



TABLET

BIULETYN PRACOWNICZY

Grudzień 2018 / nr 25



Nadchodzące Święta Bożego Narodzenia niosą ze sobą wiele radości oraz refleksji dotyczących minionego okresu i planów na nadchodzący Nowy Rok.

W tych wyjątkowych dniach Dyrekcja Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego składa Państwu życzenia zadowolenia i sukcesów z podjętych wyzwań oraz samych dobrych dni w życiu osobistym.



INSTYTUCJA
WOJEWÓDZTWA
MAŁOPOLSKIEGO

 MAŁOPOLSKA



Nowe karetki świetnie się sprawdzają w pracy!

Ambulanse zakupione zostały ze środków budżetu państwa i przekazane na początku października przez Piotra Ćwika, wojewodę małopolskiego.

Są to ambulanse typu C – najwyższa klasa wśród karetek. Posiadają m.in. w nosze najnowszej generacji, bardzo dobrze zabez-

pieczające leżącego na nich pacjenta, a także aparaty do automatycznego uciskania klatki piersiowej.

Służą naszym pacjentom, dyżurując w podstacjach: w Jerzmanowicach, Skale, przy Rynku Podgórskim, przy ul. Wybickiego oraz dwie przy ul. Łazarza.

(red)



Skala ↑

Wybickiego ↓



Oddział centralny ↑

Podgórze ↓



Jerzmanowice ↓



Pożar w Nowohuckim Centrum Kultury

Jesienne ćwiczenia krakowskich służb

11 października tuż po godz. 8 rano w Nowohuckim Centrum Kultury w Krakowie wybuchł pożar. Na miejsce zadysponowano 5 zespołów ratownictwa medycznego.

Strażacy ewakuowali z budynku ponad 20 osób. Po przeprowadzeniu triażu okazało się, że wszyscy potrzebowali pomocy medycznej i zostali przewiezieni karetkami Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego do

Szpitala Specjalistycznego im. Żeromskiego w Krakowie.

Na miejsce przyjechała Straż Pożarna, Policja i Straż Miejska. Strażacy przeszukiwali pomieszczenia NCK, natomiast cały teren zabezpieczyli funkcjonariusze Policji i Straży Miejskiej.

(red)

Fot. Grzegorz Chajdaś



Postępowanie w przypadku zaburzeń rytmu serca u pacjentów z cechami niestabilności

Analizując aktualne wytyczne Polskiej Rady Resuscytacji w zakresie kwalifikowania pacjentów do grupy niestabilnych hemodynamicznie natknemy się na dwa algorytmy. Pierwszym z nich będzie postępowanie w tachykardii, drugim zaś postępowanie w bradykardii. Na tych dwóch zaburzeniach rytmu serca skupiać się będzie niniejsza praca.

Opisane wcześniej zaburzenia rytmu serca powinny skłaniać kierownika zespołu ratownictwa medycznego do refleksji, oraz odpowiedzi na pytanie czy pacjent ma zachowane cechy stabilności hemodynamicznej. Analizując oba algorytmy bardzo szybko znajdziemy wspólne cechy świadczące o objawach niepokojących, które można opisać akronimem WONN:

- > wstrząs,
- > omdlenie,
- > niedokrwienie mięśnia sercowego,
- > niewydolność serca.

Rolą zespołu ratownictwa medycznego jest szybkie ustalenie, na podstawie zgłaszanych dolegliwości, czy u pacjenta istnieje wysokie ryzyko pogorszenia stanu zdrowia (zarówno w bradykardii jak i tachykardii). Niezmiennie wykonanie rzetelnego badania przedmiotowego i podmiotowego powinno pomóc zespołowi w ustaleniu najlepszej strategii postępowania.

W fazie przedszpitalnej należy zwrócić uwagę na:

- > kolor powłok skórnych,
- > czas nawrotu kapilarnego (CRT),
- > stan świadomości pacjenta (skala AVPU lub GCS),
- > cechy wydolności lewej komory,
- > zapis 12-odprowadzeniowego EKG pod kątem niedokrwienia mięśnia sercowego.

W ocenie autora, są to twarde wskaźniki pozwalające zakwalifikować pacjenta do grupy niestabilnych hemodynamicznie przy jednoczesnej obecności brady lub tachykardii.

Bardzo dyskusyjną grupą objawów będzie szeroko pojęte zasłabnięcie, zwłaszcza jeśli nie nastąpiło ono w obecności zespołu ratownictwa medycznego, a sam pacjent raczej wskazuje na złe samopoczucie. Istotnym elementem badania jest również ocena wydolności prawej komory, co w fazie przedszpitalnej może

być bardzo trudne do wykonania. Warto zwrócić uwagę na obrzęki obwodowe, które nie zawsze będą jednoznacznie wskazywać, na to czy pacjent jest niestabilny hemodynamicznie. Budzącym wiele dyskusji w zakresie poszukiwań objawów niepokojących jest ból w klatce piersiowej. Podążając za aktualną literaturą dolegliwości bólowe w klatce piersiowej to „typowe bóle stenokardialne i/lub objawy niedokrwienia mięśnia sercowego w 12-odprowadzeniowym EKG”¹. Zatem ocena nasilenia bólu wg skali NRS albo VAS może przysporzyć pacjentowi wiele problemów, a dla części z nich może być nie zrozumiała.

Powyższe rozważania wskazują na to, że Wytyczne dają pewną swobodę w zakresie oceny stanu pacjenta pod kątem kwalifikowania do grupy niestabilnych hemodynamicznie. Niemniej rolą zespołu ratownictwa medycznego, jest rzetelne badanie i wdrożenie odpowiedniego leczenia.

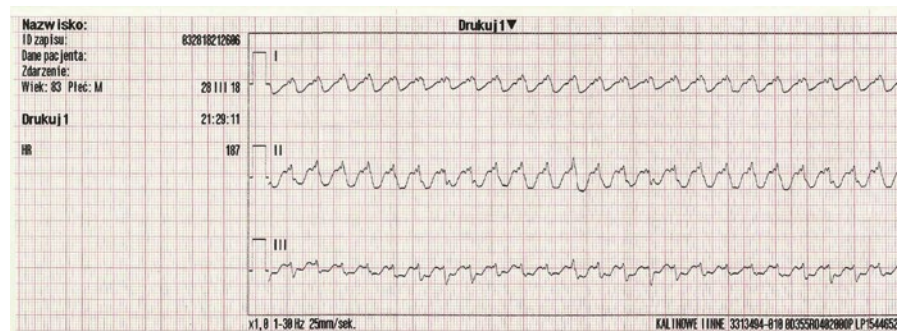
Przypadek 1

Wezwanie ZRM w kodzie 1 do złego samopoczucia, oraz uczucia kołatania serca od około jednej godziny (Ryc. 1) Rozpoznał częstoskurcz z szerokimi zespołami QRS oraz rozpoczął ocenę pozostałych parametrów życiowych. Pacjent został zakwalifikowany jako niestabilny hemodynamicznie: błąda, spocona skóra, sinica obwodowa, CTK 90/50 mmHg oraz cechy zastoju w krążeniu płucnym, brak tętna na tętnicy promieniowej.

