

Η Αρχική Αντιμετώπιση του Πολυτραυματία στη Μ.Ε.Θ.

ΑΛΕΞ. ΑΝΑΣΤΑΣΑΚΗΣ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Μ.Ε.Θ. Π.Γ.Ν. «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ»

Οι ενδείξεις εισαγωγής ενός πολυτραυματία στη Μ.Ε.Θ., η κλινική του εξέταση και ο προγραμματισμός των διαγνωστικών και θεραπευτικών ενεργειών για την αντιμετώπιση του δεν αφήνεται από τις γενικές αρχές αντιμετώπισης ενός οιαδήποτε ασθενούς στη Μ.Ε.Θ.

Για λόγους διδακτικούς, ίσως είναι σκόπιμη η θεώρηση των συνηθών διαδικασιών που ακολουθούνται κατά την εισαγωγή και αντιμετώπιση ενός χειρουργικού ασθενούς στην Εντατική, και στη συνέχεια η εξέταση ορισμένων ιδιαιτεροτήτων που αφορούν στους πολυτραυματίες.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗ

Τα χειρουργικά περιστατικά εισάγονται στη Μ.Ε.Θ. είτε προγραμματισμένα είτε έκτακτα.

Προγραμματισμένα:

- Μετά από μεγάλη χειρουργεία (π.χ. αντικατάσταση σώματος θωρακικού σπονδύλου, bypass στεφανιαίων, ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, κρανιοτομία, μεταμόσχευση ήπατος κλπ. κλπ.).

- Περιστατικά σταθεροποιημένα, που εισάγονται στη Μ.Ε.Θ. επειδή απαιτούν έντονη νοσηλευτική φροντίδα και συνεχή παρακολούθηση (monitoring) ζωτικών παραμέτρων (π.χ. έγκαυμα, κατάγματα πλευρών με συνυπάρχουσα χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια, εντερεκτομή σε ασθενή αιμοκαθαιρόμενο και άνοουρο λόγω χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας κλπ. κλπ.).

Έκτακτα:

- Ασταθείς γενικά ασθενείς που απαιτούν συνεχείς θεραπευτικές παρεμβάσεις (π.χ. κρανιεγκεφαλική κάκωση με ενδοκράνια υπέρταση, μετεγχειρητικό οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου με σοκ, οξεία μετεγχειρητική αναπνευστική ανεπάρκεια, αιμορραγία πεπτικού με σοκ, πνευμονική εμβολή σε καταγματία κλπ. κλπ.).

ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΣΤΗ ΜΕΘ

Κάθε ασθενής "υπαγορεύει" την ένταση των κλινικών παρεμβάσεων και το είδος monitoring που απαιτεί. Υπάρχουν όμως και γενικοί κανόνες:

1. Ιστορικό

- α. Διάγνωση και πρακτικό εγχείρησης.
- β. Αναισθησία (τύπος και δοσολογίες φαρμάκων).
- γ. Αιμοδυναμική πορεία κατά την επέμβαση.
- δ. Απώλειες αίματος. Αιμορραγική διάθεση.
- ε. Αίμα και υγρά αναπλήρωσης που χορηγήθηκαν.
- στ. Ποσό παραχθέντων ούρων κατά το χειρουργείο.
- ζ. Εργαστηριακές εξετάσεις στο χειρουργείο.
- η. Επεμβάσεις που υπέστη στο παρελθόν.
- θ. Άλλα νοσήματα ή παθήσεις.
- ι. Αλλεργίες.
- ια. Φάρμακα που έπαιρνε προεγχειρητικά.

2. Κλινική εξέταση

A-B-C (αεραγωγός, αγγιπνοή, κυκλοφορία), Ζωτικά σημεία: Θ, Α.Π., Σφύξεις, Ρυθμός.

β. Κ.Ν.Σ.: επίπεδο συνείδησης, προσανατολισμός. Η κίνηση όλων των άκρων, έστω και αν απαιτεί ολιγόλεπτη μείωση της καταστολής, πρέπει να εξετάζεται συχνά, π.χ. ανά 4ωρο.

γ. Δέρμα: χρώμα, κηλίδες, χήναιο δέρμα.

