



TCCC GUIDELINES 2026

Τακτική Περίθαλψη Απωλειών Υγείας Μάχης

Κατευθυντήριες Οδηγίες

01 Μαΐου 2026

Τακτική Περίθαλψη Απωλειών Υγείας Μάχης (TCCC)

Κατευθυντήριες Οδηγίες (Tactical Combat Casualty Care Guidelines)

01 Μαΐου 2026

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΑΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΥΘΥΝΩΝ

Η παρούσα έκδοση των Κατευθυντηρίων Οδηγιών TCCC περιλαμβάνει το σύνολο των οδηγιών που απευθύνονται σε όλους τους ανταποκριτές και των τεσσάρων επιπέδων εκπαίδευσης TCCC (ASM, CLS, CMC, CPP) και ισχύουν μόνο σε περίοδο επιχειρήσεων. Αποτελούν συστάσεις και δεν υποκαθιστούν την κλινική κριτική σκέψη και την πιστοποιημένη εκπαίδευση.

Όλες οι τεχνικές/ιατρικές πράξεις - φάρμακα που αναγράφονται στις οδηγίες της επιτροπής CoTCCC, εναρμονίζονται με την εξής βιβλιογραφία: PHTLS Military 9th Edition, Journal of Special Operations Medicine Advanced Tactical Paramedic Protocols Handbook, Ranger Medic Handbook 2025 Edition. Ωστόσο, κάποιες οδηγίες ενδεχομένως δεν συνάδουν με την ελληνική νομοθεσία.

Ως εκ τούτου, όλοι οι πάροχοι Α΄ Βοηθειών Μάχης καλούνται να συμβουλευούνται τους ιατρούς των Μονάδων και να ενεργούν σύμφωνα με τις οδηγίες τους. Προσωπικό εκτός Ειδικών Δυνάμεων δεν είναι εξουσιοδοτημένο να εφαρμόσει τις παρακάτω οδηγίες, αν δεν εκπαιδευτεί από κατάλληλο και εξουσιοδοτημένο προσωπικό. Προς αποφυγή παρανοήσεων, στο τέλος του κειμένου παρατίθεται το Παράρτημα «Α», στο οποίο αναφέρονται τα σύνολα δεξιοτήτων που δύναται να εκτελέσει κάθε ανταποκριτής και που καλύπτονται από την αντίστοιχη εκπαίδευση που έχει λάβει. Κάθε ανταποκριτής μπορεί να εκτελέσει ενέργειες μέχρι του επιπέδου των πιστοποιημένων γνώσεών του και οφείλει να καλεί το κατάλληλο προσωπικό για πιο εξειδικευμένες παρεμβάσεις. **MHN** επιχειρείτε ενέργειες πέραν των δυνατοτήτων σας, οι οποίες μπορεί να επιφέρουν αρνητικές ιατρικές και νομικές συνέπειες.

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗΣ

Γενικός Αρχιφαρμακοποιός Χρυσόστομος Δ. Αναστασιλάκης MSc, PhD
Φαρμακοποιός- Μοριακός Βιολόγος

Αρχίατρος Ιωάννης Α. Τσούσκας MD, MSc
Χειρουργός

Ανθυπασπιστής (ΠΖ) ε.α. Γεώργιος Χ. Σάσσος NSOCM
Νοσοκόμος Μάχης Ειδικών Επιχειρήσεων

Θεσσαλονίκη 2026
ISBN: 978-618-00-6852-8

Η παρούσα μετάφραση των πρωτοτύπων οδηγιών του JTS , διατίθεται ελεύθερα και χωρίς περιορισμούς, αποκλειστικά για εκπαιδευτικούς σκοπούς και απαγορεύεται η με οποιονδήποτε τρόπο εκμετάλλευσή της για αποκόμιση οικονομικού κέρδους.

Το λογότυπο TCCC αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της επιτροπής CoTCCC και χρησιμοποιήθηκε κατόπιν ευγενικής παραχώρησης του Dr Frank Butler MD, τον οποίο και ευχαριστούμε θερμά.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Διακλαδικό Σύστημα Τραύματος (Joint Trauma System, JTS) αποτελεί το Κέντρο Αριστείας για το Τραύμα, του Αμερικανικού Υπουργείου Άμυνας. Το JTS εστιάζει στα πρότυπα της προνοσοκομειακής ιατρικής στο πεδίο της μάχης και παρέχει κατευθυντήριες οδηγίες κλινικής πρακτικής και βελτίωσης απόδοσης, για όλα τα επίπεδα της στρατιωτικής αντιμετώπισης τραύματος. Η Επιτροπή για την Τακτική Περίθαλψη Απωλειών Υγείας Μάχης (Committee on Tactical Combat Casualty Care, CoTCCC), υπάγεται στο JTS και αποτελείται από εκπροσώπους του Στρατού, του Πολεμικού Ναυτικού, της Πολεμικής Αεροπορίας και του Σώματος Πεζοναυτών των ΗΠΑ. Η CoTCCC είναι αρμόδια για την έκδοση κλινικών κατευθυντηρίων οδηγιών, σχετικά με την παροχή της Τακτικής Περίθαλψης Απωλειών Υγείας Μάχης (Tactical Combat Casualty Care, TCCC), οι οποίες αποτελούν το πρότυπο της περίθαλψης, στο σύγχρονο πεδίο της μάχης. Η προσέγγιση της TCCC συνιστά ένα ευρέως γνωστό εκπαιδευτικό πρότυπο, το οποίο χρησιμοποιείται από την πλειονότητα χωρών-μελών του NATO.

Οι παρούσες οδηγίες ισχύουν από 01 Μαΐου 2026 και καλύπτουν την Περίθαλψη υπό Πυρά (Care Under Fire, CUF), την Τακτική Περίθαλψη Πεδίου Μάχης (Tactical Field Care, TFC) και την Τακτική Περίθαλψη Διακομιδής (Tactical Evacuation Care, TACEVAC).

Το ερυθρό χρώμα υποδηλώνει νέες προσθήκες στο κείμενο, που έγιναν κατά τη φετινή αναθεώρηση των κατευθυντηρίων οδηγιών.

Το κυανό χρώμα υποδηλώνει κείμενο, το οποίο δεν τροποποιήθηκε, αλλά άλλαξε θέση εντός των κατευθυντηρίων οδηγιών.

Οι πλέον πρόσφατες αλλαγές αφορούν τη διαχείριση της τραυματικής εγκεφαλικής κάκωσης και του πόνου, καθώς και τη χρήση αντιβιοτικών, κατά την τακτική περίθαλψη πεδίου μάχης.

Βασικό Σχέδιο Διαχείρισης Τραυματία για την Περίθαλψη υπό Πυρά/Απειλή (Care Under Fire/Threat)

1. Ανταποδώστε πυρά και καλυφθείτε.
2. Καθοδηγήστε ή περιμένετε τον τραυματία να συνεχίσει να μάχεται, αν αυτό είναι δυνατόν.
3. Καθοδηγήστε τον τραυματία να καλυφθεί και να παράσχει Α΄ Βοήθειες στον εαυτό του, αν αυτό είναι δυνατόν ή μετακινήστε/σύρετε τον τραυματία σε κάλυψη, όταν το επιτρέπει η τακτική κατάσταση.
4. Προσπαθήστε να προστατέψτε τον τραυματία από το να υποστεί επιπρόσθετους τραυματισμούς.
5. Όλοι οι τραυματίες πρέπει να απεγκλωβίζονται άμεσα από φλεγόμενα οχήματα ή κτίρια και να μεταφέρονται σε σχετικά ασφαλή περιοχή. Κάντε ό,τι είναι δυνατόν για να σταματήσετε την διαδικασία καύσης πάνω στον τραυματία.
6. Σταματήστε όλες τις απειλητικές για την ζωή εξωτερικές αιμορραγίες, αν είναι τακτικά εφικτό:
 - α. Καθοδηγήστε τον τραυματία να ελέγξει την αιμορραγία μόνος του, αν δύναται.
 - β. Χρησιμοποιήστε έναν συνιστώμενο από την CoTCCC ιμάντα ισχαιμης περίδεσης άκρων (limb tourniquet- τουρνικέ άκρων) για αιμορραγίες, οι οποίες ανατομικά επιδέχονται την χρήση του.
 - γ. Τοποθετήστε το τουρνικέ πάνω από τη στολή, κεντρικότερα του σημείου (ή σημείων) της αιμορραγίας. Αν το σημείο της αιμορραγίας δεν φαίνεται καθαρά τότε τοποθετήστε το τουρνικέ «ψηλά και σφιχτά» (κατά το δυνατόν κεντρικότερα) στο τραυματισμένο άκρο και μεταφέρετε τον τραυματία σε κάλυψη.
7. Η διαχείριση του αεραγωγού είναι γενικά καλύτερο να αναβάλλεται για τη φάση της Τακτικής Περίθαλψης Πεδίου Μάχης.

Βασικό Σχέδιο Διαχείρισης Τραυματία κατά την Τακτική Περίθαλψη Πεδίου Μάχης **(Tactical Field Care)**

1. Εγκαταστήστε περιμετρική ασφάλεια, σύμφωνα με τις Βασικές Οδηγίες Επιχειρήσεων (BOE) της Μονάδας. Διατηρήστε επίγνωση τακτικής καταστάσεως.

2. Διενεργήστε διαλογή των τραυματιών (triage) αν αυτό απαιτείται. **Βλέπε Συστάσεις Διαλογής στη Συμπληρωματική Έκδοση Α- Διαλογή στην TCCC.**

3. Μαζική αιμορραγία

α. Ελέγξτε για αιμορραγίες, οι οποίες πιθανώς δεν έχουν εντοπιστεί και σταματήστε τις. Αν δεν έχει ήδη γίνει, χρησιμοποιήστε ένα συνιστώμενο από την CoTCCC τουρνικέ άκρων, για τον έλεγχο των απειλητικών για τη ζωή, εξωτερικών αιμορραγιών, οι οποίες ανατομικά επιδέχονται την εφαρμογή ίσχαιμης περίδεσης ή για οποιονδήποτε τραυματικό ακρωτηριασμό. Εφαρμόστε το απευθείας στο δέρμα, 5-8 cm ψηλότερα από το σημείο της αιμορραγίας. Αν η αιμορραγία δεν ελεγχθεί με το πρώτο τουρνικέ, εφαρμόστε ένα δεύτερο, επαπτόμενο με το πρώτο.

β. Για εξωτερική αιμορραγία που δεν επιδέχεται τη χρήση τουρνικέ άκρων ή επικουρικά σε αφαίρεση του τουρνικέ, χρησιμοποιήστε την αιμοστατική γάζα Combat Gauze (υλικό εκλογής της CoTCCC).

(1) Εναλλακτικά αιμοστατικά βοηθήματα:

(α) Celox Gauze ή

(β) ChitoGauze ή

(γ) XStat (Κατάλληλο για βαθιά τραύματα με στενό τραυματικό πόρο, βουβωνικής, μασχαλιαίας ή τραχηλικής χώρας (junctional wounds).

