

SAĞLIK PERSONELİ İÇİN

TEMEL YAŞAM DESTEĞİ

KURTARICININ KARŞILAŞABİLECEĞİ RİSKLER:

Hastane dışında bilinçsiz bir hastaya girişimde bulunmadan önce kurtarıcı, çevrede bir tehlike durumunun olup olmadığından emin olmalıdır. Bunlar; elektrik, trafik ve gaz kaçağı olabilir. Sudaki bir kazazedeyi kurtarıırken daha dikkatli olunmalıdır.

Kazazede ,hidrojen siyanür ya da hidrojen sülfür gazına maruz kalmışsa, geri dönüşümsüz maske kullanılmalıdır. Koroziv kimyasal maddeler ya da organofosfatlar kurtarıcının derisinden ve solunum sisteminden kolayca absorbe olabilir. Koruyucu giysiler ve eldiven kullanılarak, direkt cilt

temasından ve zehirli gazların inhalasyonundan korunulmalıdır.

Ağızdan ağıza solunum sırasında, kan yoluyla bulaşan virüslerin geçişi ve infeksiyon görülmesi nadir olsa da solunum yoluyla bulaşanlara karşı dikkatli olunmalıdır.

Sağlık çalışanları, resüsitasyon sırasında eldiven takmalı, gözlerini korumalıdır.

TEMEL YAŞAM DESTEĞİNE GİRİŞ:

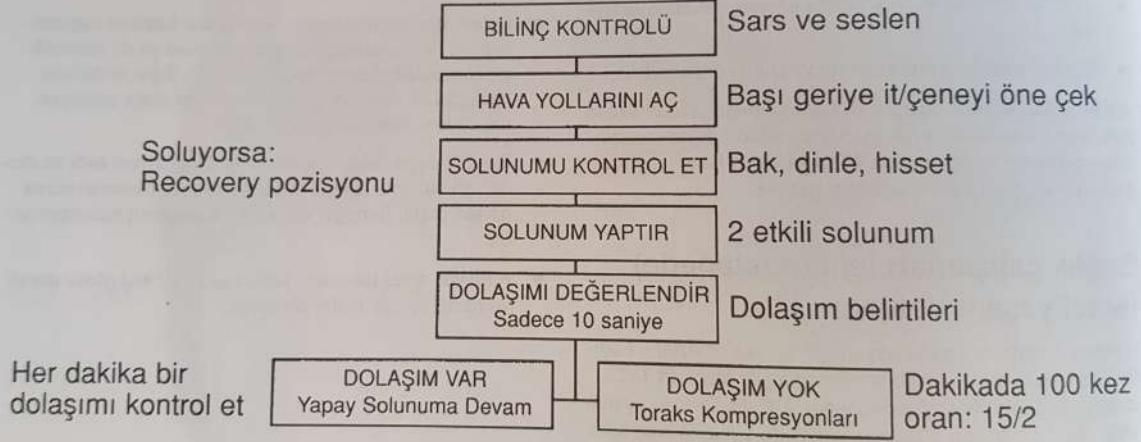
Temel yaşam desteğinin amacı, kardiyorespiratuar arrest nedeni ortadan kaldırılıncaya dek, yeterli solunum ve dolaşım desteğinin sağlanmasıdır. 3-4 dakika süren solunum yetersizliği (hasta başlangıçta hipoksemik ise daha kısa sürede) geri dönüşümsüz serebral hasara yol açabilir. TYD de herhangi bir gecikme başarılı sağaltım şansını etkiler. Ventriküler fibrilasyonda olan hastalarda sağkalım şansı çok daha fazladır, fakat başarılı bir resüsitasyon, TYD nin hızla başlaması kadar hızlı bir defibrilasyon uygulanmasını gerektirir.

İLK UYGULAYICI İÇİN TEMEL YAŞAM DESTEĞİ:

NABIZ KONTROLÜ

Kardiyak arrestin tanısında altın kural, karotis(ya da diğer büyük arterlerde)nabzın olmamasıdır.Karotis nabzının aranmasının,%50 olguda zaman kaybı ve yanlış yorumlara yol açtığı gösterilmiştir.Bu nedenle,karotis nabzının kontrolü sağlık çalışanları dışındakiler için önerilmemektedir.

