

Wprowadzenie

do pierwszej pomocy

Europejskie wytyczne udzielania pierwszej pomocy
opracowane przez Johanniter International

johanniter
international



Spis treści

Przedmowa.....	3
Warunki korzystania	4
Organizacje i przedstawiciele grupy roboczej.....	5
Wprowadzenie.....	6
Podanie własnych leków poszkodowanemu.....	6
Własne bezpieczeństwo	6
Dbanie o siebie	7
Wspieranie osoby poszkodowanej.....	8
Reagowanie w nagłych sytuacjach	9
Komu pomóc pierwszemu?	10
Wprowadzenie do schematu postępowania DRS-ABCD	11
Wykonywanie resuscytacji krążeniowo-oddechowej i defibrylacji u dorosłych	16
Używanie automatycznego defibrylatora zewnętrznego (defibrylatora AED)	18
Wykonywanie resuscytacji krążeniowo-oddechowej i defibrylacji u niemowląt i dzieci	19
Zadławienie u dorosłych.....	22
Zadławienie u niemowląt i dzieci.....	23
Pozycja bezpieczna	24
Zdejmowanie kasku motocyklisty	25
Utrudnione oddychanie	26
Podtopienie	28
Ból w klatce piersiowej	29
Omdlenie	30
Krwawienie zewnętrzne	31
Wstrząs.....	33
Rany przeszywające (rany penetrujące) — dźgnięcia i postrzelenia	34
Zaburzenia z przegrzania organizmu.....	35
Zaburzenia spowodowane niskimi temperaturami.....	36
Incydenty z elektrycznością.....	38
Reakcje alergiczne	39
Napad drgawek.....	40
Urazy głowy	41
Bóle głowy.....	42
Udar.....	43
Stany nagłe u chorych na cukrzycę.....	44
Urazy kości i tkanek miękkich	46
Drobne urazy	51
Oparzenia i poparzenia	54
Atak z użyciem kwasu.....	55
Zatrucie lub celowe przedawkowanie.....	55
Ugryzienia i użądlenia.....	56

Przedmowa

W razie wypadku lub stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego **pierwsza pomoc ratuje życie**. Utrzymanie poszkodowanego przy życiu i zapewnienie mu bezpieczeństwa w trakcie oczekiwania na przybycie profesjonalnej pomocy to jeden z kluczowych etapów łańcucha opieki prowadzącego do powrotu do zdrowia. Podstawą pierwszej pomocy muszą, siłą rzeczy, być proste i w sposób przejrzysty nauczane umiejętności, które mogą być zastosowane w stresujących sytuacjach przez osoby niemające przygotowania medycznego. Celem niniejszego podręcznika jest przekazanie podstawowej wiedzy na temat pierwszej pomocy ogółowi społeczeństwa.

Johanniter International (JOIN) to stowarzyszenie zrzeszające organizacje związane z Zakonami Świętego Jana w Europie i poza jej granicami. Działająca w jego ramach Kliniczna Grupa Robocza odpowiada za utrzymanie jakości i rozpowszechnianie szkoleń w zakresie pierwszej pomocy w krajach pochodzenia takich organizacji.

Jednakże problemy z prawami autorskimi w takich krajach znacząco utrudniały — lub wręcz uniemożliwiały — szeroko zakrojone wprowadzenie pojedynczego zbioru zasad. Treści niniejszego podręcznika stanowią więc pierwsze wydanie Europejskich wytycznych udzielania pierwszej pomocy, przeznaczonych do użytku ogólnego. Jako takie odpowiadają one obecnym standardom postępowania, innym specjalistycznym wytycznym (np. dotyczącym postępowania w przypadku oparzeń) i, gdzie to tylko możliwe, bazują na dowodach. Wytyczne te będą regularnie aktualizowane przez Kliniczną Grupę Roboczą JOIN.

Należy podkreślić, że do 2019 roku nie istniał zestaw europejskich wytycznych udzielania pierwszej pomocy. Mamy nadzieję, że niniejsze wytyczne zostaną odebrane pozytywnie — jesteśmy jednocześnie otwarci na wszelkie komentarze lub sugestie, które można przysyłać bezpośrednio do naszego biura (join.office@johanniter.org).

prof. Ian Greaves

Przewodniczący Klinicznej Grupy Roboczej Johanniter International

sierpień 2019 r.

Warunki korzystania

Niniejsze wytyczne, dostępne obecnie w 15 językach, mogą być bezpłatnie wykorzystywane przez organizacje i osoby szkolące z zakresu pierwszej pomocy. W późniejszym czasie wytyczne, w dostępnych językach, zostaną udostępnione w formie mobilnej.

Jeżeli wytyczne te wykorzystywane są przez organizacje komercyjne — uprzejmie prosimy o rozważenie możliwości dokonania darowizny wspierającej pracę JOIN. Jest to możliwe za pośrednictwem naszej strony internetowej.

Wytyczne te muszą być stosowane w całości, w postaci, w jakiej zostały wydane i bez wprowadzania zmian bez uprzednich ustaleń.

Niniejsze wytyczne zapewniamy w dobrej wierze — odpowiadają one europejskiemu konsensusowi w zakresie opinii szerokiego grona ekspertów merytorycznych. Dołożyliśmy wszelkich starań, by podręcznik ten był zgodny z poradami zaczerpniętymi z autorytatywnych źródeł i aktualnymi w momencie jego wydania.

Jednakże odpowiedzialność za wykorzystanie wytycznych pozostaje po stronie osoby udzielającej pomocy. Organizacje JOIN nie ponoszą odpowiedzialności za jakiegokolwiek roszczenia wynikające ze stosowania tego podręcznika w przypadku nieprzestrzegania wytycznych. Osoby udzielające pomocy są zobowiązane samodzielnie szkolić się z najnowszej wiedzy i być świadome swoich ograniczeń co do umiejętności. Zawarte tu treści pomagają zapewnić wstępną opiekę i leczenie, ale nie zastępują porady lekarza.

Organizacje i przedstawiciele grupy roboczej

Jako przewodniczący jestem niezmiernie wdzięczny wszystkim członkom grupy roboczej — zarówno należącym do organizacji Johanniter International, jak i ekspertom, których zaproszono do pomocy w procesie opracowywania materiałów. Bez ich poświęcenia, ciężkiej pracy i gotowości do kompromisów wytyczne te nigdy by nie powstały.

dr Henrik Antell	<i>Johanniterhjälpen, Finlandia</i>
dr Christian Emich	<i>Johanniter-Unfall-Hilfe, Austria</i>
pan Ryszard Stykowski	<i>Joannici Dzieło Pomocy, Polska</i>
prof. Ian Greaves	<i>St John Ambulance, Anglia (przewodniczący)</i>
dr Davide Laetzsch	<i>Soccorso dell'Ordine di San Giovanni, Włochy</i>
pani Judith Alexander Musallam	<i>St John of Jerusalem Eye Hospital Group</i>
dr Joerg Oberfeld	<i>Johanniter-Unfall-Hilfe e.V., Niemcy</i>
pan Imre Szabján	<i>Johannita Segítő Szolgálat, Węgry</i>
dr Andreas Tanos	<i>St John Association and Brigade, Cypr</i>
dr Rainer Thell	<i>Johanniter-Unfall-Hilfe, Austria</i>
dr Sarah Vecchione	<i>Soccorso dell'Ordine di San Giovanni, Włochy</i>
pan Richard Webber	<i>St John Ambulance, Anglia</i>

Chciałbym też serdecznie podziękować dr. Paulowi Huntowi, dr. Harvey'emu Pynnowi, dr. Owenowi Williamsowi i dr. Erikowi Litoniusowi za ich wkład w pracę Klinicznej Grupy Roboczej.

Kliniczna Grupa Robocza jest wdzięczna za hojne wsparcie finansowe i poparcie rady Johanniter International oraz jej członków, którzy — świadomi istoty problemu — ułatwiali organizację zebrania przyspieszających rozwój tego projektu. Rada Johanniter International przekazała grant na jego wsparcie.

Moje podziękowania należą się też Joachimowi Berney'owi i pracownikom sekretariatu w naszej siedzibie w Brukseli.

Szczerze podziękowania przekazuję też różnym organizacjom krajowym, powiązanym na całym świecie z joannitami, którzy byli uprzejmi zgodzić się udostępnić nam swoje materiały.

Wprowadzenie

Pierwszą pomoc można zdefiniować jako natychmiastową pomoc udzieloną osobie chorej lub rannej. **Osoba przeszkolona w jej udzielaniu** to każda osoba posiadająca umiejętności i wiedzę konieczne do zapewnienia tego rodzaju opieki.

Niniejszy przewodnik przeznaczony jest dla przedstawicieli ogółu społeczeństwa lub krewnych napotykających problem medyczny i został opracowany przez Kliniczną Grupę Roboczą Johanniter International (JOIN). Poruszone tu zagadnienia obejmują nagłe sytuacje, w których udzielenie pierwszej pomocy może mieć znaczenie ratujące życie. Przedstawiony tu materiał zawiera podstawowe wskazówki i nie powinien zastępować porady lekarskiej, jeśli istnieje możliwość natychmiastowego jej zasięgnięcia. W podręczniku tym opisano zasady udzielania pierwszej pomocy w zakresie odpowiadającym jednorazowemu krótkiemu szkoleniu. Wiele przedstawionych technik może być też stosowanych przez samouków.

Na potrzeby niniejszego podręcznika niemowlę będzie oznaczało dziecko w wieku poniżej roku, a określenie dziecko będzie oznaczało dziecko w wieku od roku do ośmiu lat włącznie.

Szkolenie w zakresie pierwszej pomocy nie jest jednorazowym wydarzeniem — wymaga stałego podnoszenia umiejętności i regularnych szkoleń przypominających, aby być na bieżąco z najnowszą wiedzą i umiejętnościami.

Informacje w tym podręczniku są przedstawione w sposób pozwalający Ci na:

- poznanie roli osoby udzielającej pomocy,
- radzenie sobie w sytuacji wymagającej udzielenia pierwszej pomocy,
- zrozumienie sposobu, w jaki warunki mogą wpływać na zakres koniecznej pierwszej pomocy,
- leczenie określonych urazów,
- postępowanie w przypadku powszechnie spotykanych chorób,
- zdobycie wiedzy na temat potrzebnego sprzętu do udzielania pierwszej pomocy i sposobów używania go.

Podanie własnych leków poszkodowanemu

Osoby przeszkolone w udzielaniu pierwszej pomocy zachęca się do udzielenia pomocy poszkodowanemu w przyjmowaniu własnych leków, jeśli zostanie to uznane za stosowne. Może to obejmować na przykład korzystanie z inhalatora przez astmatyków lub ze wstrzykiwaczy w przypadku wystąpienia ciężkich reakcji alergicznych.

Własne bezpieczeństwo

Osoba udzielająca pomocy musi jak najlepiej, na ile pozwalają okoliczności, chronić się przed narażeniem na płyny ustrojowe (np. wymiociny, mocz lub krew). Ważne są pewne elementy środków ochrony indywidualnej (nazywanych też skrótowo PPE):

- rękawiczki jednorazowe,
- osłona twarzy (ograniczająca ryzyko zakażenia podczas sztucznego oddychania),
- do rozważenia — żel na bazie alkoholu lub podobny produkt, stosowany przed interwencją i po jej zakończeniu.

Mycie rąk zmniejsza ryzyko przenoszenia drobnoustrojów i zanieczyszczeń między osobą udzielającą pomocy a poszkodowanym. Najlepiej ręce wymyć dokładnie mydłem i bieżącą, ciepłą wodą przed kontaktem z poszkodowanym i po nim lub po wykonaniu czynności, które mogą spowodować zanieczyszczenie. Po umyciu ręce należy dokładnie wysuszyć, najlepiej używając jednorazowych ręczników. Jeśli nie ma dostępu do wody i mydła, a na rękach nie ma widocznych zabrudzeń, można użyć żelu lub płynu na bazie alkoholu.

Dbanie o siebie

Jako osoba udzielająca pomocy masz umiejętności i wiedzę pozwalającą uratować życie. Pomaganie innym zwykle jest satysfakcjonującym i pozytywnym doświadczeniem. Jednak u każdego z nas mogą pojawić się różnorakie negatywne uczucia — wątpliwości, lęk, smutek czy drażliwość. Sytuacje, w których uczestniczą dzieci, wielu poszkodowanych lub okoliczności mające wpływ na bardziej osobistą płaszczyznę mogą być szczególnie przygnębiające. Jako osoba udzielająca pomocy musisz znać teorię i ćwiczyć umiejętności wymagane do przeprowadzenia prostych procedur, by w każdych okolicznościach wiedzieć, że zrobiło się wszystko, co można było zrobić.

Pojawiające się negatywne uczucia zwykle gwałtownie znikają, a często po nich pojawiają się ulga, zadowolenie i akceptacja. Jeśli jednak negatywne uczucia dalej wpływają na Twoje normalne aktywności w życiu osobistym, towarzyskim lub w pracy, należy zgłosić się po pomoc lekarską.

Każdy reaguje inaczej na trudne sytuacje, a niektóre osoby są bardziej podatne na stres od innych. Nadrzędnym celem jest ochrona Twojego zdrowia i poznanie swoich potrzeb podczas radzenia sobie ze stresującym incydentem.

Po udzieleniu pierwszej pomocy większość osób nie będzie odczuwała znacznych lub długotrwałych problemów. W rzeczywistości dla większości będzie to satysfakcjonujące, niezależnie od wyniku, doświadczenie, przynoszące zadowolenie z faktu, że dokonano się zmiany. Jest to zupełnie normalne.

Długotrwałe problemy są relatywnie rzadkie, a kluczem do poradzenia sobie z nimi jest rozpoznanie niewystarczającego radzenia sobie lub występowania nieprawidłowych funkcji albo reakcji (u siebie samego lub u innych osób) oraz jak najszybsze zgłoszenie się po pomoc.

Gdzie uzyskać pomoc?

Pomocy możesz szukać u swojego lekarza rodzinnego, a w przypadku przynależności do krajowych organizacji zajmujących się pierwszą pomocą, takich jak Joannici, koledzy, zachowując pełną dyskrecję, będą mogli wskazać Ci możliwości uzyskania pomocy i udzielić wsparcia.

*Bycie nie w porządku jest w porządku,
ale w porządku jest też być w porządku.*

Wspieranie osoby poszkodowanej

Osoby poszkodowane w wypadkach oraz stanach nagłych mogą też ponieść konsekwencje psychologiczne. Istnieje jednak zbiór pewnych prostych rad, które osoba udzielająca pomocy może zastosować, by ograniczyć prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych skutków. Takie podejście można też nazwać **pierwszą pomocą psychologiczną**, cenną dla osób poszkodowanych w traumatycznych wypadkach. Jeśli okoliczności są sprzyjające, może być wskazane przedstawienie osobie poszkodowanej strategii radzenia sobie z trudnymi sytuacjami oraz omówienie wzorów zachowań, które powinny przekonać ją do zgłoszenia się po pomoc. W tabeli podano podsumowanie zachowań korzystnych i potencjalnie szkodliwych.