δ. Κεφαλή: κόρες (συχνός έλεγχος), ρινογκός καθ., τραχειοσωλήνας

ε. Τράχηλος: διατεταμένες σφαγίτιδες, κεντρικοί καθετήρες.

στ. Θώρακας: Αναπνευστικός ψίθυρος, καρδιακοί τόνοι, θωρακοστομίες.

ζ. Κοιλία: Διάταση, εντερικοί ήχοι, τομές, σωλήνες παροχέτευσης.

η. Άκρα: Χρώμα και θερμοκρασία δέρματος, σφύξεις, κίνηση, φλεβοκαθετήρες.

θ. Χειρουργικά πεδία και παροχετεύσεις: λερωμένα με αίμα, τύπος παροχετεύσεων, παροχή.

3. Γενικός (βασικός) εργαστηριακός έλεγχος

α. Ητ, Λευκά, Na, K, κρεατινίνη, ουρία, αέρια αίματος, πήξη

β. Ακτινογραφία θώρακος επί κλίνης.

γ. Η.Κ.Γ. πλήρες.

δ. Καρδιακά ένζυμα, αν απαιτούνται.

4. Ξανά έλεγχος και γραπτή καταχώρηση στο ιστορικό για τα ακόλουθα:

α. Θέση τραχειοσωλήνα, πίεση στο cuff, ρυθμίσεις αναπνευστήρα, αμφοτερόπλευρος αναπνευστικός ψίθυρος.

β. Η.Κ.Γ. στον παλμογράφο, ρυθμός.

γ. Αρτηρ. καθετήρας: αιμάτωση άκρου άνω της αρτηριακής γραμμής.

δ. Καθετήρας πνευμονικής: κυματομορφή, θέση στην A/a θώρακος, έλεγχος στο μπαλονάκι.

ε. Καθ. ενδοκράνιας πίεσης και SJVO2: θέση, ερμηνεία ενδείξεων.

στ. Παροχετεύσεις: ανατομική περιοχή, όγκος υγρών.

ζ. Θωρακοστομίες: έλεγχος θέσης στην A/a θώρακος, λειτουργικότητα.

5. Οδηγίες εισαγωγής: Ανάλογες με το περιστατικό.

Ειδική προσοχή αποδίδεται στις οδηγίες που αφορούν μεταβαλλόμενα γεγονότα. Έτσι, οι οδηγίες για καταστολή αναθεωρούνται ανά 8ωρο, οι οδηγίες για συμπαθητικομητικές αμίνες αναθεωρούνται συνεχώς, οι οδηγίες για διουρητικά συνοδεύονται από την ένδειξη "με εντολή", ώστε να ερωτάται πάλι ο εφημερεύων, οι οδηγίες για μείωση ενδοκράνιας υπέρτασης εκτελούνται με ιατρική επιτήρηση κ.ο.κ.

Στη Μ.Ε.Θ. υπάρχει ειδική εγρήγορση στο θέμα της προφυλακτικής αντιμικροβιακής αγωγής, η οποία έχει (συνήθως) ξεκινήσει από τον χειρουργό που παραπέμπει το περιστατικό και η οποία (επίσης συνήθως) είναι μάλλον υπερβολική.

Μετά την ανωτέρω (γενική και λίαν ελλιπή) αναφορά στην αντιμετώπιση ενός χειρουργικού ασθενούς στη Μ.Ε.Θ. ως θεωρήσουμε τις ιδιαιτερότητες ενός πολυτραυματία.

ΑΡΧΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑ ΣΤΗΝ Μ.Ε.Θ.

Τραυματίες διακομίζόμενοι στην Μ.Ε.Θ. από το χειρουργείο ή από το Τ.Ε.Π. θεωρούνται εξ ορισμού ότι έχουν αδιά-

γνωστα ή ατελώς αντιμετωπισθέντα προβλήματα.

Η όψιμη ανακάλυψη σοβαρών βλαβών είναι συνηθισμένη σε πολυτραυματίες, και η καθυστέρηση στην διάγνωση σχετίζεται με σοβαρή νοσηρότητα.

Λεπτομερής έλεγχος είναι το πρώτο μήνυμα και τακτικός επανέλεγχος είναι το δεύτερο.

