

Giacintó Miklós dr., orvosórnagy és Lengyel József gyógyszerész-alezredes

Mentőgépkocsik resuscitációs készletének célszerű alkalmazása

„Életben tartani és további károsodásokat elkerülni” — ez a mondat foglalja össze azokat az alapelveket, melyeket a sérültek és betegek ellátása során a segélynyújtónak követnie kell. A halállal végződő balesetek 15—20%-ában az elsősegélynyújtó szakszerű és azonnali beavatkozása megelőzheti a végzetes kimenetelt. A megmenthetők közül elpusztulók számát úgy csökkenthetjük, ha az elsősegélynyújtás korszerű elveit és módszereit az orvosok ismerik és alkalmazni tudják, az eü. középkádereket erre jól megtanítják, az egyszerű és mindenütt alkalmazható eljárásokat pedig a laikus közönség szélesebb körével is megismertetik.

Az *elsősegélynyújtás középpontjában* régebben elsősorban a sérülés által okozott *lokális károsodás* állott. Az orvosokat és laikus elsősegélynyújtókat elsősorban ilyen típusú segélynyújtásra oktatták —, s sokszor oktatják ma is. Az utolsó évtizedek gyors technikai fejlődése nemcsak abszolút számban növelte az életveszélyes sérüléseket, hanem ezek relatív aránya is növekedett. Ehhez a helyzethez kell ma alkalmazkodnunk, s ez tetten szűkségessé a sérültek és betegek első ellátásával kapcsolatos eddigi nézetek revideálását.

Az elsősegélynyújtás rég bevált alapelvei, mint amilyen a sebre teendő fedőkötés, a törött végtag rögzítése, stb., természetesen továbbra is érvényesek. A lényeges változás a *sürgős teendők sorrendjében* van: a modern elsősegélynyújtás elsősorban a vitális funkciók, a *légzés és keringés* fenntartására törekszik a betegség, sérülés akut fázisában.

A legjobb lokális ellátás sem képes az életfontos funkciókat befolyásolni, ezért sorrendben a második helyre szorul.

„Azonnali életmentő beavatkozásokra” minden súlyos sérült és beteg esetében szükség van, akinek vitális funkciói, elsősorban a légzés és keringés olyan mértékben romlottak, hogy ez beavatkozás nélkül rövidesen vagy belátható időn belül halálát okozhatja. Ezeket a pácienseket nevezik ma „azonnali sürgős ellátást igénylő betegeknek” (Notfallpatient, emergency patient). Szándékosan szerepel „beteg” a kifejezésben, s nem „sérült”, hogy gondolkodásunk és cselekvésünk középpontjában ne csak a balesetet szenvedett személy álljon, hanem a hasonlóan azonnali ellátást igénylő, életveszélyben levő beteg, pl. szívizom-infarctusos, vagy mérgezett is.

A legnagyobb veszély, mely a súlyos sérültet és beteget fenyegeti az, hogy a gyorsan kialakuló légzés- és keringésromlás következtében meghal.

A légzés és keringés megállása pillanatában beáll a *klinikai halál*; az irreverzibilis sejtkárosodások bekövetkezéséig, melyek leggyorsabban az agysejtekben jönnek létre, 4—6 perc telik el, csak ezután áll be a *biológiai halál*. Ez a 4—6 perc áll rendelkezésre az újraélesztésre, s a rövid idő miatt a legfontosabb szabály: „*Gyorsan cselekedni és minden idővesztést elkerülni!*”

(Az agy oxigénellátásának 3 perces szünetelése esetén a maradandó károsodás nélküli újraélesztés lehetősége még az esetek 75⁰/₀-ában megvan. 4 perc után 50⁰/₀, 5 perc múlva már csak 25⁰/₀ a valószínűség.)

A legsikeresebb resuscitációnál is jobb, ha el tudjuk azt kerülni. A megelőzés alapvető szabályai:

1. ne legyen masszív vérzés;
2. a légutak szabadok legyenek;
3. szükség esetén lélegeztessünk.

A mindennapi életben a hirtelen, váratlan halál oka a leggyakrabban szívroham, fulladás, a légutak elzáródása eszméletlen állapotban, elektromos balesetek, túlérzékenységi, allergiás reakció és mérgezés.

Az újraélesztés első fázisában nem fontos azt tudnunk, hogy a keringés vagy légzés károsodása áll-e az előtérben. Olyan szorosan összefügg a két funkció, hogy az egyik elégtelensége automatikusan maga után vonja a másikat is. Az azonnali tennivalók mindegyik esetben azonosak a sérülés helyén és a szállítás folyamán.

A légzés és szívmegállás esetében végzendő két alapvető tennivaló a befújásos lélegeztetés és a zárt mellkason át végzett szívmasszázs. E hatásos újraélesztési módszerek legfőbb előnye, hogy végzésükhöz semmiféle felszerelés nem kell, ezért mindig és mindenütt alkalmazhatók, ha alapelveiket ismerjük és végzésükben bizonyos gyakorlatot szereztünk.

