

Сестринский уход при травмах



Травма – это внезапное одномоментное воздействие на организм человека внешних факторов, приводящее к нарушению в органах и тканях анатомической целостности, физиологических функций и сопровождающееся общей реакцией организма.

Травмы занимают третье место в структуре общей заболеваемости и в числе общей летальности (12,7%), уступая гриппу, ОРЗ и ССЗ. У мужчин травмы встречаются в 2 раза чаще, чем у женщин. В последние годы прослеживается возрастание смертности от травм.

Классификация травм:

1. По механизму возникновения (с учетом точки приложения силы):
 - прямые (в зоне приложения силы);
 - не прямые (например, при падении на вытянутую руку, перелом ключицы).

II. По локализации повреждения:

- **изолированные** (повреждение одного органа или сегмента опорно - двигательного аппарата ОДА);
- **множественные** (несколько однотипных повреждений ОДА или органов);
- **сочетанные** (повреждение двух и более анатомо-функциональных областей), например, перелом ОДА с повреждением внутренних органов (черепа, груди, живота);
- **комбинированные** (это повреждения, наносимые воздействием механического фактора с каким-либо другим агентом термическим, химическим и т.д.)

III. По виду повреждающего фактора:

- механические травмы (переломы, разрывы, вывихи, ушибы);
- термические травмы (ожоги, отморожения);
- химические травмы;

- электротравмы (действие электрического тока);
- лучевые травмы (действие лучистой энергии);
- психологическая (получение внезапного известия).

IV. По характеру повреждения:

- **закрытые** - без повреждения кожи и слизистых (вывихи, ушибы, растяжения, разрывы, СДР, полостные повреждения и т.д.);
- **открытые** - с повреждениями кожи и слизистых (раны, ожоги, отморожения, электротравма);
- **проникающие в полости** - с повреждением барьерной перегородки (париетального листка брюшины, плевры, синовиальных оболочек сустава, твердой мозговой оболочки);
- **проникающие с повреждением внутренних органов** и без повреждения внутренних органов;
- **непроникающие** в полости (без повреждения барьерной перегородки).

VI. По глубине проникновения:

- поверхностные;
- подкожные;
- полостные

Понятие о травматизме, его видах. Система организации травматологической помощи в России.

Травматизм – это совокупность травм, повторяющихся на определенной территории или у определенного контингента людей за определенный отрезок времени.

Классификация травматизма:

В зависимости от условий возникновения выделяют:

1. Производственный травматизм (промышленный, сельскохозяйственный, военный).
2. Непроизводственный травматизм (транспортный, пешеходный, бытовой, детский и т. д.).

Профилактика травматизма:

- правильная организация труда и техники безопасности;
- улучшение личной безопасности работающих;
- соблюдение правил уличного движения и др.

Система организации травматологической помощи в России.

Для быстрого выздоровления травматологических больных большую роль играет организация помощи пострадавшим от травм.

Основными задачами травматологической службы является:

- профилактика травматизма;
- оказание первой ДП при травмах на месте происшествия;
- лечение и реабилитация больных;
- учет пострадавших;
- диспансерное наблюдение за больными с последствиями травм.

Основы травматологической службы были заложены в Санкт-Петербурге (в 1906г. открыт первый в России Ортопедический институт, ныне - Российский институт травматологии и ортопедии).

Поликлиническая помощь – это центральное звено ортопедотравматологической службы города и села (85-90% нуждаются только в амбулаторном лечении).

Наиболее рациональной формой организации поликлинической травматологической помощи являются травматологические кабинеты и пункты. Эти травматологические пункты работают круглосуточно.

Закрытые механические травмы:

Ушиб – это закрытое механическое повреждение мягких тканей и органов без видимого нарушения анатомической целостности.

Причины: падение, удар, нанесенный тупым предметом (ушиб поверхностно расположенных тканей - кожи, подкожной клетчатки или внутренних органов - головного мозга, сердца, легких и т.д.).

Клиника:

- боль в момент травмы (особенно болезненны ушибы надкостницы);
- изменение чувствительности;
- кровоподтек (сначала красный, затем багровеет, через 3-4 часа становится синим, через 5-6 дней - зеленым, затем желтым);
- припухлость (увеличивается в течение нескольких часов);

- нарушение функции (ограничение активных движений по мере нарастания отека, пассивные движения болезненны).

