

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ**



**Кафедра: «Сестринского дела с курсом
анестезиологии и реаниматологии».**

**На тему: Травматический шок . Оказание первой
медицинской помощи».**

Подготовил: Темиров А.
Группа: 304 «А» ОЗР
Приняла: Султанова. Ж.С

План



Введение

1. Классификация травматического шока.
 2. Принципы борьбы с шоком.
 3. Принципы этапного лечения пораженных в состоянии шока.
- ❖ Заключение
 - ❖ Литература



ШОК

- **Шок** (по-английски shock — удар, потрясение) — тяжелое общее состояние больного, выражающееся в угнетении нервной системы и функций всех физиологических систем.



Причины шока

Тяжёлая травма (травматический шок)

- Потеря больших объёмов жидкости, плазмы, крови
- Инфаркт миокарда
- Укусах ядовитых животных
- Аллергия на лекарство
- Переливание несовместимой крови
- Тяжёлые гнойно-воспалительные заболевания

Травматический шок сопутствует:



- Переломам костей таза
- Тяжёлым огнестрельным ранениям
- Черепно-мозговым травмам
- Травмам живота с повреждением внутренних органов

История вопроса



■ Тяжелые клинические явления у больных, характерные для шокового состояния, были известны давно и для лечения их рекомендовались средства, отчасти применяемые и в настоящее время.



АРИСТОТЕЛЬ
384-322
до н.э.



История вопроса

- Термин «шок», как отмечается во всех научных работах, введен Джеймсом Лятта (1795). Однако есть указания, что уже до Лятта еще в начале XVIII столетия французский ученый и врач ле Дран (Le Dran) не только описал основные черты травматического шока, но и систематически употреблял термин «шок» в своих сочинениях. Для лечения шока ле Дран рекомендовал согревание, покой больного, спиртные напитки, опий, т. е. те средства борьбы с шоком, которые применяются и в настоящее время