(δ) iTClamp (μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο της ή σε συνδυασμό με αιμοστατικά επιθέματα ή XStat).

(2) Τα αιμοστατικά επιθέματα θα πρέπει να εφαρμόζονται με άμεση πίεση για τουλάχιστον 3 λεπτά (προαιρετικό για το XStat). Καθένα από αυτά τα σκευάσματα λειτουργεί διαφορετικά, οπότε σε περίπτωση που κάποιο αποτύχει να ελέγξει την αιμορραγία, θα πρέπει να αφαιρεθεί και να τοποθετηθεί ένα νέο ιδίου ή άλλου τύπου (Σημείωση: Το XStat δεν πρέπει να αφαιρείται στο πεδίο της μάχης. Επιπρόσθετο XStat, άλλοι αιμοστατικά βοηθήματα ή επιθέματα τραυμάτων μπορούν να τοποθετηθούν από πάνω του.

(3) Αν το σημείο της αιμορραγίας επιδέχεται τη χρήση ειδικής συσκευής ελέγχου αιμορραγίας βουβωνικής, μασχαλιαίας και τραχηλικής χώρας (junctional tourniquet), χρησιμοποιήστε άμεσα ένα junctional tourniquet. Μην καθυστερείτε την εφαρμογή του, μόλις είναι έτοιμο προς χρήση. Εφαρμόστε αιμοστατικά επιθέματα και άμεση πίεση σε περίπτωση που δεν υπάρχει διαθέσιμο junctional tourniquet ή κατά την διάρκεια της προετοιμασίας του για χρήση.

γ. Για εξωτερικές αιμορραγίες κεφαλής και τραχήλου, όπου τα χείλη του τραύματος μπορούν εύκολα να συμπλησιασθούν, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η συσκευή iT-Clamp, ως πρώτη επιλογή ελέγχου της αιμορραγίας. Πριν την εφαρμογή της iTClamp, εάν δυνατόν, τα τραύματα θα πρέπει να επιπωματίζονται με αιμοστατικά επιθέματα ή XStat.

(1) Η iTClamp δεν απαιτεί επιπρόσθετη άμεση πίεση, είτε χρησιμοποιείται μόνη της είτε σε συνδυασμό με άλλα αιμοστατικά βοηθήματα.

(2) Αν η iTClamp εφαρμοσθεί στον τράχηλο, απαιτείται συχνή παρακολούθηση του αεραγωγού και εκτίμηση για εμφάνιση επεκτεινόμενου αιματώματος, το οποίο μπορεί να αποφράξει τον αεραγωγό. Εφόσον υπάρχουν ενδείξεις επεκτεινόμενου αιματώματος, σκεφθείτε την εξασφάλιση οριστικού αεραγωγού.

(3) **ΜΗΝ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΕΙΤΕ** επί ή εγγύς των οφθαλμών ή των βλεφάρων (σε απόσταση <1 cm από τον οφθαλμικό κόγχο).

δ. Διενεργήστε μια αρχική εκτίμηση για αιμορραγική καταπληξία (διαταραγμένο επίπεδο συνείδησης με απουσία εγκεφαλικής κάκωσης ή/και αδύναμος ή ανύπαρκτος κερκιδικός σφυγμός) και σκεφθείτε την άμεση έναρξη προσπάθειών αναζωογόνησης.

4. Διαχείριση Αεραγωγού

α. Εκτιμήστε αν ο αεραγωγός είναι ελεύθερος.

β. Αν υπάρχει τραυματική απόφραξη αεραγωγού ή επαπειλούμενος αεραγωγός, ετοιμασθείτε για πιθανή άμεση παρέμβαση διασφάλισης αεραγωγού.

γ. Επιτρέψτε στον τραυματία που έχει τις αισθήσεις του να λάβει οποιαδήποτε θέση προστατεύει καλύτερα τον αεραγωγό του, συμπεριλαμβανομένης της καθιστής θέσης και της κλίσης προς τα εμπρός.

δ. Τοποθετήστε τον αναίσθητο τραυματία σε θέση ανάνηψης, με την κεφαλή σε έκταση προς τα πίσω και τον πώγωνα μακριά από τον θώρακα.

ε. Χρησιμοποιήστε συσκευή αναρρόφησης αν υπάρχει διαθέσιμη και απαιτείται.

στ. Αν όλες οι προηγούμενες ενέργειες είναι ανεπιτυχείς και η απόφραξη αεραγωγού του τραυματία (π.χ. κατάγματα προσώπου, άμεση κάκωση αεραγωγού, αίμα, παραμόρφωση ή εγκαύματα) είναι μη διαχειρίσιμη, διενεργήστε χειρουργική κρικοθυρεοειδοτομή, χρησιμοποιώντας μια από τις παρακάτω τεχνικές.

(1) Ανοικτή χειρουργική τεχνική, υποβοηθούμενη από κηρίο (bougie), με την χρήση τραχειοσωλήνα, με αεροθάλαμο, εξωτερικής διαμέτρου <10 mm, εσωτερικής διαμέτρου 6-7 mm και ενδοτραχειακού μήκους 5-8 cm.

(2) Τυπική ανοικτή χειρουργική τεχνική με την χρήση τραχειοσωλήνα, με αεροθάλαμο, εξωτερικής διαμέτρου <10 mm, εσωτερικής διαμέτρου 6-7 mm και ενδοτραχειακού μήκους 5-8 cm.

(3) Επιβεβαιώστε την ορθή τοποθέτηση του τραχειοσωλήνα, με συνεχή καπνογραφία EtCO₂.

(4) Χρησιμοποιήστε λιδοκαΐνη, αν ο τραυματίας έχει τις αισθήσεις του.

ζ. Να επανελέγχετε συχνά SpO₂, EtCO₂ και τη βατότητα του αεραγωγού, καθώς η κατάσταση του αεραγωγού μπορεί να μεταβληθεί με τον χρόνο.

η. Η ακινητοποίηση της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης δεν είναι απαραίτητη σε τραυματίες, οι οποίοι έχουν υποστεί μόνο διαττραίνον τραύμα.

5. Αναπνοή

α. Εκτιμήστε αν υπάρχει πνευμοθώρακας υπό τάση και αντιμετωπίστε κατάλληλα.

(1) Υποπτευθείτε πνευμοθώρακα υπό τάση και αντιμετωπίστε ανάλογα, όταν ο τραυματίας έχει σημαντικό τραύμα στον κορμό ή πρωτοπαθή κάκωση από έκρηξη και ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω:

(α) Σοβαρή ή επιδεινούμενη αναπνευστική δυσχέρεια.

(β) Σοβαρή ή επιδεινούμενη ταχύπνοια.

(γ) Απόντες ή αξιοσημείωτα μειωμένους αναπνευστικούς ήχους σε ένα ημιθώρακιο.

(δ) Ένδειξη κορεσμού αιμοσφαιρίνης στο παλμικό οξύμετρο <90%.

(ε) Καταπληξία.

(στ) Τραυματική καρδιακή ανακοπή χωρίς προφανώς θανάσιμα τραύματα.

Αν δεν αντιμετωπιστεί ταχέως, ο πνευμοθώρακας υπό τάση μπορεί να εξελιχθεί από αναπνευστική δυσχέρεια, σε καταπληξία και τραυματική καρδιακή ανακοπή.

(2) Αρχική αντιμετώπιση σε υποψία πνευμοθώρακα υπό τάση:

(α) Αν ο τραυματίας έχει τοποθετημένο θωρακικό επίθεμα, ανασηκώστε το (burp) ή αφαιρέστε το.

(β) Τοποθετήστε παλμικό οξύμετρο.

(γ) Τοποθετήστε τον τραυματία σε θέση ύπτια ή ανάνηψης εκτός αν έχει τις αισθήσεις του και χρειάζεται να καθίσει για να διατηρεί τον αεραγωγό καθαρό, συνεπεία γναθοπροσωπικού τραύματος.

(δ) Αποσυμπιέστε το τραυματισμένο ημιθώρακιο, με τη χρήση βελόνας/καθετήρα 14 G ή 10 G, μήκους 3.25 in (8,25 cm).

(ε) Τα σημεία όπου μπορεί να γίνει θωρακική αποσυμπίεση, βρίσκονται είτε στο 5^ο μεσοπλεύριο διάστημα (5th ICS), στην πρόσθια μασχαλιαία γραμμή (AAL) είτε στο 2^ο μεσοπλεύριο διάστημα (2nd ICS) στη μεσοκλειδική γραμμή (MCL) Αν χρησιμοποιηθεί το πρόσθιο μεσοκλειδικό σημείο, μην εισάγετε τη βελόνα εσωτερικότερα της γραμμής της θηλής.

(στ) Η βελόνα/καθετήρας θα πρέπει να εισαχθεί κάθετα προς το θωρακικό τοίχωμα και ακριβώς υπέρθεν του άνω χείλους της κατώτερης πλευράς, στο σημείο

εισαγωγής. Προωθήστε τη βελόνα/καθετήρα σε όλο το μήκος της και κρατήστε για 5-10 δευτερόλεπτα, για να επιτρέψετε να γίνει αποσυμπίεση.

(ζ) Μετά την αποσυμπίεση, αφαιρέστε την βελόνα και αφήστε τον καθετήρα στην θέση του.

(η) Αν ο τραυματίας φέρει σημαντικό τραύμα στον κορμό ή πρωτοπαθή κάκωση από έκρηξη και βρίσκεται σε τραυματική καρδιακή ανακοπή (απουσία σφυγμού, απουσία αναπνοής, απουσία αντίδρασης σε επώδυνα ερεθίσματα, απουσία άλλων σημείων ζωής), αποσυμπίεστε και τα δύο ημιθωράκια, πριν διακόψετε την θεραπεία.

(3) Η αποσυμπίεση θεωρείται επιτυχημένη εφόσον:

(α) Η αναπνευστική δυσχέρεια βελτιωθεί ή

(β) Ακουστεί συριγμός, ο οποίος υποδηλώνει ότι διαφεύγει αέρας από τον θώρακα, καθώς εφαρμόζεται η θωρακική αποσυμπίεση (αυτό μπορεί να είναι δύσκολο να γίνει αντιληπτό, σε περιβάλλον με δυνατούς ήχους) ή

(γ) Ο κορεσμός ανέβει $>90\%$ (σημειώστε ότι αυτό μπορεί να χρειαστεί αρκετά λεπτά και να μην επιτευχθεί ποτέ σε μεγάλο υψόμετρο) ή

(δ) Τραυματίας χωρίς ζωτικά σημεία, ανακτήσει τις αισθήσεις του και/ή κερκιδικό σφυγμό.

(4) Αν η αρχική αποσυμπίεση αποτύχει να βελτιώσει τα σημεία/συμπτώματα του τραυματία με υποψία πνευμοθώρακα υπό τάση:

(α) Διενεργήστε δεύτερη αποσυμπίεση στο ίδιο ημιθωράκιο, στο εναλλακτικό σημείο, το οποίο δεν χρησιμοποιήθηκε προηγουμένως. Χρησιμοποιήστε μια νέα βελόνα/καθετήρα για την δεύτερη προσπάθεια.

