

POSTĘPOWANIE W STANACH ZAGROŻENIA ŻYCIA

OSTRY BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ

Ból wieńcowy – lokalizowany zamostkowo lub na przestrzał klatki piersiowej z promieniowaniem do lewego barku, ręki lub żuchwy. Określany jako ból piekący, dławiący lub rozrywający, towarzyszą mu lęk, poty lub nudności. Czasami pacjent zgłasza ucisk, zaciskanie, ciężar lub palenie w klatce piersiowej. Najczęstsza przyczyna zaostrzenia bólu wieńcowego – ZAWAŁ MIĘŚNIA SERCOWEGO.

Ból opłucnowy – zależny od oddechu i pozycji ciała; najczęstsze przyczyny: zapalenie osierdzia czy opłucnej, zator tętnicy płucnej lub odma opłucnowa.

DŁAWICA PIERSIOWA

Dławica piersiowa to ból pochodzenia sercowego wskazujący na **niedokrwienie** mięśnia sercowego. Niedokrwienie jest wynikiem zaburzonej równowagi pomiędzy ilością tlenu dostarczanego do serca a jego zapotrzebowaniem na tlen.

- Zmniejszenie podaży tlenu do m. sercowego:
 - Zamknięcie t. wieńcowej – miażdżycy, skurcz t. wieńcowej, zator
 - Zmniejszenie perfuzji wieńcowej – np. hipotonia
 - Niedokrwistość, hipoksja, zatrucie tlenkiem węgla.

OBJAWY

- Ból dławicowy – ból tępy, uczucie ucisku, ciężaru, zaciskający, nie można precyzyjnie określić umiejscowienia. Może promieniować do ramion, szyi lub żuchwy,
- Objaw Levine'a – uderzanie dłonią w okolicę mostka w celu scharakteryzowania bólu,
- Nudności,
- Wymioty,
- Pocenie się,
- Spływanie oddechu,
- Omdlenia,
- Kołatanie serca.

POSTACIE

- Stabilna dławica piersiowa – w postaci „typowej” dla każdego pacjenta: ze stałą częstotliwością, ze stałym nasileniem i przy takim samym wysiłku fizycznym. Ból ustępuje po odpoczynku lub po zażyciu nitrogliceryny.
- Niestabilna dławica piersiowa – zmiana dotychczasowych „typowych” objawów, na ogół jest stanem zagrożenia zawałem serca.

ZAWAŁ MIĘŚNIA SERCOWEGO

Zawałem mięśnia sercowego nazywamy ostre niedokrwienie ściany mięśnia sercowego spowodowane najczęściej niedrożnością naczyń wieńcowych. Niedokrwienie powodujące niedotlenienie doprowadza do martwicy i dysfunkcji.

OBJAWY

- Ból wieńcowy – pojawia się w spoczynku, wykazuje znaczne nasilenie, trwa > 20min, nie ustępuje po nitroglicerynie,

- Objawy towarzyszące:
 - nudności, wymioty
 - niepokój, strach przed śmiercią
 - osłabienie
 - duszność
 - zimne poty

ROZPZNANIE

- poszkodowany pobudzony, czuje strach przed śmiercią
- w większości przypadków przytomny
(utrata przytomności w rozległych zawałach z powikłaniami)
- oddech od normalnego do przyspieszonego i spłyconego
- tętno
 - przyspieszone - wywołane stresem
 - nieregularne - zaburzenia rytmu, dodatkowe skurcze
 - zwolnione - świeży blok przewodzenia
 - nitkowate lub niewyczuwalne - wstrząs kardiogeny
- pienista wydzielina z ust - przy towarzyszącym obrzęku płuc
- poszerzenie żył szyjnych - zastoinowa niewydolność krążenia

Wywiad zebrany od poszkodowanego, jego rodziny lub świadków wypadku obejmujący wcześniejszy stan zdrowia poszkodowanego a także okoliczności i zdarzenia, które poprzedziły wypadek (stres, sytuacja rodzinna, w pracy), jest pomocny w rozpoznaniu.

