

MUNI
MED

OŠETŘOVATELSTVÍ II

Tematický plán

Termín setkání	Studijní plán	Poznámka
12. 4.	<p>ÚVOD do předmětu</p> <p>Vitální funkce – monitoring, technika měření, základní pojmy, první pomoc při selhávání životních funkcí</p>	□
19. 4.	<p>Specifické poruchy učení □</p> <p>Specifické nároky osob s psychickým onemocněním □</p>	<p>Mgr. Oulehlová □</p> <p>TEIRESIÁS □</p>
26. 4.	<p>Specifické nároky osob s poruchami zraku a sluchu</p>	<p>Mgr. Rajdová, Ing. Ondra</p> <p>TEIRESIÁS</p>
3. 5.	<p>Onemocnění v endokrinologii (OSP, PRP) □</p> <p>Aplikace injekcí, i.m., s.c., inzulínové/glukagenové pero, glukometr □</p> <p>Onemocnění v neurologii (OSP, PRP), □</p> <p>Poruchy vědomí, anafylaxie, epipen □</p> <p>Onemocnění respiračního systému (OSP, PRP) □</p>	<p>ENDO- Holánová, Trojanová □</p> <p>NEU – □ Olšarová, Kašparová</p> <p>RESP – □ Pivoňková, Řeholová</p>
10. 5.	<p>Onemocnění kardiovaskulárního systému (OSP, PRP) □</p> <p>Podávání léků p.o.*</p> <p>Gynekologie, porodnictví</p> <p>Péče o pacienta před, v průběhu a po operaci □</p> <p><small>*Léky v oftalmologii, instilace kapek, aplikace mastí □</small></p>	<p>KARDIO – Juříková, Gregoričová</p> <p>GYN – Mandelíková, Nováková</p> <p>Perioperační péče – Čermáková, Kalinajová</p>
17. 5.	<p>□ Výukový program CSS Chrlice</p> <p>www.centrumchrlice.cz</p>	<p>Centrum sociálních služeb pro osoby se zrakovým postižením v Brně-Chrlicích</p> <p>Chrlické náměstí 2/2</p> <p>Chrlice, 643 00 Brno 43</p>
24. 5.	<p>□ Onkologické onemocnění</p> <p>Onemocnění v gastroenterologii (OSP, PRP) □</p> <p>Péče o výživu pacienta □</p> <p>Onemocnění v urologii (OSP, PRP) □</p> <p>Péče o vylučování pacienta □</p>	<p>ONKO - Robenková, Horňák</p> <p>GASTRO – □ Koňářková, Resová</p> <p>URO – □ Říhová, Trenzová</p>

Semestrální práce (součást závěrečného hodnocení)

Zadání – osnova prezentace:

(např. power point, prezi, word...)

