

Tabela 10.1. cd. Zakresy działań ratunkowych w nagłym zagrożeniu zdrowia lub życia

Nazwa zakresu	Zakres czynności	Uprawnieni – zobowiązani
	4. Zaawansowane czynności medyczne w urazach 5. Podstawowa farmakoterapia stanów nagłych zagrożeń (stosownie do uprawnień zawodowych) 6. Dokumentacja medyczna 7. Specjalistyczny transport medyczny	– inni lekarze po kursach specjalistycznych – pielęgniarki ratunkowe, – licencjonowani ratownicy medyczni, – ratownicy medyczni
Leczenie ratunkowe	Procedury kliniczne medycyny ratunkowej	1. Szpitalny Oddział Ratunkowy, Klinika Medycyny Ratunkowej – specjaliści i specjalizanci medycyny ratunkowej – konsultanci dyscyplin współpracujących 2. Szpitalne zespoły zadaniowe: – szpitalny zespół urazowy – szpitalny zespół udarowy – szpitalny zespół wieńcowy – szpitalny zespół resuscytacyjny itp.

Zalecana literatura

- Cline D. M. i wsp.: Medycyna ratunkowa. Urban and Partner, Wrocław 2003.
- Jakubaszko J.: Nauczanie Pierwszej Pomocy. Zalecenia metodyczne. Biblioteka Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, Zeszyt 2, SR Poligrafia, 2004.
- Jakubaszko J.: Kwalifikowana Pierwsza Pomoc. Zalecenia metodyczne nauczania. Biblioteka Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, Zeszyt 3, SR Poligrafia, 2005.
- Plantz S. H., Adler J. N.: Medycyna ratunkowa. Urban and Partner, Wrocław 2003.
- Rosen P. i wsp.: Emergency Medicine. Concepts and Clinical Practice. Mosby-Year Book Inc., 1992.
- Tintinalli J., Kelen G. D., Stapczynski J. S.: Emergency Medicine. A Comprehensive Study Guide. American College of Emergency Physicians, The McGraw-Hill Companies Inc., 2004.

ZADANIA TESTOWE DLA STUDENTÓW WYDZIAŁÓW LEKARSKICH I WYDZIAŁU NAUKI O ZDROWIU

Andrzej Zawadzki, Robert Jureczko, Maciej Gołoś, Edyta Flakiewicz, Monika Panek

- W napadzie drgawek:

 - należy zabezpieczyć pacjenta przed urazami
 - należy udrożnić drogi oddechowe
 - wskazane jest podanie diazepam (Relanium)
 - należy jak najszybciej podłączyć wlew 10% glukozy
- Wstępne warunki rozpoczęcia leczenia zaburzeń rytmu serca obejmują:

 - podaż tlenu przez maskę z szybkością przepływu 15 l/min
 - monitorowanie rytmu serca
 - wczesną intubację dotchawiczą
 - pomiar ciśnienia tętniczego krwi metodą bezpośrednią
- W leczeniu napadowego częstoskurczu z wąskimi zespołami QRS można zastosować:

 - masaż zatoki szyjnej
 - adenozynę (Adenocor) w jednorazowej dawce 6 mg i.v. – *przebieg*
 - suplementację potasu i magnezu
 - werapamil w dawce 10 mg i.v. *6*
- W ocenie EKG u dorosłego człowieka za nieprawidłowe przyjmuje się:

 - czas PQ 0,25 s
 - czas trwania zespołu QRS 0,15 s
 - czas trwania zespołu QRS 0,06 s *?*
 - częstość zespołów QRS 90/min *?*
- Monitorowanie EKG:

 - należy zastosować u każdego pacjenta po porażeniu prądem elektrycznym
 - pozwała ocenić zakres niedokrwienia mięśnia sercowego
 - służy przede wszystkim do oceny zaburzeń rytmu serca
 - należy zastosować wyłącznie w razie konieczności elektroterapii

6

Do szpitalnego oddziału ratunkowego przywieziono młodego mężczyznę z zaburzeniami świadomości. Od rodziny dowiedziałeś się, że od pewnego czasu pacjent miał wzmożone pragnienie i kilkakrotnie wstawał w nocy oddać mocz. Co należy wykonać u takiego pacjenta?

- a | prowadzić monitorowanie podstawowych czynności życiowych i pilnie zlecić badanie TK głowy, aby wyjaśnić przyczyny zaburzeń świadomości
- b | poza monitorowaniem tętna, ciśnienia tętniczego i wysycenia krwi tętniczej tlenem, jak najszybciej oznaczyć stężenie glukozy i wykonać badanie gazometryczne krwi tętniczej
- c | można „w ciemno” podać dożylnie 20 ml 40% glukozy
- d | skierować pacjenta na USG jamy brzusznej

7

U 60-letniego pacjenta wystąpiły nagle zawroty głowy, duszność i uczucie kołatania serca. W zapisie EKG stwierdzasz niemierną czynność komór serca z częstością ok. 160/min i brak załamek P. Jakie powinno być postępowanie lecznicze z tym chorym?

- a | należy podłączyć godzinny wlew z 300 mg amiodaronu w celu zwolnienia akcji serca
- b | jeśli pacjent twierdzi, że kołatanie serca trwa u niego od ok. dwóch dni, należy podać heparynę i odroczyć wykonanie kardiowersji elektrycznej
- c | natychmiast podać heparynę w dawce 5000 j. i wykonać kardiowersję elektryczną
- d | podać dożylnie 150 mg amiodaronu w ciągu 10 min i jeśli po tym czasie migotanie przedsionków się nie umiarowiło, rozważyć ewentualnie wykonanie kardiowersji

8

U młodego mężczyzny pchniętego nożem w brzuch należy:

- a | jak najszybciej wyjąć nóż i założyć opatrunek uciskowy
- b | podać tlen
- c | założyć dostęp dożylny i podłączyć płyny
- d | jak najszybciej wykonać zdjęcie RTG przeglądowe jamy brzusznej żeby ocenić, jak głęboko sięga nóż

9

Postępowanie u pacjenta z dusznością obejmuje:

- a | wykonanie natychmiast zdjęcia RTG klatki piersiowej celem wykluczenia odmy opłucnowej przeźni
- b | zrobienie EKG, ponieważ w większości przypadków duszność jest objawem obrzęku płuc pochodzenia kardiogennego
- c | podanie tlenu 15 l/min
- d | podłączenie monitora EKG, pulsoksymetru i pomiar ciśnienia krwi

10

U pacjenta z tępym urazem klatki piersiowej i brzucha należy liczyć się z możliwością wystąpienia:

- a | krwotoku do jamy brzusznej
- b | tamponady osierdzia
- c | ostrej niewydolności oddechowej po 24 h od wystąpienia urazu
- d | mnogich złamań żeber

11

Które objawy wskazują na oparzenie II°?

- a | ból i zaczerwienienie
- b | twarda i napięta skóra
- c | pojawienie się pęcherzy z płynem surowiczym
- d | zwęglenie tkanek

12

Do objawów złamania kości podstawy czaszki należy:

- a | utrata przytomności
- b | objaw Battle'a
- c | wyciek płynu z ucha
- d | obecność krwi w ciełe szklistym oka

13

Do szpitalnego oddziału ratunkowego został przywieziony przez pogotowie 55-letni pacjent po utracie przytomności. W zapisie kardiomonitora stwierdzasz blok przedsionkowo-komorowy typu Mobitz II, czynność komór 38/min. Jakie należy wdrożyć postępowanie lecznicze:

- a | szybko podać atropinę w dawce 3 mg *i.v.*, aby przyspieszyć czynność komór
- b | podłączyć elektrostymulację zewnętrzną
- c | w razie braku możliwości zastosowania elektrostymulacji zewnętrznej i braku pozytywnej odpowiedzi na atropinę podłączyć wlew z epinefryny z szybkością 2–10 µg/min
- d | w przypadku gdy pacjent ponownie straci przytomność, jak najszybciej wykonać defibrylację

14

Do szpitalnego oddziału ratunkowego zgłosiła się 27-letnia pacjentka z silnymi bólami w prawym dole biodrowym. HR–140/min, RR–90/60. W badaniu stwierdzono silną bolesność uciskową w podbrzuszu. Obecne są miejscowe objawy otrzewnowe. Jakie możliwe przyczyny takiego stanu bierzesz pod uwagę:

- a | ostre zapalenie wyrostka robaczkowego
- b | ostre zapalenie pęcherza moczowego
- c | pęknięcie ciąży pozamacicznej
- d | atak kamicy żółciowej

15

U chorego zatrutego tlenkiem węgla:

- a | istnieje poważne ryzyko rozwoju obrzęku mózgu
- b | jeżeli stężenie hemoglobiny tlenkowej przekracza 50%, przesłać pacjenta do komory hiperbarycznej
- c | podanie do oddychania czystego tlenu może przyspieszyć odłączanie tlenku węgla od hemoglobiny
- d | należy rozważyć konieczność wczesnej intubacji dotchawiczej

16

Do szpitalnego oddziału ratunkowego przywieziony został 30-letni mężczyzna z dusznością, *tachypnoë* ok. 60 oddechów/min, wydłużenie fazy wdechowej, HR – 120/min. Osluchowo nad polami płucnymi stwierdzasz liczne świsły i furczenia. Co podejrzewasz i jakie postępowanie lecznicze wdrożysz u tego chorego:

- a | podejrzewam zaostrenie astmy oskrzelowej i podam pacjentowi 100 mg hydrokortyzonu *i.v.*
- b | należy podać pacjentowi wziewnie lek rozszerzający oskrzela, np. salbutamol w dawce 2,5–5 mg
- c | przy braku odpowiedzi na lek rozszerzający oskrzela należy rozważyć podanie epinefryny w dawce 3–5 ml roztworu 1:10 000
- d | podajemy tlen 3 l/min

17

Pacjent został użądłony przez pszczołę w okolicę tylnej ściany gardła. Gwałtownie narasta u niego obrzęk górnych dróg oddechowych. Jakie postępowanie należy u niego wdrożyć:

- a | podać dożylnie 0,01 mg/kg mc. epinefryny
- b | jak najszybciej wykonać intubację dotchawiczą
- c | od razu przystąpić do nakłucia więzadła pierścienno-tarczowego w celu zapobieżenia całkowitej niedrożności dróg oddechowych
- d | podać wziewnie lek rozszerzający oskrzela, np. salbutamol

18

Resuscytacja pacjenta wyciągniętego z zimnej wody:

- a | powinna być poprzedzona wylaniem wody z płuc w celu umożliwienia prawidłowej wentylacji
- b | powinna trwać do momentu, gdy temperatura wewnętrzna pacjenta osiągnie 36°C
- c | wymaga szybkiego przewiezienia poszkodowanego do szpitala
- d | może być skuteczna nawet po upływie 40 min od wdrożenia czynności resuscytacyjnych

19

Prawidłowe leczenie chorego z obrzękiem płuc obejmuje:

- a | podanie tlenu przez wąsy donosowe w ilości 12–15 l/min
- b | dożylne podanie morfiny
- c | przy braku objawów wstrząsu podanie nitrogliceryny
- d | podłączenie dożylnego wlewu epinefryny

20

Pacjenta po urazie, u którego utratę krwi oceniasz mniej więcej na 20% jej normalnej objętości:

- a | leczysz agresywnym wlewem dożylnym krystaloidów
- b | leczysz wysokim stężeniem tlenu w mieszaninie oddechowej
- c | leczysz profilaktycznie antybiotykiem
- d | leczysz metyloprednizolonem 30 mg/kg mc. *i.v.*, gdyż podejrzewasz uraz rdzenia kręgowego

21

Pacjent po urazie głowy otwiera oczy tylko po zadaniu bodźca bólowego, nie odpowiada na zadawane pytania i prezentuje reakcję wyprostną w odpowiedzi na bodziec bólowy, oddycha z częstością ok. 6 oddechów/min, HR < 40:

- a | wymaga intubacji dotchawiczej
- b | póki oddycha samodzielnie wystarczy podać mu przez maskę tlen z szybkością przepływu 15 l/min
- c | ma wskazania do podania 3 mg atropiny *i.v.*
- d | powinien być hiperwentylowany

22

U pacjenta z niewydolnością oddechową wstępny standard postępowania w SOR zawiera:

- a | podłączenie kardiomonitora
- b | podłączenie pulsoksymetru
- c | ułożenie pacjenta w pozycji leżącej na plecach
- d | osłuchanie pacjenta

23

U kobiety w 8. miesiącu ciąży przebywającej na oddziale szpitalnym doszło w czasie posiłku do aspiracji kęsa pokarmowego do dróg oddechowych. U pacjentki stwierdzasz: szybko narastającą sinicę, brak fonacji świadcząco o obecności ciała obcego w szparze głośni. Wykonujesz:

