

7 BŁĘDÓW POPEŁNIANYCH PODCZAS MASYWNYCH KRWOTOKÓW

Umiejętność tamowania krwotoku powinna być jedną z priorytetowych w służbie policjanta. To problematyka, która dotyczy każdego funkcjonariusza. Aktualna wiedza oraz ciągle doskonalenie umiejętności w zakresie opatrywania ran podczas masywnego krwotoku są niezbędne do udzielenia właściwej pomocy. Założenie opaski uciskowej lub innych środków pozwoli na przekazanie poszkodowanego w ręce medyków. To osoba na miejscu zdarzenia dokonuje wyboru i metody zaopatrzenia rany w myśl przyjętych standardów postępowania. To od niej często będzie zależało, czy poszkodowany przeżyje, czy nie.

*Jeśli nosisz coś, co robi dziury, noś coś, co je łąta.
Nikt nie powinien umierać z powodu niekontrolowanego krwotoku.*

Błąd pierwszy: strach przed użyciem opaski uciskowej lub bardzo długie zwlekanie z jej zastosowaniem w zagrażającym życiu krwotoku z kończyn

Przez wiele lat nauka głosiła, że zastosowanie opaski uciskowej było ostateczną czynnością w postępowaniu podczas krwotoku z kończyny górnej czy dolnej. Procedura mówiła, iż jeśli wszystkie inne wysiłki związane z kontrolą krwotoku nie powiodły się, należy rozważyć opaskę uciskową. Użycie opaski uciskowej przez osoby udzielające pierwszej pomocy było kierowane wielką niechęcią i ostrożnością, a nawet potępiane przez osoby ze środowiska medycznego. Dane z amerykańskiej armii pokazały jednak, że przeżycie poszkodowanego w przebiegu krwotoku zewnętrznego, u którego zastosowano opaskę uciskową przed wykrwawieniem, jest dziewięć razy większe niż osób, które nie miały założonej opaski uciskowej. 20-letnie doświadczenie walk pokazało, że opaski uciskowe dostępne w sprzedaży mogą być całkowicie bezpiecznie używane. Przykłady potwierdzają, że opaska uciskowa może być założona na kończynę przez okres do dwóch godzin bez

żadnych obaw o amputację. Więc można uznać ją jako całkowicie bezpieczną. Okres ten mieści się w przedziale czasowym opieki nad poszkodowanym w obszarach miejskich.

Można przyjąć, iż osoby przeszkolone, na co również wskazują *Wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji 2015 r.*, nie powinny opóźniać założenia opaski uciskowej w czasie krwotoku z kończyn czy wahać się. Tym samym opaska uciskowa nie powinna już być ostatnim wyborem co do kontroli krwotoku – powinna być pierwszym wyborem, w szczególności biorąc pod uwagę specyfikę służby policjanta.

Błąd drugi: pozwolenie, aby ból poszkodowanego zawładnął nami i nie pozwalał zrobić tego, co musimy zrobić

Nie jest niczym nowym fakt, że wszystkie interwencje kontroli krwotoku, tj. ucisk bezpośredni, stosowanie opaski uciskowej czy pakowanie rany, zwiększają ból i powodują dyskomfort poszkodowanego. Osoba ratująca życie nie powinna zniechęcać się do założenia opaski z powodu bólu czy dyskomfortu, które odczuwa poszkodowany. Ból jest integralną częścią rany,

więc nie powinien powodować u nas strachu przed szybkim i skutecznym działaniem.

Przedstaw się poszkodowanemu, jeśli jest przytomny, następnie powiedz, że wiesz, co robisz, i że założenie opaski spotęguje u niego ból, ale jest konieczne, aby uratować mu życie – w innym przypadku się wykrwawi.

Błąd trzeci: niewykonanie wystarczającego ucisku podczas zastosowania opaski uciskowej, aby całkowicie ustało tętno obwodowe

Opaska uciskowa powinna być wystarczająco ciasno założona na kończynę dolną lub górną w celu kontroli krwotoku. Głównym celem jest zapewnienie, że krew w żaden sposób nie wydostanie się poza stazę i nie dotrze do uszkodzonej kończyny. Jeśli krew będzie się wydostawać poza opaskę, poszkodowany będzie dalej krwawił, tym samym cel założenia nie zostanie osiągnięty, a poszkodowany umrze.