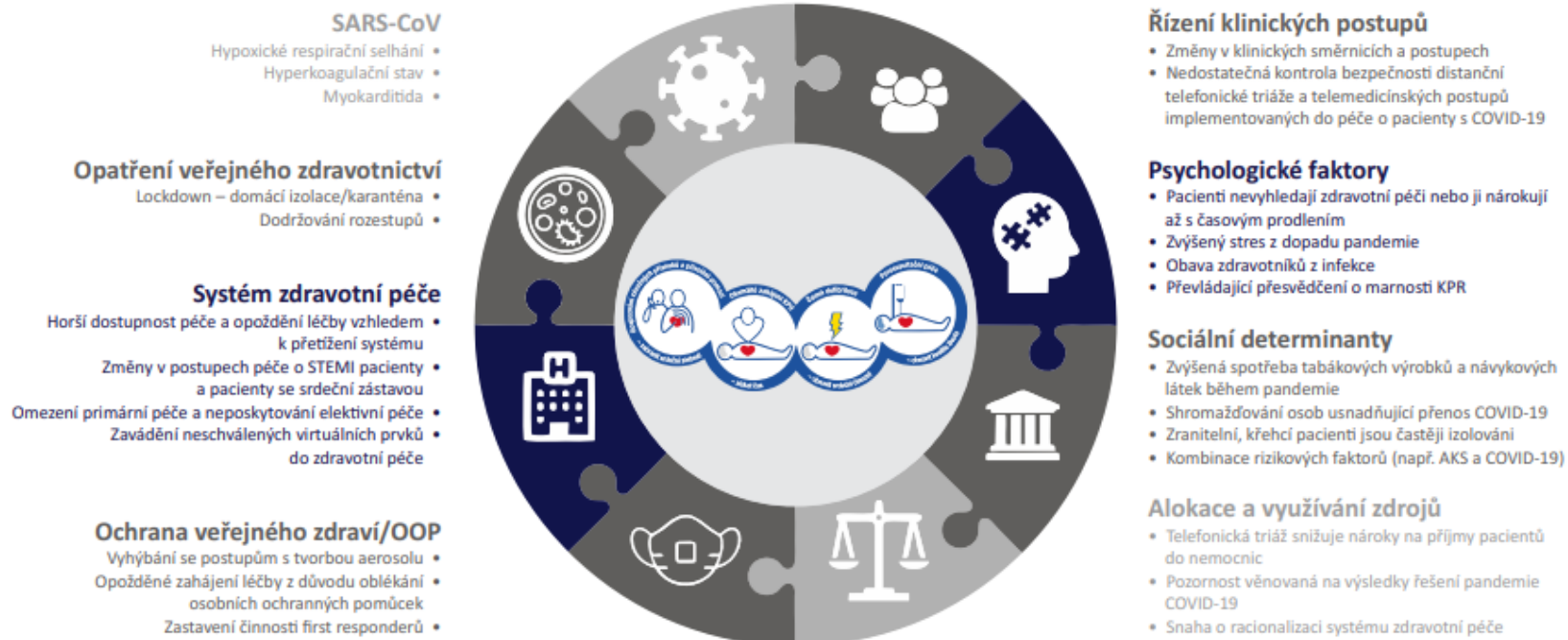
- základní vyšetřovací metody v daném oboru
- základní onemocnění (Dg.) v daném oboru
- základní terapeutické postupy
- základní ošetrovatelská péče
- co je důležité pro laika
- definovat akutní stavy a řešení v rámci první pomoci v daném oboru

- Základní textovou prezentaci doplňte o videa, algoritmy, tabulky, obrázky.... Prostě vše co bude považovat za důležité a přínosné pro ostatní.
- Můžete využít všechny dostupné online zdroje Univerzitní knihovny MU. Určitě také využijte vše, co lze dohledat online – samozřejmě buďte vnímaví na validnost informací.
- TERMÍN realizace: dle zadání

VŠE CO NENÍ JASNÉ NEVÁHEJTE SE MNOU KONZULTOVAT
(dana.dolanova@med.muni.cz)

ZÁKLADNÍ SYSTÉMY A ÚROVEŇ VÝZNAMU JEJICH JEDNOTLIVÝCH FAKTORŮ PRO VÝSKYT A MORTALITU MIMONEMOCNIČNÍCH SRDEČNÍCH ZÁSTAV (OHCA) V PRŮBĚHU PANDEMIE COVID-19

(převzato se souhlasem Christian a Cooper [64])



AKS – akutní koronární syndrom, COVID-19 – coronavirus disease 2019, KPR – kardiopulmonální resuscitace, OOP – osobní ochranné pomůcky, STEMI – infarkt myokardu s elevací ST úseku

- [GL2021_BLS.pdf \(zachrannasluzba.cz\)](#)
- [https://zachrannasluzba.cz/wp-content/uploads/2021/04/GL2021_PBLS.pdf](#)
- [http://video.muni.cz/public/akutne.cz/Akutni-stredy/19-akutni-streda.mp4?fbclid=IwAR2dqu3ufzhpGQFTa-pAv-XAtXsBGdasU0NIBEJwO5HFs8jOuNTSfbnGgDo](#)
-

Oblíbené mýty a omyly v první pomoci

Zdroj:

<https://www.prpom.cz/category/novinky-kurzy-prvni-pomoci/myty-o-prvni-pomoci/>

<https://zachrannasluzba.cz/myty-o-prvni-pomoci/>

KDYBY TO BYLO NĚCO VÁŽNÉHO, TAK BY UŽ URČITĚ NĚKDO NĚCO UDĚLAL

- „On už někdo určitě zavolal...“, „Kdyby bylo potřeba ho vytáhnout, tak by ho už určitě vyndali.“, „On je asi jenom... (doplň podle potřeby – opilý, zfetovaný, odřený, pozvracený, unavený...), kdyby nebyl, tak mu přece už někdo pomohl...“. Přesně tohle si myslí všichni ti, kteří stojí okolo a nic neudělají...
- **Nebojte se začít! Když se ukáže, že „to“ nic není, tak zase můžete přestat. Ale pokud o něco jde, je každá minuta bez pomoci nenávratně ztracená!**

NEPOZNÁM, JESTLI DÝCHÁ NEBO NEDÝCHÁ, NEJSEM DOKTOR!

- Stav dýchání je v kritických stavech nejdůležitější „okno do těla“ pacienta, které může použít každý bez jakýchkoliv pomůcek. Pokud je stav dýchání **kritický** (a je celkem jedno, zda pacient nedýchá vůbec, „sotva znatelně“ nebo „tu a tam“), **je nutné jednat**. Z hlediska laického hodnocení stavu dýchání u postiženého v bezvědomí tedy existují pouze dva stavy: buď zřetelně vidím, jak postižený pravidelně DÝCHÁ s normální frekvencí (jako já) – nebo NEDÝCHÁ.
- **Při jakékoliv nejistotě platí stejný postup, jako ve variantě NEDÝCHÁ – tj. ihned zahájíme neodkladnou resuscitaci!**

STABILIZOVANÁ POLOHA PO KOLAPSU

- Roky jsme se učili, že pokud postižený upadne do bezvědomí, ale dýchá, měl by být otočen do „stabilizované“ polohy na boku.

Důvodem byly obavy, aby postižený nezačal zvracet a neudusil zvratky. Problém je ovšem v tom, že ve „stabilizované poloze“ se velmi špatně sleduje stav dýchání, který se může v případě náhlého kolapsu velmi rychle změnit z normálního dýchání na nějakou formu „lapavých dechů“, nebo ustát úplně. Stabilizovaná poloha je v těchto situacích doslova „zabiják“ – pokud postiženého otočíte na bok, již si zpravidla nikdo nevšimne, že za pár desítek vteřin „dodýchal“. Desítky lidí ročně by o tom mohly vyprávět, pokud by to „tam shora“ šlo!!!

- **Postiženého po kolapsu, který nereaguje, ale dýchá, je nutné ponechat NA ZÁDECH, PEČLIVĚ SLEDOVAT a pokud by byly intervaly mezi nádechy nápadně dlouhé nebo by dokonce jen občas „lapl po dechu“, okamžitě zahájit nepřímou masáž srdce!!!** „Stabilizovaná“ – nebo lépe „zotavovací“ poloha je vhodná pro pacienty, kteří jsou při vědomí nebo alespoň s jistotou dostatečně dýchají, a hrozí u nich reálné riziko zvracení – např. pro osoby intoxikované alkoholem.

„PROTIŠOKOVÁ“ POLOHA

- Jako „protišoková“ nebo také „autotransfuzní“ se označuje poloha, při níž postižený leží na zádech s nohama zdviženými nad podložku (podloženými např. židlí či jiným vhodným předmětem). Její podstata by měla být v tom, že krev z výše položených končetin prostě „steče“ do těla, které ji v tu chvíli více potřebuje. To je logika na první pohled správná, ale jen dokud si neuvědomíme, že
 - a) nejobvyklejší příčinou závažného šoku v terénu je úrazové krvácení, způsobené zlomeninami velkých kostí, pánve, atd..., kdy je každý další pohyb s pacientem zcela nežádoucí,
 - b) dokud není vyřešena příčina krvácení, nemá smysl mobilizovat rezervy v těle – jen se tím zhorší celková krevní ztráta, a konečně
 - c) poloha se zvýšenou dolní částí těla zásadně zvyšuje dechovou námahu a jen zhorší stav pacienta.
- **Protišoková poloha“ patří mezi nebezpečné mýty první pomoci. U pacienta ve skutečném šoku je jednoznačně škodlivá.**
Poznámka: Uložení postiženého „s nohama nahoru“ má snad smysl například při kolapsu jinak zdravé osoby v souvislosti s odběrem krve, po zvednutí z postele, při poklesu atmosférického tlaku apod.