- a | zabieg Heimlicha
- b | 5 uderzeń w okolicę międzyłopatkową
- c | w przypadku pogarszania stanu pacjentki – nakłucie więzadła pierścienno-tarczowego trzema wenflonami o średnicy 8 G
- d | w przypadku NZK pacjentki rozpoczynasz sztuczną wentylację i masaż pośredni serca

24

U pacjenta z bólem o charakterze wieńcowym trwającym od 2 h stwierdzasz na monitorze bradykardię 35/min, RR 85/40 mm Hg w doraźnym postępowaniu możesz zastosować:

- a | morfinę 5 mg *i.v.*
- b | przetoczenie 250 ml krystaloidu w celu podniesienia RR
- c | atropinę w dawkach frakcyjnych po 0,5 mg *i.v.*
- d | nitroglicerynę w aerozolu 1 dawka co 5–10 min

25

Pacjent potrącony przez samochód, przywieziony do szpitalnego oddziału ratunkowego przez pogotowie ratunkowe. Przytomny, GCS 15 pkt. W badaniu 30 oddechów/min. Tętno 140/min, RR 50/0 mm Hg. Wstępne postępowanie obejmuje:

- a | podanie tlenu przez maskę 12 l/min
- b | zabezpieczenie dwóch dostępów dożylnych i szybkie przetoczenie płynów w ilości nie większej niż 1000 ml ze względu na uniknięcie ryzyka obrzęku płuc
- c | wykonanie pilnej kardiowersji elektrycznej w celu umiarkowania częstoskurczu
- d | pilną intubację dotchawiczą i podłączenie wlewu noradrenaliny (Levonor) w dawce 4 µg/min

26

U pacjenta leczonego na oddziale wewnętrznym wystąpiła nagła duszność i ból w klatce piersiowej poprzedzone atakiem kaszlu. U pacjenta stwierdzasz sinicę, przyspieszenie oddechu do 45/min, Sat O₂ 75%.

- a | zlecasz wykonanie RTG klatki piersiowej w trybie pilnym
- b | zlecasz ułożenie pacjenta w pozycji siedzącej, podajesz tlen o przepływie 12–15 l/min, następnie osłuchujesz pacjenta
- c | w przypadku braku szmeru pęcherzykowego po stronie prawej dokonujesz odbarczenia odmy opłucnowej, w trzecim międzyżebżu w linii środkowo-obojczykowej
- d | zakładasz rurkę ustno-gardłową lub maskę krtaniową

27

U nieprzytomnego pacjenta (4 pkt GCS) po próbie samobójczej przez powieszenie, po sprawdzeniu drożności dróg oddechowych i obecności tętna na tętnicach szyjnych, w pierwszej kolejności:

- a zakładasz kołnierz Schuntza, podajesz przez maskę tlen z przepływem 12–15 l/min
- b zakładasz kaniulę 1,4 do żyły odłokciowej
- c wykonujesz intubację dotchawiczą z maksymalną ostrożnością
- d zakładasz opatrunek na bruzdę wisielczą i następnie unieruchamiasz głowę na desce ratunkowej za pomocą poduszek

28

Do szpitalnej izby przyjęć przywieziono pacjenta własnym transportem po ukąszeniu przez osę w okolicę nagłośni. Pacjent przytomny, skarży się na duszność, słyszalny jest *stridor* krtaniowy, bez cech sinicy. W pierwszej kolejności:

- a podajesz tlen przez maskę 12–15 l/min, podłączasz pulsoksymetr, zakładasz kaniulę do żyły obwodowej
- b wysyłasz chorego na konsultację laryngologiczną
- c zakładasz maskę krtaniową
- d podajesz wziewnie leki z grupy beta-mimetyków

29

U pacjentów hospitalizowanych:

- a nie można nigdy przewidzieć ryzyka wystąpienia nagłego zatrzymania krążenia
- b wszyscy nowo przyjęci powinni być monitorowani za pomocą kardiomonitora i pulsoksymetru przez pierwsze 24 h
- c leczenie przeciwbólowe morfiną może być prowadzone tylko na oddziale intensywnej terapii
- d leczenie bólu w zawałe serca może być prowadzone tylko lekami z grupy niesteroidowych przeciwzapalnych, ale podawanymi dożylnie

30

U chorego przywiezionego do SOR doszło nagle do utraty przytomności, stwierdzasz brak oddechu oraz brak tętna na tętnicy szyjnej:

- a resuscytację rozpoczynasz od intubacji dotchawiczej i podania do rurki intubacyjnej (jeżeli nie ma dostępu do żyły obwodowej), 3 mg epinefryny w 10 ml 0,9% NaCl
- b rozpoczynasz wentylację pacjenta przez maskę workiem samorozprężalnym oraz masaż pośredni serca w tempie 100 uciśnień mostka/min, co 15 uciśnień wykonujesz 5 wdechów
- c gdy pacjent był monitorowany i stwierdzasz migotanie komór, jeżeli masz przy łóżku pacjenta defibrylator, wykonujesz jak najszybciej defibrylację energią 360 J defibrylatorem jednofazowym
- d w pierwszej kolejności wzywasz zespół reanimacyjny, następnie zakładasz dostęp do żyły obwodowej i podajesz 1 mg epinefryny

31

Uraz rdzenia kręgowego podejrzewasz u:

- a podtopionego po skoku do wody
- b nieprzytomnego po upadku z wysokości
- c potrąconego przez samochód
- d odciętego powieszzonego

32

Tępy ból w klatce piersiowej, o nasileniu niezależnym od ucisku na jej ściany, może być objawem:

- a ostrego zespołu wieńcowego
- b przepukliny rozworu przełykowego
- c nerwobólu międzyżebrowego
- d zespołu Tietza

33

Piorunująca niewydolność wątroby może wystąpić w przebiegu:

- a zapalenia wątroby
- b zapalenia okrężnicy
- c zapalenia trzustki
- d choroby wrzodowej dwunastnicy

34

Wczesne leczenie ostrego zespołu wieńcowego obejmuje podanie:

- a morfiny dożylnie w dawce 5–10 mg
- b tlenu w wysokim stężeniu do oddychania (12–15 l/min)
- c nitrogliceryny pod język
- d petydyny dożylnie w dawce 25–50 mg

35

W schemacie wczesnego leczenia zawału mięśnia sercowego podaje się doustnie:

- a kwas acetylosalicylowy w dawce 500 mg
- b kwas acetylosalicylowy w dawce 75 mg
- c nitroglicerynę
- d morfinę

36

W leczeniu anafilaksji podstawowym zabiegiem jest:

- a przerwanie kontaktu pacjenta z antygenem
- b podanie epinefryny dożylnie w dawce 0,1–0,5 mg
- c podanie 0,9% roztworu NaCl w szybkim wlewie dożylnym
- d ułożenie pacjenta w pozycji bezpiecznej

37

Wczesna intubacja i następne założenie sondy żołądkowej obowiązuje:

- a u pacjentów podtopionych, wydobytych z wody
- b u nieprzytomnych zatrutych substancją przyjętą doustnie
- c u nieprzytomnych ciężarnych
- d u pacjentów otyłych, z *tachypnoë* w przebiegu niewydolności oddechowej

38

Przyjeżdżasz z zespołem R do nieprzytomnego pacjenta z cukrzycą insulinozależną w wywiadzie. Mężczyzna ma 62 lata, jest wydolny oddechowo, a rodzina relacjonuje, że „on tak śpi już od kilku godzin”. Stwierdzasz obecność tętna na tętnicy szyjnej. Zlecasz:

- a pomiar ciśnienia tętniczego i podłączenie kardiomonitora przez jednorazowe elektrody monitorujące
- b pomiar glikemii za pomocą przenośnego glukometru
- c założenie obwodowej linii żyłnej i podłączenie do niej 500 ml fizjologicznego roztworu NaCl
- d toczenie do linii żyłnej obwodowej 500 ml 5% roztworu glukozy

39

Przezsokna zewntrzna elektrostymulacja:

- a | służy do leczenia bradykardii opornej na siarczan atropiny
- b | jest tymczasową procedurą zapewniającą wstępne leczenie
- c | musi być wdrożona u pacjenta z istniejącym ryzykiem asystolii
- d | musi być wdrożona u każdego pacjenta z bradykardią

40

Do objawów małego rzutu nie zaliczysz:

- a | tachykardii 120/min
- b | RR skurczowego < 100 mm Hg
- c | RR skurczowego < 90 mm Hg
- d | utraty przytomności pacjenta

41

Do objawów małego rzutu zaliczysz:

- a | zaburzenia świadomości pacjenta
- b | objawy zastojów nad polami płucnymi
- c | tętno < 80/min
- d | duszność ze świstami, trzeszczeniami i rżeniami nad polami płucnymi

42

U 55-letniego mężczyzny wystąpił, trwający od godziny, ucisk w klatce piersiowej, nudności i zlewne poty. Puls wynosi 42 uderzenia/min, RR 75/45 mm Hg. W zapisie EKG stwierdzasz zatokową bradykardię. Zlecasz podanie:

- a | atropiny 0,5–1,0 mg *i.v.*
- b | amiodaronu 150 mg *i.v.* przez 10 min
- c | morfiny 10–20 mg *i.v.* w szybkim bolusie
- d | duży przepływ tlenu przez maskę twarzową nie powinien przekraczać 12 l/min

43

Monitorując EKG na szpitalnym oddziale ratunkowym:

- a | ciągle monitorowanie EKG prowadzimy za pomocą jednorazowych elektrod monitorujących
- b | jednorazowe elektrody monitorujące należy przyklejać raczej nad mięśniami niż nad kośćmi
- c | czerwoną elektrodę monitorującą przylepiamy nad prawym obojczykiem
- d | zieloną elektrodę monitorującą przylepiamy nad lewym obojczykiem

44

Właściwe leczenie dorosłego pacjenta z migotaniem przedsionków obejmuje:

- a | podanie amiodaronu 150 mg *i.v.* po drugim cyklu nieskutecznej defibrylacji
- b | wykonanie kardiowersji u pacjenta z objawami małego rzutu, u którego kołatanie serca trwa od 2 h
- c | masaż zatoki szyjnej u pacjenta z kołataniem serca w wywiadzie odległym
- d | pierwszy cykl kardiowersji zaczynamy energią 100 J

45

W zawale mięśnia sercowego w okresie przedszpitalnym, w przypadku braku objawów wstrząsu kardiogenego, można zastosować:

- a | nitroglicerynę
- b | tlen
- c | epinefrynę
- d | morfinę

46

W zawale serca morfinę należy podać:

- a | domięśniowo
- b | dożylnie
- c | podskórnie
- d | doustnie

47

U pacjenta wystąpiła duszność spoczynkowa, stwierdzasz sinicę, przyspieszenie oddechu do 60/min, liczne rżenia i trzeszczenia nad płucami. Postępowanie przedszpitalne obejmuje:

- a | ułożenie pacjenta w pozycji leżącej, ponieważ podejrzewasz zawał mięśnia sercowego i bezzwłoczne przewiezienie pacjenta do pracowni hemodynamicznej
- b | podanie tlenu z maksymalnym przepływem 3 l/min, gdyż bierzesz pod uwagę jego toksyczne działanie
- c | ułożenie pacjenta w pozycji siedzącej, podanie tlenu 12 l/min
- d | zabezpieczenie linii żyłnej i monitorowania

48

Pacjent w czasie picia napoju z puszki został ukąszony przez osę, doszło do obrzęku nagłośni i całkowitej niedrożności dróg oddechowych. Wykonujesz:

- a | manewr Heimlicha
- b | zakładasz rurkę Combitube
- c | intubację dotchawiczą
- d | w przypadku braku możliwości konikopunkcję

49

U pacjenta po wypadku komunikacyjnym stwierdzasz trzeszczenie w okolicy karku, brak szmeru pęcherzykowego po stronie lewej, sinicę. Podejrzewasz:

- a | krwiaka opłucnej
- b | tamponadę osierdzia
- c | odmę pęzną
- d | obrzęk płuc

50

Pacjentka z wywiadem choroby wrzodowej zgłosiła się do SOR z powodu nagłego silnego bólu w nadbrzuszu. W ostatnich 2 dniach miała smoliste stolce. W badaniu przedmiotowym: brzuch deskowaty, perystaltyka niesłyszalna. Podejrzewasz:

- a | zawał mięśnia sercowego
- b | perforację wrzodu
- c | żylaki przełyku
- d | zapalenie wyrostka robaczkowego

51

Pacjentka 20-letnia przybyła do SOR z powodu bólu w podbrzuszu, częstomocz, oddaje mocz podbarwiony na czerwono. U pacjentki podejrzewasz:

- a | bolesną miesiączkę
- b | uraz cewki moczowej
- c | zapalenie pęcherza
- d | nowotwór nerki

52

30-letni pacjent z kilkuletnim wywiadem astmy oskrzelowej zgłosił się do Izby Przyjęć z powodu duszności. W wywiadzie – stan po zażyciu 2 tabletek Ketonalu z powodu bólu zęba. W badaniu przedmiotowym – *tachypnoë* 40 oddechów/min, HR miarowe, 100/min, RR – 100/50 mm Hg, nad płucami słyszalne są liczne świsty. Należy:

- a | podać tlen (10 l/min)
- b | zapewnić dostęp dożylny i podłączyć monitorowanie
- c | podać wziewny beta₂-mimetyk
- d | podać teofilinę, hydrokortyzon, lek przeciwhistaminowy

53

Terapia ostrych zespołów wieńcowych obejmuje:

- a | zastosowanie narkotycznych leków przeciwbólowych
- b | w każdym przypadku podanie nitrogliceryny, w celu rozkurczenia naczyń wieńcowych
- c | podłączenie dożylnego wlewu epinefryny w celu zwiększenia siły skurczu mięśnia sercowego
- d | podanie tlenu z szybkością 12 l/min

54

Postępowanie z pacjentem nieprzytomnym obejmuje następujące czynności:

- a | monitorowanie, zapewnienie dostępu dożylnego, podanie tlenu
- b | zapewnienie drożności dróg oddechowych
- c | pomiar glikemii
- d | pobranie krwi na badania toksykologiczne

55

Wyróżniamy:

- a | cztery stopnie oparzenia
- b | trzy stopnie oparzenia
- c | sześć stopni oparzenia
- d | osiem stopni oparzenia

56

U pacjenta z niewydolnością oddechową standard postępowania zawiera:

- a | podłączenie kapnografu
- b | podłączenie pulsoksymetru
- c | ułożenie pacjenta w pozycji siedzącej
- d | podłączenie kardiomonitора

57

U pacjenta przebywającego na oddziale wewnętrznym z powodu zaostrenia przewlekłej niewydolności oddechowej doszło do nagłej utraty przytomności. Pacjent ma założony dostęp dożylny. Stwierdzasz brak własnego oddechu i brak tętna na tętnicach szyjnych, w zapisie na monitorze stwierdzasz asystolię. Postępujesz w następujący sposób:

- a | podajesz 500 mg hydrokortyzonu i 250 mg aminofiliny *i.v.*, ponieważ do zatrzymania krążenia doszło na skutek nagłej obturacji dróg oddechowych
- b | rozpoczynasz wentylację aparatem Ambu i masaż pośredni serca
- c | po rozpoczęciu podstawowych czynności ratujących życie zlecasz podanie dożylnie atropiny w dawce 3 mg
- d | po rozpoczęciu podstawowych czynności ratujących życie wykonujesz intubację dotchawiczą, następnie zlecasz podanie *i.v.* epinefryny w dawce 3 mg.

58

U pacjenta z bólem o charakterze wieńcowym trwającym od 2 h stwierdzasz na monitorze bradykardię 35/min, RR 85/40 mm Hg w doraźnym postępowaniu możesz zastosować:

- a | kwas acetylosalicylowy doustnie 0,5 g
- b | morfinę w dawce 5 mg *i.v.*
- c | atropinę w dawkach frakcjonowanych po 0,5 mg *i.v.*
- d | nitroglicerynę w aerozolu 1 dawka co 5–10 min

59

Wskazaniem do defibrylacji jest:

- a | asystolia
- b | częstoskurcz z szerokimi zespołami QRS z czynnością komór powyżej 200/min
- c | migotanie komór
- d | każdy częstoskurcz z szerokimi zespołami QRS

60

W przypadku stwierdzenia braku tętna na tętnicach szyjnych:

- a | jedyną możliwą do zastosowania metodą elektroterapii jest defibrylacja
- b | w razie stwierdzenia asystolii podaje się w pierwszej kolejności atropinę w dawce 3 mg *i.v.*
- c | podaje się zawsze epinefrynę w dawce 1 mg *i.v.* co 3 min
- d | w razie stwierdzenia częstoskurczu z wąskimi zespołami QRS o częstości powyżej 250/min nie ma wskazań do elektroterapii

61

Podczas zakładania obwodowego dostępu żylnego mogą wystąpić następujące powikłania:

- a | krwiak w miejscu wkłucia
- b | zator powietrzny
- c | zaburzenia rytmu serca
- d | odma opłucnowa

62

Udrożnienie dróg oddechowych przez wysunięcie żuchwy:

- a | należy stosować zawsze, gdy podejrzewamy uraz odcinka szyjnego kręgosłupa
- b | nie jest związane z koniecznością usunięcia protez z jamy ustnej chorego
- c | jest najlepszym sposobem na udrożnienie dróg oddechowych
- d | jeśli nie zapewnia skutecznej wentylacji, należy udrożnić drogi oddechowe przez odgięcie głowy

63

Według schematu PBLs:

- a | stosunek częstości wentylacji do masażu pośredniego serca u noworodka wynosi 1:3
- b | częstość prowadzenia sztucznej wentylacji u dziecka 4-letniego powinna mieścić się w granicach 30–40/min
- c | u dziecka 10-letniego masaż pośredni serca należy prowadzić z częstością 120/min
- d | można zawsze zastosować AED (defibrylacja automatyczna), jeśli jest dostępna

- 64 Resuscytację należy przedłużyć:
- a u chorych z uogólnionym procesem nowotworowym
 - b u pacjentów z hipotermią
 - c jeśli w trakcie reanimacji udało się uzyskać tętno na tętnicach szyjnych, ale po chwili ponownie doszło do NZK
 - d nie należy w żadnym przypadku prowadzić reanimacji dłużej niż 20 min

- 65 W przypadku braku tętna na tętnicach szyjnych należy:
- a wykonać uderzenie przedsercowe
 - b sprawdzić, czy pacjent oddycha
 - c wdrożyć podstawowe czynności ratujące życie
 - d wykonać jak najszybciej defibrylację

- 66 Prawidłowe leczenie pacjenta z migotaniem komór obejmuje:
- a prowadzenie sztucznej wentylacji i masażu pośredniego serca przez 3 min przed wykonaniem pierwszego cyklu defibrylacji
 - b podawanie epinefryny w dawce 1 mg *i.v.* co 3 minuty
 - c po drugim cyklu defibrylacji podanie amiodaronu w dawce 300 mg *i.v.*
 - d podanie wodorowęglanu wapnia w dawce 1 mmol/kg mc. w ciągu minuty po wykonaniu pierwszego cyklu defibrylacyjnego w celu przeciwdziałania rozwojowi kwasicy metabolicznej

- 67 Prawidłowe leczenie częstoskurczu z szerokimi zespołami QRS obejmuje:
- a w każdym przypadku stwierdzenia obecności tętna na tętnicy szyjnej wykonanie kardiowersji elektrycznej (100 J; 200 J; 360 J)
 - b przy braku objawów małego rzutu wstępne podanie 300 mg amiodaronu *i.v.* w ciągu 20 min
 - c próbę zwolnienia szybkiej czynności komór przez podanie adenozyiny w dawce początkowej 6 mg *i.v.*
 - d podłączenie dożylnego wlewu epinefryny

- 68 Resuscytacja pacjenta wydobytego z zimnej wody:
- a powinna być poprzedzona wylaniem wody z płuc w celu umożliwienia prawidłowej wentylacji
 - b powinna trwać do momentu, gdy temperatura wewnętrzna pacjenta osiągnie 36°C
 - c wymaga zabrania ratowanego z miejsca zdarzenia
 - d może być skuteczna nawet po upływie 40 min od wdrożenia czynności resuscytacyjnych

- 69 Wskazaniem do podania epinefryny jest:
- a każda postać NZK
 - b tylko migotanie komór
 - c tylko asystolia
 - d nie podaje się epinefryny, jeżeli czynność elektryczna serca jest mniejsza niż 60/min

- 70 Prowadzisz resuscytację pacjenta potrąconego przez samochód ciężarowy. Stwierdziłeś brak oddechu i tętna na tętnicach szyjnych. W pierwszym zapisie EKG z elektrod defibrylatora stwierdzasz częstoskurcz z wąskimi zespołami QRS o częstości komór 180/min. Jak powinno wyglądać dalsze postępowanie?
- a natychmiast wykonujesz defibrylację prądem 200 J; 200 J; 360 J
 - b odstępujesz od wykonania defibrylacji i w pierwszej kolejności zakładasz linię żylną, aby podać 1 mg epinefryny
 - c rozważasz wykonanie kardiowersji elektrycznej 100 J; 200 J; 360 J
 - d po zabezpieczeniu drożności dróg oddechowych jak najszybciej przetaczasz 2 l krystaloidów

- 71 Wstępne warunki rozpoczęcia leczenia zaburzeń rytmu serca obejmują:
- a podaż tlenu przez maskę z szybkością przepływu 15 l/min
 - b monitorowanie rytmu serca
 - c wczesną intubację dotchawiczą
 - d pomiar ciśnienia tętniczego krwi metodą bezpośrednią

- 72 Odsysanie cewnikiem za pomocą ssaka elektrycznego:
- a powinno być wykonywane przed intubacją, z gardła i przetyku
 - b u pacjenta zaintubowanego odsysanie z rurki intubacyjnej powinno być poprzedzone podaniem tlenu w stężeniu 100%
 - c u chorych niezaintubowanych jest przeciwwskazane
 - d nie może spowodować niedotlenienia

- 73 U nieprzytomnego pacjenta po upadku z wysokości stwierdzasz po wykonaniu intubacji dotchawiczej brak szmeru pęcherzykowego po stronie prawej:
- a podejrzewasz zatkanie oskrzela głównego i transportujesz pacjenta szybko do szpitala w celu wykonania pilnej bronchoskopii
 - b podejrzewasz odemę opłucnową i na miejscu wypadku odbarczasz odmę wenflonem 14 lub 17 G w II międzyżebrow w linii środkowo-obojęzycznej prawej
 - c podajesz pacjentowi duże stężenia tlenu, a następnie starasz się odessać wydzielinę z oskrzeli
 - d podejrzewasz odmę opłucnową i odbarczasz odmę wenflonem 14 lub 17 G w VII międzyżebrow w linii pachowej środkowej, po stronie prawej.

- 74 U nieprzytomnego pacjenta, u którego stwierdzono brak czynności oddechowej i obecność tętna na tętnicach szyjnych, sztuczną wentylację za pomocą zestawu Ambu z maską twarżową należy prowadzić wg następujących parametrów:
- a częstość oddechu 12/min
 - b objętość oddechu 0,5–0,7
 - c częstość oddechu 8/min
 - d objętość oddechu 1,5–2,0 l

75

Stosunek liczby sztucznych oddechów do liczby uciśnień mostka przy masażu pośrednim serca wynosi:

- a u dorosłych 2 : 30
- b u noworodków 1 : 3
- c u zaintubowanych dorosłych można prowadzić wentylację z masażem asynchronicznie
- d u 10-letniego dziecka 2 : 15

76

Potencjalnie odwracalną przyczyną opornego na defibrylację migotania komór może być:

- a odma opłucnowa prężna
- b zatorowość płucna
- c hipowolemia
- d tamponada serca

77

W czasie resuscytacji dostęp dożylny można założyć:

- a w dole łokciowym wenflonem 17 G
- b do żyły szyjnej wewnętrznej
- c do żyły podobojczykowej
- d do żyły udowej wenflonem 17 G

78

Wykonując defibrylację elektryczną należy przestrzegać następujących zasad:

- a pacjent zawsze musi być położony na łóżku z twardym materacem, należy dwukrotnie sprawdzić czy nikt nie dotyka łóżka chorego
- b przed wykonaniem pierwszej defibrylacji konieczne jest podłączenie elektrod monitorujących w celu lepszej oceny skuteczności defibrylacji
- c elektrody defibrylatora należy przyłożyć w prawej okolicy podobojczykowej i w V międzyżebrowo w linii pachowej środkowej lewej
- d należy przed defibrylacją posmarować żelem klatkę piersiową pacjenta w miejscu przyłożenia elektrod

79

U podtopionych:

- a nie rozpoczyna się resuscytacji, jeżeli według wiarygodnej relacji naocznych świadków pacjent przebywał pod wodą ok. 15 min
- b podejrzewając hipotermię, przetaczasz podczas resuscytacji płyny ogrzane do temp. 42°C
- c w przypadku opornego na defibrylację migotania komór podejrzewasz hipoksję spowodowaną obrzękiem płuc i podajesz furosemid w dawce 80 mg *i.v.*
- d w przypadku asystolii po założeniu rurki intubacyjnej i dostępu dożylnego zlecasz podanie *i.v.* 3 mg epinefryny, a następnie po ok. 1 min podanie 3 mg atropiny