KORZYSTNE	POTENCJALNIE SZKODLIWE
■ Rozmowa i udzielenie wsparcia ■ Uczestnictwo w pozytywnych aktywnościach ■ Przestrzeganie zwyczajowego planu dnia ■ Zdrowy styl życia ■ Stosowanie metod relaksacyjnych ■ Udział w grupach wsparcia ■ Zgłoszenie się po profesjonalną poradę	■ Radzenie sobie z problemami przez picie alkoholu lub przyjmowanie narkotyków ■ Odcięcie się od rodziny i przyjaciół ■ Rzucenie się w wir pracy ■ Świadome podejmowanie ryzykownych zachowań ■ Unikanie myślenia lub rozmawiania o zdarzeniu

Reagowanie w nagłych sytuacjach

Istotne jest, by w nagłych sytuacjach postępować zgodnie z jasno określonym planem. Pomoże ci to ustalić priorytet twoich działań i zareagować właściwie i skutecznie.

Większość incydentów, z jakimi osoba udzielająca pomocy ma styczność, będzie względnie niegroźna. Poszkodowani mogą nie wymagać dalszej opieki medycznej, a nawet jeśli — wezwanie karetki ratunkowej może nie być konieczne. W większości przypadków poszkodowani będą w stanie zgłosić się do innych lekarzy albo do szpitala, korzystając z innych środków transportu. W gestii osoby udzielającej pomocy leży wstępna segregacja¹ poszkodowanych i wskazanie najlepszej drogi dalszego postępowania (co może obejmować po prostu powrót do domu lub do pracy).

Jeśli zdarzenie jest poważniejsze, to konieczne jest podjęcie pewnych kroków, a osoba udzielająca pomocy musi:

- ocenić występujące niebezpieczeństwo i zabezpieczyć obszar zdarzenia, jeśli to tylko możliwe,
- zadzwonić pod 999/112 i wezwać, jeśli to konieczne, służby ratunkowe.

Informując dyspozytora służb ratunkowych o zdarzeniu, należy na samym początku podać swoje imię, nazwisko i numer telefonu. Informacje należy przekazywać skrótowo i wyraźnie. Należy podać następujące szczegóły:

- opis sytuacji (co się stało),
- miejsce (gdzie miało miejsce zdarzenie i jak tam dotrzeć),
- liczbę osób rannych (spośród osób poszkodowanych),
- występujące (rzeczywiste i potencjalne) zagrożenia,
- potrzebne służby ratunkowe.

Po zakończeniu połączenia musisz zrobić wszystko, co w Twojej mocy, aby zapewnić opiekę do momentu przybycia dalszej pomocy. Możesz uzyskać telefoniczne wsparcie od dyspozytora służb ratunkowych. Niekiedy nie będzie można zrobić nic innego poza zapewnieniem wsparcia i towarzyszenia do momentu przybycia pomocy — jest to jednak bardzo cenne.

Jeśli sytuacja nagła miała miejsce na większym obszarze upewnij się, że wysłano kogoś na spotkanie służbom ratunkowym, by wskazać im drogę do miejsca zdarzenia.

Jeśli będzie to możliwe i możesz to zrobić, zbierz leki od poszkodowanych, bezpiecznie odprowadź zwierzęta z miejsca zdarzenia, a jeśli jest ciemno — pamiętaj o pozostawieniu włączonych świateł, dzięki czemu łatwiej będzie Cię znaleźć.

Podczas udzielania pierwszej pomocy ważne jest zapewnienie poszkodowanym godności i prywatności, i to w maksymalnym stopniu. Warto pamiętać o różnicach kulturowych. Ponadto, udzielając pierwszej pomocy dziecku, upewnij się, że obecny jest jego rodzic lub inna osoba dorosła.

¹ Segregacja to termin stosowany w odniesieniu do wskazania poszkodowanemu najlepszej formy dalszej opieki.

Komu pomóc pierwszemu?

Czasami zdarzenie dotyka więcej niż jednego poszkodowanego. W takich rzadkich przypadkach konieczne jest określenie, kto najbardziej wymaga pomocy.

Twoim celem w takiej sytuacji jest zrobienie jak najwięcej dla jak największej liczby osób i chrońnię życia.

Jeśli sytuacja jest wciąż niebezpieczna, wszyscy poszkodowani, którzy mogą chodzić, powinni odejść lub zostać odprowadzeni w bezpieczne miejsce, zwykle nieco oddalone od miejsca zdarzenia, aby tam oczekiwać na dalszą interwencję.

U pozostałych poszkodowanych należy najpierw skupić się na powstrzymaniu poważnych krwotoków i udrożnieniu dróg oddechowych oraz podtrzymaniu oddychania.

W podręczniku pierwszej pomocy korzystamy z mnemonika **DRS-ABCD**, który zostanie szerzej omówiony na kolejnej stronie. Jest to prosty i łatwy do zapamiętania dla osób udzielających pomocy schemat postępowania w związku z występującym zdarzeniem.

Wprowadzenie do schematu postępowania DRS-ABCD

W tej części podręcznika zapoznamy Cię z kompleksowym podejściem do udzielania pierwszej pomocy zapewniającym bezpieczną ocenę stanu poszkodowanego, niedopuszczenie do doznania przez nią dalszych szkód oraz identyfikację oczywistych przyczyn nagłego zagrożenia zdrowotnego u poszkodowanego i podjęcie stosownego postępowania. Oto schemat postępowania **DRS-ABCD**:

D	▪ DANGER (NIEBEZPIECZEŃSTWO)
R	▪ RESPONSIVE? (CZY POSZKODOWANY REAGUJE?)
S	▪ STOP SEVERE BLEEDING (ZATAMUJ SILNE KRWAWIENIE) ▪ SUMMON/SEND FOR HELP (WEZWIJ POMOC)
A	▪ AIRWAY (DROGI ODDECHOWE)
B	▪ BREATHING (ODDYCHANIE)
C	▪ CPR ² /CIRCULATION (RESUSCYTACJA/ KRAŻENIE)
D	▪ DEFIBRILLATION/DISABILITY (DEFIBRYLACJA/ STAN PRZYTOMNOŚCI)

² Resuscytacja krążeniowo-oddechowa (RKO)

Jako osoba udzielająca pierwszej pomocy będziesz miał do czynienia z dwiema grupami poszkodowanych: osobami, które doznały urazu, i osobami, które nagle zachorowały. Schemat **DRS-AB-CD** stanowi ramy postępowania w przypadku obu grup poszkodowanych. Przyjrzymy się teraz każdemu z tych etapów.

Dwa pierwsze etapy — D i R — są identyczne w przypadku urazu i w przypadku nagłego zachorowania.

D

▪ **DANGER (NIEBEZPIECZEŃSTWO)**

Osoby udzielające pierwszej pomocy nie mogą narażać się na ryzyko w trakcie ratowania poszkodowanych (Rycina 1.). Osoba udzielająca pomocy powinna upewnić się, że może udzielić pomocy bez narażania siebie na niebezpieczeństwo, a w przypadku zidentyfikowania niebezpieczeństwa powinna dopilnować, aby wszystkie pozostałe osoby usunęły się do miejsca, w którym będą bezpieczne. Może się zdarzyć, że udzielenie pierwszej pomocy w sposób bezpieczny nie będzie możliwe. Wówczas trzeba poczekać na przybycie służb ratunkowych, które są przeszkolone do pracy w sytuacjach niebezpiecznych. Takie zachowanie (tzw. odczekanie na przybycie służb ratunkowych) jest całkowicie uzasadnione i na miejscu — nigdy nie czuj się zmuszony do podejmowania zbędnego ryzyka.



► Rycina 1. — Sprawdzanie, czy miejsce udzielania pomocy jest bezpieczne

R

▪ **RESPONSIVE? (CZY POSZKODOWANY REAGUJE?)**

Kolejnym krokiem jest sprawdzenie, czy poszkodowany reaguje na bodźce zewnętrzne. W większości przypadków reakcja poszkodowanego na bodźce zewnętrzne będzie oczywista na podstawie tego, że osoba ta rozmawia z Tobą lub spójnie odpowiada na Twoje pytania. Jeśli poszkodowany nie reaguje na Twój głos, delikatnie uszczypnij ją w płatek uszny. (Rycina 2.). Nie potrząsaj energicznie poszkodowanym, gdyż może to doprowadzić do pogłębienia się ewentualnych obrażeń.



► Rycina 2. — Uszczypnięcie w płatek uszny

Czynności wykonywane w ramach następnych etapów sekwencji S-ABCD będą zależały od tego, czy mamy do czynienia z urazem, czy nagłym zachorowaniem:

S

- STOP SEVERE BLEEDING (ZATAMUJ SILNE KRWAWIENIE)
- SUMMON/SEND FOR HELP (WEZWIJ POMOC)

Jeśli poszkodowany jest ranny i obficie krwawi, należy natychmiast podjąć próbę zatamowania krwawienia (zobacz strona 31).

Następnym krokiem może być **wezwanie pomocy**. Najlepiej pozostać z poszkodowanym i pomoc wezwać z telefonu komórkowego, włączając opcję rozmowy przez głośnik. Dyspozytor służb ratunkowych, jeśli uzna to za konieczne, udzieli Ci dalszych wskazówek.

Jeśli nie jest to możliwe, a na miejscu zdarzenia jest drugi świadek, wyślij go, aby zadzwonił po pomoc, a następnie wrócił, powiadomić Cię, że pomoc jest w drodze. W obu przypadkach, jeśli dostępny jest automatyczny defibrylator zewnętrzny (AED, ang. automated external defibrillator), należy dopilnować jego przyniesienia. Dyspozytor służb ratunkowych powie Ci, gdzie znajduje się najbliższy defibrylator.

A

- AIRWAY (DROGI ODDECHOWE)

Jeśli poszkodowany nie reaguje, sprawdź drogi oddechowe. Jeśli w jamie ustnej poszkodowanego znajdują się jakiegokolwiek widoczne przeszkody, wówczas, jeśli jest to możliwe i bezpieczne, należy je usunąć.

Następnie udrażnia się drogi oddechowe, wykonując prosty rękoczyn — **odgięcie głowy do tyłu z równoczesnym uniesieniem żuchwy** (Rycina 3.).

Opuszki palców jednej ręki umieść pod żuchwą poszkodowanego, a następnie unieś ją i trzymaj w tej pozycji. Drugą rękę połóż na czole poszkodowanego i delikatnie odegnij jego głowę do tyłu. Wykonanie powyższych czynności powinno usunąć niedrożność dróg oddechowych spowodowaną zapadnięciem się języka.

Istnieje kilka niewielkich różnic w utrzymywaniu drożności dróg oddechowych u dzieci. Różnice te opisano na stronie 19.



► Rycina 3. — Rękoczyn odgięcia głowy do tyłu z uniesieniem żuchwy

B

▪ BREATHING (ODDYCHANIE)

W kolejnym kroku sprawdzamy, czy poszkodowany prawidłowo oddycha. Prawidłowe oddychanie cechuje się regularnymi oddechami, które wykonywane są bez nieuzasadnionego wysiłku.

Aby ocenić oddychanie, sprawdź przez maksymalnie 10 sekund, czy **WIDZISZ** ruchy klatki piersiowej i czy przy ustach poszkodowanego **SŁYSZYSZ** i **CZUJESZ** jego oddech (Rycina 4.). Jeśli nie masz pewności, czy poszkodowany oddycha prawidłowo, uznaj, że nie oddycha.



► Rycina 4. — Sprawdź, czy widzisz, słyszysz i czujesz oddech poszkodowanego

Jeśli poszkodowany:

- **reaguje i oddycha prawidłowo** — ułóż go w wygodnej pozycji i przejdź do oceny KRAŻENIA,
- **nie reaguje, ale oddycha prawidłowo** — ułóż go w pozycji bezpiecznej (strona 24) i przejdź do oceny KRAŻENIA,
- **nie reaguje ani nie oddycha prawidłowo** — natychmiast przejdź do kroku C i rozpocznij resuscytację (strona 16).

Jeśli jesteś jedynym świadkiem zdarzenia, może być konieczne, abyś odszedł na chwilę od poszkodowanego, upewnić się, że pomoc jest w drodze.

C

▪ CPR/CIRCULATION (RESUSCYTACJA/ KRAŻENIE)

- **Jeśli poszkodowany wymaga resuscytacji, postępuj zgodnie z instrukcjami na stronie 16.**
- W przeciwnym razie oceń KRAŻENIE poprzez sprawdzenie, czy u poszkodowanego nie występują objawy wstrząsu (strona 33).

D

▪ DEFIBRILLATION/DISABILITY (DEFIBRYLACJA/ STAN PRZYTOMNOŚCI)

Jeśli resuscytacja jest w toku, przymocuj elektrody defibrylatora AED, jak tylko zostanie on dostarczony na miejsce zdarzenia (zobacz strona 18) i postępuj zgodnie z poleceniami głosowymi wydawanymi przez urządzenie.

Jeśli resuscytacja nie jest konieczna, w kolejnym kroku oceniamy STAN PRZYTOMNOŚCI przy użyciu skali oceny reakcji poszkodowanego na bodźce zewnętrzne, zwanej skalą AVPU.



► Rycina 5. — Międzynarodowy symbol defibrylatora automatycznego AED

Wyróżnia się następujące cztery poziomy reakcji:

A — (ang. alert) Czy poszkodowany jest w pełni świadomy?

V — (ang. voice) Czy poszkodowany reaguje na głos?

P — (ang. pain) Poszkodowany reaguje wyłącznie na ból (uszczyknięcie w płatek uszny, jak pokazano na rycinie Rycina 2.).

U — (ang. unresponsive) Poszkodowany nie reaguje na bodźce.

W ramach oceny STANU PRZYTOMNOŚCI pytamy poszkodowanego, czy może poruszyć każdą z kończyn i czy w każdej z nich ma zachowane czucie.

Na tym kończy się wstępne postępowanie z poszkodowanym według schematu **DRS-ABCD**. Jeśli tymczasem doszło do pogorszenia się stanu poszkodowanego, przeprowadzamy powyższą ocenę ponownie.

Jeśli stan poszkodowanego nie uległ zmianie, przechodzimy do szczegółowej oceny stanu poszkodowanego od stóp do głów, poszukując wszelkich innych urazów oraz zadając pytania o wszelkie objawy chorobowe. Naszą ocenę możemy też oprzeć na objawach chorobowych stwierdzonych w trakcie wstępnej oceny przeprowadzanej według schematu **DRS-ABCD**.

Informacje te możemy następnie przekazać służbom ratunkowym, kiedy zjawią się na miejscu zdarzenia.

Na kolejnych stronach tego podręcznika opisano bardziej szczegółowo fazy schematu **DRS-ABCD**, oznaczając je (w górnej części strony) ikonami ze stosowną literą odpowiadającą omawianej części sekwencji DRS-ABCD. Na przykład:



odnosi się do fazy „Resuscytacja/krążenie” schematu DRS-ABCD

Wykonywanie resuscytacji krążeniowo-oddechowej i defibrylacji u dorosłych

W tym rozdziale objaśniono sposób udzielania pierwszej pomocy osobom DOROSŁYM, które nie reagują ani nie oddychają prawidłowo.

Uciskanie klatki piersiowej wykonuje się w celu ręcznego pompowania krwi przez układ krążenia poszkodowanego, aby zapewnić dopływ tlenu do mózgu i serca. Oprócz uciskania klatki piersiowej należy jak najszybciej użyć defibrylatora automatycznego AED.

999 Pamiętaj o jak najszybszym wezwaniu pomocy 112

Podstawowe zasady udzielania pierwszej pomocy w tej sytuacji obrazuje tzw. ŁAŃCUCH PRZEŻYCIA (Rycina 6.).



