

Co to jest pierwsza pomoc ?

Pierwsza pomoc – zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, w tym również z wykorzystaniem udostępnionych do powszechnego obrotu wyrobów medycznych oraz produktów leczniczych.

Art. 4 Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym

Dlaczego się uczyć ?

78 MEDYCYNĄ INTENSYWNA I RATUNKOWA TOM 10 NR 2/2007

Jednakowa mediana, przy tak dużej różnicy powierzchniowej, na której działają jednostki ratunkowe, przemawia na korzyść personelu zatrudnionego w Skierniewicach. Niższą medianę czasu dojazdu uzyskały zespoły Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Katowicach [5, 8]. Tam, w badaniach na przestrzeni lat 2001–2002, analizowana mediana wynosiła 7 min. To bardzo dobry wynik. Chcąc odnieść się porównawczo do powyższych danych

na pomoc pacjenta. Nieodwracalne zmiany w mózgu występują po ok. 4–6 min od chwili zatrzymania krążenia, serce ma trochę więcej czasu, bo ok. 15–30 min może czekać na podjęcie czynności resuscytacyjnych [10]. Tak naprawdę jednak szanse ofiary wzrastają dwukrotnie dopiero wówczas, jeśli działania ratunkowe zostaną podjęte do 4 min po utracie przytomności [9, 10].

Wniosek z tego, iż spełniający normy czas dojazdu ambulansu jest wciąż zbyt długi dla czekającego na pomoc pacjenta. Nieodwracalne zmiany w mó-

Wyniki skierniewickich badań są zgodne z normami, w przypadku analizowanych wyjazdów na terenie miejskim. Tam, wyżej wymieniony parametr osiągnął wartość 8 min w roku 2005, a rok później optymistycznie obniżył się jeszcze o 1 min. Wyjazdy poza miasto odznaczają się dłuższymi czasami dojazdu, co proporcjonalnie podnosi wysokość trzeciego kwartyla. Sytuacja wyglądała dobrze w pierwszym analizowanym roku, kiedy to parametr nie przekroczył granicznej wartości 20 min.

Rok 2006 to zdecydowanie gorsze wyniki, 23 min to wartość gorsza niż w roku poprzednim i niestety nie mieszcząca się w założonych standardach. Czas oczekiwania ofiary NZK na przybycie fachowego personelu to zawsze minuty decydujące o przeżyciu bądź zgonie człowieka, bądź o jakości przeżycia. Pewne jest, że im upłynie tych minut mniej, tym pacjent ma większe szanse na pomyślne rokowanie.

Prezentowane wyniki badań są, poza małymi wyjątkami, łoszące z założeniami prawodawców. To bez wątpienia cieszy, jednak tak naprawdę powodem do zadowolenia nie jest mieszcząca się w gra-

nicy standardu wynik, lecz każde uratowane w wyniku interwencji życie. Jak widać w przeprowadzonych badaniach, procent chorych, którzy przeżyli pozaszpitalne NZK, jest śladowy, wynosząc 1–2% wszystkich przypadków, do których wyjechały zespoły skierniewickiego pogotowia.

Bardzo dokładnie pokazują wpływ czynnika czasu na rokowanie w pozaszpitalnych NZK naukowcy z Gdańska [3]. W badaniach prowadzonych na przestrzeni dwóch lat: 2002–2004, wyraźnie widać, że najczęściej skutecznych interwencji miało miejsce, gdy czas oczekiwania ofiary na kwalifikowaną pomoc mieścił się w przedziale 4–6 min (przeżyły 44 na 152 osoby, u których podjęto czynności ratunkowe). Gdy czas dojazdu wzrósł do 11 min i powyżej, wśród uratowanych znalazły się już tylko 3 osoby.

Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne, przedstawiając w roku 1991, koncepcję „łańcucha przeżycia”, zwraca uwagę na konieczność sprawnego funkcjonowania wszystkich jego ogniw: wczesnego rozpoznania, wczesnej resuscytacji, wczesnej defibrylacji i jak najwcześniejszego podjęcia zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych (ALS). W każdym z ogniw priorytetową rolę odgrywa czas. W przypadku pierwszych dwóch ogniw, cennym czasem gospodaruje świadek zdarzenia. Dwie pozostałe składowe łańcucha to obszar działania jedno-

- „ Ustawa z dnia 8 IX 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym zakłada, że maksymalny czas dotarcia ambulansów na miejsce zdarzenia nie może być dłuższy niż **15 minut** w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i **20 minut** poza miastem, przy czym mediana czasu dojazdu nie powinna być większa niż **8 minut** w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i **15 minut** poza jego granicami. ..

Zapamiętaj!

... Przy prawidłowo prowadzonej akcji ratunkowej, rozpoczętej już przez przygodnych świadków, a kontynuowanej przez fachowe służby medyczne, można by uratować nawet 30% spośród zmarłych w następstwie urazu.

Te 30% stanowi tzw. wskaźnik „zgonów do uniknięcia”.

Za Medycyna Intensywna i Ratunkowa, tom 6, nr 3, 2003

Ocena wybranych czynników wpływających na wyniki postępowania resuscytacyjnego w pozaszpitalnych zatrzymaniach krążenia^{*)}

Robert Rudner¹, Przemysław Jałowiecki¹, Magdalena Wartak¹, Radosław Marciniak¹, Tomasz Byrczek²

¹Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii Katedry Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Medycyny Ratunkowej ŚIAM w Katowicach
kierownik: prof. dr hab. n. med. P. Jałowiecki

²Studenckie Kolo Naukowe przy Katedrze Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Medycyny Ratunkowej ŚIAM
opiekun: dr hab. n. med. L. Krawczyk

The effects of selected factors on survival of out-of-hospital cardiac arrest victims

WNIOSKI

1. Do najistotniejszych czynników determinujących powodzenie zabiegów resuscytacyjnych należą: kardiologiczna etiologia zatrzymania krążenia, obecność świadka zdarzenia¹ i podjęcie przez niego podstawo-

wych czynności ratowniczych, migotanie komór jako rytm wyjściowy oraz wykonana wczesna defibrylacja.

2. W związku z rzadkim podejmowaniem podstawowych czynności ratowniczych przez przygodnych świadków nagłego zatrzymania krążenia celowe jest propagowanie zasad BLS w społeczeństwie i rozważenie wprowadzenia systemu porad telefonicznych udzielanych świadkom zdarzenia do czasu przybycia ambulansu.

3. Udowodnione znaczenie wczesnej defibrylacji przemawia za rozpowszechnieniem stosowania defibrylatorów automatycznych w Polsce.