

Zanim wyjdiesz z domu

27 marca 2020

Streszczenie wypowiedzi lekarza z kliniki w Wuhan o doświadczeniach wynikłych z pracy w strefie bezpośredniego zagrożenia COVID-19.



Zawodowe i osobiste doświadczenia młodego lekarza, który przybył z drugą zmianą specjalistów do Wuhan nieść pomoc dotkniętym epidemią pacjentom, udostępnione w internecie przez Daniela Dumbrill mieszkającego w Shenzhen, mogą być szczepionką psychologiczną dla wszystkich zniecierpliwionych kwarantanną.

Wysiłek psychiczny i fizyczny, sprawność organizacyjna, dostępność właściwego sprzętu są warunkiem powodzenia. Rozmiar zagrożenia wymusił adekwatny stopień poświęcenia. Doktor Roberts dzieli się swoim doświadczeniem wiedząc, że wiele krajów dopiero zaczęło wyścig w próbach okiełznania skutków epidemii.

Dla Chińczyków lekarze są bohaterami. Po trzech miesiącach zmagania nadeszła wymierna ulga – brak nowych zachorowań od trzech dni. Pozostający nadal w szpitalu to pacjenci w wieku 80, 90 lat obarczeni innymi chorobami. Ich proces wychodzenia z zakażenia koronawirusem jest powolniejszy. Odział zakaźny ma to do siebie, że wszystkie intensywne czynności przy pacjencie wykonuje personel, bo nie ma mowy o wizytach rodzin. 90% pacjentów w podeszłym wieku przyjętych wcześniej do szpitala wyszła już do domu.

W kulminacyjnym momencie lawinowej liczby zachorowań można było spodziewać się załamania wydolności personelu medycznego. Nie zapomniano o tym w gremiach decyzyjnych. W mediach społecznościowych siano panikę o ludziach umierających na ulicach, problemach z pochówkiem. W takiej atmosferze Dr

Roberts przyjechał do Wuhan 13 lutego zostawiając w domu żonę z dwojgiem dzieci. Rygorystycznie przestrzegane zasady wśród personelu medycznego, kierowców, koordynatorów, pracowników hotelowych gdzie zakwaterowano część medyków ściągniętych z innych rejonów Chin, zapobiegły panice.

Dla podtrzymania morale personelu z pierwszej linii najważniejszą rolę pełniła rzetelna informacja. Uruchomiony specjalnie kanał telewizyjny informujący o symptomach, klinicznych zasadach postępowania zniwelował pierwszy stopień obaw. Wiadomo było jak postępować w nowych okolicznościach. Drugą istotną kwestią jest dysponowanie niezbędnym wyposażeniem potrzebnym dla blisko 100 zespołów medycznych, każdy liczący od 12 do 200 osób. Spełniając dwa podstawowe warunki: informacja i wyposażeni w należyty sprzęt specjaliści pozwalają opanować niebezpieczeństwo. Oni nie mogą martwić się, że czegoś zabraknie, albo nie działa.

Przyjęcie zmianowości pracy zespołów pozwala na pełną wydolność. Jako niebezpieczna i całkiem nowa sytuacja nastroczała dość niepokoju, by pozwolić sobie na zakłócenia komunikacji, zgrania poszczególnych ogniw całego łańcucha ratunkowego. Podział obowiązków był wyraźny. Personel młodszych lekarzy (w wieku 30-40 lat) zaangażowany został do pracy w czerwonej strefie – bezpośrednim kontakcie z pacjentami. Zatem: obserwacja objawów, badania, pobieranie krwi do analizy. Zebrane informacje były przedmiotem omówienia na codziennych wspólnych naradach ze starszym personelem lekarskim, albo wideo konferencjach. Na tym forum omawiano nowe fakty, bądź efekty uzyskiwane w prowadzeniu leczenia poszczególnych pacjentów. Co dwa, trzy dni odbywała się wideo narada z udziałem personelu innych klinik w Wuhan. Pozwoliło to na stworzenie pełnej bazy danych wszystkich przypadków jak też szybkie odnotowanie efektów stosowanych metod leczenia, a te przekazywane były błyskawicznie do krajowego biura służby zdrowia.

Wprowadzenie nowego skuteczniejszego leku wynikało z

poszukiwania optymalnych rozwiązań, konieczności adaptowania leczenia do realiów. Była pełna świadomość, że jako nowy – wirus wymaga nowego podejścia, a znane leki są niewystarczające. Klinicznie wyglądało to jak metoda prób i błędów. Wprawdzie istnieją specyfiki antywirusowe, ale nie są przeznaczone dla COVID-19. Szeroki zakres badań stanu organizmu pacjenta umożliwił uzyskanie informacji o reakcji na dany rodzaj zastosowanego leku. Wstępne wnioski podlegały weryfikacji poprzez zastosowanie u innych pacjentów. Poza medycyną klasyczną korzystano również z chińskiej medycyny naturalnej odwołując się do jej najbardziej szanowanych autorytetów. Oni także opierając się na wynikach badań pacjentów opracowali zestaw receptur dla odpowiednich grup symptomów chorobowych. Stosowano zróżnicowane terapie skojarzone w zależności od stanu i reakcji pacjenta na dobrane leki.