Nieuciśnięcie odpowiednio mocno opaski zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia zespołu przedziałowego w kończynie, co potencjalnie powoduje uszkodzenie nerwów i mięśni.



Fot. 1. Cat, gen. 7, <http://shoplo.com/863produkt/1024aaap4670-cat77>, dostęp: 30.06.2020 r.

Błąd czwarty: rozluźnianie opaski uciskowej

W pewnym okresie nauki udzielania pierwszej pomocy wskazywano, że za każdym razem, kiedy opaska uciskowa zostanie nałożona na kończynę, powinna być rozluźniona po około 15 minutach ucisku, co miało umożliwić powrót krwi do uszkodzonej kończyny. To miało spowodować myślenie, że w ten sposób zostanie natleniona kończyna, lepsza będzie tolerancja opaski, co pozwoli na jej dłuższe zastosowanie. Natomiast można się domyślić, że rozluźnienie opaski kończyło się ponownym krwawieniem poszkodowanego, co pogłębiało jego stan. Takie metody były dopuszczalne na początku wybu-

chu wojny w Iraku czy Afganistanie, lecz gdy doprowadziły do śmierci kilku żołnierzy poprzez spowodowanie stopniowego wykrwawienia się, zmieniono praktyki stosowania opasek uciskowych.

Należy pamiętać, że raz założona opaska nie powinna być rozluźniana i usuwana do momentu, gdy źródło krwotoku nie będzie powstrzymane poprzez zastosowanie innych środków.

Błąd piąty: strach przed użyciem lub nieużywanie drugiej opaski uciskowej

W większości przypadków zastosowanie pojedynczej opaski kontroluje krwotok, z którym mamy do czynienia. Są jednak przypadki, w szczególności gdy krwotok dotyczy kończyn dolnych, gdzie opaska zostaje założona na udo, że założenie jednej opaski mimo bardzo silnego ucisku i prawidłowego założenia jest niewystarczające do opanowania krwotoku. Doświadczenie pokazuje, że problem może wystąpić w szczególności u osób bardzo otyłych lub gdy mają bardzo dobrze umięśnione uda.

W tych przypadkach osoba udzielająca pomocy nie powinna z jakiegokolwiek powodu zwlekać z zastosowaniem drugiej opaski uciskowej i jak najszybciej powinna ją założyć nad pierwszą opaskę, maksymalnie ją skręcając do momentu ustania krwawienia.

Błąd szósty: myślenie, że lepiej nic nie robić, gdy brak opaski uciskowej lub materiałów opatrunkowych

Istnieje przekonanie, że gdy osoba udzielająca pomocy nie ma przy sobie środków do kontrolowania krwotoku, to lepiej, żeby nic nie robiła. Ale czy jest to prawidłowe postępowanie? Brak opaski uciskowej lub gazy hemostatycznej nie powinien powstrzymać prób kontrolowania krwotoku. Należy zwrócić uwagę na fakt, że bez żadnego sprzętu krwotok może być często kontrolowany, a nawet całkowicie zatrzymany. Ucisk bezpośredni na ranę przy użyciu obu rąk z wykorzystaniem masy ciała jest skuteczną metodą zmniejszenia czy też całkowitego zatrzymania krwawienia. Minusem tej metody jest wymagany czas ucisku, który trzeba poświęcić, aby była skuteczna. W większości przypadków wynosi on ponad 10 minut przy ciągłym ucisku rany. Czas ten pozwala na wytworzenie skrzepu w okolicy rany i, co jest kluczowe, nie powinien

być luzowany w celu sprawdzenia, czy ucisk jest skuteczny. Wszelkie formy luzowania ucisku spowodują utratę dotychczasowych efektów.

W braku gazy hemostatycznej można użyć zwykłej gazy lub ubrania – najlepiej osoby poszkodowanej. Obie te metody są skuteczne, lecz różnicą między zastosowaniem gazy hemostatycznej i gazy zwykłej jest czas ucisku. Zastosowanie gazy hemostatycznej wymaga od osoby udzielającej pomocy ucisku przez przynajmniej trzy minuty (w zależności od danego hemostatyku), a następnie zastosowanie opatrunku uciskowego, zaś w przypadku gazy zwykłej czas ucisku znacznie się wydłuża.