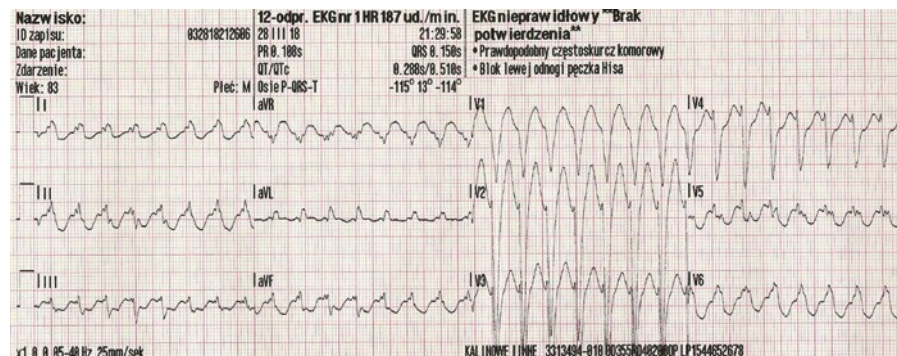
Na tym etapie uzyskano zgodę pacjenta na kardiowersję elektryczną. Równolegle przygotowano leki do analgesedacji i wykonano zapis 12-odprowadzeń EKG (Ryc. 2).

Do analgesedacji wykorzystano midazolam 5 mg oraz fentanyl 0,1 mg podany IV. Po podaniu leków oceniono odruch rzęskowy. Wykonano kardiowersję elektryczną (Ryc. 3) energią 125 J przy zastosowaniu elektrod samoprzylepnych w standardowym ułożeniu przedniobocznym. Przez cały czas pacjent był monitorowany w zakresie możliwości zespołu ratownictwa medycznego. Drożność dróg oddechowych została zabezpieczona za pomocą rurki nosowo-gardłowej.

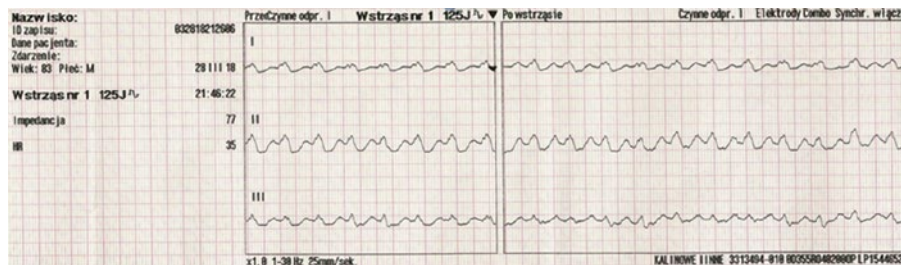
Ryc. 1



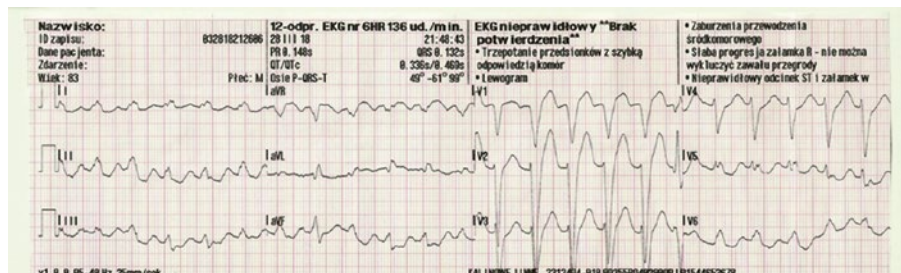
Ryc. 2



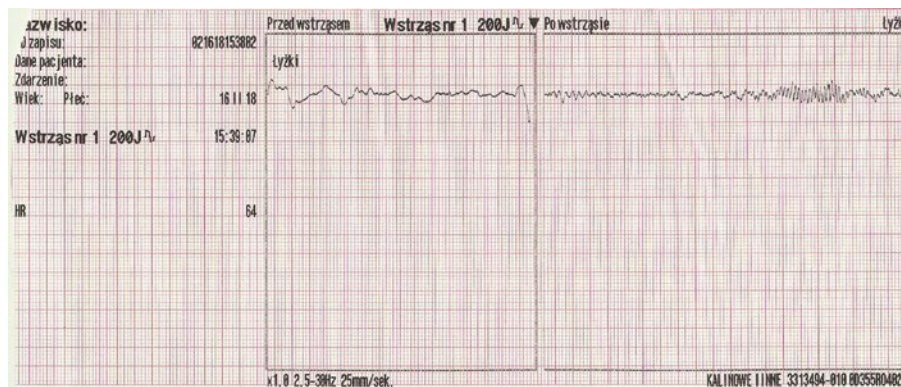
1 „Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne”. Wydanie na podstawie wytycznych ERC 2015.