Первая помощь:

- придать удобное положение пациенту (уложить, посадить);
- наложить давящую повязку;
- придать возвышенное положение поврежденной конечности;
- холод к месту повреждения (пузырь со льдом в течение 12-24 часов с перерывами через каждые 2 часа по 20-40 минут, при спортивных травмах – опрыскивание хлорэтилом);
- обезболивание;
- транспортировка в ЛПУ.

Лечение:

- тепловые процедуры (грелки, УФО, УВЧ-терапия) со 2-3 дня после травмы;
- пунктирование больших глубоких гематом с последующим наложением давящих повязок;
- покой поврежденному участку.

Ушиб





Растяжение

Когда у человека происходит растяжение, то повреждаются ткани опорно-двигательного аппарата.

Обычно это происходит из-за того, что они сильно натягиваются как результат подъема тяжелого предмета или падения.

Растяжение может затронуть любой сустав. Основными видами этой болезни является растяжение суставов, мышц и связок.

В свою очередь они могут поражать следующие суставы:

- Голенисто-пальный.
- Коленный.
- Локтевой.
- Запястный.
- Плечевого.
- Ключичный.

Различают 3 степени растяжения:

1. Первая является более легкой. При ней травмируются сухожилия, которые немного разрываются. При этом не происходит ограничение подвижности, поскольку боль незначительная. Может возникнуть припухлость, но чаще всего она мало заметна.
2. Вторая степень более заметна, но умеренна. То есть, происходит небольшое растяжение или разрыв волокон. При этом повредиться может капсула. Ощущаются сильные боли, которые трудно терпеть. При этом заметно проявляется отечность в том месте, где была травма. Могут появиться синяки.
3. Эта степень самая серьезная, ведь при ней полностью разрываются сухожилия. Отечность становится слишком заметной, гиперемия в том месте, где поражен сустав. Кровоподтеки. У сустава появляется патологическая подвижность.

Вовремя предоставленная доврачебная помощь при растяжениях значительно уменьшает период регенерации (приблизительно на 4-9 дней). Действия следующие:

1. Приложить лед или иной холодный предмет, продукт (обязательно обернуть холод в полотенце, для предотвращения обморожений тканей). На протяжении 2-х часов прикладывать на 20 минут, затем убирать на 30 минут.
2. Травмированный сустав следует обездвижить для исключения последующих дефектов. Поврежденный участок необходимо перемотать эластичным бинтом. Повязка не должна быть слишком тугой или слабой. Приподнять поврежденную часть выше уровня сердца.
3. При наличии открытой раны, необходимо приложить усилия чтоб остановить кровотечение.

4.С целью снижения боли пострадавшему дают обезболивающие таблетки, наносят на место повреждения мазь.

5.В случае сильного растяжения либо при подозрении на разрыв связок важно наложить шину, сделанную из подручных предметов. С помощью фанеры, доски или линейки надо зафиксировать сустав, перевязав бинтом. Очень важно при этом не нанести еще больший вред.

6.Травмированный участок не беспокоить движениями, нагрузками.

Разрыв – это аналогичное повреждение с нарушением анатомической целостности.

Различают разрывы связок, мышц, сухожилий.

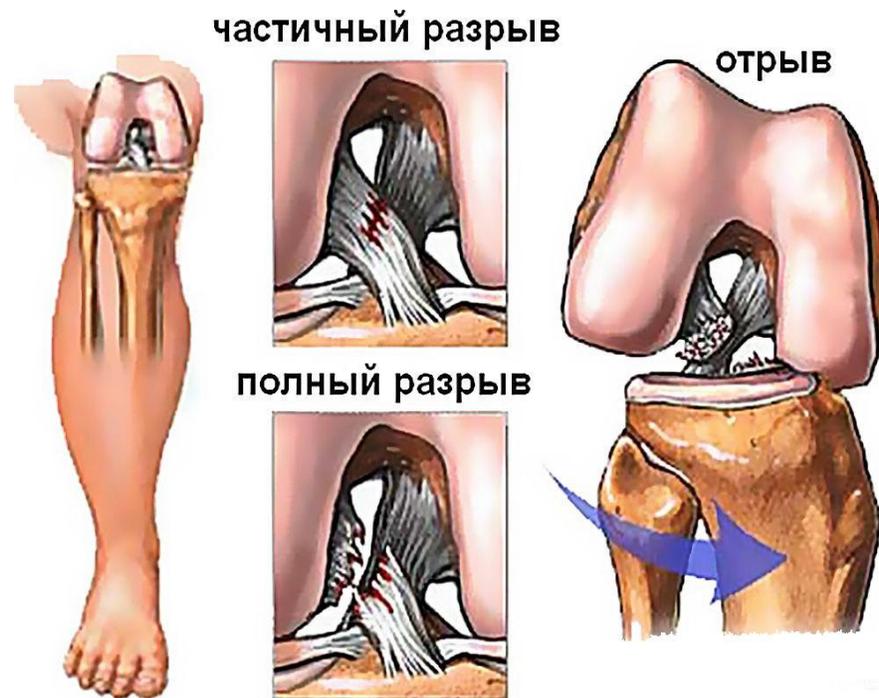
Причины:

