



Áverkaskoðun

Linda Kristjánsdóttir 12.júní 2018

F1 Slys!! (hjartslátturinn eykst)

- + Mikilvægt að gera sér grein fyrir umfangi og alvarleika
- + Fá fram:
 - + Hvar
 - + Hve margir
 - + Hvernig slys
 - + Er einhver meðvitundarskertur, með mikla áberandi áverka, fastur í bílnum/ í sprungu/undir þungum hlut....
 - + Er hættu á staðnum? (eldur, átök, hættu á hrúni osfrv)

Læknir stjórnar!

þarf að kalla eftir björgum

+ Þyrla?

+ Björgunarsveit?

+ Vettvangsliðar?

+ Fleiri sjúkraflutningamenn/bílar?

+ Mismunandi bjargir í boði á hverjum stað, mikilvægt að kynna sér það þegar komið er á staðinn hverju sinni.

Björgunarsveitir geta verið nauðsynlegar



Skipulagið byrjar á leiðinni á vettvang

- + Ágætt að skipuleggja á leiðinni
- + Hver sér um öndunarveg, hver sjái um stuðtæki/Lifepack
- + Gott að gera sér grein fyrir hvað gæti þurft að taka úr bílnum á vettvangi, stundum þarf að fara langt frá sjúkrabílnum á vettvangi, ágætt að fækka ferðum til að sækja græjur.

Ekki alltaf hægt að aka að staðnum



Aldrei gleyma ABC-DE

- + Á leiðinni í útkall er mikilvægt að fara yfir í huganum/ á pappír/ í síma....ABC og DE
- + Ágætt að kanna hvort þau tæki og tól sem eru nauðsynleg séu í lagi
- + AB (súrefni á kútum, taska fyrir öndunarveg sé í lagi)
- + C hleðsla á stuðtæki, gelpúðar á sínum stað
- + DE bretti og kragar í bílnum

Auðvitað eiga hlutir alltaf að vera í lagi en, bíllinn var kannski í öðru útkalli, ekki búið að fylla á, tæknilegir örðugleikar.

Ræða við sjúkraflutningamenn á meðan verið er að taka sig til

Fyrsta mat

- + Ef um hópslys er að ræða er unnið eftir hópslysaáætlunum mikilvægt að kynna sér áætlanir á hverjum stað, kunna á flokkunarkerfið og skilja hvert hlutverk læknis er í aðgerðum, sem er EKKI fyrsta mat. Yfirleitt sjúkraflutningamenn sem sinna því á vettvangi
- + Ef færri eru slasaðir geta sjúkraflutningamenn gert fyrsta mat eða læknir (fer eftir fjölda slasaðra, þarf að vera góð samvinna)
- + Læknir þarf að fá yfirsýn!!!

Veðrið getur spilað inn í



Stundum getum við varla staðið í fætunarnar!



Getur verið flókið að athafna sig



Fyrsta mat frh.

- + A = Öndunarvegur: Opna, meta(horfa, hlusta), tryggja
- + B = Öndun: Meta (tíðni, gæði), mettun, öndunaraðstoð, súrefni
- + C = Blóðrás: Púls (tíðni, regla, gæði), stöðva meiriháttar blæðingar, ástand húðar, gegnflæði
- + D=Meðvitundarstig sjúklings GCS
- + E = Leita að lífshættulegum áverkum!
 - + Best að skoða frá höfði og niður, horfa, þreifa, hlusta ef á við.
 - + Gróf taugaskoðun ef þarf

Áverkaskoðun framkvæmd

- + Í raun óháð því hvað gerðist hvernig við berum okkur að.
- + Eftir að ABC er lokið þarf að meta C og D
- + Hvernig metum við meðvitund?
- + GCS eða AVPU (Alert, voice, pain, unresponsive)
 - + Auðvelt að nota AVPU en það er ekki eins nákvæmtog GCS
 - + GCS ekki alltaf á hreinu í kollinum, er á sjúkraflutningablaði.

Glasgow Coma Scale

Eye Opening Response

- + Spontaneous--open with blinking at baseline 4 points
- + To verbal stimuli, command, speech 3 points
- + To pain only (not applied to face) 2 points
- + No response 1 point

Verbal Response

- + Oriented 5 points
- + Confused conversation, but able to answer questions 4 points
- + Inappropriate words 3 points
- + Incomprehensible speech 2 points
- + No response 1 point

Motor Response

- + Obeys commands for movement 6 points
- + Purposeful movement to painful stimulus 5 points
- + Withdraws in response to pain 4 points
- + Flexion in response to pain (decorticate posturing) 3 points
- + Extension response in response to pain (decerebrate posturing) 2 points
- + No response 1 point

Hverju breytir það ef meðvitund er skert??

