

Долекарска помощ при травматично увреждане на глава, гр. кош, гр. стълб и крайници

Черепно-мозъчна травма

КК:

- Мозъчно сътресение:

Краткотрайна промяна/загуба/ на съзнанието, амнезия, главоболие, световъртеж, светобоязън, гадене. Тук има само функционални и преходни нарушения на мозъчните функции.

- Мозъчна контузия:

Загуба на съзнание, неврологични прояви, дълготрайни субективни оплаквания, в тежките случаи до децеребрация или декортикация. Тук освен функционални нарушения има и морфологични увреди на мозъчната тъкан - разкъсване, размачкване, некроза, оток.

- Мозъчно притискане:

Данни за повишено вътречерепно налягане - промени в съзнанието, засилващо се главоболие, брадикардия, артериална хипертония, гърчове, хемипареза/плегия, промени в ширината на зениците, оток на папилите на очните дъна. Тук освен функционални и описани по-горе морфологични увреждания се добавят и вторични изменения от притискане на мозъка от епидурален субдурален или интрацеребрален хематом. Фатално за пациента е притискане на мозъчния ствол при окципитално вклиняване на мозъка.

Доболнично поведение:

- осигуряване на чисти и проходими дихателни пътища

- обездвижване ^{на шията и} на тялото

- хемостаза - стегната превръзка, мануална компресия, защипване на кръвящ съд с инструмент

- При симптоми/~~замнение~~ за повишено вътречерепно налягане:

а/ повдигане на главата на 30°

б/ след осигуряване на венозен достъп - да не се вливат големи количества водно-солеви разтвори.

- При гърчове: Фенobarбитал и диазепам 10-20мг
1-3мг/кг

Ако пациентът е в кома се транспортира в странично стабилно положение: Болният лежи на страни, като долната ръка е до тялото, долният крак е свит, а горният изпънат. Горната ръка е свита в лакета и подложена под главата. Неинтубирани болни в кома не се пренасят по гръб поради опасност от аспирация на стомашно съдържимо, кръв и секрети. Поради съмнение за травма и на гр. стълб пациентите трябва да се транспортират имобилизирани с подпори и ремъци/.

Травма на гръбначния стълб

КК:

-- -Сътресение на гр. мозък:

За часове до 1-2 дни промяна в сетивността и пареза на крайниците. Тук има само функционално-динамични нарушения с преходен характер.

-Контузия на гр. мозък:

Трайна промяна или липса на сетивност под нивото на увредата, както и тежка пареза или парезия с тазоворезервоарни нарушения-ретенция. Тук има пълно или частично анатомично/морфологично прекъсване на гр. мозък.

-Притискане на гр. мозък:

КК е еднаква с тази при контузията, притискането се установява с Рокитовски КТ, ликворологично изследване-изисква много спешна оперативна намеса. Тук гр. мозък се уврежда, както от притискане от костни фрагменти, така и от хематом или части от междупешленния диск, така и от нарушеното кръвоснабдяване и ликворна циркулация на гр. мозък.

Доболнична помощ:

Пациентът трябва да се постави върху твърда повърхност, с напълно обездвижен гр. стълб. При пренасянето и поставянето не трябва да има огъване или ~~напрежение~~ усукване по оста на тялото.

Осигуряване на добро дишане.

Пациенти в кома се пренасят в странично положение/виж по-горе/, стабилно имобилизирани