- резкое, внезапное движение с одномоментным воздействием на ткань двух сил, действующих в противоположных направлениях (чаще в суставах, когда движения в суставе превышают его объем);
- удар по сокращенной мышце;
- падение;
- подъем тяжестей.

Разрывы связок чаще происходит в голеностопном или коленном суставах.



ПРИМЕРЫ РАЗРЫВА (ПОЛНОГО И ЧАСТИЧНОГО И ОТРЫВА)



Клиника: боль, гематома, отек, выраженное нарушение функции - ограничение движений или избыточная патологическая подвижность (при разрыве связок), гемартроз с баллотированием надколенника (разрыв связок коленного сустава), при пальпации - дефект мышцы (при разрыве).

Первая помощь:

- создание покоя;
- холод на место повреждения;
- обезболивание;
- госпитализация в ЛПУ.

Лечение:

- консервативное (при неполном разрыве) давящая повязка, покой, физиопроцедуры;
- оперативное (при полном разрыве, сшивание, гипсовая повязка 2-3 недели, физиотерапия, массаж, ЛФК).

Вывих – это полное стойкое смещение суставных поверхностей костей относительно друг друга, сопровождающееся разрывом капсулы и связок. Частичное смещение называется подвывихом.

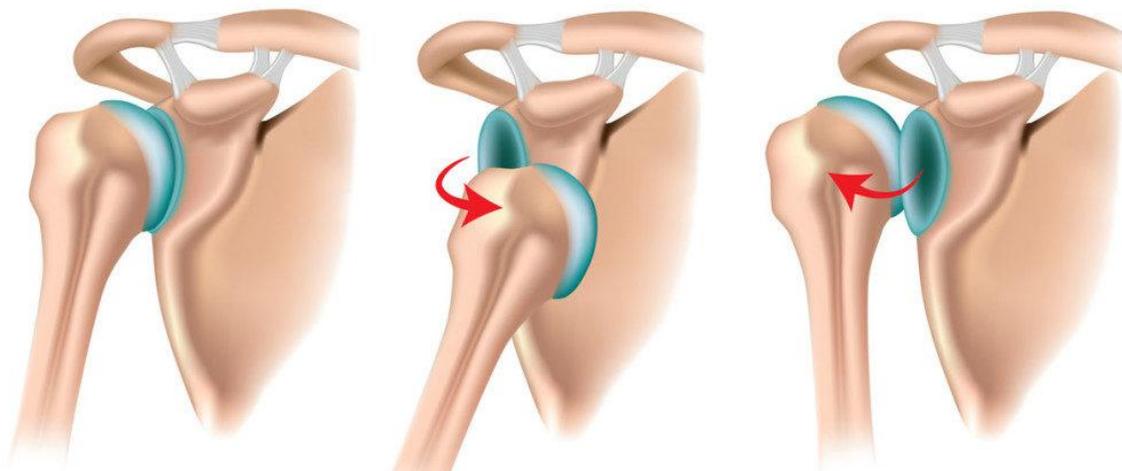
Причины: падение на вытянутую или отведенную конечность, удар при фиксированной конечности.

Вывихнутой считается кость, которая расположена дистальнее. Вывихи в суставах верхней конечности встречаются в 7-8 раз чаще, чем в нижней.

