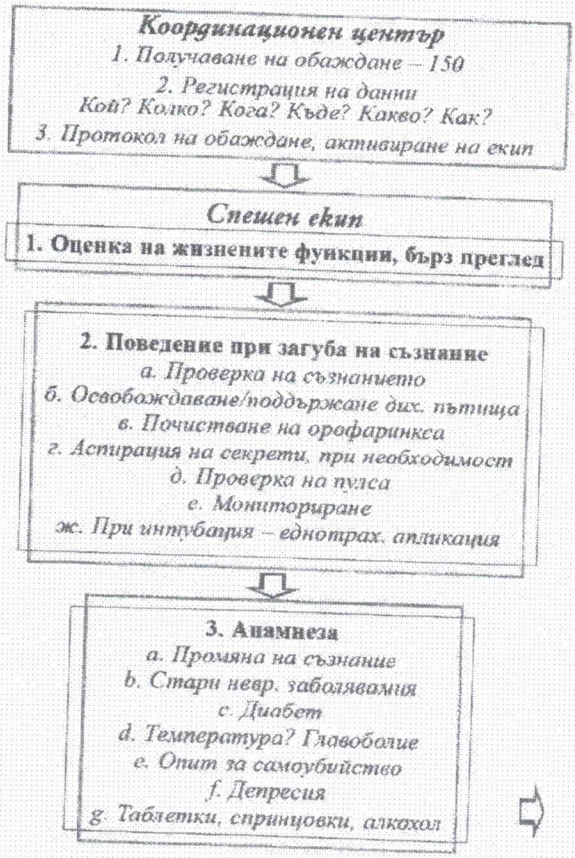
- Настаняване на пациента с извършване на клиничен преглед, като наред с основните жизнени показатели се включват и определяне вида на разстройството на мозъчното кръвообращение, етиология, тежест, придружаващи заболявания.

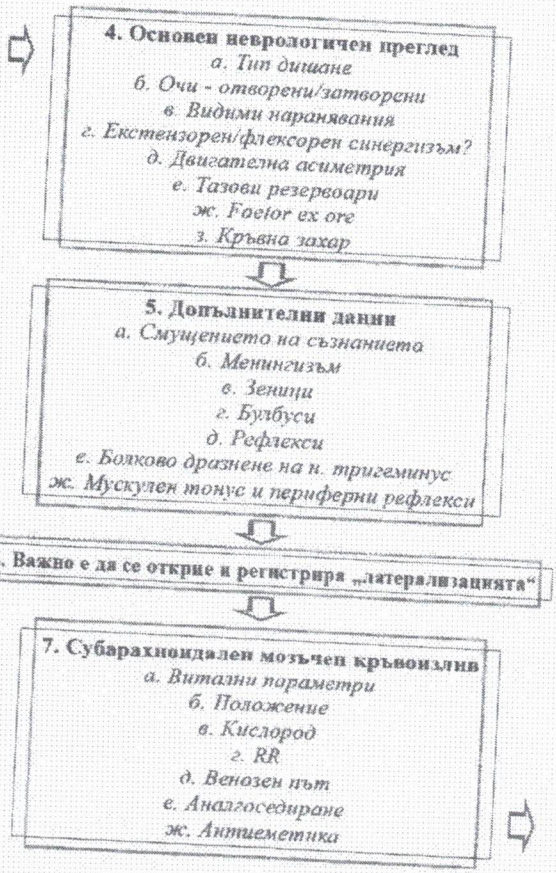
Диагностични мерки, които биха могли да се извършат на този етап: ЕКГ, Ro-графия на бял дроб и сърце, компютърна аксиална томография на череп.

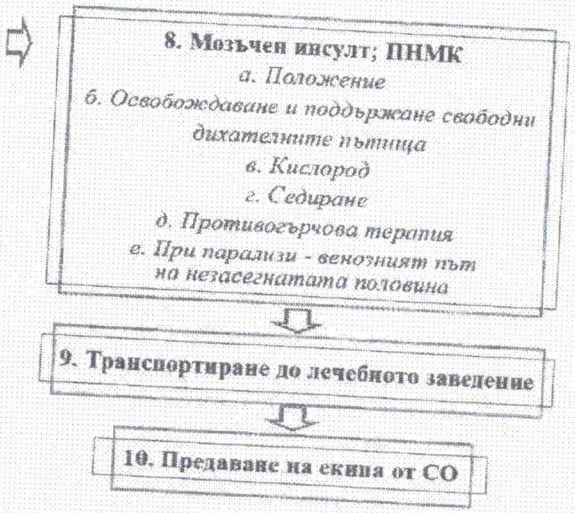
- По време на престоя на пациента се следи за:

– положение на пациента – поставя се в повдигнато на 30 градуса положение или странично стабилно при пациент в кома;
– осигуряване на проходимост на дихателните пътища със започване на кислородотерапия при необходимост, която включва и интубация с механична вентилация при коматозен пациент;
– осигуряване (поддържане) на венозен път и инфузия на левулоза и водно-солеви разтвори;
– противооточно лечение – Манитол 1-2 г/кг 24 ч или Фуроземид 20-40 мг i.v.;
– корекция на артериалното налягане – избягват се резки спадове на артериалното налягане, не се снижава систолното артериално налягане с повече от 30 % в

първите 24 ч след инцидента;
- при конвулсни кризи се извършва седация с бензодиазепинови производни (диазепам);
- корекция, ако е необходима и възможна на сърдечни аритмии;
- аналгезия;
- настаняване на пациента в неврологично отделение;
- ако е исхемично, е възможна (код инсулт) фибринолиза;
- анализ на кръвна захар.


Координационен център
1. Получаване на обаждане – 150
2. Регистрация на данни
Кой? Колко? Кога? Къде? Какво? Как?
3. Протокол на обаждане, активиране на екип
Спешен екип
1. Оценка на жизнените функции, бърз преглед
2. Поведение при загуба на съзнание
а. Проверка на съзнанието
б. Освобождаване/поддържане дих. пътища
в. Почистване на орофаринкса
г. Аспирация на секрети, при необходимост
д. Проверка на пулса
е. Мониториране
ж. При интубация – еднотрах. апликация
3. Анамнеза
a. Промяна на съзнание
b. Стари невр. заболявания
c. Диабет
d. Температура? Главоболие
e. Опит за самоубийство
f. Депресия
g. Таблетки, спринцовки, алкохол


4. Основен неврологичен преглед
а. Тип дишане
б. Очи - отворени/затворени
в. Видими наранявания
г. Екстензорен/флексорен синергизъм?
д. Двигателна асиметрия
е. Тазови резервоари
ж. Faetor ex ore
з. Кръвна захар
5. Допълнителни данни
а. Смущението на съзнанието
б. Менингизъм
в. Зеници
г. Булбуси
д. Рефлекси
е. Болково дразнене на н. тригеминус
ж. Мускулен тонус и периферни рефлекси
6. Важно е да се открие и регистрира „латерализацията“
7. Субарахноидален мозъчен кръвоизлив
а. Витални параметри
б. Положение
в. Кислород
г. RR
д. Венозен път
е. Аналгоседиране
ж. Антиеметика


8. Мозъчен инсулт; ПНМК
а. Положение
б. Освобождаване и поддържане свободни дихателните пътища
в. Кислород
г. Седиране
д. Противогърчова терапия
е. При парализи - вероятният път на незасегнатата половина
9. Транспортиране до лечебното заведение
10. Предаване на екипа от СО