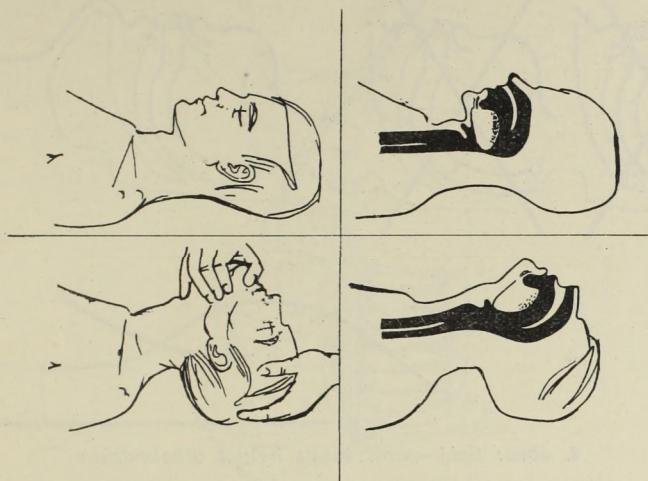
Néhány egyszerű eszköz segítségével azonban az elsősegélynyújtást hatásosabbá tehetjük, a légzést és keringést eredményesebben támogathatjuk, feleslegessé téve így a resuscitatót; ha pedig mégis erre kerül sor, az újraélesztést is kedvezőbb kilátásokkal végezhetjük. Ezt szolgálja az itt ismertetendő resuscitációs készlet, melynek célszerű alkalmazását az azonnali életmentő tennivalók sorrendjében tekintjük át.

I. A légutak szabaddátétele és szabadontartása

1. A nyelv hátrahajlítása, a fej hátraszegése.

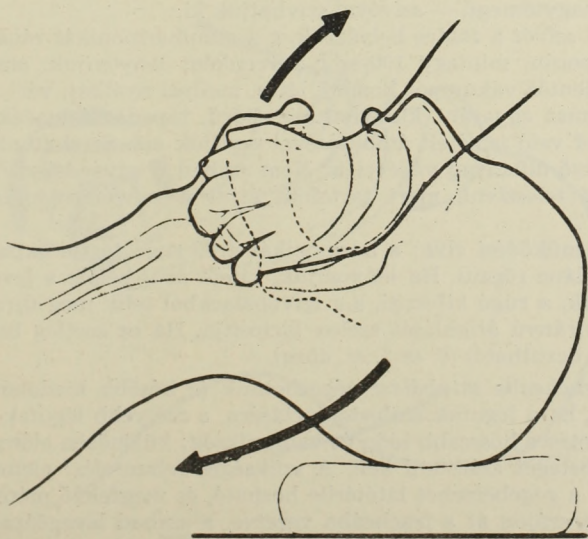
A légutak elzáródásának leggyakoribb oka az, hogy az eszméletlen beteg izomzata elazul, s ha hanyattfekszik, nyelve hátracsúszik és elzárja a garatot. — Gyorsan és könnyen megszüntethetjük ezt az akadályt, ha a beteg fejét hátrahajlítjuk, s miközben száját csukva tartjuk, állát előreemelve. Gyakran ez az egyszerű mozdulat elegendő hozzá, hogy a légzés útja szabaddá váljék és a spontán légzés meginduljon (1., 2. és 3. sz. ábra).

A nyelv hátracsúszásának megakadályozásában segít a készletben található *száj-garat-tubus* (oropharyngealis tubus, „pipa”). Ha a megfelelő méretűt a beteg szájába helyezzük, a nyelv nem tud a hátsó garatfalnak teljes szélességében nekifeküdni, s a tubuson át és mellette felszabadul a levegő útja. — A száj-garat tubust csak a mély comában levő beteg tűri. Ha öklendezést, köhögést vált ki, nincs már rá szükség, s ilyenkor nyugodtan

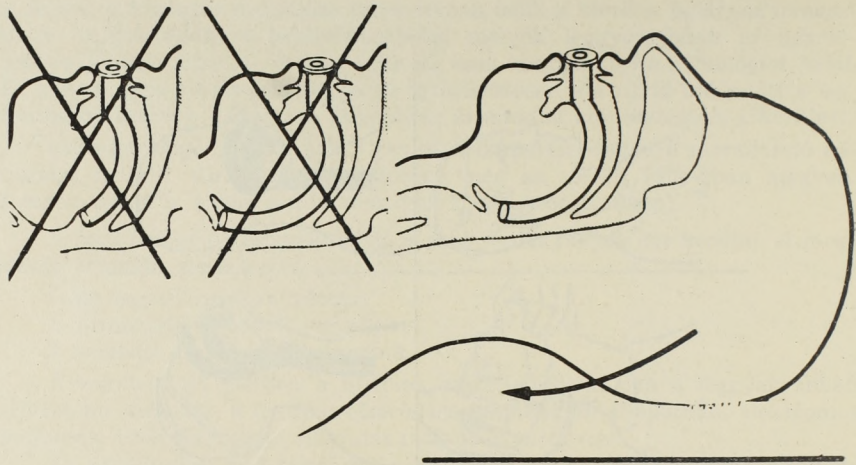


1/a és 1/b ábra: Az eszméletlen beteg nyelve hátracsúszik és elzárja a garatot

2/a és 2/b ábra: A nyak hátrahajlítása és az áll előreemlése szabaddá teszi a gégebemenetet



3. ábra: Az alsó állkapocs előreemlése



4. ábra: Száj-garat tubus helyes alkalmazása

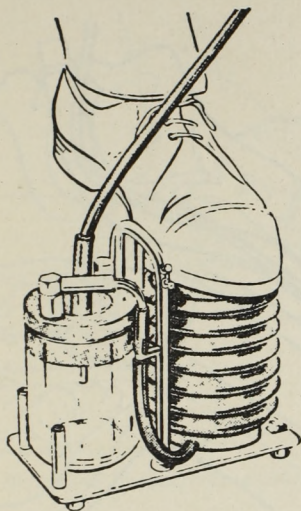
engedhetjük, hogy a beteg kiköpje: életfontos nyelési és köhögési reflexének birtokában van, és nyelve sem fog tónustalanul hátracsúszni. (4. sz. ábra).

