טבלה 2.15 סיכום טיפולים בשלב השניוני

שלב		סבב שניוני
A	Airway נתיב אוויר	הנחת צוואר פילדלפיה ביצוע אינטובציה/ קוניוטומיה
B	Breathing נשימה	ביצוע חבישה אוטמת בחזה הערכת נשימה נקז חזה (thorax drain) ניקוז חזה במחט (needle application: NA)
C	Circulation מחזור הדם	מדידת לחץ דם הערכת דופק מדויקת החדרת עירוי, הזלפת נוזלים (אם אינו מעכב פינוי)
D	מצב הכרה	הערכה מדויקת של מצב ההכרה בדיקת אישונים בדיקת RTS הערכה נוירולוגית קצרה חבישות קיבועים, כולל העמסה וקיבוע ללוח גב
E	Evacuation פינוי	כיסוי ושמירה על חום הגוף וצנעת הפרט. העמסה על אמצעי פינוי (רכוב, מוסק או ימי)

טראומה בסביבה עוינת

סביבה עוינת היא אתר טיפול שאינו בטוח לצוות המטפל. מה שהופך את האזור לעוין אינו סכנות סביבתיות כגון חוטי חשמל חשופים או מרכז כביש סואן אלא הגורם האנושי.

סביבה עוינת עלולה להיות כזו מכמה סיבות:

- מסיבה ביטחונית
- בגלל בני משפחה או עוברי אורח הנוהגים באלימות כלפי הצוות
- בגלל אלימות בין אנשים בסביבה שלא נגד הצוות
- בגלל טיפול בנפגע מחוץ לגבולות המדינה

אי אפשר לחזות במדויק את המצבים העוינים שבהם ייתקל הצוות הרפואי, לכן קשה לתת הנחיות מדויקות כיצד לנהוג בסביבה עוינות. אולם יש הנחיות כלליות וקווים מנחים להתנהגות נכונה ובטוחה אם צוות רפואי נקרא לטיפול בסביבה עוינת.

השלב הראשון בכל טיפול ובכל מטופל הוא בטיחות הצוות המטפל.

סיבה ביטחונית

סביבה עוינת מבחינה ביטחונית יכולה להיות אזור שבו יש נפגעים עקב פעילות חבלנית עוינת, כגון אירוע ירי או דקירה שבו המחבל עדיין לא נלכד. במקרה כזה תחילה יש לשאוף לקבל את המידע הרלוונטי עוד בדרך לאירוע: המוקד מתשאל את המתקשר ודולה ממנו את כל הפרטים שאפשר עוד כשהצוות בדרכו לזירה. אך אם הצוות הרפואי מגיע לזירת האירוע ולא התקבל מידע כזה מבעוד מועד, יש לחבור לכוחות המשטרה או הצבא במקום ולהישמע להוראותיהם, ורק כשהזירה בטוחה לחלוטין ניתן להגיע ולטפל בנפגעים. אם אין במקום כוחות משטרה או צבא, ויש חשש שהמחבל עדיין בשטח האירוע, יש להתרחק ככל האפשר מהזירה ולהמתין לכוחות נוספים ולכוחות הביטחון.

בני משפחה או עוברי אורח אלימים

לעיתים, בעת מצוקה רפואית, בני משפחה, קרובים או אנשים בסביבה עלולים לפרוק את הלחץ הנפשי שבו הם נמצאים באלימות מילולית או פיזית. על הצוות הרפואי המגיע לאנשים הנמצאים במצוקה כזו להיות מוכן לגילויי אלימות מילולית או פיזית ועליו לדעת כיצד לנהוג.

להלן כמה דוגמאות שעלולות לגרום לאנשים לנהוג באלימות:

- בן משפחה שנקבע מותו למרות ניסיונות ההחייאה. מצב זה עלול להיות עילה למשפחת המטופל לתקוף את הצוות הרפואי.
- בעת טיפול בכמה נפגעים לפי סדר העדיפויות. אם נפגע פחות דחוף אינו מקבל טיפול מיידי, קרובי משפחתו עלולים להגיב באלימות.