► Rycina 6. — Łańcuch przeżycia

Zasadnicze ogniwa:

- Wczesne rozpoznanie i wezwanie pomocy
- Niezwłoczne rozpoczęcie uciskania klatki piersiowej
- Jak najszybsze użycie defibrylatora automatycznego AED
- Wdrożenie opieki specjalistycznej

Resuscytacja obejmuje uciskanie klatki piersiowej i wykonywanie oddechów ratowniczych. Jeżeli nie chcesz lub nie potrafisz wykonywać oddechów ratowniczych, ogranicz się do **uciskania klatki piersiowej w sposób ciągły**, bez przerw na oddechy ratownicze.

Uciskanie klatki piersiowej

Uciskanie klatki piersiowej jest męczące i najlepiej wykonywać je na zmianę, wymieniając się z drugą (lub kolejną) osobą co dwie minuty. Resuscytacji nie należy przerywać, chyba że u poszkodowanego powrócą oznaki życia, przybędzie pomoc medyczna lub osoba wykonująca czynności resuscytacyjne ulegnie wyczerpaniu.

- Ułóż poszkodowanego w pozycji na plecach na twardym podłożu i uklęknij obok jego klatki piersiowej.
- Ułóż nasadę jednej ręki na środku klatki piersiowej poszkodowanego, a na niej nasadę drugiej ręki, z wyprostowanymi ramionami (Rycina 7.).
- Wykonaj 30 uciśnień klatki piersiowej, starając się utrzymać ich częstotliwość w zakresie 100–120 na minutę.
- Każdy ucisk należy wykonywać zdecydowanym ruchem na głębokość 5–6 cm, za każdym razem pozwalając klatce piersiowej unieść się swobodnie, cały czas trzymając na niej swoje ręce (Rycina 7.).



► Rycina 7. — Uciskanie klatki piersiowej

Wykonywanie oddechów ratowniczych



► Rycina 8. — Odgięcie głowy do tyłu z uniesieniem żuchwy



► Rycina 9. — Oddech ratowniczy

- Stosunek ucisków klatki piersiowej do oddechów powinien wynosić 30 : 2.
- Unieś żuchwę poszkodowanego i odegnij jego głowę do tyłu (Rycina 8.).
- Osłona twarzowa lub maska twarzowa zwiększają bezpieczeństwo wykonywania oddechów ratowniczych i sprawiają, że czynność ta jest łatwiej akceptowalna przez osobę udzielającą pomocy.
- Obejmij swoimi ustami usta poszkodowanego, upewniając się, że nie ma przecieku powietrza, i zaciśnij skrzydełka nosa poszkodowanego (Rycina 9.).
- Spróbuj wykonać dwa wdechy, każdy trwający około sekundy, tak aby przy każdym wdechu widoczne było unoszenie się klatki piersiowej poszkodowanego.
- Jeśli próba wykonania wdechu nie powiedzie się, przed kolejną próbą ponownie sprawdź, czy w drogach oddechowych nie ma widocznej przeszkody (a jeśli jest, usuń ją), a następnie ponownie odchyl głowę poszkodowanego do tyłu i unieś żuchwę.

Jeżeli nie chcesz lub nie potrafisz wykonywać oddechów ratowniczych, wykonuj jedynie **uciskanie klatki piersiowej**. W większości krajów dyspozytor służb ratunkowych przekazuje osobom udzielającym pomocy instrukcje resuscytacji. Należy się do nich jak najstaranniej stosować.

Używanie automatycznego defibrylatora zewnętrznego (defibrylatora AED)

Zastosuj defibrylator, jak tylko zostanie przyniesiony na miejsce zdarzenia. Otwórz futerał, włącz urządzenie i postępuj zgodnie z poleceniami głosowymi wydawanymi przez nie. Defibrylator automatycznie monitoruje częstość akcji i rytm serca i wyemituje wyładowanie tylko wtedy, gdy będzie ono konieczne. Jeśli u poszkodowanego występuje zaburzenie rytmu serca, które można wyleczyć defibrylacją, to im szybciej poszkodowany zostanie zdefibrylowany, tym większe ma szanse przeżycia.

Defibrylacja może być bezpiecznie przeprowadzona również u kobiet w ciąży.

Unresponsive and not breathing normally

Call for help

Give 30 chest compressions

Give 2 rescue breaths

Continue CPR 30:2

Use AED as soon as available

► Tabela 1. — Algorytm podstawowych czynności podtrzymujących życie

Wykonywanie resuscytacji krążeniowo-oddechowej i defibrylacji u niemowląt i dzieci

Na potrzeby niniejszego podręcznika przyjmuje się, że niemowlęciem jest osoba poniżej pierwszego roku życia, a dzieckiem — osoba w wieku od jednego do ośmiu lat (włącznie).

W przypadku niemowląt i dzieci postępujemy zgodnie z tym samym schematem **DRS-ABCD** co u dorosłych, z następującymi jednak wyjątkami:

Uciskanie klatki piersiowej

Podczas resuscytacji klatkę piersiową należy uciskać na poziomie mostka na co najmniej jedną trzecią głębokości klatki, czyli na głębokość około 4 cm u niemowląt i 5 cm u dzieci.

Uciskanie klatki piersiowej u niemowląt

- Osoba udzielająca pomocy, która działa w pojedynkę, powinna uciskać mostek opuszkami dwóch palców (Rycina 10.).
- W przypadku obecności na miejscu zdarzenia dwóch lub większej liczby osób udzielających pomocy jedna z nich powinna wykonywać uciskanie klatki piersiowej metodą okrężną, druga natomiast powinna wykonywać oddechy ratownicze:
 - Oba kciuki umieścić na płasko, jeden obok drugiego, w dolnej części mostka (Rycina 11.), tak aby opuszki skierowane były ku główce niemowlęcia.
 - Pozostałymi palcami rąk (nie rozpościerając ich) obejmij dolną część klatki piersiowej niemowlęcia, tak aby opuszki palców podtrzymywały plecki niemowlęcia.
 - Uciskaj dolną część mostka dwoma kciukami na co najmniej jedną trzecią głębokości klatki piersiowej niemowlęcia, czyli na około 4 cm.



► Rycina 10. — Technika dwóch palców



► Rycina 11. — Technika okrężna

Uciskanie klatki piersiowej u dzieci

- Ułóż nasadę jednej ręki na dolnej części mostka.
- Unieś palce, aby mieć pewność, że nie uciskasz żeber dziecka (Rycina 12.).
- Przyjmij pozycję ciała pionowo nad klatką piersiową poszkodowanego dziecka i z wyprostowanymi łokciami uciskaj mostek na co najmniej jedną trzecią głębokości klatki piersiowej, czyli na około 5 cm.
- U starszych dzieci cel ten może być łatwiejszy do osiągnięcia obiema rękami (podobnie jak przy resuscytacji dorosłych).



► Rycina 12. — Ułożenie rąk w trakcie uciskania klatki piersiowej u dzieci

Oddechy ratownicze

Pamiętaj, że do niedrożności dróg oddechowych dochodzi częściej u dzieci i że w tej grupie wiekowej należy poświęcić więcej czasu i uwagi udrażnianiu dróg oddechowych, zanim podejmie się wykonywanie oddechów ratowniczych.

U niemowląt unikaj nadmiernego odchylania główki, gdyż możesz w ten sposób spowodować niedrożność dróg oddechowych. Idealna jest pozycja pokazana na rycinie (Rycina 13.).

Podczas wykonywania oddechów ratowniczych u młodszych dzieci zachowaj najwyższą ostrożność, aby nie doprowadzić do hiperinflacji, czyli nadmiernego „nadmuchania” klatki piersiowej.

Przy wykonywaniu oddechów ratowniczych u mniejszych dzieci może być wygodniej szczelnie objąć ustami usta i nos dziecka.

Czynności ratunkowe należy prowadzić, aż stan niemowlęcia/dziecka poprawi się i pojawią się oznaki życia lub zjawi się pomoc medyczna, która przejmie od Ciebie działania ratujące życie.

Jeśli musisz opuścić miejsce zdarzenia w celu wezwania pomocy, najlepiej zabierz ze sobą poszkodowane niemowlę lub małe dziecko.



► Rycina 13. — Neutralna pozycja główki u niemowląt

U dzieci nie należy używać defibrylatora AED.

U dzieci, z defibrylatorem, najlepiej używać elektrod pediatricznych. Jeśli nie są dostępne, należy użyć standardowych elektrod dla dorosłych, umieszczając je jedną na przedzie klatki piersiowej, a drugą na plecach — jak pokazano to na rycinie Rycina 14.



► Rycina 14. — Umieszczenie elektrod defibryla

Zadławienie u dorosłych

Zadławienie to stan częsty, szczególnie u małych dzieci i osób starszych. W przypadku jego wystąpienia proste czynności ratunkowe mogą uratować życie. Należy postępować zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**. Objawy zadławienia obejmują:

- kaszel, świszczący oddech lub krztuszenie się,
- trudności w oddychaniu, mówieniu lub przełykaniu,
- panikę,
- chwytanie się za gardło,
- wydawanie nietypowych dźwięków, np. świstów, podczas oddychania,
- niereagowanie na bodźce zewnętrzne.

Oto czynności, jakie należy podjąć:

- Zachęć poszkodowanego do kaszlu.
- Jeśli kaszel nie spowoduje usunięcia ciała obcego, wyślij po pomoc, a następnie:
- Pochyl poszkodowanego do przodu i wykonaj pięć mocnych uderzeń w okolicę międzyłopatkową nasadą ręki w sposób pokazany na rycinie (Rycina 15.).
- Jeśli pomimo uderzeń w okolicę międzyłopatkową nie udaje się usunąć niedrożności dróg oddechowych, wykonaj do pięciu uciśnień nadbrzusza (zwanym też rękoczynem Heimlicha). Uciśnięcia nadbrzusza najlepiej wykonuje się, stając za poszkodowanym, jedną ręką układając w pięść i kładąc ją na nadbrzuszu pod samym mostkiem poszkodowanego. Drugą ręką należy objąć zaciśniętą pięść pierwszej ręki i energicznie pociągnąć ku górze i do siebie (Rycina 16.).

Należy na zmianę wykonywać po pięć uderzeń w okolicę międzyłopatkową i pięć uciśnień nadbrzusza, aż niedrożność dróg oddechowych zostanie usunięta albo poszkodowany przestanie reagować.



► Rycina 15. — Uderzenia w okolicę międzyłopatkową



► Rycina 16. — Uciśnięcia nadbrzusza

Co zrobić, jeśli dławiąca się osoba straci przytomność?

- Jeśli poszkodowany znajduje się z pozycji siedzącej lub stojącej, przytrzymaj go, aby bezwrazowo osunął się na podłoże i ułóż jego ciało w pozycji na plecach.
- Wezwij pomoc i natychmiast rozpocznij resuscytację.
- Kontynuuj resuscytację do pojawienia się profesjonalnej pomocy lub usunięcia ciała obcego zatykającego drogi oddechowe.

Zadławienie u niemowląt i dzieci

U wszystkich niemowląt i dzieci pierwszą czynnością jest zachęcenie ich do kaszlu.

Jeśli kaszel okaże się nieskuteczny, należy wykonać pięć uderzeń w okolicę międzyłopatkową.

U starszych dzieci uderzenia w okolicę międzyłopatkową należy wykonywać tą samą techniką co u dorosłych (Rycina 15.).

Niemowlęta i młodsze dzieci należy ułożyć główką skierowaną w dół, przy czym główkę należy podtrzymać. W zależności od wieku i rozmiarów ciała dziecka układamy je na swoim przedramieniu lub udzie. Główkę dziecka należy przytrzymać dłonią, palcami tej ręki trzymając dziecku otwarte usta. Przedramię powinno być skierowane nieznacznie ku dołowi, co ma sprzyjać wypadnięciu ciała obcego z dróg oddechowych pod wpływem sił grawitacji. Wykonaj pięć uderzeń w okolicę międzyłopatkową tak jak u dorosłych, tyle że delikatniej (Rycina 17.).

Jeśli to nie spowoduje uwolnienia ciała obcego, kolejne kroki będą uzależnione od wieku dziecka:

- U niemowląt wykonuje się uciśnięcia klatki piersiowej.
 - Wykonaj do pięciu uciśnięć klatki piersiowej. Wyglądają one tak samo jak normalne uciśnięcia klatki piersiowej, z tym że wykonywane są w wolniejszym tempie (Rycina 18.).
 - Celem jest zlikwidowanie niedrożności za pomocą pojedynczego uderzenia, a nie całej serii pięciu uciśnięć, w związku z czym ważne jest sprawdzanie po każdym uciśnięciu, czy doszło do poprawy.
- U dzieci stosuje się uciśnięcia nadbrzusza (techniką stosowaną u dorosłych — zobacz Rycina 16.).

U niemowląt i dzieci pięć uderzeń w okolicę międzyłopatkową należy wykonywać na zmianę, odpowiednio, z pięcioma uciśnięciami klatki piersiowej i pięcioma uciśnięciami nadbrzusza. Jeśli niemowlę lub dziecko przestanie reagować, należy rozpocząć resuscytację (w sposób objaśniony wyżej).



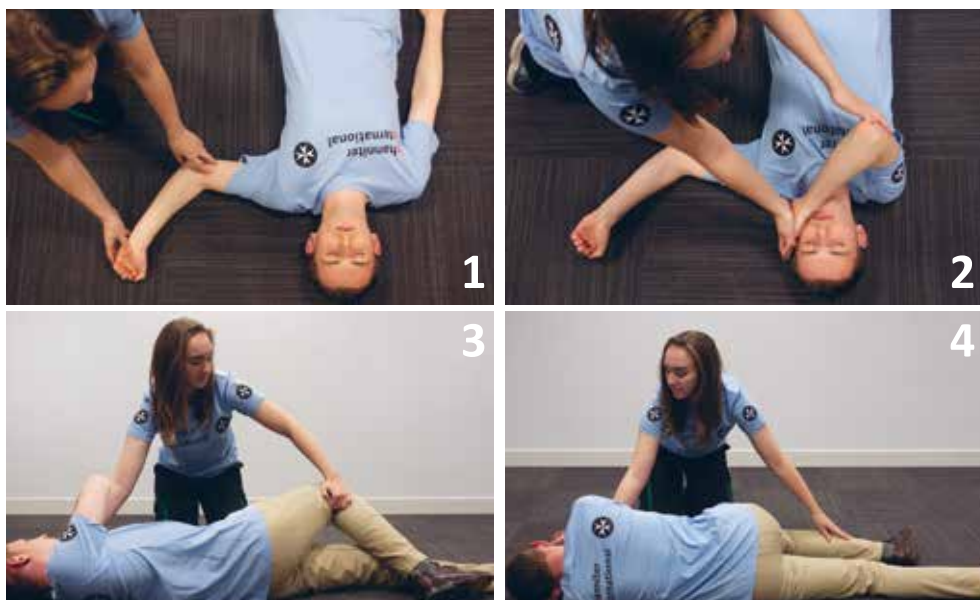
► Rycina 17. — Uderzenia w okolicę międzyłopatkową u niemowlęcia lub małego dziecka



► Rycina 18. — Uciśnięcia klatki piersiowej u niemowlęcia lub małego dziecka

Pozycja bezpieczna

Osoba niereagująca, która oddycha prawidłowo, narażona jest na ryzyko śmierci, jeśli dojdzie u niej do niedrożności dróg oddechowych. Ułożenie jej wówczas w pozycji bezpiecznej daje pewność, że drogi oddechowe pozostaną u niej drożne. Udrożnienie dróg oddechowych jest ważniejsze od obaw o potencjalny uraz szyi czy kręgosłupa. Jeśli u poszkodowanego występuje istotne ryzyko urazu kręgosłupa, a oddycha on prawidłowo, należy go pozostawić w pozycji zastanej (strona 49).