Ryc. 3

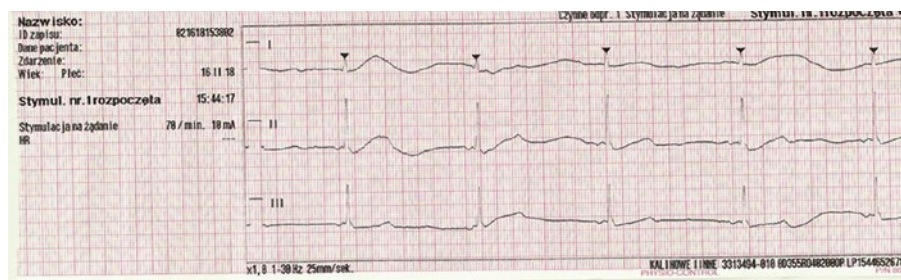


Ryc. 4

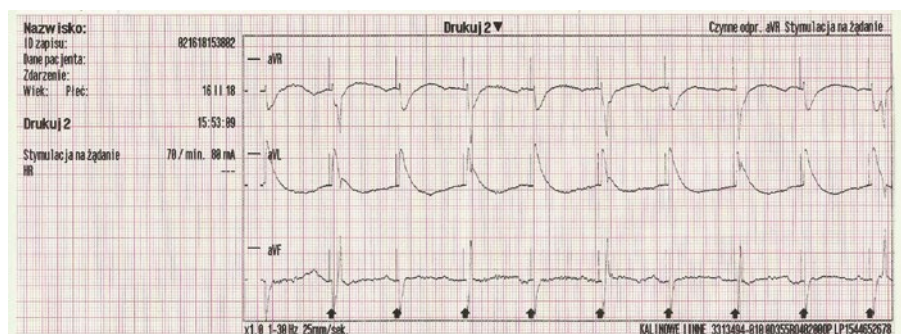


Ryc. 5

Ryc. 6



Ryc. 7



Po wykonaniu wyładowania pacjent został ponownie oceniony wg ABCDE, gdzie uzyskano zadowalającą perfuzję obwodową (wyczuwalne tętno na tętnicy promieniowej) oraz CTK 100/80 mmHg. Uzyskano konwersję rytmu (Ryc. 4), która w zestawieniu w badaniem pozwoliła na podjęcie decyzji o bezpiecznym transporcie pacjenta do najbliższego SOR.

Komentarz

Niniejszy przypadek obrazuje pacjenta z tachyarytmią, u którego zespół ratownictwa medycznego odnalazł cechy niestabilności hemodynamicznej. Zaniechanie zabiegu kardiowersji mogło w skrajnej sytuacji doprowadzić do nagłego zatrzymania krążenia. Na podkreślenie zasługuje fakt, ponownej oceny pacjenta po zabiegu kardiowersji celem dalszego poszukiwania cech niestabilności.

Przypadek 2

Wezwanie zespołu ratownictwa medycznego do pacjenta w miejsce publiczne z powodu zastożnienia. W chwili przyjazdu świadkowie zdarzenia prowadzą skuteczną BLS. ZRM rozpoznał NZK i po ocenie rytmu (Ryc. 5) wykonał defibrylację energią 200 J przy wykorzystaniu twardych łżyk w ułożeniu przednio-bocznym.

W pierwszej pętli resuscytacji prowadzonej zgodnie z wytycznymi ERC 2018 udało się zabezpieczyć drożność dróg oddechowych oraz dostęp dożylny. W 5 minucie uzyskano ROSC (Ryc. 6)

W związku z rozpoznaniem bardzo wolnego rytmu serca (częstość ok. 30/min) zdecydowano o ocenie pacjenta wg schematu ABCDE oraz zastosowaniu zewnętrznej przeskórnej stymulacji. Zastosowano analgesodację przy użyciu midazolamu 5 mg oraz fentanylu 0,05 mg, mimo wyjściowej skali GCS 3. Uzyskano odpowiedź elektryczną oraz hemodynamiczną przy natężeniu prądu 70 mA oraz częstości pracy serca 70/min (Ryc. 7) Po zwiększeniu natężenia prądu o 10% do 80 mA podjęto decyzję o transporcie pacjenta.

Wnioski

Zarówno kardiowersja elektryczna, jak i zewnętrzna stymulacja przeskórna są zabiegami technicznie prostymi i szybkimi w wykonaniu. Problemem w określonych sytuacjach może być podjęcie decyzji o zakwalifikowaniu pacjenta do grupy niestabilnych hemodynamicznie. Niepodważalnie nic nie zastąpi rzetelnego badania pacjenta, które musi zostać wykonane u każdego pacjenta z potencjalnie zagrażającymi zaburzeniami rytmu.

Mariusz Andrzejczak

Zapobieganie zakażeniom – temat zawsze aktualny w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym

Słowniczek pojęć:

Aseptyka – postępowanie mające na celu dążenie do jałowości pomieszczeń, narzędzi, leków, materiałów opatrunkowych i innych przedmiotów w celu niedopuszczenia drobnoustrojów do określonego środowiska, np. otwartej rany.

Antyseptyka – termin: antyseptyka wywodzi się ze słów greckich: *anti* – przeciw oraz *sepsis* – gnicie. Antyseptyka w dosłownym przełożeniu oznacza więc zapobieganie gniciu. Jest to postępowanie odkażające, mające na celu niszczenie drobnoustrojów na skórze, błonach śluzowych, w zakażonych ranach.

Zagadnienia profilaktyki zakażeń to zagadnienia wielokrotnie analizowane i opisywane na wiele sposobów.

Aż trudno uwierzyć, iż pomimo tego, że medycyna rozwija się od starożytności, pomysł, aby przed przystąpieniem do czynności medycznych dokładnie umyć ręce, narodził się dopiero w połowie XIX w. Pierwszym propagatorem antyseptyki był węgierski położnik Ignaz Semmelweis, który odkrył, że większość zakażeń na oddziale położniczym jest spowodowana brakiem przestrzegania czystości narzędzi i rąk pracowników szpitala. W 1847 wydał zalecenie, aby cały personel medyczny odkażał ręce przy pomocy roztworu podchlorynu wapnia.

Wprowadzenie zasad aseptyki do medycyny nie było sprawą prostą z powodu braku wiedzy na temat śmiertelnych zarazków. Aktualnie dostęp do informacji na temat patogenów jest olbrzymi. Jesteśmy w stanie zobaczyć bakterie i wirusy pod mikroskopem, wiele wiemy o mikroorganizmach, potrafimy zidentyfikować różne choroby wywołane przez określone drobnoustroje. Jednak czy w codziennej pracy faktycznie zdajemy sobie sprawę z zagrożeń jakie dla nas i dla innych osób mogą wynikać z kontaktu z różnymi mikroorganizmami i czy rzeczywiście postępujemy zgodnie z zasadami aseptyki?

Niestety, sądząc po doniesieniach na temat zakażeń wewnątrzszpitalnych można wyciągnąć niezbyt optymistyczne wnioski. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) ilość zakażeń szpitalnych w krajach europejskich wynosi między 5 a 10% wszyst-

kich osób hospitalizowanych. Transmisja za pośrednictwem skażonych rąk personelu medycznego stanowi najpowszechniejszy model przenoszenia patogenów występujący w większości placówek opieki zdrowotnej. Niewłaściwe oczyszczanie rąk (np. użycie niewystarczającej ilości produktu i/lub zbyt szybkie wykonanie czynności higienicznych) skutkuje nieprawidłowym odkażeniem rąk. Naturalnie, gdy personel ochrony zdrowia nie oczyści prawidłowo rąk po wykonaniu zabiegów przy jednym pacjencie i/lub między pacjentami, prawdopodobnie dojdzie do przeniesienia drobnoustrojów. Z danych Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków wiemy, że personel polskich szpitali w tylko połowie dba o higienę rąk. Badań na ten temat nie prowadzono wśród zespołów ratownictwa medycznego, ale można przypuszczać nie wszyscy pracownicy wykonują czynność higienicznej dezynfekcji rąk w sposób skuteczny mikrobiologicznie.