(β) Σκεφθείτε, βασιζόμενοι στον μηχανισμό κάκωσης και τα κλινικά ευρήματα, μήπως χρειάζεται αποσυμπίεση και το ετερόπλευρο ημιθωράκιο.

(5) Αν η αρχική αποσυμπίεση ήταν επιτυχημένη αλλά τα συμπτώματα επανεμφανιστούν αργότερα:

(α) Διενεργήστε νέα θωρακική αποσυμπίεση, στο ίδιο σημείο με προηγουμένως. Χρησιμοποιήστε νέα βελόνα/καθετήρα, για την επαναληπτική προσπάθεια.

(β) Συνεχίστε να επανεκτιμάτε.

(6) Αν και η δεύτερη θωρακική αποσυμπίεση είναι επίσης αποτυχημένη συνεχίστε στην ενότητα των κατευθυντηρίων οδηγιών Κυκλοφορίας.

β. Όλα τα ανοικτά ή εισπνέοντα τραύματα θώρακος, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με την άμεση εφαρμογή ενός αεριζόμενου (βαλβιδοφόρου) επιθέματος, για την κάλυψη του τραύματος. Αν δεν υπάρχει διαθέσιμο αεριζόμενο, χρησιμοποιήστε ένα μη αεριζόμενο επίθεμα. Παρακολουθείτε τακτικά τον τραυματία, για δυνητική ανάπτυξη πνευμοθώρακα υπό τάση. Αν ο τραυματίας εμφανίσει επιδεινούμενη υποξία, αναπνευστική δυσχέρεια ή υπόταση και υπάρχει υποψία πνευμοθώρακα υπό τάση, αντιμετωπίστε ανασηκώνοντας

το ένα άκρο του επιθέματος, επιτρέποντας την ελεύθερη έξοδο αέρα (burping) ή αφαιρέστε το επίθεμα τελείως ή προβείτε σε θωρακική αποσυμπίεση διά βελόνης.

γ. Τοποθετήστε παλμικό οξύμετρο. Όλοι οι τραυματίες με μέτρια/σοβαρή τραυματική εγκεφαλική κάκωση (TEK) θα πρέπει να παρακολουθούνται με την χρήση παλμικού οξύμετρου. Οι ενδείξεις μπορεί να είναι παραπλανητικές, σε περίπτωση που ο ασθενής είναι σε καταπληξία ή υποθερμία.

δ. Σε τραυματίες με μέτρια/σοβαρή TEK, θα πρέπει να χορηγείται, όταν αυτό είναι διαθέσιμο, συμπληρωματικό οξυγόνο, για να διατηρηθεί ο κορεσμός οξυγόνου πάνω από **92%** ($SpO_2 \geq 92\%$).

ε. Αν ο τραυματίας έχει διαταραχές αερισμού και μη διορθούμενη υποξία, με ελαττούμενο κορεσμό οξυγόνου κάτω από 90% (**ή κάτω από 92% με ήπια/σοβαρή TEK**), σκεφθείτε την εισαγωγή ενός Ρινοφαρυγγικού Αεραγωγού (NPA) κατάλληλου μεγέθους και αερίστε χρησιμοποιώντας μια προσωπίδα αναζωογόνησης με ασκό 1000 ml (BVM).

στ. Εφαρμόστε συνεχή παρακολούθηση EtCO₂ και SpO₂, για υποβοήθηση της εκτίμησης της βατότητας του αεραγωγού.

6. Κυκλοφορία

α. Αιμορραγία

(1) Σε περιπτώσεις με υποψία πυελικού κατάγματος, θα πρέπει να εφαρμόζεται πυελικός νάρθηκας:

Σοβαρή κλειστή κάκωση ή κάκωση από έκρηξη με μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες ενδείξεις:

- (α) Πόνος στην πύελο.
- (β) Οποιοσδήποτε μείζων ή ατελής ακρωτηριασμός κάτω άκρων.
- (γ) Ευρήματα κατά την εξέταση, ενδεικτικά κατάγματος πυέλου.
- (δ) Απώλεια συνείδησης
- (ε) Καταπληξία.

(2) Επανελέγξτε τα ήδη τοποθετημένα τουρνικέ. Αποκαλύψτε το τραύμα και εκτιμήστε αν το τουρνικέ είναι απαραίτητο. Αν όντως χρειάζεται, τότε **επανατοποθετήστε** οποιοδήποτε τουρνικέ έχει τοποθετηθεί πάνω από την στολή, **τοποθετώντας ένα δεύτερο**, απευθείας στο δέρμα, 5-8 cm πιο πάνω από το τραύμα **και κατόπιν χαλαρώνοντας το πρώτο τουρνικέ**. Εξασφαλίστε ότι έχει σταματήσει η αιμορραγία. Αν δεν υπάρχει ακρωτηριασμός, ελέγξτε για περιφερικό σφυγμό. Αν η αιμορραγία επιμένει ή ψηλαφάται ακόμα περιφερικός σφυγμός, σκεφθείτε να σφίξετε περισσότερο το τουρνικέ ή να τοποθετήσετε και ένα δεύτερο, επαπτόμενο με το πρώτο, ώστε να σταματήσει η αιμορραγία και ο περιφερικός σφυγμός. Αν η επανεκτίμηση καθορίσει ότι το τουρνικέ δεν χρειάζεται, τότε αφαιρέστε το και καταγράψτε την ώρα αφαίρεσης στο Δελτίο Τραυματία TCCC.

(3) Οι ιμάντες ισχαιμης περίδεσης άκρων (limb tourniquet) και οι ειδικές συσκευές ελέγχου αιμορραγίας βουβωνικής, μασχαλιαίας και τραχηλικής χώρας (junctional tourniquet) θα πρέπει να αντικαθίστανται με αιμοστατικά ή πιεστικά επιθέματα, το συντομότερο δυνατόν, εφόσον πληρούνται τα παρακάτω τρία κριτήρια:

- (α) Ο τραυματίας δεν είναι σε καταπληξία,
- (β) Υπάρχει δυνατότητα στενής παρακολούθησης του τραύματος για αιμορραγία.
- (γ) Το τουρνικέ δεν χρησιμοποιείται για έλεγχο αιμορραγίας, σε ακρωτηριασμένο άκρο.
- (δ) Κάθε προσπάθεια για την μετατροπή της ισχαιμης περίδεσης, σε αιμοστατική-πιεστική επίδεση, θα πρέπει να γίνεται σε λιγότερο από 2 ώρες, εφόσον η αιμορραγία μπορεί να ελεγχθεί με άλλα μέσα.
- (ε) Μην αφαιρείτε ένα τουρνικέ, το οποίο είναι τοποθετημένο για **πάνω από 6 ώρες**, εκτός κι αν υπάρχει δυνατότητα στενής παρακολούθησης (monitoring) του τραυματία και εργαστηριακή υποστήριξη.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Το προσωπικό που έχει εκπαιδευθεί σε επίπεδα ASM/CLS δεν θα πρέπει να επιχειρεί μετατροπή της ισχαιμης περίδεσης πέραν των 2 ωρών μετά την εφαρμογή της, εκτός κι αν λάβει οδηγίες από προσωπικό με εκπαίδευση TCCC CMC/CPM ή άλλο υγειονομικό προσωπικό ανώτερου επιπέδου. Σε απουσία υγειονομικής επίβλεψης, διατηρήστε το τουρνικέ στη θέση του και συνεχίστε την παρακολούθηση του τραυματία μέχρι να διακομισθεί σε ανώτερο επίπεδο περίθαλψης.

(4) Αποκαλύψτε όλες τις ισχαιμες περιδέσεις και σημειώστε ευκρινώς την ώρα εφαρμογής τους. Καταγράψτε όλα τα τοποθετημένα τουρνικέ και την ώρα τοποθέτησης, επανατοποθέτησης, μετατροπής ή/και αφαίρεσης πάνω στην Δελτίο Τραυματία TCCC. Χρησιμοποιήστε έναν ανεξίτηλο μαρκαδόρο για να γράφετε πάνω στα τουρνικέ και στο Δελτίο τραυματία.

β. Εκτιμήστε τον τραυματία, για ύπαρξη σημείων αιμορραγικής καταπληξίας (διαταραγμένο επίπεδο συνείδησης σε απουσία ΤΕΚ και/ή αδύναμος ή ανύπαρκτος κερκιδικός σφυγμός).

γ. Ενδοφλέβια/ενδοοστική (IV/IO) πρόσβαση.

(1) Η ενδοφλέβια (IV) ή ενδοοστική (IO) οδός χορήγησης υγρών ενδείκνυται, αν ο τραυματίας βρίσκεται σε αιμορραγική καταπληξία ή κινδυνεύει σημαντικά να εμφανίσει καταπληξία (οπότε μπορεί να χρειαστεί αναζωογόνηση με υγρά) ή αν ο τραυματίας χρειάζεται φαρμακευτική αγωγή, αλλά δεν δύναται να τη λάβει από το στόμα (Per os, PO).

(2) Προτιμάται φλεβοκαθετήρας 18 G.

(3) Αν απαιτείται αγγειακή προσπέλαση και η φλεβική οδός (IV) δεν είναι γρήγορα προσβάσιμη, τότε χρησιμοποιήστε την ενδοοστική οδό (IO).

δ. Τρανεξαμικό οξύ (TXA)

(1) Αν ο τραυματίας θα χρειαστεί πιθανότατα μετάγγιση αίματος (π.χ. υπάρχει αιμορραγική καταπληξία, ένας ή περισσότεροι μείζονες ακρωτηριασμοί, διατιτραίνον τραύμα κορμού ή ενδείξεις σοβαρής αιμορραγίας) ή

(2) Αν ο τραυματίας έχει σημεία ή συμπτώματα σημαντικής ΤΕΚ ή έχει διαταραγμένη νοητική κατάσταση, σχετιζόμενη με κακώσεις από έκρηξη ή αμβλύ τραύμα:

Χορηγήστε 2 gr τρανεξαμικού οξέος, με αργή IV ή IO έγχυση, το συντομότερο δυνατό, αλλά ΟΧΙ αργότερα από 3 ώρες μετά τον τραυματισμό.

ε. Αναζωογόνηση με υγρά

(1) Εκτιμήστε τον τραυματία, για ύπαρξη σημείων αιμορραγικής καταπληξίας (διαταραγμένη ή μειωμένη νοητική κατάσταση, χωρίς ΤΕΚ ή/και αδύναμος ή ανύπαρκτος κερκιδικός σφυγμός).

(2) Τα χορηγούμενα υγρά σε τραυματία με αιμορραγική καταπληξία κατά σειρά προτίμησης είναι:

(α) Ολικό αίμα, ψυχρής αποθήκευσης, ομάδας Ο, χαμηλού τίτλου αντισωμάτων Anti-A/Anti-B.

(β) Προ-ελεγμένο, νωπό ολικό αίμα, ομάδας Ο, χαμηλού τίτλου αντισωμάτων Anti-A/Anti-B.

(γ) Πλάσμα, ερυθρά αιμοσφαίρια και αιμοπετάλια, σε αναλογία 1:1:1

(δ) Πλάσμα και ερυθρά αιμοσφαίρια, σε αναλογία 1:1.