► Rycina 19. — Układanie poszkodowanego w pozycji bezpiecznej

Rycina 19. przedstawia sposób ułożenia osoby dorosłej lub dziecka w pozycji bezpiecznej.

Jak tylko ułożysz poszkodowanego w pozycji bezpiecznej:

- Wezwij telefonicznie służby ratunkowe lub poślij kogoś, aby to uczynił.
- Regularnie sprawdzaj, czy poszkodowany oddycha.
- Utrzymuj ciepłotę ciała poszkodowanego, przykrywając go kocem, kurtką, płaszczem itp.
- W przypadku konieczności długotrwałego przebywania przez poszkodowanego w pozycji bezpiecznej przewracaj ją z jednego boku na drugi co pół godziny.
- W przypadku kobiet w zaawansowanej ciąży najlepszą pozycją jest pozycja na lewym boku.

Niemowlę w pozycji bezpiecznej

Jeśli poszkodowanym jest niemowlę, należy ułożyć je na swoich przedramionach z główką odchyloną ku dołowi i monitorować jego oddychanie i poziom reaktywności, aż dotrą na miejsce zdarzenia służby ratunkowe (Rycina 20.).



► Rycina 20. — Niemowlę w pozycji bezpiecznej

Zdejmowanie kasku motocyklisty

Jeśli będziesz pierwszą osobą na miejscu wypadku, może tak się zdarzyć, że osoba poszkodowana będzie miała założony kask i będziesz wówczas musiał wiedzieć, jak go zdjąć.

Najważniejsza rzecz, o której należy pamiętać: *jeśli poszkodowany właściwie reaguje na bodźce zewnętrzne i prawidłowo oddycha*, nie ma potrzeby pilnego zdjęcia mu kasku.

Jeśli poszkodowany *nie reaguje lub nie oddycha prawidłowo*, można ostrożnie zdjąć mu kask sposobem przedstawionym w poniższej sekwencji czynności.

Należy dołożyć wszelkich starań, aby w trakcie wykonywania tej procedury jak najmniej poruszać poszkodowanym. Najlepiej kask zdejmować we dwie osoby (w sposób pokazany na poniższej rytycinie).



► Rycina 21 — Pierwszy krok

► Rycina 22 — Drugi krok

► Rycina 23 — Trzeci krok

Zadziergnięcie i powieszenie

Zadziergnięcie oznacza zaciśnięcie szyi przez siłę zewnętrzną. Powieszenie polega na zaciśnięciu pętli wisielczej na szyi, przy czym ciało zwisa pod wpływem sił grawitacji. Z definicji mechanizmem urazu w powieszeniu jest zadziergnięcie. Ryzyko urazu kręgosłupa spowodowane samym powieszeniem jest niewielkie, w związku z czym priorytetowym działaniem w przypadku powieszenia jest zwolnienie ucisku szyi i udrożnienie dróg oddechowych.

- We wszystkich przypadkach postępujemy zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.
- Jeśli pacjent nadal wisi, próbujemy go zdjąć z pętli, jeśli nie zagraża to naszemu bezpieczeństwu i jeśli jesteśmy w stanie to zrobić. W większości przypadków zdjęcie poszkodowanego z pętli wymaga dwóch osób.
- Należy zachować ostrożność przy wyjmowaniu poszkodowanego z pętli, gdyż nagle będzie trzeba przejąć jego masę ciała, która przy powieszeniu utrzymywana jest przez pętlę.
- Zwolnić wszelki ucisk z szyi poszkodowanego.

Utrudnione oddychanie

Tlen dostający się do płuc z wdychanym powietrzem jest transportowany po organizmie z krwią w krwiobiegu. Dopływ tlenu do tkanek może ulec upośledzeniu w wyniku niedrożności dróg oddechowych albo problemów z płucami (np. w przebiegu infekcji dolnych dróg oddechowych). Skutkiem tego będzie objaw określany mianem duszności, wyraz kompensacji organizmu w postaci zwiększonej częstości oddechów i zwiększonego wysiłku oddechowego.

Jeśli poszkodowany korzysta z domowej lub przenośnej butli tlenowej, niezwykle istotne jest, aby nie znajdowały się w jej pobliżu otwarty płomień ani papieros, które mogłyby spowodować pożar, a nawet wybuch.

Astma oskrzelowa

Większość osób chorujących na astmę oskrzelową ma tego świadomość i wie, jak i kiedy powinny stosować przepisane im leki. Napad astmy jest stanem zagrożenia życia.

U osoby cierpiącej na astmę mogą występować następujące objawy:

- utrudnione oddychanie,
- świszczący oddech,
- kaszel.

Pozostawione bez leczenia, objawy te mogą nasilić się, prowadząc do:

- silnej duszności,
- uczucia lęku lub paniki.

Co należy zrobić?

- Zawsze postępuj zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.
- Pomóż poszkodowanemu przyjąć wygodną pozycję siedzącą i udziel wsparcia słownego.
- Poleć poszkodowanemu zażyć przepisany mu przez lekarza lek doraźny z inhalatora.
- Jeśli to konieczne, pomóż poszkodowanemu przyjąć ten lek, w tym między innymi zachęć go do skorzystania ze spejsera, jeśli poszkodowany go posiada (Rycina 24.).
- Upewnij się, że pomoc jest w drodze.



► Rycina 24. — Przyjmowanie leku z inhalatora za pośrednictwem spejsera

Podgłośniowe zapalenie krtani, czyli krup

Krup występuje u dzieci w wieku do sześciu lat, przy czym szczyt zachorowań przypada na zimę. Wywołuje go wirus powodujący stan zapalny dróg oddechowych, objawiający się tzw. szczekającym kaszlem. Objaw ten może być niezwykle niepokojący, ale zwykle ustępuje bez trwałych następstw i bez konieczności dalszej pomocy medycznej czy leczenia.

W przebiegu krupu dziecko zwykle ma następujące objawy:

- szczekający kaszel,
- charczący oddech, szczególnie na wdechu,
- chrapliwy głos.

Co należy zrobić?

- Zawsze postępuj zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.
- Utul dziecko i udziel mu wsparcia słownego w najwygodniejszej dla niego pozycji.
- Jeśli dziecko staje się coraz bardziej nerwowe lub zaczyna walczyć o oddech, wezwij pomoc.

Inhalacja gazów toksycznych

Inhalacja trujących dymów lub gazów może być śmiertelna w skutkach. Przed wejściem na potencjalnie toksyczny obszar należy starannie rozważyć ryzyko z tym związane. Jeśli nie jesteś w stanie w sposób bezpieczny dotrzeć do poszkodowanego i zabrać go stamtąd, **UNIKAJ** wchodzenia na zagrożony teren. Poczekaj na odpowiednio przeszkoloną i wyposażoną pomoc.

Co należy zrobić?

- Zawsze postępuj zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.
- Jeśli to możliwe, wywietrz pomieszczenie, otwierając wszystkie drzwi i okna.
- Jeśli jesteś w stanie bezpiecznie dotrzeć do osoby wymagającej ratunku, rozpocznij udzielanie pierwszej pomocy.
- Jeśli masz możliwość bezpiecznego przeniesienia poszkodowanego, wynieś go z pomieszczenia narażonego na działanie toksycznych gazów i kontynuuj udzielanie pierwszej pomocy.
- Jeśli poczujesz się niedobrze, **NATYCHMIAST** opuść zagrożony teren, zabierając ze sobą poszkodowanego, o ile jesteś w stanie to zrobić, nie narażając się jednak na zagrożenie.

Nasilona reakcja alergiczna

W tych przypadkach poszkodowany może wykazywać trudności z oddychaniem lub objawy niedrożności dróg oddechowych spowodowane obrzękiem. Więcej na ten temat w rozdziale zatytułowanym „Ciężka reakcja alergiczna”.

Podtopienie

Określenia podtopienie używamy w sytuacji, w której udało się nam odratować osobę tonącą. Określenia utonięcie używamy wyłącznie wówczas, gdy wszelkie próby resuscytacji zawiodły lub ofiara zmarła, zanim została wyciągnięta z wody. Utonięcie należy do najczęstszych przyczyn zgonów z powodu nieszczęśliwych wypadków u osób w młodym wieku i zwykle dochodzi do niego w związku ze spożyciem alkoholu.

Próbę ratowania osoby tonącej wolno Ci podjąć tylko wówczas, jeśli jesteś dobrym pływakiem, a warunki panujące w wodzie są dla Ciebie bezpieczne.

Jeśli nie jest możliwe, abyś samodzielnie w bezpieczny sposób przeprowadził akcję ratowania osoby tonącej, rozważ rzucenie pomocy wypornościowej osobie tonącej i poczekaj na przybycie ratownika wodnego lub innej odpowiednio przeszkolonej osoby. **Nie zostań drugą ofiarą.** Do wyciągnięcia ofiary podtopienia z głębokiej wody konieczne są szczególne umiejętności i specjalistyczny sprzęt.

We wszystkich przypadkach postępujemy zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.

Zaraz po wyciągnięciu ofiary z wody i ustaleniu, że reaguje na bodźce zewnętrzne, należy zdjąć z niej mokre ubranie i utrzymywać ją w cieple. Ważne, by pamiętać, że jeśli z wywiadu wynika, że poszkodowany skoczył do płytkiej wody, mógł doznać urazu szyi.

Jeśli poszkodowany nie reaguje, należy go jak najostrożniej wyciągnąć z wody, najlepiej w pozycji poziomej. Jeśli poszkodowany nie oddycha prawidłowo, należy rozpocząć resuscytację, kontynuując ją do przybycia profesjonalnej pomocy (strona 16).

Jest niezwykle istotne, aby każda osoba, która uległa podtopieniu, została przebadana w szpitalu.



► Rycina 25. — Łańcuch przeżycia w przypadku podtopienia

Ból w klatce piersiowej

Przyczyny bólu w klatce piersiowej są różnorodne. Choć ból spowodowany problemami z sercem jest jego najczęstszą przyczyną, istnieje wiele innych ważnych i poważnych przyczyn tego objawu.

U niektórych poszkodowanych mogą regularnie występować epizody bólu w klatce piersiowej. Mogą oni wówczas wymagać pomocy w przyjęciu własnych leków.

Ogólnie rzecz biorąc, każda osoba skarżąca się na ból w klatce piersiowej powinna zostać poddana dalszej diagnostyce lekarskiej.

Poniżej wymieniono cechy bólu w klatce piersiowej wskazujące na to, że może on mieć poważne podłoże:

- ból lub dyskomfort w środkowej części klatki piersiowej opisywany przez chorego takimi określeniami jak „miażdżący”, „przygniatający” czy „opasujący”,
- ból promieniujący do szyi, żuchwy lub kończyn górnych,
- ból, któremu towarzyszą nudności i wymioty,
- ból, któremu towarzyszą trudności w oddychaniu lub duszności,
- ból, któremu towarzyszą dezorientacja, zawroty głowy i uczucie zbliżającego się omdlenia,
- ból, w przebiegu którego skóra chorego robi się zimna, spocona i blada.

Jeśli poszkodowany będzie skarżył się na ból w klatce piersiowej:

- Zawsze postępuj zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.
- Ułóż go w pozycji siedzącej i zapewnij mu maksymalny komfort.
- Upewnij się, że pomoc jest w drodze.
- Pomóż mu w przyjęciu wszelkich leków, które lekarz mu zapisał na chorobę serca (np. nitrogliceryny w aerozolu).
- Zachęć do rozgryzienia tabletki aspiryny o mocy 300 mg, jeśli takowa jest dostępna.
- Bądź gotowy do rozpoczęcia resuscytacji i zastosowania defibrylatora AED, jeśli poszkodowany zaśnie i przestanie reagować.

Omdlenie

Omdlenie to krótkotrwała utrata przytomności. Spowodowane jest zmniejszonym dopływem krwi do mózgu. Istnieje wiele jego powodów, np. przebywanie w pozycji nieruchomej w wysokiej temperaturze, niedostateczna podaż płynów lub pożywienia, stres.

Omdlenie zwykle przebiega następująco:

- choremu robi się gorąco i słabo,
- może pojawić się u niego widzenie tunelowe lub w polu widzenia mogą pojawić się ciemne plamy,
- chory osuwa się lub upada na podłoże.

Świadkowie zwykle zauważają, że chory nagle zbladł i pogorszył się z nim kontakt słowny. Należy pamiętać, że mdlejący może wskutek upadku doznać urazu. W większości przypadków omdlenie mija bez powikłań.

Co możesz zrobić:

- Pomóż poszkodowanemu jak najostrożniej usiąść na płaskim podłożu.
- Ułóż go na plecach.
- Jeśli to możliwe, delikatnie unieś jego nogi.
- Kiedy omdlenie minie, pomóż poszkodowanemu stopniowo przyjąć pozycję siedzącą.
- Sprawdź, czy podczas upadku nie doznał urazu.
- Jeśli byłeś świadkiem omdlenia, zrelacjonuj zajście osobie, która przejmie po Tobie opiekę nad poszkodowanym.

Jeśli poszkodowany nie zacznie szybko reagować, postępuj zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.

Jeśli poszkodowanym jest kobieta w zaawansowanej ciąży, zamiast układać ją w pozycji na plecach, obróć ją na lewy bok.

Krwawienie zewnętrzne

Krwawienie może przybierać różne nasilenie — od niewielkich skaleczeń, zadrapań i zderc naskórka do ciężkich krwotoków, które mogą zagrażać życiu. W tego rodzaju sytuacjach, jeśli tylko jest to możliwe, należy założyć jednorazowe rękawiczki, by chronić się przed zakażeniem, albo zastosować improwizowane przykrycia (strona 6), by zapobiec styczności z krwią. We wszystkich przypadkach postępujemy zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.

Nieduże krwawienia

Jeśli pacjent ma niewielkie skaleczenie, zdrapanie czy zdercie naskórka, priorytetem jest zapobieżenie zakażeniu.

- Jeśli skaleczenie jest zabrudzone, oczyść je pod bieżącą wodą, a następnie osusz poprzez dotykanie jałowym opatrunkiem lub czystym materiałem.
- Oczyść i osusz otaczającą skórę, chroniąc ranę.
- Przykryj ranę jałowym opatrunkiem lub plastrem z opatrunkiem.

Obfite krwotoki

Obfity krwotok jak najszybciej zatamuj.

- Całkowicie odkryj ranę, zdejmując z jej miejsca ewentualne części odzieży (w tym celu możesz rozciąć odzież poszkodowanego).
- Jeśli w ranie nie stwierdzisz ciała obcego ani wystającej kości lub wnętrzości, bezpośrednio uciskaj ją jak najbliższej punktu, z którego wypływa krew (Rycina 26.).
- Jeśli w ranie znajduje się ciało obce lub wystaje z niej kość lub inne wnętrzości, przed uciśnięciem rany obłóż ciało obce lub wystającą kość (wnętrzości) z jednej i drugiej strony czymś miękkim.
- Ułóż poszkodowanego w pozycji leżącej i unieś, jeśli to możliwe, część ciała, z której poszkodowany krwawi.
- Jeśli krwawienia nie uda się zatamować, nie zdejmuj założonego już opatrunku czy innego przykrycia rany, a nałóż na niego drugi i ponownie uciskaj.
- Jeśli nie udaje się zatamować krwotoku z kończyny, powyżej miejsca zranienia, ale jak najbliżej rany umieść opaskę uciskową (strona 32).
- Nie podawaj ciężko krwawiącemu pacjentowi niczego do jedzenia ani picia i wezwij pomoc.
- Kontynuuj sprawdzanie stanu pacjenta zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.

