

Ocena pacjenta ABCDE:

A - airway – drogi oddechowe

- ocena drożności dróg oddechowych – jeżeli pacjent jest przytomny i odpowiada logicznie na pytania, świadczy to o zachowanym wydolnym oddechu i właściwej perfuzji mózgowej; u pacjentów o ograniczonej świadomości może wystąpić niedrożność dróg oddechowych lub też niewydolność oddechowa mogła doprowadzić do upośledzenia stanu świadomości; zwrócenie uwagi na wszystkie odgłosy słyszalne podczas oddychania, pracę dodatkowych mięśni oddechowych, przyjmowaną przez niego spontanicznie pozycję; działania: rękoczyny udrażniające drogi oddechowe i zabezpieczenie przyrządowe dróg oddechowych

B – breathing – oddychanie

- ocena oddechu – patrz, słuchaj, wycuj – należy policzyć liczbę oddechów, ocenić ich głębokość, tor oddechowy oraz ocenić ruchomość klatki piersiowej i symetrię ruchów; zwrócenie uwagi na kolor skóry (sinica), jej wilgotność, wypełnienie żył szyjnych, dodatkowe dźwięki oddechowe (stridor, świsty), położenie tchawicy we wcięciu mostka badanie palpacyjne klatki piersiowej (pod kątem odmy podskórnej, złamania żeber), osłuchiwanie pól płucnych, opukiwanie, podłączenie pulsoksymetru i zanotowanie wyniku saturacji hemoglobiny tlenem; działania: tlenoterapia, wspomaganie oddechu lub oddech zastępczy

C – circulation – krążenie

- ocena koloru skóry (sinica, bledność, marmurkowanie), jej ocieplenie oraz ocena nawrotu kapilarnego wypełnienie bądź zapadnięcie żył szyjnych równoczesna ocena tętna na tętnicy obwodowej i dużej (obecność, częstość, miarowość, symetria i wypełnienie) pomiar ciśnienia tętniczego osłuchiwanie tonów serca – głośność, dźwięki dodatkowe, ocena zgodności tonów serca z tętnem poszukiwanie cech ewentualnego krwawienia zewnętrznego lub wewnętrznego ocena i monitorowanie diurezy – wprowadzenie cewnika do pęcherza moczowego; działania: uzyskanie dostępu donaczyniowego, pobranie krwi do badań, podanie płynów (jeśli jest to konieczne), monitorowanie EKG, wykonanie 12-odprowadzeniowego EKG

D – disability – ocena zaburzeń świadomości

- wykluczenie i leczenie zaburzeń w zakresie ABC ocena stanu świadomości za pomocą skali AVPU lub skali Glasgow (Glasgow Coma Scale – GCS; .) ocena

wielkości źrenic, ich symetrii i reakcji na światło ocena poziomu glikemii
ewentualna szybka ocena stanu neurologicznego – symetrii czucia i ruchomości w
kończynach

E – exposure – ekspozycja pacjenta

- odsłonięcie i zbadanie innych obszarów ciała palpacyjna ocena jamy brzusznej (tkliwość, bolesność, objawy otrzewnowe, perystaltyka) obecność tętna na tętnicach pachwinowych, symetria ocena kończyn (obrzęki, żylaki, zmiany pozakrzepowe)

Ocena SAMPLE:

S (signs/symptoms) – objawy

- Jak się czujesz? Czy coś cię boli? Co robiłeś/aś, kiedy poczułeś/aś się źle? Kiedy pojawiły się pierwsze objawy? Gdzie byłeś/aś, kiedy pojawiły się pierwsze objawy?

A (allergies) – uczulenia

- Jesteś/aś uczulony/a na: jakieś pokarmy, lekarstwa, substancje lotne/wziewne? Czy zjadłeś/aś wypiliśmy/aś coś lub miałeś/aś kontakt z czymś, na co jesteś/aś uczulony/a?
- Trzeba zapytać pacjenta o uczulenia na leki, pokarmy czy inne czynniki: kurz, pierze, detergenty. Informacja o alergii może nasunąć przyczynę zachorowania i właściwie ukierunkować postępowanie i leczenie. W razie stwierdzenia alergii na określony czynnik występujący w otoczeniu należy niezwłocznie usunąć pacjenta z miejsca zagrożenia.

M (medication) – przyjmowane leki

- Czy zażywasz jakieś lekarstwa? Jeśli tak, to jakie? Czy zażyłeś/aś dzisiaj swoje leki? Jeśli tak, to ile i kiedy?
- Wielu pacjentów regularnie przyjmuje leki, zwłaszcza w wieku podeszłym. Stosowane leki zarówno przepisane przez lekarza jak i przyjmowane samodzielnie, mogą mieć wpływ na nasze postępowanie na miejscu zdarzenia – mogą się kumulować lub działać antagonistycznie na leki podane przez nas. Należy ustalić, czy pacjent regularnie przyjmował leki zlecone przez lekarza, czy i jakie przyjmował leki nie zlecone.

P (past medical history) – wywiad lekarski

- Czy chorujesz na coś (astma, cukrzyca, epilepsja, choroby serca)? Czy przechodziłeś/aś jakieś choroby, operacje? Czy miałeś/aś w przeszłości jakiś wypadek? Czy jest Pani w ciąży?
- Wiele chorób przewlekłych może ulegać gwałtownemu zaostrzeniu, należy zebrać

informacje o nich i przebytych ciężkich chorobach i operacjach.

L (last meal) – ostatni posiłek

- Czy jadłeś/aś (piłeś/aś) coś ostatnio? Jeśli tak, to co i kiedy?
- Należy uzyskać informację na temat spożytych w danym dniu pokarmów i płynów. Istotne znaczenie ma objętość i czas spożycia posiłku, jeśli pacjent wymaga nagłej interwencji chirurgicznej. Obecność treści pokarmowej w żołądku stwarza ryzyko zachłyśnięcia i niedrożności dróg oddechowych.
Znaczenie ma także długotrwałe niedożywienie lub nieprawidłowe odżywianie (ludzie ubodzy, bezdomni), ponieważ te czynniki mogą zaostrzać przebieg choroby.

E (event/environment) – okoliczności zdarzenia

- Co się stało ? Co się wydarzyło, gdy poczułeś/aś się źle ? Czy kogoś powiadomić ?
- Należy zapytać poszkodowanego, rodzinę lub świadków zdarzenia o sytuację poprzedzającą wypadek lub zachorowanie, jak doszło do wystąpienia danych objawów, urazów. Czy wystąpienie objawów chorobowych było poprzedzone np. wysiłkiem, zdenerwowaniem, bólami w klatce piersiowej, utratą przytomności itp.

Znajomość wytycznych, standardów i leków będzie oceniana na podstawie podręcznika „Choroby wewnętrzne“ (Szczeklik 2017) oraz materiałów z wykładów, seminariów i ćwiczeń. Dokładne dane dotyczące rozdziałów podręcznika zostały podane w części omawiającej poszczególne scenariusze.

Zaliczenie umiejętności technicznych - przykład:

- ABCDE – 30%
- SAMPLE – 30%
- wytyczne/standardy/zalecenia, leki, dawki – 40%

ABCDE – 0-3 pkt

SAMPLE – 0-3 pkt

Wytyczne i leki 0-4 pkt

Zaliczenie od minimum 6 pkt = 60%.