

NÍZKÁ PRIORITA V ŘETĚZCI URGENTNÍ PÉČE

- vždy a stále banalita?



MUDr. Jana Šeblová, Ph.D., FESEM

Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP
ZZS Středočeského kraje, p.o.
Urgentní příjem ON Kladno
Oddělení urgentního příjmu a LSPP dětí FN Motol, Praha

TRIAGE SE STÁVÁ KLÍČOVÝM PRVKEM PRÁCE NA URGENTNÍM PŘÍJMU

tedy pokud se shodneme na tom, že ve 21. století potřebujeme URGENTNÍ PŘÍJEM a nikoliv českého mutanta.....



VZESTUP POČTU ZÁSAHŮ ZZS

- V DRTIVÉ VĚTŠINĚ ŘEŠENÝCH POSÁDKAMI RZP

CELKOVÝ POČET VÝJEZDŮ



LÉKAŘ NA URGENTNÍM PŘÍJMU:

diagnostika - řešení krizových situací - určování priorit a jejich rychlé
přeskupení

sociální pracovník - psychiatr - intenzivista - pracovník call centra - podomní
obchodník schopný vnutit pacienta na příslušné oddělení



EXISTUJÍ BANÁLNÍ STAVY? EXISTUJÍ BANÁLNÍ DIAGNÓZY?

**Ostře sledované záchranky.
Mají se zpřísnit tresty za
zneužívání sanitek? Ano, ale
opravdu rozumně**

Petr Kolman 11. října 2018 • 12:44



Záchranka - ilustrační foto

• foto:
Archiv Blesku

Jedním z častých a opakujících se politických námětů je snaha o zpřísnění trestů za zneužívání sanitek rychlé záchranné služby (RZS). I někteří kandidáti do Senátu jej uvádí jako jeden ze svých legislativních cílů. Vytkněme si před závorku, že zneužívat RZS je špatné a pro systém hodně nákladné, to nijak nerozporuji. Avšak když se řekne A

**Ať lidé za zneužití záchranky platí,
navrhuje ministerstvo zdravotnictví**

23. května 2018 - 19:26

Odstraňování klíštěte, stahování snubního prstenu z oteklého prstu, vyjmutí zhnisaného piercingu, kašel vydávaný za dušnost, teploty u chřipky, vyndání třísky či zhmožděnina opilce. To jsou jen některé příklady toho, s čím lidé opakovaně volají záchrannou službu. Brzy by však měli lidé zbytečné výjezdy platit ze svého.



Zdroj: https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/zneuziti-zachranky-ministerstvo-zdravotnictvi-zakon-A180522_140322_domaci_fw

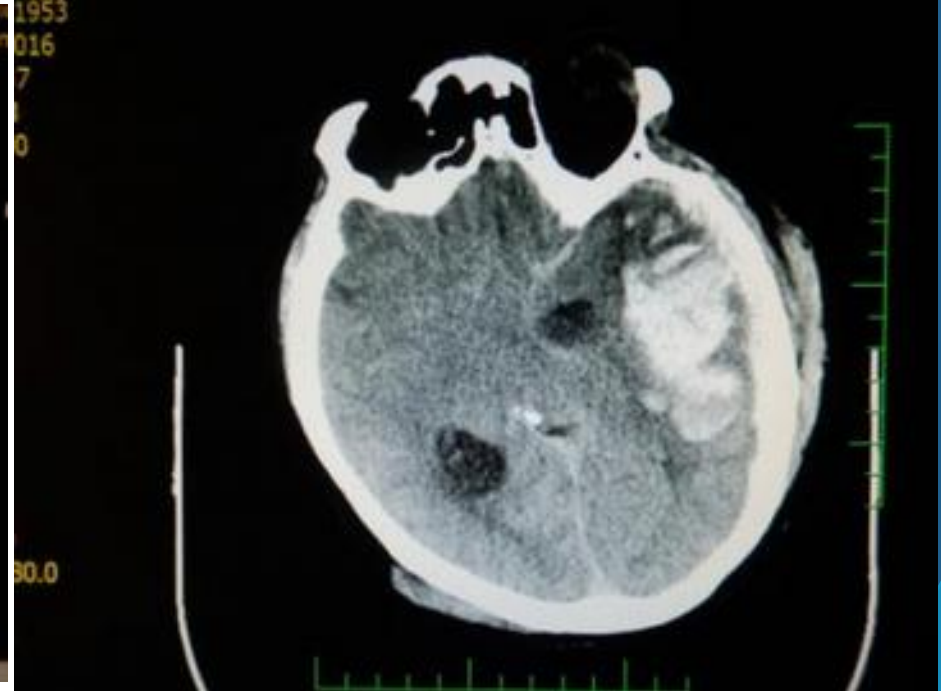
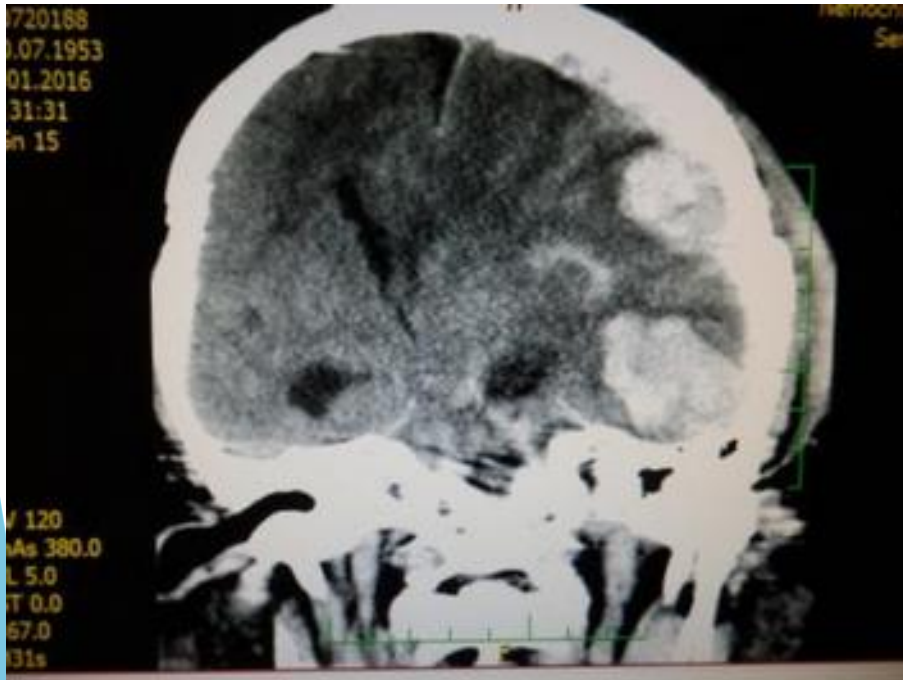
EBRIETA, NESCHOPEN DECHOVÉ ZKOUŠKY na UP přivezen policií

