



Γεγονότα.....	118
Συχνότερα αιτία.....	119
Η Αλυσίδα Επιβίωσης.....	120
Το Πρωτόκολλο Αντιμετώπισης ΚΑΑ.....	121
Κατευθυντήριες οδηγίες στην Αναζωογόνηση του ERC.....	133

ΓΕΓΟΝΟΤΑ

Κάθε χρόνο στην Ευρώπη συμβαίνουν περίπου 700.000 καρδιακές ανακοπές, με το ποσοστό των επιζώντων να μην ξεπερνά το 5% με 10%, μετά τη μεταφορά τους στο νοσοκομείο.

Με σωστή προνοσοκομειακή αντιμετώπιση στα πρώτα κρίσιμα λεπτά το ποσοστό των επιζώντων μπορεί να ξεπεράσει το 60%.

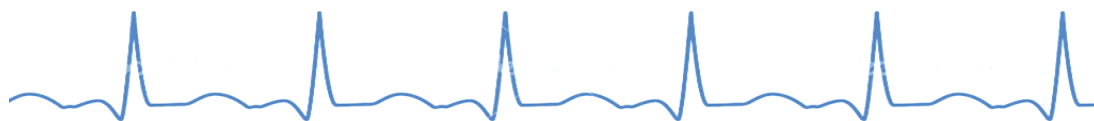
Κρίνεται ζωτικής σημασίας η εφαρμογή Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης (ΚΑΑ) από πολίτες ή εκπαιδευμένους εθελοντές πριν την άφιξη του συνεργείου διάσωσης.

ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ

Καρδιοαναπνευστική Ανακοπή είναι η αιφνίδια και απρόβλεπτη διακοπή της λειτουργίας της αναπνοής ή της κυκλοφορίας ή και των δύο, με αποτέλεσμα την ανεπαρκή παροχή οξυγονωμένου αίματος στα ζωτικά όργανα.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

✓ Απουσία σφυγμού	Αμέσως.
✓ Απουσία καρδιακών τόνων	Αμέσως.
✓ Απώλεια συνείδησης	10 – 20 sec.
✓ Διακοπή αερισμού	15 – 30 sec.
✓ Μυδρίαση	60 – 90 sec.



ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΑΙΤΙΑ

- ✓ Κοιλιακή μαρμαρυγή.
- ✓ Ηλεκτροπληξία.
- ✓ Πνιγμός.
- ✓ Δηλητηριάσεις.
- ✓ Ασφυξία.
- ✓ Αλλεργία.
- ✓ Τραύμα.
- ✓ Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.
- ✓ Έμφραγμα μυοκαρδίου.

Τα αίτια Καρδιοαναπνευστικής Ανακοπής είναι κυρίως:

- *Καρδιακά στους Ενήλικες.*
- *Αναπνευστικά στα Παιδιά και τα Βρέφη.*

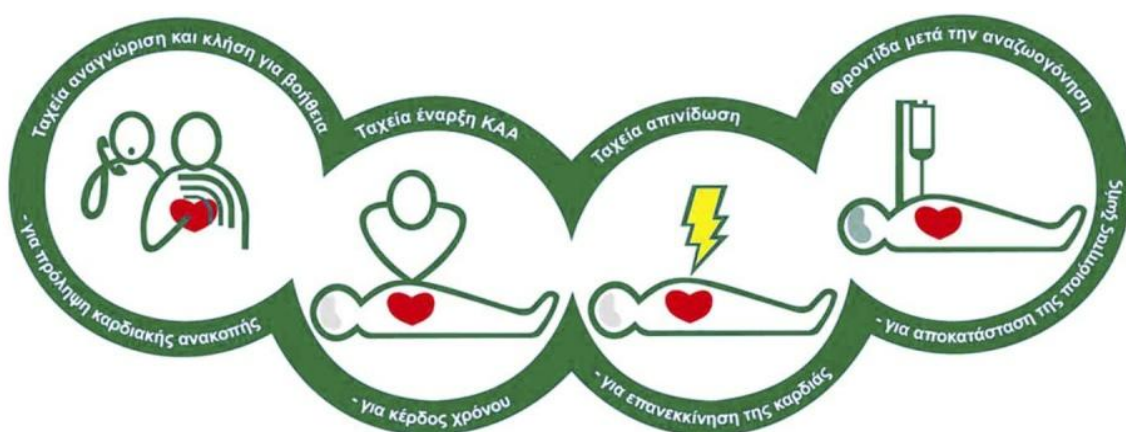
Τα εγκεφαλικά κύτταρα μπορούν να λειτουργήσουν μόνο για 4 έως 6 λεπτά χωρίς οξυγόνο (**αναερόβια**). Συνεπώς, η εφαρμογή της **Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση** (ΚΑΑ) μπορεί να αποβεί σωτήρια αν εφαρμοσθεί έγκαιρα (εντός 4 λεπτών από την στιγμή της αναπνευστικής ή καρδιοαναπνευστικής ανακοπής).

Κοιλιακή μαρμαρυγή: Διαταραχή του φυσιολογικού καρδιακού ρυθμού. Είναι άμεσα επικίνδυνη για τη ζωή του ασθενούς. Οι κοιλίες συστέλλονται και διαστέλλονται ανεξέλεγκτα και ασύγχρονα με αποτέλεσμα να μην γίνεται προώθηση αίματος στην πνευμονική και συστηματική κυκλοφορία. Η κοιλιακή μαρμαρυγή είναι η συνήθης αρρυθμία που παρουσιάζεται μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Η ΑΛΥΣΙΔΑ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ

ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ

Η Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση (ΚΑΑ) είναι η τεχνική εφαρμογής τεχνικού αερισμού και υποστήριξης της κυκλοφορίας, με στόχο την οξυγόνωση και αιμάτωση των ζωτικών οργάνων του σώματος προσωρινά έως την τελική αποκατάσταση της αναπνοής και της κυκλοφορίας.



Η διαδικασία Βασικής Υποστήριξης της Ζωής περιλαμβάνει:

- Αρχική εκτίμηση κατάστασης.
- Διατήρηση ανοιχτού αεραγωγού.
- Θωρακικές συμπιέσεις.
- Αερισμό μέσω εμφυσησεων.