(ε) Μόνο πλάσμα ή μόνο ερυθρά αιμοσφαίρια.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Κατά τη διάρκεια της αναζωογόνησης με υγρά, θα πρέπει να λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη της υποθερμίας (βλ. Ενότητα 7).

(3) Αν ο τραυματίας δεν είναι σε καταπληξία:

(α) Ενδοφλέβια υγρά δεν είναι άμεσα αναγκαία.

(β) Η χορήγηση υγρών από το στόμα επιτρέπεται, αν ο τραυματίας διατηρεί τη συνείδησή του και μπορεί να καταπιεί.

(4) Αν ο τραυματίας βρίσκεται σε καταπληξία και υπάρχουν διαθέσιμα παράγωγα αίματος, με εγκεκριμένα πρωτόκολλα χορήγησης:

(α) Αναζωογονήστε με ολικό αίμα, ψυχρής αποθήκευσης, ομάδας Ο, χαμηλού τίτλου αντισωμάτων Anti-A/Anti-B ή αν δεν διατίθεται

(β) Προ-ελεγμένο, νωπό ολικό αίμα, ομάδας Ο, χαμηλού τίτλου αντισωμάτων Anti-A/Anti-B ή αν δεν διατίθεται

(γ) Πλάσμα, ερυθρά αιμοσφαίρια και αιμοπετάλια, σε αναλογία 1:1:1 ή αν δεν διατίθενται

(δ) Πλάσμα και ερυθρά αιμοσφαίρια, σε αναλογία 1:1 ή αν δεν διατίθενται

(ε) Ανασυσταμένο λυοφιλοποιημένο πλάσμα, υγρό πλάσμα ή αποψυγμένο πλάσμα μόνο ή ερυθρά αιμοσφαίρια μόνο.

(στ) Επανεκτιμήστε εκ νέου τον τραυματία μετά από τη χορήγηση κάθε μονάδας. Συνεχίστε την αναζωογόνηση, έως ότου εμφανιστεί ψηλαφητός κερκιδικός σφυγμός, βελτιωμένη νοητική κατάσταση ή Συστολική Αρτηριακή Πίεση (ΣΑΠ) 100 mmHg.

(ζ) Διακόψτε τη χορήγηση υγρών όταν έχει επιτευχθεί ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω τελικά σημεία.

(η) Εφόσον μεταγγισθούν παράγωγα αίματος, χορηγήστε 1 gr Ασβεστίου (30 ml διαλύματος γλυκονικού Ασβεστίου 10% ή 10 ml διαλύματος χλωριούχου Ασβεστίου) IV/IO, μετά την πρώτη μετάγγιση.

(5) Δεδομένης της αυξημένης επικινδυνότητας για δυνητικά θανατηφόρο αιμολυτική αντίδραση, η μετάγγιση μη προ-ελεγμένου νωπού ολικού αίματος ομάδας O ή αδιασταύρωτου νωπού ολικού αίματος, ίδιας ομάδας με του τραυματία, θα πρέπει να διενεργείται μόνο υπό κατάλληλη ιατρική καθοδήγηση, από εκπαιδευμένο προσωπικό.

(6) Η μετάγγιση θα πρέπει να γίνεται το συντομότερο δυνατό μετά από μια απειλητική για τη ζωή αιμορραγία, ώστε να διατηρηθεί ζωντανός ο ασθενής. Αν δεν υπάρχουν άμεσα διαθέσιμα Rh αρνητικά παράγωγα αίματος, επί αιμορραγικής καταπληξίας θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν παράγωγα αίματος Rh θετικά.

(7) Αν ο τραυματίας έχει διαταραγμένο επίπεδο συνείδησης λόγω πιθανής ΤΕΚ και έχει αδύναμο ή απόντα κερκιδικό σφυγμό, συνεχίστε την αναζωογόνηση, με στόχο την αποκατάσταση και διατήρηση φυσιολογικού κερκιδικού σφυγμού. Αν υπάρχει δυνατότητα παρακολούθησης της αρτηριακής πίεσης, στοχεύστε στη διατήρηση της συστολικής πίεσης **πάνω από 100 mmHg**.

(8) Να επανεκτιμάτε συχνά τον τραυματία ελέγχοντας για υποτροπή της καταπληξίας. Αν η καταπληξία υποτροπιάσει, επανελέγξτε όλες τις προηγηθείσες θεραπευτικές παρεμβάσεις ελέγχου των εξωτερικών αιμορραγιών, ώστε να διασφαλίσετε ότι είναι ακόμα αποτελεσματικές και επαναλάβετε την αναζωογόνηση με υγρά, όπως περιγράφεται ανωτέρω.

στ. Ανθεκτική καταπληξία

Αν ο τραυματίας βρίσκεται σε καταπληξία και δεν ανταποκρίνεται στην αναζωογόνηση με υγρά, σκεφθείτε ως πιθανό αίτιο της ανθεκτικής καταπληξίας την ύπαρξη αδιάγνωστου πνευμοθώρακα υπό τάση. Θωρακικό τραύμα, εμμένουσα αναπνευστική δυσχέρεια, απουσία αναπνευστικών ήχων και κορεσμός <90% συνηγορούν για αυτή τη διάγνωση. Αντιμετωπίστε κατάλληλα, με επαναλαμβανόμενες θωρακικές αποσυμπίεσεις διά βελόνης ή δακτυλική θωρακοστομία/ τοποθέτηση σωλήνα θωρακικής παροχέτευσης, στο 5^ο μεσοπλεύριο διάστημα στην πρόσθια μασχαλιαία γραμμή, ανάλογα με τις δεξιότητες, την εμπειρία σας και την εξουσιοδότησή σας από τον ιατρό. Έχετε υπόψη ότι αν διενεργηθεί δακτυλική θωρακοστομία, υπάρχει περίπτωση να μην παραμείνει βαθιά και να χρειαστεί να επαναληφθεί δακτυλική αποσυμπίεση, διαμέσου της τομής. Σκεφθείτε την αποσυμπίεση και

του ετερόπλευρου ημιθωρακίου αν ενδείκνυται, βάσει του μηχανισμού κάκωσης και των κλινικών ευρημάτων.

7. Πρόληψη υποθερμίας

α. Λάβετε έγκαιρα και επιθετικά μέτρα για την πρόληψη της περαιτέρω απώλειας σωματικής θερμότητας και προσθέστε εξωτερική θέρμανση όταν είναι δυνατόν, τόσο σε τραυματίες όσο και σε εγκαυματίες με σοβαρά εγκαύματα.

β. Ελαχιστοποιήστε την έκθεση του τραυματία σε ψυχρό έδαφος, άνεμο και χαμηλές θερμοκρασίες αέρος. Τοποθετήστε μονωτικό υλικό μεταξύ του τραυματία και κάθε ψυχρής επιφάνειας, το συντομότερο δυνατόν. Κρατήστε τον προστατευτικό εξοπλισμό πάνω ή με τον τραυματία αν είναι εφικτό.

γ. Αντικαταστήστε όλον τον υγρό ενδύματα, με στεγνά αν είναι δυνατόν και προστατέψτε τον τραυματία, από περαιτέρω απώλεια θερμότητας.

δ. Τοποθετήστε ένα κλινοσκέπασμα ενεργητικής θέρμανσης στην πρόσθια επιφάνεια του κορμού και κάτω από τα άνω άκρα, στις μασχάλες (για την αποφυγή εγκαυμάτων, μην τοποθετείτε ενεργητικές θερμαντικές πηγές απευθείας στο δέρμα και μην περιτυλίγετε τον κορμό).

ε. Περικλείστε τον τραυματία με τον εξωτερικό αδιαπέραστο σάκο.

στ. Το συντομότερο δυνατό, αναβαθμίστε το περικλειστο σύστημα κατά της υποθερμίας, με ένα καλώς μονωμένο περίβλημα, χρησιμοποιώντας έναν υπνόσακο με κουκούλα ή άλλη διαθέσιμη μόνωση, εντός του εξωτερικού σάκου.

ζ. Προετοιμάστε ένα μονωμένο σύστημα κατά της υποθερμίας, με εξωτερική ενεργητική θέρμανση για αντικατάσταση των μη μονωμένων περικλειστων συστημάτων. Προσπαθήστε να βελτιώσετε το υπάρχον σύστημα που περιβάλλει τον τραυματία.

η. Χρησιμοποιήστε μια συσκευή θέρμανσης τροφοδοτούμενη από μπαταρία, για τη χορήγηση IV υγρών αναζωογόνησης σύμφωνα με τις παρούσες κατευθυντήριες οδηγίες, με ρυθμό ροής έως 150 ml/min και θερμοκρασία εξόδου 38° C.

θ. Προστατέψτε τον τραυματία από την έκθεση στον άνεμο και τον υετό, επί παντός μέσου διακομιδής.

8. Τραυματική Εγκεφαλική Κάκωση

α. Η αξιολόγηση και θεραπεία μιας πιθανής ήπιας ΤΕΚ/διάσεισης είναι γενικά καλύτερο να αναβάλλεται για την Παρατεταμένη Περίθαλψη Απώλειας Υγείας ή για μεταγενέστερες φάσεις της περίθαλψης.

β. Υποψία μέτριας ή σοβαρής Τραυματικής Εγκεφαλικής Κάκωσης: αδυναμία εκτέλεσης απλών εντολών (αντίχειρες πάνω, επίδειξη δύο δακτύλων ή ανοιγοκλείσιμο ματιών) πέραν των 10 λεπτών μετά την κάκωση **ΚΑΙ** υποψία κάκωσης κεφαλής χωρίς άλλη πιθανή αιτία. Αν δεν είστε βέβαιοι για τα αίτια μιας παθολογικής νευρολογικής εξέτασης, κλίνετε προς της αντιμετώπιση αιμορραγικής καταπληξίας. Διακομίστε τον τραυματία το συντομότερο δυνατόν σε δομή με ικανότητα νευροχειρουργικής συνδρομής, καθώς η έκβαση βελτιώνεται με χειρουργική παρέμβαση εντός 5 ωρών από την κάκωση.

(1) Αποτρέψτε την υποξαιμία (στόχος SpO₂ ≥92%) και εφαρμόστε παρεμβάσεις αεραγωγού και αναπνευστικού, σύμφωνα με τις Κατευθυντήριες Οδηγίες TCCC στις Ενότητες 4 και 5. Χορηγήστε συμπληρωματικό οξυγόνο αν είναι διαθέσιμο.

(2) Αποτρέψτε την υπόταση και στοχεύστε σε συστολική πίεση πάνω από 100 mmHg ή αν δεν υπάρχει δυνατότητα μέτρησης στοχεύστε σε έναν φυσιολογικό κερκιδικό σφυγμό.

(α) Αν συνυπάρχει αιμορραγική καταπληξία, η αναζωογόνηση για αιμορραγική καταπληξία προηγείται της αναζωογόνησης για ΤΕΚ. Χορηγήστε υγρά IV/IO σύμφωνα με τις Κατευθυντήριες Οδηγίες TCCC στην Ενότητα 6.

