

PRVNÍ POMOC

MUDr. Jan KAUFMAN (sborník přednášek konference APR v hotelu Step – podzim 2007)

Bohužel, každým rokem umírá zbytečně mnoho lidí jen proto, že jim nebyla včas poskytnuta odpovídající první pomoc. Šance na přežití těžce zraněného, či postiženého, je dána několika faktory. A to především odpovědností svědků příhody, včasným respektive co nejrychlejším přivoláním Zdravotnické záchranné služby, poskytnutím první pomoci, úrovní a rychlostí odborné první pomoci (přednemocniční péčí) a úrovní poskytnuté nemocniční péče.

Zatímco první faktor ovlivníme jen velmi těžko, neboť se jedná o morální vědomí každého z nás, i když povinnost k poskytnutí první pomoci osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nám ukládá § 207 Trestního zákona (řidiči dopravního prostředku s účastí na dopravní nehodě ještě § 208), faktor třetí a čtvrtý je možné v našich silách zlepšit.

Náhlé postižení zdraví je neočekávaná příhoda, která se může stát kdekoli a komukoli z nás. Poskytnutí pomoci druhému člověku v nouzi je pro většinu z nás samozřejmostí a běžnou skutečností. Umět poskytnout první pomoc by mělo patřit k základnímu vzdělání každého člověka.

Její pravidla nejsou vůbec složitá, jde jen o to se s nimi vhodnou formou seznámit, praktickým nácvikem získat určitou zručnost a zkušenost a v případě potřeby mít dobrou vůli pomoci. Uvědomme si, že každý z nás je potencionálním zachráncem, který pomáhá, ale je i potencionálním postiženým doufajícím v případě nouze v brzkou a správnou pomoc druhé osoby.

Takřka nikdy v okamžiku příhody není na místě profesionální zdravotník, ale laik, který by měl umět účelně pomoci. Dostupnost odborné zdravotnické pomoci můžeme v naší republice očekávat v naprosté většině případů nejdříve do několika minut po příhodě. Dojezdové časy Zdravotnické záchranné služby jsou ve velkých městech průměrně 8,5 minuty a mimo města kolem 15 minut a více, dle dostupnosti terénu a aktuálních možností záchranné služby. Při srdeční zástavě klesá s každou další minutou naděje na přežití o 10%, proto první minuty po příhodě bývají kritické a laická první pomoc rozhoduje nejen o přežití, ale i často i o další kvalitě života postiženého.

První pomoc je soubor jednoduchých a účelných opatření, jejichž základním cílem je záchrana života nebo zdraví u lidí postižených úrazem či náhlou poruchou zdraví.

Jinak řečeno jde o zásah a opatření poskytnuté postiženému s jakýmkoliv poraněním nebo náhlým zhoršením zdravotního stavu kdekoli a kdykoli do příjezdu kvalifikovaného zdravotníka.

Úkolem poskytovatele první pomoci (zachránce) je provést taková nezbytná opatření, aby se následky poruchy zdraví nebo ohrožení života projevily co nejméně, předešlo se možným komplikacím a zajistily se předpoklady pro rychlé a uspokojivé uzdravení postiženého.

Kvalita první pomoci je dána teoretickými znalostmi a praktickými dovednostmi zachránce.

Čím více znalostí teoretických ale i praktických zachránce má, tím větší je klid a jistota patrná z jeho počínání.

Vzhledem k jednoduchosti první pomoci je hledání novinek ke zvyšování její účinnosti stále obtížnější. Přesto se několik novinek v poslední době, především v oblasti resuscitace objevilo. Mezinárodní směrnice roku 2005 Evropské rady pro resuscitaci (European Resuscitation Council) přinesly změny různého rázu i

závažnosti v poskytování neodkladné podpoře života (resuscitaci). Naděje na přežití postižených vyžadujících neodkladnou péči se tak zvýšila.

První pomoc můžeme uměle rozdělit na technickou první pomoc, která většinou předchází vlastní první pomoci, i když nelze jednu od druhé oddělit a mohou probíhat i současně, zvláště je-li více záchranců. **Technickou první pomoc** chápeme jako vytvoření podmínek pro bezpečné a pohodlné poskytování vlastního ošetření postiženého. Jedná se na prvním místě především o zajištění bezpečí záchrance, poté zajištění bezpečí pro postiženého na místě nehody. Zahrnujeme do ní i přerušení působení příčiny, která vyvolala neštěstí. Příkladů může být celá řada. Například mohu uvést vytažení tonoucího z vody, vypnutí přívodu elektrického proudu, uhašení hořícího oděvu a podobně. Mnohdy je třeba vyprostit postiženého, zvláště hrozí-li mu další nebezpečí, není-li mu možno poskytnout zdravotnickou pomoc na místě, či překázeli v ošetřování dalších postižených.

