

Pojęcie pierwszej pomocy

Pierwsza pomoc to podstawowe czynności wykonywane przed przybyciem lekarza, pogotowia ratunkowego lub innych wykwalifikowanych osób mające na celu ratowanie zdrowia bądź życia ludzi, którzy odnieśli obrażenia lub nagle zachorowali.

Głównymi celami udzielania pierwszej pomocy są:

- ochrona ludzkiego życia
- ograniczanie skutków obrażeń lub choroby
- przygotowanie do dalszego postępowania lekarskiego

Pierwsza pomoc nie jest nauką ścisłą, a więc nie do uniknięcia są ludzkie błędy i okoliczności będące poza naszą kontrolą. Musisz pogodzić się z tym, że niezależnie od poprawności twojego postępowania i dokładania wszelkich starań poszkodowany może reagować wbrew oczekiwaniom, a nawet umrzeć. Niektóre choroby nieuchronnie kończą się śmiercią, nawet przy opiece lekarskiej. Jeśli ze swej strony dołożysz wszelkich starań, zrobisz wszystko co uznasz za właściwe, nic nie będzie obciążało twego sumienia.

Ocena stanu poszkodowanego

W celu dokonania oceny podstawowych funkcji życiowych pacjenta, należy sprawdzić czy poszkodowany

1. Jest przytomny?

Ratownik powinien głośno odezwać się do pacjenta (np. "Jak Pan/Pani się czuje) oraz sprawdzić reakcję na mocne dotknięcie (potrząsanie, klepnięcie w policzek) lub ból - uszczypnięcie płatka usznego. W ten sposób można uniknąć przeprowadzania zabiegów reanimacyjnych u przytomnego pacjenta. Należy pamiętać, że jeśli mamy do czynienia z urazami głowy lub szyi, podejrzewamy uszkodzenie kręgosłupa i pacjenta można poruszyć tylko wtedy, jeśli jest to absolutnie niezbędne ! Nieprawidłowe poruszenie może doprowadzić do uszkodzenia rdzenia kręgowego, a tym samym do paraliżu.

2. Oddycha?

Zatrzymanie oddechu stwierdza się w następujący sposób:

- objawem nasuwającym podejrzenie jest sinicze zabarwienie skóry,
- przy dokładnej obserwacji nie widać ruchów oddechowych klatki piersiowej; ruchy te nie są wyczuwalne również po przyłożeniu dłoni ratownika do klatki piersiowej i brzucha ratowanego,
- niesłyszalny i niewyczuwalny jest strumień powietrza wydychanego z ust i nosa pacjenta,
- przy częściowej niedrożności dróg oddechowych słychać odgłosy chrapania i bulgotu

3. Ma zachowane krążenie?

Objawy nagłego zatrzymania krążenia występują w następującym porządku czasowym:

- natychmiast: brak tętna na tętnicy szyjnej,
- po 10-20 sekundach: utrata przytomności,
- po 15-30 sekundach: zatrzymanie oddechu lub "chwytanie powietrza",
- po 60-90 sekundach: szerokie źrenice, bez reakcji na światło (tzw. "sztywne")

Bładość lub sinica skóry oraz szerokie źrenice nie stanowią jednak pewnych objawów zatrzymania krążenia, gdyż mogą towarzyszyć innym stanom chorobowym.



Jak sprawdzać tętno?

W tętnicy szyjnej znajdź jabłko Adama (zgrubienie na krtani) i przesunij czubki palców w znajdujące się obok niego zagłębienie. Leciutko naciśnij. Pulsowanie krwi powinno być wyczuwalne pod palcem.

Kontrola czynności życiowych pacjenta musi przebiegać możliwie szybko.

Dlatego doświadczony ratownik sprawdza wszystkie kliniczne objawy życia jednocześnie:

- wezwanie pacjenta,
- obserwacja ruchów klatki piersiowej i zabarwienia skóry,
- badanie tętna na tętnicy szyjnej

Dzięki temu można w ciągu kilku sekund rozpoznać utratę przytomności, zatrzymanie krążenia i oddychania.

Reanimacja

Jeśli pacjent nie oddycha, bardzo ważne jest szybkie rozpoczęcie reanimacji.

Już po 4 minutach w niedotlenionym mózgu uszkodzonego powstają nieodwracalne zmiany, które uniemożliwią późniejsze odratowanie pacjenta



Udrożnienie dróg oddechowych.