Классификация вывихов:

1. Врожденные (в процессе внутриутробного развития, вывих бедра, чаще у девочек).
2. Приобретенные (травматические – воздействие силы, патологические - в результате заболевания остеомиелита, опухоли).

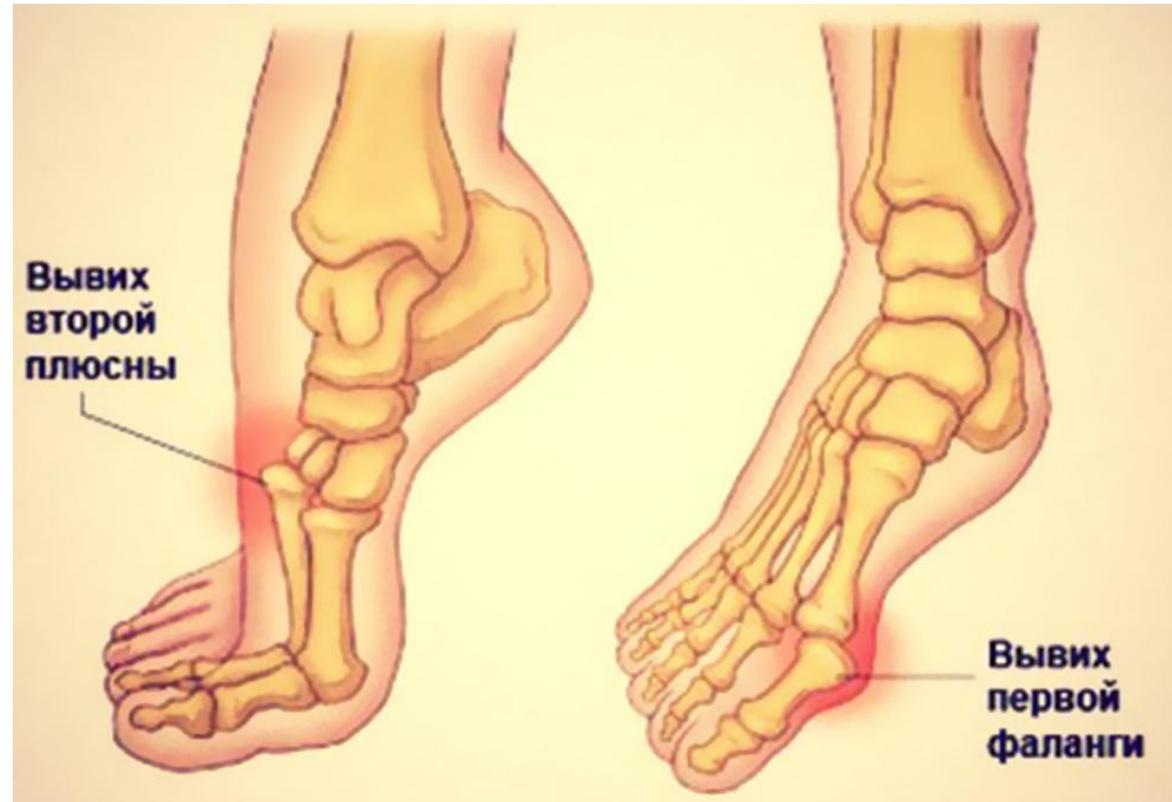
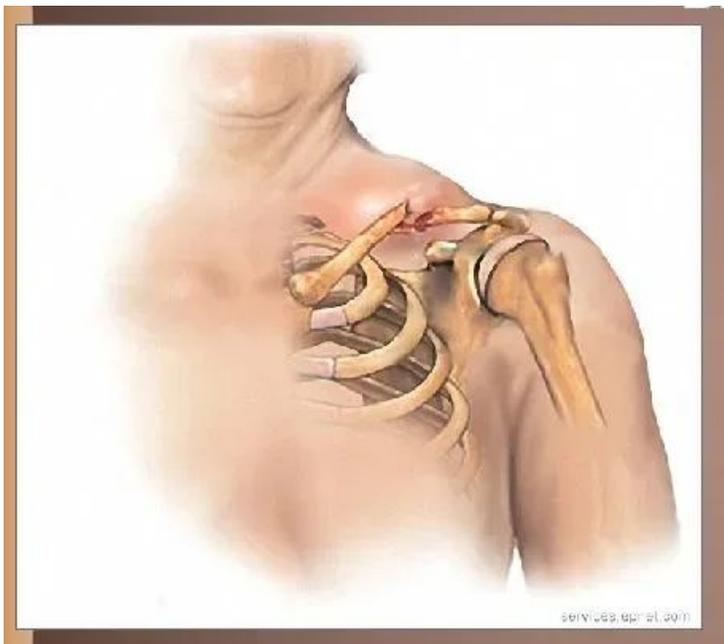
Относительно смещения суставных поверхностей: - полные, - неполные.



