

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΙΖΟΝΕΣ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ: ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΜΟΤΟΣΥΚΛΕΤΩΝ ΤΟΥ Ε.Κ.Α.Β.

Α.Γκάτσης, Ν.Γκανταΐφης, Ε.Κουτρούμπα, Δ.Κουφουδάκης, Γ.Κουκουλίτσιος, Α.Ζυγούρα

Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), Κεντρική Ιατρική Υπηρεσία, Αθήνα.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση της εμπειρίας μας στην αντιμετώπιση συμβάντων σε αθλητές με τη χρήση ενός νέου μέσου στην προνοσοκομειακή ιατρική (μοτοσυκλές) κατά την διάρκεια μείζονων αθλητικών διοργανώσεων.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Χρησιμοποιήθηκαν δύο μοτοσυκλές στα παρακάτω αθλητικά γεγονότα: Ποδηλατικός γύρος Αθήνας (test-event), Ποδηλασία (ατομική χρονομέτρηση), Ιππικοί αγώνες (test-event), Τρίαθλο, Μαραθώνιος. Η στελέχωση των μηχανών έγινε με οδηγό-διασώστη και ιατρό του Ε.Κ.Α.Β. Ο ιατροφαρμακευτικός εξοπλισμός της ήταν καρδιογράφος-απινιδωτής, σερ φαρμάκων-διασωλήνωσης-ambu, συστήματα χορήγησης υγρών, αυχενικά περιλαίμια, αερονάρθηκες και άλλα. Η διαβίβαση της κλήσης γινόταν μέσω δορυφορικού συστήματος επικοινωνίας "TETRA" ώστε να ενημερώνεται ο υπεύθυνος ιατρός εγκατάστασης και ακολούθως όλοι οι ιατροί της διοργάνωσης χωρίς την παρεμβολή του ασυρματιστικού κέντρου του Ε.Κ.Α.Β.. Κατόπιν, με εντολή του υπεύθυνου ιατρού εγκατάστασης της αθλητικής διοργάνωσης έσπευδε στη σκηνή η πλησιέστερη μηχανή, γινόταν εκτίμηση του περιστατικού από τον ιατρό, δίνονταν οι πρώτες βοήθειες και διακομιζόταν ή όχι με ασθενοφόρο στο νοσοκομείο κάλυψης του αγώνα. Καταγράψαμε την ώρα διαβίβασης της κλήσης, τον χρόνο άφιξης της μηχανής, τα είδη των περιστατικών και τις ιατρικές ενέργειες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο μέσος χρόνος άφιξης της μηχανής ήταν 4 λεπτά. Το σύνολο των περιστατικών ήταν 54.

- Ποδηλατικός γύρος Αθήνας (test-event): 17
- Ποδηλασία (ατομική χρονομέτρηση): 2
- Ιππικοί αγώνες(test-event): 5
- Τρίαθλο: 8
- Μαραθώνιος: 22

Τα είδη των περιστατικών ήταν κυρίως παθολογικά(-25- κυρίως λιποθυμίες από εξάντληση), ορθοπαιδικά(-21- κυρίως πτώσεις), νευροχειρουργικά(-4-κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις). Διεκομίσθησαν με ασθενοφόρο στο νοσοκομείο 30 περιστατικά από τα οποία 18 με συνοδεία ιατρού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από την μελέτη των στοιχείων μας προκύπτει ότι η μοτοσυκλέτα έχει την ταχύτερη δυνατή μετάβαση στον τόπο του συμβάντος με αποτέλεσμα την παροχή άμεσων ιατρικών υπηρεσιών. Συνεπώς δύναται να αποτελέσει ακρογωνιαίο λίθο της αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών κατά την κάλυψη μείζονων αθλητικών διοργανώσεων όπως οι Ολυμπιακοί Αγώνες του 2004.

ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΜΟΤΟΣΥΚΛΕΤΩΝ ΤΟΥ Ε.Κ.Α.Β. ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Ν.Γκανταΐφης, Λ.Γκάτσης, Α.Αναστασοπούλου, Δ.Κουφουδάκης, Γ.Κουκουλίτσιος, Α.Ζυγούρα

Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), Κεντρική Ιατρική Υπηρεσία, Αθήνα.