הכלל המנחה בעת שצוות רפואי נתקל באלימות או שיש חשש לתגובה אלימה במהלך הטיפול - יש להזמין משטרה בהקדם.

אם יש איום על הצוות - עליו לעזוב את המקום.

אלימות בין אנשים בסביבה שלא נגד הצוות הרפואי

לעיתים הצוות הרפואי מגיע לזירת אירוע שבה יש סכסוך אלים. לדוגמה סכסוך בין שכנים, פיזור הפגנה. במקרה כזה לא מומלץ להיכנס ללב ההתרחשות מחשש לפגיעה בצוות, גם אם לא מכוונת. במקרה כזה מומלץ שהצוות הרפואי יתמקם במקום מרוחק מעט מהאירוע, אך בולט לעין כדי שנפגעים יוכלו להגיע אליו בכוחות עצמם או בסיוע אחרים. אפשר גם לכרוז בכריזת האמבולנס או במגפון לנפגעים להגיע אל הצוות הרפואי בלי שהצוות ייאלץ לסכן את עצמו.

טיפול מחוץ לגבולות המדינה

לעיתים, וכפי שמלמד העבר, מד"א נדרש להגיש סיוע רפואי והומניטרי מעבר לגבולות המדינה, כפי שקרה למשל בפיגוע במלון "הילטון טאבה" שבסיני. באירוע זה כוחות מד"א יצאו מגבולות המדינה ועברו לגבולות מצרים, טיפלו בנפגעים ופינו אותם למתקן רפואי בישראל.

בעת טיפול מחוץ לגבולות ישראל יש להקפיד על משמעת גבוהה ביותר, לשאוף לקצר את זמן ההימצאות מעבר לגבול ולפנות את הנפגעים חזרה לארץ בהקדם. לא כך הדבר כשצוותי מד"א נמצאים בארץ מרוחקת, לדוגמה הטיפול בנפגעי רעידת אדמה בטורקיה ב־1999. גם במקרה זה כוחות מד"א יצאו מן הארץ להגיש טיפול רפואי לנפגעים, אך שלא כמו במקרה בסיני, הנפגעים פונו לבתי החולים המקומיים.

תשומת הלב במקרים אלו היא לשיתוף פעולה בין מד"א לכוחות צה"ל שמלווים אותם ולכוחות הביטחון המקומיים. חשוב לזכור שכאשר הצוות הרפואי של מד"א נמצא בארץ זרה, שיש לה חוקים שונים ולא תמיד ברורים ומוכרים, יש לפעול לפי החוקים המקומיים. יש להקפיד על לבוש מד"א מסודר ונקי.

- **החלטה על יציאת צוותים מחוץ לגבולות המדינה תיעשה על ידי המנהלים הבכירים ביותר במד"א.**
- **אם צוות רפואי יוצא מגבולות המדינה, עליו לעשות זאת בשיתוף פעולה מלא עם כוחות צה"ל וכוחות הביטחון המקומיים.**

מקרים לדוגמה

מקרה 1: נט"ן יוצא לטפל בצעירה שלפי הדיווח של המתקשר, ירתה בעצמה; לא ידוע מה מצבה. הצוות מגיע למקום עם המשטרה.

בטיחות: על צוות הנט"ן להמתין במקום בטוח עד שכוחות המשטרה ייכנסו לדירה ויוודאו שלא נשקפת כל סכנה מכלי הנשק וממי שאוחז בו.

רק עם קבלת אישור המשטרה, צוות הנט"ן נכנס לדירה.

אנמנזה/ תיאור: הצוות הרפואי מונחה על ידי שוטר המוביל אותו לאחד החדרים ובו רואים צעירה כבת 19 שוכבת על הרצפה, ורואים פצע ירי בבטנה מימין לטבור; מסביבה שלולית דם לא גדולה. קצין המשטרה הממונה מראה לפראמדיק את כלי הנשק שממנו נורתה הצעירה, זהו M-16 צה"לי.

