

PRISTUP TRAUMATIZIRANIM PACIJENTIMA NA ODJELJENJU ZA URGENTNU MEDICINU

Uslovi koji se trebaju zadovoljiti pri pristupu traumatiziranom pacijentu jesu:

1. Timski rad
2. Svi članovi tima kojeg trebaju u prvom momentu sačinjavati ljekar i 2 tehničara moraju znati koje je njihovo mjesto i zadatak, razgovarati između sebe mirnim i staloženih glasom, saradivati , obavještavati ostale članove tima o svemu što su uočili i uradili.
3. Pristupiti pacijentu sa rukavicama u svrhu vlastite bezbjednosti.

Prilikom primopredaje pacijenta od strane ekipe HMP potrebno je brzo dobiti sve informacije o načinu povređivanja pacijenta, da li je povrijeđeni bio svjestan u momentu dolaska ekipe HMP, o vitalnim parametrima i pruženom tretmanu na mjestu događaja i u toku transporta ,te o eventualnom pogoršanju ili poboljšanju u toku transporta.

Ako se radi o saobraćajnom udesu ljekar je dužan pitati kolegu iz HP o kakvom se udesu radi (frontalni, bočni sudar, udar sa stražnje strane,prevrtanje), na kojem mjestu je sjedio povrijeđeni, da li je bio vezan sigurnosnim pojasom, da li je zatečen u autu ili na cesti (katapultirani vozač),da li je bio prignječen duže vrijeme (kraš povrede), da li je razbijena šoferšajba,da li je samostalno izašao iz auta.

Ako se radi o povrijeđenom pješaku treba pitati gdje se pacijent nalazio i koliko je bio udaljen od auta koje je uzrokovalo udes, u kojem položaju su ga zatekli na mjestu događaja.

Ako se radi o padu s visine , treba pitati orjentaciono o kojoj se visini radilo, podlozi na koju je povrijeđeni pao, položaj u kojem je zatečen.

Ako se radi o značajnijem krvarenju pitati o količini krvi koju su zatekli na mjestu događaja.

Svi ovi podaci su važni zbog brzog pristupa povrijeđenim pacijentima i dijagnosticiranju o kakvim se povredama radi.Ne smijemo nikad zaboraviti da je svaki povrijeđeni pacijent potencijalno nestabilan pacijent i da se njegovo zdravstveno stanje može brzo pogoršati naročito u slučajevima skrivenih i nevidljivih krvarenja (karlica može da primi 4-4,5l krvi)

Pristup pacijentu:

Uvijek započinjemo pregled pacijenta pristupom A,B,C ,D,E– zračni put, disanje, cirkulacija,disability-izloženost.

U slučaju vidljivog i značajnog krvarenja pristupamo pacijentu po principu C,A,B – dakle prvo zaustaviti krvarenje.

Cijeli protokol pregleda pacijenta odvija se timski. Ljekar je vođa u timu i raspoređuje zadatke i istovremeno pregleda povrijeđenog.

Trenutno izvršiti stabilizaciju vratne kičme postavljanjem odgovarajućeg stifneka (ukoliko to već nije učinila ekipa HMP).

A-airway- (gledam, slušam, osjećam)-staviti uho iznad usta pacijenta, dlan na grudni koš i gledati pokrete grudnog koša- kod pacijenata bez svijesti.Prvi pristup pacijentu i procjena stanja svijesti i disanja ukupno mogu trajati 3 sec.

Svjestan pacijent

Postavljanjem pitanja pacijentu :kako ste,šta vas boli, dobijamo sljedeće odgovore:

