

1. WSTĘP

LESZEK BRONGEL

Medycyna ratunkowa to nowo powstała specjalność medyczna, której głównym przedmiotem zainteresowania jest leczenie chorych w nagłych stanach zagrożenia zdrowia lub życia. Jakkolwiek problemy te wchodzą w zakres nauczania poszczególnych dziedzin medycyny, zdaniem polskich ojców medycyny ratunkowej istnieje potrzeba usystematyzowania i racjonalizacji działań lekarskich w tych sytuacjach.

Lekarz musi bowiem nabyć nie tylko rzetelną wiedzę na temat poszczególnych schorzeń, opartą na szerokiej podstawie przedmiotów klinicznych i teoretycznych (przede wszystkim patofizjologii i anatomii), lecz także, w trakcie studiów, musi on posiadać umiejętność szybkiego rozpoznawania i oceny stopnia nagłego zagrożenia, a także wykazać się znajomością niezbędnych działań diagnostycznych i podstawowych zasad leczenia wspólnych dla wielu różnych chorób i urazów. Lekarz i jego współpracownicy, korzystając z dostępnego sprzętu medycznego i w ramach specjalnie w tym celu stworzonych struktur, mają nie tylko dowieźć pacjenta żywego do szpitala. Mają dowieźć go z szansami na dalsze życie, a szanse te zmieniają się w prawdopodobieństwo, jeśli w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) przeprowadzone zostaną we właściwym czasie (kolejności), we właściwy sposób właściwe procedury, na które złożą się nie tylko czynności bezpośrednio ratujące lub podtrzymujące życie, lecz także badania diagnostyczne i wstępna terapia. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z dnia 20 października 2006 r. z późn. zm.) w art. 3 pkt 9 definiuje szpitalny oddział ratunkowy jako komórkę organizacyjną szpitala w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej, stanowiącą jednostkę systemu, udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, spełniającą wymagania określone w ustawie.

W nauczaniu tej dziedziny szczególny więc nacisk położony być musi na umiejętność szybkiego i właściwego zbierania wywiadów chorobowych, prowadzenia badania fizykalnego oraz prawidłowego doboru i oceny testów diagnostycznych w warunkach SOR, pozostawiającej

niewiele czasu do dyspozycji i bardzo niewielki margines błędu, tak na etapie decyzyjnym, jak wykonawczym. Istotą sprawy jest tu więc znajomość drugiej, szybszej (ale nie gorszej) ścieżki diagnostycznej, jaką trzeba podążyć, ilekroć pojawia się nagły stan zagrożenia zdrowia lub życia oraz konieczność podejmowania działań niejednokrotnie odmiennych od rutynowego postępowania terapeutycznego.

Stan nagłego zagrożenia zdrowia i życia najczęściej wiąże się z urazem lub ostrymi zachorowaniami, pozostającymi w sferze zainteresowań chirurga, internisty (szczególnie, ale nie wyłącznie, kardiologa), neurologa i neurochirurga oraz oczywiście pediatry i chirurga dziecięcego, choć trudno chyba znaleźć specjalność medyczną, w której takie stany nie występowałyby w ogóle. Pomocny w tych sytuacjach jest zwykle anestezjolog, odpowiedzialny przede wszystkim za zabezpieczenie podstawowych funkcji życiowych pacjenta, niepodjmujący jednak decyzji o leczeniu schorzenia zasadniczego. Medycyna ratunkowa ma integrować wiedzę poszczególnych specjalistów w tej jej części, która dotyczy stanów zagrożenia, tak jak integruje pomoc przedszpitalną i szpitalną i podobnie (choć w innym zakresie), jak czyni to medycyna rodzinna.

I wreszcie „złota godzina” – pojęcie, które znane jest chyba każdemu zajmującemu się ratowaniem ofiar wypadków i każdemu chirurgowi, ale też lekarzom innych specjalności – także niezabiegowych – którzy zajmują się tym, co dawniej nazywano medycyną stanów nagłych.

Czy jednak, tak naprawdę, wiemy, co kryje się za tą wpadającą w ucho nazwą? Bywają różne godziny w życiu człowieka – możemy godzinę bardzo ciężko przepracować, możemy w ciągu godziny zaznać nadzwyczajnych wrażeń, możemy przespać godzinkę albo poleniuchować. Możemy godzinę stracić, stojąc w ulicznym korku, albo zyskać, lecąc samolotem na zachód. Każda z tych godzin to pewien czas, na ogół lepiej lub gorzej określony, ale pewien czas, który następuje po tym, co było przedtem i poprzedza to, co będzie potem.