Warto więc może przypomnieć kilka najważniejszych zasad dotyczących higienicznej dezynfekcji rąk.

Istotną sprawą jest właściwe przygotowanie rąk personelu medycznego do pracy. Zgodnie z wytycznymi WHO „Mając bezpośredni kontakt z pacjentem nie należy nosić sztucznych paznokci ani przedłużać paznokci. Naturalne paznokcie należy krótko obcinać (końcówki paznokci nie mogą być dłuższe niż 0,5 cm)”. Podstawowa metoda higieny rąk opiera się na wcieraniu środka alkoholowego, a przy widocznym zabrudzeniu na stosowaniu mycia rąk zwykłym lub

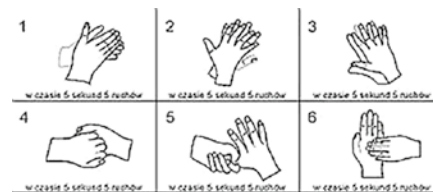
antyseptycznym mydłem. Aby dezynfekcja rąk była skuteczna, należy postępować zgodnie z metodą opracowaną przez prof. Grahama Ayliffe'a, zwaną schematem Ayliffe'a. Wtedy wymaganą czystość rąk uzyskamy po zaledwie 30 sekundach.

Według WHO odkażanie rąk należy wykonać:

0. Przed i po kontakcie z pacjentem.
1. Przed obsługą inwazyjnych urządzeń w opiece nad chorym bez względu czy rękawiczki ochronne są używane czy nie.
2. Po kontakcie z płynami ustrojowymi, wydzielinami, błoną śluzową, naruszoną powierzchnią skóry lub opatrunkami.
3. Przechodząc od zakażonej części ciała do innej części ciała chorego.
4. Po kontakcie z powierzchniami i urządzeniami medycznymi znajdującymi się w bezpośrednim otoczeniu pacjenta.
5. Po zdjęciu sterylnych lub niesterylnych rękawic.

W Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym dostępne są następujące alkoholowe preparaty do dezynfekcji rąk: AHD 1000 sterisol (wkład do dozownika) oraz ANIOSGEL 85 NPC sterisol.

Według dr n. med. Tomasza Ozorowskiego, epidemiologa, prezesa Stowarzyszenia

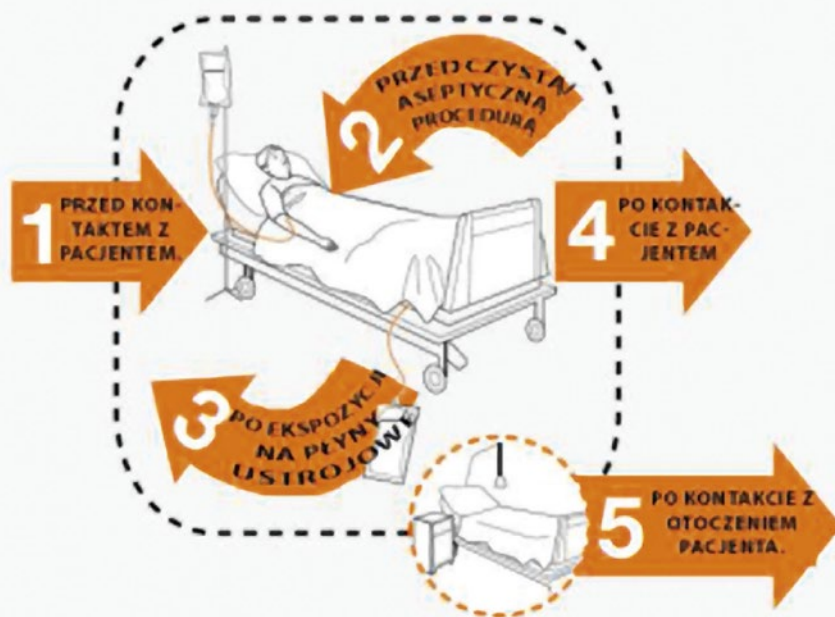


Epidemologii Szpitalnej w placówkach medycznych nadużywa się zakładania rękawiczek, a wiele osób zastępuje rękawiczkami higienę rąk. Należy pamiętać, że ręce należy zawsze zdezynfekować przed założeniem i po zdjęciu rękawiczek.

Rękawice należy stosować w przypadku:

- > możliwości kontaktu z krwią, płynami ustrojowymi, wydzielinami, wydalina-
mi i przedmiotami w widoczny sposób

Pięć kroków higieny rąk w opiece zdrowotnej



zanieczyszczonymi materiałem biologicznym,

- > zakładaniu i usuwaniu cewników naczyniowych,
- > pobieraniu krwi,
- > rozłączaniu linii naczyniowej,
- > czyszczeniu i dezynfekcji sprzętu i powierzchni,
- > usuwaniu odpadów,
- > sprzątaniu.

Zespoły ratownictwa medycznego podejmując działania ratunkowe u osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego na ogół nie dysponują wiedzą na temat występowania patogenów chorobotwórczych u osoby, której udzielają pomocy. Zachowanie ostrożności podczas wykonywania czynności medycznych oraz znajomość i stosowanie procedur dotyczących dezynfekcji rąk, powierzchni i sprzętu medycznego to jedyna skuteczna metoda profilaktyki zakażeń i zarazem zapewnienia bezpieczeństwa w tym zakresie sobie, pozostałym członkom zespołu oraz innym pacjentom.

Kinga Gorczańska

Majaczenie alkoholowe u pacjentów zaopatrywanych przez ZRM

Według danych Biura Analiz Sejmowych na przestrzeni 15 lat (1990-2014) spożycie alkoholu w Polsce ma tendencję wzrostową i osiągnęło poziom niemal 10 litrów czystego spirytusu na jednego mieszkańca rocznie. Całkowitą abstynencję deklaruje 20% polskiego społeczeństwa, ale 12 procent Polaków alkoholu nadużywa. Każdego roku z powodu nadużywania alkoholu w Polsce

umiera 10 tys. osób: 7 tysięcy ze względu na marskość wątroby, 1,5 tys. z powodu przedawkowania i zatrucia alkoholowego i taka sama liczba osób – z powodu chorób psychicznych wynikających z picia alkoholu.

