ЦЕНТЪР ЗА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ –Търговище

Утвърдил:

Д-р Янка Андреева Иванова

Директор ЦСМП-Търговище

АЛГОРИТЪМ ЗА ПОВЕДЕНИЕ НА СПЕШНИЯ ЕКИП ПРИ МАСОВИ ИНЦИДЕНТИ (ПТП, атентати, природни бедствия)

Сигнал по телефон 112, подаден от свидетел или пациент – протокол с въпроси за идентификация на тежка травма.

1. Регистрация на данните
2. Създаване на доболничен триаж
3. Активиране на медицински ресурс:

- При лека нерискова травма – екип за първа помощ (ЕПП)
- При лека рискова травма – реанимационен екип (РЕ)
- При среднотежка и тежка травма – реанимационен екип (РЕ)

4. По преценка активиране и на други ресурси – полиция,пожарна.

II. Адекватно спешномедицинско обезпечаване

Първите по-важни дейности на екипа след навлизане в мястото на злополуката са от немедицинско естество.

Първоначален оглед:

- По възможност спешният лекар добива представа за общата картина на събитието;
- Огледа мястото на злополуката, тъй като това може да допълни важни фактори за начина на нараняването и вероятните увреди;

- Проверява взети ли са достатъчно мерки за самозащита на спасителите при отстраняване на допълнителните опасности за здравето (газове, ел. проводници; изключване на двигател, сигнализация за осигуряване на местопроизшествието);

При външни фактори, като пожар, газове, опасност от взрив, медицинското осигуряване следва техническото спасяване от другите служби.

Екипът използва всички помощни средства (допълнителна носилка, вакуумен дюшек, шийна яка) при техническото спасяване, за предотвратяване на допълнителни и ятрогенни увреди.

Само когато пациентът е в животозастрашаващо състояние – ABC мероприятията се започват директно на място.

След успешното техническо спасяване започва фактическата медицинска част на обезпечаването. Пристъпва се към схема за преценка на тежестта на увреждания и виталните функции при нараняване – травма точкова скала и скала на Глазгоу.

III. Мероприятия при практическото обезпечаване на политравматизиран пострадал:

1. Правилно разпознаване вида на нараняванията, вземайки предвид обстоятелствата на травмирането и допълнителните опасности, които застрашават живота.
2. Съобразяване на необходимостта от специализирано техническо спасяване, съвместно с пътна помощ, като спешният лекар е ръководител при спасяването.
3. ABC – приоритети при първото обезпечаване при политравма.
4. Всеки политравматизиран бива подлаган на кратък Body-check, с глава задна до установи грубо нарушение (извършва се внимателно, без грубост).

При това кратко изследване се оценяват размерът и видът на нараняването и бързо се определят необходимите мероприятия. Чрез оглед се установяват видимите наранявания, започвайки отгоре надолу:

- Глава:

  → Опипва се черепът за болка, търсене на неравности и подвижни части;

  → Шийни прешлени: болка, натиск и др.

- Раменен пояс:

  → Подвижност, болка, деформации.

- Торс:

  → Болка при дишане, странично опипване, странни движения при дишане, болки по хода на ребрата,гръдна травма

  → Нестабилен гръден кош? – интубация, обдишване;

  → Напрегнат пневмоторакс? – освобождаваща пункция;

  → Перикардна тампонада? – пункция.

- Корем:

  → Болка, напрежение на коремната стена и дълбока палпация. Коремна Травма? Закрита? Отворена? Положение; затваряне на обем, стерилна превръзка, оставяне на чуждите тела.

- Гръбначен стълб:

  → Проверка с 2–3 пръста по продължение на гръбначния стълб от врата към таза.

- Таз:

  → Обхващат се двете страни на таза и леко се раздвижват, не се притискат една към друга.

- Долни крайници и стъпала.

5. Всяко нарушение в съзнанието или липса на съзнание насочват за ЧМТ с евентуално ограничение на респираторните функции. При това трябва

много да се внимава при освобождаването на дихателните пътища, тъй като съществува вероятност за удар на шийния прешлен. Допълнително има опасност от аспирация поради липсване на защитни рефлекси.