Złota godzina to czas, który jednak może nie poprzedzać już niczego. Złota godzina to czas niewymierny, czas, który upływa bezpowrotnie, czas odmierzany przez zegar wewnętrzny ofiary wypadku, czas, który „zna” tylko jej ustrój, czas, który niekiedy możemy wykorzystać, aby zatrzymać „odliczanie” – „kupić czas i zatrzymać śmierć”, jak mawia profesor Jakubaszko, ale też czas, który może okazać się na to za krótki. Jest to czas dany choremu i lekarzowi-ratownikowi, nieubłagane biegnący od chwili wypadku czy zachorowania, czas, o którym wiemy jedynie, że zaraz może się skończyć, że zwykle jest go za mało i że musimy być szybsi, jeśli chory ma zachować szansę, a my okazać się przydatni. Zresztą tylko wtedy godzina ta okaże się złotą. Czas ten mierzony jest tempem procesów zachodzących w ustroju, który uległ chorobie. Są to procesy wielokierunkowe,



wzajem się napędzające, dotyczące każdej komórki, każdego narządu i układu, całego człowieka. Złota godzina wiąże się z pojęciem okna terapeutycznego występującego w każdej chorobie.

Otóż o tym czasie będzie ta książka. O czasie, który po wypadku płynie inaczej dla jego chorego, inaczej dla jego bliskich, a jeszcze inaczej dla ratowników i wszystkich tych, którzy stopniowo będą włączani w proces leczenia. I dla nich właśnie będzie ta książka.

Czas zatem jest pierwszym stałym partnerem gry o przeżycie chorego czy ofiary wypadku. To on rodzi pośpiech i emocje, predysponuje do błędów koncepcyjnych i niedokładności wykonawczych, ogranicza możliwe do użycia środki, limituje dostępny zespół leczący – zawsze zwiększa zagrożenie życia, które w najcięższych stanach wynika także z trudności diagnostycznych (na skutek braku wywiadu, niemożności natychmiastowego wykonania wszystkich badań diagnostycznych, podobieństw objawów w poszczególnych stanach, wcześniejszego użycia przez chorych alkoholu, leków lub innych używek).

Ma to więc być książka o tym, jak można zmniejszać zagrożenie życia w SOR czy izbie przyjęć szpitala. Poprowadzimy czytelnika wraz z jego pacjentem aż do drzwi szeroko rozumianej sali operacyjnej, oddziału intensywnej terapii czy też odpowiedniego oddziału specjalistycznego, gdzie dokona się ostateczna „naprawa” tak skomplikowanego mechanizmu, jakim jesteśmy. Nie ma więc być SOR jedynie korytarzem do szpitala. Ma być miejscem, gdzie ustalone zostanie możliwie najbardziej prawdopodobne rozpoznanie i gdzie powinna być uzyskana stabilizacja podstawowych funkcji życiowych, o ile nie wymaga to procedur w SOR niedostępnych. W przypadku najciężej chorych czy poszkodowanych w wypadkach SOR otrzyma jednak tylko wtedy szansę na skuteczną pomoc swym pacjentom, gdy skutecznie zadziałają dwa inne ogniwa łańcucha przeżycia, tj. dyspozytor centrum powiadamiania ratunkowego i zespół ratownictwa medycznego.

Będzie to wreszcie „inna” książka. Poznamy medycynę, począwszy od dominującego objawu, czy zespołu objawów, przez działania ratowniczo-diagnostyczne, dochodząc krętą ścieżką do rozpoznania, a potem już jadąc autostradą doskonale znanej wstępnej terapii. Przedstawione zostaną algorytmy diagnostyczno-lecznicze dla najczęściej zgłaszanych przez chorych zagrożeń – objawów, z których każdy oznaczać może kilka–kilkanaście–kilkadziesiąt schorzeń, zaczynając od typowych działań w warunkach zatrzymania krążenia, ostrej niewydolności oddechowej, wstrząsu i utraty przytomności, przez objawy i zespoły objawowe, jak gorączka, ból brzucha, ból w klatce piersiowej), kończąc na najczęstszych skutkach urazów (w tym mnogich i wielonarządowych obrażeń ciała). W każdym z ponad 30 algorytmów pokazane zostaną procedury najprostsze – wstępne, przez diagnostykę i doraźne czynności ratunkowe, aż do definitywnych rozwiązań.