

Základní postupy v PNP

Každý výjezd záchranné služby za pacientem je vždy jiný, je něčím neopakovatelný, specifický, vyžaduje individuální přístup i přesto, že jsou pevně stanoveny postupy pro poskytování přednemocniční neodkladné péče. Tyto postupy jsou schváceny v doporučeních a pravidelně revidovány a upravovány, aby péče byla poskytována v souladu se současným vědeckým poznáním a ekonomickou dostupností, tzv. lege artis – podle zákona lékařského umění, na úrovni doby a v souladu s poznatky ověřenými klinickou praxí.

Přednemocniční neodkladná péče patří do primární péče spolu s praktickými lékaři a LSPP a jinými obory prvního kontaktu s pacientem.

Přednemocniční neodkladná péče

Je definována jako péče o postižené na místě jejich úrazu, akutního zhoršení základního onemocnění nebo náhlého onemocnění včetně péče v průběhu transportu až do předání k dalšímu odbornému ošetření ve zdravotnickém zařízení dle spádu nebo závažnosti a specifčnosti poranění nebo onemocnění.

PNP je indikována a zdravotnickou službou poskytována při stavech:

- bezprostředně ohrožujících život
- které mohou vést prohlubováním patologických změn k náhlé smrti
- způsobující bez rychlého odborného zásahu trvalé následky
- působící akutní bolest a utrpení
- které změnou chování a jednání postiženého ohrožují jeho i okolí

Obecné pravidla chování při poskytování neodkladné péče v PNP

- vždy pozdravíme
- představíme se/ uvedeme zdravotnickou kvalifikaci/
- dospělým i náctiletým vykáme
- mluvíme vážně a srozumitelně, nezlehčujeme, nemluvíme dvojsmyslně, nežertujeme
- při komunikaci se díváme do očí, nešeptáme kolegovi, pozor na nonverbální komunikaci
- jsme empatičtí, slušní, zdvořilí, trpělivě vysvětlíme, co po pacientovi chceme /odrazí se to v další spolupráci s námi/
- nemocného nebo i jeho rodinu se snažíme přesvědčit a získat ke spolupráci
- vždy vše provádíme tak, aby nás pacient viděl, vše co děláme mu přiměřeně věku a stavu srozumitelně vysvětlíme
- snažíme se o zajištění intimity a eliminujeme rušivé vlivy, včetně přihlízejících
- vyvarujeme se spekulací, ukvapených diagnóz a prognóz, nadměrné diskuze, osobitých slovních projevů, nadějí nebereme, ale také plané naděje nedáváme,
- **informujeme v mezích svých kompetencí**
- respektujeme práva nemocného
- informace, které se dozvíme i vlastní nález považujeme za důvěrné /mlčenlivost/
- nenecháme odpoutat naši pozornost okolím/rady, informace/ nenecháme se vyprovokovat slovní ani fyzickou agresí
- nihil nocere – především neublížit a neškodit, nebýt příčinou dalšího utrpení
- respektujeme přání rodičů být se svými dětmi, ale musí to být přínosné

Akutní péče v PNP o pacienta nebo postiženého začíná bezprostředně po vzniku akutního stavu na místě postižení a trvá během transportu až do jeho definitivního ošetření.

Poskytuje rychlou a kvalifikovanou pomoc, minimalizujeme následky akutního postižení zdraví a náhlého zhoršení chronických onemocnění tak, aby se nemocní mohli vrátit do kvalitního života bez výrazných omezení.

Poskytnutí PNP má u kritických stavů naději na úspěch pouze tehdy, je-li pomoc poskytnuta na odpovídající odborné úrovni a v co nejkratším čase od vzniku akutního postižení zdraví. Pokud dojde k selhání na kterékoli etapě záchranného řetězce, naděje na záchranu postiženého rychle klesá!

Základní diagnostická rozvaha na základě provedených vyšetření a nutná léčebná opatření a transport do zdravotnického zařízení je základem poskytování PNP.

Základem fungujícího systému poskytování PNP v ČR jsou samostatně pracující RZP s vlastními kompetencemi a odpovědností samostatná práce NLZP, tzv. činnosti bez odborného dohledu a na základě indikace je možná dle Zákona 96/2004 Sb., po získání Osvědčení o výkonu povolání bez odborného dohledu.