Obfite krwotoki potrafią mieć dramatyczny obraz i powodować duży stres. Jeśli nie uda nam się szybko zatamować krwawienia, może dojść do utraty dużej ilości krwi. Poszkodowany wejdzie we wstrząs (strona 38) i przestanie reagować. Na szczęście sytuacje takie są rzadkie. Istotne jest, aby pamiętać, że życie takiej osoby mogą uratować proste czynności.



► Rycina 26. — Bezpośrednie uciskanie rany

Zakładanie prowizorycznej opaski uciskowej

Przygotowanie i założenie prowizorycznej opaski uciskowej nie jest trudne. Potrzebujemy do tego kawałka drewna lub metalu oraz jakiegokolwiek nierozciągliwej tkaniny (np. apaszki lub krawata). Tkanina ta musi być na tyle wytrzymała, aby nie rozerwała się przy zaciskaniu. Przygotowanie i zakładanie opaski uciskowej obrazuje Rycina 27.

Prawidłowo założona opaska uciskowa powoduje ból. Musisz zapewnić poszkodowanego, że opaska uciskowa ma w tym momencie dla poszkodowanego bardzo duże znaczenie i że profesjonalna pomoc jest w drodze.



► Rycina 27. — Przygotowywanie i zakładanie opaski uciskowej

Amputacje

W sporadycznych przypadkach obfity krwotok spowodowany jest amputacją kończyny górnej lub dolnej. Wówczas można go tamować w sposób opisany powyżej. Większość amputacji dotyczy palców u rąk lub nóg i nie towarzyszy im zagrażające życiu krwawienie.

Bez względu na to, która część ciała uległa amputacji, należy ją w miarę możliwości zachować i w każdym wypadku odesłać do szpitala wraz z poszkodowanym. Amputowaną część ciała można zawinąć w czystą tkaninę, np. rękawiczkę, albo umieścić w plastikowym worku, a worek w zimnej wodzie. Nie wolno amputowanej części ciała umieszczać w wodzie, wkładać do lodu ani zamrażać.

Wstrząs

Wstrząs to stan potencjalnego zagrożenia życia, który rozwija się, kiedy organizm nie może zapewnić wystarczającego dopływu krwi do narządów o kluczowym znaczeniu dla życia, takich jak mózg czy serce.

Do częstych przyczyn wstrząsu zalicza się:

- obfite krwawienie,
- ciężkie zakażenia określane mianem sepsy lub posocznicy,
- ciężkie reakcje alergiczne,
- ciężkie oparzenia,
- niewydolność serca, np. w przebiegu zawału.

Osoby we wstrząsie mogą wykazywać niektóre lub wszystkie z następujących objawów:

- przyspieszone bicie serca,
- bladą, zimną, wilgotną/spoconą skórę,
- przyspieszony, płytki oddech,
- stan przedomdleniowy, zawroty głowy lub dezorientację,
- nudności, wymioty,
- niemożność usiedzenia na miejscu, pobudzenie psychoruchowe,
- utratę przytomności.

Sprawdzanie tętna jest bardzo trudne, szczególnie u osób we wstrząsie, i nie jest zalecane w ramach udzielania pierwszej pomocy. Jeśli poszkodowany reaguje na bodźce, rozmawia i wykazuje oznaki życia, możemy przyjąć, że jego krążenie jest w miarę wydolne.

Pewne proste interwencje mogą poprawić stan pacjenta i zwiększyć jego komfort oczekiwania na dalszą pomoc medyczną:

- Zawsze postępuj zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.
- Najważniejsze jest usunięcie przyczyny wstrząsu (np. zatamowanie krwotoku zewnętrznego — zobacz strona 31, podanie adrenaliny z automatycznego wstrzykiwacza w przypadku ciężkiej reakcji alergicznej — zobacz strona 39).
- Ułóż poszkodowanego na plecach i, jeśli to możliwe, unieś i podeprzyj mu nogi.
- Przykryj go kocem lub ubraniem, aby utrzymać odpowiednią ciepłotę ciała.
- Udziel wsparcia słownego.
- Nie podawaj mu niczego do jedzenia ani picia, z wyjątkiem małych łyków wody.
- Regularnie oceniaj jego stan i postępuj zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.

Rany przeszywające (rany penetrujące) — dźgnięcia i postrzelenia

Może się zdarzyć, że będziesz świadkiem incydentu, w którym doszło do postrzelenia lub dźgnięcia, albo przypadkowo trafisz w miejsce, w którym przed chwilą do tego doszło.

We wszystkich tych przypadkach priorytetem jest **TWOJE BEZPIECZEŃSTWO**. W przypadku incydentu z użyciem broni lub noża albo w przypadku zagrożenia wybuchem bomby bądź po wybuchu bomby postępuj zgodnie z następującą zasadą: **UCIEKAJ — UKRYJ SIĘ — POWIADOM SŁUŻBY**.



► Rycina 28. — Zasada „uciekaj, ukryj się, powiadom służby”

Jeśli jesteś w stanie pomóc poszkodowanemu, postępuj zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**. W przypadku krwawienia zewnętrznego postępuj w sposób opisany na stronie 31.

- Wszelkie przedmioty (np. nóż) wystające z rany należy w niej pozostawić.
- Z ran brzucha w rzadkich przypadkach mogą wystawać jelita. **NIE** uciskaj bezpośrednio odsłoniętych narządów ani nie próbuj ich wpychać do rany. Obrażenia tego typu najlepiej przykryć wilgotną, czystą tkaniną albo opatrunkiem.
- W przypadku ran penetrujących powłoki brzuszne poszkodowanemu może być wygodniej, jeśli na czas oczekiwania na karetkę pogotowia zostanie on ułożony w pozycji „W” (Rycina 29.).



► Rycina 29. — Pozycja „W”

Zaburzenia z przegrzania organizmu

Kiedy organizm nie jest w stanie odprowadzić zgromadzonego w nadmiarze ciepła (dojdzie do przegrzania organizmu), występuje ryzyko rozwoju udaru cieplnego. We wczesnych stadiach poszkodowanemu może być gorąco, może odczuwać kurczowy ból brzucha i często obficie się poci. Jeśli wówczas nie zostaną podjęte działania zaradcze, poszkodowany może zacząć wykazywać dezorientację i zasłabnąć. Na działanie wysokich temperatur otoczenia szczególnie narażone są osoby bardzo młode oraz starsze.

Wykonanie wówczas prostych czynności może uratować im życie i zapobiec pogarszaniu się stanu zdrowia.

Co należy zrobić:

- Zawsze postępuj zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.
- Jeśli to możliwe, przenieś poszkodowanego w chłodne, zacienione miejsce.
- Zdejmij z poszkodowanego ubranie.
- Aktywnie ochładzaj poszkodowanego przy użyciu zimnej wody i ruchu powietrza (np. wachlowanie, wentylator).
- Jeśli poszkodowany jest świadomy, podawaj mu zimne płyny do wypicia. Jeśli takowe są dostępne, podawaj poszkodowanemu napoje dla osób uprawiających sport (tzw. izotoniki) zawierające sól i cukier.

Przy odpowiednim postępowaniu w ramach pierwszej pomocy poszkodowani z łagodniejszymi formami zaburzeń w wyniku przegrzania powinni dojść do siebie w ciągu pół godziny.

Utrzymujące się objawy, w tym dezorientacja, mogą sugerować udar cieplny. Osoby z tymi objawami należy pilnie skierować do szpitala.

Zaburzenia spowodowane niskimi temperaturami

Zaburzenia spowodowane niskimi temperaturami mogą mieć postać odmrożeń (powierzchnowych lub głębokich) w przypadku działania niskich temperatur na określoną część ciała, np. palce rąk lub stóp, albo hipotermii w przypadku wystawienia całego ciała na działanie niskich temperatur.

Hipotermia

Do hipotermii dochodzi, kiedy temperatura ciała spada do bardzo niskiego poziomu. Ciężka hipotermia jest stanem zagrożenia życia. Tempo, w jakim rozwija się hipotermia, jest większe przy przedłużającym się narażeniu na niską temperaturę i silny wiatr, w przypadku upojenia alkoholowego lub pozostawania w mokrym ubraniu (woda przewodzi ciepło 20 razy szybciej niż powietrze).

Zwykle pierwszymi objawami hipotermii są:

- dreszcze,

a następnie:

- dezorientacja,
- niewyraźna mowa,
- utrata koordynacji.

W miarę, jak poszkodowanemu robi się zimniej i narasta hipotermia, nasila się też dezorientacja i pojawia się brak reakcji na bodźce, a ostatecznie dochodzi do zatrzymania akcji serca.

Co należy zrobić:

- Postępuj zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.
- Jeśli to możliwe, przenieś poszkodowanego w ciepłe miejsce z dala od wiatru.
- Zdejmij z niego mokre ubranie.
- Okryj poszkodowanego (również głowę) ciepłymi, suchymi ubraniami i kocami.
- Jeśli poszkodowany reaguje, podaj mu do picia ciepłe napoje i wysokokaloryczne pożywienie, unikaj alkoholu.
- Jeśli masz je pod ręką, obłóż ciało poszkodowanego ciepłymi opatrunkami żelowymi lub butelkami z gorącą wodą, jednak nie dopuszczaj, aby miały one styczność ze skórą poszkodowanego (by uniknąć oparzeń).

Jeśli poszkodowany nie reaguje na bodźce, należy z nim bardzo ostrożnie postępować, aby nie wywołać u niego zatrzymania akcji serca.

Jeśli pacjent nie wykazuje oznak życia, rozpocznij resuscytację (strona 16).

Odmrożenie powierzchowne

Odmrożenie powierzchowne to określenie oznaczające zamrożenie powierzchniowej warstwy skóry objawiające się jej zblednięciem i zdrętwieniem (zwykle w obrębie twarzy, uszu i nosa). Odmrożenia należy okryć, by zwiększyć ich miejscowe ocieplenie. Odmrożenie powierzchowne jest odwracalne.

Odmrożenie głębokie

Odmrożenie głębokie oznacza uraz w wyniku zamrożenia tkanek głębokich. Nasilenie jest tym większe, im głębsze tkanki ulegają zamrożeniu. Do odmrożeń głębokich najczęściej dochodzi w obrębie palców rąk i stóp. Nasilenie odmrożenia głębokiego jest odwrotnie proporcjonalne do temperatury, która je wywołała, i wprost proporcjonalne do czasu narażenia na nią.

Do objawów odmrożenia głębokiego zalicza się:

- mrowienie i utratę czucia w odmrożonej części ciała,
- zdrętwienie palców ze zmniejszeniem ich ruchomości,
- utratę zabarwienia odmrożonej skóry,
- łagodny obrzęk odmrożonej części ciała,
- powstawanie pęcherzy (zwykle w późnym stadium).
-

Co należy zrobić:

- Przenieś poszkodowanego w ciepłe i suche miejsce.
- Sprawdź, czy u poszkodowanego występują objawy hipotermii (strona 36).
- Ogrzej i przykryj odmrożone części ciała.
- Przebierz pacjenta z mokrych ubrań w suche lub ogrzej pacjenta — np. poprzez przeniesienie go z zimna lub wiatru do śpiwora.
- Odmrożonej skóry nie pocieraj ani nie masuj, gdyż może to być szkodliwe.
- Nie przekłuwaj powstałych pęcherzy.
- Nie pozwól pacjentowi ponownie się schłodzić.
- Zwróć się po poradę lekarską.

Incydenty z elektrycznością

W przypadku porażenia prądem elektrycznym poszkodowany może przestać oddychać, a jego serce może przestać pompować krew. Prąd elektryczny może też spowodować oparzenia w miejscu wniknięcia do organizmu i w miejscu opuszczenia organizmu.

Prąd elektryczny o wysokim napięciu (poza gospodarstwem domowym)

Kontakt z wysokim napięciem zwykle kończy się śmiercią. Osoby, które udaje się odratować, są ciężko poparzone.

Co musisz zrobić:

- Zawsze postępuj zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.
- Najważniejsze jest Twoje bezpieczeństwo.
- Trzymaj się co najmniej 20 metrów od źródła napięcia (ze względu na możliwość wystąpienia zjawiska łuku elektrycznego w mniejszej odległości).
- Jeśli to możliwe, doprowadź do wyłączenia źródła zasilania.
- Do poszkodowanego podejdź dopiero wtedy, gdy zostanie potwierdzone, że jest to bezpieczne.
- Kontynuuj postępowanie zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.

Prąd elektryczny w gospodarstwie domowym (o niskim napięciu)

Prąd elektryczny o niskim napięciu, z którym możemy się zetknąć w miejscu pracy i w domu, może spowodować poważne obrażenia ciała. Większość wypadków z prądem elektrycznym jest wynikiem awarii urządzeń elektrycznych, przetarcia przewodów elektrycznych lub wadliwego ich ułożenia w ścianach. Dzieci są z kolei narażone na porażenie prądem elektrycznym w razie umieszczania w gniazdkach różnych przedmiotów. Obecność wody w pobliżu urządzeń elektrycznych znacznie zwiększa ryzyko porażenia prądem.

Co musisz zrobić:

- Zawsze postępuj zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.
- W każdym przypadku dokonaj oceny sytuacji pod kątem bezpieczeństwa.
- Jeśli poszkodowany nadal styka się ze źródłem elektryczności, nie dotykaj go. Wyłącz źródło elektryczności — poprzez przełącznik napięcia albo wyłączając dopływ prądu w skrzynce z bezpiecznikami, jeśli to możliwe.
- Jeśli nie jesteś w stanie szybko odciąć źródła napięcia, spróbuj odseparować od niego poszkodowanego. Aby to zrobić, być może będziesz musiał stanąć na materiale izolacyjnym (np. macie z tworzywa sztucznego lub drewnianej skrzynce) i użyć drewnianej żerdzi lub kija od miotły.
- Po upewnieniu się, że niebezpieczeństwo zostało zażegnane, oceń stan poszkodowanego zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.

Uderzenie pioruna

U osób, które zostały uderzone przez piorun, kluczowe jest postępowanie zgodnie ze schematem **DRS-ABCD** i niezwłoczne rozpoczęcie resuscytacji, jeśli poszkodowany nie daje oznak życia i jeśli osobie udzielającej pomocy nie grozi niebezpieczeństwo.

Reakcje alergiczne

Reakcje alergiczne zdarzają się bardzo często i zwykle wymagają jedynie leczenia objawowego. W wielu przypadkach sam poszkodowany będzie wiedział, co wywołało u niego reakcję alergiczną. Do częstych alergenów należą orzeszki ziemne, antybiotyki i owoce morza. W innych przypadkach nie będzie wiadomo, co spowodowało reakcję alergiczną. Możliwe postępowanie będzie zależało od stopnia nasilenia reakcji.

Reakcja alergiczna o małym lub umiarkowanym stopniu nasilenia

Objawy obejmują:

- obrzęk skóry, twarzy i okolicy wokół oczu,
- zmiany skórne, zwykle swędzące, uniesione powyżej poziomu skóry (pokrzywka).

Co możesz zrobić:

- Przerwij ekspozycję na potencjalny alergen (np. przerwij przyjmowanie antybiotyku) i zasięgnij porady lekarskiej.
- Jeśli poszkodowany ma stwierdzoną alergię, zachęć go do przyjęcia przepisanych mu przez lekarza leków.
- Jeśli u poszkodowanego dojdzie do obrzęku dróg oddechowych lub zacznie on mieć trudności z oddychaniem, oceń jego stan pod kątem ciężkiej reakcji alergicznej.