- ako odgovara, svjestan je,ima održanu cirkulaciju i oksigenaciju, otvoren zračni put,dovoljan zračni volumen da izgovara i dovoljnu cerebralnu perfuziju da razumije i odgovori.
- Dok odgovara slušamo da li odgovara cijelom rečenicom,da li proizvodi ikakve zvukove, što može upućivati na djelimičnu opstrukciju i strano tijelo. Procjena načina govora pacijenta nam istovremeno govori i o adekvatnoj ili neadekvatnoj perfuziji mozga, ukoliko pacijent ne može da složi rečenicu sumjamo na hipoxiju i porast intrakranijalnog tlaka.
- Ukoliko smo primijetili da pacijent proizvodi zvukove krkljanja ili hrkanja , otvaramo disajni put otvaranjem usta, podizanjem brade i donje vilice, manuelno odstranimo veće dijelove stranih tijela (zubi,žvaka..), aspiriramo tečni sadržaj. Nakon čišćenja zračnog puta i postizanja otvorenog zračnog puta pacijentu se aplicira O₂ 10-15 l min.putem maske.
- Ako pacijent i nakon čišćenja zračnog puta ne diše, postavi se orofaringealni airway i pacijent se ventilira putem Ambu balona sa dodatkom 10 l O₂., ili endotrahealna intubacija s kojom moramo biti pažljivi jer u momentu intubacije dolazi do porasta intrakranijalnog pritiska.
- Probleme rješavamo kako nailazimo na njih i ne prelazimo na sljedeći pregled dok ne riješimo prvi.

B – breathing- izbrojimo respiracije i procjenjujemo potrebu za asistiraom ventilacijom.

Stetoskopom poslušamo disanje na 6 mjesta na grudnom košu. Istovremeno pratimo da li su pokreti grudnog koša ravnomjerni, da li zaostaje dio zida grudnog koša pri disanju.

Frekvencija manja od 10 i veća od 29 zahtijevaju ventilacijsku potporu.

C - cirkulacija- provjeravamo puls nad a. carotis comunis i nad.a. radialis 5-10 sec. Palpacijom radijalnog pulsa odmah dolazimo do podatka da je sistolni tlak iznad 90 mmHg. Osim što određujemo brzinu i kvalitet pulzacija, dodiranjem pacijenta procjenjujemo kvalitet kože: hladna, topla, vlažna, suha i vidimo da li je koža blijeda ili cijanotična (cijanoza znak dekompenzovanog šoka). Pritiskom na nokat ili na grudnu kost procjenjujemo kapilarno punjenje. 2-4 sec. Norm., preko 4 sec. znak hipovolemije-sumnja na krvarenje i hemoragijski šok. Inspekcija odjeće na krvarenje je brzi pregled i pri uočavanju značajnijeg krvarenja odmah zaustaviti :

-metodom digitalne kompresije, kompresivim zavojem, Esmarhovom povescikom, elevacijom ekstremiteta samo ako ne nađemo znakove frakture, imobilizacija.

D- disability- brza neurološka procjena.

Uočiti eventualno postojanje abnormalne flexije ili abnormalne extenzije ekstremiteta - znaci decerebracije.

Brza neurološka procjena : pregled zjenica - širina, anizokorija, reakcija na svjetlost i akomodaciju, te lampom odmah provjeriti i otvore na glavi, nos, uši i primijetiti eventualna krvarenja.

Skala AVPU- A-budan, V-voice-reaguje na glas, P pain-reaguje na bol, U unresponsive-ne reaguje.

GCS-Glasgow Coma scale-15 max. Oči-otvara - spontano 4, na verbalnu komandu 3, na bol 2

-ne otvara 1.

MOTORNI ODGOVOR-reaguje na verbalnu

komandu 6

na BOL-lokalizira bol 5,

-flexija- povlači se 4,

-abnormalna flexija-

dekortikacija 3

- abnormalna extenzija-

decerebracija 2

-rigidnost 1.

VERBALNI ODGOVOR-orjentisan 5,

- dezorjentisan 4,

-neodgovarajuće riječi 3,

- nerazumljivi zvuci 2,
- bez odgovora 1. UKUPNO

3-15.

E- izložiti pacijenta, skinuti ga, odmah utopeliti i provjeriti dodirrom da li postoji rektalno krvarenje.

VITALNI PARAMETRI:

- kratko provjeriti ruku koja ne izgleda povrijeđena i otvoriti I:V: put braonilom širokog promjera.
- izmjeriti TA i reći glasno doktoru i zabilježiti
- provjera pulsa nad a. carotis i aa. radialis-frekvenca, regularnost, punjenje
- disanje- izbrojati (30 sec.x2)norm. 16-18 / min., da li su respiracije dovoljno duboke i regularne
- puls oximetrom odrediti saturaciju - cilj je održavati iznad 80%
- snimiti 12-kanalni EKG

Nakon što je otvoren I.V. put odmah ordinirati 0.9% sol. Physiologico 1000 ml.Često postoji potreba za otvaranjem 2 široka venska puta. Uzeti krv za laboratorijske analize.