HMATÁNÍ TEPU U PACIENTA V BEZVĚDOMÍ

- Pokus o nahmatání pulsu laiky končí v případě, že postižený puls nemá, v 50 % CHYBNÝM závěrem!

Laik ve stresové situaci cítí vlastní tep v konečcích prstů a mylně se domnívá, že cítí tep postiženého. Důsledkem toho nedojde k zahájení neodkladné resuscitace, ačkoliv právě ta by byla bývala mohla zachránit život oběti. Místo toho je často prováděno sice obětavé, ale naprosto zbytečné dýchání z plic do plic, protože přece „nedýchá, ale má tep!“ Nenechte se tedy zmást tím, že instrukce k hmatání tepu jsou dodnes obsahem většiny příruček první pomoci, o televizních seriálech a jiných „dílech“ nemluvě.

- **Hmatání tepu při podezření na zástavu oběhu je nebezpečná chyba, která vede velmi často k falešným výsledkům. Pokud jsme svědky kolapsu postiženého, který nereaguje a nevyvíjí žádnou jinou spontánní aktivitu (s výjimkou „lapavých“ dechů – viz výše), ihned zahájíme neodkladnou resuscitaci.**

ZAPADÁ MU JAZYK! PODEJTE MI KAPESNÍK, MUSÍME HO VYTÁHNOUT!

- Pokusy „vytáhnout jazyk“ rukou jsou poměrně časté, ale předem odsouzené k nezdaru – jazyk klouže a hlavně reálně hrozí jeho poranění o zuby s následným velkým krvácením a vdechnutím krve. Celé úsilí je přitom zcela zbytečné – záklon hlavy je daleko jednodušší, elegantnější a zejména fungující řešení.
- **Pro zprůchodnění dýchacích cest je rozhodující uložení postiženého na záda, vyčištění úst a uvedení hlavy do přirozené polohy, nebo mírného záklonu. Funguje to!**

KŘEČE? MUSÍME MU VYPÁČIT ČELIST A VYTÁHNOUT JAZYK, VŽDYŤ SE JINAK UDUSÍ!

- Pokus o násilné otevření úst se nám v lepším případě nezdaří, v horším dojde ke zbytečnému poraněním nebo vylomení zubů postiženého, krvácení, a může dojít až k udušení vlastní krví a úlomky zubů!
- **V situaci, kdy má postižený křeče celého těla, nepoužíváme žádné násilí**, přestože stav skutečně může vypadat dramaticky. V klidu vyčkáme, až křeče pominou (hlídáme pouze, aby se postižený někam nesvalil, nespadol apod.). Jakmile křeče skončí, položíme postiženého na záda, zakloníme hlavu, **vyhodnotíme stav vědomí a dýchání** a dále postupujeme zcela standardně podle výsledku tohoto vyhodnocení.

NEHÝBEJTE S NÍM, POŠKODÍTE MU PÁTEŘ!

- Absolutní dodržování této „poučky“ již stála život mnoho zraněných... Myšlenka je to určitě správná, ale nesmí jít o člověka v bezvědomí, který nedýchá!!! Prosté uvolnění dýchacích cest (mírným záklonem, „trojitým hmatem“) je v řadě případů bezprostředně život zachraňujícím úkonem, který má přednost před teoretickou (a při šetrném zacházení zcela nepravděpodobnou) obavou z dalšího poškození poraněného.
- **Absolutní přednost při poskytování pomoci má obnovení životních funkcí (dýchání, oběh)! Pokud je to nutné, je možné šetrně ale důsledně s postiženým hýbat!**