Jak podaje Ministerstwo Zdrowia, około 2 proc. Polaków to alkoholicy. W naszej codziennej pracy dość często możemy więc spotkać pacjentów z problemem alkoholo-

wym, w tym chorych w stanie określanym jako delirium tremens, czyli majaczenie alkoholowe.

Definicja

Delirium tremens (majaczenie drżenne, biała gorączka) jest to stan zaburzeń świadomości z iluzjami, omamami oraz urojeniami trwający do tygodnia. Często towarzyszą mu zaburzenia vegetatywne i inne objawy somatyczne. Jest spowodowany nagłym odstawieniem lub zmniejszeniem dawki spożywanego alkoholu. Prawdopodobnie grają również rolę czynniki toksyczne.

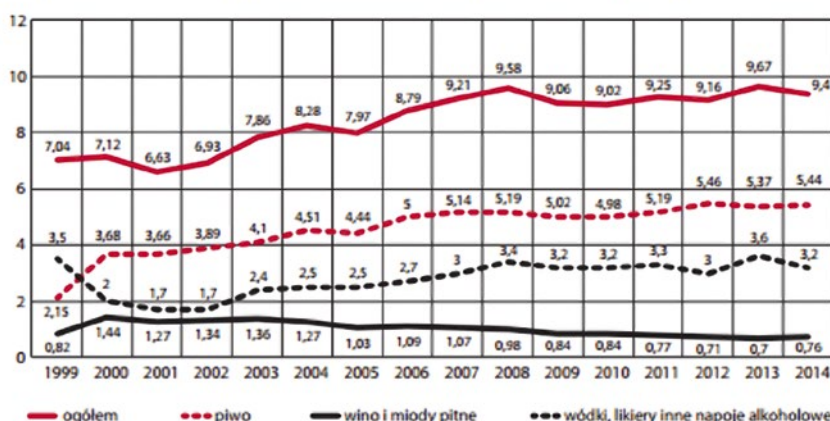
Majaczenie alkoholowe – obowiązujące kryteria diagnostyczne wg klasyfikacji CD10

F10 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu.

Kategorie dodatkowe to:

0. ostre zatrucie,
1. następstwa szkodliwego używania substancji,
2. zespół uzależnienia,
3. zespół abstynencyjny,
4. **zespół abstynencyjny z majaceniem**,
5. zaburzenia psychotyczne,

Wykres 1. Wielkość spożycia 100% alkoholu w przeliczeniu na jednego mieszkańca



Źródło: Sprawozdanie z wykonania ustawy z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2014 r., druk sejmowy nr 205/VII kad.

6. zespół amnestyczny,
7. rezydualne i późno ujawniające się zaburzenia psychiczne,
8. inne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania,
9. zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, nieokreślone.

Fizjologia

Długotrwałe i systematyczne używanie alkoholu prowadzi do zmian przystosowawczych narażonego organizmu – dotyczą one przede wszystkim funkcjonowania OUN i układu endokrynnego, ale generuje ono także szerokie spektrum dolegliwości ze strony innych układów ciała: od zmian skórnych, poprzez niedyspozycję układu pokarmowego, do nadciśnienia, zaburzeń czucia obwodowego czy też miesiączkowania u kobiet.

Główne objawy:

- > tachykardia,
- > wzrost ciśnienia tętniczego krwi,
- > podwyższona ciepłota ciała,
- > poszerzone źrenice,
- > zwiększona potliwość,
- > omamy słuchowe, wzrokowe, dotykowe,
- > napad drgawek,
- > pobudzenie psychoruchowe,
- > bezsenność.

Oprócz wymienionych objawów, istotne dla zakwalifikowania stanu pacjenta jako pacjenta chorującego na *delirium tremens* są: utrata krytycyzmu co do sytuacji oraz zaangażowanie się we własne urojenia.

Postępowanie w ZRM

1. ABCDE.
2. Wywiad.
3. Ocena stanu psychicznego

Kontakt z pacjentem z problemem alkoholowym nie jest łatwy, dlatego nie należy zapominać o tym, że pacjent jest osobą chorą. Wyrozumiałość, nieocenianie postawy i unikanie demonstracji siły ułatwi przeprowadzenie badania i wywiadu, wobec którego wskazane jest zachowanie sceptycyzmu. W miarę możliwości warto potwierdzić informacje uzyskane w wywiadzie w innych źródłach np. u świadków, rodziny czy też w dokumentacji medycznej.

Rozpoznane majaczenie alkoholowe jest bezwzględnym wskazaniem do leczenia stacjonarnego.

W razie rozpoznania i zakwalifikowania pacjenta do grupy chorych na *delirium tremens* należy przetransportować pacjenta do:

- > SOR,
- > szpitala psychiatrycznego,
- > oddziału toksykologii

w zależności od lokalnie obowiązujących procedur, dostępności ww. oddziałów,

a przede wszystkim aktualnego stanu pacjenta i chorób towarzyszących.

Jeśli to konieczne i/lub możliwe należy rozważyć podanie:

- > doustnie diazepam,
- > wlewu kroplowego celem uzupełnienia niedoborów płynów.

Środki przymusu bezpośredniego

Zgodnie z Ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 roku *O ochronie zdrowia psychicznego* (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 882) ratownik medyczny i pielęgniarka mogą zastosować przymus bezpośredni wobec pacjenta podejrzanego o chorobę psychiczną w tym pacjenta podejrzanego o majaczenie alkoholowe.

W ZRM P:

- > przytrzymanie – krótkotrwałe unieruchomienie z użyciem siły fizycznej,
- > unieruchomienie – dłużej trwające obezwładnienie.

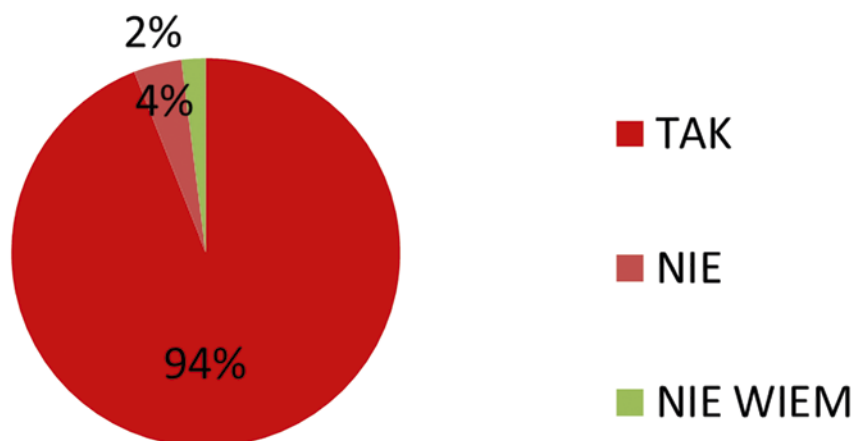
W ZRM s dopuszcza się dodatkowo:

- > przymusowe podanie leków – wprowadzenie leków do organizmu osoby bez jej zgody, doraźnie lub przewidziane planem leczenia.