Спешният лекар трябва да предприеме бърза (2 мин.) неврологична диагностика с класифициране по скалата на Глазгоу, признаци на напречна парализа, патологични рефлекси и латерализация.

6. Винаги трябва да се проверява дали има остро застрашаване на живота на база гръдна травма (напр. напрегнат пневмоторакс).

   В рамките на гръдната травма може да има участие на сърцето и корема.

   Самостоятелна сърдечна тампонада е рядка, по-често е комбинирана с контузия на сърцето. С голяма вероятност при гръдна травма участват и коремът (черен дроб, слезка).

7. Положение при запазено съзнание:

   - ЧМТ – повдигната горна част на тялото, глава средно положение или върху противоположната страна;

     Цел: намаляване на мозъчното налягане, намаляване на кървенето;

     Шийна яка.

   - Травма на гръдния кош – полуседнало завардено положение, вакуумен дюшек, обезболяване, помощ на 4–5 помощници.
   - Травма на гръбначния стълб – изнасяне с помощта на твърда носилка, вакуумен дюшек;

     Цел: предотвратяване оформяне на допълнителни увреди.

   - Травма на таза – при болка, възглавници от двете страни.
   - Коремна травма – положение по гръб, свити крака с руло под колената, подложка под главата;

     Цел: намаляване на напрежението на коремната стена, облекчаване на болката.

   - Травма на крайниците – покой, положение по гръб, в някои случаи противоположно положение; подложка носилка, вакуумен дюшек;

Цел: облекчаване на болката, предотвратяване на допълнителни увреди.

8. Спиране на кървенето

   Силното кървене трябва веднага да се спре. Обилното запълване трябва да следва спирането на кървенето!

   → Стерилно покриване на раната, превръзка.

9. Венозен път и енергична инфузия

   Необходими са заместваща терапия с кристалоиди и колоиди за поддържане на микроциркулацията; поставяне на минимум два широки периферни катетъра (ПВК). Достатъчно е канюлирането на v. jugularis ext. или v. femoralis с широколуменна канюла.

10. Обезболяване, в дадени случаи въвеждане в наркоза, разширени индикации за интубация и обдишване.

11. Обездвижване на фрактурите:

- Внимателно преместване, полагане с внимателно издърпване по оста;
- Репозиция при груби разместванията за отпускане на меките тъкани, предотвратяване на допълнителни увреди, успокояване на болката;
- Репозират коляно, изкълчена става;
- Контрол на периферния пулс;
- Контрол на двигателните и сетивните функции.

Възможности за поставяне в покой. Правила за обездвижване:

- Поставяне в покой две съседни стави на фрактура;
- Не се поставят въздушни камери шини при открити фрактури (и за предпазка на кръвоизливи).

Правила за осигуряване на ампутационни наранявания:

- Превръзка: високо положено положение на ампутиран участък, притискаща превръзка, като изключение – превързване;
- При ампутации без притискаща превръзка се слага стерилна марля, използване на кеси за ампутат, който се поставя в хладка среда с ледена вода.

Едва след приключване на всички най-важни доболнични мероприятия се пристъпва към избора на начин и средства за съдова на пациента.

Не винаги първичният транспорт трябва да бъде осъществен до специализирана, но много отдалечена болница. (Например при руптура на черен дроб и/или слезка най-подходящо е пациентът да бъде транспортиран до най-близкото обслужващо хирургично отделение). Често пъти по-благоприятно за пациента е да се проведат спешни хирургични мероприятия и след това вторично да се транспортира до специализирано заведение.

По време на транспорта трябва да бъде провеждан постоянен контрол на виталните функции и извършвани всички необходими терапевтични мероприятия, тъй като клиничната картина при политравматизирани е много динамична.

Всички находки и мероприятия трябва да бъдат документирани във времето до предаване на пациента в Спешно отделение.