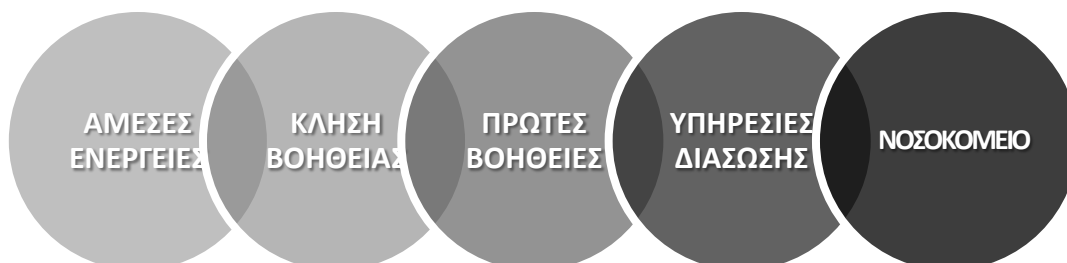
Το Πρωτόκολλο Αντιμετώπισης Καρδιοαναπνευστικής Ανακοπής



Η διαδικασία εφαρμογής **θωρακικών συμπίεσεων** και **εμφυσήσεων** σταματά μόνο εάν:

- ✓ Κάνει κάποια κίνηση το θύμα.
- ✓ Έρθει η εξειδικευμένη βοήθεια.
- ✓ Εξαντληθούμε.
- ✓ Κινδυνέψουμε από τρίτους παράγοντες.

ΑΛΥΣΙΔΑ ΔΙΑΣΩΣΗΣ





ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΕ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Βεβαιωθείτε για την ασφάλεια της σκηνής του ατυχήματος ελέγχοντας το πεδίο και συλλέγοντας πληροφορίες καθώς θα πλησιάζετε!

Προστατέψτε τον εαυτό σας, τους παρευρισκόμενους και το θύμα!

ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ

Γονατίστε δίπλα στο θύμα, κουνήστε ελαφριά τους ώμους του και ρωτήστε το μιλώντας έντονα εάν είναι καλά! Εάν απαντήσει μη μετακινείτε το θύμα και εάν είναι απαραίτητο τηλεφωνήστε στο ΕΚΑΒ 166 ή στο 112.



ΕΚΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΤΡΙΤΟΥΣ

Σηκώστε τα χέρια σας, αναζητήστε οπτικά την περιοχή και φωνάξτε δυνατά βοήθεια. Ο άνθρωπος που θα έρθει μπορεί να σας φανεί χρήσιμος!



ΒΑΤΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΑΕΡΑΓΩΓΟ

Χρησιμοποιώντας τα χέρια κάντε ελαφριά έκταση της κεφαλής για να απελευθερωθεί ο αεραγωγός. Με ανοιχτό τον αεραγωγό, προχωρήστε σε έλεγχο της αναπνοής. Έκταση της κεφαλής και ανύψωση της κάτω γνάθου μόνο σε μη τραυματισμένους.

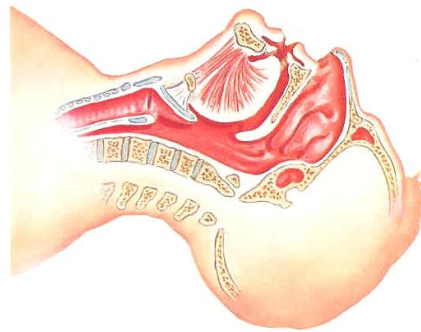
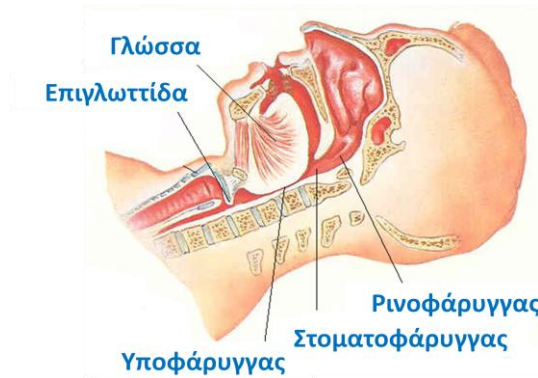


ΒΑΤΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΑΕΡΑΓΩΓΟ

Η συχνότερη αιτία απόφραξης του αεραγωγού σε αναισθητά θύματα είναι η χάλαση της γλώσσας, η οποία φράζει τον αεραγωγό. Ο αεραγωγός θα πρέπει να διατηρείται ανοιχτός και σε όλους τους ασθενείς με μειωμένο επίπεδο συνείδησης.

Πολύ σημαντικό!!!

Αφαιρέστε κάθε ορατό ξένο σώμα από το στόμα του θύματος, συμπεριλαμβανομένων και τεχνητών οδοντοστοιχιών, αν αυτές δεν εφαρμόζουν καλά.



Βάλτε το χέρι σας στο μέτωπο του θύματος και με απαλές κινήσεις εκτείνετε το κεφάλι προς τα πίσω, αφήνοντας ελεύθερους τον αντίχειρα και τον δείκτη σας, για να κλείσετε τη μύτη του θύματος αν χρειαστεί να κάνετε τεχνητές αναπνοές. **(έκταση κεφαλής και ανύψωση της κάτω γνάθου).**

Τοποθετώντας τις άκρες των δυο δακτύλων (δείκτη και μέσο) του ελεύθερου χεριού σας στην άκρη του σαγονιού, ανασηκώστε το σαγόκι, ώστε να ανοίξει ο αεραγωγός. Προσπαθήστε να αποφύγετε υπερέκταση του κεφαλιού, αν υποπτεύεστε τραυματισμό στον αυχένα.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Ελέγχουμε τη στοματική κοιλότητα και αφαιρούμε τυχόν ξένα σώματα που φαίνονται ολόκληρα. Φοράμε γάντια εξέτασης μιας χρήσης και χρησιμοποιούμε γάζα. Δεν επιχειρούμε αφαίρεση ξένου σώματος σε επιληπτικούς ή σε θύματα με αισθήσεις.





ΒΑΤΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΕΡΑΓΩΓΟΥ

Η ώθηση της κάτω γνάθου χρησιμοποιείται για τη διάνοιξη του στόματος με σκοπό τον οπτικό έλεγχο της στοματικής κοιλότητας. Σε ασθενείς με τραύμα στον αυχένα πρέπει να γίνεται με ταυτόχρονη ακινητοποίηση του αυχένα με τα χέρια (Jaw Thrust).



ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ

Βλέπω, ακούω και αισθάνομαι για αναπνοή!

Βλέπω την κίνηση του θώρακα, ακούω την αναπνοή ή την προσπάθεια αναπνοής και αισθάνομαι την εκπνοή στο πρόσωπό μου για 10 sec.

αποτέλεσμα: ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΠΝΟΗ

Ιδιαίτερη περίπτωση αποτελούν οι **Agonal Breathings**.

Οι Αγωνιώδεις Αναπνοές απαντώνται αφού η καρδιά σταματήσει σε ποσοστό μεγαλύτερο του 40% των Καρδιακών Ανακοπών.

Περιγράφεται σαν:

Ανάρια, Βαριά, Θορυβώδης Αναπνοή.

Αναπνοή με Αγωνία Επερχόμενου Θανάτου ή σαν Λαχάνιασμα.

Είναι Σημάδι Καρδιακής Ανακοπής!!!

Ώθηση του πώγωννα (jaw thrust)

Για να ανοιχτεί ταυτόχρονα ο αεραγωγός, τότε χρησιμοποιείται ο χειρισμός «ώθηση του πώγωννα» (jaw thrust). Αυτός έχει ως εξής: έχοντας κρατήσει την ακινητοποίηση της κεφαλής με τα χέρια, μετακινούνται ο δείκτης και ο μέσος στα πλαϊνά οστέινα τμήματα της κάτω γνάθου.



Όταν αυτά τα δυο δάχτυλα σπρώξουν την κάτω γνάθο, τότε αυτή θα μετακινηθεί και το στόμα θα ανοίξει, με αποτέλεσμα να απελευθερωθεί ο αεραγωγός. Εναλλακτικά, τα δυο δάχτυλα μπορούν να μετακινηθούν στις γωνίες της κάτω γνάθου και να την ανυψώσουν, απομακρύνοντας έτσι τη γλώσσα από τον υποφάρυγγα.



Στη δεύτερη αυτή περίπτωση, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή, αφού είναι πολύ εύκολο να εξαρθρωθεί η κάτω γνάθος, αν η δύναμη που θα ασκηθεί πάνω της είναι υπερβολική.

Σημειώνεται εδώ ότι η τεχνική αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί και με ταυτόχρονη έκταση της κεφαλής. Αυτή η παραλλαγή χρησιμοποιείται κατά κύριο λόγο όταν χορηγούνται εμφυσησεις με μάσκα εμφυσησεων.

Είναι προφανές, ότι αν σε μια τέτοια περίπτωση απαιτηθεί η χορήγηση εμφυσησεων στόμα με στόμα ή στόμα με μύτη, θα χρειαστεί ένας επιπλέον διασώστης να αναλάβει την ακινητοποίηση της κεφαλής και την διατήρηση της βατότητας του αεραγωγού.

Σε περίπτωση δυσκολίας στην διάνοιξη του στόματος, ή για τον οπτικό έλεγχο της στοματικής κοιλότητας, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένας τροποποιημένος χειρισμός ώθησης του πώγωννα, στον οποίο οι αντίχειρες ακουμπούν στον πώγωννα για υπομόχλιο.

Στοματοφαρυγγικός αεραγωγός

Είναι μια ημικυκλική συσκευή σχεδιασμένη ώστε να κρατά τη γλώσσα στη θέση της, εμποδίζοντάς την από το να πέφτει στα οπίσθια τοιχώματα του φάρυγγα.

Έχει περίπου στρογγυλή διατομή. Τοποθετείται μόνο σε αναισθητα θύματα. Αυτό γίνεται γιατί αν τοποθετηθεί σε άτομα που έχουν τις αισθήσεις τους, ενεργοποιείται το αντανακλαστικό του εμέτου και υπάρχει άμεσος κίνδυνος εισρόφησης.

Επίσης, μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό του πνευμονογαστρικού νεύρου, και συνεπώς βραδυκαρδία. Πριν την εισαγωγή του θα πρέπει η στοματική κοιλότητα να έχει καθαριστεί από τυχόν εμέσματα, εκκρίσεις ή άλλα αντικείμενα. Η τοποθέτησή του πρέπει να γίνεται ώστε να μην παρασυρθεί η άκρη της γλώσσας κατά την είσοδο του αεραγωγού στη στοματική κοιλότητα.

Γι' αυτό το σκοπό χρησιμοποιείται η ακόλουθη τεχνική: με το θύμα σε ύπτια θέση, ανοίγεται το στόμα χρησιμοποιώντας την τεχνική «Έλξη πηγουνιού - γλώσσας». Ο διασώστης ανοίγει το στόμα του θύματος και συγκρατεί την κάτω γνάθο με τον αντίχειρα, το δείκτη και το μέσο του ενός χεριού (κατά τη διάρκεια όλων αυτών των χειρισμών θα πρέπει ο διασώστης να φοράει γάντια μιας χρήσης για την προστασία του από τα υγρά του σώματος του θύματος). Με αυτό το χέρι εφαρμόζει έλξη του σαγονιού του θύματος προς τα πάνω και έξω. Με αυτόν τον τρόπο απελευθερώνει τον αεραγωγό και ανοίγει το δρόμο για την είσοδο του στοματοφαρυγγικού αεραγωγού. Ο αεραγωγός κρατιέται από τα πτερύγια, σαν μολύβι, και μπαίνει στο στόμα με γωνία 180° (δηλαδή «κοιτάει» προς τα πάνω). Όταν ο διασώστης αισθανθεί αντίσταση, αυτό σημαίνει ότι ο αεραγωγός έχει φθάσει στη μαλθακή υπερώα. Τότε ο αεραγωγός στρέφεται κατά 180°, ώστε να «βλέπει» προς τα κάτω, έχοντας σαν οδηγό για τη στροφή το στόμα του ασθενούς. Σταματάει η εισαγωγή του αεραγωγού όταν τα πτερύγια ακουμπήσουν στα χείλη του ασθενούς.