ΣΚΟΠΟΣ: Αξιολόγηση ποιότητας παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών ενός νέου μέσου (μοτοσυκλέτες) στα πλαίσια της επείγουσας προνοσοκομειακής ιατρικής.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Χρησιμοποιήθηκαν δύο μοτοσυκλέτες με περιοχή κάλυψης το κέντρο της Αθήνας και το κέντρο του Πειραιά. Η επάνδρωση της μοτοσυκλέτας έγινε με οδηγό-διασώστη και ιατρό του Ε.Κ.Α.Β. Ο ιατροφαρμακευτικός εξοπλισμός της ήταν καρδιογράφος-απινιδωτής, σετ φαρμάκων-διασωλήνωσης-ambu, συστήματα χορήγησης υγρών, αυχενικά περιλαίμια, αερονάρθηκες και άλλα. Η κλήση διαβιβαζόταν ταυτόχρονα στη μοτοσυκλέτα και στο ασθενοφόρο. Στον τόπο του συμβάντος γινόταν η εκτίμηση του περιστατικού από τον ιατρό, δίνονταν οι πρώτες βοήθειες με ταυτόχρονη υποστήριξη-σταθεροποίηση του ασθενούς και ακολούθως ο ασθενής διακομιζόταν με το ασθενοφόρο (αν χρειαζόταν) με ή χωρίς τη συνοδεία ιατρού στο εφημερεύον νοσοκομείο. Καταγράψαμε την ώρα διαβίβασης της κλήσης, τον χρόνο άφιξης της μοτοσυκλέτας και του ασθενοφόρου, τα είδη των περιστατικών και τις ιατρικές ενέργειες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο μέσος χρόνος άφιξης της μοτοσυκλέτας ήταν 6 λεπτά ενώ του ασθενοφόρου-σταθμού 14 λεπτά. Το σύνολο των περιστατικών ήταν 1164 κατά την περίοδο από τον Ιανουάριο 2003 έως τον Δεκέμβριο 2003.

- Η κατανομή τους είχε ως εξής:
- Τροχαία ατυχήματα 43%
- Καρδιολογικά 28%
- Χρήστες ουσιών 16%
- Παθολογικά 11%
- Εργατικά ατυχήματα 2%.

Έγινε εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής(ALS) σε 16 περιστατικά, διασωληνώθηκαν 37, επείγουσα παρακέντηση θώρακος σε 5, ενώ χρειάστηκε η συνοδεία του ιατρού σε 202 περιστατικά.

Αντιμετώπιση στο σημείο και άρνηση μεταφοράς 258. Έγινε μεταφορά με ασθενοφόρο σε 704 περιστατικά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τη μελέτη των στοιχείων μας προκύπτει ότι η μοτοσυκλέτα σε μεγάλα αστικά μητροπολιτικά κέντρα είχε ταχύτερη μετάβαση σε σχέση με το ασθενοφόρο ενώ σε συνδιασμό τα δύο αυτά μέσα έχουν αποτέλεσμα την παροχή άμεσων προνοσοκομειακών ιατρικών υπηρεσιών με υποστήριξη-σταθεροποίηση του ασθενούς και ταχεία διακομιδή σε νοσοκομείο σε περιοχές με δύσκολη πρόσβαση εξαιτίας αυξημένης κυκλοφοριακής συμφόρησης.

Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΤΗΣ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΕΠΑΝΑΠΟΛΩΣΗΣ [QTd] ΣΕ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Ν.Δ.Γκανταΐφης, Α.Θ.Αναστασοπούλου, Λ.Γκάτσης, Μ.Ε.Χ.Αγριαντώνη, Κ.Δ.Σαλτερή, Α.Δ.Ζυγούρα

Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), Κεντρική Ιατρική Υπηρεσία, Αθήνα.

