

ABC resuscytacji

W dziedzinie medycyny ratunkowej opracowano plan ogólnego postępowania z pacjentem (urazowym i nieurazowym) nieprzytomnym – najczęstszą przyczyną tego stanu jest zawał serca lub wypadek komunikacyjny.

Plan jest prosty i łatwy do zapamiętania, gdyż składa się z zaledwie 8 punktów ratujących życie człowieka.

1. zabezpieczamy siebie w terenie, w którym jesteśmy wraz z poszkodowanym.

Jest to niezmiernie ważne, gdyż wypadki mogą się zdarzyć w bardzo niebezpiecznych miejscach, np.: autostrada, klif morski, przepaść górską, płonący dom itp. Jeżeli sami będziemy zagrożeni, możemy zwiększyć liczbę ofiar swoją osobą, jednocześnie pozbawiając ratunku osoby poszkodowanej.

2. lekko potrząsamy ramionami nieprzytomnego i zadajemy mu pytanie: „Jak się Pan/Pani czuje?”.

Może się to wydawać śmieszne, ale czasami poszkodowany może nie być w rzeczywistości nieprzytomny, dlatego musimy się upewnić. Jeżeli poszkodowany nie reaguje, przechodzimy do punktu 3.

3. wyznaczamy osobę która nam pomoże mówiąc do niej wprost: ”Pan/Pani mi pomoże”.

Jest to niezmiernie ważne, aby w taki właśnie sposób wyznaczyć pomocnika (powinno się to uczynić wskazując osobę palcem), gdyż wtedy nadajemy mu pewną rolę i wiążujemy emocjonalnie z poszkodowanym i zaistniałą sytuacją. Do tego nie wiadomo kiedy przybędzie wykwalifikowany personel medyczny i dlatego pomoc w prowadzeniu resuscytacji krążeniowo – oddechowej będzie nam potrzebna.

4. udrażniamy górne drogi oddechowe.

Czasami w jamie ustnej mogą znaleźć się resztki pokarmu, protezy, zabawki (u dzieci). Należy je bezzwłocznie usunąć, gdyż to one mogą blokować oddech poszkodowanego.

Pacjent nieurazowy (bez uszkodzonego odcinka szyjnego kręgosłupa):

Aby ułatwić oddech należy jedną dłoń położyć na czole poszkodowanego i odciągnąć głowę w tył, a 2 palcami drugiej ręki „docisnąć” żuchwę poszkodowanego (na kości żuchwowej, nie dotykając dolnego podniebienia). Ruch ten powoduje sprawniejszą wentylację płuc. Jeżeli poszkodowany nie oddycha wtedy przechodzimy do punktu 5. Jeżeli oddycha regulamie

kładziemy go w pozycji bocznej ustanej i zabezpieczamy przed wyiębieniem lub innymi szkodliwymi czynnikami. Czekamy na ambulans.



<http://www.wopr.malbork.pl/images/1pom10.jpg>

Pacjent urazowy (z uszkodzonym kręgosłupem w odcinku szyjnym):

Wykonujemy tzw. CHWYT NOŻYCOWY. Palce wskazujący i środkowy obu dłoni kładziemy na kości żuchwowej w okolicy stawu żuchwowego, a kciuki kładziemy na kościach policzkowych. Następnie palcami (środkowym i wskazującym) dociskamy żuchwę. W ten sposób przepływ powietrza przez nozdrza jest ułatwiony. Wykonując chwyt nożycowy nie uszkodzamy rdzenia kręgowego. Tym sposobem nie pogarszamy stanu ofiary.



<http://osrodekszkolenia.webpark.pl/kursy1pom/praca/jjjjjmlkm.jpg>



<http://www.gropa.pl/medycyna/pierws3.jpg>

5. sprawdzamy czynności oddechowe trzema zmysłami: wzrokiem, słuchem i czuciem skórnym (strumień powietrza na policzku).

Policzek przykładamy do nozdrzy poszkodowanego (tak aby nie zatykał nosa lub ust) patrząc jednocześnie na klatkę piersiową poszkodowanego. Proces powinien trwać nie dłużej niż 10 sekund.



http://globtroter.onet.pl/i/sprzet/mg/pierwsza_pomoc_gory1/rys1.gif

6. wyznaczmy osobę do wezwania ambulansu w sposób: „Jak się Pan/Pani nazywa? Proszę wezwać ambulans”.

Pytając o imię i nazwisko osoby wzywającej ambulans działamy psychologicznie, osoba ta nie będzie anonimowa i będzie czuć obowiązek wezwania pomocy. Zwiększamy tym samym szanse poszkodowanego na uratowanie życia.