U głęboko nieprzytomnego pacjenta język opada do części krtaniowej gardła , blokując wejście do krtani. Najczęściej drożność dróg oddechowych można odzyskać przez odgięcie głowy ratowanego ku tyłowi w następujący sposób: Głowa odchylana jest do tyłu dłonią ułożoną na czole pacjenta, podczas gdy druga ręka ciągnie jego podbródek ku górze. Należy zwrócić uwagę , by nie uciskać miękkiej okolicy podżuchwowej. Ta metoda udrożniania dróg oddechowych, jako bardzo skuteczna, jest godna polecenia nieprofesjonalnym ratownikom.

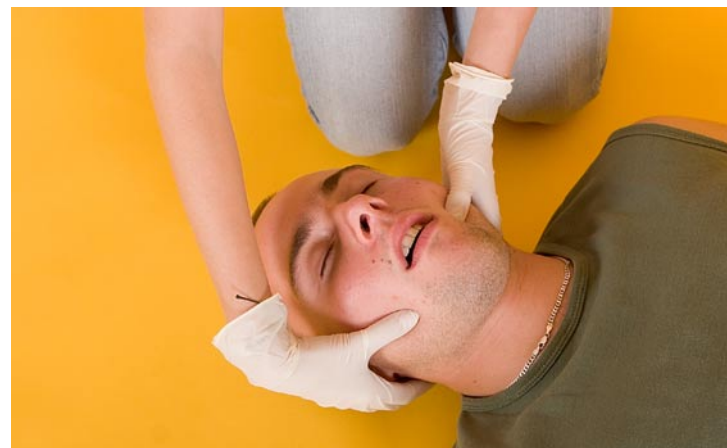
Poduszka lub zwinięty koc pod barkami utrzymuje głowę pacjenta w odgięciu. W przypadku podejrzenia uszkodzenia kręgosłupa szyjnego głowa pacjenta nie powinna być odginana do tyłu. Wtedy drożność uzyskujemy w następujący sposób:

1. Ręce ratownika ułożone z boków głowy pacjenta
2. Cztery palce obu rąk obejmują kąt żuchwy i ciągną ją do przodu. Zęby żuchwy wysuwają się przy tym przed zęby szczęki.
3. Kciuki odsuwają wargę dolną ku dołowi i aby otworzyć usta pacjenta naciskają brodę.

Głowę należy stabilizować ostrożnie !

Jeżeli pacjent nie może oddychać pomimo prawidłowego udrożnienia, należy przyjąć możliwość zatkania dróg oddechowych ciałem obcym. Trzeba wtedy otworzyć usta ratowanego i wydobyć ciała obce (krew, wymiociny, sztuczna szczeka, resztki pokarmowe) z jamy ustnej. Można tego dokonać wskazującym i środkowym palcem.

Jeżeli podejrzewane przez nas ciała obce znajdują się poza zasięgiem wzroku, wykonujemy rękoczyn Heimlicha (tak, jak u osoby nieprzytomnej)



Reanimacja oddechowa

Istnieją dwie metody sztucznego oddychania: usta-usta i usta-nos. Niezależnie jednak

od rodzaju zastosowanej metody należy pamiętać o mocnym odchyleniu głowy ku tyłowi, co czyni drogi oddechowe drożnymi. Jeśli jednak podejrzewamy uraz odcinka szyjnego kręgosłupa (rany głowy lub szyi, upadek z wysokości, wypadek komunikacyjny) głowy odchyłać nie wolno!

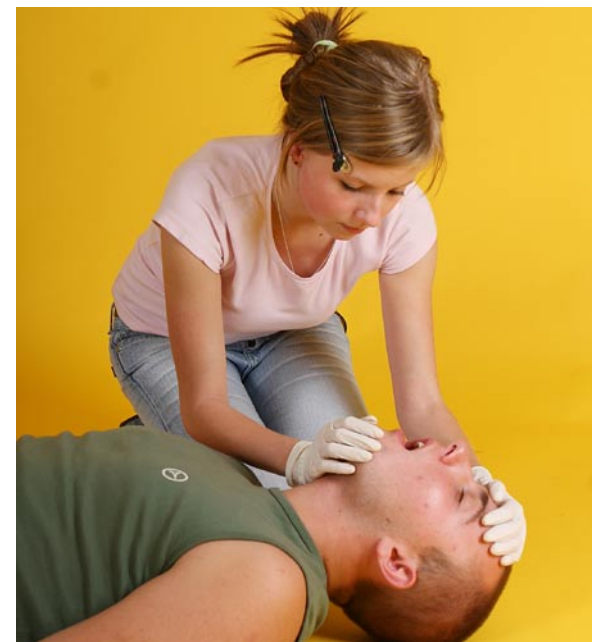
- metoda usta-usta

Głowa silnie odgięta. Dłoń oparta na czole chorego, kciuk i palec wskazujący szczelnie zaciskają nos. Usta ratowanego lekko rozchylone. Ratujący przyciska swoje szeroko rozwarte usta do ust chorego i robi wdech (nie za głęboki; nieco głębszy niż przy normalnym oddychaniu, warto pamiętać o zastosowaniu specjalnego ustnika, który każdy dla bezpieczeństwa powinien mieć w apteczce).

