Конспект Памя

24.11.2021

Тема 37. Ранения и кровотечения. Оказание ПМП

1. Прочитайте текст
2. Просмотрите видео по ссылке [watch?v=C0k0iiuSY3U](https://www.youtube.com/watch?v=C0k0iiuSY3U)

Правила, которые необходимо соблюдать при оказании первой медицинской помощи при ранениях. Выполнение инъекций и правила наложения повязок при ранах. Приемы оказания самопомощи и взаи­мопомощи.

Понятие о ранении

Ранение (рана) – любое нарушение целости кожных покровов и подлежащих тка­ней (в том числе и сосу­дов) в результате внешнего механического, воздействия.

Признаки ранений:

кровотечение (как следствие нарушения целости сосуда);

зияние (или расхождение краёв раны, примерно повторяющее контур ранящего предмета);

нарушение функции травмированной (раненой) части тела;

болевые ощущения, так как дополнительно травмируются и нервные стволы. Боль при серьёзных (об­ширных) ранениях бывает настолько интенсивна, что может привести к развитию болевого шока;

наличие раневого канала – полости образованной в результате прохождения ра­нящего предмета в глу­бину тела. Именно по расположению раневого канала, его направлению, длине и т.д. можно судить о каких-либо свойствах ранящего предмета.

Классификация и виды ранений

Все ранения подразделяются на две большие группы:

проникающие (когда нарушается целостность внутренних оболочек и ранящий предмет попадает в одну из полостей черепа, грудной клетки, живота или суставов);

непроникающие (все остальные ранения).

По механизму получения травмы, все ранения можно разделить на следующие виды:

колотые (при малом диаметре наружного отверстия характерна достаточно большая глубина раневого канала);

резаные (достаточно обширные внешние повреждения при малой глубине раневого канала);

рубленные (характерно широкое размозжение краёв и обширные внутренние повреждения);

укушенные (характерно наличие контура (рисунка) зубов) – могут сочетаться со следующим видом –

рваные (обширные внешние повреждения звездчатой формы);

скальпированные (при этом виде ранений кожа с подкожной основой полностью отделяется от подлежа­щих тканей);

огнестрельные (в результате воздействия огнестрельного снаряда – пули, дроби, картечи и т.п.), в свою очередь они подразделяются на:

слепые (когда имеется только входное отверстие и ранящий снаряд находится в глубине тела);

сквозные (имеются входное и выходное отверстия, как правило, выходное от­верстие несколько больше входного);

касательные (поверхностные повреждения кожного покрова).

Общие принципы оказания первой медицинской помощи (ПМП) при ране­ниях

Прежде всего, необходимо помнить о мерах собственной безопасности при обще­нии с пострадавшим. Кровь пострадавшего может таить в себе определённую опас­ность.

Меры личной безопасности при оказании ПМП пострадавшему в результате ра­нения:

1. Не прикасайтесь к ране незащищёнными руками – между вашей рукой и раной всегда должно что-то находится: марлевая салфетка, чистая сухая ткань, целло­фановая обёртка, резиновые или одноразовые перчатки и т.п.

2. Сразу после оказания ПМП тщательно вымойте руки с мылом (даже если вы пользовались перчат­ками) или обработайте их спиртосодержащими растворами (спирт, водка, одеколон и т.п.).

3. Избегайте принимать пищу или пить до тех пор, пока не вымоете руки.

Большую опасность для пострадавшего в результате ранения имеет не объём по­терянной крови, а ско­рость её истечения. Так, при артериальных кровотечениях, как было отмечено выше, возможность развития шока и скорой смерти при несвоевре­менно оказанной помощи, повышается в несколько раз.

Поэтому, первым (и главным) принципом оказания ПМП при ранениях, явля­ется остановка кровотече­ния любым доступным на данный момент способом.

Вторым принципом оказания ПМП при ранениях является так называемая де­зинфекция раны, то есть защита области ранения от инфицирования. Дезинфекция раны достигается следующим:

обработка краёв раны любым доступным в данной ситуации дезинфекционным средством (спирт, водка, спиртовой раствор йода, одеколон, лосьон и др.);

работать по возможности чистыми руками, предварительно обработав их выше­перечисленными средст­вами;

наложение чистого (лучше – стерильного) материала поверх раневой поверхно­сти;

бинтование поврежденной области, которое производят таким образом, чтобы повязка надёжно прикры­вала место ранения, была надёжной и, одновременно, не слишком тугой, чтобы не причинять дополнитель­ные страдания пострадавшему.