Błąd siódmy: korzystanie z niewłaściwie wykonanej prowizorycznej opaski uciskowej

W przypadku, kiedy nie jest dostępna opaska uciskowa, osoby udzielające pomocy będą próbować zastosować improwizowaną opaskę uciskową za pomocą dostępnych materiałów, np. sznurówek, pasów, sznurków. W większości przypadków podczas ich użycia nie zostanie osiągnięty cel, a jedynie mogą one pogłębić uraz, prowadząc do wtórnych komplikacji. Na przykład zastosowane sznurowadła często mogą być założone niewystarczająco ciasno, aby zatamować krwawienie, a ponieważ są cienkie i wąskie, powodują, że cała kompresja jest stosowana na małym obszarze, co doprowadza do uszkodzenia struktur leżących pod spodem, takich jak nerwy. Innym przykładem jest pas skórzany, który jest bardzo sztywny i nie da się go wystarczająco mocno skręcić, aby powstrzymać krwawienie.

Prowizoryczne konstruowanie opaski uciskowej polega na zwinięciu elastycznych środków, np. krawata, który ma szerokość około 5 cm, a następnie skrępowanie go za pomocą jakiegoś twardego przedmiotu, np. nożyczek lub specjalistycznego tourni-key (zob. fot. 2–6).

Improwizowane opaski uciskowe wymagają od osoby udzielającej pomocy właściwej procedury, żeby została założona w krótkim czasie i przyniosła pożądany cel. Szerokie opaski uciskowe są lepiej tolerowane przez osoby poszkodowane i rzadziej powodują uszkodzenia struktur leżących poniżej.

Jeśli nie posiadasz odpowiednich środków do zatrzymania krwawienia, lepiej będzie, jeśli zastosujesz ucisk bezpośredni.

Niektórzy zapominają, że staza jest środkiem ratującym życie. Staza taktyczna powinna być obecnie obowiązkowym elementem wyposażenia każdego funkcjonariusza. Dziś nikt już nie kwestionuje jej skuteczności w warunkach taktycznych, choć założenie stazy ciągle wywołuje kontrowersje w ratownictwie cywilnym.

Policja jest umundurowaną i uzbrojoną formacją służącą społeczeństwu i przeznaczoną do ochrony bezpieczeństwa ludzi. Umiejętność udzielania pierwszej pomocy jest jednym z podstawowych elementów prawidłowego wykonywania działań policyjnych związanych z ratowaniem życia i zdrowia ludzi. Znajomość aktualnych standardów postępowania ratowniczego skutecznie przyczynia się do zmniejszania liczby zgonów wśród osób poszkodowanych.

Technika założenia prowizorycznej opaski uciskowej za pomocą krawata i tourni-key



Fot. 2.



Fot. 3.



Fot. 4.



Fot. 5.



Fot. 6.

BIBLIOGRAFIA

Andres J. (red.), *Wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji 2015 r. (ERC 2015)*.

Campbell J.E., Alison R.L. (red.), *International Trauma Life Support. Ratownictwo przedszpitalne w urazach*, Kraków 2015.

<https://pl.m.wikipedia.org/wiki/krwotok>,
dostęp: 16.06.2020 r.

Procedury postępowania medycznego w Armii Stanów Zjednoczonych AP - Joint Theater Trauma System Clinical Practice Guideline, <http://www.amazon.com/Theater-Clinical-Practice-Guidelines-ebook/dp/B007MTQHA4>,
dostęp: 16.06.2020 r.

Urban E. & Partner, *The Merck Manual. Objawy kliniczne. Praktyczny przewodnik diagnostyki i terapii*, Wrocław 2010.

Autor sierż. szt. rat. med. Aleksander Ziobro jest koordynatorem ratownictwa medycznego Szkoły Policji w Słupsku. Niniejszy artykuł powstał na podstawie własnych obserwacji oraz pytań najczęściej zadawanych przez policjantów biorących udział w szkoleniu z zakresu udzielania pierwszej pomocy w Szkole Policji w Słupsku.

Fot. 2–6 A. Ziobro