

Zasady podtrzymywania życia w ciąży

Ponieważ w czasie ciąży resuscytację krążeniowo-oddechową wykonuje się dość rzadko, jest stosunkowo niewiele doniesień na temat postępowania w takiej sytuacji. Położna powinna jednak dysponować dużym zasobem informacji na temat resuscytacji, zwłaszcza jeśli zajdzie potrzeba jej przeprowadzenia. Każdy podręcznik, który zawiera takie informacje, wcześniej powinien być zatwierdzony przez *Amerykańskie Stowarzyszenie Serca (American Heart Association)* [9] oraz *Brytyjską Radę Resuscytacyjną (Resuscitation Council UK)* [10]. Wszystkie położne powinny być przeszkolone w zakresie udzielania pierwszej pomocy w czasie resuscytacji krążeniowo-oddechowej (CPR – cardiopulmonary resuscitation) przez oddziały intensywnej opieki medycznej. Wszechstronne podejście do tego rodzaju opieki jest najważniejszym elementem wydajnej organizacji pracy w tym zakresie. Wszystkie oddziały położnicze powinny być wyposażone w pełny sprzęt do CPR. Sprzęt ten powinien być regularnie sprawdzany, na wypadek gdyby zaistniała potrzeba użycia go (patrz tab. 2.3 i 2.4).

Na każdym szkoleniu dotyczącym ratowania życia należy podkreślać znaczenie znajomości tego tematu. W zestawy do resuscytacji są również wyposażone karetki pogotowia i każdy zespół pomocy pozamedycznej, gdy wzywany jest do ciężarnej kobiety przebywającej poza szpitalem lub jeśli nastąpiła ewakuacja pacjentów ze szpitala wskutek alarmu, a także gdy tworzony jest specjalny zespół z oddelegowanych na ten cel położnych pracujących na innych oddziałach. To wszystko jest niezmiernie ważne, zwłaszcza gdy ciężarna kobieta przebywa daleko od szpitala, a rozpoczęcie resuscytacji jest dla niej jedynym działaniem ratującym życie. Jeżeli takiego sprzętu brakuje, trzeba bezzwłocznie go nabyć, ponieważ natychmiastowa defibrylacja daje najskuteczniejsze wyniki [11].

Po rozpoznaniu pierwszych objawów wystąpienia zaburzeń krążeniowo-oddechowych u kobiety ciężarnej należy szybko ułożyć ją na lewym boku, na twardym podłożu, a wzdłuż ciała ułożyć poduszkę bądź inny miękki przedmiot, aby zachować położenie ciała na lewym boku. Ta pozycja wspomaga krążenie żyłne i zabezpiecza przed niedociśnieniem pozycyjnym. Jeżeli nie ma poduszki lub innego sprzętu, który może posłużyć jako klin, osoba udzielająca pomocy może swoim kolanem ustabilizować ww. pozycję.

¹ Zgodnie z Wytycznymi 2005 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej należy ułożyć kobietę ciężarną na lewym boku pod kątem 15° lub delikatnie rękoma przesunąć macicę na lewą stronę (przyp. red. n.).

Tabela 2.3. Sprzęt resuscytacyjny, jaki powinien być dostępny we wszystkich szpitalach

Sprzęt, który ma być zawsze gotowy do użycia, powinien być umieszczony na górnej części wózka

- Przenośny tlen z odpowiednią (dopasowaną do pacjentki) maską
- Maski twarzowe (Leardal mask)
- Worek samorozprężalny
- Elektrokardiograf (EKG)
- Ssaki
- Defibrylator

Inny sprzęt (np. umieszczony w szufladzie)

- Rurki dotchawicze w różnych rozmiarach (ET – Endotracheal tubes)
- Żel
- Rurki intubacyjne
- Prowadnica do ET
- Nożyczki
- Zestaw do wlewów żylnych
- Wenflony – różne rodzaje
- Strzykawki

Płyny dożyłne

- Glukoza 5%
- 0,9% NaCl
- Małe ampułki NaCl

Leki (podpisane, z datą ważności na opakowaniach)

- Atropina
 - Adrenalina
 - 10% chlorek wapnia
 - Glukoza 5%
-

cd. tabeli 2.3

- Lidokaina 2%
 - Narcan®
 - Wodorowęglan sodu 8,4%
 - Verapamil
-

Zgodnie z Rozporządzeniem MZ z dnia 16 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych ratujących życie (DzU z dnia 30 grudnia 2002 r.) w skład zestawu przeciwwstrząsowego ratującego życie wchodzi następujące produkty lecznicze, które mogą być podane samodzielnie przez pielęgniarkę, położną:

1. Atazolini hydrochloridum 50 mg/ml – 5 amp. à 2 ml
 2. Aqua pro inj. - 5 amp. à 5 ml
 3. Atropini sulfas 1 mg - 10 amp. à 1 ml
 4. Calcii chloridum lub Calcii glubionas - roztwory 10% – 10 amp. à 10 ml
 5. Hydrocortisonum 250 mg – 5 fioł. à 250 mg + 5 amp. rozp. à 2 ml
 6. Epinephrinum à 1 mg – 10 amp. à 1 ml
 7. Glucosum 20% 2 – 10 amp. à 10 ml
 8. Natrii chloridum 0,9% – 10 amp. à 10 ml
- oraz płyny infuzyjne:
1. Calcii chloridum + Kalii chloridum + Natrii chloridum (Płyn Ringera) – 1 op. à 250 ml
 2. Glucosum 5% – 1 op. à 500 ml
 3. Glucosum 10% – 1 op. à 500 ml
 4. Natrii chloridum 0,9% – 2 op. à 500 ml (przyp. red. n.)

Tabela 2.4. Zestaw do porodów poza szpitalem

- Przenośny tlen
 - Maski jednorazowe
 - Worek samorozprężalny
 - Przenośny ssak
 - Wenflony, strzykawki
 - Płyny dożylnie
-

ABC resuscytacji:

- A (airway) – drogi oddechowe².
- B (breathing) – oddychanie³.
- C (circulation) – krążenie⁴.

² Udrożnienie dróg oddechowych (przyp. red. n.).

³ Sztuczna wentylacja (przyp. red. n.).

⁴ Masaż zewnętrzny serca (przyp. red. n.).

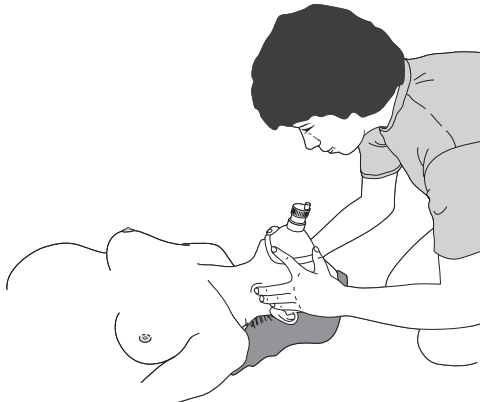


Ryc. 2.3. Ułożenie głowy przy wentylacji metodą usta–usta.

Drogi oddechowe mogą być udrożnione przez:

- odchylenie głowy przez ucisk w okolicy czoła jedną ręką i przyciągnięcie do góry podbródka koniuszkiem palca drugiej ręki,
- następnie zaciśnięcie nosa przez kciuk i palec wskazujący ręki, która wcześniej umieszczona była na czole, aby zatkać ujście powietrza, gdy rozpocznie się sztuczny oddech (patrz ryc. 2.3),
- wykonanie ręcznego wypchnięcia żuchwy, a jeżeli drogi oddechowe są nadal zablokowane, należy palcami pod odpowiednim kątem ustawić żuchwę w kierunku ku górze i ku przodowi.

Odpowiednie natlenowanie powinno być rozpoczęte już w ciągu pierwszych chwil za pomocą metody usta–usta, przy użyciu jednorazowych masek, przez wykonanie dwóch dużych, prawidłowych wdechów do płuc. Podjęte działanie musi być kontynuowane do momentu przyjazdu karetki pogotowia. Kiedy zo-

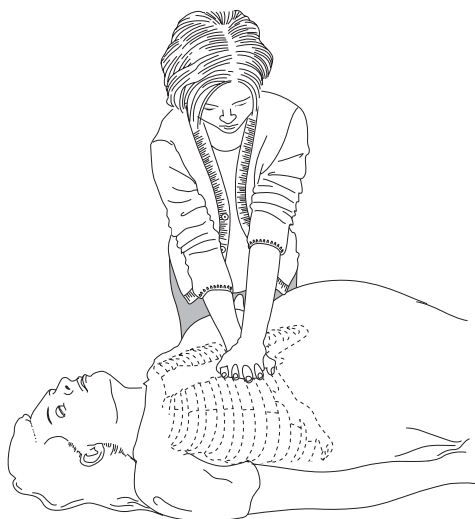


Ryc. 2.4. Ułożenie głowy przy wentylacji metodą usta–maska.

staną udrożnione drogi oddechowe i ciężarna odzyska przytomność, należy ją cały czas uważnie obserwować i upewnić się, czy maska, przez którą podawany jest tlen, prawidłowo przylega (ryc. 2.4). Jeżeli ciężarna nie doznała w tym czasie żadnych urazów, powinno się unieruchomić okolicę szyi do momentu wykonania zdjęcia rtg i potwierdzenia przez lekarza braku urazów.