Po wdmuchnięciu cofa szybko swoją głowę. Patrząc kątem oka na klatkę piersiową ratowanego może po ruchach żeber ocenić skuteczność sztucznego oddychania. Słychać również szmer powietrza wydobywającego się z ust chorego i wyczuwa się jego przepływ.

Przy tej metodzie istnieje obawa, że powietrze zamiast do tchawicy trafia przez przełyk do żołądka. Przy rozdęciu żołądka łatwo może dojść do wymiotów (obawa zachłyśnięcia).

Aby temu przeciwdziałać, należy powoli wdmuchiwać powietrze ratowanemu; wydech ratownika powinien trwać ok. 1,5-2 sekundy. W żadnym przypadku nie należy uciskaniem brzucha usiłować opróżnić żołądek z powietrza, jakie się do niego przypuszczalnie dostało. Stwarza to zagrożenie ostrego zachłyśnięcia.



Reanimacja krążeniowa

Po ustaleniu rozpoznania zatrzymania krążenia należy ułożyć pacjenta płasko na twardym podłożu. Uniesienie nóg ku górze zwiększa szanse udanej reanimacji krążeniowej. Klatkę piersiową pacjenta należy odsonić z odzieży. Punkt nacisku do masażu pośredniego serca znajduje się na dolnej trzeciej części mostka - w odległości 3 palców powyżej wyrostka mieczykowatego.

Technika masażu pośredniego serca u dorosłych

1. Jeden nadgarstek opiera się na punkcie ucisku w dolnej połowie mostka, w osi ciała.
2. Drugi nadgarstek ułożony jest na pierwszym. Palce obu rąk są uniesione lub splecione, tak, by uniknąć złamania żeber przy ucisku.
3. Faza ucisku - Ramiona wyprostowane, barki pionowo nad mostkiem, który jest wciskany na głębokość 3-5 cm. Ratownik powinien używać ciężaru swego tułowia, przekazywanego przez wyprostowane ramiona.
4. Faza rozluźnienia - Odciążenie mostka bez odrywania nadgarstka od punktu uprzedniego nacisku; klatka piersiowa wraca do pozycji wyjściowej.

Fazy ucisku i rozluźnienia trwają mniej więcej równie długo. Ruchy powinny być płynne, nie "szarpane". W żadnym przypadku nie należy przerywać masażu na dłużej niż kilka sekund.

Podczas reanimowania, zwłaszcza ludzi starszych, może dojść do złamań żeber lub mostka. Pomimo tego reanimację należy prowadzić dalej !