(β) Αν δεν υπάρχουν ενδείξεις αιμορραγίας χορηγήστε 1-2 μονάδες πλάσματος. Το πλάσμα δεν ενδείκνυται σε ήπια ΤΕΚ/διάσειση.

(3) Αν ο ασθενής είναι σε υποβοηθούμενο αερισμό και υπάρχει δυνατότητα παρακολούθησης του τελο-εκπνευστικού CO₂, στοχεύστε σε EtCO₂ 35-45 mmHg. Αν αερίζετε τον ασθενή χωρίς δυνατότητα παρακολούθησης του EtCO₂, χορηγήστε αερισμό χαμηλού αναπνεόμενου όγκου, με 10 αναπνοές ανά λεπτό (μια αναπνοή κάθε 6 δευτερόλεπτα).

γ. Μειώστε την ενδοκράνια πίεση:

(1) Ανυψώστε την κεφαλή και τον κορμό πάνω από τις 30° AN ο τραυματίας δεν βρίσκεται σε καταπληξία ΚΑΙ είναι τακτικά εφικτό.

(2) Χαλαρώστε τον αυχενικό κηδεμόνα αν υπάρχει και διατηρήστε την κεφαλή να κοιτάζει εμπρός, χωρίς στροφή του αυχένα.

(3) Παρακολουθήστε στενά για διεγερτικότητα και παρέχετε αναλγησία και/ή καταστολή, σύμφωνα με τις Κατευθυντήριες Οδηγίες TCCC στην Ενότητα 11.

δ. Αναγνωρίστε και αντιμετωπίστε τον εγκολεασμό (ανισοκορία ή καθηλωμένες κόρες σε μυδρίαση ή παθολογική στάση σώματος):

(1) Χορηγήστε 250 ml υπέρτονου ορού 3% ή 5% ή 30 ml 23,4% με IV/IO έγχυση διάρκειας τουλάχιστον 10 λεπτών και στη συνέχεια εκπλύνετε τη γραμμή (flush).

(2) Επαναλάβετε σε 20 λεπτά αν δεν υπάρξει ανταπόκριση (2 δόσεις το μέγιστο).

(3) Παρακολουθήστε το σημείο IV/IO έγχυσης και διακόψτε τη χορήγηση επί σημείων εξαγγείωσης.

(4) ΜΗΝ επιχειρήσετε να χρησιμοποιήσετε υπέρτονο ορό προφυλακτικά για πρόληψη του εγκολεασμού.

(5) Ο υπέρτονος ορός ΔΕΝ είναι υγρό αναζωογόνησης.

ε. Οι τραυματίες με διατιτραίνουσες ΤΕΚ ή ανοικτά κατάγματα κρανίου δεν είναι αυτομάτως επικείμενοι θάνατοι:

(1) Εφαρμόστε επιφανειακά ένα επίθεμα που αποτρέπει την είσοδο ρύπων στο τραύμα.

(2) Αν υπάρχει ενεργός αιμορραγία από το τραύμα ή τα χείλη του, εφαρμόστε αιμοστατική γάζα στην επιφάνεια και ασκήστε ήπια πίεση.

(α) ΜΗΝ επιπωματίσετε με κανένα υλικό την τραυματική κοιλότητα.

(β) ΜΗΝ επιχειρήσετε να κλείσετε το τραύμα με συρραπτικά ή ράμματα.

(3) Ήπια, χαμηλής πίεσης έκπλυση της αδρής επιμόλυνσης με φυσιολογικό ορό ή πόσιμο ύδωρ, είναι αποδεκτή.

(4) Χορηγήστε αντιβιοτικά, σύμφωνα με τις Κατευθυντήριες Οδηγίες TCCC στην Ενότητα 12.

στ. Επανεκτιμήστε τη νευρολογική κατάσταση κάθε 5-10 λεπτά, ώστε να αξιολογήσετε αν επιδεινώνεται η κατάσταση.

9. Διατιτραίνον οφθαλμικό τραύμα

Αν διαπιστώσετε ή υποπτεύεστε μια διατιτραίνουσα κάκωση οφθαλμού, τότε:

α. Πραγματοποιήστε έναν ταχύ έλεγχο της οπτικής οξύτητας και καταγράψτε τα ευρήματα.

β. Καλύψτε τον οφθαλμό με ένα άκαμπτο κάλυμμα (ΟΧΙ πιεστικό επίθεμα).

γ. Χορηγήστε 2 g κεφτριαξόνης IV ή IM ή 1 g κεφαδροξίλης από του στόματος, το συντομότερο δυνατόν.

10. Παρακολούθηση

Συνδέστε τον τραυματία σε ηλεκτρονική συσκευή παρακολούθησης ζωτικών λειτουργιών (monitoring), αν ενδείκνυται και αν υπάρχει διαθέσιμος ανάλογος εξοπλισμός.

11. Αναλγησία

α. Ο τραυματίας δύναται να παραμείνει στη μάχη/είναι ικανός για αποστολή:

(1) Η αναλγησία αυτο-χορηγείται ή χορηγείται από προσωπικό TCCC.

(2) Κυτίο Φαρμάκων Πολεμικού Τραύματος TCCC (CWMP)

(α) Παρακεταμόλη (Ακεταμινοφαίνη) – 1000-1300 mg (π.χ. 2 δισκία 500 mg ή 2 δισκία παρατεταμένης αποδέσμευσης 650 mg) PO κάθε 8 ώρες.

(β) Μελοξικάμη – 15 mg, 1 δισκίο PO μία φορά την ημέρα.

(γ) Σουζετριγίνη – 100 mg PO εφάπαξ (2 δισκία 50 mg) και κατόπιν 50 mg PO κάθε 12 ώρες.

β. Ο τραυματίας δεν δύναται να παραμείνει στη μάχη/μη ικανός για αποστολή:

(1) Αν δεν έχει ήδη χορηγηθεί, καθοδηγήστε τον τραυματία να λάβει το περιεχόμενο του Κυτίου Φαρμάκων Πολεμικού Τραύματος TCCC (CWMP).

ΚΑΙ
(2) Υγειονομικό Προσωπικό TCCC:

(α) Κεταμίνη 100 mg IM.

ή

(β) Κεταμίνη 50 mg IN.

ή

(γ) Κεταμίνη 25 mg (ή 0,2-0,3 mg/kg) σε IV ή IO χορήγηση διάρκειας

1 λεπτού.

ή

(δ) Εσκεταμίνη 14 ή 28 mg IN x 1.

(ε) Επαναλάβετε τις δόσεις ανά 30 λεπτά, αναλόγως αναγκών.

(στ) Καταληκτικά σημεία αναλγησίας: ελάττωση του πόνου ή εμφάνιση νυσταγμού (ρυθμικής κίνησης των οφθαλμών).

γ. Σημειώσεις για την αναλγησία και την καταστολή:

(1) Αφοπλίστε και σκεφθείτε την αποσύνδεση των συσκευών επικοινωνίας στους τραυματίες στους οποίους χορηγείται κεταμίνη.

(2) Στόχος της αντιμετώπισης του άλγους στο πεδίο της μάχης είναι η επίτευξη ανεκτών επιπέδων πόνου, διατηρώντας τη βατότητα του αεραγωγού, την αναπνευστική ώση και το νοητικό επίπεδο του τραυματία, παρά η επιδίωξη πλήρους εξάλειψης του άλγους ή ολικής καταστολής.

(3) Πριν από τη χορήγηση κεταμίνης, εκτιμήστε το επίπεδο συνείδησης χρησιμοποιώντας τη μέθοδο AVPU και καταγράψτε το στο Δελτίο Τραυματία TCCC (DD 1380).

(4) Σε όλους τους τραυματίες, στους οποίους χορηγούνται ισχυρά αναλγητικά, παρακολουθήστε στενά τον αεραγωγό, την αναπνοή και την κυκλοφορία.

(5) Χορήγηση κεταμίνης:

(α) Χρησιμοποιήστε την υψηλότερη συγκέντρωση (100 mg/ml) για την ενδορρινική (IN) οδό χορήγησης, ώστε να ελαχιστοποιείται ο χορηγούμενος όγκος.

(β) Η IV/IO χορήγηση κεταμίνης θα πρέπει να είναι αργή, διάρκειας 1 λεπτού.

(γ) Η χορήγηση κεταμίνης σε τραυματία που έχει λάβει προηγουμένως κάποιο οπιοειδές, είναι γενικά ασφαλής.

(δ) Η σταθερή δοσολογία βασίζεται στην ευκολία αναρρόφησης, χορήγησης και λογιστικής υποστήριξης και στη βελτιωμένη έκβαση.

(6) Οι ΤΕΚ και/ή οι οφθαλμικές κακώσεις δεν αποκλείουν τη χρήση κεταμίνης. Ωστόσο, χρειάζεται προσοχή σε τραυματίες με ΤΕΚ, καθώς η χορήγηση **όλων των κατασταλτικών αναλγητικών** μπορεί να δυσχεράνει τη διενέργεια νευρολογικής εξέτασης ή την εκτίμηση για το αν ο ασθενής επιδεινώνεται.

(7) Αν οι αναπνοές μειωθούν μετά τη χορήγηση οπιοειδών ή κεταμίνης, τοποθετήστε τον **αεραγωγό του τραυματία** σε «θέση όσφρησης». Αν αυτό δεν βοηθήσει, προχωρήστε σε παροχή **υποστήριξης του αερισμού**.

(8) Επί ναυτίας ή εμέτου, χορηγήστε ονδανσετρόνη, 4 mg σε Στοματικώς Διασπειρόμενο (επιγλώσσιο) Δισκίο (ODT) ή IV ή IO ή IM, κάθε 8 ώρες, αναλόγως αναγκών.

(9) Η συγχορήγηση βενζοδιαζεπινών με κεταμίνη ή εσκεταμίνη **ΔΕΝ** συνιστάται.

(10) Η πολυφαρμακία δεν συνιστάται. Οι βενζοδιαζεπίνες **ΔΕΝ** θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με οπιοειδή αναλγητικά.

(11) Αν ένας τραυματίας φαίνεται να είναι σε μερική καταστολή, είναι ασφαλότερο να χορηγήσετε περισσότερη κεταμίνη, παρά να χρησιμοποιήσετε μια βενζοδιαζεπίνη.

12. Αντιβιοτικά

α. Για όλα τα ανοικτά πολεμικά τραύματα και **τις επεμβατικές πράξεις**, συνιστώνται αντιβιοτικά.

β. Αν ο τραυματίας δύναται να λάβει PO αγωγή:

(1) Κεφαδροξίλη 1 gr PO, 1 δισκίο ημερησίως ή

(2) Εναλλακτικά, κεφαλεξίνη 500 mg PO, ανά 6 ώρες.

γ. Αν αδυνατεί να λάβει PO αγωγή (καταπληξία, απώλεια συνείδησης):

Κεφτριαξόνη 2 gr IV/IO/IM μία φορά ημερησίως.

13. Ελέγξτε και επιδέστε όλα τα ανευρεθέντα τραύματα.