Je důležité znát a dodržovat své kompetence a na ně navazující trestně právní odpovědnost při překročení, nebo nevyužití kompetencí, jehož následkem dojde k vážnému postižení zdraví pacienta.

Proces PNP v režimu RZP a diferenciální diagnostika

V PNP se opíráme zejména o své smysly, anamnézu/mechanismus úrazu/, zkušenosti, vědomosti a základní monitorovací možnosti. Tvoříme pracovní diagnózu, jejíž pravdivost si ověřujeme zpětnou vazbou za zdravotnického zařízení nebo pitevní zprávou.

Diferenciální diagnostika

Správné první orientační posouzení závažnosti akutního stavu je v mnoha případech rozhodující pro další osud nemocného, diferenciální diagnostika je v této fázi plně v rukou vyšetřujícího záchranáře, závislá na jeho vědomostech, zkušenostech a schopnostech použití vlastních smyslů.

Rozhodující jsou:

Anamnéza

Systematické a pečlivé vyšetření

Schopnost stručně zaznamenat a sdělit získané informace

Anamnéza

Kdy, kde a za jakých okolností došlo k akutní příhodě. Primárně důležité je rozlišení mezi úrazem a neúrazovým stavem, zda a jakým způsobem byl pacient ošetřen, změnil-li se od počátku příhody jeho stav a jak, jestli měl pacient již podobnou příhodu, zda je v léčbě a jaké léky užívá, zda jde o násilí, alergii, jaké léky pacient užívá, pravidelné návštěvy u lékaře, dřívější hospitalizace, rodinné dispozice.....

Jak přemýšlí a postupují záchranáři v těchto vybraných situacích Náš postup musí být systematický! Jednáme klidně!

Na co se zaměříme:

Na urgentní symptomatologii, na hlavní obtěžující příznak, hodnotíme chování pacienta (neklid, úzkost, dechovou tíseň), vnímáme prostředí kolem sebe.

Příčina bezvědomí

Poranění nebo choroby mozku, poruchy krevního zásobení mozku, akutní otravy, nedostatek kyslíku v krvi, metabolické poruchy, tepelné vlivy, selhání VF

Diferenciální diagnostika u pacienta v bezvědomí

Informace zjistíme od třetí osoby, podle mechanismu úrazu nebo ze stručné průvodní zprávy/někdy nemáme dostupné informace vůbec – nalez postiženého náhodnými chodci, nebo kolemjedoucím, který není na místě /.

Vyloučíme traumatickou příčinu.

Zjistíme, zda jde o primární nebo sekundární postižení CNS .Příčina bezvědomí může být např. v poranění nebo chorobě mozku, poruše krevního zásobení mozku, akutní otravě, nedostatku kyslíku v krvi, metabolické poruše, tepelném vlivu, selhání VF

Zaměříme se na anamnézu , bezprostřední orientace (záklon hlavy, kyslíková terapie,i.v.linka,EKG),vitální ukazatele, systematické a pečlivé vyšetření

Diferenciální diagnostika u pacienta při vědomí

Systematické a pečlivé vyšetření – vyšetření od hlavy k patě.

Všímáme si kvalitativní poruchy vědomí, jestli má pacient zachované životní funkce dezorientovaný, neklidný, úzkostný, bezradný, nesouvisle hovoří, brání se ošetření, utíká, bojuje s bludy apod.

Dále jaký má druh obtíží, lokalizace obtíží, intenzita a kvalita obtíží, doba nástupu obtíží a jejich průběh, zařazení obtíží, co obtíže vyvolává.

Bolest vystřeluje, je svíravá, palčivá, kdy a za jakých okolností se objevila
Úraz (ano,ne),poloha, námaha, dýchání, emoce.

Základní fyzikální vyšetření

TK puls, dech, oxymetrie teplota, glykemie, EKG, Glasgow coma score

Reakce na bolestivý podnět, reakce zornic na osvit, pohyb očních bulbů, svalové napětí

Nejčastější stavy v PNP a možnosti řešení posádkou RZP

Bolesti na hrudi

Jsou nejčastějším alarmujícím subjektivním příznakem vyžadujícím velmi pečlivou diferenciální diagnózu.

Důkladná anamnéza, posouzení rizikových faktorů, pečlivé fyzikální vyšetření, 12svodové EKG a přenos záznamu EKG na pracoviště nejčastěji int.kliniku FN cestou KOS.