- + Gefur til kynna alvarleika áverka
- + Erfiðara að meta áverka, samvinna lítil eða engin við skoðun
- + Má ekki gleyma öðrum orsökum t.d. sykurfall, ástand eftir krampa (sem gæti hafa valdið slysi)
- + Erfiðara að tryggja öndunarveg

Gleðst alltaf þegar sjúklingur svarar 😊

Líkamsskoðunin E

- + Mjög gott að temja sér sérstakt verklag
- + Eftir að meðvitundarástand hefur verið metið og brugðist við því sem hægt er hefst líkamsskoðun m.t.t. áverka
- + Horfa, þreifa, hreyfa.
- + Horfa: Pupillur, augnhreyfingar, húð (litur, sár, bólga, mar), leita að aflögunum, og aðskotahlutum.
- + Þreifa: höfuð, andlit, háls og hrygg, útlimi, brjóstkassa, kvið og mjðamagrind.
- + Hreyfa útlimi
- + Taugaskoðun (Ath mjög oft bara gróf taugaskoðun á vettvangi)

Hvenær á að nota kraga og bretti?

- + Skorða þarf sjúkling með stífan hálskraga, á bretti, lofttæmidýnu eða sambærilegan búnað **ef** einhver neðangreindra einkenna eru til staðar (**ef aðrir þættir hindra ekki**).
- + GCS < 15 við fyrstu skoðun*
- + Verkir eða eymsli á hálsi
- + Sjóntruflanir, skertar augnhreyfingar
- + Staðbundin brottfallseinkenni
- + Minnkaður máttur í útlimum eða dofi
- + Háorkuáverkar
- + Annað sem vekur grun um áverka á hálshrygg
- + Grunur um neyslu á áfengi/vímuefnum eða lyfjum

*Skert meðvitund samkvæmt AVPU skala

Er í mikilli endurskoðun hvort og hvenær eigi að nota bretti og kraga

+ Congress of neurological surgeons

Level II

- + Spinal immobilization of all trauma patients with a cervical spine or spinal cord injury or with a mechanism of injury having the potential to cause cervical spinal injury is recommended.
- + Triage of patients with potential spinal injury at the scene by trained and experienced emergency medical services personnel to determine the need for immobilization during transport is recommended.
- + Immobilization of trauma patients who are awake, alert, and are not intoxicated; who are without neck pain or tenderness; who do not have an abnormal motor or sensory examination; and who do not have any significant associated injury that might detract from their general evaluation **is not recommended**.

Level III

- A combination of a rigid cervical collar and supportive blocks on a backboard with straps is effective in limiting motion of the cervical spine and is recommended.
- The longstanding practice of attempted spinal immobilization with sandbags and tape is insufficient and is not recommended.
- Spinal immobilization in patients with penetrating trauma **is not recommended** because of increased mortality from delayed resuscitation

<https://www.cns.org/guideline-chapters/prehospital-cervical-spinal-immobilization-after-trauma>

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/10903127.2014.884197?src=recsys>

Aðrar græjur í bílnum.

- + Loftdýna, fín fyrir t.d. mjaðmarbrot
- + Skröpur, auðveldara að ná sjúklingi upp af jörðinni
- + Ýmiskonar spelkur, togspelka, spelkur á ganglimi og handleggi
 - + Hægt að búa um brot fyrir flutning.
- + Umbúðir
- + Lyf

Hvert á að flytja?

Skiptir miklu máli hvar þið eruð að starfa

- + Hvers konar sjúkrahúspjónusta er næst?
- + Dugar hún til ?
- + Stundum þarf að velja sjúkrahús sem er lengra í burtu svo skjólstæðingurinn fái nauðsynlega þjónustu, þá mikilvægt að velja réttan flutningsmáta (sjúkrabíll, þyrla, flug..)

CEEP CALM- STAY FOCUSED

- + Þið eruð búin að læra heilmikið um að meta sjúklinga
- + Kollurinn þarf að vera rólegur svo hann geti hugsað rökrétt og nýtt sér þekkinguna.
- + Gerið það mikilvægasta hvert sinn, ekki ganga of langt, ekki skaða sjúklinginn, munið að þið eruð í 3 fm sjúkrabíl með 1-2 aðstoðarmenn en ekki á fullbúinni bráðamóttöku með fjölda fagfólks.

Erfið útköll geta tekið verulega á

- + Mikilvægt að viðra erfið útköll
 - + Fara yfir hvað aðilar voru ánægðir með og hvað hefði mátt betur fara
 - + Ræða ef upp kemur vanlíðan, strax á eftir eða þegar frá líður
- + Mismunandi eftir stöðum hverjir taka þátt
 - + Allir í útkallinu, læknir og sjúkraflutningamenn, lækna stöðvarinnar