2. *Idegentest* jelenlétét a száj-garat üregben ki kell zárunk, ha a nyelv előreemelésére sem indult meg a légzés. Szilárd idegentestet ujjunkra csavart ruhadarabbal törölünk ki a szájból és garatból. A folyékony idegentestet — ha nagy tömegű — szívóval szívhatjuk ki.

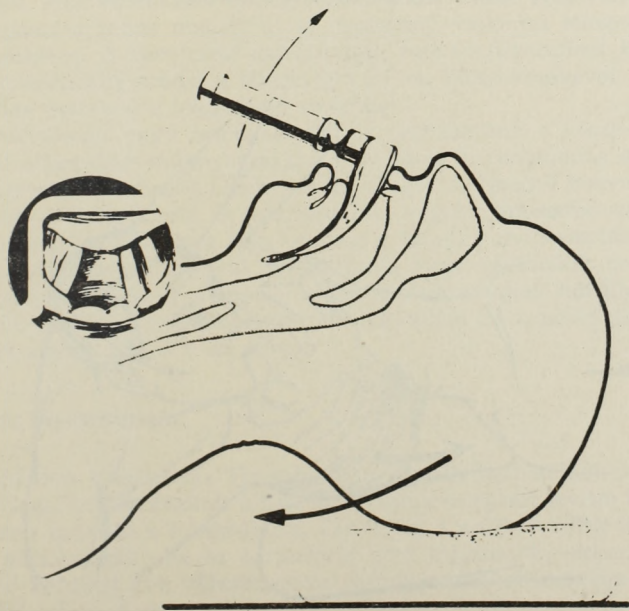
A *taposó szívót* a földre helyezzük, s a gumiharmonikát ráhelyezett talppalack szaporán, mintegy 100-szor percenként lenyomjuk, ezzel a szívópalackban jelentős vákuumot hozunk létre, mellyel nyálkát, vért, regurgitált gyomortartalmat egyaránt kiszívhatunk. Sűrű, tapadós folyadék szívását a szívócső vízzel való ismételt átöblítésével segítjük elő. Szívhatunk katéterrel vagy a szívócső műanyag végével is. Nem szabad a szívóedényt $\frac{3}{4}$ magasságánál tovább teleszívni, mert tartalma átjut a szívóharmonikába! (5. sz. ábra).

(A szívó működési elve: a harmonikát erős rugó tartja expandált helyzetben, s ott lánc rögzíti. Ha lenyomjuk, kifelé ürül belőle a levegő, ha pedig elengedjük, a rugó kifeszíti, s a szívópalackból telik meg újra levegővel. A levegő egyirányú áramlását szelep biztosítja. Ha ez esetleg beragad, alapos mosással tisztítható) (6. és 7. sz. ábra).

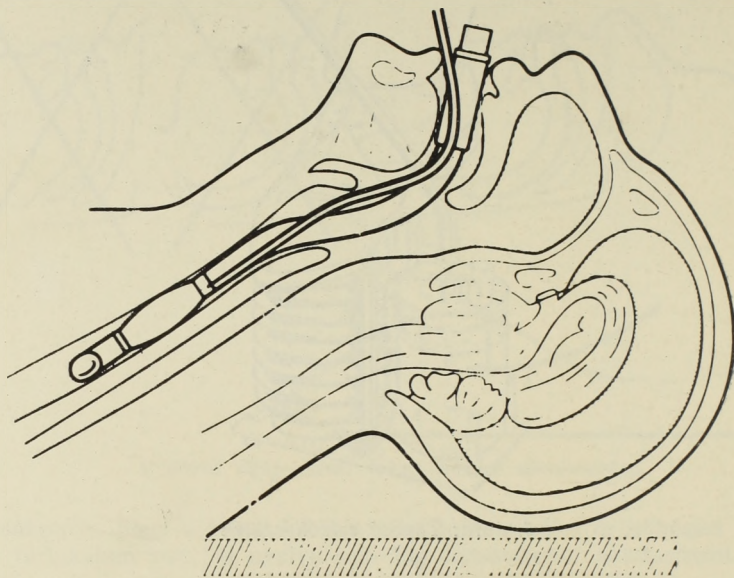
3. *Endotrachealis intubálást* végezhetünk (a később kiadandó) intubáló felszereléssel, ha a légutak szabadontartására, a mélyebb légutak leszívására vagy lélegeztetésre hosszabb időn át van szükség; különösen előnyös az intubálás, ha a beteget szállítani kell. A szükséges felszerelés: elemes *laryngoscop*, mellyel a gégebemenet látótérbe hozható, és megfelelő méretű *gumitubus*, melyet a szájon át a tracheába vezetve, a szabad levegőáramlást lehetővé tesszük. A tubus bevezetését *vezetődrót* könnyíti meg, a tubus összeharapását pedig a beteg szájába helyezett *harapásvédővel* akadályozzuk meg. Ilyen a készletben található gumiék, de vastagabb gumicsődarab vagy pólyatekerccs is alkalmas. A tubust és a harapásvédőt együttesen rájuk tekert két