α. Ελέγξτε και επιδέστε όλα τα ανευρεθέντα τραύματα.

β. Κοιλιακή εκσπλάχνωση- Έλεγχος αιμορραγίας: εκπλύνετε με καθαρό (και αν γίνεται θερμό) υγρό, ώστε να ελαττωθεί η αδρή επιμόλυνση. Έλεγχος αιμορραγίας: εφαρμόστε Combat Gauze ή άλλο συνιστώμενο αιμοστατικό επίθεμα επί της αιμορραγίας. Καλύψτε τα εκτεθειμένα σπλάχνα, με υγρά, αποστειρωμένα επιθέματα ή αποστειρωμένο αδιάβροχο κάλυμμα.

(1) Ανάταξη: μην την επιχειρήσετε αν υπάρχουν ενδείξεις ρήξης εντέρου (γαστρικά/εντερικά υγρά ή διαρροή κοπράνων) ή ενεργός αιμορραγία.

(2) Αν δεν υπάρχουν ενδείξεις εντερικής διαρροής και εφόσον η αιμορραγία ελεγχθεί ορατά, μπορεί να επιχειρηθεί μία σύντομη (<60 sec) προσπάθεια ανάταξης-επανατοποθέτησης του εκσπλαχνωθέντος κοιλιακού περιεχομένου.

(3) Αν δεν είναι δυνατή η ανάταξη, καλύψτε τα εκσπλαχνωθέντα όργανα, με αδιάβροχα, μη κολλητικά υλικά, κατά προτίμηση διαφανή, ώστε να υπάρχει δυνατότητα επανελέγχου για συνεχιζόμενη αιμορραγία. Τέτοια υλικά είναι: εντερικοί σάκοι, ασκοί IV υγρών, διαφανές περιτύλιγμα τροφίμων κλπ. Ασφαλίστε το αδιάβροχο επίθεμα επί του ασθενούς, χρησιμοποιώντας αυτοκόλλητα επιθέματα (π.χ. Steri-drape ή επιθέματα θώρακος).

(4) **ΜΗΝ ΠΙΕΣΕΤΕ** με βία τα σπλάχνα για να μπουν εντός της κοιλίας ή μην ανατάξετε σπλάχνα με ενεργό αιμορραγία.

(5) Ο ασθενής θα πρέπει να παραμείνει νήστις (να μην λάβει ουδέν από του στόματος, NPO).

γ. Αν απαιτείται καταστολή (TCCC-CPP): σημαντικά σοβαρές κακώσεις απαιτούν διαχωριστική καταστολή, για την ασφάλεια του ασθενούς ή την επιτυχία της αποστολής ή όταν ένας τραυματίας χρήζει κάποιας επεμβατικής πράξης. Σε τέτοιες περιπτώσεις, πρέπει να υπάρχει ετοιμότητα διασφάλισης αεραγωγού:

(α) Κεταμίνη, αρχική δόση 1-2 mg/kg, με αργή IV έγχυση. Σταματήστε τη χορήγηση όταν επιτευχθεί διαχωριστική αναισθησία.

(β) Κεταμίνη, αρχική δόση 300 mg IM (ή 2-3 mg/kg IM). Σταματήστε τη χορήγηση όταν επιτευχθεί διαχωριστική αναισθησία.

(γ) Αν παρουσιασθούν φαινόμενα αφύπνισης, σκεφθείτε να χορηγήστε 0,5-2 mg μιδαζολάμης IV/IO.

(δ) Αν απαιτείται συνεχής διαχωριστική καταστολή, συμβουλευθείτε τις κατευθυντήριες οδηγίες της Παρατεταμένης Περιθαλψής Απωλειών Υγείας (Prolonged Casualty Care, PCC) για αναλγησία και καταστολή.

14. Ελέγξτε για επιπρόσθετα τραύματα.

15. Εγκαύματα.

α. Εκτιμήστε και αντιμετωπίστε ως τραυματία με εγκαύματα και όχι ως εγκαυματία με κακώσεις.

β. Εγκαύματα προσώπου, ιδίως όσα προκλήθηκαν σε κλειστούς χώρους, πιθανόν να συσχετίζονται με εισπνευστικό έγκαυμα. Παρακολουθήστε επιθετικά την κατάσταση του αεραγωγού και τον κορεσμό οξυγόνου, σε αυτούς τους ασθενείς και σκεφθείτε το ενδεχόμενο για πρώιμη χειρουργική διασφάλιση αεραγωγού, σε περίπτωση αναπνευστικής δυσχέρειας ή αποκορεσμού.

γ. Υπολογίστε την εγκαυματική επιφάνεια, ως ποσοστό της Ολικής Επιφάνειας Σώματος (ΟΕΣ) στο πλησιέστερο 10%, χρησιμοποιώντας τον Κανόνα των Εννέα.

δ. Καλύψτε την εγκαυματική περιοχή με στεγνά, αποστειρωμένα επιθέματα. Για εκτεταμένα εγκαύματα (>20%), τοποθετήστε τον τραυματία στο Θερμο-Ανακλαστικό Κέλυφος (Heat-Reflective Shell) ή την Κουβέρτα Επιβίωσης Χιονοθύελλας (Blizzard Survival Blanket), από την Συλλογή Πρόληψης Υποθερμίας, προκειμένου να καλύψετε τις εγκαυματικές περιοχές και να αποτρέψετε την υποθερμία.

ε. Αναζωογόνηση με υγρά (Κανόνας των Δέκα του USAISR):

(1) Αν τα εγκαύματα είναι μεγαλύτερα από το 20% της ΟΕΣ, θα πρέπει να ξεκινήσει αναζωογόνηση με υγρά, αμέσως μόλις εξασφαλιστεί ενδοφλέβια/ενδοοστική (IV/IO) πρόσβαση. Για την αναζωογόνηση θα πρέπει να χορηγηθεί Ringer's Lactated, φυσιολογικός ορός (normal saline, NS) ή Hextend. Αν χρησιμοποιηθεί Hextend, δεν θα πρέπει να δοθούν περισσότερο από 1000 ml και ακολούθως αν χρειάζονται επιπλέον υγρά θα πρέπει να χορηγηθεί Ringer's Lactated ή φυσιολογικός ορός.

(2) Ο αρχικός ρυθμός χορήγησης IV/IO υγρών υπολογίζεται ως εξής: % ΟΕΣ x 10 ml/hr, για ενήλικες, βάρους 40-80 Kg.

(3) Για κάθε 10 Kg ΠΑΝΩ από τα 80 Kg, αυξήστε τον αρχικό ρυθμό κατά 100 ml/hr.

(4) Αν συνυπάρχει αιμορραγική καταπληξία, η αναζωογόνηση για την αιμορραγική καταπληξία προέχει της αναζωογόνησης για την εγκαυματική καταπληξία. Χορηγήστε υγρά IV/IO, σύμφωνα με τις Κατευθυντήριες Οδηγίες TCCC στην Ενότητα 6.

(5) Σκεφθείτε τη χορήγηση υγρών από του στόματος, για εγκαύματα έκτασης έως 30% ΟΕΣ, αν ο τραυματίας διατηρεί τη συνείδησή του και μπορεί να καταπιεί.

στ. Για την αντιμετώπιση του πόνου λόγω των εγκαυμάτων, μπορεί να χορηγηθεί αναλγητική αγωγή, σύμφωνα με τις Κατευθυντήριες Οδηγίες TCCC στην Ενότητα 11.

ζ. Η προνοσοκομειακή αντιβιοτική θεραπεία δεν έχει ένδειξη αν υπάρχουν μόνο εγκαύματα. Όμως, αντιβιοτικά θα πρέπει να χορηγούνται, σύμφωνα με τις Κατευθυντήριες Οδηγίες TCCC στην Ενότητα 12, εφόσον ενδείκνυνται, για την αποτροπή λοιμώξεων διατιτραινόντων τραυμάτων.

η. Όλες οι παρεμβάσεις TCCC μπορούν να πραγματοποιηθούν πάνω ή μέσω του καμένου δέρματος, σε τραυματία με εγκαύματα.

θ. Οι εγκαυματίες είναι ιδιαίτερος επιρρεπείς στην υποθερμία. Θα πρέπει να δοθεί επιπρόσθετη έμφαση στις μεθόδους πρόληψης της απώλειας θερμότητας.

15. Ακινητοποιήστε όλα τα κατάγματα και επανελέγξτε τις σφύξεις.

16. Καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ)

α. Η προσπάθεια καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης στο πεδίο της μάχης, σε τραυματίες από έκρηξη ή με διατιτραίνοντα τραύματα, οι οποίοι δεν έχουν σφυγμό, δεν αναπνέουν και δεν εμφανίζουν άλλα σημεία ζωής, δεν θα ήταν επιτυχής και δεν θα πρέπει να επιχειρείται.

β. Ωστόσο, τραυματίες με τραύματα στον κορμό ή πολυτραυματίες οι οποίοι δεν έχουν σφυγμό ή αναπνοή κατά τη διάρκεια της Τακτικής Περίθαλψης Πεδίου Μάχης, θα πρέπει να υποβάλλονται σε αμφοτερόπλευρη παρακέντηση θώρακος, ώστε να διασφαλισθεί ότι δεν έχουν πνευμοθώρακα υπό τάση, προτού διακοπεί η περίθαλψη. Η διαδικασία είναι η ίδια που περιγράφεται παραπάνω, στην Ενότητα 5.

17. Επικοινωνία

α. Επικοινωνήστε με τον τραυματία αν είναι δυνατόν. Ενθαρρύνετε τον και εξηγήστε του τις ενέργειές σας.

β. Επικοινωνήστε με την τακτική ηγεσία, το συντομότερο δυνατόν. Ενημερώστε για την κατάσταση του τραυματία και τις απαιτήσεις για διακομιδή, ώστε να διευκολυνθεί ο συντονισμός των μέσων διακομιδής.

γ. Επικοινωνήστε με το υπεύθυνο συντονιστικό τμήμα, για την οργάνωση της Τακτικής Διακομιδής (TACEVAC). Επικοινωνήστε, αν είναι εφικτό, με το υγειονομικό προσωπικό επί των μέσων διακομιδής ώστε να τους ενημερώσετε για τον μηχανισμό κάκωσης (mechanism of injury), τις κακώσεις (injuries sustained), τα σημεία και συμπτώματα (signs/symptoms) και τις πραγματοποιηθείσες θεραπευτικές παρεμβάσεις (treatments rendered). Αναφέρατε επιπλέον πληροφορίες αν χρειαστεί.

18. Καταγραφή της περίθαλψης

Καταγράψτε στο Δελτίο Τραυματία TCCC (DD 1380) τις κλινικές εκτιμήσεις, τις πραγματοποιηθείσες θεραπευτικές πράξεις και τις αλλαγές στην κατάσταση του τραυματία. Διαβιβάστε αυτές τις πληροφορίες μαζί με τον τραυματία στο επόμενο επίπεδο περίθαλψης.

19. Προετοιμασία για Διακομιδή

α. Συμπληρώστε το Δελτίο Τραυματία TCCC (DD 1380) και ασφαλίστε το επάνω στον τραυματία.