POSTĘPOWANIE

1. Ułożenie w pozycji siedzącej lub półsiedzącej - zmniejsza powrót krwi żyłnej obwodowej do serca i obniża jego obciążenie.
2. Ograniczenie ruchów poszkodowanego. Wysiłek zwiększa zapotrzebowanie na tlen także w obrębie niedotlenionego obszaru serca - powiększenie zmian martwiczych.
3. Zapewnienie komfortu psychicznego - stres zwiększa zapotrzebowanie na tlen.
4. Rozluźnienie krawata, rozpięcie kołnierzyka koszuli.
5. Dostęp świeżego powietrza
6. Jeżeli poszkodowany leczy się na serce i posiada nitroglicerynę, podać podjęzykowo, jeżeli ból nie ustąpi w ciągu 5 minut, dawkę powtórzyć.
7. Można podać aspirynę doustnie (przeciwwskazania: choroba wrzodowa, alergia).
8. Wezwanie pomocy.
9. Kontrola stanu poszkodowanego z uwagi na możliwość gwałtownego pogorszenia.
10. W przypadku zatrzymania oddechu i krążenia - **Resuscytacja krążeniowo-oddechowa**

ASTMA OSKRZELOWA

- **Astme** charakteryzuje okresowe występowanie objawów nadwrażliwości oskrzeli i ich odwracalnej obturacji. Obturację oskrzeli zazwyczaj powoduje skurcz mięśni gładkich i zapalenie błony śluzowej.
- a) Astma zewnątrzpochodna – zależna od czynników immunologicznych, zwykle rozpoczyna się w dzieciństwie.
- b) Astma wewnątrzpochodna – nie stwierdza się w niej żadnego czynnika przyczynowego, ma tendencję do nasilanie się z wiekiem.

OBJAWY

- Świsty, duszność i kaszel,

- Ból opłucnowy (u niektórych pacjentów)
- Włączenie do pracy dodatkowych mięśni oddechowych

Objawy zagrażającego zatrzymania oddechu:

- **Zaburzenia psychiczne,**
- **Znacznie nasilony wysiłek oddechowy,**
- **Skrajne zmęczenie.**

ROZPOZNANIE

- Oddech utrudniony, przyspieszony,
- Świsty oddechowe,
- Wydłużony wydech,
- Tachykardia,
- Niepokój, splątanie, pobudzenie, dezorientacja,
- Pozycja stojąca, często pacjent opiera się np.o stół – stabilizacja obręczy barkowej powoduje uruchomienie dodatkowych mięśni oddechowych.

POSTĘPOWANIE

1. Zabezpieczyć wygodną pozycje (osoby, która się dusi NIGDY nie kładziemy jeśli jest przytomna)
2. Jeśli posiada swoje leki, w postaci wziewnej, podać je jak najszybciej,
3. Wezwać pomoc,
4. Zapewnić komfort psychiczny,
5. Zabezpieczyć dostęp tlenu,
6. Jeśli to możliwe zastosować tlenoterapię 100% tlenem,
7. W przypadku utraty przytomności zabezpieczyć w pozycji leżącej i udrożnić drogi oddechowe,
8. Kontrolować parametry życiowe!!!
9. W przypadku zatrzymania oddechu prowadzić oddech zastępczy,
10. W przypadku zatrzymania krążenia rozpocząć **RESUSCYTACJĘ KRĄŻENIOWO – ODDECHOWĄ**

ZAOSTRZENIE POCHP

PRZEWLEKŁA OBTORACYJNA CHOROBA PŁUC jest zespołem chorobowym charakteryzującym się przewlekłą dusznością i utrudnieniem przepływu powietrza wydechowego spowodowanym przez wzrost oporu lub zmniejszenia się przekroju oskrzelików i małych oskrzeli.

Wyróżnia się 2 typy POCHP:

- a) Rozedmę – trwałe, nadmierne rozszerzenie oskrzelików końcowych, któremu towarzyszy zmniejszenie struktur oskrzelikowo – pęcherzykowych
- b) Przewlekłe zapalenie oskrzeli – kaszel z wykrztuszaniem prawie każdego dnia co najmniej przez 3 miesiące w roku przez 2 kolejne lata.