ERİŞKİN TEMEL YAŞAM DESTEĞİ



Kılavuza göre, mümkün olduğunca çabuk yardım çağırın ya da birini gönderin

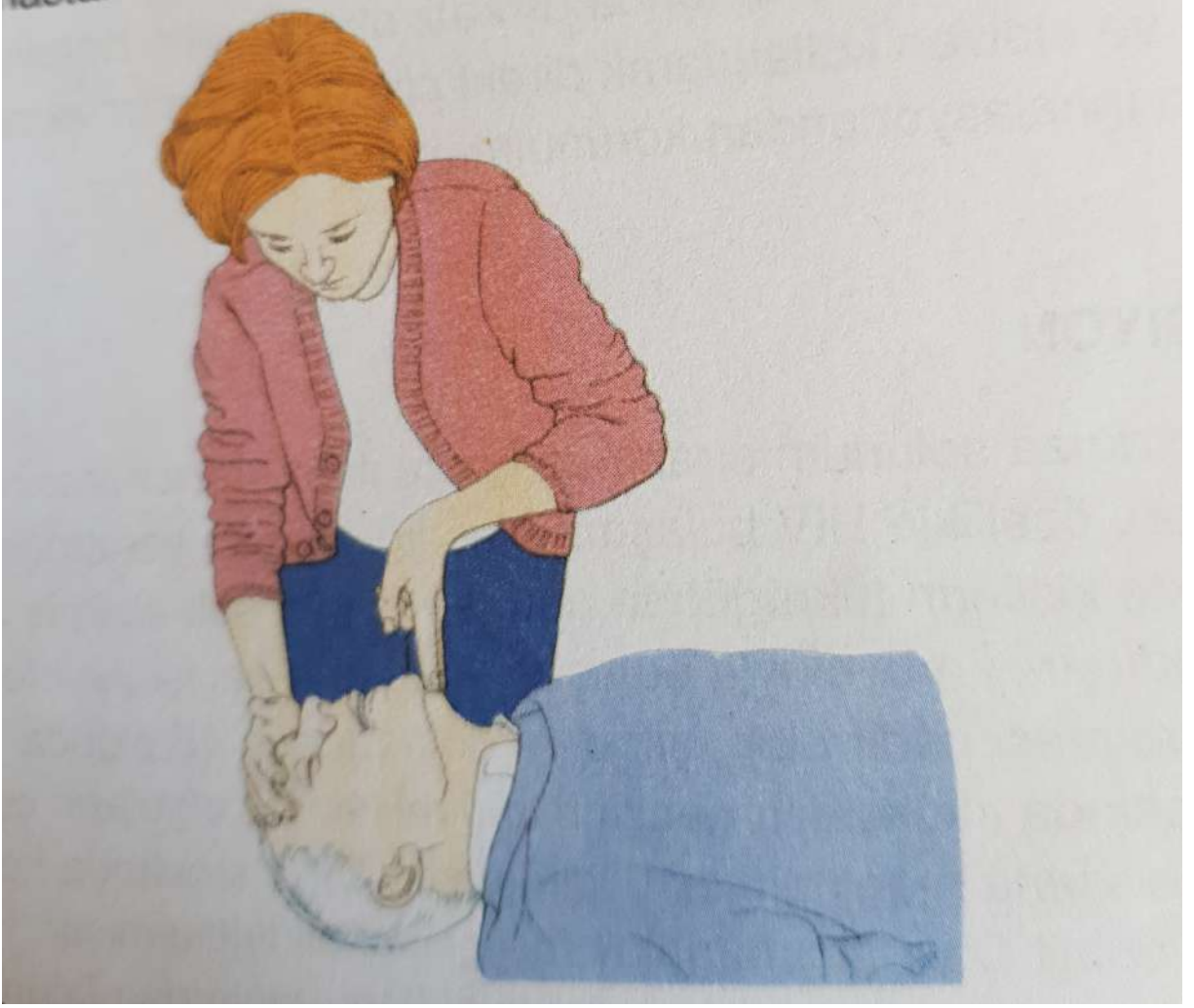
Şekil 4.1 Erişkin Temel Yaşam Desteği Algoritması

Bilinç durumunu kontrol
ediniz.



Havayolunu açınız.

Boyunda bir travmadan şüphe ediyorsanız,başı geriye
itmekten kaçınınız.