80

W przypadku częstoskurczu z szerokimi zespołami QRS należy:

- a u pacjenta z objawami małego rzutu i obecnym tętnem na tętnicach szyjnych wykonać pilnie defibrylację elektryczną
- b u pacjenta bez objawów małego rzutu tego typu zaburzenie rytmu nie wymaga leczenia

81

u pacjenta bez objawów małego rzutu należy podać dożylnie amiodaron w dawce 300 mg

- c
- d u pacjenta z objawami małego rzutu należy podać najpierw dożylnie adenozyne (Adenocor) w dawce 6 mg a następnie 3 × 12 mg w celu wykluczenia częstoskurczu nadkomorowego

81

Intubacja dotchawicza:

- a jest najlepszą metodą udrożnienia dróg oddechowych u nieprzytomnych
- b w przypadku urazu kręgosłupa szyjnego przed intubacją dotchawiczą należy założyć kołnierż Schuntza
- c u nieprzytomnych pacjentów z podejrzeniem urazu kręgosłupa szyjnego przed intubacją można założyć rurkę ustno-gardłową w celu ułatwienia wentylacji workiem Ambu
- d u mężczyzn zwykle wykonuje się ją rurką o wewnętrznym przekroju 12 mm

82

Aby ocenić utlenowanie krwi pacjenta można wykonać następujące badanie:

- a pomiar objętości oddechowej
- b pomiar ilości oddechów na minutę
- c pulsoksymetrię
- d kapnografię

83

Stosunek liczby sztucznych oddechów do liczby uciśnień mostka przy masażu pośrednim serca wynosi:

- a u dorosłych 1 : 15
- b u noworodków 1 : 5
- c u zaintubowanych dorosłych 2 : 30
- d u 10-letniego dziecka 2 : 15

84

Potencjalnie odwracalną przyczyną migotania komór opornego na defibrylację może być:

- a odma opłucnowa prężna
- b hiperglikemia
- c hipowolemia
- d obrzęk mózgu

85

W czasie resuscytacji dostęp dożylny można założyć:

- a na przedramieniu wenflonem 17 G
- b do żyły szyjnej wewnętrznej
- c do żyły szyjnej zewnętrznej wenflonem 14 G
- d do żyły udowej wenflonem 14 G

86

Wykonując defibrylację elektryczną należy przestrzegać następujących zasad:

- a pacjent zawsze musi być położony na łóżku z twardym materacem, należy dwukrotnie sprawdzić, czy nikt nie dotyka się do łóżka chorego
- b przed wykonaniem pierwszej defibrylacji konieczne jest podłączenie elektrod monitorujących w celu lepszej oceny skuteczności defibrylacji

- c elektrody defibrylatora należy przyłożyć w prawej okolicy podobojczykowej i w V międzyżebrzu w linii środkowo-obojczykowej lewej
d należy przed defibrylacją dokładnie pokryć żelam całą klatkę piersiową pacjenta w celu uniknięcia jatrogennych oparzeń

87

U podtopionych:

- a nie rozpoczyna się resuscytacji, jeżeli według wiarygodnej relacji naocznych świadków pacjent przebywał pod wodą ok. 15 min
b podejrzewając hipotermię przetaczasz podczas resuscytacji płyny ogrzane do temp. 37°C
c w przypadku opornego na defibrylację migotania komór podejrzewasz hipoksję spowodowaną obrzękiem płuc i podajesz furosemid w dawce 80 mg *i.v.*
d w przypadku asystolii po założeniu rurki intubacyjnej i dostępu dożylnego zlecasz podanie *i.v.* 1 mg epinefryny, a następnie po ok. 1 min podanie 3 mg atropiny

88

Intubacja dotchawicza:

- a jest najlepszą metodą udrożnienia dróg oddechowych u nieprzytomnych
b jest przeciwwskazana u nieprzytomnych pacjentów z podejrzeniem urazu kręgosłupa szyjnego. U tych pacjentów najlepszą metodą udrożnienia dróg oddechowych jest rurka ustno-gardłowa, ponieważ przy jej zakładaniu unika się zbędnych manipulacji
c w przypadku urazu kręgosłupa szyjnego przed intubacją dotchawiczą należy koniecznie założyć kołnierz Schuntza
d u mężczyzn zwykle wykonuje się ją rurką o wewnętrznym przekroju 8 mm

89

Aby ocenić utlenowanie krwi pacjenta można wykonać następujące badanie:

- a gazometrię tętniczą
b pulsoksymetrię
c kapnografię
d pomiar objętości oddechowej

90

U nieprzytomnego 30-letniego pacjenta, u którego stwierdzono brak czynności oddechowej i obecność tętna na tętnicach szyjnych, sztuczną wentylację za pomocą aparatu Ambu z maską twarząwą należy prowadzić wg następujących parametrów:

- a częstość oddechu 20/min
b objętość oddechu 0,5–0,7 l
c częstość oddechu 8/min
d objętość oddechu 1,5–2,0 l

91

Odsysanie cewnikiem za pomocą ssaka elektrycznego:

- a przed intubacją powinno być wykonywane pod kontrolą wzroku
b u pacjenta zaintubowanego odsysanie z rurki intubacyjnej powinno być poprzedzone podawaniem tlenu w stężeniu 100%
c u nieprzytomnych chorych niezaintubowanych jest przeciwwskazane
d może spowodować niedotlenienie

92

U nieprzytomnego pacjenta po intubacji stwierdzasz ściszony szmer pęcherykowy po stronie prawej. W pierwszej kolejności wykonujesz:

- a odbarczenie odmy po stronie prawej
b zmieniasz położenie rurki intubacyjnej i ponownie osłuchujesz pacjenta
c podejrzewasz krwawienie do opłucnej, zlecasz wykonanie RTG klatki piersiowej
d odsysasz wydzielinę z tchawicy

93

U pacjenta resuscytowanego:

- a intubacja dotchawicza jest najlepszym sposobem zapewnienia drożności dróg oddechowych
b nie można wykonywać intubacji dotchawiczej, gdy podejrzewa się uraz kręgosłupa szyjnego
c jeżeli nie możesz zaintubować chorego, prowadzisz oddech zastępczy aparatem Ambu
d prowadzisz masaż pośredni serca, podajesz przez maskę tlen o przepływie 12–15 l/min i oczekujesz na przybycie anestezjologa

94

Szpitalny zespół reanimacyjny wzywa się, gdy:

- a stwierdzono u pacjenta nagłą niedrożność dróg oddechowych
b wystąpiły drgawki, które przerwano podaniem 10 mg diazepamu *i.v.*
c u pacjenta z zapaleniem trzustki stwierdzono przyspieszenie oddechu do 50/min
d u pacjenta z urazem czaszkowo-mózgowym stwierdzono po 2 h pogorszenie stanu neurologicznego o 4 pkt GCS w porównaniu z badaniem poprzednim

95

W czasie resuscytacji pacjenta, u którego stwierdzono asystolię podajesz następujące leki:

- a epinefrynę *i.v.* 1 mg co 10 min
b atropinę 3 mg *i.v.* lub 6 mg dotchawiczo w przypadku braku dostępu *i.v.*
c Calcium Polfa 1 amp. *i.v.*
d *Natrium bicarbonicum* 1 mmol/kg po 10 min resuscytacji

96

W czasie resuscytacji pacjenta, u którego stwierdzasz migotanie komór podane niżej leki stosujesz dożylnie w dawkach:

- a epinefryna 1 mg co 3 min resuscytacji
b atropina 3 mg w dawce jednorazowej
c amiodaron 150 mg w 20 ml 0,9% NaCl w powolnym wstrzyknięciu
d *Natrium bicarbonicum* 0,5 mmol/kg, ale dopiero po 20 min od wystąpienia NZK

97

Przybywasz do pacjenta po próbie samobójczej dokonanej przez powieszenie. Rodzina przecięta sznur. Pacjent leży na brzuchu, na podłodze, nie ma plam opadowych ani stężenia pośmiertnego. Musisz:

- a odwrócić pacjenta na plecy, utrzymując w miarę możliwości głowę i kręgosłup szyjny w jednej linii
b udrożnić drogi oddechowe pacjenta przez odgięcie głowy i przygięcie szyi

- c | udroźnić drogi oddechowe pacjenta przez wysunięcie jego żuchwy
- d | rozpocząć wentylację aparatem Ambu i przygotować się do intubacji dotchawiczej

98

Ratujesz z zespołem R porażonego piorunem podczas burzy, w strugach deszczu:

- a | jak najszybciej odłączasz źródło energii elektrycznej
- b | jak najszybciej defibrylujesz pacjenta bez względu na panujące wokół warunki
- c | osuszasz klatkę piersiową pacjenta i defibrylujesz go, jeśli identyfikujesz migotanie komór po przyłożeniu elektrod wielorazowych defibrylatora
- d | prowadzisz PMS, intubujesz pacjenta, podajesz epinefrynę dotchawiczo i szykujesz atropinę

99

Znajdujesz się przy leżącym pacjencie jako przygodny ratownik. Musisz:

- a | ocenić bezpieczeństwo otoczenia pacjenta
- b | ocenić stan świadomości pacjenta przez próbę nawiązania z nim kontaktu słownego oraz delikatne potrząśnięcie za ramiona
- c | wezwać zespół pogotowia ratunkowego
- d | spróbować ocucić pacjenta bodźcami bólowymi i jak najszybciej go spionizować

100

Wezwanie pogotowia ratunkowego do nieprzytomnego pacjenta musi zawierać:

- a | dokładny adres i(lub) opis miejsca zdarzenia
- b | dane o kwalifikacjach medycznych udzielających pierwszej pomocy
- c | informację o wdrożeniu reanimacji
- d | numer telefonu, z którego wzywamy pomoc

101

Łańcuch przeżycia to sekwencja zdarzeń, która nie obejmuje:

- a | wczesnego wezwania wykwalifikowanej pomocy medycznej
- b | wczesnego wdrożenia podstawowych czynności ratujących życie
- c | wczesnej defibrylacji
- d | wczesnego wdrożenia zaawansowanych czynności ratujących życie

102

Zautomatyzowana zewnętrzna defibrylacja wymaga:

- a | dysponowania na miejscu zdarzenia defibrylatorem pracującym w trybie AED (Automated External Defibrillation)
- b | umiejętności przyklejenia jednorazowych elektrod monitorująco-terapeutycznych w pozycji przednio-bocznej na klatce piersiowej pacjenta
- c | rozpoznania wskazań do defibrylacji na kardiomonitorze
- d | znajomości zasad wykonania bezpiecznej defibrylacji

103

Podczas defibrylacji elektrycznej:

- a | należy zsynchronizować wyładowanie z załamkiem R elektrokardiogramu pacjenta
- b | można zamienić miejscami elektrody mostkową i koniuszkową
- c | nie wolno przerywać tlenoterapii
- d | wyładowanie należy zadać w fazie wydechu pacjenta

104

Skuteczność wyładowania defibrylacyjnego można bezpiecznie zwiększyć przez:

- a | posmarowanie wielorazowych elektrod terapeutycznych żelem do defibrylacji
- b | nałożenie na klatkę piersiową pacjenta, w miejscach przyłożenia wielorazowych elektrod terapeutycznych, porcji żelu do USG
- c | użycie do defibrylacji małych – dziecięcych – elektrod terapeutycznych
- d | zadanie wyładowania w fazie wydechu ratowanego

105

Zasady wykonania bezpiecznej defibrylacji obejmują:

- a | osuszenie klatki piersiowej pacjenta
- b | obnażenie klatki piersiowej pacjenta
- c | przerwanie tlenoterapii na czas zadawania wyładowań
- d | odłączenie kroplówki od linii żyłnej obwodowej

106

Przybywasz do pacjenta po próbie samobójczej dokonanej przez powieszenie. Rodzina przecięła sznur. Pacjent leży na brzuchu, na podłodze, nie ma płam opadowych ani stężenia pośmiertnego. Musisz:

- a | udroźnić drogi oddechowe pacjenta leżącego na brzuchu
- b | udroźnić drogi oddechowe pacjenta przez odgięcie głowy i przygięcie szyi
- c | udroźnić drogi oddechowe pacjenta przez wysunięcie jego żuchwy
- d | rozpocząć wentylację aparatem Ambu i przygotować się do wykonania koniokpunkcji

107

Znajdujesz się przy leżącym pacjencie jako przygodny ratownik. Musisz:

- a | sam zapewnić bezpieczeństwo w otoczeniu pacjenta i zlecić komuś rozpoczęcie BLS
- b | ocenić stan świadomości pacjenta przez próbę nawiązania z nim kontaktu słownego oraz delikatne potrząśnięcie za ramiona
- c | koniecznie zawiadomić policję
- d | spróbować ocucić pacjenta bodźcami bólowymi i jak najszybciej go spionizować

108

Wezwanie pogotowia ratunkowego do nieprzytomnego pacjenta musi zawierać:

- a | dokładny adres i(lub) opis miejsca zdarzenia
- b | informację o wdrożeniu reanimacji
- c | dane personalne ratownika
- d | dane personalne pacjenta

109

Zautomatyzowana zewnętrzna defibrylacja wymaga:

- a | dysponowania na miejscu zdarzenia defibrylatorem pracującym w trybie ręcznym
- b | umiejętności przyklejenia jednorazowych elektrod monitorujących dla odprądzeń kończynowych elektrokardiogramu
- c | rozpoznania wskazań do defibrylacji na kardiomonitorze
- d | znajomości zasad układania pacjenta w pozycji bezpiecznej

110

Zasady wykonania bezpiecznej defibrylacji obejmują:

- a) obnażenie klatki piersiowej pacjenta
- b) ogolenie klatki piersiowej pacjenta
- c) przyłożenie do skóry pacjenta elektrod nasmarowanych uprzednio żelem
- d) odłączenie kroplówki od linii żyłnej obwodowej

111

Częstoskurcz z szerokimi zespołami QRS oraz z objawami małego rzutu leczymy:

- a) kardiowersją elektryczną w cyklu 100, 200, 360 J
- b) defibrylacją elektryczną w cyklu 100, 200, 360 J
- c) masażem zatoki szyjnej
- d) defibrylacją elektryczną w cyklu 200, 200, 360 J

112

Lekko falującą linię w elektrokardiogramie:

- a) interpretujesz jako asystolię
- b) różnicujesz z niskonapięciowym migotaniem komór przez zwiększenie wzmocnienia zapisu oraz zmianę monitorowanego odprowadzenia
- c) po upewnieniu się, że to asystolia, podajesz dotchawiczo (zaintubowanemu pacjentowi) 3 mg epinefryny w 20 ml wody do iniekcji lub fizjologicznym roztworze NaCl
- d) po podaniu epinefryny, przygotowujesz do podania dożylnego 3 mg atropiny

113

Wczesna defibrylacja nieprzytomnego pacjenta polega na:

- a) zadaniu wyładowania defibrylacyjnego jak najwcześniej po stwierdzeniu braku tętna na tętnicy szyjnej pacjenta i identyfikacji w EKG migotania komór lub częstoskurczu z szerokimi zespołami QRS
- b) jak najszybszym przyklejeniu jednorazowych elektrod monitorująco-terapeutycznych defibrylatora automatycznego do klatki piersiowej pacjenta (w pozycji przednio-bocznej), włączeniu maszyny i dalszym postępowaniu ściśle według instrukcji świetlnych i głosowych automatów
- c) zadaniu wyładowania defibrylacyjnego zaraz po intubacji dotchawiczej pacjenta i wdrożeniu agresywnej tlenoterapii
- d) zadaniu wyładowania defibrylacyjnego natychmiast po stwierdzeniu wskazań, dopóki pacjent jest jeszcze przytomny

114

Przyczyną czynności elektrycznej serca bez tętna może być:

- a) tamponada mięśnia sercowego
- b) odma opłucnowa prężna
- c) zator tętnicy płucnej
- d) hipowolemia pourazowa

115

Odma opłucnowa prężna:

- a) musi być odbarczona natychmiast po stwierdzeniu ciszy nad polem płucnym
- b) musi być odbarczona grubą kaniulą (12–14 G) w V międzyżebrowo, w linii pachowej przedniej
- c) jest wskazaniem do torakotomii resuscytacyjnej

- d) może być powikłaniem urazu klatki piersiowej, rozedmy płuc i stanu astmatycznego

116

Intubacja dotchawicza:

- a) jest wykonywana przeważnie w oparciu o technikę laryngoskopii bezpośredniej
- b) rurkę dotchawiczą wprowadza się do szpary głośni po jej wyraźnym uwidocznieniu w laryngoskopii
- c) dla kobiety w ciąży wybiera się rurkę dotchawiczą o jeden numer mniejszą niż dla tej samej pacjentki poza okresem ciąży
- d) jest najpewniejszą metodą udrożnienia dróg oddechowych i jednocześnie ich izolacji od przewodu pokarmowego

117

Agresywne leczenie wysokimi stężeniami tlenu (>0,4 FiO₂):

- a) zawsze zagraża pacjentowi powikłaniami płucnymi
- b) może być bezpiecznie prowadzone przez pierwsze 6 h po wdrożeniu
- c) wdraża się zawsze w stanie zagrożenia życia pacjenta
- d) w połączeniu z agresywną płynoterapią dożylną jest skutecznym sposobem utlenowania obwodowego oraz ochrony pacjenta przed zaawansowaną kwasicią wewnątrzkomórkową i wstrząsem

118

Właściwą bezpośrednią metodą oceny skuteczności wentylacji pacjenta jest:

- a) kapnometria i (lub) kapnografia
- b) tonometria żołądkowa
- c) pulsoksymetria
- d) obserwacja ruchów oddechowych ścian klatki piersiowej i osłuchiwanie pól płucnych pacjenta

119

Asystolia rzekoma w zapisie elektrokardiograficznym:

- a) pojawia się przy braku zamkniętego obwodu elektrycznego podczas monitorowania pacjenta
- b) pojawia się podczas niedokładności w monitorowaniu ruchomego pacjenta
- c) zawsze występuje po wyładowaniu defibrylacyjnym
- d) oznacza konieczność wykonania defibrylacji

120

Asystolia rzeczywista w zapisie elektrokardiograficznym:

- a) u pacjenta bez tętna na tętnicy szyjnej oznacza zatrzymanie krążenia w mechanizmie asystolii
- b) trwa 3–5 sekund po każdym wyładowaniu defibrylacyjnym
- c) jest bezwzględnym wskazaniem do przeszłokórnej zewnętrznej elektrostymulacji
- d) może być obrazem zamaskowanego, niskonapięciowego migotania komór

121

Asystolia rzeczywista w zapisie elektrokardiograficznym:

- a) jest bezwzględnym wskazaniem do podania epinefryny podczas resuscytacji
- b) jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do defibrylacji
- c) jest bezwzględnym wskazaniem do wykonania uderzenia przedsercowego
- d) jest względnym wskazaniem do przedsercowej stymulacji mechanicznej

122

U pacjenta podtopionego w trakcie resuscytacji musisz:

- a udroźnić drogi oddechowe według schematu BLS, a potem ALS
- b wziąć pod uwagę wychłodzenie pacjenta i ocenić jego stopień
- c wylać wodę z oskrzeli i tchawicy pacjenta
- d odessać wodę z żołądka przed intubacją pacjenta

123

Jednorazowe, samoprzylepne elektrody terapeutyczno-monitorujące:

- a najczęściej przyklejamy na klatkę piersiową pacjenta w klasycznej pozycji przednio-bocznej
- b możemy przykleić w zmodyfikowanej pozycji przednio-tylnej
- c są niezbędne do wdrożenia przezskórnej, zewnętrznej elektrostymulacji
- d w pozycji przednio-tylnej elektrodę mostkową przykleja się na plecach pacjenta, w okolicy dolnego kąta lewej łopatki

124

Podczas poprawnego wykonywania procedury defibrylacji elektrycznej:

- a wielorazowe elektrody terapeutyczno-monitorujące smaruje się żelem przed ich przyłożeniem do klatki piersiowej pacjenta
- b smarowanie żelem elektrod zapobiega ich uszkodzeniu
- c wyładowania elektryczne wykonuje się zawsze w cyklach defibrylacyjnych
- d w każdym cyklu defibrylacyjnym muszą być zadane 3 wyładowania bez względu na to, jaki rytm pojawia się na kardiomonitorze po każdym z nich

125

Dwufazowe defibrylatory elektryczne:

- a zwiększają bezpieczeństwo defibrylacji dla pacjenta i dla zespołu ratunkowego
- b nigdy nie pokazują zapisu EKG, gdyż zawsze analizują go automatycznie
- c umożliwiają skuteczną defibrylację mniejszymi energiami i natężeniami prądu
- d w wersji zautomatyzowanej nie mogą być używane przez ratowników przygodnych

126

Uderzenie przedsercowe wykonuje się tylko:

- a w ciągu 30 s od początku NZK w postaci migotania komór lub częstoskurczu z szerokimi zespołami QRS
- b u pacjentów nieprzytomnych po stwierdzeniu braku tętna na tętnicy szyjnej wspólnej
- c gdy stwierdza się NZK w postaci izolowanej czynności przedsionków
- d gdy jest przy pacjencie defibrylator, ale nie umiemy go włączyć

127

W schemacie BLS i ALS tętno sprawdza się:

- a na tętnicy udowej pacjenta dorosłego
- b na tętnicy promieniowej niemowlęcia
- c na tętnicy ramiennej niemowlęcia
- d na tętnicy szyjnej wspólnej dorosłego

128

Migotanie komór:

- a jest najczęstszą postacią NZK poza szpitalem
- b jest bezwzględny wskazaniem do wykonania uderzenia przedsercowego

- c jest bezwzględnym wskazaniem do wykonania defibrylacji
- d jest bezwzględnym wskazaniem do wdrożenia pośredniego masażu serca

129

Podczas resuscytacji kobiety ciężarnej:

- a zawsze wykonasz manewr Heimlicha w przebiegu leczenia zespołu żyły głównej dolnej
- b najlepiej umieścić pacjentkę na desce ratunkowej typu „klina Cardiff”
- c w trzecim trymestrze ciąży należy jak najszybciej dążyć do jej rozwiązania zabiegowego
- d stymulować szybki przebieg drugiego okresu porodu

130

Podczas poprawnego wykonania procedury udrożnienia dróg oddechowych niemowlęcia:

- a wykonasz 5 uderzeń międzyłopatkowych przy podejrzeniu aspiracji ciała obcego
- b wykonasz 2 palcami ręki modyfikację dziecięcą manewru Heimlicha
- c maksymalnie odegniesz główkę niemowlęcia
- d podeprzesz barki niemowlęcia niedużym zwojem materiału

131

W skróconej procedurze oceny elektrokardiogramu na ekranie kardiostopu:

- a w pierwszym kroku należy wychwycić istnienie zespołów QRS
- b w drugim kroku należy wychwycić istnienie załamków P
- c w pierwszym kroku należy ocenić, czy istnieje jakakolwiek czynność elektryczna serca
- d w ocenie zespołów QRS trzeba wziąć pod uwagę ich częstość, szerokość i miarowość

132

W schemacie podstawowych czynności ratujących życie dorosłego pacjenta:

- a co 50 uciśnień mostka wykonuje się 5 oddechów
- b objawów przywrócenia czynności układu krążenia nie można poszukiwać dłużej niż 5 s
- c ręce ratownika w czasie masażu serca powinny być położone 2 palce poniżej mostka
- d podczas sprawdzania stanu świadomości należy zadać lekki bodziec bólowy

133

Intubacja tchawicy:

- a u dorosłych mężczyzn jest wykonywana najczęściej rurką o wewnętrznym przekroju 6 mm
- b nie może trwać krócej niż 15 s
- c u ciężarnych w trzecim trymestrze ciąży jest wykonywana zawsze rurką o średnicy 6 mm
- d pacjent po intubacji musi być osłuchany w liniach pachowych przednich, w V/ /VI międzyżebrowo

134

Wykonując zapis EKG podczas resuscytacji:

- a wstępne monitorowanie EKG prowadzi się za pomocą elektrod wielorazowych defibrylatora

- b | jednorazowe elektrody monitorujące należy przyklejać przed pierwszym cyklem defibrylacyjnym
- c | czas trwania normalnego odstępu PQ wynosi mniej niż 0,21 s
- d | czas trwania szerokiego zespołu QRS wynosi mniej niż 0,12 s

135

U podtopionych:

- a | schemat resuscytacji zależy od temperatury cieczy, z której wydobywamy pacjenta
- b | resuscytacja musi być rozpoczęta, jeżeli pacjent przebywał w zimnej wodzie nawet przez 10 min
- c | w przebiegu podtopienia zatrzymanie oddychania następuje przed zatrzymaniem krążenia
- d | sposób prowadzenia i czas trwania resuscytacji zależy od temperatury wewnętrznej ciała pacjenta

