

# ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΤΗΝ ΥΠΟΔΟΧΗ ΤΟΥ ΒΑΡΙΑ ΠΑΣΧΟΝΤΑ

Γκιώκα Μαρία, Κουτσουπάκη Άννα, Σγουρομάλλη - Κωστάκη Στυλιανή  
Αναισθησιολογικό Τμήμα, ΓΝ Ασκληπείο Βούλας

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι βασικές αρχές στην υποδοχή ενός βαριά πάσχοντα στο ΤΕΠ (τμήμα επειγόντων περιστατικών) αφορούν στην εκτίμηση της κατάστασης του, εφαρμόζοντας μια λογική ακολουθία προτεραιοτήτων, ελέγχοντας και υποστηρίζοντας τις ζωτικές του λειτουργίες.

Η πρωταρχική εκτίμηση και αντιμετώπιση αφορά στον έλεγχο της βατότητας και διασφάλισης του αεραγωγού, στην εξασφάλιση επαρκούς αερισμού και οξυγόνωσης, στον έλεγχο και στήριξη του κυκλοφορικού συστήματος, ελέγχοντας νευρολογικά τον ασθενή και προφυλάσσοντας τον από τις επιδράσεις του περιβάλλοντος. Επιβάλλεται ο συχνός έλεγχος, παρακολούθηση και επανεκτίμηση των ζωτικών λειτουργιών του ασθενούς.

**Λέξεις ευρητηρίου:** Βαριά πάσχων, Υποδοχή, Εκτίμηση, Αντιμετώπιση

Με τον όρο "βαριά πάσχων" περιγράφεται ο ασθενής που έρχεται στο Τ.Ε.Π με βαρύ τραυματισμό, καρδιακή ή αναπνευστική ανεπάρκεια, καταπληξία ή αιμοδυναμική αστάθεια, σήψη, σοβαρές νευρολογικές ή μεταβολικές διαταραχές ή συνδυασμό των παραπάνω.

Κατά την υποδοχή του βαρέως πάσχοντα εφαρμόζεται μια λογική ακολουθία προτεραιοτήτων, βασισμένη σε μια ολοκληρωμένη εκτίμηση της κατάστασης του, εκτιμώντας και υποστηρίζοντας με συγκεκριμένη στρατηγική τις ζωτικές λειτουργίες.

Μετά την ενημέρωση του νοσοκομείου από την ομάδα προνοσοκομειακής φροντίδας, κινητοποιείται η ομάδα του Τ.Ε.Π, ώστε να αρχίσει στο συντομότερο χρονικό διάστημα η εκτίμηση και η εξειδικευμένη αντιμετώπιση του ασθενή. Ελέγχεται ο απαραίτητος εξοπλισμός του Τ.Ε.Π, όπως απινιδωτής, υλικά ΕΤΔ (τραχειοσωλήνες, αεραγωγοί, λαρυγγοσκόπια, κλπ), συσκευές παρακολούθησης βασικών λειτουργιών (καρδιακή συχνότητα, ΑΠ, SpO<sub>2</sub>), εξοπλισμός επιταχύνσεως και θερμάνσεως ορών, αναπνευστήρας, αναρρόφηση κλπ.

Η πρωταρχική εκτίμηση και αντιμετώπιση αφορά:

- A.** στη διασφάλιση του αεραγωγού,
- B.** στην εξασφάλιση επαρκούς αερισμού και οξυγόνωσης,
- C.** στον έλεγχο της εξωτερικής αιμορραγίας και στη στήριξη του κυκλοφορικού συστήματος,
- D+E.** ακολουθεί ταχεία νευρολογική εκτίμηση ελέγχοντας τον ασθενή επιμελώς και προφυλάσσοντας τον από τις περιβαλλοντικές επιδράσεις.