норма

передний
вывих

задний
вывих



Вывих
второй
плюсны

Вывих
первой
фаланги

Относительно кожи: - открытые,

- закрытые.

В зависимости от времени возникновения:

- свежие (до 2-х суток),

- несвежие (до 3-4 недель),

- застарелые (более 4 недель).

Вывихи могут быть:

- невправимыми;

- самовправимыми (привычные)

- повторные вывихи, чаще в плечевом суставе.

Различают:

– осложненные вывихи (сопровождаются переломами костей, повреждения крупных сосудов, нервов);

- неосложненные вывихи.

Клиника:

абсолютные признаки вывиха:

- постоянная сильная боль в покое, резко усиливающаяся при попытке движения;
- вынужденное положение конечности;
- деформация области сустава (с изменением оси конечности);
- полное отсутствие активных движений в суставе, резкое ограничение пассивных движений;
- изменение длины конечности (относительное укорочение конечности);
- «пружинящая фиксация» конечности.

Окончательный диагноз ставится по рентгенограмме.

Первая помощь:

- обезболивание (анальгин, баралгин);
- транспортная иммобилизация в вынужденном положении;
- простейшие противошоковые мероприятия (тепло укрыть, горячий чай, кофе, содово-солевой раствор);
- бережная транспортировка в ЛПУ.

Лечение:

- вправление вывиха (только врач);
- фиксация (на плечевой сустав - гипсовая лонгета или повязка Дезо на 10-12 дней), на тазобедренный сустав – лонгета на 4-6 недель);
- физиопроцедуры, массаж, ЛФК.

Перелом – это нарушение целостности кости на протяжении.

Основную группу пострадавших составляют мужчины средних лет и женщины пожилого возраста. Чаще происходят переломы костей верхних конечностей - 50%, реже – нижних - 31%. У детей чаще наблюдаются поднадкостничные переломы, по типу «зеленой веточки».

Причины: прямая травма и непрямая травма.

Классификация переломов:

Переломы бывают:

- открытые,
- закрытые.

Переломы бывают:

- полные (нарушена непрерывность костной ткани по всей толщине);
- неполные (поднадкостничные переломы, трещины).