5. ábra: Taposó szívókészülék



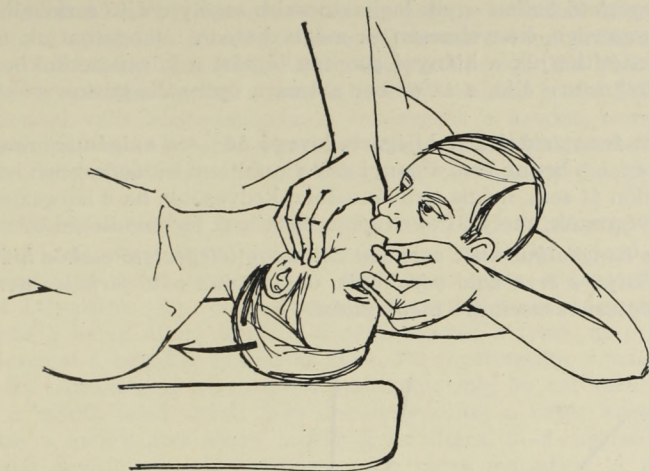
6. ábra: A gégebemenet feltárása hajlított lapocú laryngoscoppal



7. ábra: Bevezetett endotrachealis tubus



8. ábra: Befújásos lélegeztetés szájból orrba



9. ábra: Befújásos lélegeztetés szájból szájba

darab ujjnyi széles *ragtapaszcsikkal* rögzítjük a beteg arcához, nehogy a tubus ki- vagy becsússzék. Ha a tubus felfújható *manzsettájába* fecskendővel 6—8 ml levegőt fújunk, s a levegővezetéket érszorítóval lefogjuk, a manzsetta a trachea falának fekszik és légmentesen zár: megakadályozza a folyadék lecsorgását a tubus mellett és az aspiratiót, valamint lélegeztetéskor a levegő elszökését. A megfelelő méretű fém *tubuscsatlakozóval* kötjük össze az endotrachealis tubust a lélegeztető ballon könyökcsövével, vagy más típusú ballon esetében a lélegeztető szeleppel.

4. *Conicotomiát* vagy *tracheotomiát* is végezhetünk a készletben található, steril állapotban műanyagzsákba csomagolt tracheotomiás és conicotomiás készlettel. A korszerű elvek szerint sürgős életmentő beavatkozásként alkalmasabb a conicotomia. A tracheotomia végzése intézetbe való, s indiciója az, hogy tartósabban lesz szükség a trachea nyitvatartására. Azonnali életmentő beavatkozásként intubáljunk, vagy végezzünk conicotomiát, ezzel biztosítjuk azt, hogy a tracheotomia később nyugodt körülmények között lesz elvégezhető. Így csökkenthetjük legjobban az azonnali és késői szövdmények számát. (8. és 9. sz. ábra).

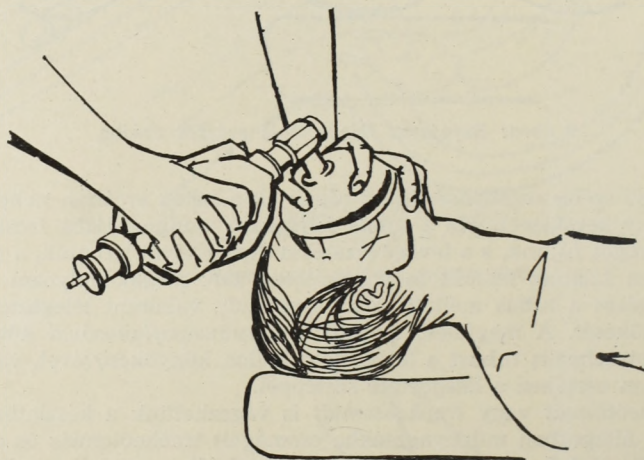
II. A légzés resuscitációja

1. *Befújásos lélegeztetés.* Ha a beteg a légutak szabaddátétele után sem léghetik, s lélegeztető eszközünk nincs, az általunk kilélegzett levegő befújásával kezdjük meg *azonnal* a lélegeztetést. Lehetőleg a *szájból-orrba* történő lélegeztetést alkalmazzuk; ha az orrjáratok nem átjárhatók, akkor a *szájból-szájba* való befújást kell választanunk. Mindkét esetben percenként 12—20-szor, kiadós légvétel után végezzük a befúvást, fenntartva a beteg fejének hátrahajlított helyzetét a légutak átjárhatóságának biztosítására. A befújásos lélegeztetést addig folytatjuk, míg a spontán légzés visszatér, vagy lélegeztető eszközhöz jutunk.

2. A lélegeztető ballon egyik leghasznosabb segélynyújtó eszközünk. Segítségével egyszerűen, kényelmesen és megbízhatóan támogathatjuk a gyenge, vagy helyettesíthetjük a hiányzó spontán légzést a környezetünkben korlátlanul rendelkezésre álló, s az ember számára optimális gázkeverékkel, a levegővel.