Σκοπός: Η διασπορά του διαστήματος της κοιλιακής επαναπόλωσης QT (QTd), είναι γνωστός ΗΚΓφικός δείκτης, που αντανακλά την ανομοιογένεια της κοιλιακής επαναπόλωσης, και δυναμικά τη λειτουργική κατάσταση του Αυτονόμου Νευρικού Συστήματος. Σκοπός της παρούσας μελέτης, ήταν, η διερεύνηση των μεταβολών του QTd και της πιθανής κλινικής σημασίας αυτών, σε πολυτραυματίες ασθενείς.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν 31 πολυτραυματίες ασθενείς (14άνδρες, 17γυναίκες), μέσης ηλικίας 31 ± 12.5 ετών, με ιστορικό συνδυασμού κακώσεων θώρακα, κοιλίας, άκρων και κλίμακα Γλασκώβης >12 (OM1), και 23 πολυτραυματίες ασθενείς (16άνδρες, 7γυναίκες), μέσης ηλικίας 31 ± 11.2 ετών, με ιστορικό συνδυασμού κακώσεων θώρακα, κοιλίας, άκρων και κλίμακα Γλασκώβης <8 (OM2). Εξαιρέθηκαν οι ασθενείς με εμφανή κρανιοεγκεφαλική κάκωση, κοιλιακή μαρμαρυγή, σκελικό αποκλεισμό(BBB) ή άλλες διαταραχές της κολποκοιλιακής αγωγής, γνωστή αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία νόσο, σακχαρώδη διαβήτη, αριστερή καρδιακή υπερτροφία, και οι ευρισκόμενοι υπό θεραπεία με φάρμακα που επηρεάζουν το ισοζύγιο ηλεκτρολυτών ή το QT διάστημα. Κατά την αρχική εκτίμηση και προ της χορήγησης οιασδήποτε αγωγής, όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε ΗΚΓ επιφανείας 12 απαγωγών (ταχύτης καταγραφής 50mm/sec), όπου προσδιορίστηκαν από δύο ανεξάρτητους παρατηρητές τα διαστήματα QT, QTc(διορθωμένο QT με βάση τον τύπο του Bazet) και τέλος το QTd (QTcmax-QTcmin). Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με 29 ασθενείς (11άνδρες, 18γυναίκες), μέσης ηλικίας 31 ± 9.5 ετών (control group). Η στατιστική ανάλυση έγινε με t-test και χ^2 .

Αποτελέσματα: Περιγράφονται στον κατωτέρω πίνακα:

QTd	OM1	OM2	Control group
Άνδρες	83.427 ± 19.62	116.37 ± 14.7	28.88 ± 9.41 $p < 0.01, r = 0.6$
Γυναίκες	91.125 ± 25.3	127.78 ± 11.3	38.81 ± 15.36 $p < 0.01, r = 0.7$

Συμπεράσματα: Στους πολυτραυματίες ασθενείς, παρατηρούνται μεταβολές του QTd, οι οποίες είναι ανεξάρτητες της παρουσίας ή μη έκπτωσης του επιπέδου συνείδησης. Οι ανωτέρω μεταβολές, φαίνεται να σχετίζονται με πρώιμη διαταραχή της λειτουργίας του Αυτονόμου Νευρικού Συστήματος, γεγονός κριτικής σημασίας για την απώτερη πορεία και πρόγνωση των ασθενών αυτών. Στο χώρο της επείγουσας προνοσοκομειακής ιατρικής, το QTd δύναται να αποτελέσει ένα αξιόπιστο αναίμακτο δείκτη, για την πρώτη ταχεία εκτίμηση, παρακολούθηση και περαιτέρω προγραμματισμό των υπό αντιμετώπιση ασθενών.

Βιβλιογραφία:

- 1.Kosmala W, Przewlocka-Kosmala M, Halawa B. QT dispersion and myocardial viability in patients after acute myocardial infarction. Int J Cardiol. 2004 Apr 94 (2-3):249-54
- 2.Sato K, Kato M, Yoshimoto T. QT intervals and QT dispersion in patients with subarachnoid hemorrhage J Anesth. 2001 15(2):74-7

Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΕΝΔΟΤΡΑΧΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ: ΠΡΩΪΜΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ

Ν.Δ.Γκανταΐφης, Α.Θ.Αναστασοπούλου, Μ.Ε.Χ.Αγριαντώνη, Α.Σ.Κακαβούλη*, Κ.Δ.Σαλτερή, Α.Δ.Ζυγούρα

Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), Κεντρική Ιατρική Υπηρεσία, Αθήνα, *Αναισθησιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο ΚΑΤ, Κηφισιά