Ciężka reakcja alergiczna

Ciężka reakcja alergiczna, zwana anafilaksją, to stan zagrażający życiu, który musi być natychmiast leczony. Poszkodowany może mieć objawy wstrząsu (zobacz strona 33), może też przestać reagować na bodźce i może u niego dojść do zatrzymania akcji serca.

Objawy obejmują:

- trudności w oddychaniu i (lub) głośny oddech,
- obrzęk języka i (lub) uczucie ściskania w gardle,
- ból brzucha/bolesne kurcze brzucha,
- wysypkę i (lub) zlewne poty,
- trudności w mówieniu i (lub) zachrypnięty głos,
- u małych dzieci może pojawić się bladość i zmniejszenie napięcia mięśniowego (dziecko leje się przez rękę).

Co możesz zrobić:

- Postępuj zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.
- Pomóż poszkodowanemu przyjąć wygodną pozycję leżącą.
- Jeśli pacjent jest w posiadaniu adrenaliny w automatycznym wstrzykiwaczu, pomóż mu sobie ją wstrzyknąć, a jeśli nie jest w stanie samodzielnie wykonać wstrzyknięcia, wykonaj je za niego.
- Jeśli po pięciu minutach nie ma poprawy, można podać kolejną dawkę adrenaliny, jeśli jest dostępna (Rycina 30.).
- Dopilnuj, aby poszkodowany niezwłocznie trafił do szpitala.



► Rycina 30. — Podanie adrenaliny z automatycznego wstrzykiwacza

Napad drgawek

Napady drgawek są wynikiem zaburzeń czynności elektrycznej mózgu powodujących niezależne od woli skurcze mięśni. Do napadu drgawek może dojść w wyniku urazu głowy, chorób mózgu, niedotlenienia, niskiego poziomu glukozy we krwi, nadużywania alkoholu lub użycia substancji psychoaktywnych.

Napad drgawek może wyglądać następująco:

- Poszkodowany może nagle upaść.
- Jego ciało może zesztynieć.
- Mogą pojawić się nagłe, szybkie i powtarzające się ruchy ciała.
- Poszkodowany może bezwiednie oddać mocz.

Po ustąpieniu napadu poszkodowany może się czuć zdezorientowany i senny.

Co należy zrobić:

- Postępuj zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.
- W trakcie napadu drgawkowego nie próbuj powstrzymywać ruchów poszkodowanego.
- Próbuj chronić głowę poszkodowanego, usuwając z otoczenia potencjalnie niebezpieczne przedmioty lub podkładając coś miękkiego pod jego głowę lub obok niej.
- Nie pozwalaj nikomu niczego wkładać do ust poszkodowanego, by utrzymać otwarte usta.
- Wezwij pomoc medyczną, jeśli:
 - drgawki nie ustępują,
 - poszkodowany dozna urazu wymagającego pomocy lekarskiej,
 - nigdy wcześniej nie miał napadu drgawek albo drgawki nie ustępują w ciągu pięciu minut.
- Po ustąpieniu napadu drgawek, jeśli poszkodowany nadal nie reaguje, ułóż go w pozycji bezpiecznej i dopilnuj, aby pomoc była w drodze.
- Kontynuuj obserwację poszkodowanego do przybycia pomocy medycznej.

Napady drgawek związane z wysoką temperaturą (drgawki gorączkowe)

U niemowlęcia lub małego dziecka nagły wzrost temperatury ciała może wywołać napad drgawek. Choć jest to przerażające doświadczenie dla każdego rodzica, zdarza się często, i jeśli napad jest krótkotrwały, nie wiąże się z odległymi konsekwencjami.

Co należy zrobić:

- Postępuj zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.
- Zdejmij niepotrzebne ubranie i pościel.
- Schłódź dziecko, np. mokrą myjką/gąbką, uważając, aby dziecko nie wpadło w hipotermię.
- Zachęć do zastosowania odpowiednich leków przeciwgorączkowych (np. paracetamolu).
- Zwróć się po pomoc lekarską.

Urazy głowy

Urazy głowy są powszechne i mogą wystąpić u osób w każdym wieku. Zwykle powstają one w związku z uprawianiem sportu, w wyniku napaści lub upadku. Po wystąpieniu urazu głowy może pojawić się krótkotrwały stan zmienionej świadomości. W większości przypadków nie będzie konieczne nic innego poza zapewnieniem wsparcia i upewnieniem się, że poszkodowany z urazem głowy będzie obserwowany przez odpowiedzialną osobę dorosłą.

W wyniku urazu głowy często pojawiają się następujące objawy:

- ból głowy,
- zawroty głowy,
- nudności,
- krótkotrwała utrata pamięci,
- krótkotrwała dezorientacja.

W razie poważniejszych urazów głowy może wystąpić krwawienie wewnątrzczaszkowe. Taki stan należy podejrzewać, gdy u poszkodowanego występują następujące objawy:

- dłuższa utrata przytomności bezpośrednio po urazie,
- nasilający się ból głowy,
- więcej niż jeden oddzielny napad wymiotów,
- utrzymujące się rozdrażnienie lub pobudzenie,
- nasilanie się z czasem senności, dezorientacji lub braku reakcji,
- zaburzenia widzenia, jak np. podwójne widzenie,
- wystąpienie powiększonego, miękkiego lub zapadniętego obszaru na czaszce albo widocznego odkształcenia.

Co należy zrobić:

- Postępuj zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.
- Sprawdź poziom reakcji poszkodowanego, zadając mu proste pytania: Gdzie jesteś? Która jest godzina? Jeśli reakcje są upośledzone, przez ponad pięć minut od wystąpienia zdarzenia wezwij pomoc medyczną.
- Jeżeli okoliczności wskazują na występowanie poważnego urazu głowy, wezwij pomoc medyczną lub skieruj poszkodowanego do szpitala.

Wezwij pomoc także, gdy poszkodowany:

- ma drgawki,
- przyjmuje tzw. leki rozrzedzające krew lub leki przeciwzakrzepowe (np. warfarynę w tabletkach lub heparynę w zastrzykach),
- jest pod wpływem alkoholu lub narkotyków,
- nie ma osoby, która mogłaby się nim zaopiekować.

Jeśli do urazu doszło w wyniku uprawiania sportu, należy zalecić poszkodowanemu, by nie wracał do kontynuowania ćwiczeń do momentu, gdy przebadą go lekarz.

Bóle głowy

Bóle głowy zwykle nie wiążą się z poważną przyczyną podstawową. Jednak wystąpienie pewnych objawów, nazywanych *czerwonymi flagami*, wiąże się z koniecznością wezwania pomocy medycznej.

Takie *czerwone flagi* to:

- ból głowy innego typu niż zwykle występujące u poszkodowanego objawy,
- ból głowy, któremu towarzyszą inne objawy, takie jak gorączka, wymioty lub sztywność karku,
- ból głowy z występowaniem podwójnego widzenia, utraty wzroku lub wrażliwości na światło,
- nagłe pojawienie się „najgorszego jak do tej pory” bólu głowy,
- ból głowy, który poszkodowany opisuje jako „ból po uderzeniu w tył głowy”,
- nowo pojawiające się bóle głowy u osób, które mają ponad 50 lat,
- nawracające bóle głowy, występujące rano, po przebudzeniu się,
- ból głowy z występowaniem osłabienia po jednej stronie ciała lub twarzy.

Jak należy postępować w przypadku bólu głowy, który nie odpowiada żadnej z powyższych *czerwonych flag*?

- Zachęć poszkodowanego, by ułożył się w komfortowej pozycji, ewentualnie, by przeszedł do cichego i ciemnego pomieszczenia.
- Pomóż poszkodowanemu przyjąć jego własne leki (np. na migreny lub klasterowe bóle głowy).

Migreny

U osób cierpiących na migrenę zwykle pojawiają się bóle głowy, którym za każdym razem towarzyszy taki sam zespół objawów. Należy zachęcić je, by w razie wystąpienia migreny przyjęły swoje leki i zgłosiły się po pomoc, jeśli objawy nie ustąpią.

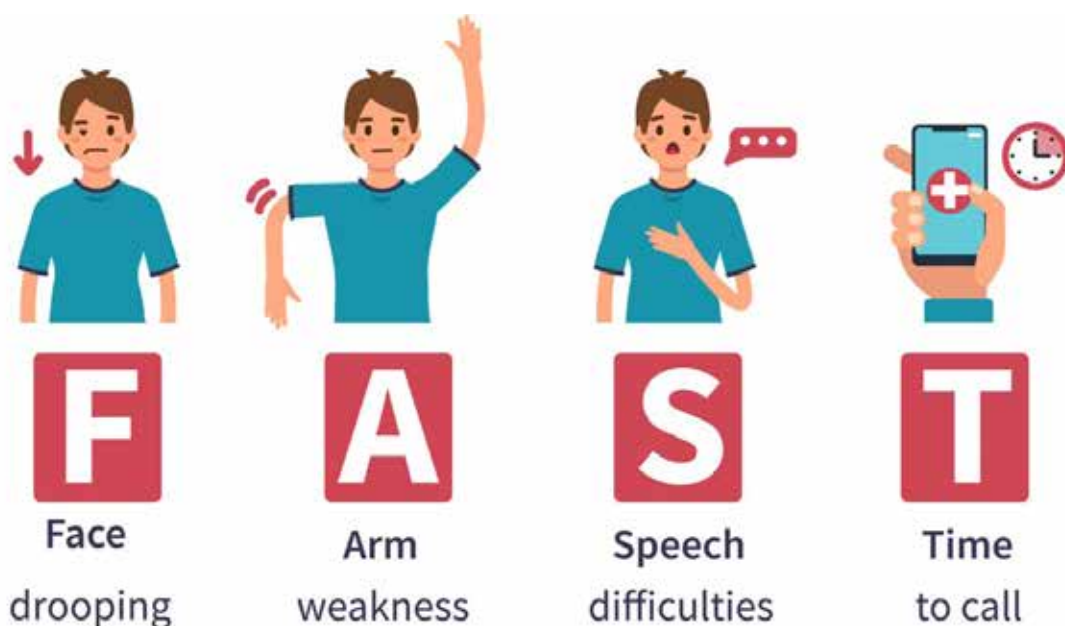
Jeżeli jednak zespół objawów towarzyszących bólom głowy jest inny niż zwykle, a osoba z bólem jest zaniepokojona, należy poradzić jej jak najszybsze zgłoszenie się po pomoc lekarską.

Udar

Udary występują powszechnie, a obecnie dostępne są metody, które mogą poprawić rezultaty leczenia u wielu osób nim dotkniętych. Naprawdę ważne jest wczesne rozpoznanie udaru przez osobę udzielającą pomocy.

Schemat postępowania można opisać skrótowo jako:

Rozpoznaj udar — działaj SZYBKO (ang. fast)



► Rycina 31.

Wystąpieniu udaru mogą towarzyszyć na przykład:

- osłabienie mięśni twarzy,
- osłabienie lub nietypowe czucie po jednej stronie ciała,
- bełkotliwa mowa lub trudności z mówieniem,
- zmiana lub utrata widzenia,
- utrata koordynacji ruchowej,
- dezorientacja.

Co należy zrobić:

- Postępuj zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.
- Zapewnij poszkodowanemu wsparcie i komfort.
- Jeżeli poszkodowany wykazuje ograniczony poziom reakcji, należy ułożyć go w pozycji bezpiecznej.

Stany nagłe u chorych na cukrzycę

Cukrzyca to stan medyczny, w którym organizm nie jest w stanie odpowiednio kontrolować stężeń glukozy. Cukrzyca może pojawić się w każdym wieku. Występują dwa typy tej choroby: cukrzyca typu 1, która częściej pojawia się u młodszych pacjentów i jest zwykle leczona zastrzykami z insuliny, oraz cukrzyca typu 2, która najczęściej towarzyszy otyłości u osób dorosłych i przeważnie jest leczona dietą oraz lekami w tabletkach.

Osoby chore na cukrzycę muszą regularnie sprawdzać stężenie cukru we krwi i odpowiednio dostosowywać przyjmowanie zastrzyków z insuliny lub leków w tabletkach. Czasami jednak chory może niedokładnie dobrać dawkę insuliny do stężenia cukru we krwi, co może spowodować, że takie stężenie cukru będzie zbyt wysokie lub zbyt niskie. Obydwa takie stany są poważne i wymagają dalszego leczenia.

Hiperglikemia

Hiperglikemia to termin stosowany w przypadku, gdy stężenie cukru we krwi u poszkodowanego jest zbyt wysokie. Hiperglikemię zwykle wywołują przyjęcie niewystarczającej ilości insuliny, choroba współistniejąca lub zakażenie.

Wystąpieniu hiperglikemii mogą towarzyszyć na przykład:

- stopniowe pojawianie się objawów,
- dezorientacja, pobudzenie lub drażliwość,
- senność, która może prowadzić do braku reakcji, jeśli poszkodowany nie otrzyma leczenia,
- przyspieszony oddech,
- skrajne pragnienie.

Hipoglikemia

Hipoglikemia to termin oznaczający niskie stężenie cukru we krwi. Przyczyny jej wystąpienia mogą obejmować przyjęcie za dużej dawki insuliny, spożycie nieodpowiednich ilości cukru i (lub) nasilony wysiłek fizyczny albo wypicie znacznych ilości alkoholu.

Wystąpieniu hipoglikemii mogą towarzyszyć na przykład:

- gwałtowne pojawianie się objawów,
- dezorientacja, pobudzenie i drażliwość,
- osłabienie,
- zimna, wilgotna skóra,
- agresja,
- senność, która może prowadzić do braku reakcji, jeśli poszkodowany nie otrzyma leczenia.

Większość cukrzyków rozpoznaje wystąpienie hipoglikemii i jest w stanie samemu zapobiec jej nasileniu się.

Na co należy zwrócić uwagę?

- Niektórzy cukrzycy noszą ostrzegawczą opaskę na nadgarstku lub naszyjnik.
- Jeśli uważasz, że u kogoś wystąpił stan nagły w związku z cukrzycą — nie będzie możliwe stwierdzenie, czy wynika on z hiperglikemii, czy też z hipoglikemii, chyba że poszkodowany ma możliwość zmierzenia sobie stężenia cukru we krwi.