β. Ασφαλίστε τα ελεύθερα άκρα όλων των επιδέσμων και επιδέσεων.

γ. Ασφαλίστε τα υλικά που χρησιμοποιούνται για πρόληψη της υποθερμίας.

δ. Ασφαλίστε όλους του ιμάντες του φορέου. Για μακροχρόνιες διακομιδές, μεριμνήστε για την τοποθέτηση μαλακών προστατευτικών υποστρωμάτων, σε όλα τα σημεία επαφής του τραυματία με το φορείο.

ε. Παρέχετε τις απαραίτητες οδηγίες στους περιπατητικούς ασθενείς.

στ. Καθορίστε τη σειρά διακομιδής των τραυματιών σύμφωνα τις BOE της Μονάδας.

ζ. Διατηρήστε την ασφάλεια στο Σημείο Διακομιδής, σύμφωνα με τις BOE της Μονάδας.

Αρχές της Περίθαλψης κατά την Τακτική Διακομιδή (TACEVAC)

* Ο όρος «Τακτική Διακομιδή» περιλαμβάνει τόσο την Εκκένωση Απώλειας Υγείας (Casualty Evacuation, CASEVAC), όσο και την Υγειονομική Διακομιδή (Medical Evacuation, MEDEVAC).

Βασικό Σχέδιο Διαχείρισης για την Περίθαλψη κατά την Τακτική Διακομιδή (Tactical Evacuation Care)

1. Μετάπτωση της περίθαλψης

α. Το μαχόμενο προσωπικό θα πρέπει να εγκαταστήσει ασφάλεια στο Σημείο Διακομιδής και να προετοιμάσει-κατηγοριοποιήσει τους τραυματίες για διακομιδή.

β. Το μαχόμενο προσωπικό ή ο Νοσοκόμος Μάχης θα πρέπει να διαβιβάσει πληροφορίες για τον τραυματία και την κατάστασή του, στο προσωπικό της Τακτικής Διακομιδής, με τη μέγιστη δυνατή σαφήνεια. Οι ελάχιστες πληροφορίες που απαιτούνται να διαβιβαστούν είναι αν ο τραυματίας είναι σταθερός ή ασταθής, οι αναγνωρισθείσες κακώσεις και οι πραγματοποιηθείσες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

γ. Το προσωπικό της Τακτικής Διακομιδής θα πρέπει να ταξινομήσει τους τραυματίες στα μέσα διακομιδής, όπως απαιτείται.

δ. Ασφαλίστε τους τραυματίες στο μέσο διακομιδής σύμφωνα με τις οδηγίες ασφαλείας και τη διαμόρφωση του μέσου.

ε. Το Υγειονομικό προσωπικό της Τακτικής Διακομιδής θα πρέπει να επανεκτιμήσει τους τραυματίες και να επαναξιολογήσει όλες τις κακώσεις και τις προηγηθείσες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

2. Μαζική αιμορραγία (όπως Τακτική Περίθαλψη Πεδίου Μάχης)

3. Διαχείριση Αεραγωγού

Η ενδοτραχειακή διασωλήνωση μπορεί να εφαρμοσθεί αντί της κρικοθυρεοειδοτομής, αν υπάρχει κατάλληλη εκπαίδευση.

4. Αναπνοή

Οι περισσότεροι τραυματίες στο πεδίο της μάχης δεν χρειάζονται συμπληρωματικό οξυγόνο, ωστόσο, η χορήγησή του μπορεί να είναι ωφέλιμη στις παρακάτω περιπτώσεις:

- α. Χαμηλή ένδειξη κορεσμού στο παλμικό οξύμετρο.
- β. Κακώσεις σχετιζόμενες με διαταραχές οξυγόνωσης.
- γ. Αναίσθητος τραυματίας.
- δ. Τραυματίας με TEK (διατηρήστε τον κορεσμό O₂ $\geq 92\%$).
- ε. Τραυματίας σε καταπληξία.

στ. Τραυματίας σε μεγάλο υψόμετρο.

ζ. Γνωστή ή πιθανολογούμενη εισπνοή καπνού.

5. Κυκλοφορία (όπως Τακτική Περίθαλψη Πεδίου Μάχης)

6. Μέτρια ή Σοβαρή Τραυματική Εγκεφαλική Κάκωση (όπως Τακτική Περίθαλψη Πεδίου Μάχης)

7. Πρόληψη υποθερμίας (όπως Τακτική Περίθαλψη Πεδίου Μάχης)

8. Διατιτραίνουν Οφθαλμικό Τραύμα (όπως Τακτική Περίθαλψη Πεδίου Μάχης)

9. Παρακολούθηση (όπως Τακτική Περίθαλψη Πεδίου Μάχης)

10. Αναλγησία (όπως Τακτική Περίθαλψη Πεδίου Μάχης)

11. Αντιβιοτικά (όπως Τακτική Περίθαλψη Πεδίου Μάχης)

12. Ελέγξτε και επιδέστε όλα τα ανευρεθέντα τραύματα (όπως Τακτική Περίθαλψη Πεδίου Μάχης)

13. Ελέγξτε για επιπρόσθετα τραύματα (όπως Τακτική Περίθαλψη Πεδίου Μάχης)

14. Εγκαύματα (όπως Τακτική Περίθαλψη Πεδίου Μάχης)

15. Ακινητοποιήστε όλα τα κατάγματα και επανελέγξτε τις σφύξεις (όπως Τακτική Περίθαλψη Πεδίου Μάχης)

16. Καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) στην Τακτική Διακομιδή

α. Τραυματίες με τραύματα στον κορμό ή πολυτραυματίες, οι οποίοι δεν εμφανίζουν σφυγμό ή αναπνοές κατά τη διάρκεια της Τακτικής Διακομιδής, θα πρέπει να υποβάλλονται σε αμφοτερόπλευρη παρακέντηση θώρακος, για να αποκλειστεί ότι δεν έχουν πνευμοθώρακα υπό τάση. Η διαδικασία είναι η ίδια που περιγράφεται παραπάνω, στην Ενότητα 5 της Τακτικής Περίθαλψης Πεδίου Μάχης.

β. ΚΑΡΠΑ μπορεί να επιχειρηθεί σε αυτήν τη φάση περίθαλψης, αν ο τραυματίας δεν φέρει προφανώς θανατηφόρα τραύματα και πρόκειται να διακομισθεί σε σύντομο χρονικό διάστημα, σε υγειονομική δομή με ικανότητα χειρουργικής συνδρομής. Δεν θα πρέπει να εφαρμόζεται ΚΑΡΠΑ, εις βάρος της έκβασης της αποστολής ή αν αποστερεί την παροχή σωστικής βοήθειας σε άλλους τραυματίες.

17. Επικοινωνία

α. Επικοινωνήστε με τον τραυματία αν είναι δυνατόν. Ενθαρρύνετε τον και εξηγήστε του κάθε σας ενέργεια.

β. Επικοινωνήστε με το υγειονομικό προσωπικό του επόμενου επιπέδου περίθαλψης, ώστε να τους ενημερώσετε για τον μηχανισμό κάκωσης (mechanism of injury),

τις κακώσεις (injuries sustained), τα σημεία και συμπτώματα (signs/symptoms) και τις πραγματοποιηθείσες θεραπευτικές παρεμβάσεις (treatments rendered). Αναφέρατε επιπρόσθετες πληροφορίες αν χρειαστεί.

18. Καταγραφή της περίθαλψης (όπως Τακτική Περίθαλψη Πεδίου Μάχης)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Α»
ΣΤΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ TCCC 2026

Τακτική Περίθαλψη Απωλειών Υγείας Μάχης
Σύνολα δεξιοτήτων ανά επίπεδο ανταποκριτή

Πλέον πρόσφατος κατάλογος 25 Ιαν 24
(τροποποιημένος σύμφωνα με τις νέες φαρμακολογικές Κατευθυντήριες Οδηγίες TCCC 2026)

ASM - All Service Members- Όλο το Στρατιωτικό Προσωπικό (Επίπεδο 1)

CLS - Combat Lifesaver- Διασώστης Μάχης (Επίπεδο 2)

CMC - Combat Medic/ Corpsman- Νοσοκόμος Μάχης (Επίπεδο 3)

CPP - Combat Paramedic/Provider- Πληρώματα ασθενοφόρου/ιατροί-νοσηλευτές (Επίπεδο 4)

Δεξιότητα ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ TCCC	Επίπεδο ανταποκριτή			
	ASM	CLS	CMC	CPP
Διενέργεια Τακτικής Περίθαλψης Απωλειών Υγείας Μάχης	X	X	X	X
Περίθαλψη υπό πυρά/απειλή (CUF)	X	X	X	X
Τακτική Περίθαλψη Πεδίου Μάχης (TFC)	X	X	X	X
Τακτική Περίθαλψη Διακομιδής (TACEVAC)		X	X	X

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΑ	Επίπεδο ανταποκριτή			
	ASM	CLS	CMC	CPP
Ταχεία εκτίμηση τραυματία TCCC (Βασική εκτίμηση απειλών για τη ζωή)	X	X	X	X
Εκτίμηση τραυματία TCCC		X	X	X
Διαλογή Απωλειών Υγείας			X	X

ΜΑΖΙΚΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ	Επίπεδο ανταποκριτή			
	ASM	CLS	CMC	CPP
Αναγνώριση απειλητικής για τη ζωή εξωτερικής αιμορραγίας	X	X	X	X
Έλεγχος μαζικής εξωτερικής αιμορραγίας στην TCCC	X	X	X	X
Εφαρμογή ίσχειμης περίδεσης (τουρνικέ)	X	X	X	X
Εφαρμογή αιμοστατικού επιθέματος	X	X	X	X
Επιπωματισμός τραύματος με αιμοστατικό επίθεμα	X	X	X	X
Εφαρμογή άμεσης πίεσης	X	X	X	X
Εφαρμογή πιεστικής επίδεσης μετά το αιμοστατικό επίθεμα	X	X	X	X
Εφαρμογή ειδικής συσκευής ελέγχου αιμορραγίας βουβωνικής, μασχα- λιαίας και τραχηλικής χώρας (junctional tourniquet)			X	X

ΑΕΡΑΓΩΓΟΣ	Επίπεδο ανταποκριτή			
	ASM	CLS	CMC	CPP
Εκτίμηση και διαχείριση αεραγωγού στην TCCC	X	X	X	X
Τοποθέτηση αεραγωγού σε καθιστή θέση/ κλίση εμπρός	X	X	X	X
Τοποθέτηση τραυματία σε θέση ανάνηψης (κεφαλή σε έκταση προς τα πίσω/ πώγωνας μακριά από το θώρακα)	X	X	X	X
Αερισμός με προσωπίδα με ασκό		X	X	X
Ρινοφαρυγγικός αεραγωγός		X	X	X
Αναρρόφηση αεραγωγού			X	X
Χειρουργική κρικοθυρεοειδοτομή			X	X
Επιβεβαίωση τοποθέτησης με καπνογραφία EtCO ₂			X	X
Ενδοτραχειακή διασωλήνωση				X