Akcję resuscytacyjną należy kontynuować po przybyciu fachowej pomocy, zwłaszcza kiedy drogi oddechowe są udrożnione przez założoną intubację dotchawiczą. Może okazać się to bardzo trudne do wykonania, właśnie wtedy bowiem najszybciej dochodzi do obrzęku tkanek szyi lub uszkodzenia aparatu głosniowego krteni. Aby zapobiec takim problemom, przede wszystkim należy właściwie umieścić rurkę intubacyjną. Przed dokonaniem intubacji najpierw trzeba wyczuć palcem, a następnie przycisnąć chrząstkę pierścieniową krteni na szyi poszkodowanej, co zapobiegnie cofnięciu się zawartości z żołądka i zatkaniu dróg oddechowych.

Cała akcja reanimacyjna powinna być wykonywana u ciężarnej na lewym boku, ponieważ w tej pozycji serce lepiej pracuje. Jeżeli jest taka możliwość, akcja powinna być prowadzona przez dwie osoby, z utrzymaniem ww. pozycji. Pozycja ta w dużej mierze zmniejsza ryzyko uszkodzenia żeber pod warunkiem, że mostek zostanie prawidłowo zlokalizowany (należy ucisnąć okolicę mostka palcami jednej ręki). Gdy okolica ta zostanie już zlokalizowana, drugą rękę układa się na pierwszej i rozpoczyna tzw. pośredni masaż serca, czyli masaż wykonywany przez klatkę piersiową w ten sposób, że uciska się 1/3 część dolną mostka. Całą czynność wykonuje się z twarzą zwróconą do leżącej kobiety, uciskając mostek 15 razy na głębokość 4–5 cm (ryc. 2.5) z częstotliwością ok. 100 uciśnień/min. Akcja resuscytacyjna prowadzona przez dwie osoby (obejmująca stosunek liczbowy uciśnień do oddechów 15:2) powinna być utrzymywana do momentu przejścia pacjentki przez inny zespół reanimacyjny [12].



Ryc. 2.5. Ułożenie rąk w czasie uciśnień klatki piersiowej.

Jeżeli reanimację przeprowadza jedna osoba, czasami konieczne jest rozpoczęcie resuscytacji od jednego głębokiego oddechu w stosunku do pięciu uciśnień. Istotne jest poinformowanie o przebiegu reanimacji przybyłego lekarza, szczególnie gdy konieczna jest dalsza resuscytacja lub defibrylacja. Wiadomo, że skuteczniejsza jest akcja reanimacyjna przeprowadzona przez kilka osób [12]. Podstawowe informacje o działaniach ratujących życie – patrz tabela 2.5.

Tabela 2.5. Podstawowe zasady prowadzenia akcji resuscytacyjnej u osoby dorosłej

- Sprawdź świadomość ciężarnej (potrząśnij i krzyknij)
- Udroźnij drogi oddechowe (odchyl głowę, podciągnij podbródek)
- Sprawdź oddech (popatrz i posłuchaj)
- Wykonaj dwa efektywne oddechy (obserwuj ruchy klatki piersiowej)
- Sprawdź krążenie
- Gdy nie ma krążenia: zrób 100 uciśnień na minutę
- Resuscytacja prowadzona przez dwie osoby: 15 uciśnień i 2 oddechy
- Resuscytacja prowadzona przez jedną osobę: 10 uciśnień i 2 oddechy¹

Zaakceptowane przez Advanced Life Support Manual [12]

¹ Zgodnie z Wytocznymi 2005 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej, gdy resuscytacja krążeniowo-oddechowa prowadzona jest w warunkach pozaszpitalnych przez jedną osobę, stosunek uciśnień klatki piersiowej do oddechów ratowniczych wynosi 30:2 i pomija się dwa początkowe oddechy ratownicze (przyp. red. n.)

Podczas prób ratowania życia pojawiają się pewne objawy, które były szczegółowo omówione na konferencji w 2000 r. [13]. Jednym z nich jest spontaniczny oddech. Doprowadzenie matki do optymalnego stanu jest najważniejszą sprawą, zależną często od sposobu działania zespołu opieki położniczej. Dlatego stan zdrowia matki stawiany jest ponad stan płodu [8].