הערכה וטיפול: סבב ראשוני הנפגעת שוכבת על הרצפה, נאנחת ומתלוננת על כאבים בבטנה. אפשר להסיק שהנפגעת בהכרה מלאה, לפי הטבלה רמת ההכרה - alert.

הצוות מתחיל בסבב הערכה ובדיקה ראשוני:

A - מכיוון שהמטופלת מדברת אפשר להסיק שנתיב האוויר שלה פתוח. בגלל מנגנון הפציעה, פציעה מכדור רובה שנע במהירות גבוהה, יש חשד לפגיעה פנימית נרחבת הנובעת ממנגנון המעיכה ומכוח היניקה (סרטון 3). כמו כן אפשר לשער שהקליע נורה מטווח קרוב, ולכן תאוצתו גבוהה יותר. לכן שלב C, עצירת הדימום ומתן נוזלים, הוא העיקרי. מדובר בפציעה חודרת. אין צורך בקיבוע עמוד שדרה צווארי (עמש"צ) או קיבוע ללוח גב אלא אם כן יש חסר נוירולוגי.

B - בבדיקה נמצא שהנפגעת מדברת ונאנחת, נושמת במהירות, כ־26 נשימות בדקה, מכאן עולה שמצבה הנשימתי כעת בגבול הסביר ומספקים לה חמצן במסכה.

C - לנפגעת דופק רדיאלי (פריפרי) נמוש היטב ומהיר, עורה מעט לח, מילוי קפילרי תקין. הסיבה למדדים אלו ככל הנראה איבוד הדם. מכיוון שמקור הדימום בבטן, אי אפשר לעצור אותו על ידי נקודת לחיצה או חוסם עורקים, ולכן ניתן להניח תחבושת אישית על מקום הפצע כדי לספוג את הדם ולהכין את הנפגעת להעברה מיידית ומהירה לחדר מיון קרוב.

D - הערכה חוזרת של מצב הכרה. הנפגעת נשאלת מה קרה לה, תשובתה היא שהיא ירתה בעצמה. לכן ניתן להסיק שהיא עדיין בהכרה מלאה ללא הידרדרות במצב ההכרה.

E - הצוות הרפואי גזר את בגדיה של הנפגעת, והיא הושכבה על צידה תוך כדי שמירה על עמוד שדרה (עמ"ש) / עמוד שדרה צווארי (עמש"צ), כדי לחפש פציעות בגבה. בבדיקה רואים פצע יציאת הקליע, הפצע בקוטר של כ־3 ס"מ בגב מול פצע הכניסה מימין לטבור. לא נראו פציעות נוספות.

לאחר הסבב הראשוני, אפשר להסיק שמדובר בנפגעת הזקוקה להעברה דחופה עם דימום בלתי נשלט ומתחילים בפינוי מיידי. הונח צווארון, הנפגעת קובעה ללוח גב, הורדה מביתה שבקומה השלישית ללא מעלית והוכנסה לנט"ן. קיבוע עמוד שדרה צווארי (עמש"צ) במקרה זה אינו חובה והחיבור ללוח גב נעשה לצורך ניוד הנפגעת דרך חדר המדרגות אל האמבולנס.

במהלך הפינוי בוצע הסבב השניוני. לא חלה הידרדרות במצב ההכרה, לחץ דם 100 סיסטולי, סטורציה 99% עם חמצן. נפתח וריד והוחל בהזלפת נוזלים בטפטוף איטי ומורפין 10 מ"ג לשיכוך כאבים. בעת הפינוי דווח למיון על הגעת הנפגעת ועל הצורך בחדר הלם. זמן פינוי כ־10 דקות.

דיון: במקרה זה יש לשים לב לכמה דברים:

1) בטיחות קודמת לכול. אין להיכנס לזירת אירוע שידוע שהיה בה ירי עד לאישור השוטרים.