После этого, раненую конечность лучше всего зафиксировать, например, подве­сив на косынке или при помощи шин, что является третьим принципом оказания помощи при ранениях.

Четвёртый принцип – обезболивание – необходимое условие профилактики бо­левого шока. В качестве обезболивающих средств могут быть использованы сле­дующие: 2-3 таблетки анальгина; 1-2 капсулы трама­дола (трамала); пакеты или пу­зыри со льдом, снегом, холодной водой к месту ранения.

Пятый и последний принцип оказания ПМП при ранениях – безопасная транс­портировка – тоже имеет немаловажное значение для профилактики возможных осложнений, ведь при транспортировке пострадав­шего в медицинское учреждение или во время ожидания приезда СМП, пострадавший должен находится в таком положении, которое устранит возможную угрозу для жизни пострадавшего и мак­симально уменьшит его страдания:

при ранениях нижних конечностей, а также при ранениях живота – пострадав­ший должен находится в положении лёжа на спине или боку;

при ранениях грудной клетки – сидя или полусидя (слегка наклонившись впе­рёд);

при ранениях головы, в зависимости от тяжести состояния пострадавшего – по­лулёжа или лёжа на спине, боку.

Поводя итог первичных действий спасателя при оказании первой помощи ране­ному, следует ещё раз ос­тановится на некоторых важных, моментах:

Помня о собственной безопасности, постараться осуществить остановку крово­течения (или макси­мально уменьшить его интенсивность) любыми доступными на данный момент способами.

Если кровотечение сильное, не теряйте времени на обработку ваших рук, дей­ствуйте быстро и гра­мотно, во избежание шока.

Не поднимайте конечность, если есть подозрение на перелом кости.

Если пострадавший потерял много крови (пульс 100 ударов в минуту и более, кожные покровы бледные или с синюшным оттенком, может быть спутанное созна­ние, частое поверхностное дыхание, жажда) – после остановки кровотечения необ­ходимо уложить его, приподняв по возможности нижние конечности (для при­тока крови к головному мозгу), напоить его водой или сладким чаем (если он в созна­нии) и принять меры к срочной госпитализации пострадавшего.

Если повязка пропитывается кровью – необходимо наложить ещё одну поверх первой, но ни в коем случае не снимать её.

При кровотечении из сонной артерии следует немедленно сдавить рану паль­цами или кулаком, и после этого произвести тампонирование (попросту говоря – набить рану большим количеством чистой марли или салфеток).

При наличии в ране инородных предметов – ни в коем случае не извлекайте их; используя стерильные марлевые тампоны, необходимо делать кольцо вокруг осно­вания инородного тела до тех пор, пока кольцо не станет выше, чем само инородное тело. Затем, начиная со стороны предмета, наиболее удалённой от сердца, крепко прибинтовать защитное кольцо, оставляя свободным сам инородный предмет. За­крепить по­вязку нужно на противоположной от инородного предмета стороне. Сверху наложите стерильную марлю или другой чистый материал и закрепите его булавками или пластырем.

Однако, если инородное тело находится не глубоко и свободно сидит в ране, вы можете попытаться из­бавиться от него, промыв рану проточной водой.

Постарайтесь как можно быстрее вызвать СМП, попросив кого-нибудь, либо самостоятельно после ока­зания первой помощи.

Постоянно разговаривайте с пострадавшим, объясняйте все свои действия, успокаивайте его и следите за его состоянием.

Рассмотренные выше общие принципы оказания первой медицинской помощи при ранениях и кровотече­ниях, могут быть применимы практически во всех случаях ранений и повреждений различных участков тела человека: головы, грудной клетки, живота, конечностей.

Разберём подробнее основные моменты оказания ПМП при этих видах поврежде­ний.

ПМП при ранениях грудной клетки

Проникающее ранение грудной клетки – для этого вида повреждений характерно проникновение (в резуль­тате ранения) наружного воздуха в полость между лёгкими и внутренней поверхностью грудной клетки с неизменным развитием пневмото­ракса (от лат. «pneumо» – воздух; «thorax» – грудная клетка).

