

616—009.7—08

TIŠENÍ BOLESTI NA ZDRAVOTNICKÝCH ETAPÁCH

Mjr. MUDr. Jindřich KORBELÁŘ

Anesteziologické a resuscitační oddělení vojenské nemocnice v Plzni (náčelník pplk. MUDr. Milan Kugler)

Tišení bolesti sahá do samých prvopočátků medicínské historie. Od dob dalekých před naším letopočtem dodnes je snaha všech zdravotnických pracovníků o utlumení bolesti evidentní. Touha utlumit, nebo lépe úplně odstranit bolest pacientů staví celou problematiku tišení bolesti do role prvořadého úkolu našeho snažení. Každodenní praxe nám ukazuje, že v této oblasti jsme jen částečně úspěšní, že tudíž otázku tišení bolesti nelze redukovat na podání nějakého analgetika.

V ústavní mírové léčbě máme situaci často snadnější, neboť můžeme pacienta v klidu řádně vyšetřit, stanovit diagnózu, a hlavně propouštíme ho zřídky kdy v těžkém stavu. Daleko svízelnější a obtížnější je situace za války na zdravotnických etapách. Aby náš postup byl racionální a úspěšný, musíme zasáhnout terapeuticky již na nízkém článku etapového systému. Zde jsme ovšem pro další rychlý transport pacienta velmi vázáni časem a na podrobné vyšetřování či důsledné stanovování diagnózy není dostatek času. Chtěl bych zdůraznit, že řádný analgetický zásah na nejnižších etapách je pro další osud pacienta velmi důležitý. Naše současné názory na traumatický a hemorrhagický šok se často mění. Je však stále nadmíru jasné, že správné tišení bolesti je velmi důležitou prevencí dalšího rozvoje iniciálních šokových stavů se všemi známými nepříznivými důsledky.

I zde je možno ovlivňovat bolest na různé úrovni. Skupina silných analgetik, jako mor-

fin, petidin, i skupina slabších, typu Spas-moveralginu, Eunalgitu, Euproganu a jiných dalších konvenčních analgetik, ovlivňují tlumivě činnost korových i thalamických center. Klasickým prostředkem k utišení silné bolesti, s níž se můžeme na zdravotnických etapách setkat, je Dolsin či morfin. Aplikujeme je většinou intramuskulárně. Účinek sice nastupuje pomaleji než při podání intravenózním, ale déle přetrvává, a výskyt nežádoucích komplikací, jako útlum dechu a zvracení, je menší. Je však třeba předem vyloučit náhlou příhodu břišní či mozkovou. Také je třeba si uvědomit, že forma intramuskulární aplikace opiátů je kontraindikována u šokových stavů s neměřitelným krevním tlakem, zejména opakovaná aplikace několika dávek, které v daném okamžiku nemohou být z hemodynamických příčin dopraveny do CNS, a jsou tudíž bez efektu, a které by později, po vyvedení ze šoku a po úpravě hemodynamických poměrů, znamenaly předávkování. K zabránění vedlejších účinků, z nichž nejvýznamnější je deprese dechu, aplikujeme současně Amifenazol či Nalorfin, zejména po opakovaných dávkách opiátů, kde se deprese účinek analgetik na dýchací centrum kumuluje. Na nejnižších etapách je jistě velmi vhodný Euprogan, který nemá prakticky žádné nežádoucí vedlejší účinky při velmi dobrém účinku analgetickém.

Podáváme-li jakékoli analgetikum, zejména opiáty, nikdy nesmíme opomenout provést o tom záznamu na kartu, která provází zra-

něného při odsunu na vyšší etapu. Záznam musí obsahovat dobu aplikace, velikost dávky, způsob podání a název analgetika.

Je třeba se také zmínit o skupině léčiv, která nejsou vysloveně analgetická, ale která analgetika v jejich účinku potencují, jako neuroplegika, antihistaminika a spasmolytika. V mnoha případech se k potenciaci analgetických a sedativních účinků ke klasickým silným analgetikům předávají neuroplegika, zejména deriváty fenothiazinové. Tím je docíleno dokonalé sedace, neurovegetativní stabilizace a zintenzivnění analgezie. Podání těchto lytických směsí musíme dobře uvážit, neboť ne vždy jsou k prospěchu pacienta. U poranění spojených s větší krevní ztrátou, je-li utlumená sympatická aktivita a tím i účinnost centralizačních kompenzačních mechanismů DH Ergotoxinem, který je obsažen v lytické směsi M-2, může dojít během transportu, který nemusí být vždy nejšetrnější, k osudné hypotenzi. Proto je užití neuroplegických směsí různého složení indikováno hlavně na vyšších etapách, zejména v NZ. Výtečně se tyto lytické koktejly uplatňují u tišení bolestí při popáleninách, kde je jejich aplikace plně na místě. Aplikací místních anestetik na různé výši dráhy pro bolest můžeme rovněž účinně zasahovat proti bolesti. Formou prokainových blokády, blokády vagosympatické a prostého infiltračního zne-

citnění, můžeme účinně zasahovat již na PO. V současnosti mnohde opomíjené plášťové blokády u poranění končetin jsou právě na zdravotnických etapách vítaným prostředkem volby. Jsou rychle proveditelné, místní anestetikum v hypotonickém roztoku rychle proniká k nervovým strukturám a dočasně denervuje postiženou oblast.

Rovněž řádné chirurgické ošetření u některých poranění a dokonalá imobilizace a uklidnění nemocného mají v některých případech žádaný efekt.

Neodvážil jsem se při výčtu použitelných analgetik na zdravotnických etapách jmenovat některá, která by sice byla nanejvýše adekvátní, ale zatím nejsou v dostatečném počtu dostupná ani dnes v míru. Mám na mysli hlavně Fortral a Dipidolor. Zejména Dipidolor by byl pro svou dlouhou dobu účinku velmi vhodný. Rovněž Penthranový inhalátor „Analgizer“ by byl hlavně při určitých druzích poranění obohacením našich možností. Postižený si může inhalační analgetikum aplikovat sám, bez pomoci druhých, a prosté vypadnutí „Analgizeru“ z ruky při ev. sebekratší ztrátě vědomí brání předávkování Penthranem.

Vzhledem k rozsáhlosti problematiky, k omezenému množství druhu léčiv a ještě mnohým nejasnostem představuje toto stručné sdělení jen krátkou úvahu o výše uvedenéematice.