OBJAWY

- Świsty, duszność wysiłkowa, kaszel,
- Włączenie dodatkowych mięśni oddechowych,
- Oddech przez „zasnurowane” usta,

Objawy zagrażającego zatrzymania oddechu:

- **Zaburzenia psychiczne,**
- **Znaczne nasilenie pracy mięśni oddechowych,**
- **Skrajne zmęczenie.**

ROZPOZNANIE

W ZAOSTRZENIACH CHOROBY:

- plwocina jest ropna,
- nasilenie świstów,
- tachykardia,
- tachypnoe,
- sinica,
- gorączka

Objawy nieswoiste:

- bezsennaść,
- trudności koncentracji,
- złe samopoczucie, przygnębienie

Niekiedy badanie fizykalne wykazuje objawy przewlekłej niewydolności prawokomorowej:

- Rozszerzenie żył szyjnych,
- Obrzęki obwodowe,
- Powiększenie wątroby.

-

POSTĘPOWANIE

1. Zabezpieczyć wygodną pozycję (osoby, która się dusi NIGDY nie kładziemy jeśli jest przytomna)
2. Wezwać pomoc,
3. Zapewnić komfort psychiczny,
4. Zabezpieczyć dostęp tlenu,
5. Jeśli to możliwe zastosować tlenoterapię 100% tlenem,
6. W przypadku utraty przytomności zabezpieczyć w pozycji leżącej i udrożnić drogi oddechowe,
7. Kontrolować parametry życiowe!!!
8. W przypadku zatrzymania oddechu prowadzić oddech zastępczy,
9. W przypadku zatrzymania krążenia rozpocząć **RESUSCYTACJĘ KRAŻENIOWO – ODDECHOWĄ**

UDAR MÓZGU

Udarem mózgu określa się zaburzenia neurologiczne spowodowane przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia.

Niedokrwienny udar mózgu

Przyczyną jest niedrożność naczynia krwionośnego spowodowana zatorom lub zakrzepem. Zator jest efektem uwięźnięcia w naczyniu mózgowym materiału pochodzącego spoza układu nerwowego - najczęściej są to skrzepliny pochodzące z serca. Zakrzep to stopniowe odkładanie się skrzepliny zamykające światło naczynia krwionośnego. Szczególnie narażeni są chorzy z miażdżycą naczyń.

Krwotoczny udar mózgu

Przyczyną jest uszkodzenie tętnicy w obrębie OUN spowodowane najczęściej nadciśnieniem tętniczym lub pęknięcie tętniaka.

Wynaczyniająca się krew tworzy krwiak uciskający tkankę mózgową -dochodzi do niedotlenienia i obumarcia tkanki mózgowej w tym obszarze.

ROZPOZNANIE

- Zakrzep - utrata funkcji mózgu w obszarze nieukrwionym, brak drgawek, brak bólu.
- Zator - utrata funkcji mózgu w obszarze nieukrwionym, drgawki, brak bólu.
- Krwotok - utrata funkcji mózgu w obszarze nieukrwionym, nagły, silny ból, utrata przytomności

OBJAWY

- porażenie mięśni twarzy o różnym nasileniu, trudności z mową
- porażenie mięśni ciała, paraliż
- zmienny stan świadomości (dezorientacja, śpiączka)
- utrata czucia
- zawroty głowy
- zaburzenia równowagi, chwiejny chód, skłonność do upadków
- niewyraźna, chaotyczna mowa
- zaburzenia widzenia

POSTĘPOWANIE

1. Wezwanie pomocy
2. Ocena drożności dróg oddechowych i funkcji życiowych - oddechu i krążenia. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa
3. Badanie neurologiczne poszkodowanego. Badanie porównawcze napięcia mięśniowego, czucia i funkcji kończyn górnych i dolnych (poruszanie, ściskanie dłoni).
4. Ułożenie w pozycji bocznej ustalonej poszkodowanego nieprzytomnego. Zasadą jest ułożenie na porażonej stronie.
5. Kontrola drożności dróg oddechowych i funkcji życiowych - oddechu i krążenia.
6. Nie zaleca się podawania pokarmów i płynów.