2) פציעה בבטן מכדור רובה באנרגיה גבוהה, חשודה גם כפגיעת עמוד שדרה / עמוד שדרה צווארי עד שהוכח אחרת; במקרה זה הנפגעת הייתה בהכרה מלאה ואפשר היה לקבל מידע נוירולוגי מדויק. אם המטופלת הייתה מחוסרת הכרה היה על הצוות להניח צווארון פילדלפיה ולקבע ללוח גב.

3) לאחר הסבב הראשוני יש להחליט אם יש לפנות את הנפגעת מייד או ניתן להמשיך ולטפל בשטח במשך כמה דקות. במקרה זה היה צורך בפינוי מיידי עקב דימום שאי אפשר לעצרו.

מקרה 2: התקבלה במוקד קריאה על תאונת דרכים, ודווח על רכב שהתהפך. צוות אמבולנס רגיל הגיע ראשון למקום התאונה ודיווח על רכב הפוך ובו נפגע אחד.

בטיחות: כשמגיעים למקום תאונה מוודאים שהזירה בטוחה דייה לצוות. יש לשים לב שהצוות המטפל אינו מסתכן בטיפול במרכז הכביש, כמו כן יש להיזהר מחוסר יציבות של כלי הרכב, במיוחד אם הרכב הפוך. בודקים שאין שמן או דלק באזור התאונה. אם יש, מזמינים כוחות כבאות והצלה והשאיפה היא להזיז את הנפגעים ממקום התאונה במהירות.

אנמנזה: הצוות התקרב לרכב, הוא גילה בתוכו אדם אחד שוכב על תקרת המכונית ההפוכה, נשימתו מחרחרת והוא אינו מגיב לסביבה.

הערכה וטיפול: סבב ראשוני

A - נתיב האוויר של נפגע זה בסכנה שכן מצב הכרתו אינו תקין וכן תנוחת גופו אינה מאפשרת שמירה על נתיב האוויר. מכיוון שכלי הרכב מעוך, אי אפשר להגיע אל הנפגע ולטפל בו עד לחילוצו מכלי הרכב על ידי כוחות כבאות והצלה. עם זאת, צוות האמבולנס הצליח להחדיר מנתב אוויר פלסטי ולהניח מסכת חמצן על פניו של הנפגע.

לאחר כמה דקות, הנפגע חולץ מכלי הרכב, והצוות הרפואי הניח צוואר פילדלפיה וכן קיבע את הנפגע ללוח גב. כעת אפשר לבדוק את הנפגע. צוות האמבולנס פתח את נתיב האוויר ידנית על ידי דחיקת לסת, והוא וידא שמנתב האוויר הפלסטי עדיין במקומו.

B - בבדיקת מספר נשימות מתברר שהנפגע נושם כ־6 נשימות בדקה, כלומר נשימה אחת מדי 10 שניות לערך, ולכן נותנים סיוע נשימתי ומנשימים את הנפגע בשקית הנשמה (אמבו) בקצב של כ־10 נשימות בדקה.

C - בדיקת דופק רדיאלי (פריפרי) מגלה שלנפגע יש דופק רדיאלי נמוש כ־100 בדקה.

D - רמת ההכרה של הנפגע לפי טבלת AVPU היא U (unresponsive), חסר הכרה, מכיוון שהנפגע אינו מגיב לקול ואינו מגיב לכאב.

E - מפשיטים את הנפגע מכל בגדיו ומחפשים דימומים וחבלות נוספות.

דיון: בתאונה מסוג זה, אם כלי הרכב התהפך ונפגע מכל כיוון, פירוש הדבר הוא שהקינמטיקה קשה והכוחות שהופעלו על היושב ברכב היו רבים, ולכן כבר כשמגיעים לרכב, יש לחשוד שמדובר בתאונה שבה הנפגעים יהיו במצב קשה.