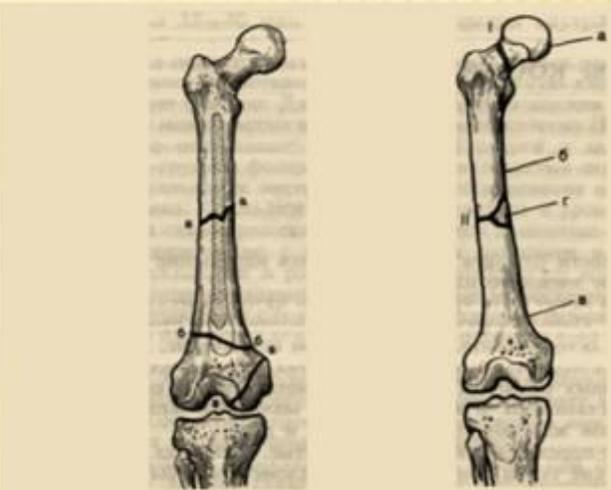
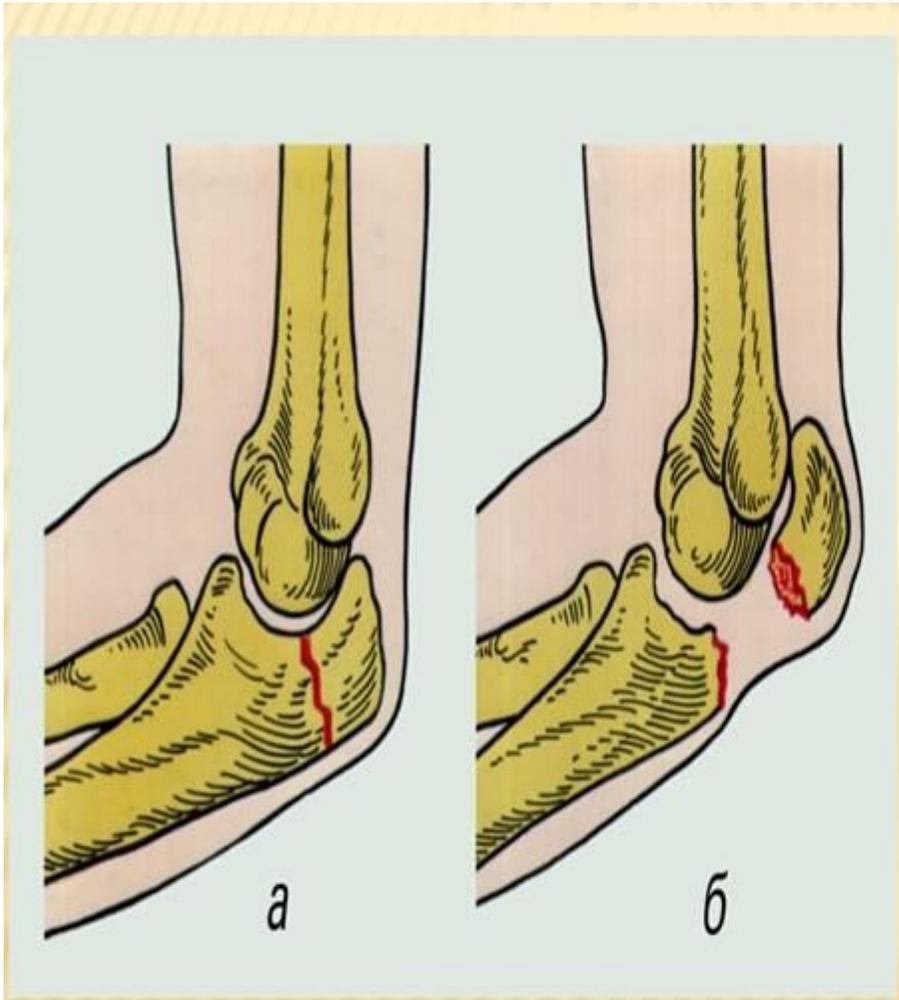


Рис. 2.1. Диафизарные (а-а), метафизарные (б-б) и эпифизарные (и-и) переломы.

Рис. 2.2. Двойной перелом бедренной кости.

I — субкапитальный перелом шейки; II — диафизарный перелом; а, б, в — три отломка; г — осколок.

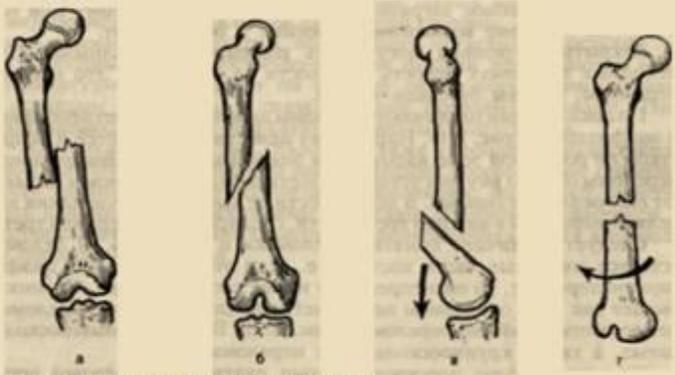


Рис. 2.3. Смещения отломков бедренной кости.

а — по длине; б — по ширине; в — под углом к оси (типичное запрокидывание конца периферического отломка тагой икроножной м. мышц); г — ротационное (по периферии).

По механизму происхождения переломы делят на:

а) переломы от сдавления: вколоченные – диафиз внедряется в эпифиз кости, сколоченные – сцепливание отломков, компрессионные – расплющивание.

б) от сгибания: под углом (в поперечном направлении - костный треугольник)

в) от скручивания: - торсионные, винтообразные, спиральные (один конец кости фиксирован).