PADACZKA

PADACZKA - to nagłe, napadowe zaburzenia czynności OUN wywołane wzmożoną aktywnością neuronalną o charakterze przejściowym.

STAN PADACZKOWY – to ciągła aktywność napadowa trwająca dłużej niż 30 min albo co najmniej dwa napady, pomiędzy którymi nie nastąpiło pełne wycofanie się zaburzeń.

OBJAWY

- **NAPADY UOGÓLNIONE (grand mal):**
 - Nagła utrata świadomości poprzedzona toniczną sztywnością (utrzymujące się naprężenie mięśniowe) całego ciała, bezdechem i sinicą,
 - Wystąpienie drgawek klonicznych (skurcze mięśniowe o dużej częstotliwości),
 - Przygryzienie języka, zwrot gałek ocznych w jedną stronę, oddanie moczu,
 - Wiotkość, senność i splątanie po napadzie

Napady uogólnione są często poprzedzone zapowiadającymi drgawkami o charakterze ogniskowym.

NAPADY CZĘŚCIOWE to ogniskowe napady w zależności od lokalizacji w mózgu obszaru odpowiedzialnego za wyładowania neuronalne, mają charakter zróżnicowany i występują pod postacią:

- Drgawek ogniskowych,
- Zaburzeń czuciowych – drętwienia, błyski świetlne,
- Objawów autonomicznych,
- Zaburzeń psychicznych.

ROZPOZNIANIE

- upadek
- utrata świadomości
- skurcze
- ślinotok, może dojść do przegryzienia języka - krew
- niekontrolowane moczenie się
- okres braku świadomości lub dezorientacji po ustaniu ataku

POSTĘPOWANIE

Sprowadza się do zapewnienia poszkodowanemu warunków ograniczających możliwość dalszych obrażeń:

- zabezpieczenie przed upadkiem i urazami
- udrożnienie dróg oddechowych, przytrzymywanie głowy
- nie zaleca się wkładania w usta poszkodowanego jakichkolwiek przedmiotów
- nie zaleca się silnego krępowania ciała poszkodowanego
- ułożenie w pozycji bocznej ustalonej po zakończeniu napadu drgawkowego
- kontrola drożności dróg oddechowych i funkcji życiowych
- wezwanie pomocy medycznej w przypadku gdy:
 - drgawki trwają dłużej niż 5 minut
 - drgawki powracają
 - w wyniku napadu doszło do urazu
 - poszkodowany nieprzytomny lub splątany powyżej 5 minut po ustaniu napadu

OMDLENIA

Omdlenie pojawia się na skutek przejściowego niedotlenienia tkanki mózgowej i objawia się utratą świadomości i napięcia mięśniowego, dlatego chory upada na ziemię.

- Objawy te ustępują samorzutnie.
- Udzielając pierwszej pomocy należy rozluźnić odzież poszkodowanego, zapewnić dostęp świeżego powietrza, w pozycji leżącej unieść kończyny dolne do góry (można również unieść kończyny górne). Po kilku sekundach powinna powrócić świadomość. Przez kilka minut może występować oszołomienie. Należy ustalić, czy w trakcie omdlenia nie doszło do urazu.

Nie wolno:

- Polewać twarzy wodą.
- Podawać niczego doustnie,
- Podkładać czegokolwiek pod głowę.
- Zostawiać ratowanego samego.
- Bić poszkodowanego po twarzy.

UTRATA PRZYTOMNOŚCI

Utrata przytomności jest to objaw zaburzeń funkcji mózgu na różnym tle. Może być krótkotrwała, która ustępuje w ciągu kilku sekund lub minut i jest ona nazywana wtedy omdleniem.

Utrata przytomności długotrwała, która utrzymuje się przez godziny, dni a nawet tygodnie nazywana jest **śpiączką**.

POSTĘPOWANIE

W przypadku utraty przytomności nieurazowej:

- Pozycja boczna ustalona,
- Zabezpieczenie drożności dróg oddechowych,
- Kontrola parametrów życiowych,
- Wezwać pomoc w przypadku dłużej utrzymującej się nieprzytomności.