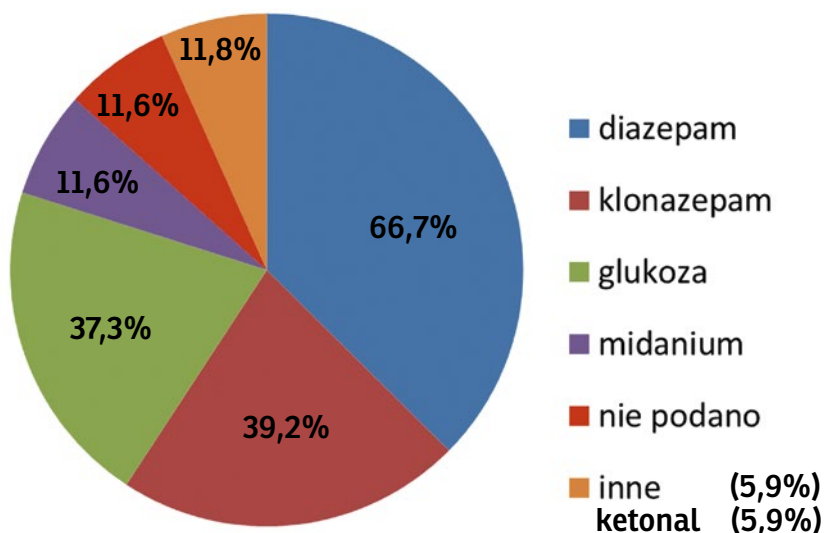
Statystyki

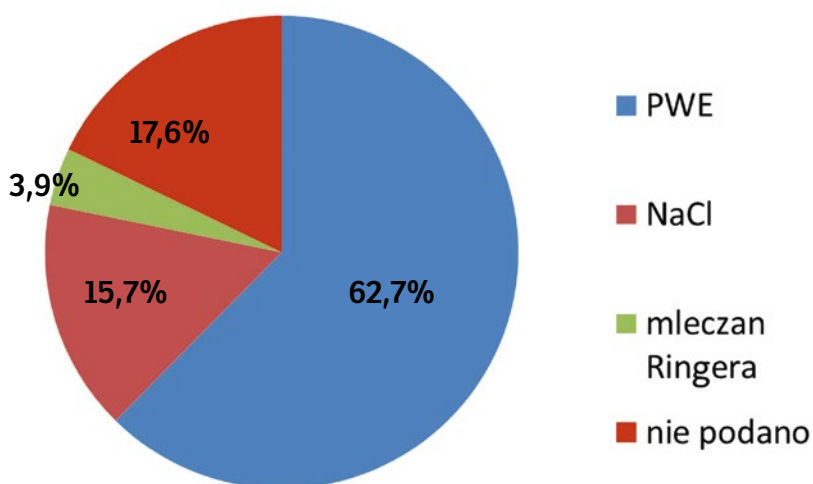
Aby sprawdzić, czy członkowie ZRM mają kontakt z pacjentami chorującymi na DT, opublikowano oraz przeanalizowano ankietę, którą umieszczono w dwóch grupach dyskusyjnych skupiających osoby zainteresowane medycyną ratunkową oraz wysłano indywidualne zaproszenia do wypełnienia. Niestety, ankietę ukończyło zaledwie 16% odwiedzających adres, pod którym była zamieszczona.

Pomimo niewielkiej grupy reprezentatywnej, stwierdzono że 94% ratowników, pielęgniarek i lekarzy wypełniających ankietę miało kontakt z pacjentem z rozpoznaniem DT.



Czy w swojej pracy spotkałeś się z pacjentem chorym na DT?





Ankietowani, pytani o postępowanie (farmakoterapię oraz płynoterapię), wskazali, że najczęściej podawano diazepam oraz

PWE, co oznaczałoby, że respondenci znają prawidłowe postępowanie z pacjentem chorującym na DT.

Analiza KMCR

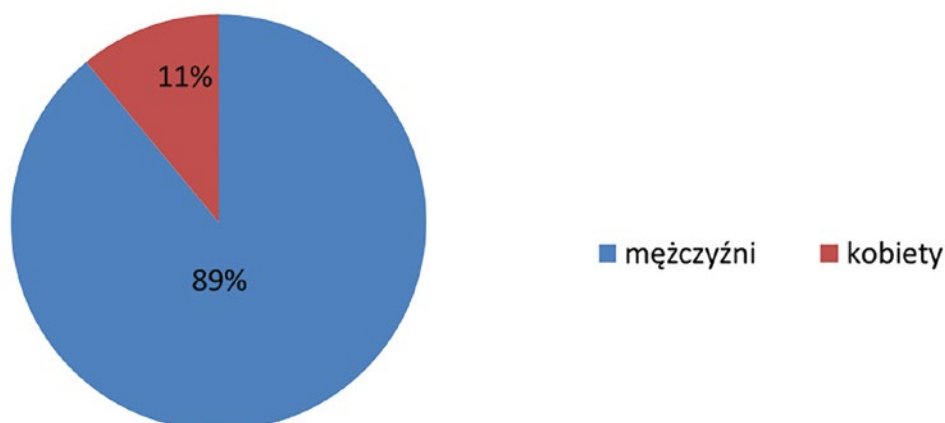
Przeanalizowano KMCR z terenu działania Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego z lat 2013–2017. Znalaziono 138 KMCR, w których rozpoznano majaczenie alkoholowe lub pojawiło się ono w wywiadzie chorobowym czy też objawach jakie manifestował pacjent: rozpoznanie postawiono w 60% przypadków czyli 83 razy, co oznacza, że pacjenci, u których rozpoznano i odnotowano rozpoznanie DT to tylko około 17 osób rocznie.

Można więc stwierdzić, że członkowie ZRM rozróżniają pacjenta chorującego na DT i nie nadużywają rozpoznania F10 w stosunku do pacjentów znajdujących się pod wpływem alkoholu, których bardzo często spotyka się w codziennej pracy.