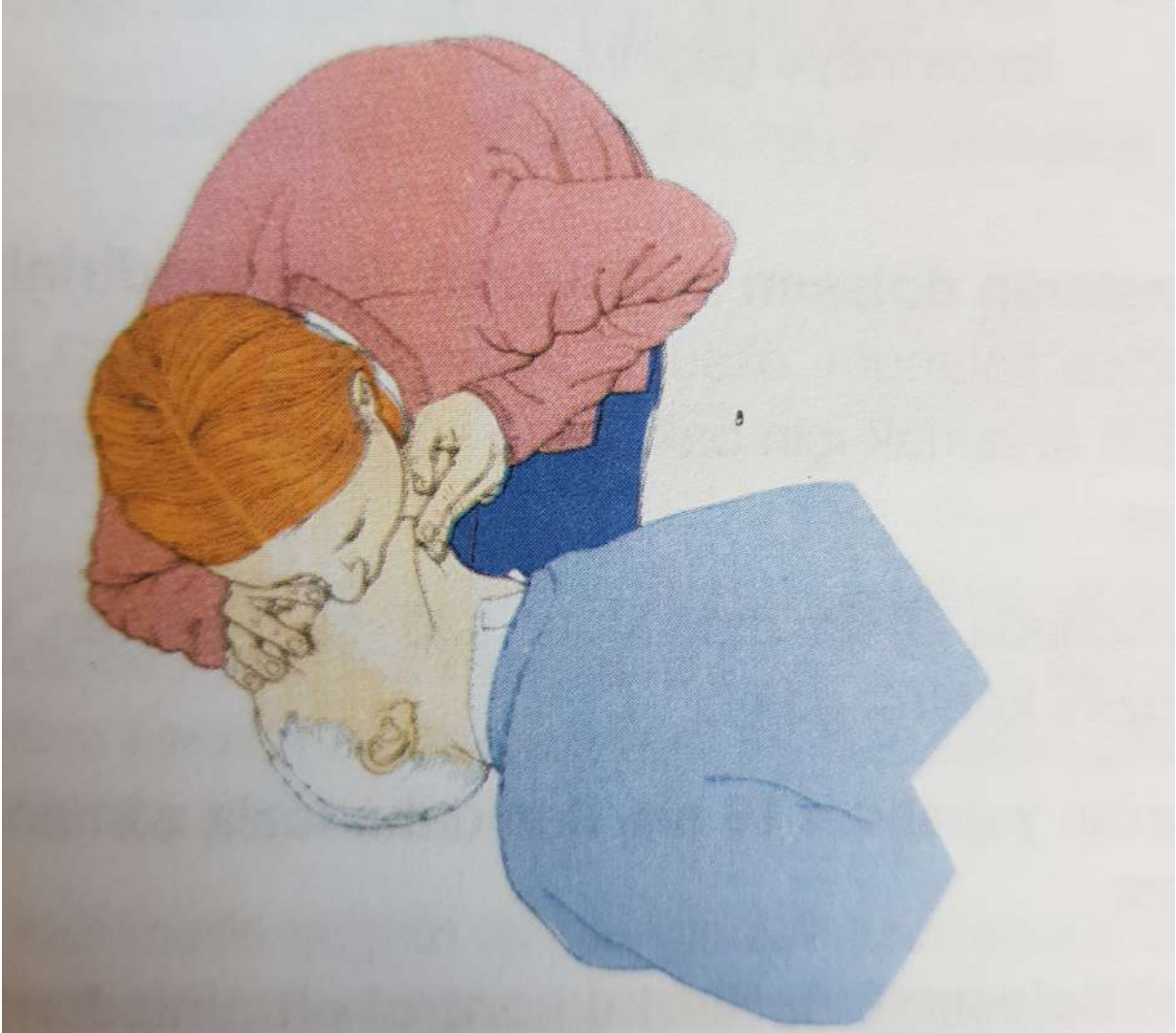
BAK,DİNLE,HİSSET yöntemi ile solunum olup olmadığını kontrol ediniz.



Normal olarak soluyorsa “recovery” pozisyonuna çeviriniz.

Solumuyorsa, gasping şeklinde ya da zayıf soluma varsa;