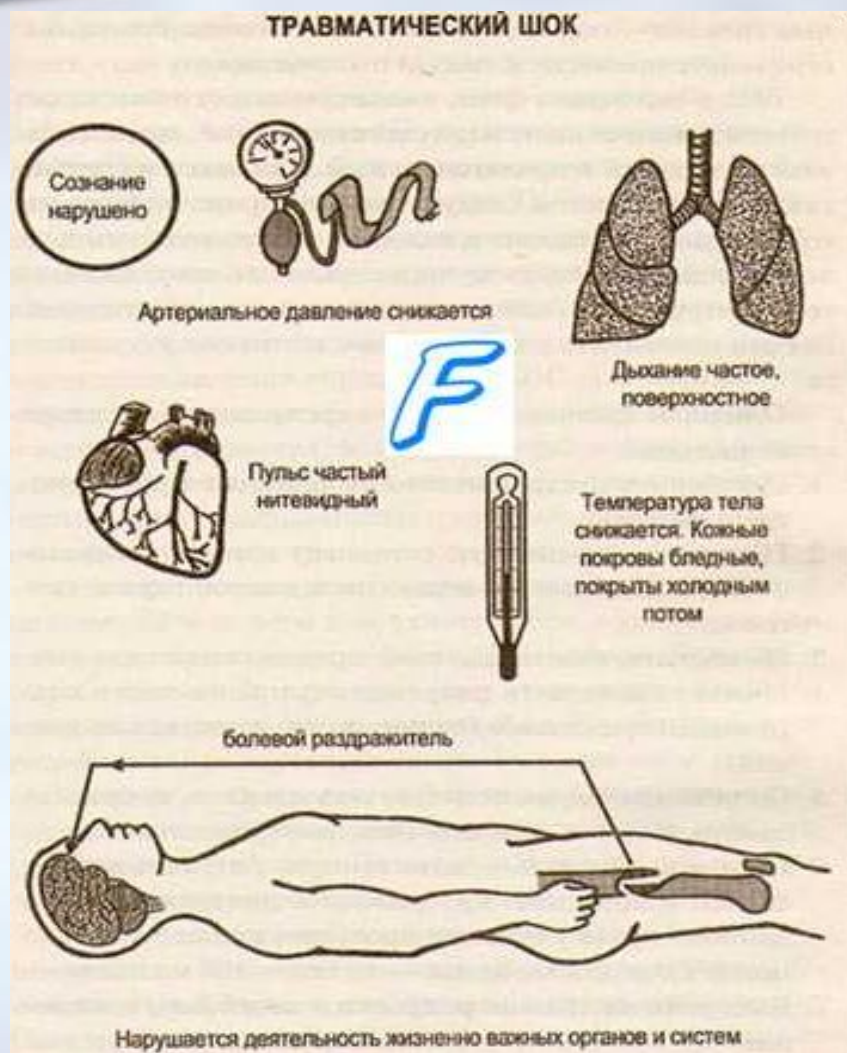
Клиническая картина шока



- Клиническая картина шока ярко описана Н. И. Пироговым. «С оторванной ногой или рукой лежит окоченелый на перевязочном пункте неподвижно; он не кричит, не вопит, не жалуется, не принимает ни в чем участия и ничего не требует; тело холодное, лицо бледное, как у трупа; взгляд неподвижен и обращен вдаль, пульс, как нитка, едва заметен под пальцем и с частыми перемерчками. На вопросы окоченелый или вовсе не отвечает, или только про себя чуть слышным шопотом, дыхание тоже едва заметно. Рана и кожа почти вовсе не чувствительны; но если больной нерв, висящий из раны, будет чем-нибудь раздражен, то больной одним легким сокращением личных мускулов обнаруживает признак чувства. Иногда это состояние проходит через несколько часов от употребления возбуждающих средств, иногда же оно продолжается до самой смерти».



Клиническая картина шока



Из этого описания видны следующие симптомы шока:

- резкое угнетение психики,
- апатия, безучастность к окружающему при сохранении сознания больного,
- угнетение центров нервной и сердечнососудистой системы,
- малый, частый пульс,
- бледность покровов,
- холодный пот,
- падение температуры,
- падение кровяного давления.



Признаки и симптомы шока

1 фаза – возбуждение

- лицо красное
- больной мечется
- кричит, матерится
- пульс полный, 80—90
- дыхание частое, глубокое
- реакция неадекватная



Признаки и симптомы шока

2 фаза – торможение

- лицо резко бледное
- носогубный треугольник синий
- озноб
- вялость, сонливость
- отсутствие движений
- кожа конечностей холодная
- пульс слабый
- дыхание поверхностное
- реакция неадекватная

Первая фаза шока обратима. Если шок в фазе торможения, то срочно нужен врач и медикаменты.



Нельзя!

давать пить, если:

- серьезная травма головы;
- сердце болит;
- проникающее ранение брюшной полости (иначе дать теплое питье);
- подозрение на внутреннее кровотечение.



Степени шока

■ **Шок I степени (легкий).** Пострадавший бледен, сознание, как правило, ясное, иногда легкая заторможенность, рефлексы снижены, одышка. Пульс учащен, 90-100 ударов в минуту.

■ **Шок II степени (средней тяжести).** Выраженная заторможенность, вялость. Пульс 120-140 ударов в минуту.

■ **Шок III степени (тяжелый).** Сознание сохранено, но окружающее он не воспринимает. Кожные покровы землисто-серого цвета покрыты холодным липким потом, выражена синюшность губ, носа и кончиков пальцев. Пульс 140-160 ударов в минуту.

■ **Шок IV степени (предагония или агония).** Сознание отсутствует. Пульс не определяется.



Первая медицинская помощь

- Она должна быть направлена на устранение причин шока (снятие или уменьшение болей, остановка кровотечения, проведение мероприятий, обеспечивающих улучшение дыхания и сердечной деятельности и предупреждающих общее охлаждение).



Первая медицинская помощь

Уменьшение болей достигается приданием больному или поврежденной конечности положения, при котором меньше условий для усиления болей, поведением надежной иммобилизации поврежденной части тела, дачей обезболивающих.

- При отсутствии обезболивающих пострадавшему можно дать выпить немного (20-30 мл) спирта, водки.

- Борьба с шоком при неостановленном кровотечении неэффективна, поэтому необходимо быстрее остановить кровотечение - наложить жгут, давящую повязку и др.

- Следующей важнейшей задачей первой помощи является организация скорейшей транспортировки пострадавшего в стационар. Лучше всего транспортировать в специальной реанимационной машине, в которой можно проводить эффективные мероприятия.



Ваши действия

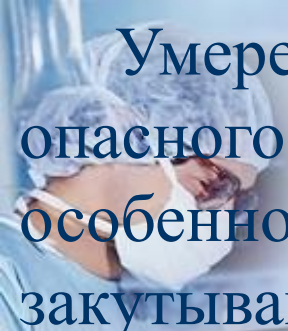
- Уложить пострадавшего так, чтобы голова была понижее, а ноги - повыше, подложив под них подушку или свернутое одеяло.
- Постараться успокоить его.
- Ослабить пояс, расстегнуть пуговицу на воротнике рубашки.
- Попросить кого-нибудь вызвать скорую помощь.
- Укутать пострадавшего одеялом, чтобы согреть. Не стоит пользоваться грелкой, так как она забирает кровь от жизненно важных органов.
- Смочить его губы водой, но не давать пить, так как это может задержать действие анестезии в случае госпитализации пострадавшего.
- Не шевелить и не перемещать пострадавшего с места.
- Если ему трудно дышать, а также если он находится в бессознательном состоянии, переверните пострадавшего на грудь и устройте в удобную для дыхания позу.
- Если он не дышит, начинайте делать искусственное дыхание.