7. przyglądamy się ogólnie poszkodowanemu czy widzimy jakiegokolwiek oznaki życia, są to np.: drgawki, ruchy kończyn, kaszel, odruch wymiotny, ruchy mimiczne twarzy itp. (nie dłużej niż 10 sekund).

8. rozpoczynamy resuscytację krążeniowo – oddechową.

Europejska Rada Resuscytacji w 2005 roku określiła wytyczne resuscytacji: 30:2 – czyli 30 uciśnień na klatkę piersiową w 1/3 jej wysokości mierząc od głowy po lewej stronie mostka i 2 wdechy. Resuscytację rozpoczynamy od uciśnień i prowadzimy do momentu, aż pacjent odzyska przytomności, lub do pojawienia się ambulansu ratownictwa medycznego.

Resuscytację prowadzimy również w przypadku poszkodowanego nieprzytomnego oddychającego nierównomiernie.



<http://ksz.sarmacja.org/img/pierwszapotoc7.jpg>

ABC resuscytacji dla dzieci

U dzieci schemat jest taki sam jak u dorosłych, z tym że na początku wykonujemy 5 wdechów. Jeżeli resuscytację wykonują 2 osoby, wtedy schemat obowiązujący to 15:2 (tyczy się dzieci przed okresem pokwitania – w przypadku wątpliwości stosujemy schemat 30:2).

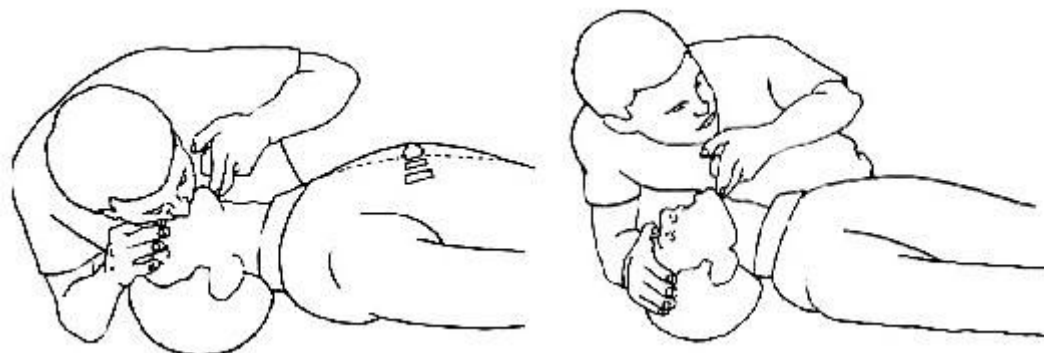
U niemowląt uciski na klatkę piersiową wykonujemy dwoma palcami, a wdechy wykonujemy metodą usta – usta – nos. Reszta schematu taka sama jak w przypadku dzieci.

Dodatkowe informacje

Silę ucisku i wtlaczanego powietrza ustalamy dla każdego poszkodowanego indywidualnie.

Przy masażu serca klatka piersiowa powinna być uciskana ok. 4 cm w głąb z częstotliwością ok. 80-100 ucisków na minutę.

Przy wdechu powinno się wtlaczać w płuca poszkodowanego ok. 0,5 do 0,7 l powietrza za każdym razem, obserwując ruchy wznoszenia i opadania klatki piersiowej (świadczy to o poprawnym przeprowadzaniu sztucznego oddechu). Między pierwszym a drugim wdechem, obserwujemy czy klatka piersiowa opada i dopiero wtedy wykonujemy drugi wdech. Każdy wdech wykonujemy w ciągu 1 sekundy.



Usta – usta – metoda polegająca na prowadzeniu sztucznego oddychania poprzez wtlaczanie powietrza bezpośrednio z płuc przez usta ratującego do płuc przez usta poszkodowanego. Należy pamiętać, iż powinno się używać jednorazowych maseczek ochronnych na usta, lub w razie ich braku, jakiegokolwiek środka ochronnego (np.: chusteczki higieniczne, lignina itp.).

Usta – usta – nos – metoda polegająca na prowadzeniu sztucznego oddychania poprzez wtlaczanie powietrza bezpośrednio z płuc przez usta ratującego do płuc przez usta i nos poszkodowanego. Obejmujemy wtedy usta i nos poszkodowanego własnymi ustami. Najczęściej stosujemy tą metodę w stosunku do dzieci i niemowlaków.

Jeżeli mamy osobę do pomocy, wtedy jedna wykonuje masaż serca i sztuczne oddychanie, a druga przytrzymuje głowę poszkodowanego w pozycji udrażniającej drogi oddechowe (pkt 4). Jeżeli jedna osoba się zmęczy, następuje zamiana.