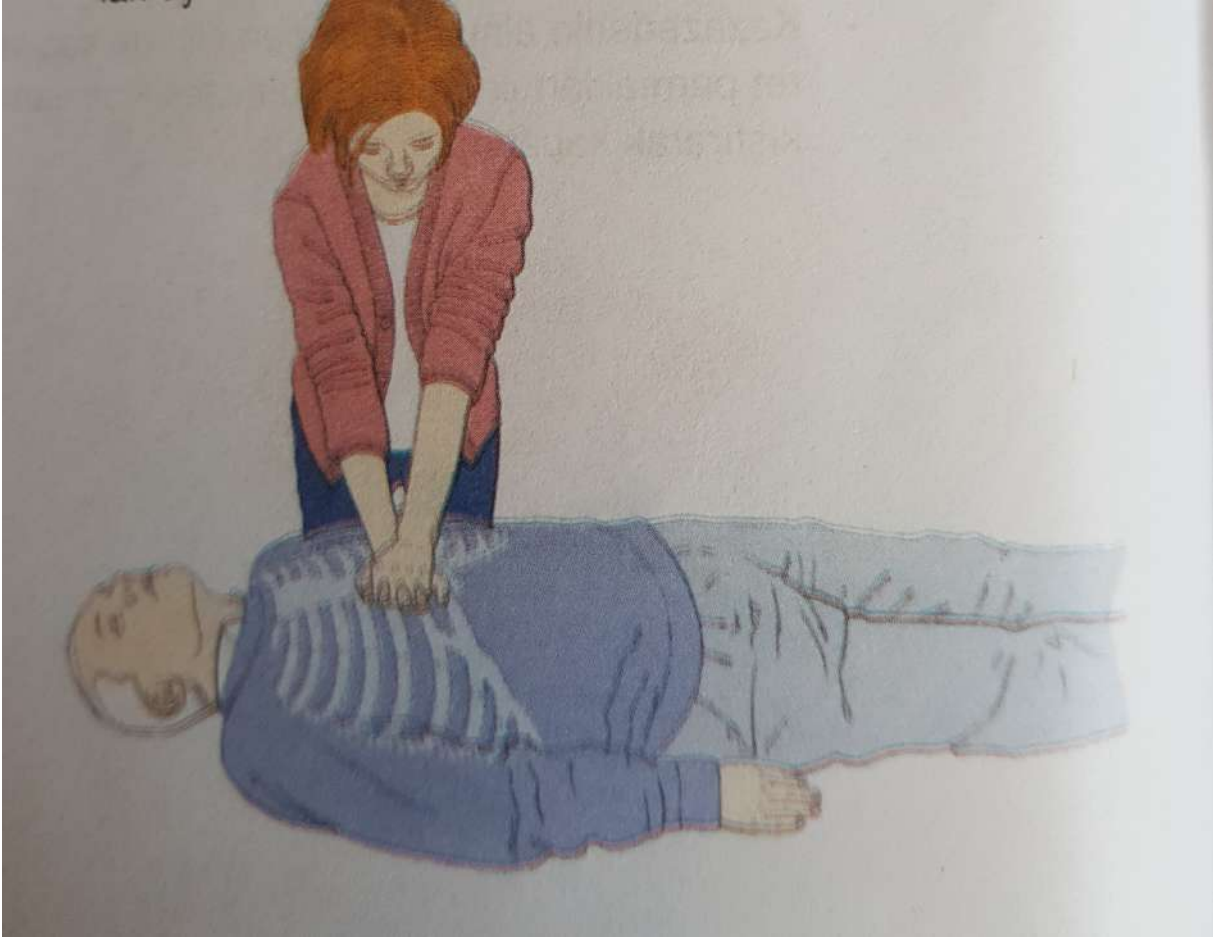
Yardım çağırın ve kurtarıcı solunuma başlayın. 2 yavaş ve etkin soluk verin, ağızda yabancı cisim var mı bakın.