V NEJHORŠÍM JE POTŘEBA APLIKOVAT ELEKTRICKÉ ŠOKY

- „Elektrický šok“ – správně „defibrilace“ – se používá pro léčbu jedné z nejzávažnějších srdečních arytmií – fibrilace (kmitání) srdečních komor (viz [slovníček](#)). Zdaleka ne každý pacient v kritickém stavu trpí touto poruchou srdečního rytmu. U těchto pacientů nemá provedení defibrilace žádný praktický význam, a naopak zdržuje zachránce od provádění nepřímé masáže srdce a dalších výkonů. V poslední době, se vzrůstající dostupností laicky obsluhovatelých automatických defibrilátorů (AED), je někdy defibrilace prezentovaná jako univerzální metoda „nahození“ srdce. Toto pojetí je však zatíženo komerčními zájmy prodejců přístrojů – bohužel zdaleka ne vždy defibrilátor takto zafunguje, a to dokonce ani tehdy, když srdce doopravdy „fibriluje“.
- **Pokud je AED k dispozici, je vhodné jej použít, ale jen pod podmínkou, že nedojde k prodlení nebo k přerušení provádění standardní resuscitace.**

ZIMA – NEVIDITELNÝ ZABIJÁK

- Udržování stálé teploty je pro tělo energeticky velmi náročné. Jedna z nejjednodušších, a přitom nejvýznamnějších věcí, které můžeme udělat pro postiženého se závažným úrazem, je proto zabránit zbytečným ztrátám tepla. Zajištění tepla pro postiženého se dnes považuje za stejně důležité, jako zastavení krvácení!
- **Zajištění tepla je prioritou. Použijte bundu, deku, protišokovou fólii. Pokud je odborná pomoc dosažitelná s velkým časovým odstupem, dostaňte postiženého do sucha a tepla.**

„PROTIŠOKOVÁ FÓLIE“ – STŘÍBRNÁ HŘEJE, ZLATÁ CHLADÍ – NEBO NAOPAK?

□ Plastová fólie samozřejmě ani nehřeje, ani nechladí. Princip její činnosti spočívá jednak v tom, že brání odpařování (a tudíž ochlazování těla), a jednak v tom, že jedna strana fólie je pokovená a funguje jako „reflektor“, odrážející infračervené (teplotní) vyzařování těla. Je přirozeně úplně jedno, kterou stranou infračervené paprsky na fólii dopadají – odráží se od oné pokovené vrstvičky (je to vlastně takový tenoučký „alobal“). Někteří výrobci nanášejí na druhou stranu fólie efektní žlutou (zlatou) barvu. Ani ta ovšem nic zásadního nemění na odrazivosti pokovené vrstvy fólie. Správně použitá (tj. kolem celého pacienta těsně utažená) fólie zabránila i velmi významným ztrátám tepla vznikajícím odpařováním vody z povrchu těla. Tohoto efektu lze ovšem dosáhnout třeba i použitím igelitového pytle. Nedílnou součástí zabránění ztrát tepla je také izolace (eliminace ztrát tepla přímým vedením). Těmto ztrátám tenoučká fólie nijak nebrání.

□ **Jaká strana fólie je směrem k pacientovi a jaká od pacienta je naprosto lhostejná. Pro zajištění maximálního efektu musí být pacient oblečený, důkladně zabalený do fólie „kolem dokola, od hlavy až k patě“, a izolovaný od studené země (položený na**

CIZÍ TĚLESO SE Z RÁNY NIKDY NESMÍ VYNDÁVAT

- Teoretické poučky první pomoci většinou uvádí, že cizí těleso se z rány nesmí vyndávat, protože samo těleso může „ucpat“ případně porušenou cévu a vyjmutím by mohlo dojít ke krvácení. Výsledkem jsou zcela absurdní návody na „obmotávání“ nožů a střepů vražených do dlaně, přičemž i laikovi musí být zřejmé, že „drncání“ do ostrého předmětu v průběhu takového fačování nutně způsobí v ráně další devastaci.
- **Pokud je „cizí těleso“ ostré (střep, nůž) a jde volně vyndat, vyndáme je. Případné krvácení řešíme tlakovým obvazem. Naopak pokud jde o tupé těleso vězící v ráně (např. větev), ponecháme je na místě.**