Należy pamiętać że, w przypadku gdy mamy do czynienia z poszkodowanym urazowym, wykonujemy **ZAWSZE chwyt nożycowy** przy udrażnianiu dróg oddechowych i wykonywaniu sztucznego oddychania. To samo tyczy się poszkodowanych, o których nie wiemy jak doszło do wypadku (nie jesteśmy bezpośrednimi świadkami). Traktujemy ich jako urazowych.

WAŻNE

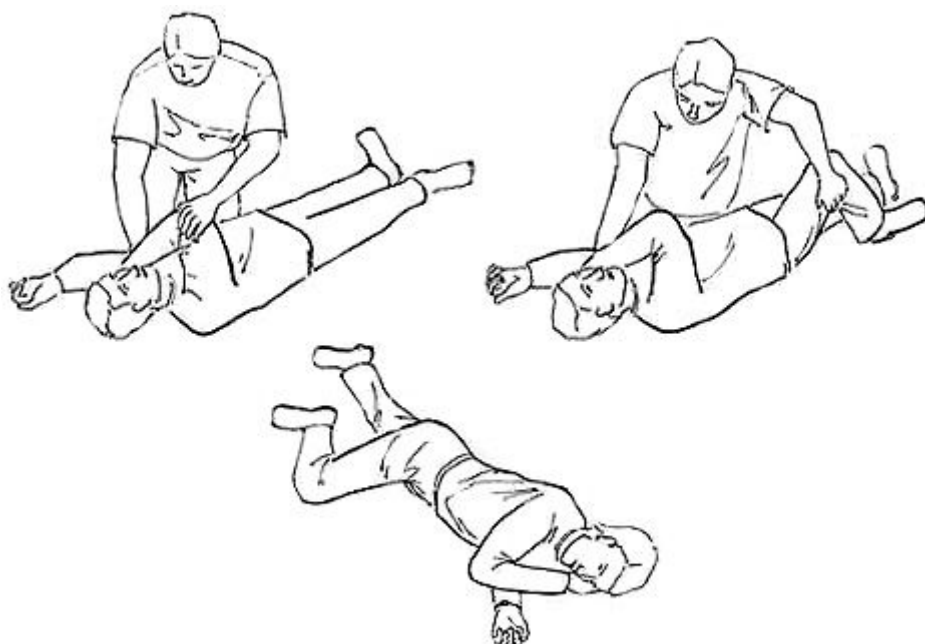
Jeżeli jesteśmy świadkiem wypadku i prócz nas i poszkodowanego nie ma nikogo w pobliżu, a szanse że, pojawi się osoba trzecia są nikłe (np.: w trakcie grzybobrania), wtedy zabezpieczamy ofiarę i udajemy się niezwłocznie po pomoc. Takie zachowanie może się wydawać niemoralne, ale sami nie jesteśmy w stanie uratować poszkodowanego. Wykonując resuscytację krążeniowo – oddechową dojdziemy do kresu naszych sił, a wtedy może być już za późno. Lepiej w takim przypadku wezwać profesjonalną pomoc medyczną i udać się z powrotem do poszkodowanego, po wcześniejszym upewnieniu się, iż wezwany ambulans bez problemu trafi na miejsce zdarzenia.

Pozycja boczna ustalona

Dzięki zastosowaniu pozycji bocznej ustalonej (poszkodowanego nieprzytomnego o regularnym oddechu) uzyskujemy drożność dróg oddechowych. Zachowujemy swobodną wentylację płuc, jednocześnie zapobiegając:

- zapadnięciu się języka,
- nagromadzeniu śluzu, śliny bądź wymiocin w ustach poszkodowanego.

Jeżeli kładziemy poszkodowanego w pozycji bocznej ustalonej, należy zadbać również o utrzymanie stałej temperatury jego ciała (np.: przykrycie kocem).



<http://www.gropa.pl/medycyna/pierws7.jpg>

Stan nagły

Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego – stan polegający na nagłym lub przewidywalnym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

Wypadek

Wypadek – jest to nagłe zdarzenie o charakterze losowym, wywołanym czynnikami zewnętrznymi, powodujące bezpośrednio zagrożenie życia lub zdrowia człowieka.

Akty prawne:

1. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym:

<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b1&ms=250&ml=pl&mi=281&mx=0&mt=&my=182&ma=07145>

2. ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego:

<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b1&ms=250&ml=pl&mi=281&mx=0&mt=&my=182&ma=08066>

3. ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 29 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego

<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q491&ms=383&ml=pl&mi=383&mx=0&mt=&my=509&ma=07578>