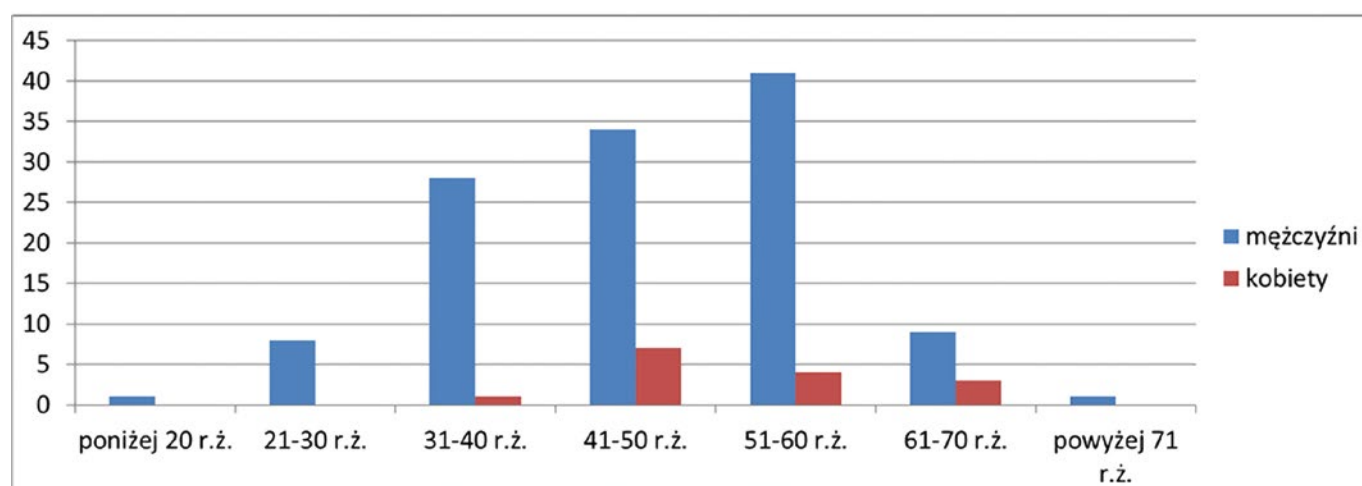
Wnioski

> zdecydowana większość (prawie 90 proc.) pacjentów to mężczyźni, ale nie przekreślamy z góry takiego roz-

Pacjenci wg płci



Pacjenci wg płci i wieku



poznania tylko dlatego, że pacjentem jest kobieta,

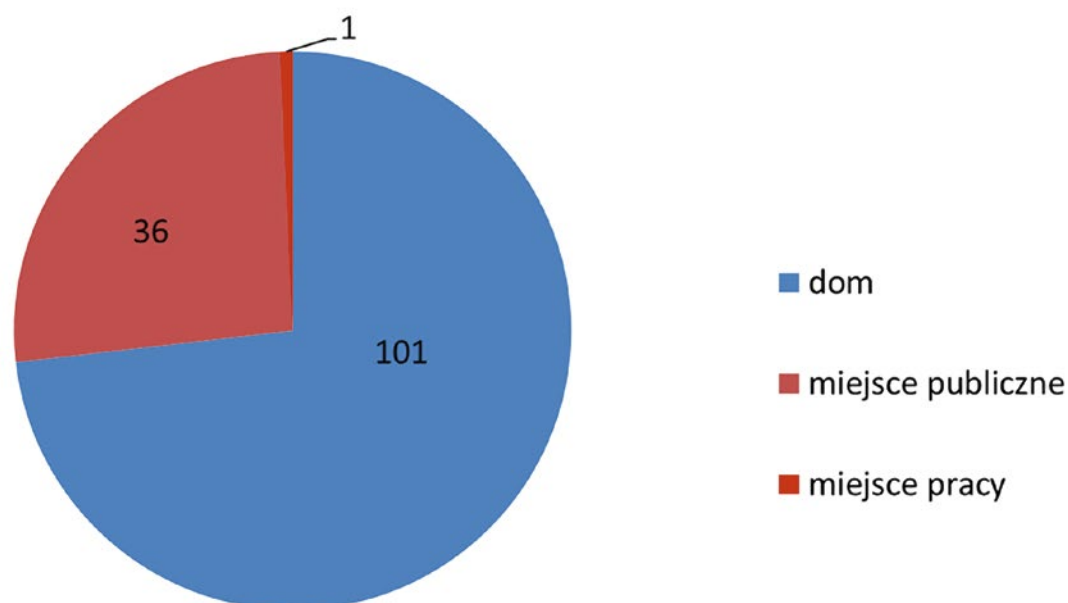
- > zwykle wezwanie jest przez dyspozytorów kwalifikowane jako: zaburzenia psychiczne lub drgawki,
- > pomoc policji oraz zastosowanie środków przymusu bezpośredniego są rzadko konieczne,
- > w ZRM działa się objawowo, leki i płyny podawane są sporadycznie,

- > pomimo rozpoznanego delirium tremens, 13% pacjentów nie zostało jednak przewiezionych do szpitala (nie było pisemnej odmowy),
- > rodzaj szpitala, do którego przewożony jest pacjent, jest uwarunkowany przede wszystkim miejscem działania ZRM,
- > pomimo małej liczby godzin kształcenia w zakresie chorób psychicznych, członkowie ZRM znają podstawowe ob-

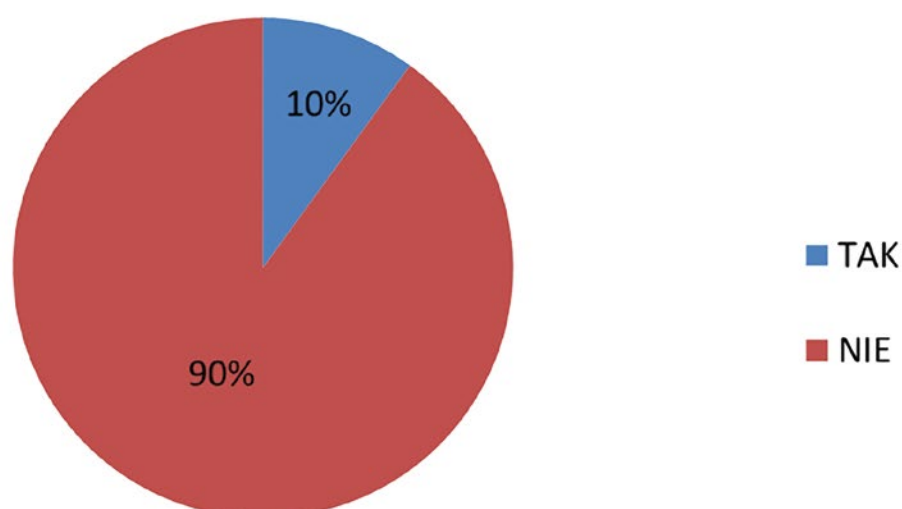
jawy i są w stanie prawidłowo rozpoznać delirium tremens,

- > dominującym objawem w DT są omamy wzrokowe: postaci ludzi i zwierząt,
- > omamy słuchowe: czasem pacjenci „słyszą” głosy namawiające do popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia, lecz częściej są to szумы, trzaski, skrobienie,

Miejsce wezwania



Czy była wzywana policja ?



