

ЛОКАЛЬНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Діагноз: Странгуляційна асфіксія

Код МКХ-10: X70, X91, Y20

Приклад формулювання діагнозу:

**Механічна асфіксія від стиснення шиї зашморгом при повішанні.
Суїцидальна спроба?**

Надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі здійснюється:

бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, лікарями відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатопрофільних лікарень, які входять у систему екстреної медичної допомоги.

Екстрена медична допомога повинна бути надана пацієнтам з странгуляційною асфіксією у перші хвилини від початку розвитку ознак патології.

Пацієнтам з странгуляційною асфіксією необхідно забезпечити термінову госпіталізацію, в першу чергу, в центри (відділення), які надають вторинну медичну допомогу в період найбільших терапевтичних можливостей.

Швидка діагностика ознак странгуляційної асфіксії на догоспітальному етапі скорочує час для встановлення діагнозу та транспортування пацієнта у відповідні ЗОЗ.

ДЛЯ БРИГАДИ ЕКСТРЕНОЇ (ШВИДКОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Положення протоколу

Норматив прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події становить у містах - 10 хвилин, у населених пунктах поза межами міста – 20 хвилин з моменту надходження звернення до диспетчера оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Діагностичне та клінічне обстеження пацієнта фіксується у Карті виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о). До Карти виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о) необхідно прикріпити ЕКГ, а у разі передачі біометричних ЕКГ - сигналів у консультативний телеметричний центр – записати заключення кардіолога.

Обґрунтування

Рання діагностика та госпіталізація пацієнтів з ознаками странгуляційної асфіксії у спеціалізовані ЗОЗ зменшує смертність та інвалідність внаслідок цієї патології, покращує результати лікування пацієнтів.

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Збір анамнезу

1.1. Збір анамнезу захворювання:

1.1.1. Встановити точний час від початку патологічного стану странгуляційної асфіксії та його тривалість.

1.1.2. Встановити наявність (характер) психологічної патології у постраждалого.

1.1.3. З'ясувати чи виникали дані стани раніше.

1.1.4. Наявність вираженого ціанозу шкіри обличчя.

1.1.5. Показники температури тіла.

1.2. Збір анамнезу життя:

1.2.1. Встановити які лікарські засоби приймає пацієнт щоденно.

1.2.2. З'ясувати які лікарські засоби пацієнт прийняв до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги, чи вживав алкоголь.

1.2.3. З'ясувати характер хронічної патології, з приводу якої лікувався та звертався за допомогою: вік > 40 років, ожиріння (ІМТ > 30 кг/м²), онкологічне захворювання, варикозне розширення вен, наявність тромбозів та емболій в анамнезі, застосування естрогенів, порушення ритму серця, особливо миготлива аритмія, серцева недостатність, легенева недостатність, запальне захворювання кишок, нефротичний синдром, мієлопроліферативний синдром, пароксизмальна нічна гемоглобінурія, тютюнопаління, наявність катетера в центральній вені, ідіопатична та набута тромбофілія, вагітність та пологи, післяопераційний період, переломи скелету тощо.

1.2.4. Зібрати загальний алергологічний анамнез та з'ясувати чи є алергічні реакції на прийом лікарських засобів.

2. Проведення огляду та фізичного обстеження:

2.1. Оцінка загального стану та життєво важливих функцій: свідомості, дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE (Додаток №1).

2.2. Відповідно до показань усунути порушення життєво важливих функцій організму – дихання, кровообігу.

2.3. Візуальна оцінка:

2.3.1. Колір шкірних покривів, вологість, наявність набухання шийних вен.

2.3.2. Наявність кровохаркання.

3. Оцінка стану серцево-судинної та дихальної системи пацієнта:

3.1. Пульс, його характеристика, АТ.

3.2. ЧД, його характеристика.

3.3. Вимірювання артеріального тиску на обох руках.

3.4. Визначення стану гортані і шийного відділу хребта .

4. Проведення інструментального обстеження

Обов'язкові:

1. Реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях або передача біометричних ЕКГ-сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових

питань інтерпритації ЕКГ.

2. Постійний контроль АТ, ЧД.

Бажані:

1. Пульсоксиметрія (визначення сатурації крові киснем, **норма – 95%**).

Лікувальна тактика

1. Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Положення пацієнта лежачи на рівній поверхні.

Хворим на странгуляційну асфіксію для зменшення навантаження на шийний відділ хребта необхідно вдягти шийний комір, забезпечити повний психологічний спокій, не дозволяти пацієнту самотійно пересуватись.