מייד עלה חשד שהנפגע במקרה זה פגוע ראש, נתיב האוויר לא מאובטח, הוא במצב המודינמי גבולי־יציב לעת עתה, ולכן יש לפנותו לבית החולים מייד לאחר תום הסבב הראשוני. השאיפה היא לחבור עם נט"ן כדי לאבטח את נתיב האוויר עד שמגיעים לבית החולים. תוך כדי הפינוי דואגים לגישה ורידית כדי למנוע בזבוז זמן יקר.

מקרה 3: צוות אמבולנס יוצא לקריאה על אדם שנפל מחלון ביתו בקומה השנייה. כשמגיעים למקום האירוע צוות אמבולנס רגיל מוצא אדם היושב על הארץ, על משטח חולי, וצועק ומתלונן על כאבים בשתי רגליו.

בטיחות: כשצוות האמבולנס מגיע למקום המשטרה כבר נוכחת באירוע ואין כל סכנה לצוות.

אנמנזה: מצב הכרה ראשוני - הנפגע מדבר מעט מילים אחדות, ומתלונן על דקירה בגב וקושי בנשימה, ולכן ההתרשמות היא שהנפגע בהכרה מלאה - alert.

הערכה וטיפול: סבב ראשוני

A - מכיוון שהנפגע צועק ומדבר נתיב האוויר שלו אינו בסכנה. מקבעים את ראשו קיבוע ידני לשמירה על עמוד השדרה הצווארי (עמש"צ).

B - הנפגע מדבר ללא קושי וקצב נשימותיו כ־20 בדקה.

אין למטופל בעיית נשימה, ולכן בשלב זה ניתן לעבור לבדיקה הבאה.

C - לנפגע דופק רדיאלי (פריפרי) נמוש היטב כ־120 בדקה, אין למטופל בעיית נשימה, קצב הלב המהיר מעלה חשד לאיבוד דם ולהתחלה של הלם. יש לזכור שהאירוע מלחיץ, מרגש וכואב, ולכן יש להביא זאת בחשבון. לא כל נפגע עם טכיקרדיה הוא פגוע הלם. יש לזכור שהמצב הנפשי הוא גורם נפוץ לעלייה בקצב הלב.

D - הנפגע בהכרה מלאה, עונה לשאלות לעניין, ולכן מצב הכרתו לפי טבלת AVPU הוא A (alert).

E - מפשיטים את הנפגע ותוך כדי כך שומרים על חום גופו ובמיוחד שומרים על צנעת הפרט, במיוחד כשמדובר במקום ציבורי כגון רחוב או חצר בית. בעת ההפשטה נמצאו שינויי צורה בשני הקרסוליים, ללא סימני דימום חיצוני.

לסיכום הסבב הראשוני - מדובר בנפגע בהכרה מלאה, ללא איום על נתיב האוויר או על הנשימה/נתיב האוויר וללא סימני הלם בולטים, ולכן מדובר בנפגע יציב שניתן להמשיך ולבדוק אותו בסבב שניוני.

סבב שניוני

הנפגע מדבר לעניין ללא קושי, ולכן נתיב האוויר אינו בסכנה. כמו כן הנפגע נושם כ־20 נשימות בדקה ללא קושי. לחץ דם הדם הוא 90/50, הדופק 120 בדקה, ולכן מניחים מסכת חמצן על פניו בשל החשש לדימום פנימי כלשהו שעלול להוביל להלם תת־נפחי. שבר בפיבולה ובטיביה - בפטישון הפנימי והחיצוני, עצמות השוק המרכיבות את הקרסול, יכול להיות מלווה באיבוד דם של 1-1.5 ליטר בקירוב.

מניחים צווארון פילדלפיה ומקבעים את הנפגע ללוח גב.

דיון: לאחר הסבב השניוני המטפלים מסיקים שיש חשד לדימום פנימי אצל הנפגע וחשד לשברים ברגליים ומפנים אותו בדחיפות לבית החולים הקרוב.

