

Pierwsza pomoc w przypadku



Pomoc nieprzytomnemu człowiekowi nie należy do najłatwiejszych zadań. Najpierw wymaga od nas przełamania w sobie niechęci – gdy widzimy leżącą osobę niedającą znaku życia, często uznajemy ją za pijaną lub bezdomną. Potem przychodzi strach, że sobie nie poradzimy. Aż w końcu w głowie rodzi się pytanie: „A co jeśli bardziej jej zaszkodzę, niż pomogę?”

DR MED. MICHAŁ M. FARKOWSKI,
DR HAB. N. MED. MACIEJ STERLIŃSKI

o ile nie możemy przewidzieć, w jakim stanie jest spotkana przez nas nieprzytomna, obca osoba, o tyle na drugie pytanie odpowiedź jest prosta: jeżeli ktoś stracił przytomność z powodu nagłego zatrzymania krążenia, zwanego w skrócie NZK, gorzej już nie może być i podjęcie jakiegokolwiek działania jest lepsze niż niezrobienie niczego.

Osoba postronna powinna co najmniej wstępnie ocenić stan nieprzytomnego, tj. poszukać oznak życia, i wezwać pomoc. Rozpoczęcie resuscytacji krążeniowo-oddechowej, w skrócie RKO, polegającej na uciśnięciach klatki piersiowej i oddechach ratowniczych nie wymaga specjalistycznego sprzętu ani wielogodzinnych szkoleń. I choć kontrowersje niezmiennie budzi sztucz-

ne oddychanie metodą usta-usta wykonywane przez przypadkowe osoby, to najważniejsze jest, by działać – uciskanie klatki piersiowej będzie na pewno lepsze niż bezczynność. Nie powinniśmy się też martwić, że może ono sprawiać choremu ból. Jeśli go odczuje, po prostu się obudzi – zwykle bezpieczniej interpretować brak reakcji na niekorzyść poszkodowanego. Gdy ratujemy zagrożone życie, pamiętajmy, że złamania żeber lub mostka związane z RKO zdarzają się również

wykwalfikowanym ratownikom i bardzo rzadko prowadzą do poważnych powikłań. Automatyczne zewnętrzne defibrylatory (Automated External Defibrillator, AED) są bezpieczne w użyciu nawet przez niewykwalfikowanych ratowników i znacząco poprawiają szansę przeżycia pacjenta z NZK.

ŁAŃCUCH PRZEŻYCIA

Łańcuch przeżycia to ciąg następujących po sobie czynności, których wykonanie znacząco

” W postępowaniu ratunkowym kluczową rolę odgrywa czas. Rozpoczęcie resuscytacji oraz wykonanie skutecznej defibrylacji w ciągu 3–5 minut może oznaczać przeżywalność nawet do 49–75 proc.

nagłego zatrzymania krążenia

poprawia szansę na przeżycie pacjenta z NZK. Został on opracowany na podstawie badań naukowych i wieloletnich obserwacji praktycznych, a składają się na niego:

- wczesne rozpoznanie zatrzymania krążenia,
- wczesne podjęcie RKO przez świadków zdarzenia,
- wczesna defibrylacja,
- wczesne podjęcie zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych i standaryzowana opieka poresuscytacyjna.

W postępowaniu ratunkowym u pacjenta z NZK kluczową rolę odgrywa czas. Rozpoznanie nagłego zatrzymania krążenia, rozpoczęcie RKO oraz wykonanie skutecznej defibrylacji w ciągu 3–5 minut może oznaczać przeżywalność nawet do 49–75 proc. Jednocześnie każda minuta opóźnienia defibrylacji zmniejsza prawdopodobieństwo przeżycia do wypisu ze szpitala o 10–12 proc. W terenie miejskim dotarcie przeszkolonego zespołu ratunkowego do poszkodowanego trwa średnio 5–8 minut, a czas do wykonania pierwszej defibrylacji wynosi ok. 11 minut, dlatego tak ważne jest podjęcie czynności ratunkowych przez świadków zdarzenia.

JAK POWINIŃMY POSTĄPIĆ?