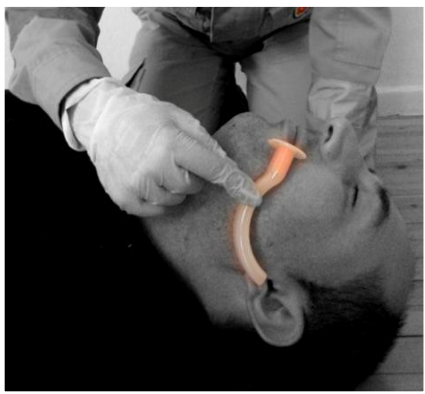
Μια άλλη μέθοδος τοποθέτησης είναι η ακόλουθη: χρησιμοποιώντας ένα γλωσσοπίεστρο, συγκρατούμε τη γλώσσα στο κάτω μέρος της στοματικής κοιλότητας και εισάγουμε τον αεραγωγό χωρίς να τον γυρίσουμε. Το γλωσσοπίεστρο θα πρέπει να «πιάνει» πάνω από το μισό της γλώσσας, για να είναι αποτελεσματικός ο χειρισμός. Χρειάζεται και πάλι προσοχή να μην πιαστεί



το άκρο της γλώσσας κατά την εισαγωγή του ΣΦΑ στη στοματική κοιλότητα. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται ιδιαίτερα στους παιδιατρικούς ασθενείς, αλλά παραμένει χρήσιμη και στους ενήλικες. Καλό είναι να βρίσκονται τα γλωσσοπίεστρα στο ίδιο σημείο με τους αεραγωγούς μέσα στο φαρμακείο, ώστε όταν χρειαστούν, να είναι εύκολο να βρεθούν.



Γενικά ένδειξη ότι ο αεραγωγός έχει παρασύρει προς τα μέσα το άκρο της γλώσσας είναι η μετατόπιση του αεραγωγού προς τα έξω κατά την εκπνοή. Σ' αυτήν την περίπτωση θα πρέπει ο αεραγωγός να εξαχθεί χωρίς περιστροφή ακολουθώντας την ανατομία του στόματος του ασθενούς, και να ξανατοποθετηθεί σωστά.



Οι στοματοφαρυγγικοί αεραγωγοί υπάρχουν σε διάφορα μεγέθη, για να ταιριάζουν σε διάφορα «μεγέθη» ασθενών. Στον κάθε ασθενή θα πρέπει να χρησιμοποιείται το σωστό μέγεθος αεραγωγού, το οποίο βρίσκεται ως εξής:
Ο αεραγωγός τοποθετείται δίπλα στο στόμα ώστε τα πτερύγια να βρίσκονται στο επίπεδο των κοπτήρων και το τμήμα που αντιστοιχεί στα δόντια να είναι παράλληλο προς τη σκληρά υπερώα του θύματος.

Το σωστό μέγεθος είναι αυτό που εκτείνεται από τους κοπτήρες μέχρι τη γωνία της κάτω γνάθου. Ο διασώστης θα πρέπει να έχει υπόψη του ότι, ακόμα και μετά την τοποθέτηση του ΣΦΑ, το κεφάλι του ασθενούς θα πρέπει να διατηρείται στην ευθεία και ουδέτερη θέση για να εξασφαλίζεται επαρκής αερισμός.

ΠΡΟΣΟΧΗ!!!

Πριν από κάθε προσπάθεια τοποθέτησης τεχνητού αεραγωγού ή διασωλήνωσης, απαιτείται ο επαρκής αερισμός του ασθενή. Οι κινήσεις πρέπει να είναι γρήγορες.

Πλεονεκτήματα:

- ✓ Κρατά τη γλώσσα στη θέση της και την εμποδίζει από να πέσει πίσω και να φράξει τον υποφάρυγγα.
- ✓ Παρέχει ένα εύκολο πέρασμα για τον καθετήρα αναρρόφησης.
- ✓ Σε περίπτωση σπασμών, προστατεύει τον αεραγωγό.

Πιθανές Επιπλοκές:

- ✓ Αν είναι πολύ μικρός, θα σπρώχνει τη γλώσσα προς τα πίσω.
- ✓ Αν είναι πολύ μεγάλος, θα φράξει το φάρυγγα.
- ✓ Μπορεί να προκαλέσει εμετό σε έναν ασθενή που διατηρεί το αντανακλαστικό αυτό (έχει τις αισθήσεις του).
- ✓ Δεν προστατεύει τον κατώτερο αεραγωγό από εισρόφηση.
- ✓ Αν δεν τοποθετηθεί σωστά, μπορεί να σπρώξει τη γλώσσα πίσω στον υποφάρυγγα.
- ✓ Σε ασθενείς ηλικίας κάτω των 9 ετών, θα πρέπει να τοποθετείται μόνο με τη χρήση γλωσσοπίεστρου, καθώς οι ασθενείς αυτοί δεν έχουν πλήρως ανεπτυγμένη την περιοχή του στοματοφάρυγγα και κινδυνεύουν περισσότερο από τραυματισμούς, εάν ο αεραγωγός τοποθετηθεί με στροφή.

...η συνέχεια της Αλυσίδας Διάσωσης

ΚΛΗΣΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΔΙΑΣΩΣΗΣ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΚΛΗΣΗ για ΒΟΗΘΕΙΑ

Παίρνουμε άμεσα τηλέφωνο στο **ΕΚΑΒ 166** ή στο **112**, δηλώνοντας ονοματεπώνυμο, τοποθεσία, τηλέφωνο επικοινωνίας και περιγραφή του περιστατικού.

Παράδειγμα:

*Καλησπέρα, **ονομάζομαι** Αντώνης Οικονόμου και **βρίσκομαι** στον Σταθμό Υπεραστικών Λεωφορείων Θήβας.*

***Αντιμετωπίζω** θύμα άντρα περίπου 60 ετών χωρίς αναπνοή και θα ξεκινήσω **καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση**.*

Το τηλέφωνό μου είναι 6912345678. Παρακαλώ στείλτε ασθενοφόρο!

