

Co je nového v GL 2015

MUDr. Ondřej Franěk, www.zachrannasluzba.cz

Aktualizace 29.10.2015

- GL 2015 nepřináší žádné zásadní změny do stávajících postupů neodkladné resuscitace (NR);
- Dochází ke zpřesnění některých formulací, nově je zařazena kapitola věnovaná obecné první pomoci;

BLS

- Je zdůrazněná úloha operátora tísňové linky v rozpoznání náhlé zástavy oběhu (NZO) a inicializaci zahájení NR; může být výhodné použít národní tísňové číslo, je-li k dispozici. Operátor by měl ihned po zjištění místa události ověřit stav vědomí a dýchání. Pokud postižený nereaguje a nedýchá, nebo nedýchá normálně, je považován za postiženého s náhlou zástavou oběhu.
- Je zdůrazněná potřeba pečlivého ověření stavu u pacientů, kteří upadli do bezvědomí a nedýchají normálně a/nebo mají křeče;
- Je limitována horní frekvence kompresí na 120/minutu.
- Důraz je kladen na kvalitu provádění resuscitace – komprese hrudníku frekvencí 100 – 120 za minutu, do hloubky 5, nejvýše 6 cm (resp. třetiny hloubky hrudníku) střídané s umělým dýcháním v poměru 30 : 2. Přerušování kompresí z důvodu provedení umělých vdechů je přípustné nejvýše na 10 sekund;
- Defibrilace AED by měla být provedena co nejdříve; operátor tísňové linky měl mít informace o rozmístění AED a měl by se na použití AED aktivně podílet všude tam, kde je to vhodné.

ALS

- Důraz je kladen na rychlou odezvu záchranného systému;
- Během resuscitace nesmí být komprese bezdůvodně přerušeny, při defibrilaci by přerušování nemělo být delší, než 5 sekund;
- Pro defibrilaci by měly být přednostně používány nalepovací elektrody;
- U intubovaných pacientů by mělo být trvale monitorované ETCO₂ se zobrazením kapnografické křivky;
- Dostatečná ventilace by měla být zajištěná tou metodou, ve které je záchránce nejlépe vycvičen;
- Doporučení týkající se defibrilační strategie a medikace se nemění;

- Trombolýza není doporučena v rámci standardní resuscitace, ale může být použita při důvodném podezření na plicní embolii jako příčinu NZO, zejména v přednemocniční péči.
- Rutinní používání mechanické srdeční masáže není doporučeno, ale může být vhodnou alternativou v situaci, kdy to vyžadují okolnosti (způsob a délka transportu, bezpečnost záchránců atd.); je vhodné uvážit preventivní přípravu přístroje pro mechanickou masáž při transportu pacienta s vysokým rizikem vzniku NZO dopravním prostředkem, který vylučuje nebo ztěžuje provádění konvenční NR (např. vrtulníkem).
- Sonografie může hrát významnou roli v rozpoznání příčiny NZO;
- Metodiky mimotělní podpory oběhu mohou být použity u vybraných pacientů (s NZO kardiálního původu z předpokládaně reverzibilní příčiny) jako záchranná terapie při selhání standardních ALS postupů, pokud existuje možnost přímého transportu na angiolinku do kardiocentra a provedení PCI během kontinuální KPR.

KPR za speciálních okolností

- Podobněji jsou zpracovaná doporučení pro NZO ve spojitosti se závažnou iontovou dysbalancí, zejména hyper- a hypokalemií;
- Doporučení nově obsahují zvláštní algoritmus pro resuscitaci NZO z traumatické příčiny, v přednemocniční fázi zdůrazňující bezpečnost záchránců, prioritní řešení reverzibilních příčin NZO, provedení pouze život bezprostředně zachraňujících výkonů a (v případě ROSC) okamžitý transport do odpovídající nemocnice.
- Doporučení nově obsahují zvláštní algoritmus pro záchranu a resuscitaci tonoucích, zdůrazňující bezpečnost zásahu a význam dýchání z plic do plic vč. zahájení NR 5 vdechy.
- Byly zpřísněny limity pro použití mimotělního oběhu u silně podchlazených pacientů - obětí zasypání lavinou, na tělesnou teplotu < 30 stupňů, dobu zasypání > 60 minut a hladinu draslíku ≤ 8 mmol/l;
- Náhlý a nečekaný kolaps mladého sportovce je nutné vždy považovat na NZO a je nutné se prioritně soustředit na rozpoznání NZO a případně okamžitě zahájit resuscitaci;
- U obézních osob je doporučeno častější střídání záchránců a časně provedení orotracheální intubace;
- Použití hyperbarické oxygenoterapie u pacientů intoxikovaných CO není paušálně doporučeno, mělo by být zvažováno případ od případu podle aktuálního stavu, dostupnosti léčby apod.

Poresuscitační péče

- Cílem poresuscitačního managementu teploty je zabránit překročení teploty 36°C ;
- Nově jsou diskutovány prognostické systémy, systémy rehabilitace a následného sledování pacientů po NZO;

Porod a resuscitace novorozenců

- U zdravého novorozence je doporučeno ponechat pupečník bez zaškrcení alespoň 1 minutu. V případě potřeby podpory životních funkcí nejsou dostatečná data pro rozhodnutí, kdy pupečník zaškrtnit.
- Klíčovým výkonem první pomoci u porodu je udržení dostatečné tělesné teploty (36,5 – 37,5 °C).
- Pro ventilační podporu novorozenců by měl být primárně použit vzduch. Pokud je to potřeba, měl by být podán kyslík s fiO_2 do 0,3 (30%), s vyšší koncentrací pouze pokud tato hodnota nepostačuje k řádné oxygenaci.
- Při respirační insuficienci novorozence by měla být pokud možno využita pouze tlaková podpora spontánní dechové aktivity (CPAP). Intubace a řízená ventilace by měla být vyhrazena pouze pro případy obstrukce dýchacích cest, případně pro stavy, kdy není dostatečnou oxygenaci možné zajistit méně invazivním způsobem.

Akutní koronární syndrom

- Je doporučeno použití 12-svodových EKG, a to i u nelékařů v rámci kontrolovaného systému;
- Je doporučeno avizování katetrizační laboratoře před příjezdem do cílové nemocnice;
- Nefrakcionovaný heparin (UFH) a ADP (clopidogrel, ticagrelor, prasugrel) by měl být podán přednemocničně nebo na oddělení urgentního příjmu u pacientů se STEMI, směřovaných na PCI; alternativou k podání UFH může být podání enoxaparinu.
- Rutinní podávání kyslíku pacientům bez známek dušnosti, hypoxie nebo srdečního selhání není doporučeno.
- Doporučení pro směrování pacientů se STEMI na PCI vs. k provedení trombolýzy v PNP se nemění.

Zdroje:

- *ERC Guidelines 2015 – Summary of the changes since the 2010 Guidelines. European Resuscitation Council 2015, online na www.erc.edu*
- *2015 AHA Guidelines update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care, Part 1 – Executive Summary. Circulation. 2015;132;S315-S367*