

ÜHE PIIRKONNA TRAUMA – PEA JA KAEL

Pea ja/või kaela trauma on üks keerukamaid ja ühtlasi ohtlikemaid nii anatoomiliste iseärasuste kui ka elutähtsate talitluste seisukohast lähtudes. Väga oluline on arvestada trauma mehhanismi, (mis abistab kuni 95% ulatuses diagnoosi püstitamisel); vigastuse sügavust ja lokalisatsiooni; kahjustavat tegurit; vigastusest tekkinud sümptome ning pea ja kaela anatoomiat (seal paiknevaid elutähtsaid organeid: pea- ja seljaaju algusosa, meeleorganeid, suhteliselt pindmiselt paiknevaid suuri veresooni ning õõnesorganeid: trahheat ja söögitoru).

Väliselt tühine ja asümptomaatiline vigastus võib ajalises nihkes osutada eluohtlikuks. Pea ja kaela esialgselt isoleerituna tundunud vigastusega võivad kaasnedä mõne teise kehapiirkonna varjatud vigastused. Komatoosse seisundiga kulgevat peaaajutraumat võib trauma raskuse aspektist süvendada kaasuv joove ja vastupidi – esialgselt diagnoositud toksilise joobe foonil võib olla samaaegselt tegemist kaasuva peaju traumaga, mis kulgeb oluliste sümptomideta ja nähtava välise vigastuseta. On esinenud juhtumeid, kus liiklustraumaga kannatanule abi osutamine algab opiaatide antidoodi manustamisest. Mõnikord on võimalik, et vaadates üle näiteks kaela piirkonda ja leides ületäidetud kaelaveenid, juhib see meediku tähelepanu hoopis kõrgenenud rindkeresisesele rõhule ja võimalikule vigastusele hoopis teises keha piirkonnas.

Kuna pea piirkond on ülihea verevarustusega, areneb traumaatiline turse selles piirkonnas eriti kiiresti. Turse levik näiteks näokolju traumade korral ning põletuste ja söövituste korral võib tingida vajaduse kunstliku hingamistee järele. Endotrahheaalne intubatsioon (vt endotrahheaalse intubatsiooni juhend) võib osutada vajalikuks juba sündmuskohal ja samas võib see osutada tehniliselt üsna raskeks või koguni teostamatuks. Selles valdkonnas toimib seaduspära – mida varem, seda parem

Kasulikku infot lokaalse trauma kohta sisaldab hulgitrauma ravijuhis.

Sõltumata vigastus(t)e lokalisatsioonist kuulub iga trauma juurde klassikaline trauma käsitus: esmane ja teisene ülevaatus.

Esmane ülevaatus	Teisene ülevaatus
Trauma mehhanism?	Pea
Nähtav väline vigastus?	Kael: veenide täitumus, subkutaanne enfüseeim
Verejooksu sulgemine	Õlavööde, ülajäsemed
Teadvus? GKS	Rindkere
Hingamisteed? Hingamine?	Kõht
Vereringe?	Vaagen
	Selg
	Alajäsemed

1. Trauma mehhanism

- Liiklustrauma
- Kukkumine kõrgusest
- Kukkuva eseme löök
- Plahvatus
- Tahtlik vägivald
 - Tõmp või terav vigastus
 - Tulirelva vigastus

2. Vigastuse liik

- Mehhaaniline vigastus
- Termiline trauma – põletus, söövitus, külmumine
- Kombineeritud trauma (mehhaaniline + termiline)

3. Vigastuse lokalisatsioon

- Koljulagi
- Koljupõhimik
- Kaela suured veresooned – unearter (*a.carotis*), kägiveen (*v.jugularis*)
- Lülisamba kaelaosa

- Näokolju vigastused
 - Laup, orbita, põsesarnad, nina, alalõug
 - Huuled silmalaud, kulmud
 - Suuõõnesisesed vigastused – hambad, keel
 - Meeleorganite vigastused – silm, kõrv
 - Peaaju, ajutüve ja seljaaju vigastus
 - Õõnesorganite vigastus
 - Trahhea
 - Söögitoru
4. Vigastuse olemus
- Pindmine/sügav
 - Pehmed koed/luuvigastused

Glasgow kooma skaala hindamine

Teadvuse seisund võib traumahaigel muutuda väga kiiresti. Seetõttu on vaja hinnata teadvuse taset iga 2—5 minuti järel ning see ka dokumenteerida. GKS kirjutada lahti nii silmade avamise, verbaalse kontakti kui ka motoorse vastuse osas.

Silmade avamine	Punkte	Sõnaline kontakt	Punkte	Motoorne vastus	Punkte
Spontaanne	4	Orienteeritud	5	Korraldusele	6
Häälele	3	Segane	4	Lokaliseerib valu	5
Valule	2	Üksikud sõnad	3	Äratõmme	4
Puudub	1	Arusaamatu hääle	2	Painutus	3
		Puudub	1	Sirutus	2
				Puudub	1

Koljupõhimiku murd ja lahtine koljulumurd

Võimaliku koljupõhimiku vigastuse tunnusteks on verejooks ninast, suust ja kõrvadest või kõigist mainitud avaustest korraga. Lisaks verele võib erituda liikvorit või purustatud ajumassi – detriiti. Vajadus ning näidustus intubeerida on komatooset kannatanut, et vältida vere ja võimaliku oksendamise korral maosisu aspiratsiooni. Vajadus intubeerida võib tekkida dünaamikas teadvuse häire süvenemisel. Adekvaatse teadvuse säilimisel endotrahheaalne intubatsioon ei ole vajalik.

Pea piirkonna haavad paistavad silma väga ohtra veritsuse poolest, lahtise ajutrauma korral ei peaks haava töötlemata, piisab kui asetada katteside ning transportida raviasutusse, kus saab patsiendile võimaldada neurokirurgilist abi.

Mõningaid nõuandeid:

- Teadvuse häire võib olla hüpoksia tulemus või tingitud kaasuvast joobest.
- Oluline on teada, milliseid medikamente patsient eelnevalt tarvitas või milliseid haigusi patsient põeb. Näiliselt tühine trauma marevaani tarvitaval patsiendil või hemofiilia ja muu koagulatsioonihäire korral võib põhjustada eluohtliku veritsuse või hingamisteid blokeeriva hematoomi. Trauma ja sellega kaasnev verekaotus võib süvendada südame isheemiatõve nähtusid või kutsuda esile koguni vatsakeste fibrillatsiooni.
- Löökkõri ühisarteri piirkonda (välise jäljeta!) võib anda ajuinfarkti kliinilise pildi.
- Löökkõri piirkonda võib vallandada kõriturse, mille tulemusel võib endotrahheaalne intubatsioon olla raskendatud või võimatu.
- Nao ja kaela põletusega võib kaasneda hingamisteede põletus, mis võib saada endotrahheaalse isintubatsiooni näidustuseks. Kui põletuse tõttu on raskendatud suu avamine, tuleb mõelda nasotrahheaalsele intubatsioonile pimesi.

- Kõigile pea ja kaela sügavatele vigastustele ja teadvusehäirega patsientidele on veenitee rajamine kohustuslik
- Peaaju vigastuse korral võib patsiendil tekkida kopsuturse.