Пневмоторакс, в зависимости от диаметра и вида ранящего орудия или снаряда, может быть представлен следующими видами:

закрытый (при этом виде диаметр наружного отверстия раны настолько мал, что края раны смыкаются самостоятельно);

открытый (воздух свободно входит и выходит через рану);

клапанный (воздух входит, но за счёт образованного внутри раны кожного лос­кута, обратно не выходит; с каждым вдохом лёгкое сжимается, нарушая дыхание).

Признаки: пострадавший бледен, двигательно и эмоционально возбуждён, обильное потоотделение; при дыхании – боли в грудной клетке, свистящий звук (слышимый на расстоянии), вокруг раны может быть подкожная эмфизема, из са­мой раны выделяется пенистая кровь.

Пневмоторакс, особенно клапанный, является угрожающим для жизни состоя­нием, поэтому помощь по­страдавшим с проникающими ранениями грудной клетки и признаками пневмоторакса должна оказы­ваться в первую очередь!

ПМП: как можно скорее загерметизировать рану любым подручным материалом, непропускающим воз­дух (полиэтилен, клеёнка, пластырь, оболочка индивидуаль­ного перевязочного пакета), по возможности обработав края раны; обезболить, хо­лод к месту ранения. Срочная госпитализация пострадавшего в поло­жении полу­сидя.

Положение при ранениях грудной клетки

ПМП при ранениях живота

Травмы живота являются достаточно тяжёлым видом повреждений, вследствие потенциальной возможно­сти развития массивных кровотечений из повреждённых органов брюшной полости, а также развития пери­тонита (воспаления брюшины), которые могут представлять собой угрозу для жизни пострадавшего.

Открытые повреждения живота являются следствием колото-резанных или огнестрельных ранений.

Признаки: резкая боль в области ранения, кровотечение, эмоциональное возбуж­дение, быстро нарастаю­щая слабость, бледность кожных покровов, головокруже­ние; при обширных, например, осколочных ране­ниях может наблюдаться эвентра­ция, то есть выпадение органов брюшной полости (часть желудка, петли кишеч­ника) через раневое отверстие в брюшной стенке.

ПМП: остановка кровотечения методом тампонирования (тампонады), обработка раны по общим прин­ципам, обезболивание производить только инъекционным путём; при эвентрации – выпавшие органы не трогать и не вправлять! Их необхо­димо накрыть стерильной салфеткой, марлей или любым другим чис­тым хлопчато­бумажным материалом или сформировать из валиков кольцо вокруг выпавших ор­ганов таким образом, чтобы оно оказалось выше них;

Виды кровотечения. Потеря крови и заражение. Остановка кровотечения прижатием пальцем кро­воточащего сосуда выше раны, сгибанием конечности в суставе, давящей повязкой, наложением жгута или закруткой. Изготовление жгута из подручных средств.

Виды кровотечений

Само истечение крови из раны (кровотечение) может быть представлено следующими видами, или их со­четаниями:

артериальное – кровь алого цвета, фонтанирует согласно сердечным сокращениям пульсу;

венозное – кровь вишнёвого цвета равномерно истекает из раны;

капиллярное – кровь как бы пропитывает повреждённые ткани.

Кровотечение, кроме того, может быть:

наружным – вызывается повреждением кровеносных сосудов с выходом крови на поверхность кожи;

внутренним – когда кровь из повреждённого сосуда изливается внутрь организма.

Наружное кровотечение легче диагностировать, но есть трудность в точном определении объёма поте­рянной крови, так как примерное количество вытекшей крови хорошо видно на полу, выложенного плиткой; в то время как большое количество может быть совершенно незаметно, если кровь льётся на землю и впи­тывается в неё. Для примерного определения объёма потерянной крови в этих случаях можно воспользо­ваться следующим правилом: если пульс у пострадавшего равен 100 ударов в минуту и более, с высокой долей вероятности можно утверждать, что пострадавший потерял как минимум 1000 мл, что в свою очередь, может явиться самостоятельной причиной развития шока.

При потере 1,0-2,0 литров крови (25% и более от общего объёма) вероятность развития шока и, со­ответственно гибели пострадавшего, повышается в несколько раз!