136

Przybywasz do pacjentki, u której 4 min temu doszło na łóżku szpitalnym do zatrzymania krążenia. Nie wyczuwasz tętna na dużych tętnicach. Pacjentka ma czynną linię żylną obwodową. W zapisie EKG stwierdzasz asystolię. Dwie pielęgniarki prowadzą resuscytację. Zlecasz:

- a | wykonanie defibrylacji o energii 200 J
- b | podanie dotchawiczo 3 mg epinefryny w 20 ml fizjologicznego roztworu NaCl
- c | pośredni masaż serca i przygotowanie zestawu do intubacji dotchawiczej
- d | podanie dożylnie 1 mg epinefryny i przygotowanie 3 mg atropiny do podania dożylnego

137

U hospitalizowanych pacjentów:

- a | NZK w 80 procentach występuje w postaci asystolii
- b | kapnometria nie pozwala na właściwą ocenę skuteczności wentylacji
- c | zawsze linia żylna centralna jest drogą podawania leków
- d | czynną tlenoterapię prowadzi się tylko przez 6 h po epizodzie NZK

138

Nieskuteczna hemodynamicznie czynność serca:

- a | zawsze jest wskazaniem do zewnętrznej elektrostymulacji przeskórnej
- b | zawsze jest objawem małego rzutu
- c | musi być leczona przez podanie 3 mg epinefryny dotchawiczo
- d | zawsze jest wskazaniem do defibrylacji

139

Jeżeli podaje się leki podczas resuscytacji:

- a | doszypkowe podanie leków jest bardziej zalecane niż dożylnie
- b | podawanie leków przez kaniulę założoną do żyły centralnej jest metodą z wyboru
- c | kaniula, przez którą podaje się leki do żyły obwodowej musi mieć długość 700 mm
- d | siarczan magnezu jest lekiem z wyboru po rozpoznaniu asystolii

140

Jeżeli monitoruje się czynność serca:

- a | zawsze używa się 3 elektrod monitorujących przyklejonych nad kośćmi

- b | asystolię przedstawia przerywana linia prosta
- c | w czasie przesuwu papieru z prędkością 50 mm/s czynność komór oblicza się przez podzielenie liczby 300 przez liczbę dużych kratek między kolejnymi załankami R
- d | czerwoną elektrodę przylepia się nad lewym łukiem żebrowym, żółtą nad lewym obojczykiem, a zieloną nad prawym obojczykiem

141

Przy prowadzeniu resuscytacji u dorosłego:

- a | klatkę piersiową pacjenta uciska się w tempie 15 uciśnień/min
- b | klatkę piersiową pacjenta uciskamy na głębokość dokładnie 30 mm
- c | można jednocześnie prowadzić wentylację u zaintubowanego pacjenta
- d | można zarazić się *Neisseria meningitidis*

142

Wezwanie kwalifikowanego zespołu resuscytacyjnego:

- a | musi zawierać dane osobowe pacjenta, ustalone na podstawie dowodu tożsamości ze zdjęciem
- b | musi być poprzedzone oceną świadomości pacjenta w skali Glasgow
- c | musi zawierać na początku dokładne określenie miejsca aktualnego pobytu pacjenta – miejsca zdarzenia
- d | musi być zawsze wykonane przed sprawdzeniem stanu świadomości pacjenta bodźcem głosowym i dotykowym

143

Agresywna tlenoterapia:

- a | połączona z hiperwentylacją może doprowadzić do nasilenia obrzęku mózgu
- b | powinna być zlecona po 2 min od początku resuscytacji, jeżeli nie powróciło wydolne krążenie
- c | prowadzona dłużej niż 6 h stężeniami tlenu przekraczającymi 50% prowadzi do ARDS
- d | jest zalecana tylko u pacjentów z podejrzeniem odmy opłucnowej przężnej

144

Właściwe leczenie dorosłego pacjenta z migotaniem komór obejmuje:

- a | podanie 1 mg epinefryny dosercowo
- b | po podaniu epinefryny dotchawiczo należy zadać pacjentowi 2 sztuczne oddechy aparatem Ambu
- c | 3 mg epinefryny dotchawiczo musi być podane w 20% glukozie
- d | pierwszy cykl defibrylacyjny zaczyna się wyładowaniem o energii 100 J

145

Następujące stwierdzenie jest prawdziwe:

- a | łańcuch przeżycia to sekwencja czynności zmierzających do wezwania na miejsce zdarzenia kwalifikowanej pomocy medycznej, najlepiej zespołu resuscytacyjnego, który wdroży ALS
- b | adenozyna jest skuteczna tylko w dawce 12 mg *i.v.*
- c | adenozyna jest skuteczna w leczeniu napadowego częstoskurczu nadkomorowego
- d | wstępna dawka amiodaronu dla pacjenta z migotaniem komór wynosi 300 mg / 100 ml 5% glukozы we wlewie dożylnym trwającym co najmniej godzinę

146

Pośredni masaż serca:

- a | może być przerwany na nie dłużej niż 10 s w celu poszukiwania obecności tętna
- b | powinien powodować wyczuwalną falę tętna na dużych tętnicach
- c | u dorosłych powinien być prowadzony z częstością 120 ucisków/min.
- d | u dzieci powyżej 8 rż. musi być poprzedzony uderzeniem przedsercowym

147

Nakłucie więzadła pierścienno-tarczowego (konikopunkcja):

- a | wykonuje się poniżej wcięcia trzonu mostka
- b | wykonuje się kaniulą o średnicy 22 G
- c | może spowodować odmę oplucnową prężną
- d | jest wskazane, jeżeli nie można szybko wykonać intubacji dotchawiczej

148

W schemacie BLS:

- a | wezwania kwalifikowanej pomocy medycznej można dokonać po pierwszym cyklu defibrylacyjnym, jeżeli dysponujemy natychmiast zautomatyzowanym defibrylatorem
- b | objawów przywrócenia czynności układu krążenia trzeba szukać od 10 do 15 s
- c | ręce ratownika w czasie pośredniego masażu serca muszą być ułożone w szczycie mostka, 2 palce nad kątem mostka
- d | łańcuch przeżycia to sekwencja czynności doprowadzająca w najkrótszym możliwym czasie do interwencji kwalifikowanego zespołu resuscytacyjnego w schemacie ALS

149

Intubacja tchawicy:

- a | u dorosłych mężczyzn jest wykonywana zawsze w larygoskopii pośredniej
- b | u dorosłych jest wykonywana za pomocą laryngoskopu z prostą łopatką Foggera
- c | musi być wykonywana, gdy głowa pacjenta jest uniesiona w stosunku do jego kończyn dolnych o 30°
- d | po intubacji trzeba osłuchać żołądek pacjenta oraz szczyty jego płuc

150

U podtopionych:

- a | przed intubacją dotchawiczą trzeba założyć zgłębnik do żołądka
- b | można zaniechać resuscytacji, jeżeli pacjent przebywał w zimnej wodzie przez 15 min
- c | w przebiegu podtopienia zatrzymanie oddychania następuje po zatrzymaniu krążenia
- d | przed rozpoczęciem wentylacji trzeba wylać wodę z oskrzeli i podać epinefrynę w celu ich rozkurczenia

151

Przybywasz do ciężarnej pacjentki, u której 2 min temu doszło na łóżku szpitalnym do zatrzymania krążenia. Nie wyczuwasz tętna na dużych tętnicach. Pacjentka ma czynną linię żylną obwodową. W zapisie EKG stwierdzasz *torsade de pointes*. Dwie pielęgniarki prowadzą resuscytację. Zlecasz:

- a | wykonanie defibrylacji 360 J
- b | podanie adenozyyny 6 mg *i.v.*

- c | podanie dożylnie 1 mg epinefryny i przygotowanie 3 mg atropiny do podania dożylnego
- d | podanie siarczanu magnezu 2,0/10 ml, w szybkim dożylnym bolusie

152

U pacjentów stale monitorowanych elektrokardiograficznie:

- a | nagłe zatrzymanie krążenia jest zawsze wskazaniem do wykonania uderzenia przedsercowego
- b | przemijające, spontanicznie nawracające napady tachyarytmii z szerokimi zespołami QRS nie wymagają leczenia
- c | uderzenie przedsercowe wykonuje się tylko w okolicy koniuszkowej serca
- d | prowadzenie zapisu EKG przez co najmniej 24 h jest konieczne u pacjentów po porażeniu prądem elektrycznym

153

Nieskuteczna hemodynamicznie czynność serca:

- a | u pacjentów z urazem wielonarządowym najczęściej wynika z hipoksji i hipowolemii
- b | może być elektryczną czynnością komór bez poprawnego rzutu serca
- c | może być izolowaną, elektryczną czynnością przedsionków, bez poprawnego rzutu
- d | występuje u pacjentów po zatrzymaniu krążenia tylko w przebiegu odmy oplucnowej prężnej

154

Jeżeli podaje się leki podczas resuscytacji:

- a | należy je wszystkie rozpuszczać w lekko kwaśnym roztworze 5% glukozy
- b | podawanie leków przez kaniulę założoną do żyły centralnej jest zbyt ryzykowne, ze względu na ich gwałtowne działanie po podaniu tą drogą
- c | kaniula, przez którą podaje się leki do żyły obwodowej, musi mieć promień zewnętrzny krótszy od promienia wewnętrznego naczynia, do którego jest wprowadzona
- d | przez rurkę intubacyjną można podawać wszystkie leki w dwukrotnie większym stężeniu

155

Jeżeli monitoruje się czynność serca:

- a | tylko stale monitorowanie jednorazowymi, samoprzylepnymi elektrodami terapeutycznymi jest wiarygodne u pacjenta podlegającego resuscytacji
- b | asystolię przedstawia lekko falująca linia izoelektryczna, a rozpoznanie trzeba potwierdzić zmieniając wzmocnienie i(lub) odprowadzenie na kardiomonitorze, aby wykluczyć migotanie komór
- c | ruch pacjenta podczas transportu może znacznie zaburzać obraz EKG i przed podjęciem decyzji o leczeniu zaburzeń rytmu w tych warunkach należy zawsze sprawdzić stan kliniczny pacjenta
- d | można szybko wykonać kardiowersję u przytomnego pacjenta z migotaniem przedsionków, jeżeli przed wykonaniem zabiegu uzyska się świadomą zgodę pacjenta na elektroterapię

156

Przy prowadzeniu oddechu zastępczego usta-usta:

- a | wdech powinien mieć objętość 0,5 – 0,7 l i powinien trwać 2 s

- b) maskę twarzową trzeba dokładnie dobrać rozmiarem do szerokości ust ratowanego
c) przepływ tlenu powinien wynosić 12–15 l/min
d) wdmuchiwanie części powietrza do żołądka pacjenta jest korzystne, ze względu na usprawnienie wydechu po podniesieniu ciśnienia w jamie brzusznej

157

- Intubacja tchawicy u ciężarnych w trzecim trymestrze:
a) jest wykonywana rurką intubacyjną o jeden rozmiar większą, niż u tej samej pacjentki niebędącej w ciąży
b) zawsze wykonywana jest techniką nosowo-tchawiczą, ze względu na obrzęk i przekrwienie błon śluzowych jamy ustnej
c) musi być poprzedzona wentylacją ze zwiększonym stężeniem tlenu – preoksygenacją
d) preoksygenację trzeba prowadzić wysokimi ciśnieniami wdechowymi, zakładając częściową wentylację żołądka jako nieodzowną składową procedury

158

- Następujące stwierdzenie jest prawdziwe:
a) każdego nieoddychającego pacjenta należy jak najszybciej ułożyć w pozycji bezpiecznej
b) pacjenta z niskim ciśnieniem tętniczym układa się do resuscytacji w pozycji Trendelenburga
c) adenozyzna jest skuteczna w leczeniu napadowego częstoskurczu nadkomorowego tylko w dawce 12 mg *i.v.*
d) wstępna dawka amiodaronu dla pacjenta z migotaniem komór wynosi 300 mg / 20 ml 5% glukozy *i.v.*, w szybkim bolusie

159

- Pośredni masaż serca:
a) należy przerwać zawsze co 3 min na 5–10 s, aby sprawdzić tętno
b) powinien powodować wyczuwalną falę tętna na tętnicach skroniowych
c) u dorosłych powinien być prowadzony z częstością 15 ucisków/min
d) musi być rozpoczęty przy braku wyczuwalnego tętna na tętnicach promieniowych

160

- Nakłucie więzadła pierścienno-tarczowego (konikopunkcja):
a) wykonuje się powyżej chrząstki pierścieniowej
b) po zatrzymaniu krążenia jest wykonywane bez znieczulenia
c) jest dozwolone tylko w warunkach szpitalnych
d) jest konieczne, kiedy z powodów technicznych nie można szybko wykonać intubacji dotchawiczej