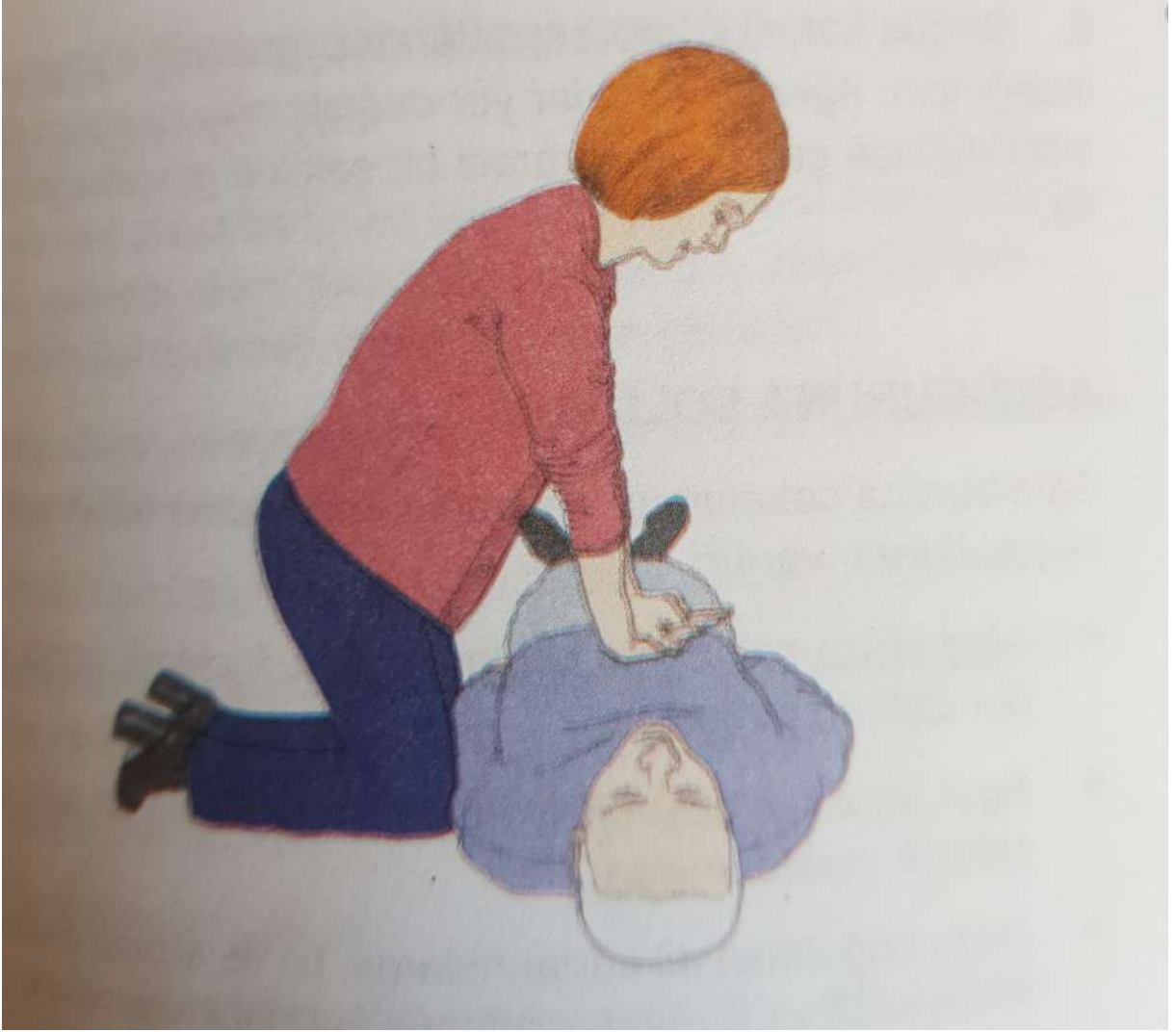




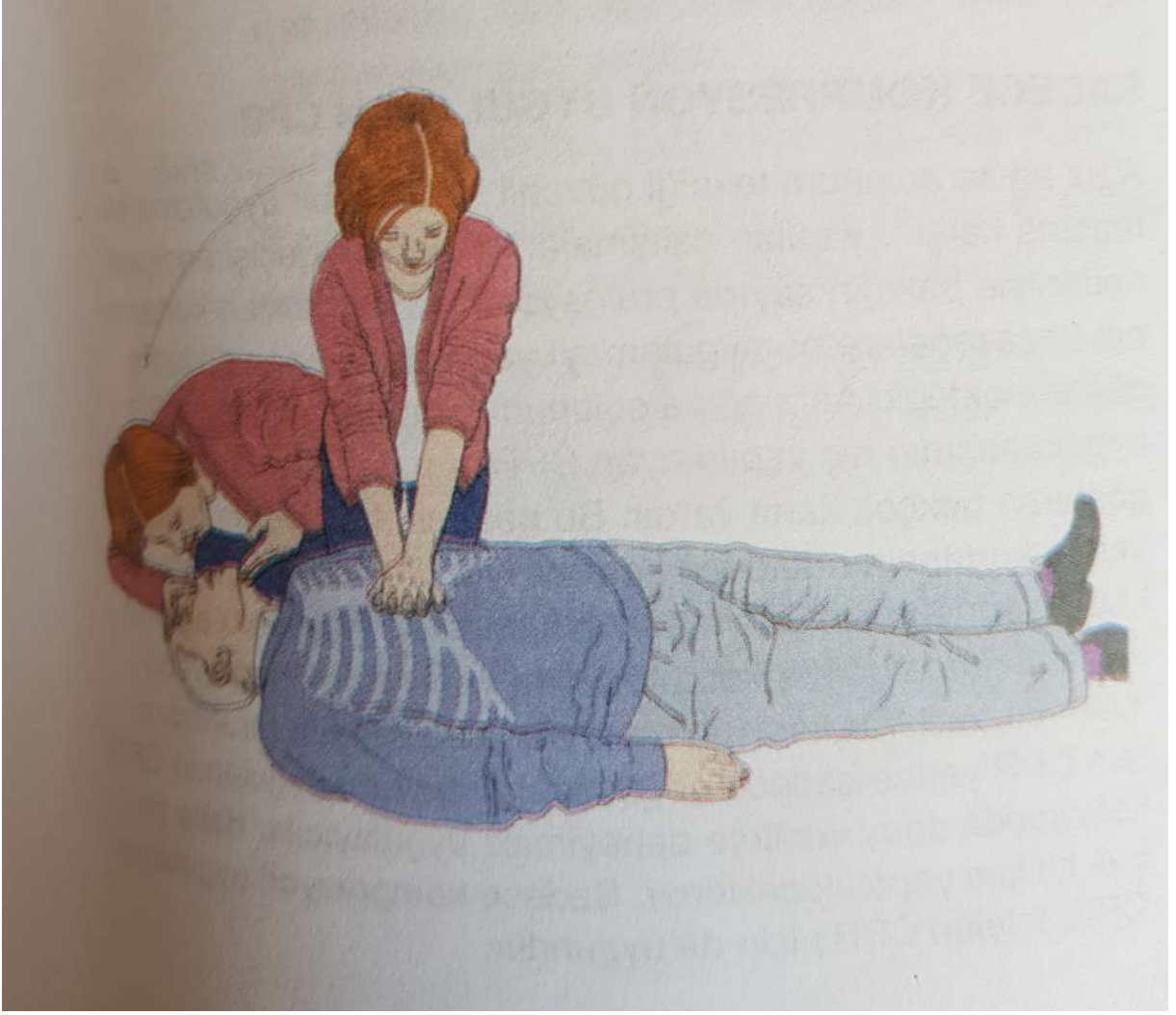


Dolaşımı kontrol edin ,yoksa eksternal göğüs kompresyonlarına başlayın.





