



Tomasz REZYDENT

WALKA O ODDYCH

BookEdit

#

Dyżur był pracowity, mieliśmy kilku cięższych pacjentów na NIV-ach, ale nikt nie sprawiał wrażenia, żeby miał się załamać i pójść dzisiaj „na rurę”. Wieczorna wizyta szła nad wyraz sprawnie, na pierwszej sali „R” było miejsce po reanimowanym pacjencie. Już przygotowane, pościelone i nikt, kto na własne oczy nie widział, jak kilka godzin wcześniej walczyliśmy o jego życie, by nie powiedział, że ktoś tu wcześniej leżał. Chyba nie ma w szpitalu łóżka, no może poza leżanką w socjalnym, na którym ktoś by nie umarł. To zaś czekało już na kolejnego pacjenta. Na łóżku obok pani Karina z uśmiechem powiedziała, że niczego nie potrzebuje. Dobrze zobaczyć ją bez NIV-a na twarzy, tylko w masce z rezerwuarem. Saturację trzyma dość dobrą jak na to, co przeszła. Odleżyna na nosie w końcu się wygoi. Ważne, że nie potrzebuje tak agresywnej tlenoterapii jak wcześniej.

W sali obok leży niespokojny alkoholik, który majaczy, oraz pacjent, który musi tego majaczenia niestety słuchać. Dalej nieco ponad 50-letni mężczyzna z nowo-tworem, u niego NIV jest tym, co maksymalnie możemy zastosować. Parametry wentylacji ma złe, nieco sedacji, na tyle by być spokojnym i nie odczuwać tak silnej duszności, ale gdyby zerwał sobie maskę, to w ciągu paru minut, by się udusił. Drugi pacjent na tej sali również jest na NIV-ie, ale w o wiele lepszym stanie, dobrze toleruje terapię. Na kolejnej sali pacjentka, która jeszcze daje radę na high-flow, 60 litrów 95% tlenu na minutę, ledwie jej wystarcza. I tak co salę, prawie cały oddział wypełniony ludźmi, którym wirus w mniejszym lub większym stopniu kradnie płuca. Wracamy do tego, co było w listopadzie i grudniu, pieprzo-na III fala.

Udało się względnie szybko przez wieczorny obchód przebrnąć. Plan był prosty jak zawsze: „Nikt się nie psuje, wszyscy się czują dobrze. Odpoczywamy do

rana". Tylko to się nigdy nie udaje, Mojry* zawsze znajdowały nam zajęcie, a dziś Atropos** zamierzała porządnie się z nami zabawić.

– Panią Karinę na „erce” boli brzuch i jest dość szybka – oznajmił przez telefon Grzesiek, nasz pielęgniarz.

– Ile?

– 140 na minutę.

– Zaraz będę... – mówię i ruszam z gabinetu w stronę drzwi z czerwonym napisem „Strefa brudna”.

Po wejściu na salę intensywnego nadzoru widzę pacjentkę, która nie przypominała kobiety sprzed zaledwie trzech godzin. Jej farbowane ciemne włosy były pozlepiane, koszulka przesiąknięta, na twarzy perlił się pot i oddychała ciężko, trzymając się kurczowo za barierki łóżka. Akcja serca na monitorze faktycznie wynosiła 140 uderzeń na minutę, a saturacji nie szczytywało, gdyż pulsak był założony na palec, a dłonie zaciśnięte na barierce były całe pobieleałe, jakby krew z nich odpłynęła. Oddychała szybko i nieregularnie, para z jej ust osadzała się i skraplała na masce z rezerwuarem.

– Ciśnienie, saturacja, dajcie pół litra soli i zmierzcie cukier – rzucam na głos i zabieram się do badania pacjentki. Nie musiałem nic więcej dodawać.

– Gdzie panią boli? – pytam kobiety, patrząc w jej wygiętą w grymasie bólu twarz. Na nosie widniała pokryta ziarniną rana po stosowaniu nieinwazyjnego respiratora, przez myśl mi przeszło, że to kolejna pacjentka, która się łamie po tym, jak wygraliśmy z niewydolnością oddechową. Czy naprawdę oszukujemy śmierć, a ona się o swoje upomina?

– Tu... – Wskazała ręką okolicę pęcherzyka.

Brzuch miękki, niebolesny, być może to pęcherzyk, jeśli tak, to wciąż z ujemnym Chęłmońskim, no i bez objawów otrzewnowych.

– Od kiedy taka jest? – pytam.

– Nie wiem, z 10 minut, wcześniej sobie spała. Ciśnienie 70/50, saturacja ledwie 83% – oznajmia Grzesiek.

Kurwa mać... – tak, dokładnie to sobie pomyślałem w tej chwili i przysięgłbym, że usta pod maską bezgłośnie wypowiedziały to przekleństwo. Szybka akcja serca, spadek ciśnienia, spadek saturacji i pacjentka złana potem, błyskawicznie pogarszająca się. Mamy kolejny wstrząs. Pytanie tylko jaki?