NENÍ ŠKRCENÍ JAKO ŠKRCENÍ – ANEB VÝJIMKA POTVRZUJÍCÍ PRAVIDLO

- K zástavě krvácení v naprosté většině případů postačí „tlakový obvaz“ – tady v zásadě „omotání a utažení obvazu“ přímo v prostoru rány. Zaškrcení má praktický význam pouze u rozsáhlejších poranění končetin s velkým krvácením (např. amputace). Ovšem pozor – tam, kde jsou dvě kosti vedle sebe (předloktí, bérec) vede pokus o zaškrcení naopak k zesílení krvácení (blokuje se odtok povrchovými žilami, přítok tepnami zůstává). Zaškrcení tak představuje určitou výjimku z pravidel první pomoci – neplatí zde, že je lepší udělat „aspoň něco, než nic“. Nedostatečné zaškrcení nebo zaškrcení na špatném místě pouze omezí žilní návrat a tím zhorší krvácení. Škrtidlo je proto přiložit na správné místo a utahovat tak dlouho, až se krvácení doopravdy zastaví!
- **Když už se zaškrcení použije, musí být udělané na správném místě – tj. výhradně na stehně, nebo paži, a to důkladně (tak, aby se krvácení opravdu zastavilo). Špatný nebo nedůsledný postup situaci ještě zhorší!**

RYCHLE DO NEMOCNICE, SANITKA BY PŘIJELA BŮHVÍ KDY!

- Transport pacienta se závažným onemocněním nebo úrazem „za každou cenu“ naprosto zbytečně ohrožuje všechny zúčastněné – od řidiče přes pacienta až po celé okolí. Cesta z místa X do nemocnice bude nejspíš stejně dlouhá jako cesta sanitky z nemocnice do místa X, postižený dostane hned na místě kvalifikovanou pomoc a už se může rozjet celé „mašinérie“ záchrany. Pokud „hodíte“ postiženého do auta, bude vás v nemocnici čekat překvapený vrátný, nebo v lepším případě rozespalá sestra příjmové ambulance (pokud vůbec trefíte „ty správné dveře“, což v našich nemocnicích není někdy tak úplně snadné).
- **Pokud dojde k vážnému úrazu nebo onemocnění, zavolejte záchranku a poskytněte na místě první pomoc!**

NA TO DÝCHÁNÍ ZKUSTE TOHLE, MAMINCE TO TAKY ZABÍRÁ!

- To, že sousedka bere nějaké léky „na dýchání“ nebo „na žlučník“ neznamena, že budou fungovat i na vás! Řada velmi různých nemocí má podobné příznaky. Z pohledu pacienta se sice léčí podobné „vnější příznaky“ (například ztížené dýchání), ale léčba může být ve skutečnosti diametrálně rozdílná a účinky léků i „zcela opačné“.
- **Použití cizích léků v nevhodné situaci může vést k závažným komplikacím včetně úmrtí!**

POKUD DOJDE K ZÁSTAVĚ OBĚHU V POSTELI, JE PŘED RESUSCITACÍ POTŘEBA POSTIŽENÉHO STÁHNOUT NA ZEM

- Toto doporučení, jakkoliv často slýchané i z úst profesionálů, nemá žádné odborné opodstatnění. Studie prokázaly, že moderní postele jsou dostatečně tvrdé, aby na nich šlo resuscitovat bez snížení kvality kompresí. Naopak, snaha stáhnout postiženého může oddálit zahájení resuscitace a dokonce, pokud se „podaří“ stáhnout jej do úzké uličky mezi postelí a zdí, resuscitaci významně zkomplikovat až znemožnit.
- **Stahování postiženého z postele před zahájením resuscitace je zbytečná a riziková činnost. Pokud není pro manipulaci s postiženým nějaký opravdu pádný důvod, jen jej přetočte na záda a zahajte resuscitaci tam, kde je. Klidně i v posteli.**