2 kurtarıcı ile ,kompresyon/ventilasyon oranı 15:2 olmalıdır.

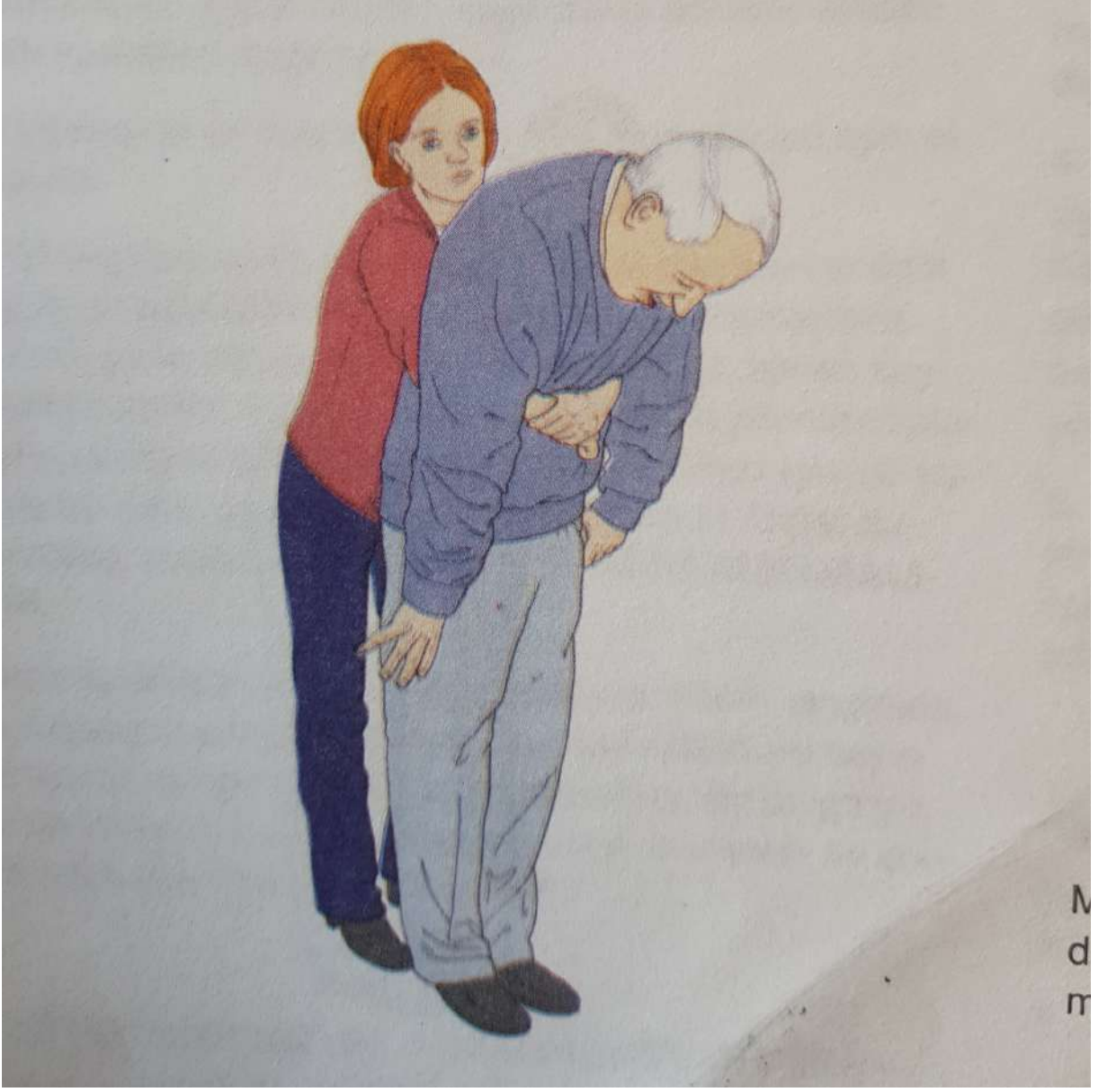


Yabancı cisim ile havayolu obstrüksiyonu

Sırta vuru



Abdominal bası

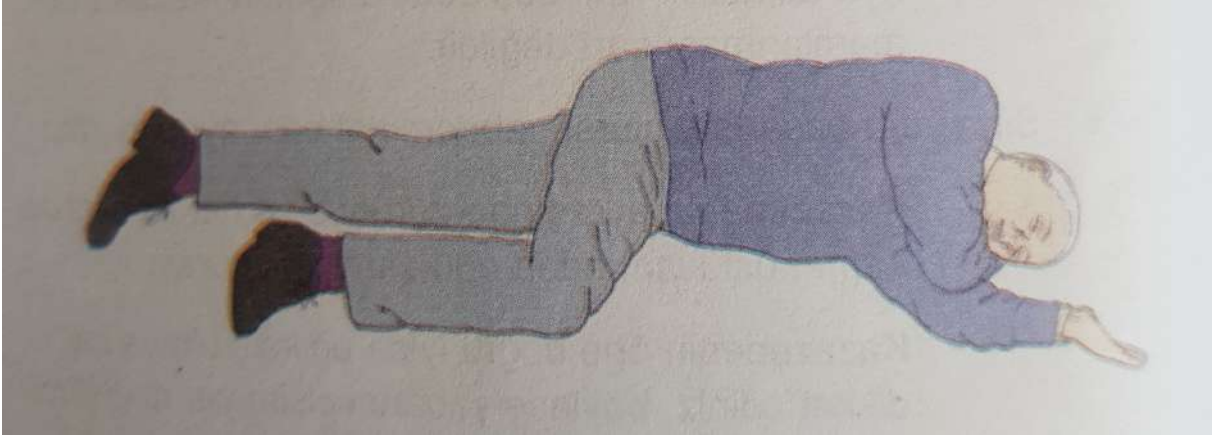


Recovery pozisyonu

Solunum ve dolaşım geri döndüğünde(SDGD),havayolu