161

- U nieprzytomnego pacjenta po upadku z wysokości stwierdzasz po wykonaniu intubacji dotchawiczej brak szmeru pęcherzykowego po stronie prawej:
a) podejrzewasz zatkanie oskrzela głównego i transportujesz pacjenta szybko do szpitala w celu wykonania pilnej bronchoskopii
b) podejrzewasz odmę opłucnową i na miejscu wypadku odbarczasz odmę wenflonem 17 G w II międzyżebżu w linii środkowo-obojęzycznej lewej

- c) podajesz pacjentowi duże stężenia tlenu, a następnie starasz się odessać wydzielinę z oskrzeli
d) podejrzewasz odmę opłucnową i odbarczasz odmę wenflonem 17 G w VII międzyżebżu w linii pachowej środkowej, po stronie prawej

162

U pacjenta przebywającego na oddziale wewnętrznym z powodu zaostrzenia przewlekłej niewydolności oddechowej doszło do nagłej utraty przytomności. Pacjent ma założony dostęp dożylny. Stwierdzasz brak własnego oddechu i brak tętna na tętnicach szyjnych, w zapisie na monitorze stwierdzasz asystolię. Postępujesz w następujący sposób:

- a) rozpoczynasz wentylację aparatem Ambu i masaż pośredni serca
b) po rozpoczęciu podstawowych czynności ratujących życie wykonujesz intubację dotchawiczą, następnie zlecasz podanie *i.v.* epinefryny w dawce 1 mg.
c) po podaniu epinefryny w przypadku braku czynności elektrycznej serca podajesz atropinę 6 mg *i.v.*
d) po rozpoczęciu podstawowych czynności ratujących życie w pierwszej kolejności zlecasz podanie dożylnie atropiny w dawce 3 mg

163

- Dotchawiczo u dorosłego można podać w czasie resuscytacji następujące leki:
a) wodorowęglan sodu w dawce nie większej niż 0,5 mmol/kg mc. i nie wcześniej niż po 20 min od zatrzymania krążenia
b) atropinę w dawce 1 mg w 20 ml 0,9% NaCl
c) epinefrynę w dawce 3 mg w 20 ml 0,9% NaCl
d) siarczan magnezu w dawce nie większej niż 1 g

164

W leczeniu napadowego częstoskurczu z wąskimi zespołami QRS można zastosować:

- a) masaż zatoki szyjnej
b) adenozyne (Adenocor) w jednorazowej dawce 6 mg *i.v.*
c) suplementację potasu i magnezu
d) werapamil (Isoptin) w dawce 10 mg *i.v.*

165

W ocenie EKG u dorosłego człowieka za nieprawidłowe przyjmuje się:

- a) czas PQ 0,25 s
b) czas trwania zespołu QRS 0,15 s
c) czas trwania zespołu QRS 0,06 s
d) częstość zespołów QRS 90/min

166

Jeżeli podejrzewasz odmę opłucnową prężną to:

- a) należy odbarzyć ją jak najszybciej przez wkłucie wenflonu 14 G w V przestrzeni międzyżebrowej w linii pachowej środkowej
b) wkłuwasz wenflon 14 G w drugą przestrzeń międzyżebrową w linii środkowo-obojęzycznej po stronie odmy
c) dajesz tlen 12 l/min i jak najszybciej przewożisz pacjenta do szpitala
d) podajesz leki przeciwbólowe i wysyłasz pacjenta na badanie RTG celem potwierdzenia odmy

167

Na podstawie zapisu P4 stwierdzasz:

- a tachykardię zatokową
- b prawidłowy czas PQ
- c w SOR pacjentowi należy podać tlen przez maskę, 300 mg Polopiryny S
- d jeśli nie ma objawów małego rzutu, podajesz amiodaron 300 mg *i.v.*

168

Na podstawie zapisu P2:

- a rozpoznajesz migotanie przedsionków
- b zlecasz wykonanie kardiowersji elektrycznej
- c rozpoczynasz resuscytację krążeniowo-oddechową
- d w przypadku obecności tętna na tętnicach szyjnych sprawdzasz monitor

169

U 60-letniego pacjenta wystąpiła kilka minut temu duszność i piekący ból w klatce piersiowej, na monitorze stwierdzasz zapis P3:

- a podajesz adenozyne (Adenocor) w dawce 6 mg *i.v.*
- b podajesz heparynę i wykonujesz defibrylację elektryczną
- c po nieskutecznej kardiowersji podajesz atropinę 0,5 mg *i.v.*
- d stosujesz elektrostymulację przezskórną

170

Na podstawie zapisu P4 stwierdzasz, że:

- a rytm jest niemiary
- b zespoły QRS są szerokie
- c wskazane jest wykonanie masażu zatoki szyjnej
- d zapis przedstawia częstoskurcz z wąskimi zespołami QRS

171

Na podstawie zapisu P7 stwierdzasz, że:

- a częstość zespołów QRS wynosi 100–150/min
- b zespoły QRS są szerokie
- c rytm taki zawsze powoduje zatrzymanie krążenia
- d rytm jest niemiary

172

W postępowaniu u pacjenta z zapisem P5 zastosujesz:

- a tlenoterapię 12 l/min
- b podłączenie oprócz kardiomonitora pulsoksymetru i kapnografu
- c atropinę w powtarzanych dawkach po 0,5 mg *i.v.* do łącznej dawki 3 mg *i.v.*
- d w przypadku braku odpowiedzi na atropinę kardiowersję elektryczną

173

Na podstawie zapisu P6 stwierdzasz, że:

- a rytm jest miary
- b widoczne są załamki P
- c czas PQ jest prawidłowy
- d wskazane jest podanie epinefryny we wlewie 2 mg/min

174

Na podstawie zapisu P7 stwierdzasz, że:

- a częstość zespołów QRS wynosi 100–120/min
- b zespoły QRS są szerokie
- c rytm jest miary
- d zapis prezentuje blok III°

175

Na podstawie zapisu P7 w leczeniu stosujesz:

- a w przypadku braku tętna na tętnicach szyjnych kardiowersję elektryczną
- b w przypadku RR 140/80 natychmiastową kardiowersję elektryczną
- c rytm taki nie wymaga leczenia u pacjentów bez odchyłań w badaniu przedmiotowym
- d u wydolnych krążeniowo pacjentów rozpoczynasz leczenie od podania 300 mg amiodaronu *i.v.*

176

U pacjenta z zapisem P8:

- a zawsze stwierdzisz brak tętna na tętnicach szyjnych
- b można zastosować przedsercową stymulację mechaniczną
- c wskazana jest defibrylacja elektryczna
- d czynność przedsionków wynosi ok. 75/min

177

Na podstawie zapisu P10 stwierdzasz:

- a bradykardię ok. 40/min
- b blok I°
- c w SOR pacjentowi należy podać tlen przez maskę, 300 mg Polopiryny S
- d należy podać amiodaron 150 mg

178

Na podstawie zapisu P11:

- a rozpoznajesz migotanie komór
- b zlecasz wykonanie kardiowersji elektrycznej
- c zlecasz podanie atropiny w dawce 3 mg
- d w przypadku obecności tętna na tętnicach szyjnych sprawdzasz monitor

179

Na podstawie zapisu P4 stwierdzasz, że:

- a rytm jest miary
- b zespoły QRS są wąskie
- c wskazane jest wykonanie masażu zatoki szyjnej
- d na podstawie braku załamków P stwierdzasz migotanie przedsionków

180

Na podstawie zapisu P5 stwierdzasz, że:

- a częstość zespołów QRS wynosi 60–80/min
- b zespoły QRS są wąskie
- c rytm taki zawsze powoduje zatrzymanie krążenia
- d rytm jest miary

181

W postępowaniu u pacjenta z zapisem P5 zastosujesz:

- a tlenoterapię 12 l/min
- b podłączenie oprócz kardiomonitora pulsoksymetru i kapnografu
- c atropinę w jednorazowej dawce 3 mg *i.v.*
- d w przypadku braku odpowiedzi na atropinę kardiowersję elektryczną

182

Na podstawie zapisu P6 stwierdzasz, że:

- a rytm jest niemiary
- b widoczne są załamki P

- c czas PQ jest wydłużony
d wskazane jest podanie epinefryny 1 mg *i.v.*

183

- Na podstawie zapisu P9 stwierdzasz, że:
a częstość zespołów QRS wynosi 150–200/min
b zespoły QRS są wąskie
c rytm jest niemiaryowy
d rytm taki występuje fizjologicznie po wysiłku

184

- Na podstawie zapisu P7 w leczeniu stosujesz:
a w przypadku braku tętna na tętnicach szyjnych defibrylację
b w przypadku RR 80/40 kardiowersję elektryczną
c rytm taki nie wymaga leczenia u pacjentów bez odchyień w badaniu przedmiotowym
d u wydolnych krążeniowo pacjentów rozpoczynasz leczenie przeciwarytmiczne od podania 300 mg amiodaronu *i.v.*

185

- Na podstawie zapisu P9:
a pacjent musi otrzymać przeciwbólowo morfinę
b należy wdrożyć agresywną tlenoterapię bierną, jeżeli pacjent jest przytomny i wydolny oddechowo
c należy koniecznie wdrożyć ciągły wlew dożylny epinefryny
d powinna być podana adenozyzna

186

- Na podstawie zapisu EKG (patrz zapis P2) stwierdzasz, że:
a uwidoczniiony rytm powinien być skuteczny hemodynamicznie
b musisz zastosować uderzenie przedsercowe, jeżeli obserwujesz ten rytm od początku jego zaistnienia
c wskazane jest natychmiastowe podanie amiodaronu 300 mg *i.v.* w bolusie
d leczeniem z wyboru jest defibrylacja prądem o energii 360 J (defibrylator jednofazowy)

187

- Na podstawie zapisu EKG (patrz zapis P3) stwierdzasz, że:
a czynność przedsionków wynosi 190–210/min
b rytm musi być skojarzony z objawami małego rzutu
c czas trwania odstępu PQ jest wydłużony
d rytm ten jest bezwzględny wskazaniem do kardiowersji

188

- Na podstawie zapisu EKG (patrz zapis P4) stwierdzasz, że:
a czynność komór wynosi 150 – 200/min
b rytm wymaga leczenia adenozyzną
c rytm wymaga leczenia amiodaronem
d konieczna jest natychmiastowa defibrylacja

189

- Na podstawie zapisu EKG (patrz zapis P5) stwierdzasz, że:
a pacjent musi być nieprzytomny
b rytm jest miarowy

- c rytm nie wymaga leczenia, bez względu na stan kliniczny pacjenta
d czas trwania zespołu QRS jest przedłużony

190

- Na podstawie zapisu EKG (patrz zapis P5) stwierdzasz, że:
a prezentowany rytm musi być związany z objawami małego rzutu
b u pacjenta z takim rytmem nie stwierdza się obecności oddechu
c jeżeli u pacjenta występują objawy kliniczne małego rzutu, wskazana jest elektrostymulacja zewnętrzna
d tlenoterapia powinna być ograniczona do niezbędnego minimum – 2 l/min – ze względu na możliwość pogłębienia bradykardii podczas hiperwentylacji

191

- Na podstawie zapisu EKG (patrz zapis P6) stwierdzasz, że:
a czynność komór wynosi 50–60/min
b czas trwania odcinka PR jest prawidłowy
c należy podać atropinę w dawce 0,5–1,0 mg *i.v.*
d podanie epinefryny jest przeciwwskazane

192

- Na podstawie zapisu EKG (patrz zapis P7) stwierdzasz, że:
a czynność komór wynosi 80–100/min
b rytm jest bezwzględnym wskazaniem do podłączenia dożylnego wlewu dopaminy
c szybkie przetaczanie dużej objętości krystaloidów na pewno poprawi stan kliniczny pacjenta
d przeszskórna elektrostymulacja zewnętrzna odniesie pozytywny skutek leczniczy

193

- Na podstawie zapisu EKG (patrz zapis P8) stwierdzasz, że:
a pacjent na pewno cierpi z powodu bólu wieńcowego
b pacjent jest przytomny
c wskazana jest przedsercowa stymulacja mechaniczna
d zewnętrzna stymulacja elektryczna nie jest konieczna do uzyskania skutecznego rzutu serca

194

- Na podstawie zapisu EKG (patrz zapis P1):
a jeśli pacjent cierpi z powodu bólu wieńcowego rozpoznajesz ostry zespół wieńcowy
b trzeba rozważyć leczenie trombolityczne *versus* PTCA
c należy prowadzić ciągle monitorowanie czynności serca w drodze do pracowni hemodynamiki
d w leczeniu doraźnym zastosujesz schemat MONA