Postępowanie w przypadku zetknięcia się z osobą nieprzytomną, u której podejrzewa się nagłe zatrzymanie krążenia, jest maksymalnie uproszczone i polega na:

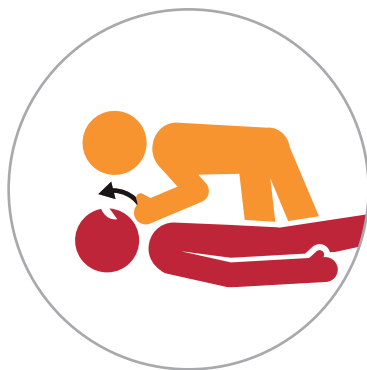
- ocenie, czy nieprzytomny reaguje na potrząśnięcie za ramiona lub głośne pytanie: „Czy wszystko w porządku?”,
- wezwaniu pomocy przez inne osoby postronne,
- ocenie oddychania i ewentualnym udrożnieniu dróg oddechowych,
- wezwaniu wykwalifikowanej pomocy medycznej (numer telefonu 112 lub 999),
- rozpoczęciu RKO – 30 uciśnień klatki piersiowej i 2 oddechy ratownicze,
- podłączeniu AED i ewentualnej defibrylacji.

Ogólna ocena stanu nieprzytomnego zasadniczo nie obejmuje oceny tętna na szyi, ale skupia się na obserwacji ruchu pacjenta, reakcji na potrząśnięcie i głos ratownika. Osobną kwestią jest ocena oddychania. Aby móc stwierdzić, jakiego rodzaju oddech ma chory, należy udrożnić drogi oddechowe. W tym celu trzeba umieścić jedną rękę na czole poszkodowanego oraz delikatnie odgiąć głowę z jednoczesnym uniesieniem żuchwy za pomocą palców drugiej ręki. Następnie osoba udzielająca pomocy powinna pochylić głowę nad ustami nieprzytomnego i przez

Technika uciśnień klatki piersiowej i oddechów ratowniczych



Uciśnięcia klatki piersiowej i oddechy ratownicze należy przeprowadzać w sekwencji 30:2, a liczba uciśnień na minutę powinna wynosić ok. 100–120. Aby zapewnić odpowiednią technikę uciśnień, ratownik kłęka z boku poszkodowanego, układa dłoń na środku klatki piersiowej, następnie kładzie na niej drugą dłoń i spleta palce. Ucisk powinien być skierowany pionowo w dół na mostek, a nie żebra i uginać ścianę klatki piersiowej o ok. 5 cm. Zwolnienie ucisku powoduje powrót mostka do pierwotnego ustawienia. Ramiona ratownika powinny być ustawione pionowo nad dłońmi, a ucisk wykonywany z przeniesieniem ciężaru górnej połowy ciała ratownika. Takie ułożenie ciała poprawia jakość ucisku i zmniejsza poziom zmęczenia ratownika.



Aby przeprowadzić prawidłowy oddech ratowniczy, należy odchylić głowę nieprzytomnego, unieść żuchwę dwoma palcami, ucisnąć skrzydełka nosa poszkodowanego, szczelnie objąć usta swoimi oraz wdmuchnąć powietrze o objętości normalnego wydechu, trwającego ok. jedną sekundę i powodującego uniesienie klatki piersiowej. Wydech ratowanego następuje samoistnie dzięki sprężystości klatki piersiowej. Należy wykonać właściwie dwa oddechy, a przerwa w uciśnięciach klatki piersiowej nie powinna przekraczać pięciu sekund. Zaleca się, aby np. w apteczkach samochodowych mieć chusteczki twarzowe z filtrem do prowadzenia oddechu. Ich użycie stanowi dość skuteczne zabezpieczenie przed bezpośrednim kontaktem podczas wentylacji. Prowadzenie RKO jedynie z uciskaniem klatki piersiowej, ale bez oddechów ratowniczych dozwolone jest w przypadku, gdy ratownik nie ma profesjonalnego przeszkolenia lub zgody na wykonywanie oddechów. W takiej sytuacji uciskanie klatki piersiowej prowadzi się bez przerw, z częstotliwością 100–120 uciśnień na minutę.



