

tý dekou, identita je známa od policie – léčený epileptik.

- ▶ Pacient je v hlubokém bezvědomí, GCS 1 + 1 + 1, hlava silně zakrvácená, chrčí, palpaci na periférii pulzace nehmatná, na velkých cévách pouze slabě hmatná pulzace, zevně bez viditelných traumat neslučitelných se životem.
- ▶ Vzhledem k podmínkám a stavu pacienta provádí záchranáři fixační hmat ke znehybnění krční páteře a hlavy, příkládají tvrdý nastavitelný límec, překlápějí na scoop rám přiložený na záda, pak na přichystanou nosítka, pacienta kryjí dekou a nakládají do sanitky.
- ▶ Ve voze zjišťují terminální lapavé dechy, nehmatný puls, řidič příkládá defibrilační elektro-

osvit, vlevo zornice mydriatická bez reakce na osvit, viditelné silné krvácení z nosu, úst a pravého ucha bez přítomnosti likvoru, hrudník vpravo palpačně citelný krepitus, podezření na sériovou frakturu žeber, dýchání je oboustranně alveolární, opakovanou kontrolou dýchání zjišťují vznik možného přetlakového pneumotoraxu, břicho je měkké, jeho objem nenarůstá, pánev je pevná, páteř palpačně bez citelných deformit, viditelný otok distální části stehna pravé dolní končetiny, četné povrchové exkoriace a kontuze obou dolních končetin.

- ▶ Po přibližně 13 minutách od zahájení resuscitace dochází k fibrilaci komor, záchranáři aplikují jeden monofázický defibrilační výboj

způsobit vzdělání záchranářů (sester), ale zejména realitě a potřebě záchranářů v posádkách RZP.

Upravit by se mělo nejenom samotné vzdělávání, ale hlavně praxe nových záchranářů, a určitě i další kontinuální vzdělávání nelékařů-záchranářů a sester. Do budoucna bychom měli uvažovat o pravidelné obhajobě registrace nebo licence, jako tomu je v jiných zemích, kde funguje paramedický systém posádek bez lékařů.

Do té doby doporučuji mezi výjezdy pravidelně navštěvovat všechny činnosti (s důrazem na týmovou spolupráci a dobrou souhru celé posádky), vhodné jsou odborné stáže záchranářů na vybraných odděleních nemocnice (ARO, JIP, operační sály, oddělení urgentních příjmů).

Jakýmsi pomyslným světlém na konci tunelu by mohl být i nový vzdělávací program Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických povolání v Brně, který bude záchranáře připravovat k získání specializované způsobilosti v oboru urgentní medicína a vznikne tak zdravotnický záchranář pro urgentní medicínu.

Při práci v terénu se naučte využívat „komfortu“ sanitky, s osvědčeným rozmístěním dostupného vybavení (elektrické odsávačky, Ambuvaku a pomůcek k intubaci v batohu i ve voze, pomůcek k zajištění žilního vstupu, infuzních roztoků, medikamentů a podobně), k vyproštění je vhodné více používat scoop rámu nebo spineboardu (jednoduché, rychlé, účelné).

Dalším otázkou je zajištění dýchací cesty záchranářem (sestrou) RZP v situacích nebezpečí z prodlení a krajní nouze. Může podle platné legislativy použít záchranář dostupné endotracheální intubace, nebo má využít raději alternativních pomůcek typu laryngeální maska, kombitubus či laryngeální tubus (opět nejasné kompetence)?

Při zajištění nitrožilního přístupu navrhuji posoudit výhody a nevýhody zajištění zevních jugulárních žil (periferní vstup při zajištění nitrožilní kanylou, při zajištění soukacím katétretem se jedná o centrální žilní vstup). Pozor však na rizika a komplikace, alternativou je nitrokostní vstup – ale opět narážíme na kompetence!

Opakovaně diskutovaným problémem je i otázka spojení s lékařem. Máme za každé situace vždy upřednostnit nutnost spojení s lékařem na úkor pacienta? Navazované spojení prostřednictvím operačního střediska je často velmi zdoluhavé (běžně i minuty), občas i zcela nemožné – máme ruce od krve a tělních sekretů, stavění tepenného krvácení, provádění resuscitace, vybitý mobil, není signál.