195

- Na podstawie zapisu EKG (patrz zapis P2) stwierdzasz, że:
a uwidoczniiony rytm trzeba różnicować z asystolią
b leczeniem z wyboru jest kardiowersja ratunkowa w schemacie energetycznym pierwszego cyklu: 100, 200, 360 J
c uderzenie w okolicę przedsercową jest koniecznością, kiedy nie ma defibrylatora
d leczeniem z wyboru jest postępowanie według schematu ALS w opcji dla VF/VT bez tętna

196

- Na podstawie zapisu EKG (patrz zapis P3) stwierdzasz, że:
- a | czynność przedsionków jest zgodna z czynnością komór
 - b | rytm trzeba leczyć dożylnie lekami przeciwarrytmicznymi
 - c | czas trwania zespołów QRS jest dłuższy niż 0,12 s
 - d | uwidocznione jest trzepotanie przedsionków

197

- Na podstawie zapisu EKG (patrz zapis P4) stwierdzasz, że:
- a | czynność komór jest w normie
 - b | rytm nie wymaga leczenia
 - c | rytm na pewno nie wiąże się z utratą przytomności pacjenta
 - d | pierwszym zabiegiem leczniczym dla tego pacjenta będzie mocne uciśnięcie gałek ocznych

198

- Na podstawie zapisu EKG (patrz zapis P11) stwierdzasz, że:
- a | prezentowany rytm zawsze powoduje utratę przytomności
 - b | u pacjenta z takim rytmem nie stwierdza się obecności tętna
 - c | jeżeli u pacjenta występują objawy kliniczne niskiego rzutu, wskazana jest stymulacja zewnętrzna
 - d | w zalecanym leczeniu mieści się agresywna tlenoterapia bierna lub czynna

199

- Na podstawie zapisu EKG (patrz zapis P7) stwierdzasz, że:
- a | jeśli pacjent nie ma tętna na t. szyjnej, leczeniem z wyboru jest defibrylacja
 - b | rytm jest całkowicie miarowy
 - c | zespół QRS przekracza 0,12 s
 - d | jeśli pacjent ma tętno na t. szyjnej, wykonuje się kardiowersję doraźną 100, 200, 360 J

200

- Na podstawie zapisu EKG (patrz zapis P7) stwierdzasz, że:
- a | wskazane jest podanie amiodaronu 300 mg/20 ml 5% glukozy przez 30 min
 - b | ten rytm wymaga leczenia, nawet jeżeli pacjent jest przytomny
 - c | jeżeli stwierdzimy RR skurczowe 110 mm Hg, leczeniem z wyboru jest kardiowersja elektryczna
 - d | wskazane jest podanie epinefryny

201

- Na podstawie zapisu EKG (patrz zapis P8) stwierdzasz, że:
- a | czynność komór wynosi 30–50/min
 - b | pacjent jest nieprzytomny
 - c | wskazana jest przedsercowa stymulacja mechaniczna
 - d | jeśli przedsercowa stymulacja mechaniczna nie wywołuje czynności komór, zapis traktuje się tak, jak asystolię

202

- Na podstawie zapisu EKG (patrz zapis P10) stwierdzasz, że:
- a | częstość zespołów QRS wynosi 50–60/min
 - b | zapis przedstawia migotanie przedsionków
 - c | czynność przedsionków wynosi 60/min
 - d | zapis przedstawia blok p.-k. I stopnia

203

- Na podstawie zapisu EKG (patrz zapis P9) stwierdzasz, że:
- a | czynność serca wynosi ok. 150–200/min
 - b | leczenie pacjenta z takim zapisem nie obejmuje podania epinefryny
 - c | przedstawione jest migotanie przedsionków
 - d | wskazane jest wykonanie kardiowersji elektrycznej

204

- Na podstawie zapisu EKG (patrz zapis P3) stwierdzasz, że:
- a | częstość serca wynosi ok. 100–150/min
 - b | czynność serca jest miarowa
 - c | u pacjenta bez tętna konieczna jest kardiowersja elektryczna
 - d | w przypadku obecności tętna na tętnicy szyjnej konieczne jest podanie adenozyyny

205

- Na podstawie zapisu EKG (patrz zapis P9) stwierdzasz, że:
- a | częstość zespołów QRS wynosi ok. 150/min
 - b | w przypadku, gdy RR skurczowe nie przekracza 90 mm Hg, należy od razu przeprowadzić kardiowersję
 - c | przy braku tętna na t. szyjnej należy podać dożylnie 3 mg atropiny
 - d | należy podłączyć dożylny wlew amiodaronu w dawce 300 mg w ciągu godziny

206

- Na podstawie zapisu EKG (patrz zapis P1) stwierdzasz, że:
- a | zapis prezentuje blok p.-k. I°
 - b | czynność serca jest niemiarowa
 - c | częstość QRS wynosi 50–60/min
 - d | czas PQ jest prawidłowy

207

- Na podstawie zapisu EKG (patrz zapis P9) stwierdzasz, że:
- a | czynność pracy serca wynosi 100–150/min
 - b | zapis obrazuje migotanie przedsionków
 - c | w przypadku współwystępowania objawów małego rzutu należy wykonać kardiowersję elektryczną
 - d | należy w pierwszej kolejności wykonać masaż zatoki szyjnej

208

- Na podstawie zapisu EKG (patrz zapis P11) stwierdzasz, że:
- a | pacjent ma zatrzymanie krążenia
 - b | należy podać mu w pierwszej kolejności atropinę w dawce 3 mg *i.v.* lub 6 mg dotchawiczo
 - c | istnieje wskazanie do defibrylacji elektrycznej
 - d | lekiem pierwszego rzutu w tym stanie jest epinefryna

209

- Na podstawie zapisu EKG (patrz zapis P5) stwierdzasz, że:
- a | pacjent z takim rytmem serca zawsze będzie nieprzytomny
 - b | częstość zespołów QRS wynosi ok. 25/min
 - c | w każdym takim przypadku należy podać dożylnie epinefrynę w dawce 1 mg *i.v.*
 - d | należy pilnie przeprowadzić kardiowersję elektryczną

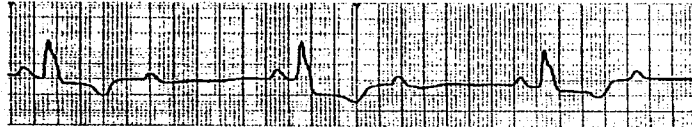
210

- Na podstawie zapisu EKG (patrz zapis P12) stwierdzasz, że:
- a | nie ma wskazań do defibrylacji elektrycznej

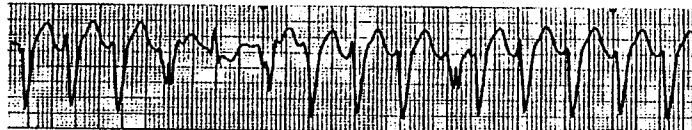
P5



P6



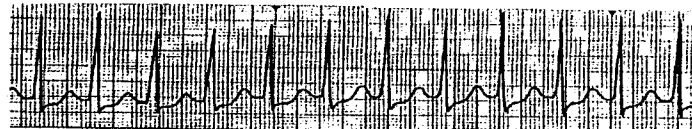
P7



P8



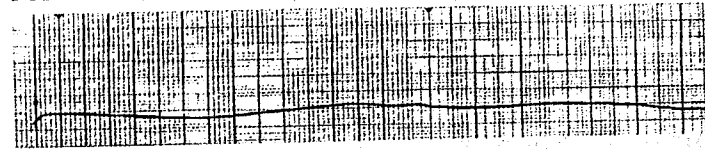
P9



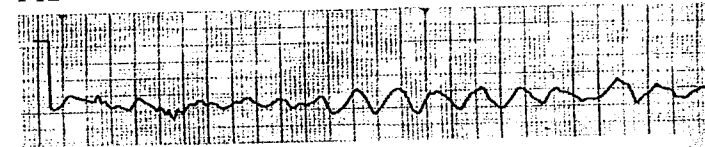
P10



P11



P12



ROZWIĄZANIA ZADAŃ TESTOWYCH

1. abc
2. ab
3. acd
4. d
5. ac
6. b
7. c
8. bc
9. cd
10. acd

11. ac
12. abc
13. bc
14. ac
15. abcd
16. abc
17. b
18. bcd
19. abc
20. —

21. ad
22. abd
23. bcd
24. bc
25. a
26. b
27. c
28. a
29. —
30. c

31. abcd
32. abcd
33. abc
34. abc
35. acd
36. abc
37. ab
38. bc
39. abc
40. ab

41. abd
42. a
43. ac
44. bd
45. abd
46. b
47. cd
48. cd
49. c
50. b

51. c
52. bcd
53. ad
54. bcd
55. a
56. bcd
57. b
58. ac
59. c
60. c

61. a
62. ad
63. a
64. bc
65. bc
66. b
67. b
68. bcd
69. a
70. d

71. ab
72. b
73. b
74. ab
75. abc
76. abcd
77. abc
78. cd
79. b
80. c

81. ac
82. c
83. d
84. ac
85. bc
86. c
87. d
88. ad
89. ab
90. b

91. abd
92. b
93. ac
94. acd
95. b
96. abd
97. abd
98. c
99. abc
100. acd

101. —
102. ad
103. bd
104. d
105. abc
106. c
107. b
108. ab
109. —
110. a

111. a
112. abcd
113. a
114. abcd
115. ad
116. abcd
117. cd
118. ad
119. ab
120. abd

121. a
122. ab
123. abc
124. c
125. c
126. a
127. cd
128. acd
129. b
130. ad

131. acd
132. —
133. d
134. ac
135. bcd
136. cd
137. —
138. —
139. b
140. —

141. cd
142. c
143. c
144. b
145. a
146. ab
147. bc
148. d
149. —
150. —

151. ad
152. a
153. abc
154. c
155. bc
156. abc
157. c
158. bd
159. —
160. ab

161. b
162. ab
163. ac
164. acd
165. —
166. b
167. cd
168. cd
169. b
170. b

171. abd
172. ac
173. abc
174. b
175. —
176. ab
177. —
178. cd
179. a

180. bd
181. a
182. b
183. bd
184. abd
185. d
186. bd
187. —
188. c
189. b
190. c

191. bc
192. —
193. c
194. d
195. d
196. b
197. —
198. ab
199. ad
200. a

201. bcd
202. —
203. bd
204. a
205. b
206. a
207. acd
208. ad
209. b
210. bd

211. —

SKOROWIDZ

- ABC resuscytacji 18, p. też
Resuscytacja
– okoLOURAZOWEJ 63
– POURAZOWEJ 58
Abcysymab 148
Acetaminofen 283
Acetazolamid 123
Aceton 289
Acetylocholina (ACTH) 10,
198
N-Acetylocysteina 278, 284
ACRF (acute on chronic res-
piratory failure) 160
Acyklowir 255
Adenozyna 10
Adrenalin p. Epinefryna
AED (automated external
defibrillation) 30
Afazja 202, 203
– padaczkowa 257
Agresja 229
AIS (abbreviated injury
scale) 46, 62
Ajmalina 151
Akcja ratunkowa, organiza-
cja 126, 355
Akineza 232
Aktywator tkankowy
plazminogenu (t-PA) 144
Aktywność elektryczna serca
bez tętna 13
- Aldosteron 198
Alfentanyl 347
Algorytm, AED 30
– ALS, u dzieci 39
– – uniwersalny 32–34
– BLS 22
– u dzieci 37
– postępowania, w niepo-
wodzeniu intubacji 309
– – w niewydolności
oddechowej 69–70
– – po urazie, brzucha 84, 85
– – – głowy 75
– – – miednicy 86
– – – wielonarządowym
60, 87
– – we wstrząsie pourazo-
wym 73
Alkalizacja moczu 277
Alkohol(e), etylowy 278
– – toksykologia 288
– izopropylowy 287
– – toksykologia 289
– metylowy 287
– – toksykologia 288
– zatrucia 287
– – leczenie 290
– – rozpoznanie 289
Alphaviridae 379
ALS (advanced life support) 24
Amfetamina 278, 281, 286
- Aminofilina 157
Aminy katecholowe 274
Amiodaron 151
– działanie 25
Amitryptylina 286
Amoniak 127, 292
AMS (acute mountain
sickness) 123
Amylaza 179
Amyloidoza 197
Anafilaksja 206
Angina 162
– – – głowy 75
Angiodysplazje przewodu
pokarmowego 166
Angiografia 325
Angioplastyka wieńcowa
143, 148
Anticol 291
Antybiotykoterapia, w cho-
robach bakteryjnych u
dzieci 251
– w ZOM u dzieci 269
Anuria p. Bezmocz
Apoptoza 12
Arbowirusy 253
ARDS (adult respiratory
distress syndrome) 160
Arenaviridae 379, 381
ARS (acute radiation
sickness) 134
Arsen 300