Zdravotnická první pomoc je dle poskytovatele - svépomoc či vzájemná pomoc, pomoc poskytnutá vyškoleným laikem, zdravotníkem (plavčíkem, mistrem plavčím), zdravotní sestrou, zdravotnickým záchranářem (paramedikem) či lékařem.

Při vlastním poskytování první pomoci je základem úspěšnosti rozhodnost, účelnost a rychlost. Rychlost nesmí být na úkor šetrnosti. **Klidné a rozvážné** vystupování má velký psychologický vliv na postiženého i okolí (svědkové, pomocníci, příbuzní).

S výhodou je při poskytování první pomoci využít přihlízejících osob k provedení některých výkonů (přivolání zdravotnické záchranné služby, přinesení lékárničky, přinesení automatického zevního defibrilátoru, pokud je k dispozici apod.)

Při posouzení situace na místě nehody si musíme dát pozor na tzv. tunelové vidění, tj. začít ošetřovat prvního zraněného a přehlédnout další, možná závažnější postižené.

K nejdůležitějším úkonům první pomoci patří posouzení stavu vědomí postiženého či postižených, přítomnost jejich dostatečného (normálního) dýchání a známkem oběhu. Nejistíme-li nutnost okamžitého zahájení kardiopulmonální resuscitace, ihned stavíme závažná krvácení a vyšetřujeme další známky tělesného postižení.

U postiženého v bezvědomí se případných svědků dotazujeme na nejnnutnější informace během vyšetřování.

U postiženého při vědomí nabídneme postiženému pomoc, ujistíme ho, že víme co máme dělat a že mu můžeme pomoci. Uklidníme ho a povzbudíme. Zajistíme si klidné prostředí bez zbytečných diváků. V blízkosti zraněného ponecháme pouze případné pomocníky. Zjistíme, zda má postižený bolesti a kde. Vyšetříme nejprve tuto oblast. Dále zjišťujeme, zda má postižený nějaké další obtíže (nevolnost, závrať, zhoršení zraku apod.), posoudíme opět dostatečnost dýchání a oběhu, celkový vzhled postiženého – výraz obličeje, barvu kůže, rtů, teplotu kůže. Postiženým zbytečně nepohybujeme, pokud to není nezbytně nutné. Oděv, přílbu a obuv odstraňujeme jen v místech nutného ošetření.

Přivolání odborné pomoci je nezbytné již při prvním zjištění závažného stavu či situace. Požádáme kohokoliv o přivolání zdravotnické záchranné služby. Vhodné je určit konkrétní osobu, ukázat na ni a pověřit jí tímto úkolem. Žádost ve stresové situaci nic neznamená a zůstává mnohdy zapomenuta. Při zajišťování zdravotnické záchranné služby voláme **bezplatně na tísňové telefonní číslo 155** (případně na tísňovou linku 112) a řídíme se příkazy, respektive odpovídáme na dotazy dispečerky operačního střediska. Zejména budeme dotazováni na tyto informace: místo nehody – (případně doplníme nejrychlejší cestu k místu nehody, významné orientační body), akutní příhodu a čas jejího vzniku, závažnost ohrožení postiženého (eventuálně

množství postižených), možné další nebezpečí (oheň, výbuch atd.), své jméno, popř. telefonní číslo odkud voláme. Pro jistotu, že dispečer nemá další otázky, máme zavěsit telefon jako poslední. V případě změny situace (zlepšení nebo zhoršení stavu) klidně zavoláme znovu. Operátor /dispečer nám taktéž může pomoci radou jak postupovat do příjezdu záchranné služby, je to takzvaná telefonem asistovaná pomoc

Telefonické přivolání zdravotnické záchranné služby patří k neodkladným úkonům, kdykoliv dojde k bezvědomí za přítomnosti svědků, nebo v případech objevení osoby v bezvědomí. Jestliže se přesvědčíme, že postižený dospělý nereaguje na oslovení, zatřesení, zavoláme o pomoc a zahájíme resuscitaci, došlo-li ke kardiopulmonální zástavě. Pokud jsme přítomni dva, jeden by měl ihned zahájit resuscitaci, druhý zavolat zdravotnickou záchrannou službu. U resuscitace dětí jediným zachráncem se stále doporučuje provádět resuscitaci po dobu jedné minuty od počátku zhodnocení, ještě před zavoláním zdravotnické záchranné služby.

Dojde-li ke zřejmému ucpání dýchacích cest cizím tělesem u dospělého nebo dítěte, musíme se krátce pokusit o uvolnění tohoto tělesa dříve, než zavoláme zdravotnickou záchrannou službu.

Trvalý dohled nad postiženým je **samozřejmostí**, slouží k prevenci vzniku následných komplikací. Rozhodně **nepodáváme postiženým žádné jídlo a tekutiny**.