Σκοπός: Η ενδοτραχειακή διασωλήνωση, θεωρείται η ιδανική μέθοδος διασφάλισης της βατότητας και του ελέγχου του αεραγωγού, σε πληθώρα περιπτώσεων στο χώρο της επείγουσας ιατρικής. Σκοπός της παρούσης μελέτης, είναι η διερεύνηση της συχνότητας εμφάνισης και της βαρύτητας πρώιμων καρδιαγγειακών συμβαμάτων κατά τη διάρκεια επείγουσας ενδοτραχειακής διασωλήνωσης. Επιπλέον, η εκτίμηση της ασφάλειάς της, όσον αφορά την εφαρμογή της στο χώρο της επείγουσας προνοσοκομειακής ιατρικής.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν 83 ασθενείς, (46 άνδρες, 37 γυναίκες), μέσης ηλικίας 42 ± 23.7 ετών, στους οποίους διενεργήθηκε επείγουσα ενδοτραχειακή διασωλήνωση λόγω τραύματος, πνιγμού, ή παθολογικών αιτιών. Από τη μελέτη αποκλείστηκαν ασθενείς πάσχοντες από νόσο του καρδιαγγειακού ή άλλο συστηματικό χρόνιο νόσημα. Θεωρήθηκε αποδεκτός ο μέγιστος αριθμός των δύο προσπαθειών ανά ασθενή. Η στατιστική ανάλυση έγινε με t-test.

Αποτελέσματα:

1.Καρδιαγγειακά συμβάματα κατά τη διάρκεια επείγουσας ενδοτραχειακής διασωλήνωσης, διαπιστώθηκαν σε 29/73 ασθενείς (39.7%), εκ των οποίων 16άνδρες (55.1%) και 13 γυναίκες (44.8%) $p=NS$.

2.Η μέση ηλικία των ασθενών με καρδιαγγειακά συμβάματα ήταν 37 ± 17.6 ετών ($p=NS$).

3.Τα συμβάματα περιελάμβαναν την εμφάνιση υπότασης (9/29-31%), φλεβοκομβικής βραδυκαρδίας (13/29-44.8%), φλεβοκομβικής ταχυκαρδίας (2/29-6.8%), κολπικής μαρμαρυγής (4/29-13.7%), άλλης υπερκοιλιακής ταχυαρρυθμίας (1/29-3.44%). Δεν παρατηρήθηκε καρδιοαναπνευστική ανακοπή ή θάνατος, σχετιζόμενος άμεσα με τη διαδικασία διασωλήνωσης.

4.Όσον αφορά τα υποκείμενα αίτια, συμβάματα παρατηρήθηκαν σε 12 ασθενείς με τραύμα (41.3%), 9 ασθενείς με ιστορικό πνιγμού (31%) και 8 ασθενείς με παθολογικά αίτια (27.6%) $p<0.01$.

Συμπεράσματα:

1.Η εμφάνιση καρδιαγγειακών συμβαμάτων κατά τη διάρκεια επείγουσας ενδοτραχειακής διασωλήνωσης, φαίνεται να σχετίζεται με το υποκείμενο αίτιο διασωλήνωσης και όχι με την ηλικία ή το φύλο των ασθενών.

2.Τα παρατηρούμενα συμβάματα είναι αντιμετωπίσιμα και δεν θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς.

3.Όταν εκτελείται από έμπειρο προς τούτο ιατρικό προσωπικό, η επείγουσα ενδοτραχειακή διασωλήνωση αποτελεί μια ασφαλή και χρήσιμη μέθοδο εκλογής για τη διασφάλιση της βατότητας και του ελέγχου του αεραγωγού, γεγονός αναγκαίο σε πληθώρα περιπτώσεων ιδία στο χώρο της επείγουσας προνοσοκομειακής ιατρικής.