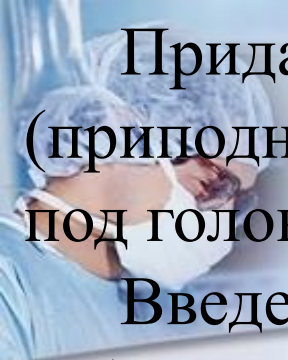
Принципы борьбы с шоком.

Наибольшее значение имеет раннее обезболивание пострадавшего, транспортная иммобилизация и вынос.

Пострадавших в состоянии травматического шока лечат комплексным применением ряда средств. Лечение имеет своей целью ликвидировать расстройства жизненно важных функций организма, вызванных шоком. Важнейшие элементы комплексного метода лечения заключаются в следующем.



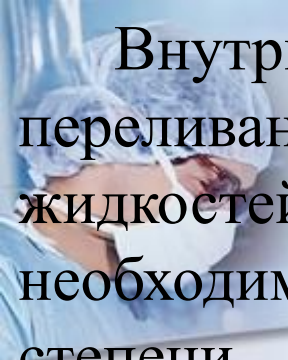
Умеренное согревание пораженных, не допуская при этом опасного перегревания. При отсутствии теплого помещения, особенно при эвакуации, согревание достигается закутыванием в одеяла и обкладыванием грелками. Промокшую одежду, белье, обувь необходимо снять. Согревание в противошоковых палатах достигается за счет достаточно высокой температуры воздуха в помещении (24-25 градусов). Контактное тепло в условиях противошоковой палаты применять не следует. Согреванию способствует крепкий горячий чай, небольшие дозы алкоголя, горячая пища. Однако при ранениях живота, а также при наличии рвота (независимо от характера поражения) пострадавшим нельзя давать ни пищи, ни питья. При шоке, связанном с комбинированными радиационными поражениями не следует применять одномоментно более 50 г 40% алкоголя, учитывая внутривенные вливания алкоголя как компонента противошоковых жидкостей



Придание пораженным положения по Тренделенбурга (приподнимают ножной конец носилок, убирают подушку из под головы).

Введение анальгезирующих средств (промедол, омнопон, и др.) под кожу или лучше внутривенно. Применение анальгетиков противопоказано при нарушениях внешнего дыхания или снижения АД до критического уровня и ниже, а также при черепно-мозговой травме.

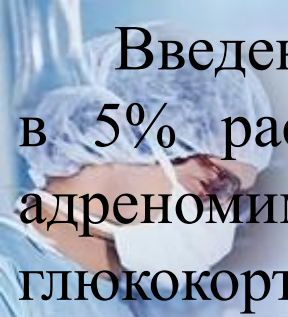
Производство новокаиновых блокад по Вишневскому. Блокада снимает сильные раздражения, а сама действует как слабый раздражитель, способствующий мобилизация компенсаторных механизмов при шоке. При повреждениях груди применяют одно- или двустороннюю вагосимпатическую блокаду, при повреждениях живота - двустороннюю паранефральную блокаду, при повреждении конечности - футлярную блокаду.



Внутривенные и внутриартериальные переливания крови, переливания плазмы крови, альбумина, вливания противошоковых жидкостей. При шоке, сочетающемся с массивной кровопотерей, необходимо прибегнуть к гемотрансфузии. В зависимости от степени кровопотери, глубины шока и наличия запасов консервированной крови переливают от 500 до 1000 мл и более крови. При шоке 4 степени первоначально нагнетают кровь в артерию (250-500 мл), а затем переходят на внутривенное капельное переливание. При шоке 3 степени переливают кровь или полиглюкин вначале струйным методом, а после поднятия АД капельно. Если уровень АД при шоке 3 степени весьма низок, целесообразно начать сразу внутриартериальное нагнетание крови. Наряду с гемотрансфузиями при шоке очень важное значение имеют вливания полиглюкина. Последний вводят в дозах 400-1500 мл, в зависимости от тяжести состояния пораженного. При шоке 3-4 степени, если нет крови, часть полиглюкина вводят внутриартериально в тех же дозах, что и кровь.

