

Zgony potencjalnie możliwe do uniknięcia po urazie – co możemy poprawić?

Tytuł oryginału:

Examining potentially preventable mortality in trauma: What can we do better?

Alexandra M., P. Brito, Stephen R. Wisniewski, Alan Jackson, Francis X. Guyette, Castigliano M. Bhamidipati, Hunter Skroczyk, Martin A. Schreiber, Jason L. Sperry; Journal of Trauma and Acute Care Surgery; 2.10.2026;
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42826344/>

Wyniki badania:

Autorzy publikacji dokonali wyboru **391** przypadków zgonów, spośród **2618** w badanej bazie. Za potencjalnie możliwe do uniknięcia uznali **99** z wybranej grupy (25,3%). Za najczęstszą przyczynę zgonów potencjalnie możliwych do uniknięcia uznano nieopanowany krwotok (53%), kolejne przyczyny to niewydolność wielonarządowa (19%), pierwotna niewydolność oddechowa (9,1%) oraz koagulopatia (6,1%). Łańcuch przeżycia u pacjentów urazowych obejmuje kolejno: rozpoznanie obrażeń, tamowanie krwotoku (CABC), decyzję o transporcie, wybór ośrodka, aktywację zespołu urazowego, szybki dostęp do krwi i sali operacyjnej, a następnie leczenie powikłań.

Ponad połowa potencjalnie możliwych do opanowania zgonów związana była z nieopanowanym krwotokiem, a zgony z powodu krwotoku i koagulopatii następowały wcześniej – wzmacnia to koncepcję, że w ciężkim urazie liczy się nie tylko wykonanie pojedynczej procedury, lecz **czas od urazu do skutecznej hemostazy**. Implikacja systemowa obejmuje konkretny ciąg działań:

- Szybkie rozpoznanie wstrząsu krwotocznego.
- Natychmiastową kontrolę krwawienia zewnętrznego.
- Ograniczenie wychłodzenia.
- Odpowiedni wybór placówki.
- Wczesną aktywację protokołu masywnej transfuzji.
- Szybki dostęp do chirurgii lub radiologii interwencyjnej.

Uwagi praktyczne:

KLUCZOWY PRZEKAZ: SKRACAJMY CZAS OD URAZU DO SKUTECZNEJ HEMOSTAZY

Ratownika nie powinno uspokajać „pojedyncze prawidłowe ciśnienie”, liczy się trend, perfuzja obwodowa, stan świadomości, mechanizm urazu i dynamika pogorszenia; kontrola masywnego krwotoku ma zawsze pierwszeństwo przed innymi procedurami. Kolejny istotny element to wczesne zapobieganie hipotermii – wychłodzony pacjent urazowy szybciej rozwija zaburzenia krzepnięcia.

Przeprowadzone badanie miało charakter obserwacyjny, nie było jego celem wskazanie skuteczności konkretnej interwencji; badanie przeprowadzono w amerykańskich centrach urazowych w aspekcie potencjalnie możliwych do uniknięcia zgonów pourazowych. Najważniejsze wnioski wynikające z badania dla zespołów ZRM (lista kontrolna):

1. Czy aktywny krwotok jest rozpoznany/wykluczony?
2. Czy zastosowano najszybszą skuteczną metodę kontroli krwawienia zewnętrznego?
3. Czy pacjent od pierwszych minut zapewnioną ma ochronę termiczną?
4. Czy na miejscu wykonane zostały tylko niezbędne procedury?
5. Czy wybrano i poinformowano właściwy ośrodek (centrum urazowe)?
6. Czy przekazanie pacjenta uwzględnia czas, mechanizm, trend parametrów, zastosowanie hemostatyki i odpowiedź na leczenie?

Sięgnij do źródeł:

Przeczytaj abstrakt badania w PubMed | DOI: 10.1097/TA.0000000000005162

Streszczenie konferencyjne EAST 2026: Quick Shots Oral Abstract Session III, nr 30, 22.01.2026.

Powyższy materiał ma charakter edukacyjny, nie zastępuje aktualnych wytycznych, lokalnych procedur czy decyzji kierownika ZRM. Dane liczbowe przedstawiono na podstawie abstraktu PubMed oraz streszczenia EAST. Uwagi praktyczne są interpretacją edukacyjną i nie stanowią wypowiedzi autorów artykułu.