– Julka, przyjdź na „siódemkę”, mamy wstrząs, weź USG i zawołaj jeszcze ze dwie pielęgniarki. – Zadzwoiłem do koleżanki, która przebywała w innej części oddziału.

– Załóżcie drugie wkłucie, najlepiej zielony w drugą rękę i podłączcie kolejny płyn. Szykujcie levonor 8/40, na razie musi polecieć na obwód – powiedziałem, rozkręcając maksymalnie zawór z tlenem.

* W mitologii greckiej boginie losu.

** Jedna z Mojir „Nieodwracalna” to ta, która przecinała nić żywota.

Pacjentka była przerażona, kiedy nagle koło jej łóżka zaczęło kłębić się tyle osób. „Niemedyczni” często nie mają pojęcia, jak ich stan jest groźny, ale nawet oni wyczuwają, że kiedy uwija się przy nich kilku ludzi naraz, rzucając to co robili do tej pory – to jest złe. Ktoś zakuwa drugą rękę, żeby podłączyć kolejną kroplówkę, ktoś przygotowuje leki i płyny, ktoś inny właśnie przystawiał aparat do EKG i smaruje zwilżonym wacikiem klatkę piersiową, aby przystawić do niej małe metalowe przyssawki potrzebne do wykonania zapisu czynności elektrycznej serca.

Wyszedłem na korytarz i zadzwoniłem do anestezjologa, nie miałem złudzeń, że pacjentka zaczyna umierać, ale nie wiedziałem jeszcze dlaczego. Rozmowa z doktorem Shotem była szybka i treściwa.

– Mam wstrząs, potrzebuję założenia centrali i pomocy w stabilizacji pacjentki. Nie wiem tylko, dlaczego jest wstrząsowa.

– Będę za 15–20 minut – odpowiedział anestezjolog.

Doktor Julia właśnie przyciągnęła ciężki aparat do USG na kółkach. Grzesiek kończył pobrania do zleconych na cito badań laboratoryjnych, pani Ula drukowała EKG, ja zaś już rozsmarowywałem żel po brzuchu pacjentki.

Pęcherzyk był w porządku, cienkościenny bez złogów, w brzuchu nie zauważyłem żadnego poszerzenia aorty czy patologicznego zbiornika płynów, w pęcherzu moją uwagę przykuł gęsty płyn mający swój poziom i jakby oddzielający się od moczu, wypełniający do połowy nieco rozdęty pęcherz moczowy. Pacjentka od paru dni nie była zacewnikowana i sama oddawała mocz. Krew? Skrwawiła się do pęcherza? Nie, raczej za mało na wstrząs krwotoczny.

– Cewnikujemy. Mocz też trzeba pobrać na posiew – zarządzam.

– Sto pięćdziesiąt na minutę, robi się niemiarowa, zaburzenia komorowe? – informuje doktora Julia, patrząc na zapis na monitorze, który faktycznie wyglądał coraz gorzej, choć udało nam się podbić nieco ciśnienie i saturację. Zobacz na to, pokazała mi EKG, które przed chwilą dostała do oceny.

– LBBB (blok lewej odnogi pęczka Hisa). Nie wiemy tylko czy świeży, musimy zobaczyć stare EKG, jeśli było. Troponiny już pobrałem – powiedziałem. Gdyby to był świeży blok lewej odnogi pęczka Hisa, to byłoby to równoznaczne z rozpoznaniem STEMI, czyli zawału i to o złym rokowaniu.

– Patrz tu, pokazała palcem na odprowadzenia II, III i aVf, czy to uniesienia?

– 1,5 może 2 mm, ale tak... Cholera. Ściana dolna. Pasuje do bólu... – odpowiedziałem i wróciłem do USG. Nie robię ECHO i nie wiem, czy kiedykolwiek będę je robić, ale przyłożyć głowicę u szczupłej pacjentki zobrazować serce nie było trudno. Nie określiłbym, która to ściana, ale ewidentnie jedna z komór serca prawie się nie kurczyła... Nie ma tamponady*.

– Spojrzeliśmy na siebie. No to mamy zawał i wstrząs kardiogeny. Ból brzucha i lokalizacja zmian w EKG odpowiadają ścianie dolnej serca. Tu nie ma typowego

* Stan, w którym do worka osierdziowego przesącza płyn lub krew i powoduje zaburzenia rozkurczania serca, uciskając na pracujący mięsień.

bólu w klatce, a trudny do umiejscowienia nieco rozlany ból brzucha, przez co często może być mylnie interpretowany jako coś, co dzieje się w obrębie jamy brzusznej.

– Doktorze, z tego pęcherza poleciał mocz z ropą. – Pielęgniarka pokazała „brudny” kolor moczu w worku. Czyżbyśmy mieli do tego urosepse?