Vyslovení podezření na IM musí být učiněno rychle, anamnéza bolesti na prsou, může být i atypická lokalizace bolesti (cca v 10%) mezi lopatkami, do paže, do krku nebo epigastria.

Poloha pacienta je úlevová s naprostou svalově pohodlnou relaxací. Klidná atmosféra, verbální uklidnění tělesný klid, i.v.přístup, vhodná nitrožilní kanyla, udržovací infuze O₂ maskou á 3-6/min., NTG (Nitrilex, Isoket sprej) – indikace lékaře, Analgetika – indikace lékaře cestou KOS /rozhovory jsou nahrávány a musí být indikace poznamenána v dokumentaci/.

Cévní mozkové příhody

CMP představují třetí nejčastější příčinu úmrtí v ČR. Jsou akutním projevem cévního onemocnění mozku nebo kardiovaskulárního aparátu. Nemocní s příznaky probíhající nebo dokončené CMP vyžadují neodkladnou péči. Jedná se o náhlou příhodu neurologickou, zatíženou obdobnou mortalitou jako IM.

V anamnéze se zaměříme zejména na dobu / nutno zjistit co nejpřesněji vznik prvních příznaků – trochu špiónská práce / a charakter nástupu příznaků (náhle, postupně). Předchozí CMP?? Dřívější neurologické výpadky?? Onemocnění kardiovaskulárního systému

Objektivní neurologické vyšetření

Co v nálezů dominuje:

Kvalitativní porucha vědomí, bolesti hlavy, vegetativní příznaky, nauzea, zvracení, porucha čítí, topografie postižení/neurologický deficit – brnění mravenčení subjektivní slabost v některé končetině /, meningeální dráždění, závratě, táhnutí k jedné straně, porucha řeči, výpadek zorného pole.....

Orientační neurologické vyšetření u CMP

Zornice rozměr i tvar vpravo i vlevo, reakce na osvit vpravo i vlevo

Síla a schopnost pohybu všech končetin / stiskem rukou, sledování ukazováčku /našeho/ očima pacienta - souměrný pohyb očních bulbů/

Zajištění pacienta v RZP

Dostatečná ventilace, monitorace VF, celkové vyšetření, neurologické vyšetření, podání kyslíku, i. v. linka /nejlépe zelenou kanylou pro případ trombolýzy / glykemie, konzultace s lékařem cestou KOS.

Nepodávat nic per os, péče o oči (paréza okohybných svalů), komunikace s pacientem, odstranit zubní protézu jen v případě, že je uvolněná.

Transport do iktového centra po konzultaci cestou KOS se spádovým iktovým centrem

Jasná je diagnóza s neurologickým deficitem trvajícím více jak 30 minut ,ale je nutno vyloučení krvácení do mozku (CT).Věk do 75-80let a trvání příznaků do3 hodin.

Pamatuj! Zjištění a popsání kovových předmětů v těle!!!

Hlavní kontraindikace

Více jak 6 hodin od vzniku příznaků nebo nezjistitelná doba vzniku prvních příznaků. Kvantitativní porucha vědomí, těžký neurologický deficit, věk nad 80let ,chronická antikoagulační léčba, velký operační výkon v posledních šesti týdnech.

Křečové stavy

Série opakujících se záchvatů křečí. Nemocný je obvykle v bezvědomí a intervaly mezi záchvaty křečí jsou krátké, nemocný nenabírá vědomí, jsou ohroženy základní životní funkce, především dýchání, a mohou být výrazem základního onemocnění mozku nebo centrálního poškození mozku /intoxikace, úrazy /

Rozdělení

Postižení CNS traumatické / vyžadující chir. zákrok, kontuze /, CMP, Infekce/meningitis ,encefalitis /, křečové stavy, Febrilní křeče, nádory, metastázy

Z jiných příčin: orgánové a smyslové poruchy, metabolické příčiny, lékové intoxikace, hyperventilační tetanie – hysterie, teplotní vlivy

Epilepsie

Anamnéza, vyšetření pacienta /zjistit jestli nemá další postižení, třeba úraz hlavy / monitorace VF, zajištění i.v.linky , glykemie, konzultace s lékařem, aplikace Diazepamů i. v. rektálně, transport do nemocnice k definitivnímu ošetření.