## A. ΑΕΡΑΓΩΓΟΣ

Για τον έλεγχο της βατότητας του αεραγωγού εκτιμούμε αν υπάρχουν ξένα σώματα μέσα στη στοματική κοιλότητα και στο φάρυγγα (πχ. εμέσματα), κατάγματα προσώπου ή γνάθου και τραυματισμός της τραχείας και του λάρυγγα. Ελέγχουμε τη λεκτική επικοινωνία. Αν μπορεί να μιλήσει ο ασθενής αποδεικνύεται η βατότητα του αεραγωγού, ενώ η ικανότητα επαρκούς αναπνοής οποιαδήποτε στιγμή μπορεί να επιδεινωθεί. Στον ασθενή ο οποίος έχει βράγχος φωνής ο αεραγωγός του απειλείται και πρέπει να μας προβληματίσει. Επιβάλλεται η ταχεία εξασφάλιση του πριν την πλήρη απόφραξη η οποία θα περιπλέξει το πρόβλημα. Αν ο ασθενής έχει κλίμακα κώματος Γλασκώβης (GCS) < 8 τότε επιβάλλεται η υποστήριξη του αεραγωγού με ΕΤΔ (μετά από χορήγηση καταστολής και αναλγησίας). Οι αρχικοί χειρισμοί για την υποστήριξη του αεραγωγού που εφαρμόζονται είναι η υπερέκταση της κεφαλής και ανύψωση της κάτω γνάθου ή η ώθηση της κάτω γνάθου. Χρειάζεται προσοχή σε πολυτραυματίες με υποψία κάκωσης της ΑΜΣΣ. Η κεφαλή και ο αυχένας δεν πρέπει να υπερεκτείνονται, να υπερκάνονται ή να στρέφονται. Όλοι οι τραυματίες πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν να υπάρχει κάκωση της ΑΜΣΣ, μέχρι ο ακτινολογικός έλεγχος να μας διαβεβαιώσει για το αντίθετο.

Απλός εξοπλισμός που χρησιμοποιείται, είναι η μάσκα οξυγόνου, ο στοματο-φαρυγγικός αεραγωγός που τοποθετείται σε ασθενείς με πλήρη απώλεια συνείδησης, ενώ ο ρινοφαρυγγικός αεραγωγός τοποθετείται σε ασθενείς με

σπασμό μασητήρων ή τραύματα γνάθου (προσοχή σε γναθοπροσωπικές κακώσεις και σε κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις με υποψία κατάγματος βάσεως κράνιου).

Οι ενδείξεις ΕΤΔ είναι η άπνοια, η αναπνευστική ανεπάρκεια που απαιτεί μηχανική υποστήριξη αναπνοής, η κοματώδης κατάσταση, η βαριά ΚΕΚ, η απόφραξη ανώτερου αεραγωγού (πχ. τραυματισμός λάρυγγα, οίδημα λάρυγγα), η απόφραξη κατώτερου αεραγωγού (πχ. βρογχόσπασμος, πνευμονικό οίδημα), ο βαρύς αιμορραγικός τραυματισμός προσωπικού κράνιου, γνάθου, τραχήλου, αυχένα, (με σημεία απόφραξης αεροφόρων οδών), ο βαρύς τραυματισμός θώρακα με αναπνευστική δυσχέρεια, η ταχεία επιδείνωση βαριά πάσχοντα και η εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου.

Κατά την ΕΤΔ υπάρχει κίνδυνος εισρόφησης, η οποία αποφεύγεται όσο είναι δυνατόν με την εφαρμογή πίεσης στον κρικοειδή χόνδρο. Η αναρρόφηση πρέπει να είναι σε συνεχή λειτουργία κατά την προσπάθεια της ΕΤΔ.

Σε αδυναμία ΕΤΔ όπως σε εμπόδιο στο λάρυγγα, ή σε εκτεταμένες γναθοπροσωπικές κακώσεις, απαιτείται χειρουργική προσπέλαση με κρικοθυροειδοτομή ή τραχειοτομία. Το σετ διατραχειακής διασωλήνωσης πρέπει να είναι έτοιμο για χρήση.