Dalje prelazimo na **SEKUNDARNI PREGLED**- koji podrazumijeva detaljniji pregled cijelog tijela ukoliko smo do tada donijeli odluku da li se radi o kritičnom pacijentu ili hemodinamski nestabilnom pacijentu. Detaljan pregled ili BODY CHECK počinjemo sa glavom.

GLAVA- palpacija cijelog kranijuma,kostiju lica, provjeriti da li ima deformiteta ili kretanja kostiju.Koristeći svjetiljku još jednom pažljivo pregledati sve otvore uši, nos, usta, oči.

VRAT-da li je traheja medioponirana, da li su karotidni pulsevi jednaki i snažni.

RAMENA-dlanovima opipati ramena i ključne kosti, utvrditi ima li deformiteta ili pokreta.

GRUDNI KOŠ-palpirati ima li deformiteta, lomova.Detaljnija auskultacija na 6 mjesta, uočiti patološke zvuke, korištenje pomoćne muskulature.Potražiti znake tenzionog pneumotoraxa i penetrantnih ozljeda.

ABDOMEN-pažljivo palpirati sva 4 kvadranta i utvrditi da li je zid abdomena mekan ili tvrd, bolan.

KARLICA-primijeniti središnji pritisak na simfizu ka dole da se utvrdi eventualni deformitet ili pokreti. Pritisnuti karlicu sa bočnih strana.

EXTREMITETI- ispitati, provjeriti motorne, cirkulatorne i neurološke funkcije u svim extremitetima. Ukoliko nađemo neki extremitet u neuobičajenom položaju ne ispravljati ga do RTG dijagnostike.

LEĐA-uz pomoć 3 tehničara pažljivo i u jednom aktu okrenuti pacijenta u bočni položaj na stranu gdje nismo našli povredu, pregledati leđa i cijeli kičmeni stub.

Body check treba da radi ljekar i da se istovremeno prestane sa drugim manipulacijama sa pacijentom, jer istovremena manipulacija dvije osobe nam onemogućava da tačno utvrdimo na šta pacijent bolno reaguje.

Ukoliko je pacijent svjestan i ako za to postoje mogućnosti potrebno je istovremeno uzeti podatke o trenutno glavnim tegobama, da li rekonstruiše događaj, raniju istoriju bolesti, alergiju na lijekove, da li pacijent koristi redovnu terapiju i šta od lijekova, kada je imao zadnji obrok, koje je lijekove uzeo tokom dana, korištenje alkohola ili opojnih sredstava.

Sve dobijene podatke o pacijentu tokom pregleda i tretmana je potrebno uredno dokumentovati.

S obzirom da su traumatizirani pacijenti često hemodinamski nestabilni u toku tretmana treba stalno raditi evaluaciju vitalnih parametara, provjeravati zračni put, disanje, cirkulaciju i otklanjati probleme kako se dijagnostikuju.

Pacijentu osim nadoknade tečnosti infuzionim rastvorima, korekcije hipoksije, treba dati analgeziju i utopli ga zbog sklonosti traumatiziranih pacijenata ka hipotermiji. Plasirati urinarni kateter.

Hemodinamski stabilan pacijent se dalje upućuje na radiološku dijagnostiku u pratnji medicinskog tehničara i ponekad specijaliste urgentne medicine.

Hemodinamski nestabilan ili potencijalno nestabilan pacijent na dijagnostiku odlazi u pratnji tima ljekar anesteziolog i anestetičar.

Pristup politraumatiziranom pacijentu na odjeljenju za Urgentnu medicinu je multidisciplinarni i uključuje tim ljekara anesteziologa, hirurga, neurologa, ortopeda, a ovisno o vrsti povreda i oftalmologa i ORL

Pripremila: dr. Merima Šišić, specijalista urgentne medicine