Trauma, Polytrauma

Polytrauma je současně vzniklé poranění nejméně dvou tělesných systémů, z nichž postižení alespoň jednoho z nich nebo jejich kombinace ohrožují bezprostředně základní životní funkce – dýchání, krevní oběh, vědomí

Možnosti řešení posádkou RZP

Zajistit podmínky pro vyšetření a ošetření na místě. Vyproštění vlastními silami pokud nebude ohroženo zdraví členů posádky, nebo spolupracovat s další složkou IZS. Posouzení klinického stavu, rychlé rozhodnutí o závažnosti a prioritách, které je třeba realizovat **namísto a zvážit své možnosti a popřípadě přivolání dojezdu lékaře.**

Nejnutnější stabilizace VF. Zahájit protišokové opatření, kam patří analgosedace ,imobilizace, rychlý a šetrný transport do zvoleného traumacentra / důležitá je volba optimálního transportního prostředku – po zemi nebo letecky/.

Zjistit mechanismus úrazu / rychlost vozidla, pád z kolika metrů .../, přidružené choroby.

Parametry základních VF, dech a SpO2 , P, kapilární návratnosti, spinální trauma /základní neurologické vyšetření /, zastavení zevního krvácení, odhad krevní ztráty, vědomí,GCS ,reakce zornic/šířka a symetrie, fotoreakce/ ,známky vnitřního krvácení /bolest břicha s nápadným na pohmat prkenným břichem /

Zajištění pacienta v PNP

Podpora VF, zastavení zevního krvácení, oxygenoterapie, analgezie – konzultace s lékařem i.v.linka (nejméně 2 co nejsilnější kanyly nebo alternativní zajištění přístupu do krevního oběhu - intraoseální přístup).Stabilizace a imobilizace zlomenin, vhodné polohování
Pozor na sekundární poškození, velmi důležité je zachování tepelného komfortu – termofolie

Zachování soukromí a eliminace rušivých a stresujících vlivů / přihlížející, novináři /.

Pamatuj

U vysokoenergetických, úrazů prevence, imobilizace krční páteře.

Častější měření VF a sledování pacienta / u traumat se stav může vyvíjet z minuty na minutu a měnit tak celkový klinický obraz a tím se zvyšuje náročnost poskytované PNP , která má omezené možnosti /.

Zdravotnická dokumentace

Musí být úplná, výstižná, pravdivá, odborná

Identifikovatelná z hlediska pacienta i časových údajů

Dokumentace musí splnit účely:

Být prostředkem podání odborných informací. Slouží k ohodnocení kvality odborného výkonu.

Je podkladem pro posouzení ekonomické náročnosti.

Poskytuje odpovídající informace pro forenzní a epidemiologické účely.

Zdravotnická dokumentace slouží pro ověření časové efektivity a tím i k ověření funkčnosti daného organizačního modelu. Slouží k zajištění kontinuity při dalším ošetřování pacienta. Slouží jako právní podklad v případě šetření orgánů činných v trestním řízení.

Zdravotnická dokumentace a záznam o výjezdu ZZS má obsahovat:

Anamnéza a nález: OA, FA, AA, subjektivní potíže, objektivní nález, pracovní Dg = návaznost terapií (informace o konzultaci s lékařem, jmenovitě cestou KOS nebo konferenčního hovoru, který je nahrávaný)

Transport = situace během transportu, změna stavu, změna FF

Diagnóza: Značkou i slovně, úraz = W,

Při předání stav pacienta a jméno lékaře nebo setry včetně jmenovky a podpisu a razítka příslušného přebírajícího pracoviště

Léčebné zásahy /iv vstupy, medikace, konzultovaná medikace /

Glasgow Coma Scale – GCS – prvotní a při předání

Časová posloupnost celého výjezdu

Nejčastější výkony v PNP

Neodkladná resuscitace, zajištění průchodnosti dýchacích cest /viz prezentace/

Monitorace vitálních funkcí a vyhodnocování základních poruch srdečního rytmu ,defibrilace

Kyslíková terapie, nebulizace

Zajištění přístupu do cévního řečiště- i.v. kanyly, CVK ,intraoseální přístup/viz prezentace/

Zástava krvácení – tlakový obvaz, škrtidlo

Imobilizace – vakuové matrace, kramerovy dlahy, extenční dlahy, krční límce

Zavedení hrudního drénu při tenzním pneumotoraxu,