Σε πόση ώρα θα φτάσετε;

*Με **χρειάζεστε** κάτι άλλο;*

Ευχαριστώ!



ΘΩΡΑΚΙΚΕΣ ΣΥΜΠΙΕΣΕΙΣ

Αφού τοποθετήσετε το θύμα σε σκληρή επιφάνεια και αποκαλύψετε το θώρακα, τοποθετήστε τη βάση της παλάμης του ενός χεριού σας στο κέντρο του θώρακα και την παλάμη του άλλου χεριού πάνω στο πρώτο κλειδώνοντας τα δάχτυλα.



Με τα χέρια τεντωμένα και κάθετα πάνω στο θώρακα του θύματος πιέστε το στήρνο 30 φορές συνεχόμενα.

Το βάθος κάθε συμπίεσης πρέπει να είναι τουλάχιστον 5 cm αλλά όχι περισσότερο από 6 cm.

Ο αριθμός των ανά λεπτό συμπίεσεων πρέπει να είναι τουλάχιστον 100 αλλά όχι περισσότερες από 120.



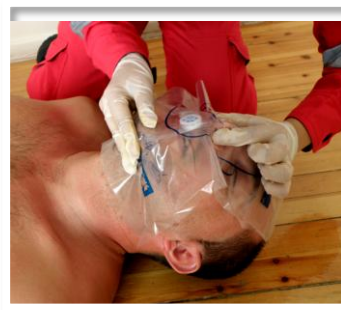
Πιέζοντας σωστά τον θώρακα αναγκάζουμε την καρδιά να κάνει τις κινήσεις που πρέπει ώστε να κυκλοφορήσει το αίμα στα ζωτικά όργανα.

ΕΜΦΥΣΗΣΕΙΣ

Άμεσα με το τέλος των 30 συμπιέσεων κάνουμε έκταση κεφαλής και ανύψωση της κάτω γνάθου.

Κλείνουμε τη μύτη με τον αντίχειρα και τον δείκτη του χεριού που έχουμε τοποθετήσει στο μέτωπο του θύματος και εφαρμόζουμε τα χείλη μας σφραγίζοντας το στόμα του θύματος, δίνοντας την εκπνοή μας για περίπου 1 sec και μέχρι να ανασηκωθεί ο θώρακας του θύματος.

Διατηρώντας την έκταση κεφαλής και ανύψωση της κάτω γνάθου απομακρύνουμε το στόμα μας περιμένοντας για την εκπνοή επιτρέποντας στο θώρακα να κατέβει και επαναλαμβάνουμε.



Ανάλογα με την κατάσταση του θύματος (τραυματισμοί ή άλλες ιδιαιτερότητες), οι εμφυσέςεις μπορούν να γίνουν εναλλακτικά με διάφορους τρόπους.

Για την ασφάλεια του διασώστη, η αγορά προσφέρει μεγάλη ποικιλία ειδικού εξοπλισμού όπως τα ειδικά μαντιλάκια εμφυσέςσεων μιας χρήσεως κτλ.



Εμφυσέςεις Στόμα με μύτη:

Όταν το στόμα δεν ανοίγει ή υπάρχουν σοβαρές κακώσεις στην περιοχή του στόματος. Ο αεραγωγός ανοίγεται όπως ήδη αναφέρθηκε, αλλά η εμφύσηση γίνεται από τη μύτη: ο διασώστης κλείνει το στόμα του θύματος με το χέρι του και σφραγίζει την περιοχή της μύτης με τα χείλη του και πραγματοποιεί τις εμφυσέςεις.



Διαδικασία : 30-2, 30-2, 30-2...

Αλλαγή του ανανήπτη μπορεί να γίνεται κάθε 2 min. χωρίς όμως να σταματά η διαδικασία!

Εάν δεν επιθυμείτε για λόγους ασφαλείας ή ανωτέρας βίας να δώσετε εμφυσέςεις, τότε εφαρμόστε μόνο συμπίεσεις χωρίς διακοπή!

Η διαδικασία εφαρμογής θωρακικών συμπίεσεων και εμφυσέςεων σταματά μόνο εάν:

- **Υπάρχουν σημεία ζωής.**
- **Έρθει η εξειδικευμένη βοήθεια.**
- **Εξαντληθούμε.**
- **Κινδυνεύουμε από τρίτους παράγοντες.**



ΤΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ



ΒΑΣΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΖΩΗΣ ΝΕΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ στην ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ του ERC ΕΤΟΥΣ 2010

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΚΥΡΙΟΤΕΡΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ

Οι αλλαγές στην βασική υποστήριξη ζωής από τις οδηγίες του 2005, περιλαμβάνουν τις παρακάτω παρατηρήσεις:

1. Οι τηλεφωνητές των υπηρεσιών εξειδικευμένης βοήθειας, πρέπει να εκπαιδεύονται να ερωτούν και να αποσπούν τις πληροφορίες που απαιτούνται από αυτούς που κάνουν την κλήση με αυστηρά πρωτόκολλα. Αυτές οι πληροφορίες πρέπει να εστιάζονται στην αναγνώριση της ύπαρξης και της ποιότητας της αναπνοής.
Σε περιστατικό με απουσία της αναπνοής ή οποιαδήποτε ανωμαλία στην αναπνοή πρέπει να ξεκινά τηλεφωνικό πρωτόκολλο για υποψία καρδιακής ανακοπής.
Έμφαση δίνεται στην εργώδη αναπνοή σαν σημάδι καρδιακής ανακοπής.

2. Όλοι οι διασώστες, εκπαιδευμένοι και μη, πρέπει να παρέχουν τουλάχιστον θωρακικές συμπίεσεις σε θύματα καρδιακής ανακοπής. Η μεγάλη έμφαση στην πραγματοποίηση θωρακικών συμπίεσεων υψηλής ποιότητας, παραμένει ουσιώδη.



Ο στόχος πρέπει να είναι να γίνεται συμπίεση σε ένα βάθος τουλάχιστον 5 εκατοστών (χωρίς να ξεπερνά τα 6 cm) με ρυθμό τουλάχιστον 100/λεπτό (χωρίς να ξεπερνά τις 120/λεπτό), να επιτρέπουν την επαναφορά του στήθους και να ελαχιστοποιήσουν την διάρκεια των διακοπών στις θωρακικές συμπίεσεις. Οι εκπαιδευμένοι διασώστες πρέπει επίσης να παρέχουν εμφυσήσεις με αναλογία συμπίεσεων-εμφυσήσεων 30:2.