Samozřejmě v očích pacienta, jeho rodiny nebo přítomných svědků působí konzultace po telefonu při časové tísní a vzhledem ke stavu pacienta velmi neprofesionálně, neodborně a nedůstojně. Zde nastupuje osobnost záchranáře, hodně záleží na jeho schopnosti tento často nepochopitelný postup okolí vysvětlit.

Musíme se také naučit řádně a čitelně sepisovat výjezdovou dokumentaci, kde často opomíjíme uvádět důležité a relevantní informace, a taktéž při předávání pacientů se už konečně naučme vystupovat profesionálně a ne submisivně.

Závěrem lze poznamenat, že i pacient v kritickém stavu může být skvěle ošetřen také českou sestrou nebo záchranářem – avšak pouze pokud se naučíme využít svých znalostí, zručnosti a schopností.

Text: Oldřich Škorňák

ZZS Zlínského kraje – oblast Vsetín

Foto: autor



dy, na EKG asystolie (srdeční zástava), proto ihned řidič zahajuje nepřímou srdeční masáž s kardiopumpou.

- ▶ Záchranář dočasně uvolňuje fixační krční límec a předsunuje spodní čelist, dýchací cesty jsou plné krve, kterou odsává elektrickou odsávačkou, po odsátí záchranář zahajuje dýchání s pomocí Ambuvaku s kyslíkem, připravuje si pomůcky k intubaci a poté provádí orotracheální intubaci, kanylou velikosti 8 a pokračuje společně s řidičem v resuscitaci.
- ▶ Až nyní operační středisko telefonicky kontaktuje zasahující posádku RZP, zjišťuje její nouzovou situaci a urychleně vysílá RLP z nejbližšího stanoviště (cca 22 km).
- ▶ Po tomto zjištění záchranář přistupuje k zajištění periferního žilního vstupu, na končetinách jsou však žíly zkolabované, řidič dále pokračuje v nepřímé srdeční masáži. Dobře viditelné jsou však zevní jugulární žíly, proto následuje zajištění vstupu krátkou nitrožilní kanylou velikosti G18 s podáním infuze Ringerova roztoku 1 000 ml přetlakovou manžetou, dále adrenalin ředěný fyziologickým roztokem do 20 ml, postupně celkem 4 mg, zajištění druhého žilního vstupu s podáním roztoku Gelofusine 500 ml.
- ▶ Záchranáři pokračují v resuscitaci, současně se snaží o orientační zevní vyšetření. Hlava je bez deformit, krční páteř pevná, tržně zhmožděné krvácející rány zejména pravé tváře, zornice vpravo izokorická s pozitivní reakcí na

200 J, po kterém vzniká sinusová tachykardie s měřitelným krevním tlakem 140/80, pulz 120/min, SaO₂ 90%, GCS stále 1 + 1 + 1.

- ▶ Příjezd a předání posádky RLP (dojezd RLP za 13 minut, RZP posádka na místě sama 23 minut).
- ▶ Lékař doplňuje léčbu o analgosedaci a kortikoidy, záchranáři překládají pacienta ze scoop rámu na vakumatraci, transport primárně do spádového traumacentra (cca 55 km).
- ▶ Následuje řádné sepsání výjezdové dokumentace, parafa lékaře, úklid a doplnění vozu na stanovišti.

Lze něco zlepšit nebo změnit?

Určitě se musí více systematicky pracovat s operátory zdravotnických operačních středisek, mimo jiné je třeba při hovoru na tísňové lince klást důraz na relevantní informace od volajících, zejména na mechanismus úrazu – lepší rozlišení indikace k výjezdu pro RLP nebo RZP.

Při ošetřování pacienta bez indikace (konzultace) lékaře musí záchranář znát všechny své kompetence, zejména právní úskalí při jejich nedodržení či překročení. Je třeba sjednotit rozdílný výklad a aplikaci jednotlivých sporných kompetencí záchranářů v rámci krajů. Kompetence musíme při-