Az élet fenntartására a kilégtetett levegő 16⁰/₀-os oxigéntartalma is elegendő ugyan, s a benne levő 4⁰/₀-nyi széndioxid sem különösebben káros, még hosszabb időn át sem, mégis nyilvánvalóan kedvezőbb, ha a lélegeztetést friss levegővel végezzük, mely 21⁰/₀ oxigént tartalmaz és széndioxid-mentes.

Fontos hangsúlyoznunk azonban azt, hogy lélegeztető eszköz hiánya nem akadályozhatja, s arra való várakozás, vagy utána való járkálás nem késleltetheti a légzési resuscitatio megkezdését!



10. ábra: Lélegeztetés kézi lélegeztető ballonnal, maszkon át

Legtöbbször nincs a baleset helyén semmilyen felszerelés, s az először odaérkezőnek eszköz nélkül, befújásos módszerrel kell megkezdenie a lélegeztetést. A felszerelés megérkezévével térünk át a ballonnal történő ventilálásra. (10. sz. ábra).

A lélegeztető ballon rugalmas gumilabda, sokféle kivitelben készül, lényege mindegyiknek az, hogy a ballonon egy levegőbeszívó és egy lélegeztető szelep van. Ha a ballont kezünkkel összenyomjuk, 600—1200 ml levegőt tudunk belőle 20—60 víz cm nyomással kinyomni a lélegeztető szelepen át, ha pedig elengedjük, a ballon rugalmasságánál fogva kirúgja magát, és a levegőbeszívó szelepen át friss levegővel telik meg. Ezalatt a betegbe nyomott levegő passzívan, a mellkas és a tüdő rugalmassága révén, a külvilágba áramlik. A ballon mérete és rugalmassága olyan, hogy fél kezünkkel nyomkodva percenként 12—20 körüli légzésszámot tudunk biztosítani.

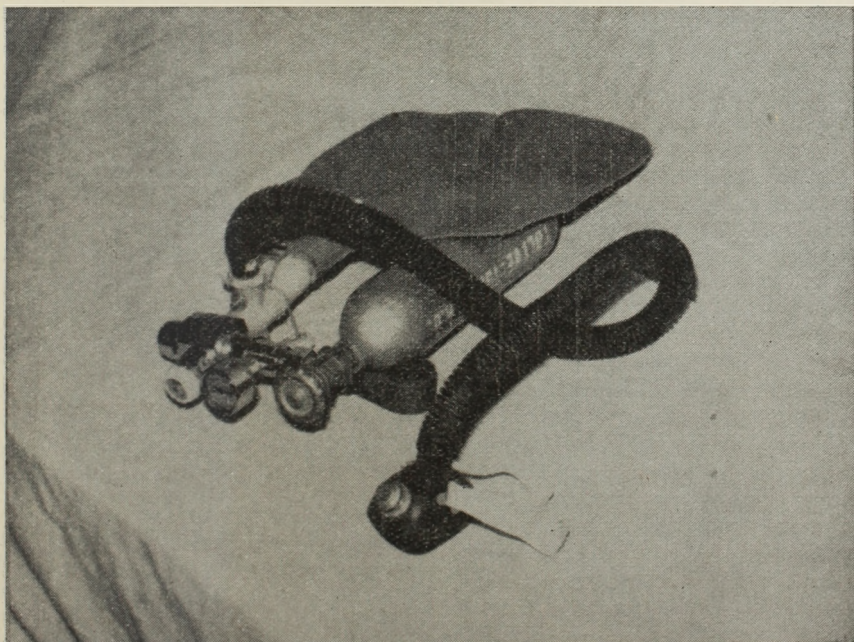
A készletben levő (GNOM) lélegeztető ballon jobbkezesek számára készült: ha kezünket a tetején levő gumipánt alá bújtatjuk, ujjaink számára a fogást megkönnyítő mélyedéseket találunk rajta.

A lélegeztető szelep szerkezete olyan, hogy a ballonnól kinyomott levegő mindig a beteg felé áramlik, a betegből távozó levegő pedig a külvilágba jut, a ballonba tehát nem kerül vissza kilégzett levegő. Ha lélegeztetés közben a beteg spontán légzése visszatérne, a külvilágból is tud belélegezni.

Ballonnal való lélegeztetéskor is érvényesek a kezdeti teendők: a légutak szabaddátétele és szabadontartása az ismertetett módszerekkel (fej hátraszegése, idegentest eltávolítás, esetleg száj-garat tubus behelyezése vagy intubálás).

A lélegeztető ballont használhatjuk maszkkal: a hanyatt fekvő beteg feje fölé állunk, vagy térdelünk, és arcára orrát és száját befedő, párnás, rugalmas szélű, s ezért légmentesen záró gumi vagy műanyag lélegeztető maszkot helyezünk úgy, hogy annak keskenyebb része az orrhátra, szélesebb része a beteg állára kerül. Célszerű először a felső, az orrhátra jutó részt illeszteni a helyére, azután az alsót. Jól rögzíthetjük a maszkot, s egyúttal a fej hátraszegett helyzetét is fenntarthatjuk, ha bal kezünk hüvelykujjával a maszk felső, orron levő részét nyomjuk a beteg arcára, mutatóujjunkkal a maszk alsó részét szorítjuk az állára, 3–5. ujjunkkal pedig a beteg állát emeljük felfelé, úgyhogy szája zárva maradjon. A maszkot határozott nyomással kell a beteg arcára szorítani ahhoz, hogy a levegő lélegeztetéskor ne szökjék el a széle mellett, hanem a betegbe jusson. — A leírásban hosszadalmasnak tűnő műfogás a gyakorlatban percek alatt elsajátítható, s automatizálódik.