2. Проведення оксигенотерапії показане пацієнтам зі зниженням сатурації менше 95%. Інгаляцію зволеним киснем проводити за допомогою маски або через носовий катетер зі швидкістю 3-5 л/хв.

3. Забезпечення венозного доступу.

Усім пацієнтам зі странгуляційною асфіксією у перші години захворювання або у разі виникнення ускладнень показана катетеризація периферичної вени. Венозний доступ проводиться шляхом виконання стандартної процедури венозної пункції з дотриманням заходів асептики/антисептики катетером для внутрішньовенної пункції, який ретельно фіксується пов'язкою.

2. Надання екстреної медичної допомоги

Після звільнення шиї від петлі, яка її здавлювала у разі задовільної серцевої діяльності (рівень АД не нижче 80 мм рт ст.):

- Термінова ендотрахеальна інтубація на спонтанному диханні;
- ШВЛ з подачею 100% кисню;

У разі судом:

тіопентал – 75-125 мг протягом 10 хвилин, вводити розчин тіопенталу внутрішньовенно слід повільно зі швидкістю не більше 1 мл за хвилину, спочатку

зазвичай вводять 1-2 мл, а через 20-30 секунд – останню кількість; діазепам(сибазон) 0,5% розчин з розрахунку 0,2 мг на кг маси тіла в/в (під контролем дихання і АТ):

Інфузійна терапія:

Декстран, розчин натрію хлориду 0,9%, глюкоза 5% розчин 400-800 мл крапельно;

ввести гепарин 5000 Од в/в, преднізолон 30-60 мг в/в.

У разі зупинки кровообігу (рівень АД нижче критичного або не визначається):

- базова СЛР відповідно протоколу

- після поновлення серцевої діяльності: продовжити ШВЛ з подачею 100% кисню;

- в/в струйно натрію гідрокарбонат 4% розчин 100-200 мл;

Інфузійна терапія:

- 10% гідроксиетилкрохмаль 250-500 мл або декстран 400-800мл, розчин натрію хлориду 0,9% в/в крапельно (об'єм інфузії визначається тривалістю транспортування до стаціонару) сумарний об'єм розчинів 1000-1500 мл;

У разі судом:

тіопентал – 75-125 мг протягом 10 хвилин, вводити розчин тіопенталу внутрішньовенно слід повільно зі швидкістю не більше 1 мл за хвилину, спочатку зазвичай вводять 1-2 мл, а через 20-30 секунд – останню кількість; діазепам 0,5% розчин з розрахунку 0,2 мг на кг маси тіла в/в (під контролем дихання і АТ);

преднізолон 30-60 мг в/в;

гепарин 5000 10000 Од у одному з плазмозамінних розчинів в/в;

транспортування до стаціонару з продовженням ШВЛ та інфузійної терапії.

Обов'язкові:

Необхідні дії лікаря бригади екстреної медичної допомоги.

- При вираженій гострій дихальній недостатності проводиться ендотрахеальна інтубація і штучна вентиляція легень будь-яким апаратом.

При неможливості проведення штучної вентиляції легень застосовується інгаляційно-киснева терапія.

- У випадку клінічної смерті здійснюється непрямий масаж серця, продовжується штучна вентиляція легень; при неможливості проведення штучної вентиляції легень проводять штучне дихання «рот в рот».

- При розвитку аритмій проводиться антиаритмічна терапія в залежності від виду порушення ритму.

Госпіталізація

Обґрунтування

Термінова госпіталізація пацієнта у визначені ЗОЗ вторинної медичної допомоги

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Всі пацієнти з странгуляційною асфіксією незалежно від статі, віку та інших факторів підлягають терміновій госпіталізації. У ЗОЗ необхідно взяти медичну документацію пацієнта (по можливості). Пріоритетним завданням бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги є транспортування пацієнтів в центр (відділення) інтенсивної терапії.

2. Під час транспортування необхідно забезпечити моніторинг стану пацієнта, контроль АТ, ЧСС, ЧД, ЕКГ, проведення лікувальних заходів та готовність до проведення реанімаційних заходів.

3. Транспортування здійснюється на ношах після стабілізації стану пацієнта у відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатопрофільної лікарні, або оминаючи приймальне відділення, безпосередньо у відділення інтенсивної терапії, реанімаційне відділення, кардіологічну реанімацію.