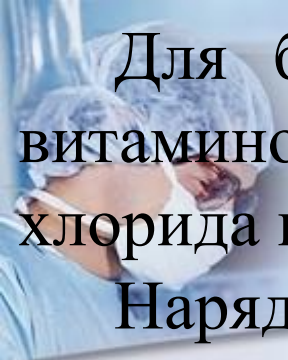


При шоке, не сопровождающемся большой кровопотерей, особенно при ожоговом шоке, часто ограничиваются введением полиглюкина в сочетании с альбумином или плазмой. Наряду с этим вливают и реополиглюкин. Введение различных противошоковых растворов дает хороший результат лишь при шоке 1 степени. При шоке средней тяжести их назначают в сочетании с гемотрансфузиями, вливаниями полиглюкина, альбумина и пр. При шоке 2-3 степени вводят наряду с коллоидными жидкостями и лактасол внутривенно струйно и капельно в дозах от 400 до 2000 мл в зависимости от тяжести состояния пострадавшего.



Введение сердечно-сосудистых средств (строфантин, коргликон, в 5% растворе глюкозы). В более тяжелых случаях показаны адреномиметические средства (эфедрин, норадреналин, мезатон) и глюкокортикоиды (гидрокортизон и особенно преднизолон). Необходимо подчеркнуть, что перечисленные препараты следует применять в сочетании с гемотрансфузиями или вливанием коллоидных заменителей.

Для борьбы с кислородной недостаточностью назначают ингаляции увлажненного кислорода, инъекции цититона или лобелина. При выраженных нарушениях дыхания прибегают к интубации трахеи или накладывают трахеостому и применяют ИВЛ. Если после интубации трахеи и проведения ИВЛ на протяжении 3-4 часов не удастся восстановить адекватное спонтанное дыхание, надлежит произвести трахеостомию и затем продолжать вентиляцию легких через трубку. При шоке, возникшем вследствие повреждений груди, следует сразу прибегнуть к трахеостомии, так как у таких пострадавших приходится обычно долго применять ИВЛ.

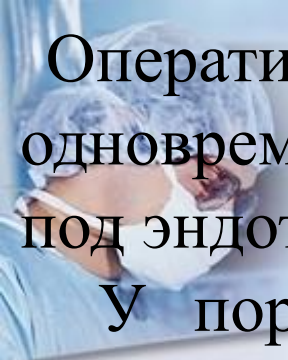


Для борьбы с нарушениями обмена показано введение витаминов, особенно аскорбиновой кислоты и витамина В1, хлорида кальция (10 мл 10% раствора в вену).

Наряду с противошоковой терапией пораженным по показаниям вводят противостолбнячную сыворотку и анатоксин, антибиотики.

Каждая дополнительная травма усугубляет тяжесть шока. Исходя из этого, следует воздерживаться от оперативных вмешательств до выведения пострадавших из состояния шока. К жизненным показаниям к операции относятся:

остановка продолжающегося внутреннего
кровотечения
асфиксия
анаэробная инфекция
открытый пневмоторакс




Оперативные вмешательства при наличии шока выполняют одновременно с продолжающейся противошоковой терапией под эндотрахеальным наркозом.

У пораженных с тяжелыми формами шока (а также в результате массивной кровопотери) может развиваться состояние агонии и клиническая смерть, которые рассматриваются как формы терминальных состояний.

Для агонии характерна полная утрата сознания пострадавшего, нарушения ритма дыхания, брадикардия, акроцианоз в сочетании с бледностью кожных покровов; пульсация крупных сосудов едва ощутима. Клиническая смерть характеризуется прекращением дыхания и сердечной деятельности, однако, даже в этих случаях можно рассчитывать на успех реанимации еще в течение первых 5-6 минут, если только поражения совместимы с жизнью, а в центральной нервной системе не развились еще необратимые изменения.

Заключение



Временная остановка кровотечения, транспортная иммобилизация при переломах (в первую очередь бедра и голени) с помощью подручных средств. При отсутствии противопоказаний дача внутрь болеутоляющей смеси (на 100 мл водки 0.01 г морфина) или подкожная инъекция анальгетиков. Первоочередной вынос и эвакуация наиболее тяжело пострадавших.

Первая врачебная помощь.

Введение анальгезирующих и сердечно-сосудистых средств, транспортная иммобилизация конечностей стандартными шинами при переломах костей, обширных повреждения мягких тканей, ранениях магистральных сосудов



Использованная литература.

- Лекции и практические занятия по военно-полевой хирургии, под ред. Проф. Беркутова. Ленинград, 1971г.
- Военно-полевая хирургия. А.А. Вишневский, М.И. Шрайбер, Москва, медицина, 1975г.
- Военно-полевая хирургия, под ред. К.М. Лисицына, Ю.Г. Шапошникова. Москва, медицина, 1982г.
- Руководство по травматологии МС ГО. Под ред. А. И. Кузьмина, М.Медицина, 1978.

Спасибо за внимание!