## B. ΑΝΑΠΝΟΗ

Σημαντικό βήμα για την ανάνηψη του βαριά πάσχοντα είναι η επάρκεια του αερισμού και της οξυγόνωσης των ιστών. Για την εκτίμηση της αναπνευστικής λειτουργίας: α) αφαιρούνται τα ρούχα από αυχένα και θώρακα για την σωστή εκτίμηση της έκπτυξης του θωρακικού τοιχώματος, β) γίνεται ακρόαση και των δύο ημιθωρακίων, γ) προσδιορίζεται ο αριθμός και το βάθος των αναπνοών, δ) επισκοπείται και ψηλαφάται ο αυχέννας και ο θώρακας για τυχόν κακώσεις, ή υποδορίου εμφυσήματος, ε) επικρούεται ο θώρακας για αναγνώριση ύπαρξης αέρα ή συλλογής υγρού. Οι καταστάσεις που επηρεάζουν τον αερισμό είναι:

α) τα αποφρακτικά αίτια των ανωτέρων αεροφόρων οδών (ξένα σώματα, κατάγματα γνάθου, οίδημα, μεγάλη αιμορραγία) και των κατώτερων αεροφόρων οδών ( ξένα σώματα, οίδημα, εισρόφηση). β) η ανεπάρκεια του θωρακικού τοιχώματος (θωρακικές κακώσεις, κατάγματα πλευρών, ασταθής θώρακας, πνευμοθώρακας, αιμοθώρακας). γ) οι πνευμονικές βλάβες - κακώσεις όπως θλάσεις πνευμονικού παρεγχύματος, κακώσεις αεροφόρων οδών (ρήξεις τραχείας, βρόγχων). δ) οι διαταραχές της αναπνευστικής μεμβράνης όπως πνευμονικό οίδημα καρδιογενούς αιτιολογίας-ΣΚΑ, ΠΟ μη καρδιογενούς αιτιολογίας ARDS, ΠΟ νευρογενούς αιτιολογίας λόγω κακώσεως του ΚΝΣ, εισρόφηση στον πνεύμονα περιεχόμενο στομάχου, αίματος ή νερού σε πνιγμονή.

ε) η μείωση του αερισμού: ΚΕΚ, κακώσεις της ΣΣ με νευρολογικές συνδρομές τετραπληγίας ή παραπληγίας), δηλητηρίαση με οινόπνευμα ή ναρκωτικά, καταπληξία.

Η κυάνωση είναι τελικό σύμπτωμα και προαναγγέλλει ότι θα ακολουθήσει αναπνευστική και καρδιακή ανακοπή.

Για την αντιμετώπιση όλων των βαριά πασχόντων επιβάλλεται η χορήγηση υψηλών συγκεντρώσεων οξυγόνου αρχικά και ανάλογη προσαρμογή για τους χρόνιους αναπνευστικούς. Η μηχανική υποστήριξη της αναπνοής αποτελεί υποστηρικτική θεραπεία και δεν αντικαθιστά την επιμελή διερεύνηση των αιτιών της αναπνευστικής ανεπάρκειας, τα οποία αν δεν αντιμετωπιστούν θα οδηγήσουν σε παρατεταμένη αναπνευστική ανεπάρκεια και θάνατο.

## C. ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ και έλεγχος εξωτερικής αιμορραγίας

Στον τραυματία με εξωτερική αιμορραγία προτεραιότητα έχει η εφαρμογή πίεσης για έλεγχο της αιμορραγίας. Σε κάθε περίπτωση η εξασφάλιση αγγειακών γραμμών, (κατά προτίμηση περιφερικών φλεβών με κοντούς και χοντρούς καθετήρες) και η έναρξη εγχύσεως υγρών, εκτιμώντας την κατάσταση του καρδιαγγειακού συστήματος, στοχεύει στην επαρκή ιστική άρδευση.