CUKRZYCA

HIPERGLIKEMIA

Śpiączka cukrzycowa-Cukrzyca dotychczas nierozpoznana lub niedostatecznie leczona może doprowadzić do utraty przytomności. Śpiączka cukrzycowa jest ciężkim, ostrym powikłaniem cukrzycy.

PRZYCZYNY

- zwiększone spożycie węglowodanów (cukrów)
- sytuacje stresowe
- obciążenia psychiczne
- niedostateczna dawka insuliny (zaniechanie iniekcji, zbyt mała dawka, niewłaściwa insulina)

SKUTKI

- wzmożone pragnienie (organizm próbuje w ten sposób „rozcieńczyć” zbyt dużą ilość cukru we krwi)
- wzmożone oddawanie moczu (organizm pozbywa się z moczem nadmiaru cukru)
- wzmożonym łaknieniem (w przeciwieństwie do krwi, poziom cukru w komórkach jest bardzo niski, a to właśnie ten poziom odpowiada pośrednio za odczuwanie głodu)

ROZPOZNANIE

A. Jeśli pacjent jest przytomny to:

- uczucie pragnienia
- bóle brzucha

B. Jeśli jest nieprzytomny, to:

- zapach acetonu z ust
- sucha skóra, śluzówki, język (nie ma mechanizmów obronnych- nieprzytomny nie pije a produkuje dużą ilość moczu)
- przyspieszone tętno

HIPOGLIKEMIA

Niedocukrzenie

Do tego stanu dochodzi u cukrzyków, u których poziom cukru we krwi jest obniżony, najczęściej w wyniku zbyt wysokiego poziomu insuliny.

W sytuacji zbyt niskiego poziomu cukru we krwi dochodzi do utraty przytomności jak w przypadku omdlenia, z tą różnicą, że tutaj przyczyną jest „niedożywienie” mózgu a nie niedotlenienie.

OBJAWY

Na początku:

- uczucie głodu
- mroczki przed oczami
- drżenie mięśni

Później dołączają się objawy wstrząsu:

- zimny pot
- przyspieszone tętno
- stan pobudzenia
- niepokój

W końcu – utrata przytomności.

POSTĘPOWANIE

Udzielający pomocy z reguły nie ma możliwości oznaczenia poziomu cukru na miejscu zdarzenia. Przy trudnościach w rozpoznaniu, czy ma się do czynienia z hiper- czy z hipoglikemią, należy:

1. Jeśli poszkodowany ma zachowaną świadomość- podajemy cukier. Może być rozpuszczony w herbacie, nigdy zaś w postaci suchego proszku!
2. Jeśli poszkodowany jest nieprzytomny to:
 - ułożenie w pozycji bocznej ustalonej
 - wezwanie karetki
 - prowadzenie kontroli ważnych funkcji życiowych (oddech, tętno)
 - dbanie o utrzymanie ciepła chorego (np. okrycie kocem)

NAGŁE ZATRZYMANIE KRAŻENIA NZK

Nagłe zatrzymanie krążenia – gwałtowne ustanie czynności serca i oddech. Jest zawsze zdarzeniem dramatycznym, które w niezwykle wysokim stopniu zagraża dalszemu istnieniu jednostki ludzkiej.

Może nastąpić w wyniku wielu ostrych patologii, takich jak:

- Zaburzenia drożności dróg oddechowych,
- Organicznych chorób układu oddechowego,
- Układu krążenia,
- Zaburzeń ze strony OUN, itp..

Układ oddechowy i krążenia wzajemnie na siebie wpływają, będąc w tym aspekcie powodem zwiększenia ryzyka NZK.