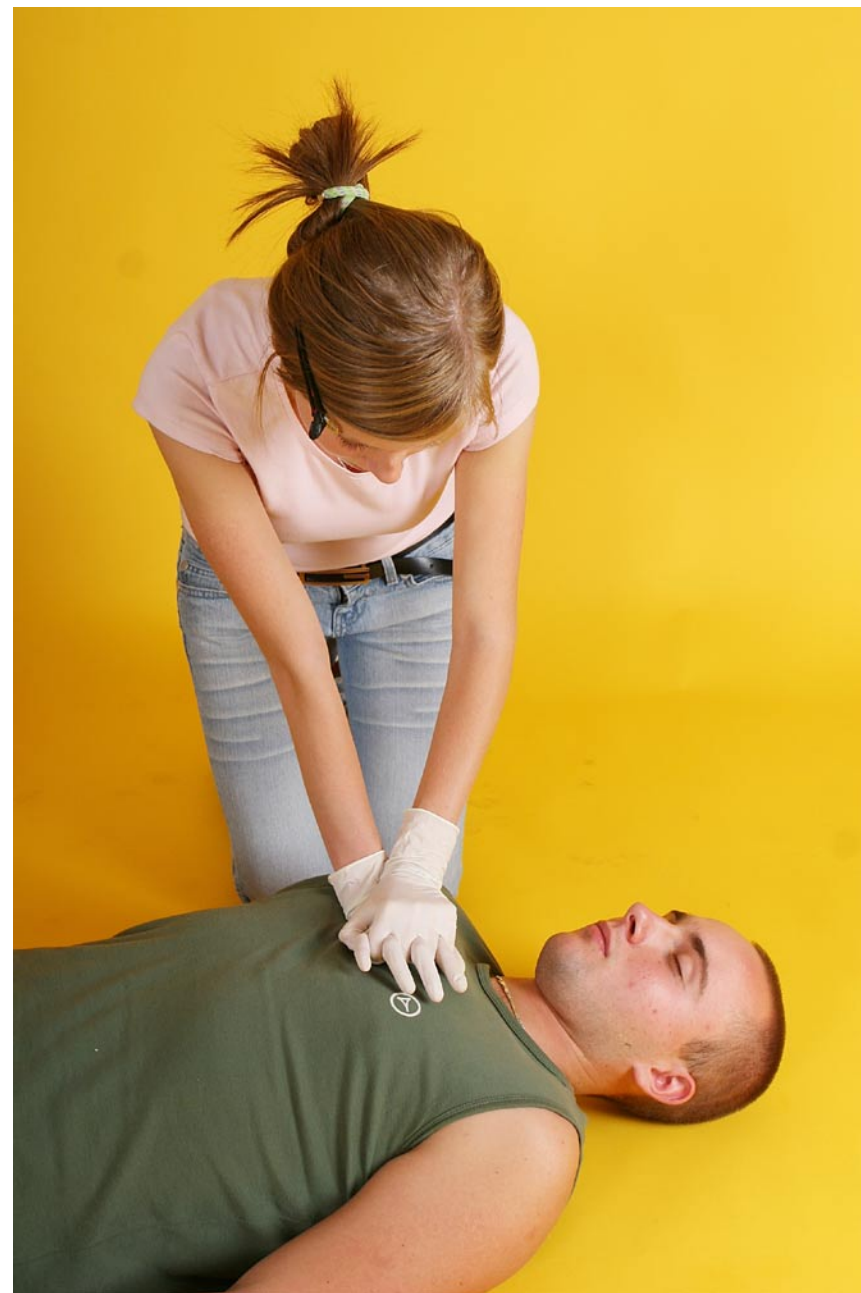


Połączenie sztucznego oddychania i masażu pośredniego serca

Od początku roku 2001 weszły w życie nowe standardy dotyczące reanimacji krążeniowo - oddechowej. Nie ma już rozróżnienia na metody jednego i dwóch ratowników. W każdej sytuacji proporcje masażu i sztucznego oddychania mają się jak 15:2. Na każde dwa wdechy przypada 15 uciśnień mostka. Kontrolujemy oddech i tętno po każdym 4 cyklach.

Akcję reanimacyjną prowadzimy aż do przybycia lekarza. Wcześniej jej zakończenie jest dopuszczalne tylko wtedy, gdy ratownik z powodu wyczerpania nie jest zdolny do dalszego działania.

Należy zdawać sobie sprawę, że opisane powyżej działania przeważnie nie przywrócą pacjentowi podstawowych funkcji życiowych. Może to nastąpić dopiero po interwencji lekarza, który będzie mógł podać odpowiednie leki, a także zadecyduje o defibrylacji. Ale nawet najlepszy specjalista z najlepszym sprzętem będzie bezradny, jeśli od zatrzymania krążenia minęło kilka minut, podczas których reanimacja bezprzyrządowa nie była prowadzona. Dlatego tak bardzo liczy się czas i natychmiastowe rozpoczęcie czynności ratowniczych.



Pozycja boczna ustalona

Stosujemy ją dla zabezpieczenia poszkodowanego nieprzytomnego, z zachowanymi czynnościami życiowymi. np. podczas oczekiwania na przybycie lekarza; ułatwia oddychanie, krążenie, zapewnia drożność dróg oddechowych. Wszystkie czynności wykonujemy bez przechodzenia na drugą stronę poszkodowanego:

- bliższą nogę zginamy w stawie kolanowym, a stopę wsuwamy pod kolano drugiej nogi,
- rękę znajdującą się bliżej ratownika układamy wzdłuż ciała, a dłoń wsuwamy pod pośladek stroną grzbietową ku górze (palce powinny być wyprostowane),
- drugą rękę, zgiętą w stawie łokciowym, kładziemy na piersi poszkodowanego, tak aby dłoń spoczywała pomiędzy szyją i barkiem strony przeciwnej,
- przewracamy poszkodowanego na swoją stronę jedną ręką ciągnąc za biodro, a drugą asekurując głowę,
- kończynę górną, którą uprzednio podłożyliśmy pod pośladek, wyciągamy za ramię do tyłu (chwytając powyżej łokcia),
- odchylamy głowę poszkodowanego do tyłu i zabezpieczamy ją drugą ręką, okresowo kontrolujemy czynności życiowe (nie rzadziej niż co minutę).