Jeśli chodzi o troskę o personel medyczny w codziennym rytmie obowiązków, to przejawiała się ona między innymi w dostarczaniu pod drzwi posiłków w plastikowym opakowaniu dodatkowo w futerale z pianki polistyrenowej zapewniającej zachowanie temperatury. Menu zróżnicowane na bazie zup, ryżu, klusek, pieczywa, mięsa, jarzyn, owoców i napojów dostosowane przyprawami do gustu odbiorcy. Adresat zostawiał w opróżnionym pudełku kartkę z rodzajem zamówienia na kolejną dostawę. Na korytarzu hotelowym znajdował się bufet z przekąskami i napojami.

Poza wyżywieniem zadbano również o wsparcie psychiczne medyków. 5-6 terapeutów obecnych było w każdej klinice Wuhan gotowych zapewnić poradę lekarzom, bądź pielęgniarkom potrzebującym takiej pomocy. Robili rozeznanie na poszczególnych piętrach kliniki komu i w jakim zakresie mogą służyć radą, rozmową. W kwestionariuszach odnotowywano problemy, by dostosować do nich terapię po konsultacji w gronie zespołu terapeutycznego. Dr Roberts zaznacza, że Chińczycy są bardzo odporni psychicznie i raczej nie

zachodziła konieczność korzystania z terapeutów, przynajmniej w jego środowisku.

Godziny wytężonej pracy w czerwonej strefie trwały maksymalnie od 8-ej do 14-ej, bo taka jest efektywność maski na twarz. Po upływie tego czasu spada poziom bezpieczeństwa. Na ogół czynności przy łóżku pacjenta zajmowały 4 godziny, chyba, że potrzebna była intubacja, podłączenie respiratora, cewnikowanie, wtedy trwało to dłużej. Natomiast zielona strefa przeznaczona na prace podsumowujące, analityczne, odpoczynek, prace nad dokumentacją, z komputerem, załatwienie analiz morfologicznych, absorbowała więcej czasu.

Odzież ochronna składa się z 3 warstw. Pierwszą jest warstwa jaką zwykle nakłada chirurg, drugą stanowi kombinezon z kapturem na głowę i ochraniaczami na obuwiu, zewnętrzną odzieżą jest rodzaj fartucha chirurga. Poza tym obowiązują dwie maski – wewnętrzna jak chirurgiczna n95 i okulary zabezpieczające oczy, zarazem dociskające górną część maski do nasady nosa. Kilku godzinny ucisk jest duży, więc warstwa bandaży położona pod to miejsce łagodzi efekt. Ponadto, potrzebna jest plastikowa osłona zabezpieczająca twarz przed kaszlącym, albo mającym torsję pacjentem. Dwa nakrycia głowy i potrójna warstwa rękawic. To istotne utrudnienie, kiedy trzeba znaleźć żyłę, by założyć wenflon. Czynność zajmująca w typowych warunkach 2 minuty, w takim stroju trwa nawet do 20 minut. W tak szczelnym ubraniu organizm szybko poci się, poza tym wyklucza możliwość skorzystania z toalety, dlatego personel początkowo zakładał pampersy. Oddychanie przez maskę doprowadzałoby do zaparowania okularów i zewnętrznej osłony plastikowej, dlatego muszą one być przecierane płynem dezynfekującym i suszone.

W warunkach zimy to wszystko jest znośne, ale trudniej wyobrazić sobie sprawne funkcjonowanie latem. Mając na sobie taki strój medyk musi oszczędzać energię poruszając się i mówiąc powoli. Wewnętrzna część stroju jest całkiem mokra po wyjściu ze strefy, co stwarza problem odwodnienia.

Pielęgniarkom jest z pewnością trudniej. One wykonują wszystkie prace fizyczne. Zwykle na każdym innym oddziale pacjentowi pomaga odwiedzająca go rodzina, co redukuje pracę pielęgniarską, ale to nie ma miejsca na oddziale zakaźnym. Pielęgnacja, karmienie, zabiegi w sytuacji obawy o własne zdrowie opiekującej się osoby sprawia, że nawet 4 godziny to za wiele.

Do czerwonej strefy wchodzi zawsze dwie osoby wzajemnie sprawdzając poprawność zabezpieczenia poszczególnych części stroju. Wyjście odbywa się przez trzy kolejne pomieszczenia gdzie następuje gruntowne odkażanie odzieży określone procedurami, by nie doszło do skażenia strefy zielonej.