Η ψηλάφηση του σφυγμού μας δίνει πληροφορίες για την συχνότητα, την ποιότητα και την ρυθμικότητα και εμμέσως για την αρτηριακή πίεση. Η τριχοειδική επαναφορά δίνει πληροφορίες για την ιστική άρδευση και για τις συστηματικές αγγειακές περιφερικές αντιστάσεις. Στον υπογκαιμικό ασθενή και στον ασθενή με χαμηλή καρδιακή παροχή λόγω κακής άρδευσης των ζωτικών οργάνων, έχουμε εκδηλώσεις όπως: εγκεφαλοπάθεια, κώμα, σπασμούς, ολιγουρία, ανουρία.

Το ΗΚΓ θα βοηθήσει στον μεν τραυματία για τον έλεγχο του πιθανού καρδιακού τραυματισμού, στον δε παθολογικό άρρωστο για πιθανή καρδιακή βλάβη. Επιπροσθέτως η παλμική οξυμετρία δίνει πληροφορίες για την τριχοειδική άρδευση όσο και για την οξυγόνωση, έχοντας πάντα υπόψη τις καταστάσεις με υψηλό κορεσμό της Hb) και κυτταρική υποξία (δηλητηρίαση με CO).

Η υποστήριξη του κυκλοφορικού γίνεται με τη χορήγηση κρυσταλλοειδών και κολλοειδών διαλυμάτων καθώς και ειδικών φαρμάκων πχ. ινότροπα, αγγειοδιασταλτικά, α, β διεγέρτες και αναστολείς κλπ. Στο Τ.Ε.Π δεν συνιστάται η χορήγηση σακχαρούχων διαλυμάτων εκτός της υπογλυκαιμίας και της υποψίας για υπογλυκαιμία. Η επιλογή των κατάλληλων διαλυμάτων θα στηριχθεί στην εμπειρία και είναι ανάλογη της κατάστασης που οδήγησε τον ασθενή στο Τ.Ε.Π. Η χορήγηση αίματος σε τραυματίες ή αιμορραγούντες από το πεπτικό πρέπει να ακολουθεί αυστηρά πρωτόκολλα και να γίνεται με φειδώ, ενώ η οριστική λύση δίνεται στο χειρουργείο.

**D+E. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ και προστασία από μεταβολές της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος.**

Με αιμοδυναμικά σταθερό ασθενή, εξασφαλισμένο αεραγωγό και αναπνευστική λειτουργία, προχωρούμε σε σύντομη νευρολογική εκτίμηση.

Εκτιμούμε το επίπεδο συνείδησης, την αντίδραση σε φωνητικά και επώδυνα ερεθίσματα, το μέγεθος των κορών και την ύπαρξη ή μη φωτοκινητικού αντανακλαστικού. Η κλίμακα κώματος κατά Γλασκώβη είναι μια πιο λεπτομερής νευρολογική εξέταση, η οποία χρησιμεύει για την εκτίμηση και παρακολούθηση της εξέλιξης του νευρολογικού αρρώστου. Σημαντικό σε κάθε βαριά άρρωστο είναι η καταγραφή της αρχικής του κατάστασης, των αρχικών ζωτικών σημείων και της αρχικής νευρολογικής εικόνας.

Η αφαίρεση των ενδυμάτων είναι απαραίτητη, ώστε η κλινική εικόνα να είναι πλήρης και λεπτομερής. Παράλληλα θα πρέπει να προφυλάσσεται ο ασθενής από τις περιβαλλοντικές επιδράσεις πχ. ο υποθερμικός ασθενής, μετά την συμπλήρωση της εξέτασης, είναι βασικό να σκεπάζεται με ζεστές κουβέρτες και τα υγρά που του χορηγούνται να είναι θερμά. Τοποθετείται Levin για αποσυμπίεση του στομάχου και για τη μείωση του κινδύνου εισρόφησης, (προσοχή σε τραυματίες με συντριπτικά κατάγματα κρανίου και βάσεως κρανίου ή σοβαρές διαταραχές αιμόστασης). Επίσης τοποθετείται ουροκαθετήρας για την παρακολούθηση των αποβαλλόμενων υγρών, (προσοχή σε κατάγματα λεκάνης και σε υποψία ρήξης ουρήθρας).