Βιβλιογραφία:

1.Butler JM, Clancy M, Robinson N, Driscoll P An observational survey of emergency department rapid sequense intubation. Emerg Med J 2001 Sep 18(5):343-8

2.Dronen S Rapid-sequense Intubation: A safe but Ill-defined Procedure. Acad. Emerg. Med 1999 Jan 6(1): 1-2

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ

Παπαναστασίου Σοφία, Κιαμήλογλου Μ., Μπόργκι Λ., Εξιάρια Τρ., Καρακύριου Μ., Ιορδανίδου Στ., Χαρίτος Σ

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Νοσοκομείου Κομοτηνής

ΣΚΟΠΟΣ: της μελέτης είναι η αναζήτηση των παραγόντων που καθόρισαν την πιθανότητα επιβίωσης των ασθενών που είχαν υποστεί καρδιακή εξω-νοσοκομειακή καρδιακή ανακοπή και αντιμετωπίστηκαν από το ΤΕΠ του Νοσοκομείου Κομοτηνής.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: μελετήθηκαν τα περιστατικά με καρδιακή ανακοπή κατά το έτος 2003-2004 που μεταφέρθηκαν στο Τ.Ε.Π. Έγινε ταξινόμηση σύμφωνα με την έκβαση σε τρεις κατηγορίες, 1) σε περιστατικά με αποτυχημένη προσπάθεια ανάταξης, 2) σε περιστατικά με αποκατάσταση της κυκλοφορίας και 3) σε περιστατικά με αποκατάσταση της κυκλοφορίας που έλαβαν εξιτήριο από το νοσοκομείο.

Μελετήθηκαν ακόμη: αν δόθηκε ή όχι ΚΑΡΠΑ από το πλήρωμα ή από παρευρισκόμενους, ο χρόνος που μεσολάβησε μέχρι την άφιξη του περιστατικού στο νοσοκομείο, και ο αρχικός καταγεγραμμένος ρυθμός του θύματος κατά την άφιξή του στο νοσοκομείο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: μελετήθηκαν 15 περιστατικά από τα οποία 11 επιβίωσαν και από αυτά τα 7 πήραν εξιτήριο. Σε 4 περιστατικά που η προσπάθεια ανάταξης ήταν ανεπιτυχής ο χρόνος προσέλευσης των ασθενών στο νοσοκομείο ήταν μεγαλύτερος από 10-12 λεπτά ενώ δεν έλαβαν βοήθεια από κάποιον παρευρισκόμενο. Η σύνθεση του πληρώματος ήταν τέτοια που ήταν αδύνατη η υποστήριξη του θύματος (στον νομό δεν λειτουργεί ΕΚΑΒ). Από τα υπόλοιπα 11 τα 4 έλαβαν βοήθεια από παρευρισκόμενο και τα 7 περιστατικά έλαβαν βοήθεια από το πλήρωμα ασθενοφόρου με θωρακικές συμπίεσεις, μάσκα, αμπού και στοματοφαρυγγικό αεραγωγό.

Σε ότι αφορά το χρόνο προσέλευσης: Στους 4 που η προσπάθεια ανάταξης ήταν ανεπιτυχής, ο χρόνος ήταν μεγαλύτερος από 10-12' ενώ στους υπόλοιπους 11, ο χρόνος ήταν μεγαλύτερος ή ίσος από 8'. Ο αρχικός καταγεγραμμένος ρυθμός στους 11 ασθενείς ήταν απινιδώσιμος (κοιλιακή μαρμαρυγή, άσφυγμη κοιλιακή ταχυκαρδία) και από τους 4 ασθενείς που δεν επιβίωσαν, στους 3 καταγράφηκε ασυστολία και στον 1 βραδυκαρδία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πιθανότητα επιβίωσης μετά από εξωνοσοκομειακή καρδιακή ανακοπή εξαρτήθηκε από την άμεση παροχή υποστήριξης στο θύμα, η οποία σε συνδυασμό με το χρόνο προσέλευσης βοήθησε τα 11 από τα 15 θύματα να έλθουν στο νοσοκομείο με απινιδώσιμο ρυθμό και να αναταχθούν.

ΛΑΡΥΓΓΙΚΗ ΜΑΣΚΑ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΣΤΟ ΕΚΑΒ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΤΟ 2003

Μ. Ζεάκη, Ν. Γιαννακουδάκης, Χρ. Μαλλιωτάκης, Μ. Ζερβόπουλος, Δ. Βουρβαχάκης, Μ. Χατζηαρσένης*

ΕΚΑΒ Ηρακλείου, *Κ. Υ. Νεάπολης Λασιθίου

Εισαγωγή

Η Λαρυγγική Μάσκα αποτελεί ένα αποτελεσματικό εργαλείο στην διαχείριση του αεραγωγού λόγω της ταχείας και εύκολης εφαρμογής της χωρίς την ανάγκη γνώσης εξειδικευμένων δεξιοτήτων και της εξασφάλισης ενός βατού και σίγουρου αεραγωγού στις περισσότερες περιπτώσεις εφαρμογής της. Χρησιμοποιείται ευρέως τόσο στον νοσοκομειακό όσο και στον προνοσοκομειακό χώρο.