מקרה 4: התקבלה קריאה על קטטה ודווח על צעיר שנדקר. כשמגיעים למקום האירוע רואים בחור כבן 17 שוכב על גבו בקוצר נשימה חריף.

בטיחות: כשצוות האמבולנס מגיע למקום המשטרה כבר נוכחת באירוע ואין כל סכנה לצוות.

אנמנזה: מצב הכרה ראשוני - הנפגע מדבר מעט מילים אחדות, ומתלונן על דקירה בגב וקושי בנשימה, ולכן ההתרשמות היא שהנפגע בהכרה מלאה - alert.

הערכה וטיפול: סבב ראשוני

A - מייד כשמגיעים לנפגע אחד מאנשי הצוות מקבע את ראשו קיבוע ידני. הנפגע נושם במהירות כ־30 נשימות בדקה ואינו מצליח להשלים משפט שלם. לעת עתה אין סכנה לנתיב האוויר.

B - מחברים מסכת חמצן אל פניו של הנפגע עקב המצוקה הנשימתית הניכרת שבה הוא נמצא. מנסים לאתר את מקום הדקירה בגבו תוך כדי שמירה על עמוד שדרה (עמ"ש) / עמוד שדרה צווארי (עמש"צ). בבדיקה מתגלה פצע דקירה בחלק העליון של הגב בצד ימין, מהפצע נשמע קול שאיבת אוויר, ולכן מניחים שסתום אשרמן מייד כדי למנוע את כניסת האוויר לתוך חלל החזה שעלול לגרום לתמט של הריאה ולהתפתחות של חזה אוויר בלחץ.

C - לנפגע דופק רדיאלי (פריפרי) נמוש חלש ומהיר מאוד.

D - הנפגע עונה לשאלות לעניין, אך מתקשה מאוד להשלים משפט.

E - מפשיטים את הנפגע מכל בגדיו תוך כדי שמירה על חום גופו ועל צנעת הפרט ומחפשים פציעות נוספות. לאחר ההפשטה לא מתגלות פציעות נוספות.

במקרה זה מדובר בנפגע דחוף עם חשד לתמט של הריאה ולחזה אוויר בלחץ והשאיפה היא לחבור עם נט"ן.

המשך הטיפול בנט"ן

ביצוע סבב ראשוני נוסף. בזמן האזנה לריאות של הנפגע מתגלה שכניסת האוויר בצד ימין מופחתת וכן מתפתח גודש בווריד הצוואר. ממצאים אלו מכוונים לחזה אוויר בלחץ והטיפול המיידי הוא ניקוז הלחץ על ידי ניקוז חזה במחט (needle application: NA). מחדירים מחט לחזה מעל צלע מספר 3 בקו האמצע הקלוויקולרי. מטרתה של פעולה זו לשחרר את הלחץ שנגרם עקב חדירת אוויר לחלל החזה שעלול לגרום לדחיקת כלי הדם הגדולים, לירידה בחזרת הדם הווריד ולירידה בלחץ הדם.

מקרה 5: התקבלה קריאה על בן 71 מחוסר הכרה. כשמגיעים אל מקום האירוע הוא שוכב במיטתו.

בטיחות: צוות הנט"ן לבשו כפפות כבר בנסיעה.

אנמנזה: לדברי הבת שנמצאת לצידו הוא ידוע כמטופל סוכרת והוא מטופל באינסולין בלבד.

הערכה וטיפול: בדיקת הכרה - המטופל מחוסר הכרה U (unresponsive), הצוות מוריד את המטופל מהמיטה אל הרצפה.

C - בדיקת דופק רדיאלי (פריפרי) - ללא דופק. בדיקת דופק קרוטי - ללא דופק. המתנדב מתחיל עיסויים בקצב של כ־100 לדקה.

A - מוחדר מנתב אוויר (airway).

B - בדיקת נשימה - המטופל אינו נושם, הפראמדיק מנשים 2 הנשמות.