Η ΚΑΑ με μόνο θωρακικές συμπίεσεις μέσω τηλεφωνικών οδηγιών, ενθαρρύνεται μόνο για μη εκπαιδευμένους διασώστες.

3. Για την ελαχιστοποίηση του χρόνου από την εμφάνιση της ανακοπής μέχρι την έναρξη ΚΑΑ ο έλεγχος της στοματικής κοιλότητας για την ύπαρξη ξένων σωμάτων μετατίθεται από το στάδιο του ελέγχου της βατότητας του αεραγωγού, στο στάδιο μετά την εφαρμογή των πρώτων εμφυσήσεων, αν αυτές δεν είναι αποτελεσματικές.
4. Η χρήση συσκευών οδηγιών/ανατροφοδότησης κατά τη διάρκεια της ΚΑΑ ενθαρρύνεται και θα ενεργοποιήσει την άμεση ανατροφοδότηση στους διασώστες. Τα στοιχεία που αποθηκεύονται στο διασωστικό εξοπλισμό μπορεί να χρησιμοποιηθούν για την παρακολούθηση και τη βελτίωση της ποιότητας της εφαρμογής ΚΑΑ και να παρέχουν ανατροφοδότηση στους επαγγελματίες διασώστες κατά τη διάρκεια συναντήσεων ενημέρωσης και επανεκπαίδευσης.

ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΣΥΣΚΕΥΩΝ ΗΛΕΚΤΡΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΑΠΙΝΙΔΩΣΗ, ΑΠΙΝΙΔΩΣΗ, ΑΝΑΤΑΞΗ ΚΑΙ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ



Οι πιο σημαντικές παρατηρήσεις - αλλαγές στις οδηγίες του ERC για τις ηλεκτρικές θεραπείες περιλαμβάνουν:

1. Την έμφαση στη σημαντικότητα των έγκαιρων χωρίς διακοπή θωρακικών συμπίεσεων, μέσω αυτών των οδηγιών.
2. Την πολύ μεγαλύτερη έμφαση στην ελαχιστοποίηση των παύσεων πριν το σοκ και μετά το σοκ και προτείνεται η συνέχιση των θωρακικών συμπίεσεων κατά τη διάρκεια της ενεργοποίησης του απινιδιστή.
3. Δίνεται επίσης έμφαση στην άμεση επανάληψη των θωρακικών συμπίεσεων που ακολουθούν την απινίδωση. Σε συνδυασμό με τη συνέχιση των θωρακικών συμπίεσεων κατά τη διάρκεια της ενεργοποίησης για απινίδωση, η απινίδωση πρέπει να είναι εφικτή με μια διακοπή στις θωρακικές συμπίεσεις, όχι μεγαλύτερη από 5 δευτερόλεπτα.
4. Η ασφάλεια του διασώστη παραμένει κυρίαρχη, αλλά υπάρχει η εκτίμηση και η πρόταση, ότι η επικινδυνότητα βλάβης σε ένα διασώστη από την απινίδωση, είναι πολύ μικρή, ιδίως αν ο διασώστης φοράει γάντια.
Η εστίαση τώρα είναι στον ταχύ έλεγχο ασφάλειας, για την ελαχιστοποίηση των παύσεων πριν το σοκ.
5. Όταν αντιμετωπίζουμε καρδιακή ανακοπή εκτός νοσοκομείου, το προσωπικό επείγουσας ιατρικής βοήθειας πρέπει να παρέχει καλής ποιότητας Κ.Α.Α., καθώς γίνετε προσκόμιση, εφαρμογή και ενεργοποίηση του απινιδιστή, αλλά η συνηθισμένη προκαθορισμένη παροχή Κ.Α.Α. (π.χ. 2 ή 3 λεπτά) πριν γίνει η ανάλυση ρυθμού και η χορήγηση σοκ, δεν συνίσταται πλέον. Για μερικές επείγουσες ιατρικές υπηρεσίες που έχουν εφαρμόσει ένα προκαθορισμένο χρονικό διάστημα με θωρακικές συμπίεσεις πριν την απινίδωση, με δεδομένη την έλλειψη πειστικών δεδομένων που υποστηρίζουν ή διαψεύδουν αυτή τη στρατηγική, είναι λογικό για αυτούς να συνεχίσουν αυτή την πρακτική.

6. Η χρήση μέχρι τριών συνεχόμενων σοκ μπορεί να θεωρηθεί ικανοποιητική για μια αρχική αποδεδειγμένη VF/VT (κοιλιακή μαρμαρυγή/άσφυγμη κοιλιακή ταχυκαρδία) καρδιακή ανακοπή, όταν ο ασθενής είναι ήδη συνδεδεμένος σε χειροκίνητο απινιδιστή.
7. Ενθαρρύνεται η περαιτέρω ανάπτυξη των προγραμμάτων Αυτόματης Εξωτερικής Απινίδωσης - υπάρχει ανάγκη για την τοποθέτηση επιπλέον Α.Ε.Α. σε δημόσιους χώρους και κατοικημένες περιοχές.



ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΖΩΗΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΠΟ ΔΙΑΣΩΣΤΗ ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Οι πιο σημαντικές παρατηρήσεις - αλλαγές στις οδηγίες 2010 για την προχωρημένη υποστήριξη ζωής περιλαμβάνουν:

1. Αυξημένη έμφαση στην ελαχιστοποίηση των διακοπών των θωρακικών συμπίεσεων καθ' όλες τις παρεμβάσεις προχωρημένης υποστήριξης ζωής.

Οι θωρακικές συμπίεσεις διακόπτονται μόνο για την εφαρμογή συγκεκριμένων παρεμβάσεων.