A készletben három, különböző nagyságú lélegeztető maszkot találunk, a megfelelő méretűt válasszuk ki. A maszk szélén levő légpárnát levegővel



11. ábra: Kis oxigénpalack, spontán légzéssel történő oxigénbelégzéshez

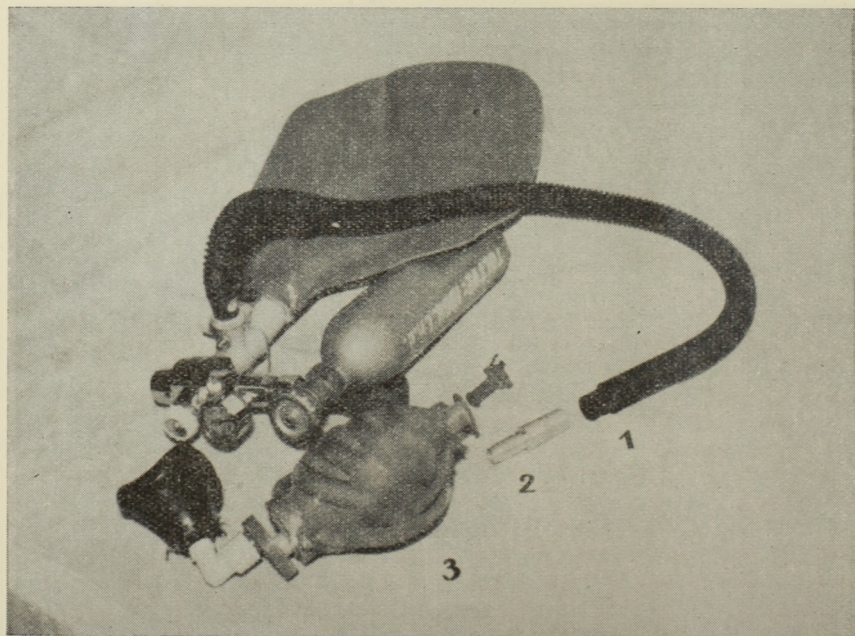
közepesen feszesre fűjjük föl, s dugójával dugjuk be; a párna a beteg arcára felfekszik és a légmentes zárásban segít. A maszkok teste modellálható, keskenyebbre vagy szélesebbre alakíthatjuk a beteg arcának alakja szerint.

Ha a lélegeztető maszkot levesszük a sárga színű könnyökösszekötő csőről, az utóbbi belsejébe illeszthetjük a fém tubuscsatlakozót, így a ballonnal endotrachealis tubushoz is csatlakozni tudunk.

3. *Oxigén-belélegeztetés.* (A készletben levő kis oxigénpalack tartozékait és összeállítását a hozzá mellékelt utasítás részletesen felsorolja.) — A két kis oxigénpalack egyenként 1,5 liter űrtartalmú, és 120—150 atmoszféra töltés esetén egyenként 180—220 liter oxigént tartalmaz. A palackban levő nyomást (s ezzel oxigénmennyiséget) a nyomáscsökkentőn levő manométer jelzi; a percnként kiáramló oxigénmennyiségről a szabályozó gombon levő jelzések tájékoztatnak megközelítő pontossággal.

Ha az oxigén-belélgző készüléket az eredeti összeállításban, a hozzá járó belélgző maszkkal alkalmazzuk, a percnkénti oxigénszükséglet 8—10 liter, s egy palack 15—20 percig elegendő. Ilyenkor a beteg csak spontán lélegezhet, és gyakorlatilag tiszta oxigént kap. Az oxigén-therápia ezen módjára aránylag ritkán van szükség a gyakorlatban, és kizárólag kielégítő volumenű spontán légzés esetén alkalmazható. (11. sz. ábra).

Légzésbénulás és légzésdepressio esetén nem oxigénbelélegeztetésre van szükség, hanem lélegeztetni kell, szájjal, vagy ballonnal! Ha a beteg spontán légzésvolumene nem elegendő, teljesen mindegy, hogy mekkora oxigéntartalmú levegőt nem légzik be!



12. ábra: Oxigén csatlakoztatása a kézi lélegeztető ballonba

A lélegeztető ballonnal való lélegeztetéskor azonban célszerű, hogy növeljük a betegbe nyomott levegő oxigéntartalmát úgy, hogy a palackból az oxigén a ballonba vezetjük. Ez a módszer a légzőfelület csökkenése, nagy vérvesztés, CO-mérgezés és cardiopulmonalis újraélesztés esetén előnyös.

Ehhez a lélegeztető ballon végében levő gumidugót kihúzzuk, és a ballonhoz mellékelt kúpalakú fémcsatlakozó vékonyabb végét a ballonba dugjuk, az oxigén-reduktorból jövő bordástömlőt pedig a fémösszekötő vastagabb végére húzzuk. Ezután nagy áramlással megtöltjük az oxigén-reduktor aljára helyezett nagy légzősákot, majd miután ez megtelt és feszülni kezd, alacsonyabb, 3—5 literes percenkénti áramlást állítunk be, így ez az oxigénmennyiség folyamatosan áramlik ki a bordástömlőn, és a ballonba jut. A ballon összenyomásakor nem jut vissza levegő a légzősákba, mert az oxigén-adagolóban a bordástömlő tövével visszalégzést gátló csillám-szelep van. (12. sz. ábra).