- הנהג מחבר מכשיר AED. אין המלצה לתת מכת חשמל.
- נהג הנט"ן מחבר מוניטור, במוניטור רואים אסיסטולה.
- בינתיים הרופא פותח וריד ושואב אדרנלין 1 מ"ג ואטרופין 1 מ"ג, למקרה שיהיה צורך להזריקו (הלם, ברידקרדיה).
- הפראמדיק מחדיר טובוס וממשיך להנשים דרכו.
- נהג הנט"ן מתחלף עם המתנדב בעיסויים, והמתנדב מחבר עירוי סליין 500 סמ"ק לבקשת הפראמדיק.
- לאחר כמה דקות של החייאה הרופא מבקש לשאוב סודיום ביקרבונט 100mEq ולתת למטופל דרך העירוי או בהזרקה איטית.
- לאחר 3-5 דקות נוספות של החייאה שבהן ניתנים עוד כמה סבבים של תרופות, הפראמדיק בודק שוב את הקצב במוניטור ומגלה שהקצב עדיין אסיסטולה.
- רופא הנט"ן קובע את מותו של המטופל.

(הרחבה על התרופות שצויינו במקרה זה בפרק פרמקולוגיה)

מקרה 6: התקבלה קריאה על קוצר נשימה במרפאת שיניים. כשמגיעים אל מקום האירוע צוות הנט"ן מוצא גבר כבן 50 יושב על כיסא הטיפולים ומתלונן על קוצר נשימה.

בטיחות: צוות הנט"ן לבש כפפות כבר בנסיעה.

אנמנזה: לדברי המטופל הוא סובל מ־COPD (chronic obstructive pulmonary disease) ומייד לאחר זריקת ההרדמה החל להרגיש קוצר נשימה קשה במיוחד.

הערכה וטיפול:

A - המטופל בהכרה מלאה ואין כל חשש לנתיב האוויר.

B - אפשר לראות שהמטופל מתנשם בכבדות ובולט לעין גודש בווריד צוואר.

- הפראמדיק מאזין לריאות המטופל ומתרשם מצפצופים מפושטים על פני שתי הריאות.
- נהג הנט"ן מחבר את מד הסטורציה וזה מראה על 85% באוויר חדר.
- נהג הנט"ן מחבר את המטופל למסכת חמצן בקצב של 10LPM.

C - נהג הנט"ן בודק את הדופק בזמן שהפראמדיק מחבר מוניטור; במוניטור יש קצב סינוס, סדיר, בקצב של 110 פעימות לדקה - טכיקרדיה.

- רופא הנט"ן פותח וריד.
- במקביל המתנדב מודד למטופל לחץ דם - 70/100.

לבקשת הפראמדיק, נהג הנט"ן מכין מסכת אינהלציה ושם בתוכה ונטולין 5 מ"ג, אירוונט 0.5 מ"ג וסליין 3 סמ"ק, ומחבר למטופל בקצב של 6LPM.

לאחר כמה דקות של אינהלציה מד הסטורציה מראה 95%. הפראמדיק נותן למטופל סולומדרול 125 מ"ג דרך הווריד. המטופל מציין שיפור ניכר בקוצר הנשימה.

(הרחבה על התרופות שצוינו במקרה זה בפרק פרמקולוגיה)

מקרה 7: התקבלה קריאה על בן 40 עם כאבים בחזה. כשמגיעים אל מקום האירוע הוא שוכב במיטתו.

בטיחות: צוות הנט"ן לבש כפפות כבר בנסיעה.

אנמנזה: לדבריו לפני כ־10 דקות החלו לפתע כאבים לוחצים במרכז החזה זו הפעם הראשונה בחייו.

לשאלת הצוות הרפואי הוא שולל פעילות גופנית לפני תחילת הכאבים, ומספר שהיו לחצים רבים בעבודה ובבית בחודשים האחרונים.