Klinika, w której pracuje dr Roberts jest jedną z tych, jakie powstały w ciągu 10 dni. Budynek w stanie surowym adaptowano do potrzeb szpitalnych instalując całą infrastrukturę, meblując i wyposażając w system łączności, zapewniając olbrzymi magazyn na sprzęt. Specjalny zespół techniczny dokonał skrupulatnego odbioru technicznego każdego piętra i tak zwanych „pomieszczeń buforowych” dzielących strefę czerwoną od zielonej. Dopuszczenie kliniki do użytku poprzedzał pośpiech i chaos. Do Wuhan zjechało 10000 personelu medycznego, wraz z nim nadesłano sprzęt. Personel szpitala pracował po 14-16 godzin dziennie, by zagospodarować klinikę na potrzeby rosnącej liczby pacjentów. Potem przyszła faza konfrontacji stanu technicznego wykończenia z potrzebami. Szczęściem przeszkolony wcześniej personel poradził sobie z niby drobiazgiem jakim jest kierunek wentylacji, od którego zależy bezpieczeństwo danej strefy. Trzeba było sprawdzić całkowitą szczelność sufitów, drzwi. Zespół inżynierijno-techniczny stanowi stałe zaplecze kliniki.

Wszystko co zdarzyło się w Wuhan w związku z epidemią dało dużą wiedzę i pozwoliło wyciągnąć wnioski, władzom, specjalistom i społeczeństwu. Biorąc jednak pod uwagę aktualną sytuację rozniesienia się problemu na inne kontynenty, dr Roberts nie wyklucza, że może dojść do wtórnego rzutu, gdy

chińscy obywatele zaczną wracać z zagranicy. Jeśli nawet do tego dojdzie w następnym sezonie, czy roku, to zjawisko nie będzie mieć tej samej dynamiki. Tylko w początkowej fazie epidemii w grudniu, kiedy mało kto zdawał sobie sprawę co nadciąga, niedostatki sprzętu dały się we znaki.

Najważniejsze było pokonanie napięcia pierwszego etapu walki i stresu personelu. Specjalny kanał tv podający nie tylko suche dane statystyczne, ale opisujący na gorąco metody postępowania, kierunki leczenia, informacje o krokach podejmowanych przez rząd zapewniające rytmiczność dostaw sprzętu okazały się bardzo krzepiące. Kiedy widać, że rząd dba, pomnożony wysiłek daje dobry efekt, wraca zaufanie i nadzieja. Ważne, żeby nie utracić głównego celu ratowania zdrowia i życia ludzi w politycznych sporach. Niesłuchanie podnoszącą na duchu była społeczna akcja mieszkańców skandujących z otwartych okien „pokonamy, pokonamy”. Życzliwość obsługi hotelowej, ludzi dbających o posiłki, ich serdeczne rozmowy były dowodem docenienia wielkiego poświęcenia. Słowa wdzięczności za poświęcenie napływające z całego kraju umacniają. Jeśli można przekazać lekarzom w innych krajach, to przy uwzględnieniu odmiennych warunków pogody jakie nadchodzą przede wszystkim ważne jest by nie panikować, oszczędzać siły: w czerwonej strefie mówimy, chodzimy powoli, bo czynności wynikłe z procedur przy pacjencie pochłaniają ogrom energii co może prowadzić do odwodnienia, bądź paniki. Praca pod presją strachu rodzi wątpliwość. Równie ważne jest zgromadzenie należytej ilości sprzętu. Nawet najlepiej wyszkoleni stają się bezsilni gdy brak sprzętu. Jak wykazała praktyka istniejące testy są zawodne. Kilkakrotnie powtarzany test z wynikiem negatywnym okazywał się błędny, bowiem badanie CT potwierdzało obecność wirusa COVID-19. Zasadnym jest oddzielenie pacjentów jedynie z podejrzeniem od pacjentów zdiagnozowanych pozytywnie. U samych pacjentów rodzi się sprzeciw umieszczania pacjentów na podstawie podejrzenia razem z pacjentami już zakażonymi. W sytuacji gdy są przesłanki do diagnozy niezbędna jest dłuższa

obserwacja i powtarzanie testów, czyli badania wydzieliny z nosa i gardła nawet do 12-14 razy co 40 godzin. Bywa, że symptomy cofają się i po 14 dniach osoba wypisana jest do domu.

Wiele osób nurtuje również pytanie, czy po przebytej chorobie w wyniku COVID-19 dochodzi do trwałych zmian w płucach. Doświadczenie dr Robertsa skłania do rozproszenia tych obaw, bo nawet jeśli są jakieś zmiany w trakcie trwającej choroby, to zanikają w procesie rekonwalescencji. Na pewno tak przechodzą tę chorobę młode organizmy, a trwałe zmiany są rzadkością.

Opracowanie: Jola

Na podstawie: [YouTube.com](https://www.youtube.com)

Źródło: WolneMedia.net