

Výběr z doporučených postupů pro neodkladnou resuscitaci dětí

Úvod

Neodkladná resuscitace dětí (PLS, pediatric life support) je pro laiky i profesionály vždy náročnou a silně emotivní činností. Některá specifika dětského věku ji v mnohých detailech odlišují od resuscitace dospělých. Evropská resuscitační rada (ERC) zveřejnila v říjnu 2010 aktualizované Doporučené postupy pro neodkladnou resuscitaci, tzv. Guidelines 2010. Z publikovaného dokumentu vybíráme nejdůležitější změny.

Novinky v resuscitaci dětí

V doporučeních 2010 je největší důraz kladen na kvalitní, tzn. dostatečně hlubokou, rychlou a nepřerušovanou srdeční masáž a její včasné zahájení. U dětí a mladistvých je však v 85–90% srdeční zástava důsledkem jiné prvotní příčiny, obvykle respirační. Umělé dýchání je proto u dětí nezbytnou součástí KPR.

Rozpoznání náhlé zástavy oběhu není u dětí snadné. O nutnosti zahájit KPR musí být rozhodnuto do 10 sekund. Pokud dítě nejeví přesvědčivé známky života, je třeba neodkladně zahájit KPR. Při jakýchkoliv pochybnostech o kvalitě dýchání postupujeme, jako kdyby dítě nedýchalo vůbec. Zavádějící může být pomalé lapavé dýchání (gasping), krátce po vzniku srdeční zástavy.

Z důvodu časté asfyxie předcházející srdeční zástavě je resuscitace u dětí zahajována úvodními pěti umělými vdechy a pokračuje stlačováním hrudníku - nepřímou srdeční masáží. Pokud není na místě více osob, odborná pomoc je přivolána teprve po minutě resuscitačního úsilí.

V některých detailech se změnil poměr kompresí hrudníku vůči počtu umělých vdechů v závislosti na počtu záchránců a jejich erudici. Laici, kteří jsou obvykle vyškoleni v technikách provádění neodkladné resuscitace při jednom záchránci, by se měli učit používat poměr 30:2. Tento poměr je používán při základní neodkladné resuscitaci u dospělých a umožňuje, aby kdokoliv z laiků vycvičených v resuscitaci dospělých dokázal zahájit rovněž resuscitaci dítěte s minimální potřebou dalších znalostí. Laici-nezdravotníci, kteří mohou základní neodkladnou resuscitaci u dětí vykonávat z důvodu zodpovědnosti za děti v rámci svoji profese (např. učitelé, vychovatelé, plavčíci), by měli znát, že je vhodnější KPR zahájit pěti úvodními vdechy.

Technika umělého dýchání se nezměnila. Přestože dýchání zůstává velmi důležitou součástí KPR, záchránci, kteří nemohou nebo nechťejí u dítěte provádět umělé dýchání, by měli provádět alespoň nepřímou srdeční masáž s uvolněnými dýchacími cestami.

Důraz je kladen na provádění kvalitní srdeční masáže s odpovídající hloubkou kompresí hrudníku a jejich minimálním přerušováním. Hloubka stlačování by měla ve všech věkových skupinách dosahovat alespoň jedné třetiny předozadního průměru hrudníku (tzn. přibližně 4 cm u kojenců a 5 cm u větších dětí). Zdůrazňována je nutnost úplného povolení tlaku na hrudník po každém stlačení, aby došlo k jeho navrácení do výchozí polohy. Frekvence stlačování hrudníku při srdeční masáži u dětí by měla být alespoň 100, ale maximálně 120 za minutu. Při resuscitaci prováděné jedním záchráncem je používána technika kompresí hrudníku dvěma prsty, zatímco při resuscitaci zajišťované dvěma a více záchránci je používána technika stlačování dvěma palci s obemknutím hrudníku. U starších dětí může být používána technika stlačování hrudníku jednou nebo dvěma rukama (podle preferencí záchránce).

Více pozornosti je věnováno problematice automatizovaných externích defibrilátorů (AED). Některé AED umožňují připojení dětských samolepících defibrilačních elektrod či zasunutí tzv. dětského klíče. Pokud není dětská modifikace AED dostupná, lze použít přístroj a vybavení pro dospělé.

Závěr

Z resuscitace dětí mají všichni respekt a nová doporučení se jim snaží v rozhodování při poskytování péče pomoci. Většina změn vede ke zjednodušení postupů, aby neváhali zahájit resuscitaci včas. Záchránci, kteří umějí provádět základní neodkladnou resuscitaci u dospělých a nemají žádné další znalosti z oblasti dětské resuscitace, mohou použít postupy pro dospělé.

Dle materiálů ČRR připravil MUDr. Jan KAUFMAN, PaedDr. Tomáš MILER