Σκοπός

Η αποτίμηση της εμπειρίας από τη χρήση της Λαρυγγικής Μάσκας από τους διασώστες και τους γιατρούς του ΕΚΑΒ Ηρακλείου.

Υλικό – Μέθοδος

Το έτος 2003 τοποθετήθηκαν λαρυγγικές μάσκες από ιατρούς και διασώστες του ΕΚΑΒ Ηρακλείου, σε καρδιακές ανακοπές, αναπνευστικές ανακοπές και σε πολυτραυματίες.

Στους ασθενείς που τοποθετήθηκε λαρυγγική μάσκα καταγράφηκαν:

- * Είδος του περιστατικού
- * Ζωτικά σημεία του ασθενούς στον τόπο του συμβάντος και στα ΤΕΠ
- * Μέσοι χρόνοι διεκπεραίωσης των περιστατικών και
- * Περιστατικά εισρόφησης που σχετίστηκαν με την τοποθέτηση λαρυγγικής μάσκας.

Αποτελέσματα

Η λαρυγγική μάσκα τοποθετήθηκε σε 132 ασθενείς (σε 82 καρδιακές ανακοπές, σε 40 αναπνευστικές ανακοπές, και για την προσωρινή εξασφάλιση του αεραγωγού σε 7 πολυτραυματίες και σε 3 εγκυματίες). Σε 97 περιπτώσεις τοποθετήθηκε από διασώστες χωρίς την παρουσία γιατρού και σε 35 περιπτώσεις παρουσία γιατρού. Σε ποσοστό 98% τοποθετήθηκε επιτυχώς με την πρώτη προσπάθεια. Στα περιστατικά καρδιακής ανακοπής που ανένηψαν (40) το μέσο SpO₂ στον τόπο του συμβάντος και στο ΤΕΠ ήταν 31% και 91% αντίστοιχα και το μέσο GCS (Glasgow Coma Score) ήταν 3 και 13 αντίστοιχα. Στις αναπνευστικές ανακοπές το μέσο SpO₂ στον τόπο του συμβάντος και στο ΤΕΠ ήταν 58% και 95.7% αντίστοιχα και το μέσο GCS ήταν 8 και 13 αντίστοιχα. Δεν παρατηρήθηκε εισρόφηση σε ασθενείς που ανένηψαν, αλλά παρατηρήθηκε σε 15 περιπτώσεις καρδιακών ανακοπών που δεν ανένηψαν.

Συμπεράσματα

Η εμπειρία μας έδειξε ότι:

Η χρήση της Λαρυγγικής Μάσκας είναι εύκολη και από τους διασώστες με μικρό ποσοστό ανεπιθύμητων ενεργειών.

Η Λαρυγγική Μάσκα είναι πολύτιμο εργαλείο κατά τη διαδικασία ανάνηψης και για την προσωρινή εξασφάλιση του αεραγωγού.

ΒΟΗΘΩΝΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΟ ΤΕΠ – Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ

Σ.Λαμπάκης –Σ.Ντόλκα –Α.Καπασάκη –Σ.Λαμπουσάκη –Θ.Σαμαράς –Γ.Νικήτας
Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

Εισαγωγή – Σκοπός: Η συνδυασμένη εκπαίδευση των νέων γιατρών σε θεωρία και πράξη σε σχέση πάντα με το επείγον, βρίσκει τις καλύτερες συνθήκες στα ΤΕΠ λόγω κύρια του μεγάλου αριθμού και της ποικιλίας των περιστατικών που οι γιατροί καθημερινά διαχειρίζονται. Επειδή το Τμήμα μας εμπλέκεται συχνά και ενεργά σε ποικίλα περιστατικά του ΤΕΠ (ο Δ/τής είναι και Προϊστάμενος σε αυτό) θελήσαμε να αποτυπώσουμε αυτή μας τη δραστηριότητα.