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ	Επίπεδο ανταποκριτή			
	ASM	CLS	CMC	CPP
Εκτίμηση αναπνοών στην TCCC	X	X	X	X
Αντιμετώπιση αναπνευστικής δυσχέρειας στην TCCC	X	X	X	X

Αντιμετώπιση ανοικτού τραύματος θώρακα/ εφαρμογή αεριζόμενου θωρακικού επιθέματος		X	X	X
Θωρακοστομία με βελόνα (αποσυμπίεση θώρακα με βελόνα)		X	X	X
Χορήγηση οξυγόνου			X	X
Αυτόματος μηχανικός αερισμός				X
Απλή θωρακοστομία (με δάκτυλο)				X
Θωρακοστομία με σωλήνα (σωλήνας θωρακικής παροχέτευσης)				X

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ/ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ	ASM	CLS	CMC	CPP
Εκτίμηση και αντιμετώπιση αιμορραγίας στην TCCC		X	X	X
Εφαρμογή συσκευής πνευλικής συμπίεσης			X	X
Επανεκτίμηση/ αντικατάσταση ίσχαιμης περίδεσης		X	X	X
Μετατροπή ίσχαιμης περίδεσης σε αιμοστατική επίδεση		X	X	X

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ- IV/IO ΠΡΟΣΒΑΣΗ & ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑΣ	ASM	CLS	CMC	CPP
Εκτίμηση για αιμορραγική καταπληξία στην TCCC	X	X	X	X
Αντιμετώπιση αιμορραγικής καταπληξίας			X	X
Τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα			X	X
Εξασφάλιση ενδοοστικής πρόσβασης			X	X
Έναρξη θέρμανσης IV υγρών			X	X
Χορήγηση ολικού αίματος, ψυχρής αποθήκευσης, ομάδας O, χαμηλού τίτλου αντισωμάτων Anti-A/Anti-B			X	X
Συλλογή νωπού ολικού αίματος, ομάδας O, χαμηλού τίτλου αντισωμάτων			X	X
Χορήγηση νωπού ολικού αίματος, ομάδας O			X	X
Χορήγηση πλάσματος (λυοφιλοπονημένου, υγρού ή αποψυγμένου)			X	X
Χορήγηση συμπυκνωμένων ερυθρών κυττάρων, ομάδας O			X	X
Χορήγηση διαλύματος Ringer's Lactated (για εγκαύματα)			X	X
Χορήγηση χλωριούχου νατρίου (για εγκαύματα και/ή IV εκπλύσεις)			X	X
Χορήγηση Hextend (για εγκαύματα)			X	X

ΚΕΦΑΛΗ/ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ	ASM	CLS	CMC	CPP
Αναγνώριση τραυματία με κάκωση κεφαλής	X	X	X	X
Εκτίμηση και αντιμετώπιση τραύματος κεφαλής στην TCCC			X	X
Εκτίμηση και καταγραφή επιπέδου συνείδησης με τη χρήση AVPU		X	X	X

ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΠΟΘΕΡΜΙΑΣ	ASM	CLS	CMC	CPP
Πρόληψη υποθερμίας στην TCCC	X	X	X	X
Χρήση συσκευών θέρμανσης τραυματία για πρόληψη υποθερμίας		X	X	X

ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΝ ΟΦΘΑΛΜΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ	ASM	CLS	CMC	CPP
Εκτίμηση και αντιμετώπιση διατιτράινοντος οφθαλμικού τραύματος στην TCCC	X	X	X	X
Δοκιμασία οπτικής οξύτητας πεδίου			X	X
Ακαμπτο οφθαλμικό κάλυμμα	X	X	X	X

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ	ASM	CLS	CMC	CPP
Βασική εκτίμηση ζωτικών σημείων στην TCCC (σφύξεις/ αναπνοές)	X	X	X	X
Παρακολούθηση παλμικής οξυμετρίας στην TCCC			X	X
Παρακολούθηση συνεχούς καπνογραφίας στην TCCC			X	X
Ηλεκτρονική παρακολούθηση ζωτικών σημείων			X	X
Τοποθέτηση καθετήρα Foley				X

Παρακολούθηση και καταγραφή διούρησης				X
---------------------------------------	--	--	--	---

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	ASM	CLS	CMC	CPP
Αναλγητική αγωγή στην TCCC		X	X	X
Αντιβιοτική αγωγή στην TCCC		X	X	X
Χορήγηση φαρμάκων από του στόματος		X	X	X
Χορήγηση φαρμάκων από τους βλεννογόνους			X	X
Χορήγηση ενδορρινικών φαρμάκων			X	X
Χορήγηση ενδοφλεβίων φαρμάκων			X	X
Χορήγηση ενδομυϊκών φαρμάκων			X	X
Χορήγηση τρανεξαμικού οξέος			X	X
Χορήγηση Ασβεστίου (IV / IO)			X	X
Χορήγηση παρακεταμόλης (PO)		X	X	X
Χορήγηση μελοξικάμης (PO)		X	X	X
Χορήγηση σουζετριγίνης (PO)		X	X	X
Χορήγηση κεφαδροξίλης ή κεφαλεξίνης (PO)		X	X	X
Χορήγηση κεταμίνης και εσκεταμίνης (IV / IO / IN)			X	X
Χορήγηση βενζοδιαζεπινών (IV / IO / IN)				X
Χορήγηση ονδανσετρόνης (SL / IV / IO / IM)			X	X
Χορήγηση κεφτριαξόνης (IV / IO / IM)			X	X
Χορήγηση υπέρτονου ορού 23,4%, 3% ή 5% (IV / IO)			X	X
Χορήγηση λιδοκαΐνης (Τοπική αναισθησία)			X	X

ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ	ASM	CLS	CMC	CPP
Εκτίμηση και αντιμετώπιση εγκαυμάτων στην TCCC	X	X	X	X
Διακοπή της διαδικασίας καύσης	X	X	X	X
Εφαρμογή επιθεμάτων σε εγκαύματα	X	X	X	X
Αναζωογόνηση εγκαυματία με υγρά στην TCCC			X	X

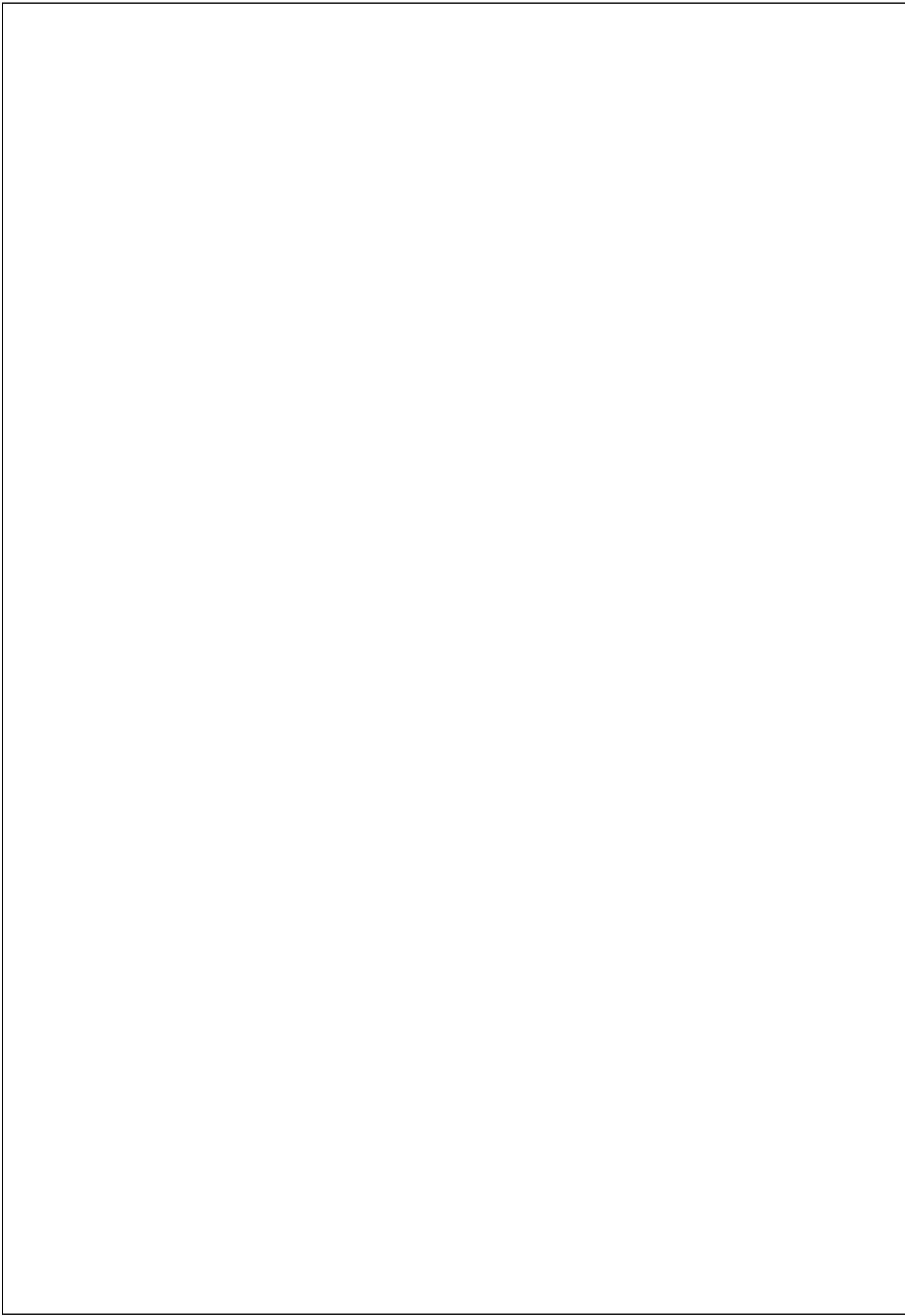
ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ	ASM	CLS	CMC	CPP
Εκτίμηση καταγμάτων στην TCCC	X	X	X	X
Ακίνητοποίηση ενός κατάγματος άκρου		X	X	X

ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ	ASM	CLS	CMC	CPP
Εκτίμηση και αντιμετώπιση τραυμάτων στην TCCC			X	X
Επίδεση κολοβώματος άκρου			X	X

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	ASM	CLS	CMC	CPP
Επικοινωνία στην TCCC	X	X	X	X
Επικοινωνία και καθησυχασμός τραυματία που έχει αισθήσεις	X	X	X	X
Αναφορά Απώλειας Υγείας στην τακτική ηγεσία	X	X	X	X
Προετοιμασία και εκτέλεση Αίτησης Διακομιδής		X	X	X

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ	ASM	CLS	CMC	CPP
Καταγραφή της περίθαλψης τραυματία στο Δελτίο TCCC DD1380	X	X	X	X
Σύνταξη αναφοράς πεπραγμένων για το JTS			X	X

ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ	ASM	CLS	CMC	CPP
Ελξεις και μεταφορές τραυματία		X	X	X
Απεγκλωβισμός τραυματιών από οχήματα/αεροσκάφη/πλοία		X	X	X
Προετοιμασία τραυματία για διακομιδή στην TCCC		X	X	X



ISBN: 978-618-00-6852-8