По видам смещения костных отломков:

- под углом (от сгибания);
- по ширине (прямое воздействие);
- по периферии (от скручивания);
- по длине (оскольчатый, вколоченный).

В зависимости от числа повреждения кости:

- одиночные;
- множественные.

Переломы делятся на:

- осложненные,
- неосложненные.

Переломы бывают:

- первичные (смещение произошло от действия травмирующего фактора);
- вторичные (возникают из-за тяги мышц).

Переломы: - со смещением;

- без смещения.

Клиника:

1. Относительные признаки (боль, гематома, отек, нарушение функции).

2. Абсолютные признаки:

- деформация конечности в зоне перелома;
- крепитация костных отломков при трении друг о друга;
- абсолютное укорочение конечности (за счет смещения по длине);
- патологическая подвижность в месте перелома.

Следует отметить, что при наличии хотя бы одного абсолютного признака, можно говорить о переломе.

Первая помощь:

- остановка кровотечения (при открытом переломе);
- наложение асептической повязки;
- обезболивание (анальгин, баралгин);
- транспортная иммобилизация (в физиологическом положении);
- холод на место перелома;
- простейшие противошоковые мероприятия (тепло укрыть, горячий чай, кофе, содово-солевой раствор);
- бережная транспортировка в ЛПУ.

Принципы лечения переломов

Используется консервативное и оперативное лечение переломов.

1. Обезболивание 10-20 мл 2% р-р новокаина.
2. Сопоставление костных отломков (репозиция):
 - фиксация гипсовой повязкой (при переломах без смещения).
 - накожное вытяжение (на дистальные отделы – лямки из бязи, пластырь).
 - скелетное вытяжение (абдукционная шина ЦИТО - для верхней конечности, шина Белера - для нижней конечности).
3. Хирургические методы:
 - фиксация костных отломков хирургическим путем (металоостеосинтез) с помощью специальных металлических штифтов, пластинок, шурупов, проволоки. Удаляются металлические конструкции через 6-8 месяцев.
 - компрессионно-дистракционный внеочаговый остеосинтез (аппарат Илизарова).

Осложнения и их профилактика:

1. Ранние - травматический шок (правильная иммобилизация, обезболивание, своевременная доставка в ЛПУ);

- жировая эмболия (при переломе крупных трубчатых костей);

- вторичное кровотечение (рациональная транспортная иммобилизация);

- гангрена конечности (при наложении циркулярной гипсовой повязки следить за состоянием конечности).

2. Поздние: - пролежни в местах костных выступов (следить за состоянием гипсовой повязки);

- нагноение в зоне проведения спицы (ежедневная обработка антисептиками);

- прорезывание спицей костного вещества;

- замедленная консолидация;

- развитие ложных суставов.