הערכה וטיפול: סבב ראשוני

A - המטופל בהכרה מלאה ואין כל חשש לנתיב האוויר.

B - המטופל נושם 20 נשימות בדקה לדבריו ללא קושי בנשימה. נהג הנט"ן מחבר מד סטורציה שמראה 98% באוויר חדר, לבקשת הפראמדיק המטופל מחובר למסכת חמצן בקצב של 10LPM.

C - המתנדב בודק דופק רדיאלי (פריפרי) בזמן שהפראמדיק מחבר מוניטור ומגלה סינוס ברדיקרדיה בקצב 50 פעימות לדקה.

- נהג הנט"ן פותח וריד.
- בינתיים המתנדב בודק לחץ דם - 110/70.

לפני שנותנים אספירין, רופא הנט"ן מחויב לוודא שאין התוויות נגד לתרופה ועל כן הוא שואל את השאלות האלה:

- האם יש לך אלרגיה לתרופות?
- האם אתה סובל מכיב במערכת העיכול?
- האם אתה מטופל באספירין?

המטופל משיב בשלילה על שלוש שאלות אלה.

- רופא הנט"ן נותן למטופל כדור אספירין 300 מ"ג ללעוס.
- הפראמדיק מחבר את המטופל לאק"ג 12 לידים.
- לאחר קריאת תרשים האק"ג הפראמדיק מדווח על אוטם שריר הלב בקיר התחתון הימני.
- המטופל מחובר לחיבורים ימניים.
- רופא הנט"ן מבקש לתת למטופל מורפין 3 מ"ג והפרין 4,000 יחידות.

הפראמדיק מתקשר לבית החולים הקרוב, מדווח על אוטם אקוטי ומבקש להגיע ישירות לחדר צנתורים. המטופל מפונה ישירות לביצוע צנתור דחוף תוך מעקב אחר המדדים החיוניים וביצוע אק"ג נוסף ובו לא רואים שינויים.

מקרה 8: התקבלה קריאה על בת 24 עם פרכוסים. כשהצוות הרפואי מגיע אל מקום האירוע הצעירה שוכבת על המדרכה.

בטיחות: צוות הנט"ן לבש כפפות כבר בנסיעה.

אנמנזה: לדברי עוברי אורח, הצעירה השמיעה לפתע קול צעקה, נפלה והחלה "לעשות תנועות ידיים ורגליים מוזרות" כהגדרתם.

הערכה וטיפול: בהגעת הצוות למקום האישה עדיין מפרכסת.

בדיקת הכרה: מחוסרת הכרה; לפי טבלת AVPU היא U (unresponsive).

A - מוחדר מנתב אוויר פלסטי.

B - המטופלת נושמת 10 נשימות בדקה.

- נהג הנט"ן מחבר מד סטורציה שמראה 90%.
- הוא מחבר למטופלת מסכת חמצן ומרחיק את הבלון ככל האפשר מהמטופלת.

C - הפראמדיק בודק דופק רדיאלי (פריפרי), הדופק נמוש היטב בקצב של 100 פעימות לדקה.

- הפראמדיק פותח וריד ומבקש מהרופא לשאוב 2.5 מ"ג דורמיקום ומזריק למטופלת.
- לאחר כמה דקות ללא שיפור, הפראמדיק מזריק מנה נוספת של 2.5 מ"ג דורמיקום, ולאחריה המטופלת מפסיקה לפרכס.
- נהג הנט"ן בודק לחץ דם ומדווח על 130/70.
- הפראמדיק מבקש לבדוק סוכר בסטיק, לשלול מצב של היפוגליקמיה, ומגלה סוכר 75מ"ג/אחוז.

שטיפת וריד כל 20 דקות. במקביל המטופלת מפונה למתקן הרפואי הקרוב.

דיון: אם מטופל מראה שיפור במצב ההכרה (ל־V או A) - יש לשלוף בזהירות את מנתב האוויר הפלסטי החוצה.