Υλικό-Μέθοδος: Επεξεργασθήκαμε κατά ομάδες περιστατικών τα υλικά από τις καταγραφείσες 442 περιπτώσεις που στο διάστημα 2 χρόνων από 1/1/2002-31/12/2003 και με τη συμμετοχή > 78 συνολικά γιατρών τρίμηνης εκπαίδευσης (αγροτικοί) διαχειρισθήκαμε. Τουλάχιστον 1-3 γιατροί συμμετείχαν ανά περιστατικό από τους παρόντες για εκπαίδευσή τους στο ΤΕΠ.

Αποτελέσματα: Όπως καταγράφονται στον παρακάτω πίνακα

Περιστατικά κατά ομάδες - Σύνολο 442	Συμετοχή ιατρών (668 συμμετοχές συνολικά)	Απλή θεωρητική-ενημέρωση-επεξηγήσεις σε βασικά θέματα όπως :	Φάρμακα και χρήση	Πράξεις (επίδειξη-εφαρμογή)
Κωματώδεις καταστάσεις από μη τραυματικά αίτια 25 (5.6%)	42	Κλίμακα AVPU – Κίνδυνος από το κόμα (καταστολή –εισρρόφηση) - Το Υπογλυκαιμικό κόμα	Τρόποι χορήγησης σακχάρου σε υπογλυκαμία	.Εξωτερικοί χειρισμοί απελευθέρωσης του αεραγωγού .Χρήση ambu .Χρήση Οξυμέτρου
Γαστρεν/δες – αφυδατώσεις 36 (8.1%)	57	Απώλειες και συνέπειες – αναπλήρωση ηλεκτρολυτών –η σημασία της ενυδάτωσης	Ηλεκτρολύτες (σκευάσματα – δοσολογία)	Καθετηριασμός Φλεβών – η χορήγηση ύδατος - ηλεκτρολυτών στη πράξη
Πόνος από διάφορες αιτίες (Οσφυαλγίες – μεγάλα θλαστικά – εγκαύματα κλπ) 117 (26.4%)	198	Σε πόνο – stress – οι συνέπειες Ο πόνος σαν το 5° ζωτικό σημείο	Αναλγητικά φάρμακα - σκευάσματα- Δοσολογία	Χορήγηση αναλγητικών στη πράξη - Κλίμακες πόνου (η VAS στη πράξη)
Πόνος εμφράγματος - Στηθάγχης 16 (3.6%)	22	Επεξηγήσεις στο πόνο – τι φοβόμαστε – τί άμεσα κάνουμε	- Η ασπιρίνη - τα Νιτρώδη - το Οξυγόνο - η Μορφίνη	Τρόπος εφαρμογής τους – Ασφαλής δοσολογία
Αναισθησία – αναλγησία σε Όρθοπεδικές κακώσεις 214 (48.4%)	295	Σωστή εφαρμογή (συνδυασμοί – οδοί –δόσεις αναλγητικών) Η άπνοια (θεωρία)	Συνήθη φάρμακα - σκευάσματα	Η χρήση της VAS στη πράξη Η χρήση της ambu Η χρήση οξυμέτρου
Κολικοί Ουροποιητικού 34 (7.6%)	54	Χορήγηση υγρών – φαρμάκων (οι συνδυασμοί τους)	Οπιοειδή – αντιφλεγ/νώδη-σπασμ/λυτικά	Χορήγηση αναλγ/ικών στη πράξη Κλίμακα VAS στη πράξη

Συμπεράσματα –Συζήτηση

1. Πάντα εκδηλωνόταν ενδιαφέρον και οι νέοι γιατροί με προθυμία παρακολουθούσαν - συμμετείχαν – εκτελούσαν.
2. Πιστεύουμε ότι ανάλογες πρωτοβουλίες βοηθάνε σημαντικά γιατί λόγω της μεγάλης εξοικείωσης των Αναισθησιολόγων σε αυτά τα αντικείμενα, μπορούν να αποδώσουν ιδίως σε νέους γιατρούς με λίγη πείρα είναι χρήσιμα τόσο για τις υποχρεώσεις του στο αγροτικό Ιατρείο και Κέντρο Υγείας, όσο και στις υποχρεώσεις τους ως εφημερευόντων μελλοντικά.