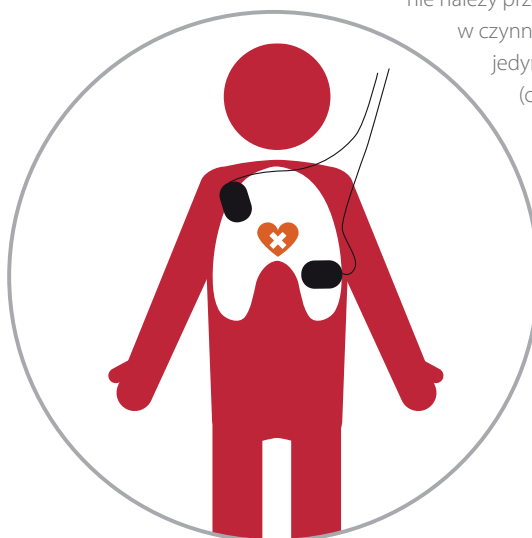
” W miarę możliwości na czas poszukiwania i podłączania defibrylatora AED nie należy przerywać resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

Defibrylacja zewnętrzna

Szybkie rozpoznanie rytmu serca wymagającego defibrylacji – migotania, trzepotania komór lub częstoskurczu komorowego – przez AED i przywrócenie prawidłowego rytmu za pomocą wyładowania elektrycznego są jednymi z najważniejszych czynników poprawiających przeżywalność pacjentów z nagłym zatrzymaniem krążenia. Wbrew popularnemu przekonaniu słyszanemu często w telewizji lub kinie asystolia, czyli płaska linia na monitorze, nie jest rytmem do defibrylacji i generalnie gorzej rokuje dla pacjenta. Defibrylator AED jest półautomatycznym lub automatycznym urządzeniem, które wymaga przyklejenia żelowanych elektrod do klatki piersiowej nieprzytomnego: jednej po prawej stronie klatki piersiowej poniżej obojczyka, drugiej na bocznej ścianie klatki piersiowej poniżej pachy, włączenia i postępowania zgodnie z poleceniami wydawanymi przez urządzenie. W miarę możliwości na czas poszukiwania i podłączania AED

nie należy przerywać RKO. W zasadzie przerwy w czynnościach ratunkowych dotyczą jedynie okresów analizy rytmu serca (co dwie minuty) i wyładowań defibrylatora.

Użycie AED przez nieprzeszkolone osoby jest bezpieczne pod warunkiem, że będą one stosowały się do poleceń urządzenia i odsuną się od poszkodowanego na czas wyładowania defibrylatora.



10 sekund obserwować ruchy klatki piersiowej oraz nasłuchiwać szmerów oddechowych. Jeśli odbywa się ruch oddechowy powietrza, wówczas ratownik odczuje go na policzku. Ocena oddychania jest o tyle ważna, że pacjent nieprzytomny i oddychający regularnie nie wymaga RKO, a jedynie obserwacji do czasu przybycia odpowiednich służb. W przypadku braku wyraźnego, regularnego oddechu, którego nie należy mylić z nieregularnymi, wolnymi i głośnymi westchnięciami, należy rozpocząć RKO.

Podczas ratowania życia osobie z NZK szczególne znaczenie ma także wezwanie pomocy. Po pierwsze, należy zaangażować w akcję ratunkową świadków zdarzenia. Możemy ich poprosić o wezwanie wykwalifikowanej pomocy medycznej oraz znalezienie automatycznego kardiowertera-defibrylatora (AED), przyniesienie go oraz podłączenie. Często dobrze jest wskazać konkretną osobę spośród świadków zdarzenia i zobowiązać ją do pomocy. Po drugie, należy zawiadomić odpowiednie służby, dzwoniąc pod numer 999 lub 112. Wezwanie pomocy powinno odbyć się szybko i nie może opóźniać zbytnio rozpoczęcia RKO.