2. Αυξημένη ευαισθητοποίηση (επιφυλακή) για τα προειδοποιητικά σημάδια που σχετίζονται με αυξημένη επικινδυνότητα ξαφνικού θανάτου εκτός νοσοκομείου.
3. Αφαίρεση των προτάσεων για προκαθορισμένο χρόνο καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (Κ.Α.Α.), πριν την εκτός νοσοκομείου απινίδωση, που ακολουθεί μια καρδιακή ανακοπή που δεν έγινε αναγνωρίσιμη από την υπηρεσία επείγουσας ιατρικής βοήθειας.
4. Συνέχιση των θωρακικών συμπίεσεων καθώς ενεργοποιείται ο απινιδιστής.
Αυτό μειώνει την παύση πριν το σοκ.
5. Ο ρόλος του προκάρδιου πλήγματος υποβαθμίζεται (de-emphasised).
6. Αναγνώριση ότι η εφαρμογή ενός συνολικού, δομημένου πρωτοκόλλου θεραπείας μετά την αναζωογόνηση, μπορεί να βελτιώσει την επιβίωση των θυμάτων καρδιακής ανακοπής μετά την ανάκτηση της αυτόνομης κυκλοφορίας.

ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΖΩΗΣ

Οι βασικές παρατηρήσεις - αλλαγές σε αυτές τις νέες οδηγίες για την παιδιατρική υποστήριξη ζωής, περιλαμβάνουν:

- 1. Αναγνώριση καρδιακής ανακοπής από όσους παρέχουν υγειονομική φροντίδα, πρέπει να μπορεί να διαπιστώνεται αξιόπιστα με την παρουσία ή απουσία σφυγμού σε λιγότερο από 10 δευτερόλεπτα σε παιδιά ή βρέφη. Οι παρέχοντες υγειονομική φροντίδα πρέπει να ψάχνουν για “σημεία ζωής” και αν είναι σίγουροι για την τεχνική, μπορούν να προσθέσουν ψηλάφηση σφυγμού για να διαγνώσουν καρδιακή ανακοπή και να αποφασίσουν αν πρέπει να ξεκινήσουν θωρακικές συμπιέσεις ή όχι. Η απόφαση για την έναρξη Κ.Α.Α. πρέπει να παρθεί σε λιγότερο από 10 δευτερόλεπτα. Ανάλογα με την ηλικία του παιδιού, μπορεί να ελεγχθεί ο καρωτιδικός (παιδί), βραχιόνιος (βρέφη), ή μηριαίος (παιδιά και βρέφη) σφυγμός.**
- 2. Η αναλογία συμπιέσεων-αερισμού που χρησιμοποιείται σε παιδιά, πρέπει να βασίζεται στην παρουσία ενός ή παραπάνω διασωστών. Απλοί διασώστες (πολίτες) που συνήθως διδάσκονται μόνο την τεχνική με ένα διασώστη, πρέπει να διδάσκονται τη χρήση της αναλογίας 30 συμπιέσεων με 2 αναπνοές, που είναι το ίδιο όπως στις οδηγίες για τους ενήλικες, και κάνει οποιονδήποτε εκπαιδευμένο στη Βασική Υποστήριξη Ζωής, να αναζωογονήσει παιδιά με ελάχιστες πρόσθετες πληροφορίες. Οι διασώστες με καθήκον να ανταποκρίνονται πρέπει να διδάσκονται και να χρησιμοποιούν την αναλογία συμπιέσεων - αναπνοών 15:2. Ωστόσο μπορούν να χρησιμοποιούν την αναλογία 30:2 αν είναι μόνοι τους, ιδίως αν δεν επιτυγχάνουν επαρκή αριθμό συμπιέσεων.**
- 3. Ο αερισμός παραμένει ένα πολύ σημαντικό μέρος της Κ.Α.Α. σε ανακοπές ασφυξίας. Οι διασώστες που δεν είναι ικανοί ή δεν θέλουν να παρέχουν**
- 4. αερισμό στόμα με στόμα πρέπει να ενθαρρύνονται να πραγματοποιούν τουλάχιστο μόνο συμπιέσεις - Κ.Α.Α.**

5. Η έμφαση δίνεται στην επίτευξη ποιοτικών συμπίεσεων επαρκούς βάθους με ελάχιστες διακοπές για να ελαχιστοποιηθεί ο χρόνος χωρίς ροή αίματος σαν αποτέλεσμα της διακοπής. Συμπιέστε το στήθος για τουλάχιστο το 1/3 της προσθοπίσθιας διαμέτρου του στήθους για όλα τα παιδιά (πχ περίπου 4 εκατοστά στα βρέφη και 5 εκατοστά στα παιδιά). Δίνεται έμφαση στην πλήρη απελευθέρωση του θώρακα για την εκπνοή που ακολουθεί. Και για τα παιδιά και για τα βρέφη ο ρυθμός συμπίεσεων πρέπει να είναι τουλάχιστο 100/λεπτό αλλά όχι μεγαλύτερος από 120/λεπτό.

Η τεχνική των συμπίεσεων για τα βρέφη περιλαμβάνει τις συμπίεσεις με τα δυο δάχτυλα για διασώστες που είναι μόνοι τους και την τεχνική κύκλωσης του θώρακα με τα χέρια και συμπίεση με τους δύο αντίχειρες για δύο ή παραπάνω διασώστες.

Για μεγαλύτερα παιδιά μπορεί να χρησιμοποιηθεί η τεχνική με ένα ή δύο χέρια, ανάλογα με την προτίμηση του διασώστη σε σχέση με την διάπλαση του παιδιού.

6. Οι Αυτόματοι Εξωτερικοί Απινιδιστές (Α.Ε.Α.) είναι ασφαλείς και επιτυχείς όταν χρησιμοποιούνται σε παιδιά μεγαλύτερα του ενός έτους. Τα ειδικής κατασκευής παιδιατρικά επιθέματα (pad) ή η εξασθένηση του ερεθίσματος στα 50 – 75 J, μέσω του λογισμικού της εξόδου του μηχανήματος, προτείνονται για παιδιά ηλικίας 1 – 8 ετών. Αν δεν είναι διαθέσιμο κάποιο εξασθενημένο σοκ ή ένα χειροκίνητο προσαρμοζόμενο μηχάνημα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένας Α.Ε.Α. ενήλικα χωρίς τροποποίηση σε παιδιά μεγαλύτερα του ενός έτους. Υπάρχουν αναφορές περιπτώσεων επιτυχούς χρήσης Α.Ε.Α. σε παιδιά ηλικίας μικρότερης του ενός έτους. Στη σπάνια περίπτωση που συμβαίνει ρυθμός που επιδέχεται σοκ σε παιδί μικρότερο του ενός έτους, είναι λογική η χρήση του Α.Ε.Α. (κατά προτίμηση με εξασθένηση δόσης).