ROZPOZNANIE ZATRZYMANIA KRAŻENIA

- Utrata przytomności (ok. 6-10 sek. Po ustaniu krążenia mózgowego)
- Brak oddechu lub oddech „łapiący” (płytkie, nieregularne oddechy – 10-15 sek. Po zatrzymaniu krążenia)
- Brak tętna na dużych tętnicach (t. szyjna i t. udowa)
- Bładość lub sinica powłok skórnych
- Szerokie źrenice, brak reakcji na światło (porażenie m. rzęskowego – 60-90 sek. Po ustaniu krążenia)
- Linia izoelektryczna w zapisie EKG w przypadku przyrządowego monitorowania ciągłego

PROCES UMIERANIA I ŚMIERĆ

Proces umierania jest procesem zdysocjowanym, czyli rozłożonym w czasie. Związany jest z czasem tolerancji narządów i komórek na niedotlenienie. Czas tolerancji poszczególnych komórek jest różny i ma zasadnicze znaczenie dla skuteczności zabiegów resuscytacyjnych i jakości życia po skutecznej resuscytacji. W pierwszej kolejności umierają narządy, których stopień czynnościowego wyspecjalizowania i metabolizmu są najwyższe.

NZK jest tożsame z początkiem procesu umierania i nieleczone prowadzi nieuchronnie do śmierci.

Śmierć kończy proces umierania, a zatem i życia; rozpoczyna się stan martwoty, który jest nieodwracalny i ostateczny.

CZAS TOLERANCJI NARZĄDÓW NA NIEDOTLENIENIE

- Kora mózgowa – ok. 4 min.
- Pień mózgu – 10-20 min.
- Rdzeń przedłużony – 15-30 min.
- Mięsień sercowy – ok.45 min.
- Nerki, wątroba – ok. 60 min.
- Skóra, mięśnie – ok. 90 min.
- Kości – ponad 100 min.

ŁAŃCUCH PRZEŻYCIA

Działania, które mają doprowadzić do zadowalającego wyniku po NZK, przedstawia się jako sekwencję zdarzeń, tzw. łańcuch przeżycia.

Wszystkie elementy łańcucha powinny być wystarczająco mocne, aby cały łańcuch spełnił swoje zadanie. Elementami łańcucha są:

- Szybki dostęp do zespołu reanimacyjnego i służb pomocy doraźnej,
- Szybkie podjęcie zabiegów resuscytacyjnych,
- Wczesne wykonanie defibrylacji,
- Wczesne wdrożenie zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych (opieka poresuscytacyjna)

RESUSCYTACJA

To zespół czynności ratunkowych (oddech zastępczy, uciski klatki piersiowej, elektroterapia, farmakoterapia), mających na celu utrzymanie lub przywrócenie transportu tlenu do tkanek, w wyniku których u poszkodowanego powróciła spontaniczna czynność serca i spontaniczna (lub wspomagana) czynność oddechowa.

REANIMACJA

To zespół czynności ratunkowych (oddech zastępczy, uciski klatki piersiowej, elektroterapia, farmakoterapia), mających na celu utrzymanie lub przywrócenie transportu tlenu do tkanek, w wyniku których u poszkodowanego powróciła spontaniczna czynność serca, spontaniczna (lub wspomagana) czynność oddechowa i czynność ośrodkowego układu nerwowego (mózgu) – **powrót świadomości**.

WEWNĄTRZSZPITALNE ZATRZYMANIE KRAŻENIA

Jeżeli osoba z wykształceniem medycznym widzi pacjenta tracącego przytomność albo znajduje pacjenta nieprzytomnego w szpitalu, powinna **najpierw głośno zawołać o pomoc**, a potem ocenić czy pacjent reaguje: delikatnie potrzasnąć za ramiona i głośno zapytać „czy wszystko w porządku?”

POSTĘPOWANIE

- Głośno zawołaj o pomoc
- Udrożnij drogi oddechowe i oceń oddech
- Oceń oznaki krążenia

Jeżeli nie stwierdza się oznak życia, albo są co do tego wątpliwości, należy natychmiast rozpocząć RKO.

Podczas gdy jedna osoba rozpoczyna RKO, pozostałe wzywają zespół reanimacyjny, gromadzą potrzebny sprzęt i defibrylator.

Jeżeli działa tylko jedna osoba, oznacza to konieczność zostawienia pacjenta.