Η μεταφορά για ακτινολογικό έλεγχο, CT, και άλλες διαγνωστικές εξετάσεις, γίνεται με αιμοδυναμικά σταθερό ασθενή και με διασφαλισμένο τον αεραγωγό. Ο ασθενής παρακολουθείται συνεχώς και επαρκώς.

Ο προσχεδιασμός της υποδοχής του βαριά πάσχοντα στο νοσοκομείο έχει μεγάλη σημασία. Η αντιμετώπιση του συνίσταται σε μια γρήγορη πρωταρχική εκτίμηση και στη συνέχεια σε μια πιο λεπτομερή, για τον καθορισμό της οριστικής θεραπείας.

Κανένας βαριά πάσχοντας δεν πρέπει να μετακινηθεί από το Τ.Ε.Π χωρίς να έχει: εξασφαλισμένο αεραγωγό, επαρκή αναπνευστική λειτουργία και χωρίς να είναι αιμοδυναμικά σταθερός, εκτός αν επιβάλλεται να οδηγηθεί άμεσα στο χειρουργείο.

**Συγκοπόμενα**

Τ.Ε.Π: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.  
ΕΤΔ: Ενδοτραχειακή Διασωλήνωση.  
ΑΠ: Αρτηριακή Πίεση.  
ΑΜΣΣ: Αυχενική Μοίρα Σπονδυλικής Στήλης.  
ΚΕΚ: Κρανιοεγκεφαλική Κάκωση.  
ΣΚΑ: Συμφορητική Καρδιακή Ανεπάρκεια.

ΠΟ: Πνευμονικό Οίδημα.

ΣΣ: Σπονδυλική Στήλη.

ARDS: Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας των ενήλικων.

ΗΚΓ: Ηλεκτροκαρδιογράφημα.

CT: Αξονική Τομογραφία.

**ABSTRACT:****"Basic principles in the reception of heavily suffering people"**

**Gioka Maria, Koutsoupaki Anna, director Kostaki Stella  
Anaesthesiological department General Hospital Asklepeio  
Voulas**

The basic principles in the reception of heavily suffering people in the DUI (Department of Urgent Incidents) concern the estimation of their situation, by applying a reasonable sequence of priorities, by checking and by supporting their vital operations.

The fundamental estimate and confrontation concerns the inspection of the accessibility and secureness of the airway, the guarantee of sufficient airing and oxygenation, the inspection and support of the circulatory system, as well as the inspection of the neurological situation of the patient and his protection from the effects of the environment. Frequent control, follow-up and re-evaluation of the vital operations of the patient, must also be carried out.

**Key words:** Heavily suffering people, Reception, Estimate, Confrontation

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:**

- α) Advance Trauma life Support for Doctors. American college of Surgeons Committee on Trauma 1997
- β) Αναισθησιολογία και Ανάνηψη. Λίλα Παπαδημητρίου-Παπακώστα. Επιστημονικές εκδόσεις "Παρισιάνος" 1998 3ος τόμος.
- γ) Επείγουσα και Εντατική Ιατρική. Ε. Ασκητοπούλου. Ιατρικές εκδόσεις "Λίτσας" 1991.
- δ) Εγχειρίδιο Επείγουσας Θεραπευτικής. Mengert Eisenberg Copass. 4η έκδοση.
- ε) Ο Πολυτραυματίας και η Αντιμετώπιση του - Οργάνωση Υποδοχής Πολυτραυματία. Φίλιππος Καρλής. «Νεώτερες Απόψεις στην Υποδοχή του Πολυτραυματία». Εκδόσεις ΣΥΝΕΔΡΟΝ Αθήνα 2000.