Внутренне кровотечение может произойти при переломе крупных костей (когда острыми краями кости повреждаются артерии или внутренние органы), направленной тупой травме (при транспортных авариях), язвенной болезни желудка; поэтому при оказании первой помощи необходимо следить за появлением внешних признаков шока (бледная, прохладная и липкая кожа, частый пульс, общая слабость, частое по­верхностное дыхание, тошнота, головокружение, сужение сознания), чтобы своевременно принять экстрен­ные меры.

Безусловно, наиболее опасным для жизни является наружное артериальное кровотечение, возникающее при ранениях крупных сосудов, когда кровь, истекая под давлением, не успевает свёртываться. При этом происходит снижение объёма циркулирующей крови и жизненно важные органы нашего организма не по­лучают достаточного количества кислорода. Кислородное голодание стремительно нарастает, что без оказа­ния своевременной и грамотной медицинской помощи, неизбежно приведёт к смерти.

Способы временной остановки кровотечения:

Способы временной остановки кровотечения

прямое давление на рану – по возможности, пострадавшего необходимо уложить на спину и приподнять раненую конечность выше уровня сердца, затем осуществить прижатие салфетки к ране пальцами своей руки;

пальцевое прижатие артерий – одновременно с выше изложенным способом, постараться осуществить прижатие магистральной артерии (височной, сонной, плечевой, бедренной) к кости – этот способ даёт воз­можность если не остановить кровотечение, то хотя бы максимально уменьшить его интенсивность и спо­койно, без суеты, разобраться в сложившейся ситуации, чтобы перейти на более надёжный способ времен­ной остановки кровотечения;

при большом зиянии можно попытаться свести вместе края раны, сжав их с обеих сторон;

тампонада – этот способ остановки кровотечения может быть использован при достаточно большой глубине раневого канала, когда рана тампонируется чистым, а лучше – стерильным – материалом, но только не ватой, при этом происходит сдавливание повреждённых сосудов, уменьшение интенсивности кровотече­ния и скорейшее образование в них тромбов;

максимальное сгибание конечности в суставе – локтевом, тазобедренном, коленном; при этом, для дос­тижения результата, необходимо подложить валик в суставную ямку – этот способ хотя и причиняет опре­делённые неудобства пострадавшему, но даёт неплохой эффект временной остановки кровотечения только при условии отсутствия переломов костей;

давящая повязка – тоже преследует цель сдавливания повреждённых сосудов и уменьшения интенсивно­сти кровопотери, при этом, перед наложением повязки нужно убедиться в том, что в ране нет осколков стекла, металла и т.п., чтобы не спровоцировать дополнительное кровотечение; если повязка пропитывается кровью – ни в коем случае не удалять её, необходимо добавить ещё одну, поверх первой;

наложение жгута – в качестве такового, помимо специального, могут выступить ремень, галстук, кашне, подтяжка и т.п. – сразу следует оговориться, что эта манипуляция весьма травматична и поэтому ис­пользуется только в следующих случаях:

при сильных артериальных кровотечениях, когда другие способы временной остановки кровотечений ока­зались неэффективны;

при травматической ампутации конечности.

Правила наложения жгута

Правила наложения жгута:

Перед наложением жгута конечность, по возможности, постараться приподнять (для венозного оттока) на 5-7 секунд.

Кожные покровы обязательно должны быть защищены материалом (бинтовая повязка, одежда и т.д.).

При кровотечении из артерий верхней конечности жгут накладывается на верхнюю треть плеча, при кровотечении из артерий нижней конечности – на среднюю треть бедра (именно в этих местах находится, как известно, одна кость – плечевая или бедренная, в других местах накладывать жгут просто бесполезно).

Первые два витка делают с максимальным усилием, именно они являются кровоостанавливающими.

Обязательно накладывают жгут при отрыве части конечности, даже при отсутствии кровотечения.

Максимальные сроки, на которые может быть наложен жгут, следующие:

В тёплое время года – не более чем на 90 минут;

В холодный период – не более 60 минут.

Детям, при прочих равных условиях, жгут накладывается не более чем на 60 минут.

Информация о времени наложения жгута фиксируется пострадавшему на лоб.

Этапы наложения жгута

Этапы наложения жгута

Признаки правильно наложенного жгута:

Кровотечение прекращается.

Конечность белеет и холодеет на ощупь.

Периферический пульс не прощупывается.