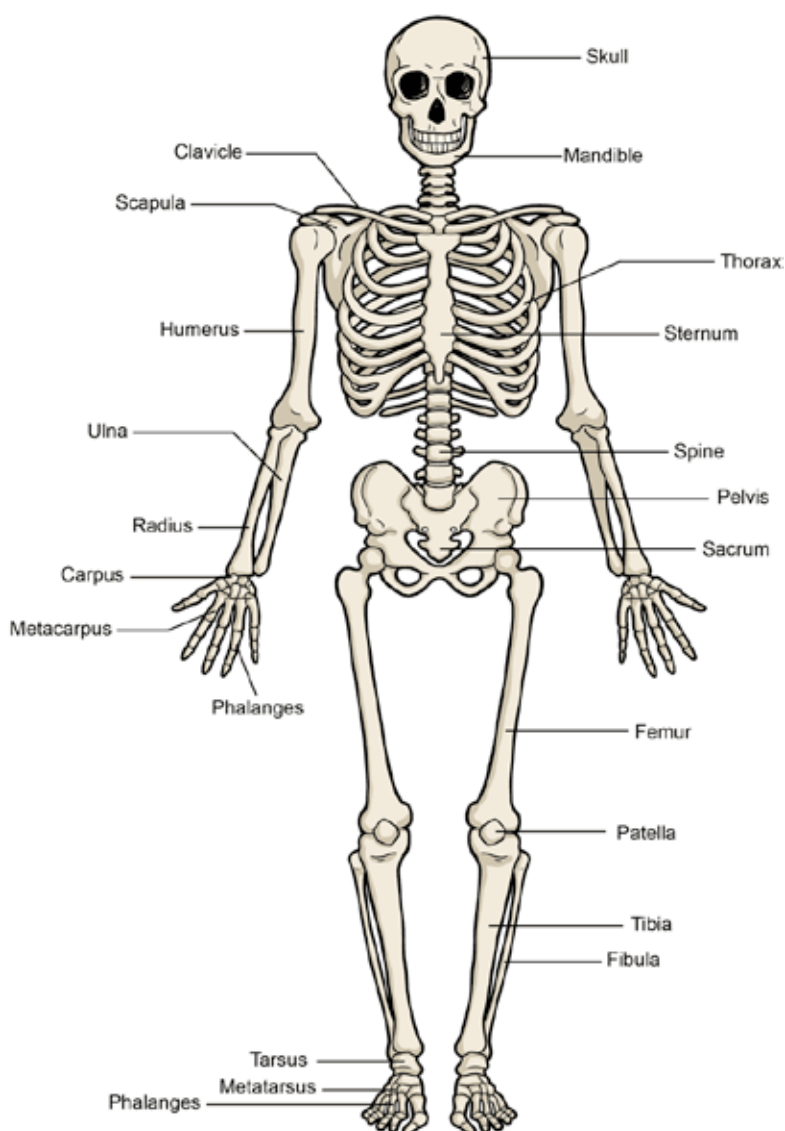
Co możesz zrobić:

- Zawsze postępować zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.
- Jeśli poszkodowany reaguje, należy pomóc mu przyjąć słodzony żel, batonika lub napój (nie dietetyczny).
 - Jeśli stan poszkodowanego poprawia się szybko, należy zachęcić go do przyjęcia cukrów (np. w postaci kanapki lub ciastka) i pozwolić mu na odpoczynek.
 - Jeśli stan nie ulega szybkiej poprawie lub poszkodowany nie jest w stanie pić lub jeść, należy natychmiast wezwać pomoc.
- Niektórzy chorzy mogą mieć przy sobie zastrzyk (zestaw z glukagonem), który mogą sobie samodzielnie podać w przypadku wystąpienia hipoglikemii. W takim przypadku może być konieczna Twoja pomoc w wykonaniu zastrzyku.
- Czekając przy poszkodowanym, regularnie sprawdzaj poziom jego reakcji.

Urazy kości i tkanek miękkich

Urazom kończyn najczęściej towarzyszy ból pojawiający się po wypadku. Czasami widoczne jest wyraźne zgięcie lub inne zdeformowanie kończyny albo kończyna jest zasiniona, opuchnięta i tkliwa (bolesna na dotyk). Poszkodowany zwykle będzie reagował niechęcią na próby poruszenia kończyny. Rolą osoby udzielającej pomocy jest zapewnienie wsparcia i uspokojenie poszkodowanego. Zwykle będzie to obejmowało podparcie/unieruchomienie kończyny w pozycji, która będzie najbardziej komfortowa dla poszkodowanego („podkładka i podparcie”).

Czasami u poszkodowanego występowało będzie oczywiste złamanie (pęknięcie kości), objawiające się jako odkształcenie lub obrzęk, ale w większości przypadków do potwierdzenia złamania niezbędne jest wykonanie zdjęcia rentgenowskiego. Uszkodzenia tkanek miękkich (skręcenia lub naciągnięcia) mogą być równie bolesne jak złamania. W rzadkich przypadkach dochodzi do złamania otwartego, któremu towarzyszy wystąpienie rany.



► Rycina 32. — Szkielet człowieka z zaznaczonymi głównymi kośćmi

Naciągnięciem nazywa się uraz mięśni i ścięgien. Skręcenie odnosi się z kolei do więzadeł i stawów. Najczęstszymi skręceniami są skręcenia stawu skokowo-goleniowego (potocznie kostki) i kolanowego.

Uraz może też skutkować zwichnięciem stawu. Ze zwichnięciem mamy do czynienia w przypadku, gdy przesunięcie kości z ich fizjologicznego położenia powoduje odkształcenie, ból i brak możliwości normalnego poruszania kończyną. Zwichnięcie stawu zwykle jest bardzo bolesne. Osoba udzielająca pomocy nie powinna próbować przywrócić stawu do normalnego położenia. Należy zastosować metodę podkładki i podparcia, aby zapewnić jak największy komfort w miejscu urazu.

W przypadku krwawiących ran należy postąpić zgodnie z opisem na stronie 31.

Jeżeli poszkodowany nie reaguje, należy postępować zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.

Urazy barków i ramion

Dla poszkodowanego z urazem barku lub ramienia najbardziej komfortową pozycją będzie dociśnięcie ramienia do przedniej części ciała, z ugiętym łokciem. Ramię należy podeprzeć w takiej pozycji, korzystając z temblaka. Do wykonania temblaka najlepsza jest trójkątna chusta, ale w przypadku jej braku można użyć innego, odpowiedniego materiału.



► Rycina 33. — W przypadku urazu ramienia ratowany powinien trzymać je na klatce piersiowej, podpierając drugim ramieniem. Krawędź chusty może zostać zawinięta, aby uzyskać jednolity brzeg. Krawędź chusty należy ułożyć równoległe do boku pacjenta.



► Rycina 34. — Górna część temblaka przekładana jest za szyję pacjenta w kierunku drugiej części i wiązana tam z drugim „końcem” temblaka, który uniesiono.



► Rycina 35. — Wreszcie róg chusty jest skręcany do momentu, gdy skręcenie będzie stykało się z ramieniem, a następnie chowany w środku temblaka, co utrzymuje skręcony róg.



► Rycina 36.

Urazy klatki piersiowej

Uderzenia bezpośrednio w klatkę piersiową lub upadki mogą wywołać urazy mięśni i żeber w ścianie klatki piersiowej. Choć urazy takie mogą być wyjątkowo bolesne, u młodych ludzi zwykle nie są groźne, a podanie leku przeciwbólowego będzie wystarczające. Nie należy ograniczać ruchomości ściany klatki piersiowej. Urazy klatki piersiowej u osób starszych lub z chorobami narządów w obrębie klatki piersiowej mogą mieć bardzo poważne konsekwencje i takie osoby należy skierować do szpitala na badanie.

Opisanym urazom towarzyszy ból w miejscu uderzenia, czasami też występują siniaki i ból podczas oddychania.

Urazy jamy brzusznej

Każdy poszkodowany, który po zdarzeniu skarży się na ból w jamie brzusznej (ból brzucha, ból w dole brzucha), wymaga natychmiastowej pomocy lekarskiej.

Urazy nóg

W większości przypadków wystarczy pomóc poszkodowanemu utrzymywać nogę w pozycji, która jest dla niego najbardziej komfortowa. Zwykle pomocne będzie ułożenie nogi na poduszkach lub na innym, wygodnym podparciu.

U osób starszych, czasami nawet wskutek drobnych kontuzji, najczęściej dochodzi do urazów bioder i ud. Często noga będzie obrócona, a biodro będzie ugięte do przodu na poziomie uda, ze zgiętym kolaniem. W takich przypadkach należy zapewnić podparcie dla zranionej kończyny (stosując metodę podkładki i podparcia), nie zmieniając jej położenia.

W trakcie aktywności sportowej bardzo często dochodzi do urazów kolan, które bardzo szybko puchną. Urazy takie często są wyjątkowo bolesne i wymagają odbycia badań w szpitalu.

Skręcenia

Najczęściej dochodzi do skręceń stawów kończyn dolnych, a na skutek pojawiającego się w wyniku urazu dyskomfortu i obrzęku poszkodowany może nie chodzić. Czynności pierwszej pomocy w przypadku urazów tkanek miękkich zebrano w poniższej ramce.

Zniesienie bólu za pomocą zwykłych leków przeciwbólowych
Bezpieczne ułożenie obszaru urazu
Przyłożenie lodu lub kompresu chłodzącego do obszaru urazu
Zapewnienie komfortu i podparcia
Uniesienie obszaru urazu

Lodu nie należy przykładać bezpośrednio na skórę — należy włożyć go do woreczka i owinąć go cienkim ręcznikiem. W udzielaniu pierwszej pomocy w przypadku skręceń bandaż i podpory nie znajdują szerokiego zastosowania. Poszkodowani ze skręceniem nogi, którzy nie mogą chodzić, muszą zostać zbadani przez lekarza, aby wykluczyć złamanie.

Urazy kręgosłupa i szyi

Rdzeń kręgowy (znajdujący się w kanale kręgowym) łączy mózg z resztą ciała. Rdzeń kręgowy i mózg tworzą razem ośrodkowy układ nerwowy.

Kręgosłup zbudowany jest z:

- rdzenia kręgowego,
- części kostnych (czyli kręgów) chroniących rdzeń.

Rdzeń kręgowy łączy się z poszczególnymi mięśniami i kieruje ich poruszaniem się (czynnością ruchową). Łączy się on także z różnymi narządami, jak na przykład ze skórą, skąd odbiera sygnały o bodźcach, takich jak dotyk, ból i uczucie ciepła (czynność czuciowa).

Największym ryzykiem u osób z urazami kręgosłupa jest czasowe lub trwałe uszkodzenie rdzenia kręgowego. W przypadku takiego uszkodzenia osoba jest sparaliżowana od miejsca uszkodzenia do dołu ciała.

Urazy kręgosłupa najczęściej powstają wskutek działania znacznej siły. Należy rozważyć możliwe wystąpienie urazu kręgosłupa u osoby, która:

- spadła z wysokości (np. z drabiny),
- upadła w dziwny sposób (np. podczas gimnastykowania się),
- nurkowała w płytkim zbiorniku i uderzyła głową o dno,
- spadła z pojazdu będącego w ruchu lub z konia,
- uczestniczyła w wypadku z udziałem pojazdu silnikowego jadącego ze znaczną prędkością, zwłaszcza jeśli pasażer nie był przypięty pasami,
- została uderzona ciężkim obiektem w plecy lub w górną część głowy,
- odniosła znaczny uraz głowy lub twarzy.

W praktyce większość urazów szyi i pleców pojawia się na skutek względnie drobnych kontuzji, jak na przykład wykonania nietypowego lub gwałtownego ruchu, które nie należą do opisanych powyżej możliwości. W takich przypadkach zwykle nie jest wymagane nic więcej poza uspokojeniem poszkodowanego i zastosowaniem leków przeciwbólowych.

Jeśli poszkodowany nie reaguje na skutek urazu głowy, zawsze należy podejrzewać ewentualność uszkodzenia rdzenia kręgowego i zastosować odpowiednie kroki w takich przypadkach

Na co należy zwrócić uwagę?

- Ból szyi lub pleców.
- Bolesność i (lub) zasinienie skóry wokół kręgosłupa.
- Utrata kontroli nad kończynami — poszkodowany może nie móc poruszyć rękami lub nogami.
- Utrata czucia lub zaburzenia czucia, jak na przykład odczuwanie pieczenia lub mrowienia.

Co musisz robić:

- Zawsze postępuj zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.

Jeśli poszkodowany *reaguje i NIE JEST zdezorientowany*:

- należy go uspokoić i poradzić, by pozostał w bezruchu,
- w celu postępowania zgodnie ze schematem **DRS-ABCD** poproś poszkodowanego o delikatne poruszenie głową tak, by patrzył bezpośrednio przed siebie — ale tylko wtedy, gdy poruszaniu głową nie towarzyszy ból,
- zadzwoń po karetkę lub poproś kogoś, by ją wezwał,
- poproś poszkodowanego, by starał się nie poruszać głową,
- możesz podeprzeć bok głowy za pomocą poduszek lub koców albo przytrzymywać głowę poszkodowanemu w neutralnym położeniu.

Jeśli podtrzymujesz głowę za pomocą rąk, nie zakrywaj uszu poszkodowanego, by słyszał, co do niego mówisz (Rycina 37.).



► Rycina 37. — Manualna stabilizacja szyi

Jeśli poszkodowany *nie reaguje*:

- upewnij się, że drogi oddechowe są drożne — jeśli to konieczne, zastosuj technikę odgięcia głowy i uniesienia podbródka (Rycina 3.). W tym celu może być konieczne zdjęcie kasku motocyklowego (str. 25),
- sprawdź, czy poszkodowany oddycha:
 - jeśli poszkodowany *oddycha prawidłowo*, pozostaw go w pozycji, w jakiej go znalazłeś; przytrzymuj głowę poszkodowanego w bezruchu za pomocą rąk. Jeżeli nie wiesz, czy drogi oddechowe są drożne lub czy poszkodowany oddycha normalnie, może być konieczne przemieszczenie poszkodowanego (np. odwrócenie go na plecy), aby prawidłowo wykonać ocenę drożności i oddychania,
 - jeśli poszkodowany *nie oddycha prawidłowo*, musisz rozpocząć resuscytację. Aby ją skutecznie wykonać, poszkodowany musi zostać ostrożnie położony na plecach.

Oczekując na przybycie pomocy, sprawdzaj, czy poszkodowany oddycha i jaki jest jego poziom reakcji. Jeśli poszkodowany nie współpracuje albo jest zdezorientowany, nie należy unieruchamiać szyi poszkodowanego przy użyciu siły.

Drobne urazy

Skaleczenia i otarcia

Krwawienie z niewielkich skaleczeń i otarć może zostać zatamowane przez zastosowanie ucisku i uniesienie zranionego miejsca. Po zaklejeniu plastrem rana zwykle zagoi się samoistnie w ciągu kilku dni. Jeśli zranienie to tylko niewielkie, powierzchowne otarcie, najlepiej nie opatrywać go, aby rana wyschła i utworzył się strup.

Po pomoc medyczną należy zwrócić się jednak w przypadku, gdy krwawienie jest trudne do opamowania, jeśli w ranie znajduje się ciało obce lub jeśli występuje znaczne ryzyko zakażenia — np. w wyniku ugryzienia przez zwierzę lub człowieka. Poszkodowany, który nie jest pewien, czy otrzymał szczepienia (np. przeciwko tężcowi i zapaleniu wątroby), powinien zgłosić się do lekarza.

Siniaki

Siniaki powstają wskutek wynaczyniania się krwi z naczyń krwionośnych znajdujących się w tkankach podskórnych. Siniak może pojawić się od razu po wystąpieniu urazu lub ujawnić się w ciągu kilku dni (im dłuży czas upływa do pojawienia się siniaka, tym głębiej uszkodzona została tkanka). U osób starszych i przyjmujących leki przeciwzakrzepowe siniaki występują łatwiej.

Zasinienie można ograniczyć przez uniesienie miejsca urazu i zastosowanie chłodzenia. Aby ograniczyć napływ krwi, a przez to wielkość powstającego siniaka, umieść zimny kompres na uszkodzonym obszarze na 10 minut.

Jeżeli nie powstrzyma to powstawania opuchlizny, poszkodowany powinien zgłosić się na badania do szpitala.

Pęcherze

Pęcherze powstają wskutek długotrwałego tarcia o skórę (np. gdy skóra raz po raz ociera się o inną powierzchnię, jak wnętrze buta). Z uszkodzonej tkanki wypływa płyn, który zbiera się pod powierzchnią skóry.