- › zdarzają się omamy czuciowe: pacjenci zgłaszają uczucie przypalania, „czują” nitki lub pajęczyny,
- › pacjenci odczuwają strach, uważają, że wszyscy są przeciwko nim.

Studium przypadku I

PACJENT: NN, mężczyzna lat 49

MIEJSCE WEZWANIA: dom

WZYWAJĄCY: nieznany

GODZINA: 22:46:01

TREŚĆ WEZWANIA: 25. Złe samopoczucie, omamy wzrokowe » w ciągu alkoholowym **KMCR** (opis oryginalny)

WYWIAD: Wezwanie: „majaczenie” – 3 tyg. ciąg alkoholowy – od 3 dni nie przyjmuje alkoholu. Choroby: ZUA. Leki: nie przyjmuje. Alergie: neguje. Ostatni posiłek: 19.

OPIS: Pacjent przytomny zorientowany auto i allopsychicznie. Widoczne zaburzenia wytwórcze treści myślenia oraz manifestacja omamów wzrokowych i słuchowych. Pacjent rozmawia z osobami

których nie ma (również przy ZRM), widzi również nieobecne postacie oraz obiekty. Prawdopodobnie urojenia o treści zdrady. „Szuka zaworu 150D858562582”. Nastroj obniżony, depresyjny. Neguje myśli samobójcze. Neguje dolegliwości somatyczne. Prosi o konsultację psychiatryczną, ponieważ uważa iż dotyczące go problemy zaczynają go przerastać. Nie życzy sobie wykonywania żadnych badań przez ZRM.

LECZENIE: nie podano leków w ZRM

TRANSPORT: najbliższy SOR

POLICJA: nie wzywano

ŚPB: nie użyto ŚPB.

Studium przypadku II

PACJENT: NN, mężczyzna lat 42

MIEJSCE WEZWANIA: dom

WZYWAJĄCY: rodzina

GODZINA: 15:13:48

TREŚĆ WEZWANIA: 26. Nieprzytomny » nie oddycha, 8 m-c ciąży

KMCR (opis oryginalny)

WYWIAD: W mieszkaniu wyłącznie mężczyzna pobudzony przekazuje ZRM zawiniątko w którym ma być noworodek i prosi o ratunek dla niemowlęcia i jego matki. Ze zdumieniem odkrywa, że przed chwilą rodząca i jej potomstwo gdzieś znikły. Zgadza się być przewieziony do szpitala celem pobrania krwi na badania. Leków przewlekłe nie przyjmuje. W przeszłości leczony z powodu gruźlicy płucnej. Osiem lat temu podaje, że miał drgawki. Zaprzecza urazowi głowy. Dzisiaj spożywał alkohol.

OPIS: silnie pobudzony nieorientowany w okolicznościach, częściowo zorientowany co do czasu

LECZENIE: nie podano leków w ZRM

TRANSPORT: najbliższy SOR

POLICJA: nie wzywano

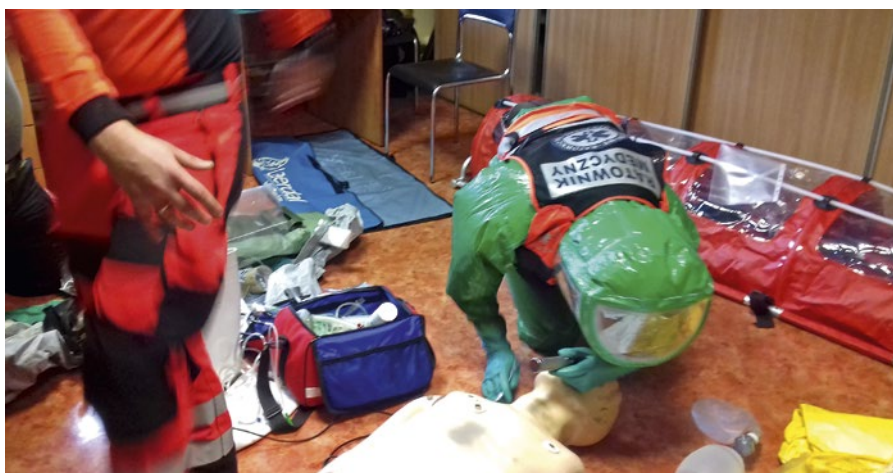
ŚPB: nie użyto ŚPB.

Paweł Łukasiewicz
Aleksandra Osuch

Szkolenia z budżetu obywatelskiego

Dzięki temu, że mieszkańcy Krakowa zagłosowali na nasz projekt „Duzi Ratownicy”, w ciągu kilku minionych tygodni odbyły się w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym szkolenia dla ratowników medycznych pracujących w krakowskich zespołach ratownictwa medycznego oraz szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć.

Cykl zajęć składał się z czterech warsztatów: triage, poród fizjologiczny i patologiczny wraz z opieką nad noworodkiem oraz ratownictwo taktyczne, a także postępowanie w zdarzeniach nadzwyczajnych z udziałem materiałów niebezpiecznych. (red)





Ratownicy z przedszkola

Uroczę podziękowania dostaliśmy od maluchów z Samorządowego Przedszkola nr 154 w Krakowie. Dzieciaki odwiedziły nas w połowie listopada, żeby zobaczyć, jak pracuje pogotowie ratunkowe i nauczyć się pierwszej pomocy.

Nasi goście zwiedzili dyspozytornię, gdzie zobaczyli, jak działa elektroniczny system zarządzania zespołami ratownictwa medycznego, a także dowiedzieli się, jak powinna przebiegać rozmowa z dyspozytorem. Pokazaliśmy im także nasze ambulanse oraz przekazaliśmy wiedzę o zasadach pierwszej pomocy.

(red)