Ha 3—5 literes percenkénti oxigén-áramlással dolgozunk, egy kis oxigénpalack 35—60 percre elegendő, s ez az oxigénmennyiség a belélegeztetett levegő oxigéntartalmát 40—50%-ra növeli. Ez gyakorlatilag mindig elég, és tiszta oxigénnel való lélegeztetéssel talán csak újraélesztés esetén jutunk kedvezőbb helyzetbe, ilyenkor az oxigén áramlását magasabbra állítjuk.

III. A keringés resuscitációja

1. A leggyakoribb, az életet veszélyeztető keringési zavar a *shock*. — *Diagnózisát* könnyen felállíthatjuk: sápadt, hűvös, veritékes bőr, szapora, könnyen elnyomható pulzus, a beteg nyugtalansága vagy túlzott nyugalma jellemzi a klinikai képet.

A sürgős teendők: — nagy lumenből eredő vérzés ideiglenes csillapítása leszorítással:

- a sérült végtagok rögzítése sínézéssel;
- intravénás fájdalomcsillapítás 50 mg Dolargannal, vagy 10 mg morfinnal;
- a keringő vérvolúmen gyors növelése.

Érleszorításra, műszeres lefogásra, iv. gyógyszerbefecskendezésre az *orvosi táska* tartalma ad lehetőséget.

Mivel a *shock* pathogenesisében az egyik döntő tényező a volumen hiány, a legfontosabb therapiás tennivaló a keringő vér volumenének növelése. Azonnal es hatásosan növelhetjük az életfontos szervek számára jutó vérmennyiséget *autotransfúsióval*: ha a kinyújtott alsó végtagokat meredeken magasra emeljük, 1—1,5 liter vér kerül az alsó testfélből a keringés centrális részébe. A *shockos fektetés* is ezt a célt szolgálja: a hanyatt fekvő beteg fekvőhelyét, hordágyát a fej 10—15 fokkal süllyesztésével helyezzük el.

A *plazmapótszerek infúziója* is gyorsan megvalósítható hatásos therapiás eszköz. A készletben található 4×500 ml dextrán-oldat súlyos vérvesztés pótlására is elegendő. Az enyhén hypertóniás, nagymolekulájú kolloid-plazmapótszerek a keringő vérvolúmen hatásosan és tartósan növeli. Gyors cseppszámmal, súlyos *shockban* sugárban vagy túlnyomással adjuk egy vagy két megpungált vagy kipreparált vénába. Az infúzióhoz 4 db *steril infúziós szerelék*et találunk a készletben.

(Némelyik dextrán-készítmény nagyobb mennyiségben adva megnehezíti a későbbi vércsoport-meghatározást. Ezért ajánlatos a dextrán-infúzió előtt néhány ml natív vért levenni kémcsőbe vagy üvegbe.)

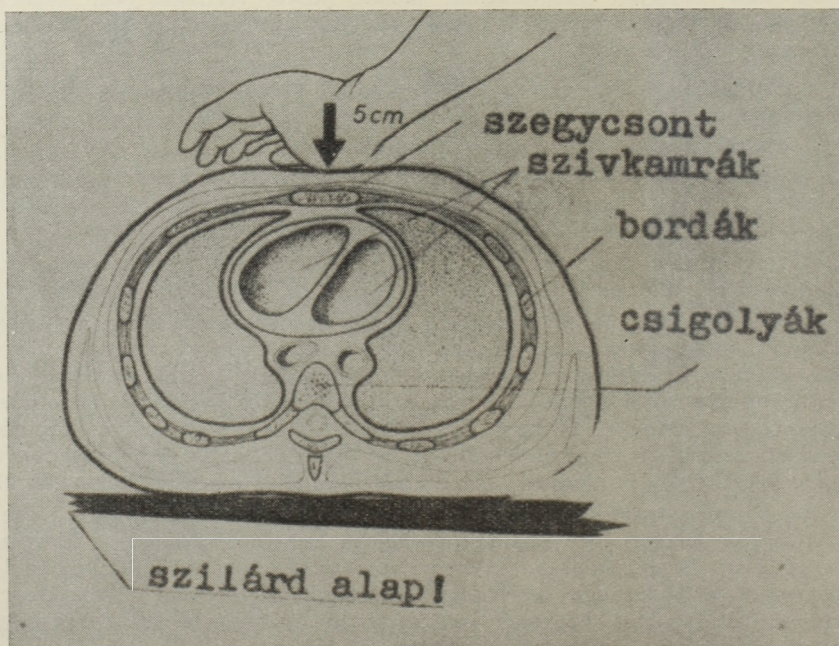
2. A *szívmegállást*, a legsúlyosabb keringési szövődményt azonnal fel kell ismernünk ahhoz, hogy a siker reményében foghassunk az újraélesztéshez.

Eszméletlen állapot, feltűnő sápadtság, a légzés hiánya, tág, fénymereg pupillák és a carotis-pulzus eltűnésének észlelése biztosítja a diagnózist.