Сестринский уход

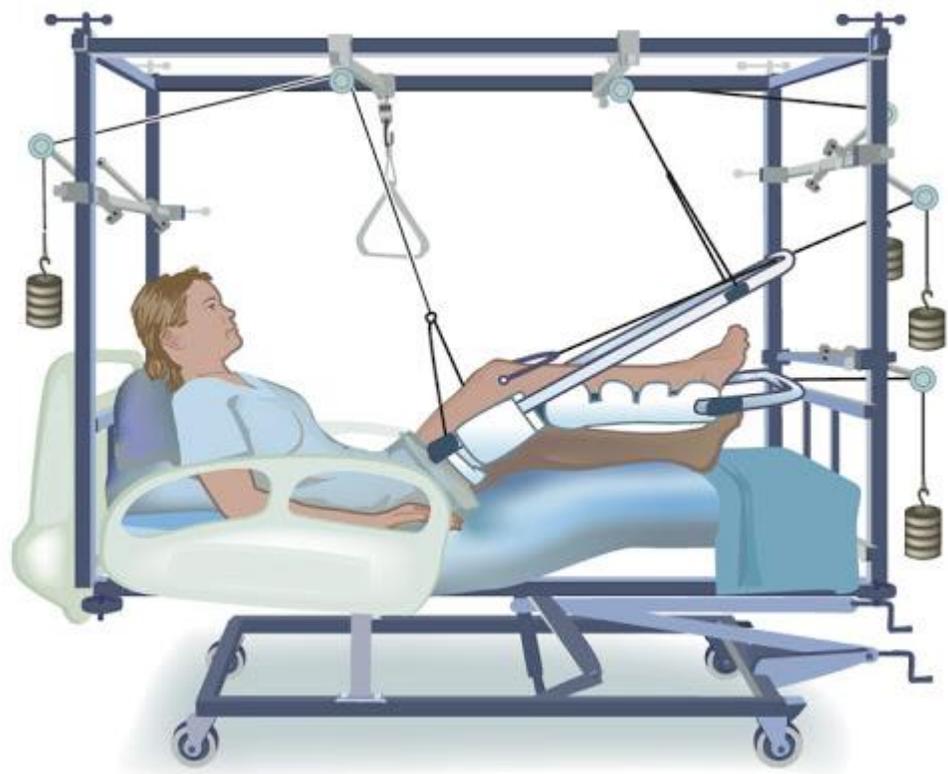
Если у больного наложена гипсовая повязка, то необходимо соблюдать ряд правил. Прочность гипсовой повязки развивается постепенно, а не сразу. После ее изготовления конечность пациента надо поддерживать, не кладя ее на стол до отвердевания. Через 5—10 минут загипсованную конечность уже в затвердевшей, но еще сырой гипсовой повязке укладывают на полужесткие подушки. Через 10—15 минут можно пациента переключать в постель, при этом сохраняя горизонтальное положение для нижней конечности, а верхнюю конечность надо подвязать на косыночную повязку. Укладывать пациента следует на щит или жесткую функциональную кровать, чтобы не поломать гипсовую повязку. Гипсовую повязку оставляют открытой до тех пор, пока она не высохнет.

Для лучшего просыхания повязки необходимо периодически поворачивать пациента. Через 2 часа после наложения повязки необходимо осмотреть конечность: наличие отека говорит о туге повязки, синюшность ногтевых фалангов о венозном стазе, чувствительность и движение пальцами должны быть сохранены. Если есть какие-либо нарушения или повязка давит, то ее переделывают. Нельзя, чтобы отделяемое из раны пропитывало гипсовую повязку, разрушая ее и вызывая мацерацию кожи вокруг повязки. При наличии раны под края гипсовой повязки подкладывают нетолстый слой ваты, которая будет препятствовать затеканию под повязку отделяемого раны. Пациент в гипсовой повязке должен подвергаться соответствующей санитарной обработке и содержаться в чистоте. Обмываться надо не реже одного раза в 7 дней, закрывая гипсовую повязку пленкой. Положение загипсованной конечности должно быть приподнятым.

При лечении вытяжением пациент находится на длительном постельном режиме, поэтому очень важен уход за ним и профилактика осложнений, самыми главными из которых являются пролежни, заболевания легких и остеомиелит кости. С первых дней проводится лечебная физкультура, дыхательная гимнастика и массаж. Для профилактики пролежней кожу больного протирают камфорным спиртом, подкладывают резиновые круги, подушечки. Для предупреждения отвисания стопы, ее подвешивают при помощи гамака или за приклеенный к подошве бинт, перекинутый через блок. К бинту подвешивается груз в 0,5 кг. Для того, чтобы шине со всей системой вытяжения придать устойчивое положение и обеспечить пациенту правильную укладку, надо между сеткой кровати и матрасом положить деревянный щит. Для подтягивания пациента над кроватью укрепляют раму Брауна.

Перестилать постель и подавать судно больному надо очень осторожно, чтобы не вызвать смещение обломков. Медицинская медсестра должна постоянно следить за положением пациента, так как неправильное положение может привести к осложнениям: неправильное сращение перелома, паралич конечности. Надо следить, чтобы конечность не упиралась в спинку кровати, а груз не опускался на пол. Для профилактики хирургической инфекции места введения спицы обрабатываются антисептическими спиртовыми растворами, спицы протирают спиртом, вокруг спицы в местах введения кладут салфетки смоченные спиртом, несколько раз в день, смачивая ее спиртом с помощью пипетки.

Пациентам при лечении компрессионно-дистракционным методом накладывается на конечность аппарат Илизарова. При таком методе лечения пациент может ходить на костылях. Аппарат Илизарова должен укрываться матерчатым нарукавником. Места введения спиц обрабатываются спиртом и закрываются стерильными салфетками.



Спасибо за внимание!