Snažíme se získat maximum informací od postiženého (jméno a příjmení, číslo pojištěnce a název zdravotní pojišťovny, bydliště – můžeme zjistit z dokladů, dále anamnézu, včetně závažných chorob, užívaných léků a alergií, kontaktu na osobu blízkou), neboť jeho zdravotní stav se může kdykoliv zhoršit. Je vhodné o všem pořídit stručný zápis a to i o okolnostech vzniku úrazu a úkonech provedených v rámci poskytování první pomoci (zaškrcovala, použití defibrilátorů apod.)

Transportovat postiženého lze až po provedení nezbytných úkonů první pomoci (ošetření ran, znehybnění zlomenin) ve správné poloze podle typu zranění. Převoz musí být šetrný. Sami transportujeme jen nezávažné stavy. Pro ostatní zajistíme odborný převoz.

Novinky v resuscitaci 2006

Česká rada pro resuscitaci, která je oficiálním národním partnerem Evropské rady pro resuscitaci /European Resuscitation Council/ a Mezinárodního styčného výboru pro resuscitaci /ILCOR/, vypracovala stanovisko k neodkladné resuscitaci, které odpovídá současným vědeckým poznatkům - Guidelines 2005. Tato doporučení nahrazují dříve platné „Guidelines 2000“.

„Guidelines 2005“ vedle snahy o zjednodušení postupů zohledňují také zjištění, že naprostá většina náhlých zástav oběhu je prvotně srdečního původu. S ohledem na výsledky vědeckých studií z posledních let se proto optimalizovaly postupy právě pro tuto situaci. Dochází k dalšímu upřednostňování masáže před ventilací, protože při prvotní zástavě oběhu, alespoň v prvních minutách, je dostatek okysličené krve a hlavním úkolem je dopravit tuto krev k mozkovým buňkám. Nově doporučovaný poměr kompresí a ventilací 30:2 by měl zajistit dostatečné okysličení i v případě, že zástava je primárně způsobená poruchou dýchání.

Ve stavu „klinické smrti“ se postižený nachází, dojde-li u něho k zástavě krevní oběhu- srdce přestane pumpovat krev. Postižený rychle upadá do bezvědomí a přestává dýchat. Nejzávažnější známkou bezprostředního ohrožení života je bezvědomí se zástavou dechu. Pokud nepozorujeme žádné další projevy života (žádný pohyb, křeče, kuckání atd.) považujeme stav za zástavu oběhu. Typická je také

modravé zbarvení postiženého (cyanoza), někdy jsou přítomny lapavé dechy (připomíná kapra na suchu). Hmatání tepu na krkavici je pro neškolenou osobu ztrátou času se zcela náhodným výsledkem.

U dospělých je nejčastějším důvodem vyžadující KPR selhání oběhu, často způsobené fibrilací srdečních komor.

Postup při KPR u dospělých: po diagnostice bezvědomí a přivolání pomoci uvolníme dýchací cesty, při absenci dýchání a známek oběhu zahájíme KPR 30 stlačeními hrudníku, bezprostředně následují 2 vdechy. Dále pokračujeme v pravidelném střídání 30 stlačení : 2 vdechům.

U dětí je nejčastější příčinou bezvědomí prvotní porucha dýchání, u dospělých je primární porucha dýchání při dušení, tonutí, traumatu, otravách, předávkování drogami, alkoholem (v těchto případech pak postupujeme v KPR jako u dětí).

Postup při KPR u dětí (28dnů- 8 let): resuscitaci zahajujeme po uvolnění dýchacích cest až 5 úvodními vdechy, následuje 30 stlačení hrudníku, dále pokračujeme v poměru 2:30 Uvolňování dýchacích cest se provádí záklonem hlavy - nejjednodušeji ho dosáhneme tlakem na čelo a zdvižením brady.

Poloha rukou během masáže je nyní „uprostřed hrudníku“ na hrudní kosti

Jednotlivé vdechy by měly vést ke zřetelnému zdvižení hrudníku a vdech by měl trvat asi 1 vteřinu

Při použití automatizovaného externího defibrilátoru následují po každém výboji bezprostředně 2 minuty KPR, až potom probíhá další kolo vyhodnocení rytmu a případně další výboj.

Základní normu znalostí a dovedností - základní podporu života /Basic Life Support, BLS/, jejíž součástí je mimo jiné techniku uvolnění dýchacích cest, umělé dýchání bez pomůcek nebo s jednoduchými pomůckami, zevní srdeční masáž u postižených všech věkových skupin a dnes již i užití automatovaného externího defibrilátoru –AED, je-li k dispozici, musí zvládnout všichni záchranáři.

Lektoři Výcvikového centra VZS ČČK Praha 1 jsou připraveni zajistit nejen zdravotnickou přípravu všem zájemcům z oblasti rekreace, regenerace a sportu.