

Методически указания
за поведение при спешни
състояния

ТЕЖКА ТРАВМА

ИНСУЛТ

ГРЪДНА БОЛКА

СЪДЪРЖАНИЕ

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

И Н С У Л Т

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 подсигурира.

Едва след овладяването на животозастрашаващата ситуация може да се премине към диагностика (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 а. каротис.
- Ранно мониториране с оглед диагностика 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? Едностранични 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 гразнение;
- 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 рефлексии:
 - 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 рефлексии, говори много за дълбочината на нарушение на съзнанието;
 - мускулен тонус и периферни рефлексии
 - трябва да се проверят и опишат като вял, повишен, липсва, едностранно/двустранно, симетрични
- Проверка 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 рефлекс;

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 хиперглусемия 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, Рo-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 Фуросемид 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;
- настяняване на пациента в неврологично отделение;
- ако е исхемично, е възможна (код инсулт) фибринолиза;
- анализ на кръвна захар.

Координационен център

1. Получаване на обаждање – 150
2. Регистрация на данни
Кой? Колко? Кога? Къде? Какво? Как?
3. Протокол на обаждање, активиране на екип

**Спешен екип**

1. Оценка на жизнените функции, бърз преглед

**2. Поведение при загуба на съзнание**

- a. Проверка на съзнанието
- b. Освобождаване/поддържане дих. пътища
- в. Почистване на орофаринкса
- г. Аспирация на секрети, при необходимост
- д. Проверка на пулса
- е. Мониторирание
- ж. При интубация – еднотрах. апликация

**3. Анамнеза**

- a. Промяна на съзнание
- b. Стари невр. заболявания
- в. Диабет
- д. Температура? Главоболие
- е. Опит за самоубийство
- ф. Депресия
- г. 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. Foetor ex ore*
- з. Кръвна захар*

**5. Допълнителни данни**

- а. Смуцението на съзнанието*
- б. Менингизъм*
- в. Зеници*
- г. Булбуси*
- д. Рефлекси*
- е. Болково дразнене на н. тригеминус*
- ж. Мускулен тонус и периферни рефлексии*



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. Освобождане и поддържане свободни дихателните пътища*
- в. Кислород*
- г. Седиране*
- д. Противогърчова терапия*
- е. При парализи - венозният път на незасегнатата половина*



9. Транспортиране до лечебното заведение



10. Предаване на екипа от СО