Ο Εντατικολόγος έχει υπέρ του το χρόνο (που δεν έχει η ομάδα των χειρουργών που αντιμετώπισε τον πολυτραυματία) ώστε να οργανώσει την θεραπευτική του τακτική.

Κάνει τον πρώτο έλεγχο των βασικών λειτουργιών του ασθενούς- A-B-C - (αεραγωγός, αναπνοή, κυκλοφορία) ταυτόχρονα με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που στηρίζουν τις λειτουργίες των ζωτικών οργάνων. Αυτό το σημείο είναι σημαντικότερο. Είναι απίστευτο πόσο εύκολα μπορεί να χαθεί μια ζωή εξαρτημένη από μηχανήματα, σωλήνες, δραστικά φάρμακα κλπ. στην μεταφορά από το χειρουργείο μέχρι την Μ.Ε.Θ. από κάποια αβλεψία, ζημιά κλπ. Το A-B-C κατά την εισαγωγή του πολυτραυματία στη Μ.Ε.Θ. είναι σχεδόν όσο σημαντικό ήταν και στον τόπο του ατυχήματος και ο Εντατικολόγος έχει χρέος να αρχίζει από εκεί και να επιστρέφει εκεί κάθε φορά που ο ασθενής παρουσιάζει αιφνίδια επιδείνωση.

Μετά τη ολοκλήρωση του όποιου (επεμβατικού ή μη) monitoring και των όποιων κλινικών παρεμβάσεων έχει κρίνει σαν αναγκαία, ο γιατρός της Μ.Ε.Θ. κάνει τη δεύτερη αναθεώρηση του περιστατικού (δευτερογενής έλεγχος), προγραμματίζει τον εργαστηριακό έλεγχο και ειδοποιεί ενδεχομένως τους χειρουργούς για ύπαρξη βλαβών που δεν είχαν αναγνωρισθεί.

Στις εν συνεχεία εξετάσεις του ασθενούς έχει τη δυνατότητα, σε ένα τρίτο χρόνο, να ανακαλύψει βλάβες που έχουν ξεφύγει και από τους δικούς του ελέγχους.

Σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς, σε 2% έως 9% του συνόλου των αντιμετωπιζόμενων πολυτραυματιών αποκαλύπτονται στη συνέχεια βλάβες που είχαν διαφύγει από τον πρώτο έλεγχο και την πρώτη αντιμετώπιση.

Άλλοι, ωμότεροι συγγραφείς, παραδέχονται ότι το να έχουν ξεφύγει κάποιες βλάβες από τον αρχικό έλεγχο είναι ο κανόνας μάλλον παρά η εξαίρεση.

Αυτό δεν σημαίνει υποχρεωτικά ιατρική αμέλεια ή κακή ιατρική. Μή ξεχνάμε πως δεν είναι σπάνιο ούτε παράλογο να οδηγείται ένας ασθενής κατ ευθείαν από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών στο χειρουργείο και από εκεί στη ΜΕΘ πριν ολοκληρωθεί ο έλεγχος, προκειμένου, λόγω χώρας, να ελεγχθεί χειρουργικά μία αιμορραγία.

Ομοίως, ένας ασθενής κυκλοφοριακά ασταθής λόγω θλάσης μυοκαρδίου ή αναπνευστικά ασταθής λόγω flail chest, μπορεί να οδηγηθεί κατ ευθείαν στη ΜΕΘ για αντιμετώπιση του παθοφυσιολογικού του συνδρόμου με προωθημένα μέσα και τεχνικές, πριν ολοκληρωθεί ο υπόλοιπος έλεγχος.

Γι' αυτό, το κύριο μήνυμα, σε σχέση με την αντιμετώπιση του πολυτραυματία στη Μ.Ε.Θ. είναι ότι ο εντατικολόγος οφείλει να κάνει τα **A-B-C** και **λεπτομερή γενικό έλεγχο** του ασθενούς σαν να μην είχαν ποτέ γίνει.

Στη Μ.Ε.Θ. του Ασκληπείου παρατηρήσαμε το τελευταίο 9άμηνο 8 περιστατικά, επί συνόλου 49 εισαχθέντων πολυτραυματιών, με μη διαγνωσθέντα προβλήματα από τον αρχικό έλεγχο και την πρώτη αντιμετώπιση.