Необхідні дії водія бригади екстреної медичної допомоги:

1. Забезпечити доставку медичних працівників та оснащення виїзної бригади до місця події у найкоротший термін (до 10 хвилин у місті та 20 хвилин у населених пунктах поза межами міста) та оптимальним маршрутом.

2. Сприяти медичним працівникам в наданні екстреної медичної допомоги хворим та постраждалим, перенесенні та підключенні медичної апаратури.

3.Брати безпосередню участь у перенесенні хворого на ношах, особисто відчиняти задні двері автомобіля, брати участь у встановленні нош з хворим у салон автомобіля, зачиняти задні двері.

4.Забезпечити транспортування хворого до лікарні.

Додаток № 1

до клінічного протоколу медичної допомоги «Странгуляційна асфіксія (екстрена медична допомога)»

ОЦІНКА СТАНУ ПАЦІЄНТА - ЗА АЛГОРИТМОМ ABCDE

1. А - прохідність дихальних шляхів (Airway)

1.1.Визначте симптоми непрохідності дихальних шляхів: порушення прохідності дихальних шляхів сприяє виникненню парадоксального дихання та участі у диханні додаткових дихальних м'язів; центральний ціаноз є пізнім симптомом непрохідності дихальних шляхів; у пацієнтів, які знаходяться у критичному стані порушення свідомості часто спричиняє порушення прохідності дихальних шляхів (западання язика, м'якого піднебіння).

1.2. Кисень у високій концентрації: за допомогою маски з резервуаром; переконайтесь, що подача кисню достатня (> 10 л/хв).

2. В - дихання (Breathing)

Під час оцінки дихання важливо визначити та лікувати стани, які є безпосередньою загрозою для життя - важкий напад астми, набряк легень, напружений пневмоторакс, гемоторакс.

2.1.Визначте симптоми, які можуть свідчити про порушення дихання: надмірна пітливість, центральний ціаноз, робота додаткових м'язів або черевний тип дихання.

2.2.Визначте ЧД - в нормі це 16-18 вдихів за хв.

2.3.Оцініть спосіб дихання, глибину вдихів та перевірте чи рухи грудної клітки симетричні.

2.4.Зверніть увагу на надмірне наповнення шийних вен (наприклад, при важкій астмі або напруженому пневмотораксі), наявність та прохідність плеврального дренажу та інше.

2.5.Проведіть аускультацию та перкусію легень.

2.6.Визначте положення трахеї - її зміщення може свідчити про напружений пневмоторакс, фіброз легень або рідину у плевральній порожнині.

3. С - кровообіг (Circulation)

3.1.Оцініть колір шкіри на відкритих частинах (кисті): синя, рожева, бліда або мармурова.

3.2.Оцініть температуру кінцівок: холодна чи тепла.

3.3.Оцініть капілярне наповнення - в нормі до 2 сек. Збільшене капілярне наповнення може вказувати на знижену периферійну перфузію.

3.4.Оцініть наповнення вен - можуть бути помірно наповнені або запалі при гіповолемії.

3.5.Визначіть ЧСС. Знайдіть периферійний пульс та пульс на великій артерії, оцініть його наявність, частоту, якість, регулярність та симетричність.

3.6.Виміряйте артеріальний тиск.

3.7.Вислухайте тони серця.

3.8.Зверніть увагу на інші симптоми, які свідчили б про зниження викиду серця, такі як порушення свідомості, олігоурія (об'єм сечі < 0,5 мл/кг/год.).

4. D - порушення стану свідомості (Disability)

Найчастіше причинами порушень стану свідомості є важка гіпоксія, гіперкапнія, ішемія мозку або застосування лікарських засобів із седативним ефектом або анальгетиків,

4.1.Оцініть зіниці (діаметр, симетричність та реакцію на світло).

4.2.Швидко оцініть стан свідомості пацієнта за шкалою AVPU: Alert (орієнтується), Vocal (реагує на голос), Pain (реагує на біль), Unresponsive (не реагує на жодні подразники). Можна застосувати також шкалу Глазго (GlasgowComaScale).

4.3.Визначте рівень глюкози, щоб виключити гіпоглікемію. Якщо рівень глюкози нижче ніж 3 ммоль/л, забезпечте в/в 50,0 мл 20% розчину глюкози.

5. E - додаткова інформація (Exposure)

5.1.Зберіть детальний анамнез у пацієнта, його рідних, друзів.

5.2.Ознайомтесь з медичною документацією пацієнта: перевірте показники життєвих параметрів та їх зміни у динаміці, перевірте, які лікарські засоби пацієнтові призначені та які він приймає.