7. Για να μειωθεί ο χρόνος χωρίς ροή αίματος από την παύση των συμπίεσεων, όταν χρησιμοποιείται χειροκίνητος απινιδιστής, οι θωρακικές συμπίεσεις συνεχίζονται και καθώς εφαρμόζονται και ενεργοποιούνται τα paddles ή τα αυτοκόλλητα επιθέματα

(αν το μέγεθος του στήθους του παιδιού το επιτρέπει). Οι θωρακικές συμπιέσεις διακόπτονται για λίγο μόλις ο απινιδιστής έχει ενεργοποιηθεί για να παρέχει σοκ. Για λόγους απλότητας και συμβατότητας με την Βασική Υποστήριξη Ζωής και την Προχωρημένη Υποστήριξη Ζωής ενήλικα, προτείνεται η χρήση της στρατηγικής του ενός σοκ χωρίς κλιμακωτή δόση των 4J ανά κιλό (κατά προτίμηση διφασική, αλλά και η μονοφασική είναι αποδεκτή) για απινίδωση σε παιδιά. **Οι ενδοτραχειακοί σωλήνες μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια σε μικρά παιδιά και βρέφη.** Το μέγεθος πρέπει να επιλέγεται με την εφαρμογή επικυρωμένης μεθόδου.



ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ

Τα βασικά σημεία που προσδιορίζονται από την Ομάδα Εργασίας Εκπαίδευσης και Εφαρμογής (ΕΙΤ) της Διεθνούς Επιτροπής Διασύνδεσης στην Αναζωογόνηση (ILCOR) κατά τη διάρκεια των Οδηγιών 2010, ως απόδειξη διαδικασίας αξιολόγησης είναι τα εξής:

- Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις πρέπει να αξιολογούνται για να εξασφαλίσουν αξιόπιστα την επίτευξη των μαθησιακών στόχων. **Ο στόχος είναι να εξασφαλιστεί ότι οι εκπαιδευόμενοι απέκτησαν και διατηρούν τις δεξιότητες και τη γνώση που θα τους επιτρέψει να ενεργούν σωστά σε πραγματικά περιστατικά καρδιακής ανακοπής και να βελτιωθεί η έκβαση των ασθενών.**
- Σύντομα βίντεο / σεμινάρια αυτοδιδασκαλίας με υπολογιστή, με ελάχιστη ή χωρίς καθοδήγηση εκπαιδευτή, σε συνδυασμό με πρακτική με τα χέρια, μπορεί να εξεταστεί σαν αποτελεσματική εναλλακτική πρακτική των σεμιναρίων βασικής υποστήριξης ζωής (Κ.Α.Α. και Α.Ε.Α.) καθοδηγούμενη από εκπαιδευτή.
- **Ιδανικά, όλοι οι πολίτες πρέπει να είναι εκπαιδευμένοι στην τυποποιημένη Κ.Α.Α. που περιλαμβάνει συμπίεσεις και αερισμό. Ωστόσο υπάρχουν περιπτώσεις όπου είναι κατάλληλη η εκπαίδευση στην Κ.Α.Α. με μόνο συμπίεσεις (πχ ευκαιριακή εκπαίδευση με περιορισμένο χρόνο). Αυτοί που εκπαιδεύονται στην Κ.Α.Α. με μόνο συμπίεσεις πρέπει να ενθαρρύνονται να εκπαιδευτούν στην τυποποιημένη Κ.Α.Α.**
- Οι γνώσεις και οι δεξιότητες της βασικής και προχωρημένης υποστήριξης ζωής, μειώνονται σε μόλις τρεις ως έξι μήνες. Οι συνεχείς αξιολογήσεις θα υποδείξουν τα άτομα που χρειάζονται επανάληψη εκπαίδευσης για να βοηθηθεί η διατήρηση των γνώσεων και των δεξιοτήτων τους.
- Η χρήση συσκευών οδηγίων / ανατροφοδότησης Κ.Α.Α. βελτιώνουν την απόκτηση δεξιοτήτων και την απομνημόνευση και πρέπει να χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια εκπαίδευσης απλών πολιτών και επαγγελματιών υγείας στην Κ.Α.Α.

- Η αυξημένη έμφαση στις μη τεχνικές δεξιότητες (NTS), όπως η ηγεσία, η ομαδική εργασία, η διαχείριση στόχου και η δομημένη επικοινωνία θα βοηθήσει στη βελτίωση των επιδόσεων στην Κ.Α.Α. και τη φροντίδα του ασθενούς.
- Η ενημέρωση ομάδων για το σχέδιο προσπαθειών αναζωογόνησης, και οι ακολούθως επαναλαμβανόμενες ενημερώσεις, βασισμένες στην απόδοση κατά τη διάρκεια προσομοίωσης ή πραγματικών προσπαθειών αναζωογόνησης, πρέπει να χρησιμοποιούνται για να βελτιωθεί η ατομική απόδοση και η απόδοση των ομάδων αναζωογόνησης.
- Τα αποτελέσματα ερευνών σχετικά με τις επιπτώσεις της εκπαίδευσης της αναζωογόνησης σε πραγματικό ασθενή, είναι περιορισμένα. **Παρόλο που οι έρευνες στα προπλάσματα είναι ωφέλιμες, οι ερευνητές πρέπει να ενθαρρυνθούν να μελετήσουν και να αναφέρουν τα αποτελέσματα των επιπτώσεων των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε πραγματικούς ασθενείς.**



Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός

Τομέας Σαμαρειτών, Διασωστών και Ναυαγοσωστών



τόλμησε να
γνωρίσεις
ένα κόσμο
δράσης και
προσφοράς
τόλμησε να
είσαι ο επόμενος
που θα σώσεις
μια ανθρώπινη ζωή



www.samarites.gr