Αναφερόμαστε σ' αυτά τα περιστατικά ώστε να γίνει σαφές το μήνυμα ότι στους πολυτραυματίες είναι πολύ σημαντικό να αναζητούμε βλάβες που δεν διαγνώστηκαν ούτε κατά την εισαγωγή ούτε στο χειρουργείο.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ:

Γ.Δ., 70 ετών, τροχαίο, πολυκαταγματίας.
Διακομίστηκε στη ΜΕΘ την 5η ημέρα, λόγω αναπνευστικής ανεπάρκειας.

Αποκαλύφθηκε θλάση εγκεφάλου, μη χειρουργική αλλά συμπτωματική.

Κ. Ι., 32 ετών, τροχαίο.

Διακομίστηκε στη ΜΕΘ μετά από αντιμετώπιση ενδοπεριτοναϊκής αιμορραγίας. Άλλες βλάβες: κατάγματα μηριαίων άμφω.

Στη ΜΕΘ διαγνώσθηκαν, επί πλέον, κατάγματα πλευρών και θλάση πνευμόνων.

Ρ.Σ., 28 ετών, τροχαίο.

Διακομίστηκε στη ΜΕΘ μετά από αντιμετώπιση ρήξης ήπατος.

Συνυπήρχε θλάση πνευμόνων.

Μ.Κ., 64 ετών, πτώση, ρήξη ήπατος - γεφρών, κάκωση θώρακος.

Είχε και μία υποδιαφραγματική συλλογή που παροχετεύτηκε χειρουργικά.

Μ.Δ., 40 ετών, πτώση, ρήξη ενδοκοιλιακών σπλάχνων.

Στη ΜΕΘ διαγνώσθηκαν κατάγματα πλευρών άμφω και τοποθετήθηκαν θωρακαστομίες. Επίσης κάταγμα αγκώνος και κάταγμα τارسού.

Γ.Δ. 21 ετών, τροχαίο, πολυτραυματίας.

Στη ΜΕΘ διαγνώσθηκε ύπαρξη οδόντος στον κάτω λοβό δεξιά.

Τ. Ι., 49 ετών, κατάγματα λεκάνης, θετικό lavage λαπαροτομής: οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα στο οποίο αποδίδεται η αιμοδυναμική του αστάθειας.

Στη Μ.Ε.Θ. ανακαλύπτουμε ότι έφερε Α/α θώρακος άλλου στόμου. Είχε αιμοθώρακες άμφω. Επίσης είχε παραπληγία από κατάγματα ΘΜΣΣ και ΟΜΣΣ.

Π.Ε. 26 ετών, πολυκαταγματίας, λαπαροτομή: Οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα.

Αιμοδυναμικά ασταθής, ηξιολογικές δтрχές από το χειρουργείο. Νέα λαπαροτομή καθ υπόδειξιν της Μ.Ε.Θ. έδειξε μη διαγνωσθείσα ρήξη ήπατος.

Abstract: Initial care of the multiply traumatized patient in the Intensive Care Dept.

Two messages are given: (a) Start with the **A-B-Cs** and return to the **A-B-Cs** every time something goes wrong (b) Thoroughness and detailed examination seeking for **missed diagnoses** should lead the thought of the Intensivist who admits a multiply traumatized patient in the I.C.U.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Intensive Care Medicine 3d Ed 1996 Little Brown and Co. J. Rippe, R Irwin, F Cerra et al.

Textbook of Surgery Sabiston 15th Ed.1997 Saunders

Principles of Critical Care 2d Ed 1997 Mac Graw Hill L. Wood J. Hall et al.

Surg Clin North Am 1995 April. 75: II Horizons in Trauma Surgery

Emergency Med-Clin-North-Am. 1996 Feb. 14(1) Blunt Abdominal Trauma (Abstract)

Austr-N-Z-J-Surg 1993 Dec. 63(12) Missed injuries in the multiply traumatized (Abstract)

Helv-Chir-Acta. 1993 Sept. 60(1-2) Quality of Emerg. Admis. and first aid in m. trauma (Ab.)

Key words: missed diagnosis, trauma, emergency aid, first aid, critical care