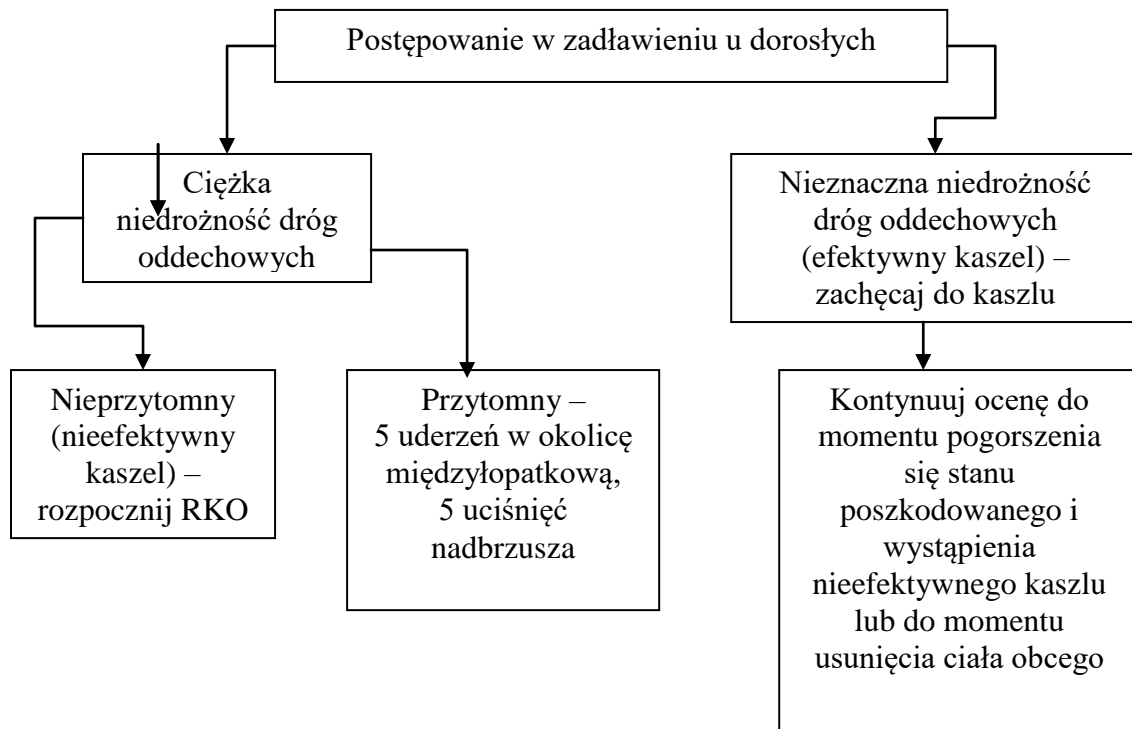
- Wykonaj 30 uciśnieć klatki piersiowej, a po nich 2 oddech.
- Staraj się zapewnić zmianę osoby uciskającej co 2 minuty.
- Utrzymuj drożność dróg oddechowych i prowadź wentylację płuc, stosując najwłaściwszy, natychmiast dostępny sprzęt.
- Wdech wykonuj przez sekundę i podaj objętość, która spowoduje prawidłowe uniesienie klatki piersiowej. Tak szybko jak to możliwe podaj tlen.
- Od momentu intubacji dotchawiczej wykonuj uciśnięci klatki piersiowej nieprzerwanie (z wyjątkiem defibrylacji i oceny tętna gdy są wskazane), z częstotliwością ok. 100/min i wentyluj płuca z częstotliwością ok. 10/min
- Jeżeli sprzęt do udrażniania dróg oddechowych i wentylacji jest niedostępny, prowadź wentylację usta – usta.
- Gdy dostępny będzie sprzęt do defibrylacji (AED) przyklej elektrody i oceń rytm. Postępuj zgodnie z zaleceniami AED.
- Kontynuuj zabiegi do momentu przybycia zespołu reanimacyjnego albo do momentu pojawienia się oznak życia.