Rano parametry zapalne były w normie i chora nie wymagała antybiotyków, a teraz wzrosły ponad dwudziestokrotnie. Po trzydziestu minutach od pobrania krwi dostałem telefon z laboratorium, mieliśmy już wynik troponin – zawałowych markerów, przekraczały 40-krotnie górną granicę normy. Pacjentkę trzeba było zabezpieczyć na podróż i znaleźć pracownię hemodynamiki, która weźmie niestabilnego pacjenta we wstrząsie kardiogennym i z dodatnim COVID-em. Ból nieco osłabł po morfinie, ale wciąż dawał się chorej we znaki.

Tym razem znalezienie kardiologii nie graniczyło z cudem i po dziesięciu minutach od wysłania zdjęć EKG dyżurnemu kardiologowi, po ponownej rozmowie po otrzymaniu wyniku troponin, w której zgodnie z prawdą powiedziałem, że pacjentkę trzeba będzie zaintubować do transportu, i że jest cholernie niestabilna, uzyskałem zielone światło na przetransportowanie jej. Mieliśmy szczęście, ten sam szpital, posiadał wolne miejsce na OIOM-ie COVID-owym.

– Doktorze, mamy miejsce na kardiologii do transportu – może być zaintubowana. Rozmawiałem też z doktorem z SOR-u, pojedzie z pacjentką za pół godziny – odpowiedziałem, wwożąc respirator na salę.

Musiałem go skalibrować, kiedy...

– Łup... – Rozległ się głuchy odgłos, jakby coś upadło na podłogę i zaczął wyć alarm na sąsiedniej sali.

Wybiegliśmy z Julią i Grześkiem, zostawiając anestezjologa z pacjentką. Na podłodze siedział, a właściwie osuwał się z łóżka, mężczyzna, który jeszcze przed chwilą był na NIV-ie. Maską była ściągnięta, a dźwięk, który słyszeliśmy, musiał wywołać przewracający się stojak na kroplówki. Pacjent był ledwie przytomny i szybko oddychał, pewnie próbował przełożyć nogi przez barierkę i wyjść z łóżka, zrywając maskę od nieinwazyjnego respiratora i przewracając stojak. Jego usta były sine, ale oddychał. Szybko nałożyliśmy mu maskę z powrotem od NIV-a i podnieśliśmy bezwładne ciało. Parędziesiąt sekund dłużej i mielibyśmy zatrzymanie w mechanizmie asfiksji. Saturacja skrajnie niska, początkowo rośnie szybko, by zwał...

– Kuuuurwaaaa... Grażyna, oddawaj moje bambosze! – Doleciało do nas z sali obok wraz z waleniem w barierki łóżka. Najwyraźniej huk upadającego stojaka rozbudził leżącego w półśnie alkoholika.

Podnosząca się saturacja zaczynała coraz bardziej zwalniać, by osiągnąć „wysocze niezadowolający” pułap. Nic więcej, poza podawaniem leków obniżających duszność i działających przeciwlękowo i przeciwbólowo nie mogliśmy zrobić. Ten pacjent był z rozsianym procesem nowotworowym, zdyskwalifikowany od intensywnej terapii i intubacji. Maksymalny poziom terapii, jaki mogliśmy mu zaoferować, osiągnęliśmy, tylko co dalej. Jak długo jeszcze wytrzyma, zanim przekroczy

granicę? W tej chwili to już była terapia paliatywna, bez tej maszyny nie mógłby żyć nawet pięć minut, a z nią życie było niekończącą walką o oddech. Straszne, prawda?

Czy nachodzą mnie myśli, po co to wszystko, skoro i tak umrze? Czy nie lepiej, żeby cierpiał krócej? Zapewne każdy z nas ma dylematy moralne, to są rzeczy, które prześladują nas w trakcie bezsennych nocy i tkwią gdzieś głęboko. A przecież nie mogę decydować, kiedy będzie ten ostatni oddech. Nie mogę nie założyć maski z NIV-em skrajnie niewydolnemu oddechowo pacjentowi, który przed chwilą miał ją na twarzy. Mimo świadomości bezcelowości nie mogę skrócić w ten sposób jego istnienia. Nie mogę, pacjent musi sam dojść do tego ostatniego głośnego wydechu powietrza. Tego symbolicznego ostatniego obniżenia się klatki piersiowej, wraz z którym dusza opuści ciało. Naszą rolą u tych, którym nie możemy już pomóc, jest zminimalizować cierpienie, strach i ból związany z tym przejściem, nie możemy jednak ingerować w „ilość” oddechów.

Nim zdołaliśmy wrócić do anestezjologa, załamała się oddechowo kolejna pacjentka. No jakby to był cholerny domek z kart i właśnie waliły się jego pietra. Zawsze wszystko dzieje się naraz. W jednej chwili pijesz łyk zimnej kawy w dyżurce, bo udało się skończyć wypełniać wszystkie papiery, a dwie minuty później jesteś jak na pieprzonym polu bitwy, pośród krzyku, niejednokrotnie krwi z wydartych w amoku wkluc i umierających ludzi. Wrzuciliśmy ją na NIV-a, maszynka odciążyła jej mięśnie oddechowe, a zwiększone ciśnienie czystego tlenu ponownie pokonało barierę krew-płuca, odżywiając niedotlenione skrajnie tkanki.