Czynności ratownicze można zakończyć w przypadku przejęcia akcji ratunkowej przez wykwalifikowanych pracowników ochrony zdrowia bądź w sytuacji gdy ratowany zacznie wykazywać oznaki życia: poruszy się, otworzy oczy lub zacznie prawidłowo oddychać. Udzielanie pomocy można też przerwać, gdy osoba ratująca życie będzie wyczerpana i nie będzie w okolicy nikogo, kto mógłby pomóc – przeciągające się RKO wymaga naprawdę dobrej kondycji fizycznej.

BEZPIECZEŃSTWO RATOWNIKA

Bezpieczeństwo ratownika, zwłaszcza niewykwalifikowanego, to podstawowa zasada, którą należy się kierować w czasie udzielania pierwszej pomocy w każdej sytuacji.

Prowadzenie RKO jest ciężkim fizycznym oraz psychicznym wyzwaniem i u ratowników niewytrenowanych lub cierpiących na choroby układu krążenia może wiązać się z wycieńczeniem oraz wywołać objawy choroby. Sytuacje przeniesienia chorób zakaźnych w trakcie RKO były opisywane niezmiernie rzadko. Zdarzały się przypadki infekcji bakteryjnych lub wirusowych przenoszonych przez kontakt bezpośredni lub drogą kropelkową, ale nie odnotowano przypadku przeniesienia infekcji wirusem zapalenia wątroby typu B i C (WZW B i C) lub wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV). Stosowanie środków ochrony osobistej, takich jak maski, rękawiczki, zwiększa bezpieczeństwo RKO, jednak ich brak nie powinien opóźniać podjęcia akcji ratunkowej.

Akcja ratunkowa u dzieci

Nagle zatrzymanie krążenia u dzieci przebiega zazwyczaj inaczej niż u dorosłych. U dzieci najczęściej dochodzi najpierw do zatrzymania oddechu – asfiksji, np. w wyniku zadławienia, a nie migotania lub trzepotania komór jak u dorosłych. Wiąże się to z podstawową różnicą w postępowaniu: u dzieci akcją ratunkową należy rozpocząć od dokładnego udrożnienia dróg oddechowych i pięciu oddechów ratunkowych, a następnie jednej minuty RKO przed wezwaniem wykwalifikowanej pomocy (jeżeli nie ma drugiego ratownika). Prawidłowo ucisk klatki piersiowej wykonuje się na środku mostka, uginając go do jednej trzeciej wymiaru przedniotylnego klatki piersiowej. Można do tego używać dwóch palców jednej lub obu rąk w zależności od wielkości dziecka. Jeżeli jest jeden ratownik, stosunek uciśnień do oddechów niezależnie od wieku wynosi 30:2, a gdy ratowników jest więcej – 15:2.



ZWIĘKSZYĆ SZANSĘ NA PRZEŻYCIE

Szybkie podjęcie akcji ratunkowej u człowieka nieprzytomnego oraz wezwanie wykwalifikowanej pomocy są kluczowymi czynnikami zwiększającymi szansę na przeżycie poszkodowanego. Akcja ratunkowa przeprowadzana przez niewykwalifikowanych ratowników jest bezpieczna dla nich, a potencjalne powikłania u nieprzytomnego nie są poważne i nie uzasadniają odstąpienia od próby udzielenia mu pomocy. W akcję udzielania pomocy należy włączyć osoby postronne, szybko wezwać pomoc, znaleźć i podłączyć zewnętrzny defibrylator, a w trakcie tych wszystkich czynności kontynuować resuscytację krążeniowo-oddechową w postaci uciśnień klatki piersiowej i oddechów ratowniczych w stosunku 30:2, minimalizując przerwy na ocenę stanu pacjenta, defibrylację itd. Podjęcie akcji ratunkowej przez niewykwalifikowanych ratowników będących świadkami zdarzenia przed przybyciem służb medycznych istotnie poprawia szansę na skuteczną pomoc poszkodowanemu i jego przeżycie. ■

” Często dobrze jest wskazać konkretną osobę spośród świadków zdarzenia i zobowiązać ją do pomocy.