W przypadku powstania pęcherza oczyścić obszar, w którym się pojawił, i osuszyć go. Jeśli pęcherz już pękł, oczyścić obszar jego występowania, ale nie usuwać oddzielonego naskórka. Opatrz miejsce, w którym znajdował się pęcherz, miękkim opatrunkiem, co zapewni osłonę, ochronę i komfort.

Ciała obce w ranie

Istotne jest, by z rany usunąć ciała obce — np. drobinki szkła lub żwiru. Pozostawienie takich ciał w ranie zwiększa ryzyko wystąpienia zakażeń. W celu usunięcia znajdujących się w ranie ciał można zastosować płukanie lub usunąć ciała obce za pomocą pincety. Jeżeli ciało obce znajduje się głęboko, należy pozostawić je do usunięcia przez przeszkolony personel medyczny. Jeżeli w ranie pozostawiono ciało obce, może być konieczne obłożenie takiego ciała przed opatrzeniem rany.

Jeśli rana została dokładnie oczyszczona i opatrzona, nie jest konieczne, by natychmiast zgłaszać się po pomoc lekarską. Gdy rana zawiera jednak pozostawione ciała obce, należy zgłosić się po pomoc.

Krwawienie z nosa

Jest to często występujący problem, z którym można sobie poradzić, udzielając odpowiedniej pierwszej pomocy:

- poproś poszkodowanego, by usiadł i pochylił się do przodu,
- poproś go, by uciskał miękką część nosa, luzując ucisk co 10–15 minut, do momentu ustąpienia krwawienia (Rycina 38.),
- poproś poszkodowanego, by oddychał przez usta.

Jeżeli krwawienie jest znaczne albo występują objawy takie, jak zawroty głowy lub uczucie tracenia przytomności albo gdy krwawienie utrzymuje się przez ponad 30 minut lub gdy poszkodowany odniósł uraz głowy — wezwij pomoc lekarską.



► Rycina 38. — Tamowanie krwawienia z nosa

Problemy z uszami

W różnych sytuacjach, np. w wyniku zakażenia lub obecności ciała obcego, może wystąpić ból ucha. Poproś poszkodowanego, by zgłosił się do swojego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub na najbliższy oddział ratunkowy. Nie próbuj samodzielnie usuwać ciał obcych z przewodu słuchowego — chyba że są dobrze widoczne i łatwe do usunięcia.

Urazy oczu

W wielu zdarzeniach dochodzi do urazów oczu, które mogą mieć charakter od często występujących, łagodnych problemów do poważniejszych urazów. Objawy, na które należy zwracać uwagę:

- ból lub zaczerwienienie oka albo powieki,
- widoczna rana, w tym rana z wyciekami płynu/krwi,
- utrata wzroku,
- dyskomfort wywołany światłem,
- łzawienie oczu.

Należy powstrzymać poszkodowanego od pocierania oczu.

Jeżeli uważasz, że w oku może znajdować się ciało obce, należy:

- dokładnie obejrzeć oko pod kątem występowania ran,
- w przypadku zauważenia ciał obcych należy wypłukać oko obficie czystą wodą, wlewając ją od strony wewnętrznego kącika (Rycina 39.),
- jeżeli to nie pomoże — należy natychmiast zgłosić się po pomoc medyczną.

Jeśli w samym oku lub w jego pobliżu widoczne są **siniec, rana lub wbite ciało obce**, należy:

- poprosić poszkodowanego o nieporuszanie gałką oczną,
- powiedzieć poszkodowanemu, by natychmiast zgłosił się do lekarza.

Jeśli doszło do **oparzenia chemicznego**, należy:

- natychmiast rozpocząć płukanie oka czystą wodą — należy płukać oko przez co najmniej 15 minut, pochylając głowę i oparzone oko w dół (pozwoli to uniknąć przedostania się substancji do drugiego oka),
- powiedzieć poszkodowanemu, by natychmiast zgłosił się do lekarza.

Nie wolno dotykać oka i próbować usuwać ciał obcych wystających z niego. Nie ma potrzeby nakładania opatrunku w przypadku urazu oka.



► Rycina 39. — Płukanie oka

Jeśli pacjent ma toksyczne substancje chemiczne w oku, takie jak kwas, natychmiast rozpocznij obfite płukanie dowolnym płynem na bazie wody. Jeśli zwykła woda nie jest dostępna, wystarczą napoje bezalkoholowe.

Oparzenia i poparzenia

Bezpośrednie działanie ognia lub płonących materiałów — zwłaszcza w zamkniętej przestrzeni — może doprowadzić do wdychania gorących gazów i (lub) urazu termicznego jamy ustnej i dróg oddechowych. Taka sytuacja może gwałtownie przerodzić się w zagrażający życiu stan, który wymaga natychmiastowego udzielenia pomocy lekarskiej. Poinformuj wtedy dyspozytora, że podejrzewasz oparzenia dróg oddechowych (strona 27).

W przypadku oparzenia lub poparzenia ochładzanie oparzonego miejsca zmniejszy odczuwany ból i obrzęk, a także prawdopodobieństwo późniejszego wystąpienia blizn. Im szybciej przystąpisz do schładzania oparzenia i im dłużej będziesz je chłodził, tym mniejsze będą skutki takiego urazu.

Podstawowe zasady

- Zadbaj o swoje bezpieczeństwo podczas pomagania poszkodowanemu.
- NIE próbuj usuwać przedmiotów/ciał obcych wystających z oparzonego miejsca.
- NIE wychłódź poszkodowanego — schładzaj tylko poparzony obszar.
- NIE stosuj balsamów, maści ani kremów.
- NIE używaj opatrunków z klejem.
- NIE przekłuwaj powstałych pęcherzy.

Co możesz zrobić:

- Zawsze postępuj zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.
- Umieść poparzone miejsce pod zimną, bieżącą wodą (NIE lodowatą wodą) i schładzaj je przez co najmniej 20 minut. Schładzanie obszernych poparzeń u dzieci może spowodować hipotermię — musisz odpowiednio postępować, aby uniknąć jej wystąpienia.
- Jeżeli nie masz dostępu do zimnej wody, możesz użyć dowolnej, chłodnej cieczy, np. napoju bezalkoholowego.
- Zdejmij biżuterię, jeżeli znajduje się ona w okolicy poparzonej skóry.
- Okryj oparzenia jałowym opatrunkiem, jeśli masz taki pod ręką.
- Oparzony obszar można nakryć kawałkami folii spożywczej, nie wolno jednak owijać nią kończyn.
- W przypadku obszernych lub poważnych poparzeń upewnij się, że wezwano pomoc lekarską. Wielu poszkodowanych będzie potrzebowało lekarza, który pomoże zmniejszyć odczuwany po poparzeniach ból.
- Jeżeli występują trudności z oddychaniem — skorzystaj z porad zamieszczonych na stronie 26.



W przypadku oparzeń chemicznych, powstałych na skutek działania substancji silnie żrących lub wskutek zamierzonego ataku z użyciem nieznanej substancji chemicznej — kieruj się wskazówkami podanymi na stronie 55.

Jeżeli poszkodowany płonie, spróbuj ugasić ogień, stosując technikę „zatrzymaj, przewróć i przetocz” (Rycina 40.).

► Rycina 40. — Technika „zatrzymaj, przewróć i przetocz”

Atak z użyciem kwasu

Coraz częściej spotyka się ataki z użyciem substancji żrących. Twoje początkowe działania, jako osoby udzielającej pomocy, muszą być proste i skuteczne, co może znacznie pomóc ich ofiarom.

Jeżeli na pewno możesz bezpiecznie podejść do ofiary takiego ataku, to sekwencja podejmowanych działań będzie następująca:

zgłoś	—	zadzwoń pod 999 lub 112
zdejmij	—	ostrożnie zdejmij zanieczyszczoną odzież
płukaj	—	bezzwłocznie przystąp do płukania

Pomagając osobie, która stała się ofiarą ataku z użyciem kwasu, niezmiernie istotne jest uważanie, by samemu nie zanieczyścić się żrącą substancją. Zdejmując zanieczyszczoną odzież poszkodowanego, musisz samemu chronić się przed działaniem żrącej substancji — owiń dłonie plastikowymi reklamówkami, załóż rękawiczki (jeżeli masz je przy sobie) i nie dotykaj wyraźnie zanieczyszczonych obszarów skóry lub odzieży poszkodowanego.

Co należy zrobić:

- Zawsze postępuj zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.
- Schłódź oparzenie, a nie poszkodowanego. Nie używaj lodu.
- Zapewnij poszkodowanemu ciepło.
- Do zmycia żrącej substancji potrzebne jest obfite płukanie bieżącą wodą kranową, ale można też użyć innych, powszechnie dostępnych płynów. Płukanie najlepiej prowadzić co najmniej 20 minut.
- Uważaj, by podczas płukania nie przenieść zanieczyszczeń z odsłoniętego obszaru na inne części ciała poszkodowanego.

Zatrucie lub celowe przedawkowanie

Być może konieczne będzie udzielenie pomocy osobie, która przedawkowała lub została otruta. Oto kilka prostych porad, co należy zrobić w takiej sytuacji:

- Zawsze postępuj zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.
- Jeśli musisz przystąpić do sztucznego oddychania — zastosuj kieszonkową maseczkę lub osłonę twarzy, aby się chronić.
- Uspokój poszkodowanego.
- Zatelefonuj pod 999 lub 112 i podaj możliwie jak najwięcej informacji o substancji, która spowodowała zatrucie.
- Nie próbuj wywoływać wymiotów u poszkodowanego, ale pomóż poszkodowanemu, jeśli sam zaczął wymiotować.
- Zachowaj próbkę trucizny.

Ugryzienia i użądlenia

Ugryzienia przez zwierzęta

Ugryzienie powoduje uszkodzenie tkanki i pozwala przedostać się drobnoustrojom w głąb skóry — musisz więc zaopatrzyć ugryzienia, które spowodowały uszkodzenie skóry, dzięki czemu powstrzymasz rozwinięcie się zakażenia.

Postępuj zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**. Pierwsza pomoc w przypadku ugryzień obejmuje:

- powstrzymanie krwawienia (strona 31),
- obfite płukanie rany wodą,
- okrycie rany jałowym opatrunkiem w celu zapobiegania zakażeniom,
- poradzenie poszkodowanemu, by zgłosił się po pomoc medyczną.

W przypadku większości ugryzień konieczne jest podanie antybiotyków. Istnieje też ryzyko zakażenia tężcem (a w niektórych krajach — wścieklizną), więc ważne jest, by poszkodowany zgłosił się po pomoc medyczną.

Ugryzienia przez człowieka

Jeżeli doszło do ugryzienia przez inną osobę, poza ryzykiem wystąpienia zakażenia bakteryjnego istnieje też ryzyko zakażenia zapaleniem wątroby lub wirusem HIV. Poszkodowany musi zgłosić się do szpitala.

Użądlenia owadów

Użądlenia owadów mogą być bolesne, ale przeważnie nie są niebezpieczne. Najczęściej po użądleniu najpierw pojawia się ból, a następnie łagodny obrzęk, zaczerwienienie i tkliwość.

Czasami jednak użądlenie może wywołać ciężką reakcję alergiczną — musisz więc zwrócić uwagę na jej występowanie i natychmiast wezwać pomoc medyczną, jeżeli do niej dojdzie .

Co musisz robić:

- Jeżeli widzisz żądło — należy spróbować je usunąć szczoteczką lub zdrapując je w kierunku bocznym. Nie próbuj używać pincety do uchwycenia i wyciągnięcia żądła, ponieważ może spowodować to przedostanie się większej ilości jadu do rany.
- Zaproponuj zwykły środek przeciwbólowy.
- Umieść na użądlonym miejscu kompres chłodzący lub coś zimnego, aby zmniejszyć obrzęk, i unieś obszar ciała, który został użądlony.
- Jeśli doszło do użądlenia w obrębie ust lub gardła (na przykład na skutek połknięcia owada, który wpadł do puszek z napojem), podaj poszkodowanemu kostkę lodu do ssania lub zaleć powolne picie lodowatej wody.
- Pamiętaj o schemacie **DRS-ABCD**.

Jeżeli zauważysz objawy ciężkiej reakcji alergicznej (strona 39), wezwij pomoc lekarską. Pomóż poszkodowanemu użyć wstrzykiwacza z adrenaliną, jeśli ma go przy sobie.

Ukąszenia przez węże

W przypadku faktycznego lub podejrzanego ukąszenia przez węża życie poszkodowanego może być zagrożone — należy natychmiast zgłosić się po pomoc medyczną.

Nie próbuj złapać węża!

Objawy i ślady ukąszenia przez węża nie zawsze są zauważalne i widoczne. Objawy mogą pojawić się nawet po godzinie lub dłuższym czasie od ukąszenia. Ślady ukąszenia mogą być różne: od wyraźnie widocznych ran kłutych, przez zadrapania, na niewidocznych śladach skończywszy.

Objawy ukąszenia przez węża mogą obejmować dowolne z poniższych:

- ból, obrzęk, zasinienie lub niewielkie krwawienie w miejscu ukąszenia (czasami pojawiające się z opóźnieniem),
- ból głowy, uczucie tracenia przytomności, zawroty głowy,
- ból brzucha, nudności i wymioty,
- niewyraźne widzenie, opadające powieki,
- trudności w mówieniu lub przełykaniu,
- osłabienie lub zdrętwienie kończyn,
- utrudnione oddychanie,

Co należy robić?

- Postępuj zgodnie ze schematem **DRS-ABCD**.
- Wezwij karetkę, dzwoniąc pod 999 lub 112.
- Ułóż poszkodowanego w pozycji leżącej i poproś, by się nie ruszał. Uspokój poszkodowanego.
- Powstrzymaj krwawienie i przemyj ranę czystą wodą.
- Okryj miejsce ukąszenia.
- Jeśli doszło do ukąszenia w kończynę — dokładnie zabandażuj całą kończynę, począwszy od palców dłoni lub stóp (Rycina 41.).
- Unieruchom zabandażowaną kończynę.
- Zanotuj czas ukąszenia i moment zabandażowania kończyny.
- Zostań z poszkodowanym do momentu przybycia pomocy.

NIE próbuj wyssać jadu ani zakładać opaski uciskowej na ukąszoną kończynę.



► Rycina 41. — Zastosowanie bandażu uciskowych i unieruchomienia

DOŁĄCZ DO NAS

Johanniter International (JOIN) jest partnerstwem czterech protestanckich Zakonów Świętego Jana i ich krajowych organizacji charytatywnych. Nasze organizacje członkowskie z siedzibą w Europie i na Bliskim Wschodzie działają w ścisłej współpracy i są wspierane przez ponad 100 000 wolontariuszy. Służą ludzkości poprzez usługi medyczne i pierwszą pomoc, opiekę społeczną, pomoc międzynarodową, pomoc humanitarną i pracę z młodzieżą. Usługi organizacji członkowskich JOIN są otwarte dla wszystkich. Kluczem do naszych wartości jest nasze chrześcijańskie dziedzictwo, które podkreśla naszą pracę.

Centrala JOIN w Brukseli opowiada się za zainteresowaniem organizacji charytatywnych św. Jana wobec organów europejskich i międzynarodowych oraz ułatwia międzynarodowe projekty i grupy robocze.

W celu uzyskania dalszych informacji prosimy o kontakt z naszym biurem w Brukseli pod adresem join.office@johanniter.org lub www.johanniter.org.



johanniter
international