ALGORYTMY

Zadławienie u dorosłych

Różnicowanie ciężkiej i łagodnej niedrożności dróg oddechowych spowodowanej ciałem obcym

Objaw	Łagodna niedrożność	Ciężka niedrożność
„czy się zadławiłeś?”	„tak”	Nie może mówić, może kiwać głową
inne objawy	Może mówić, kaszleć, oddychać	Nie może oddychać/świsły oddechowe/cisza próby kaszlu/nieprzytomny

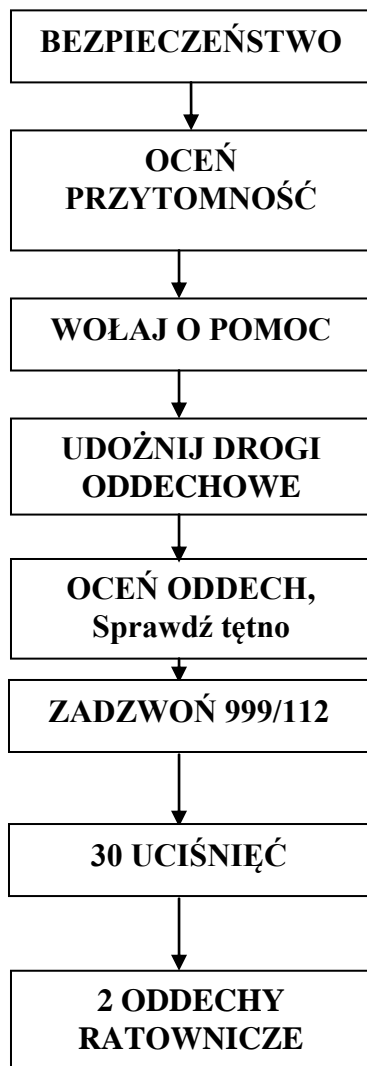


Zadławienie u dzieci

<p>Główne objawy obecności ciała obcego w drogach oddechowych Zdarzenie w obecności świadków Kaszel/dławienie Nagły początek Informacje z wywiadu o połknięciu lub zabawie małym przedmiotem</p>	
<p>Kaszel nieefektywny Niemożność mówienia Cisza lub bezgłośny kaszel Niemożność oddychania Sinica Postępująca utrata przytomności</p>	<p>Kaszel efektywny Płacz lub słowna odpowiedź na pytanie Głośny kaszel Może nabrać powietrza przed kaszlem W pełni reagujący</p>



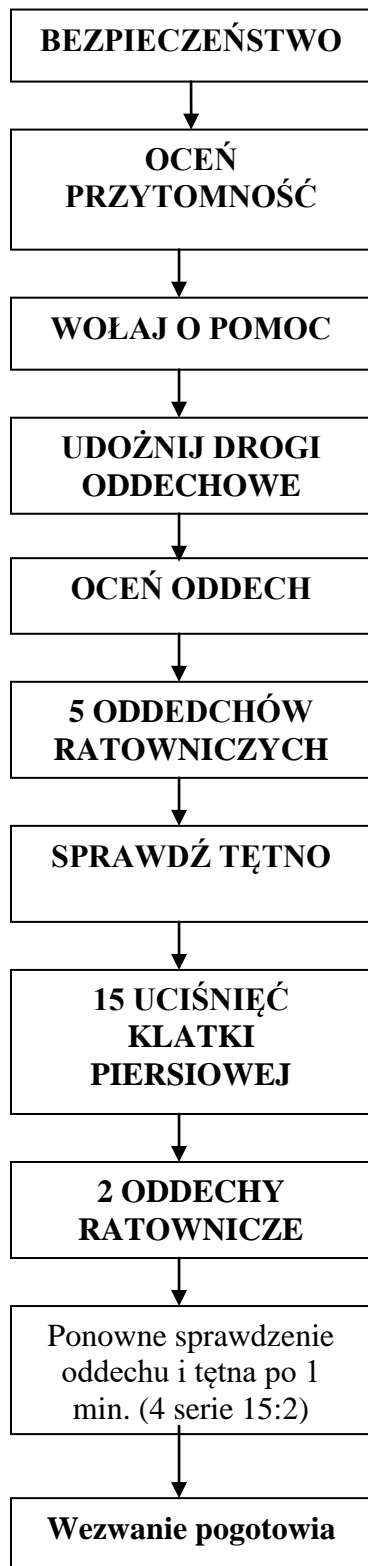
RKO dorosły



RKO AED dorosły



RKO dziecko



RKO niemowlak/ noworodek