Az újraélesztést azonnal meg kell kezdeni: a *lélegeztetés* folytatása mellett *szívmasszázst* végzünk a zárt mellkas ritmikus kompressziójával. A szív-masszázshoz a beteget szilárd alapra, célszerűen a földre fektetjük. A masszázst kinyújtott karjaink közvetítésével, felsőtestünk súlyával végezzük, percenként 60–80-szor, 3–5 cm-nyire lenyomva a szegycsont alsó harmadát. (13. sz. ábra).

Két *segélynyújtó* személy esetén az egyik lélegeztet szájjal vagy ballonnal, percenként 12–16-szor, a másik végzi a szívmasszázst, percenként 60–80-as szaporasággal. Célszerű úgy időzíteni, hogy minden ötödik mellkaskompresszió után következék egy befúvásos lélegeztetés. Az arány így 5:1.

Egy *segélynyújtó* nehezebb helyzetben van, de képes a resuscitatióra: 5 befúvás után kezdi a masszázst, ezután 15 mellkaskompresszió következik, ezután két befúvás, s ismét 15 kompresszió, és így tovább. Az arány valamilyen kedvezőtlenebb a szívmasszázst és légzés között: 15:2, de a resuscitatio így is lehetséges.



13. ábra: Zárt mellkason át végzett szívmasszázst

Néhány fontos szempont a resuscitatio végzésében:

- nincs értelme a szívmasszázsnek lélegeztetés nélkül;
- a mellkas hatásos komprimálását csak szilárd alapon lehet végezni;
- bordatörés 20 éven felüli korban elkerülhetetlen, gyakorlatilag a mellkaskompresszió eredményességét jelzi; nem baj, ha létrejön;
- a megkezdett szívmasszázszt semmilyen okból nem szabad 30 mp-nél hosszabb időre megszakítani;
- a megkezdett resuscitációs kísérletet folytatjuk, míg a szívműködés és a légzés nem jelentkezik, vagy a beteget át nem adjuk egy intézetben, a szállítás alatt is folytatva a resuscitációt, vagy egy óra alatt sem tudunk semmilyen eredményt elérni.

A resuscitációs kísérlet során sokféle szövődmény lehetséges, de a leg-súlyosabb szövődmény akkor éri a beteget, ha nem kíséreljük meg az újra-élesztést!

ÖSSZEFOGLALÁS

A honvéd egészségügyi szolgálat a mentőgépkocsik segélynyújtási lehetőségének kibővítésére, s a korszerű elvek alapján történő, hatásos elsősegélynyújtás anyagi feltételeinek biztosítására *reanimációs készletet* rendszerezített. A modern, hatásos elsősegélynyújtás lényege a vitális funkciók, a légzés és a keringés támogatása. Ez eredményesen valósítható meg minimális eszközös felszereléssel is, ha az összeválogatás célszerű. Az ismertetett reanimációs készlet lehetővé teszi súlyos állapotban levő sérültek és betegek korszerű elsősegélyben való részesítését a sérülés vagy akut betegség színhe-lyén és az intézetbe szállítás alatt. A felszerelést, annak célszerű használa-tát és a sürgős tennivalók sorrendjét tekinti át: a légutak szabaddátételét és szabadontartását, a légzés és keringés reanimációját.

М. Джачинто, майор м/сл—И. Лендсел, подполковник м/сл:

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ РЕАНИМАЦИОННОГО КОМПЛЕКТА САНИТАРНЫХ АВТОМАШИН

С целью расширения возможностей оказания помощи в санитарных автомашинах и обеспечения материальных условий оказания эффективной первой помощи на основе современных принципов, военно-медицинская служба приняла на вооружение реанимационный комплект. Сущность оказания первой помощи на основе современных принципов заключается в поддержке жизненно важных функций, т. е. дыхания и кровообращения. Выполнение этих задач возможно и минимальными, но целесообразно выбранными средствами. Описанный комплект позволяет оказать современную первую помощь больным и раненым тяжелого состояния, хоть на месте поражения или острого заболевания, хоть во время транспорта в лечебное учреждение. В работе написаны оборудование, рациональное применение его и последовательность срочных задач: освобождение дыхательных путей, сохранение их свободным, реанимация дыхания и кровообращения.

ZIELGEMÄSSE ANWENDUNG DER RESUSZITATIONS-GARNITUR
VON RETTUNGSWAGEN BEI DEN TRUPPEN

Im Medizinischen Dienst unserer Volksarmee wurden Reanimationsgarnituren für die Rettungswagen eingerichtet, damit die Möglichkeiten der Hilfeleistung erweitert sowie die materiellen Bedingungen einer wirksamen Ersten Hilfe, sich auf modernen Grundlagen ruhend, gesichert werden sollen. Als Grundlage einer modernen, wirksamen Ersten Hilfe gilt die Unterstützung der vitalen Funktionen, hauptsächlich der Atmung und des Kreislaufs. Das lässt sich sogar mit einer minimalen Ausrüstung an Geräten erreichen, falls der Auswahl zielgemäss war. Mittels einer Reanimationseinrichtung wird die zeitgemässe Leistung der Ersten Hilfe den Schwerverletzten und Kranken an Ort und Stelle der Verunglückung oder akuter Erkrankung, sowie während des Transportes in Heilanstalten ermöglicht. Verfasser schildern die Einrichtung, deren zielgemässen Verwendung sowie die Reihenfolge der dringlichsten Massnahmen: Freilegen und Freihalten der Luftwege, Reanimation der Atmung und des Kreislaufs, die unentbehrlich für eine erfolgreiche Erste Hilfe sind.