açıklığının sağlanması ve dilin tıkanmaya neden olmasını önlemek oldukça önemlidir.

Mide içeriğinin inhalasyonu riskini en aza indirmek önemlidir.





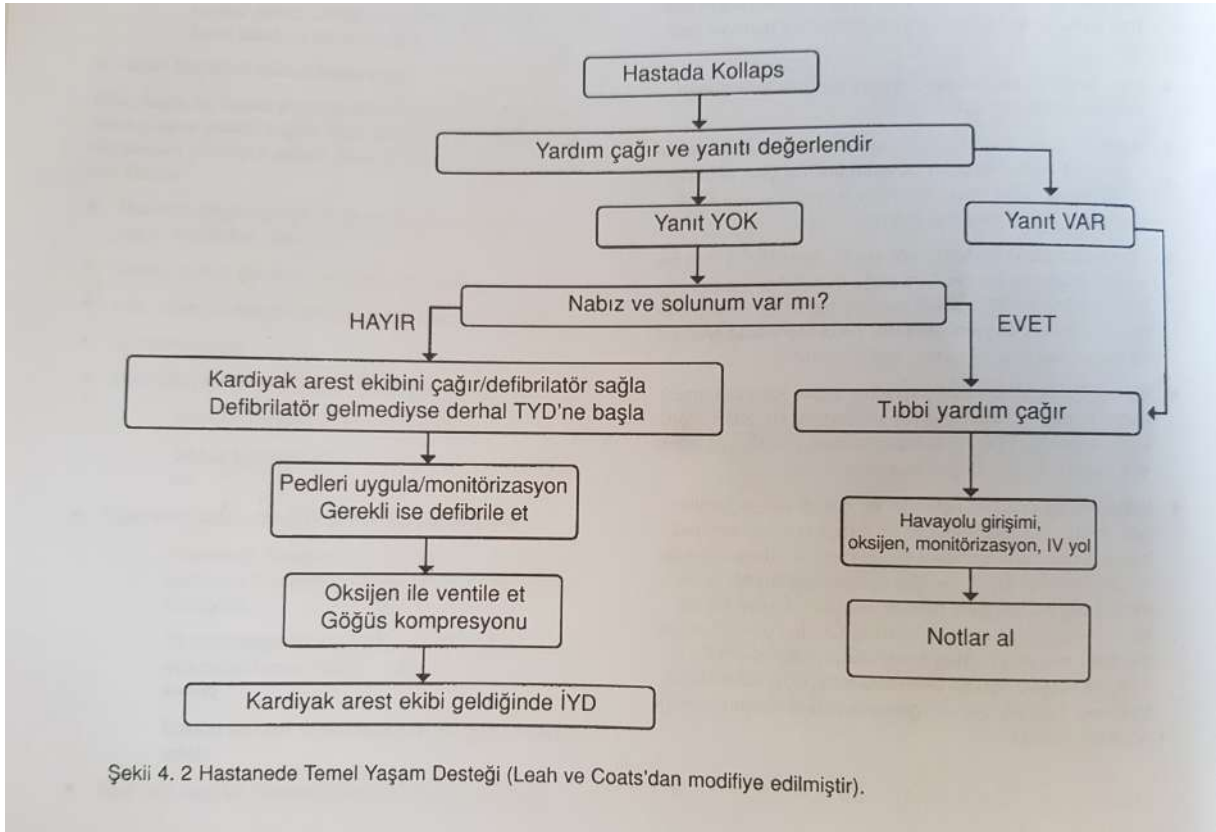
Recovery pozisyonunda 30 dakikadan fazla tutulması gerekiyorsa,diğer yana çevrilmesi gerekir.

SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN(HASTANEDE)

T_{EMEL} Y_{AŞAM} D_{ESTEĞİ}

Hastanede gelişen kardiyak arrest sonrasında,TYD(Temel Yaşam Desteği) ile İYD(İleri Yaşam Desteği)ayırımı net değildir;pratikte resüsitasyon girişimi devamlılık arzeder ve sağduyu ile tecrübeye dayanır.

Hastanede kardiyak arreste başlangıç yaklaşımı algoritması aşağıdaki tabloda görülmektedir.



Hastanede Resüsitasyon



Hastanede resüsitasyon algoritması. ABCDE – Hava yolu (A), Solunum (B), Dolaşım (C), Nörolojik durum (D),

Exposure (E). İV – intravenöz; KPR – kardiyopulmoner resüsitasyon.

---Bilinci açık hasta:

Resüsitasyon ekibi beklenirken Oksijen veriniz+Monitorize ediniz+Damar yolu açınız.

Bilinci kapalı hasta:

Eğitilmiş sağlık personeli bile,solunum ve nabızı,kardiyak arresti net teyit edecek şekilde değerlendiremeyebilir.

Kardiyak arrestin erken döneminde,agonal solunum(aralıklı iç çekme,yavaş ,zorlu veya gürültülü solunum)sıktır ve kardiyak arrest belirtisidir.Kardiyak arrest başlangıcında,epilepsiyle karıştırılabilecek kısa süreli nöbete benzer tablo görülebilir.

Hastanede KPR'a başlanması:

---Bir kişi KPR'a bařlariken diđerleri resüsitasyon ekibine haber verir ve resüsitasyon ekipmanı ile defibrilatörü getirir.

---30 göğüs kompresyonu sonrasında 2 solunum uygulayınız.

---Göđsü yaklaşık 5 cm çöktürün ancak 6 cm'i geçmeyiniz.

---Göğüs kompresyonları 100-120/dk hızında uygulanmalıdır.

---Her kompresyon sonrasında göğsün tekrar yükselmesine izin veriniz,devamlı baskı uygulamayınız.

---Uzun süreli yüksek kalitede kompresyon uygulaması çok yorucudur,en az süreli kesinti ile her 2 dk'da bir kompresyon yapan kişiyi değiştirmeye çalışınız.

---Hava yolu açıklığını sağlayarak ,mevcut olan en uygun ekipman ile (airway+balon-maske)akciğerleri ventile ediniz.Trakeal entübasyon yalnızca bu konuda eğitilmiş ,ehil kişilerce uygulanmalıdır.

Hasta entübe edildiğinde,100-120/dk hızındaki göğüs kompresyonlarına KESİNTİSİZ devam ediniz ve akciğerleri 10 soluk/dk olacak şekilde havalandırınız.

Eğer hava yolu ve ventilasyon ekipmanı hazır değilse ağızdan ağıza ventilasyonu düşününüz.Eğer ağızdan ağıza ventilasyondan kaçınmak için klinik bir neden varsa/yapamıyorsanız ,göğüs kompresyonlarına devam ediniz.Manuel defibrilatörle hastaya şok verilmesi sırasında hastaya kimsenin değmemesini sağlayınız.

Resüsitasyon uygulanırken,eğer yeterli sayıda kişi varsa ,intravenöz kanül ve resüsitasyon ekibi tarafından kullanılacak ilaçları(Örneğin:adrenalin)hazırlayınız.

Hastanede yapılan KPR sırasında uygulanan göğüs kompresyonlarının kalitesi,sıklıkla idealin altındadır.

Kesintisiz göğüs kompresyonlarının uygulanması çok önemlidir.

Kompresyonlara kısa süreli ara verilmesinin bile SAĞKALIM üzerinde çok olumsuz etkisi vardır ve resüsitasyon sırasında DEVAMLILIK ve EFEKTİF GÖĞÜS KOMPRESYONLARININ gerçekleştirilmesi için her türlü çaba gösterilmelidir.

Ekip Lideri,KPR'ın kalitesini izlemeli ve kalite düşükse KPR uygulayıcısını değiştirmelidir.

UZ.DR.BERKAY ULUSOY

Anesteziyoloji ve Reanimasyon