- ▶ Přivezen policisty - muž, 63 let, nalezen vedle auta, zmatený, nemluvil
- ▶ Sestrou uložen k vystřízlivění na expektační pokoj - „dechová zkoušku při příjmu nelze...“
- ▶ Po několika hodinách neprobuditelný, hypertenze 201/143, anizokorie - voláno neurologické konzilium, GCS 113, vlevo rozsáhlý podkožní hematom fronto-temporo-parietálně
- ▶ Hypoventiluje, zatahuje jugula, tachypnoe, paradoxní dýchání



EBRIETA, NESCHOPEN DECHOVÉ ZKOUŠKY

CT: krvácení do parenchymu (FP), subdurální (TP) epidurální (F), edém, přesun středových struktur, útlak komorového systému, frontálně i prokrváčená kontuze, podkožní hematom



PSYCHOSOMATICKÁ NADSTAVBA

přivezena rodinou, manžel čekal na zapsání v recepci CAM

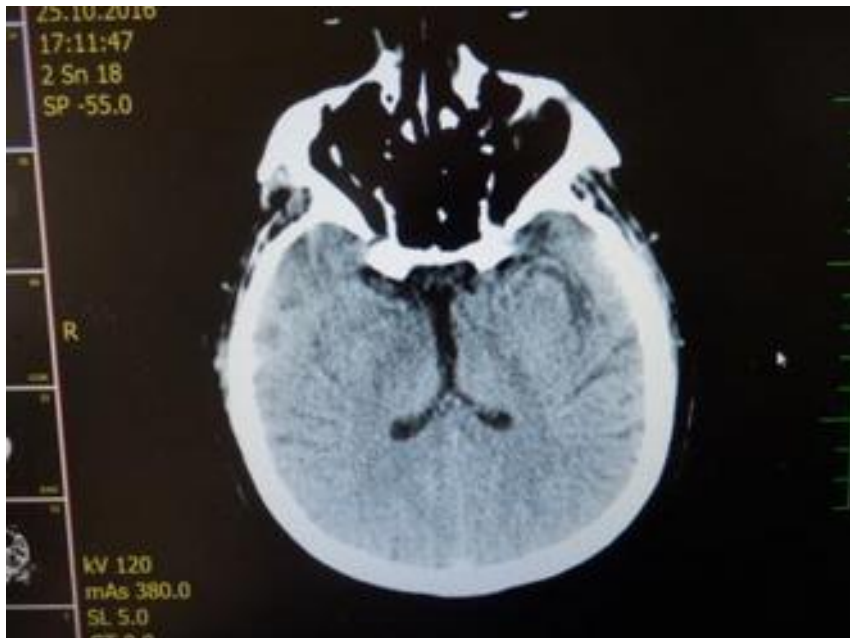
- ▶ Pacientka 28 let, progresivní forma RS na imunosupresi, hypertenze, obezita, astma bronchiale, schizofrenie
- ▶ Dispenzarizována v příslušných ambulancích + časté návštěvy pohotovostních služeb (hyperventilační křeče, dyspeptické obtíže bez organického nálezu atd.)
- ▶ Přivezena na UP rodinou osobním autem, v bezvědomí
- ▶ Obj: bezvědomí s mydriázou a GCS 115, cyanóza, SpO₂ kolem 70 %, s oxygenoterapií 90 - 92 %, obtížně (i vzhledem ke konstituci) udržuje průchodnost DC
- ▶ Poslechově přenesené fenomény z HCD, nedají se vyloučit chrůpky bazálně

PSYCHOSOMATICKÁ NADSTAVBA

- ▶ Od rodiny a z dokumentace: před 4 dny vysazena extenzivní psychiatrická medikace (chlorprotixen 45 mg/den, haloperidol 4,5 mg/den, Olanzapin 20 mg, citalopram 20 mg, clonazepam gtt)
- ▶ Psychiatrem vysloveno podezření **na maligní neuroleptický syndrom, odeslána do domácí péče**
- ▶ Den před přijetím ošetřena pro subfebrilie - uzavřeno jako počínající infekce
- ▶ nálezy: pH 7,2, pO₂ 7,81 kPa, pCO₂ 8,22 kPa, laktát 3,2 mmol/l, BE -3,4 mmol/l, leuko 16,5 x 10⁹/l, CRP 13 mg/l

PSYCHOSOMATICKÁ NADSTAVBA

RTG: patologie mediastina, zvětšené lymfatické uzliny, edém mediastina?,
dilatace srdce bilaterálně, v.s. i perihilózní infiltrace vlevo
CT nativní snímek - bez známek krvácení nebo edému

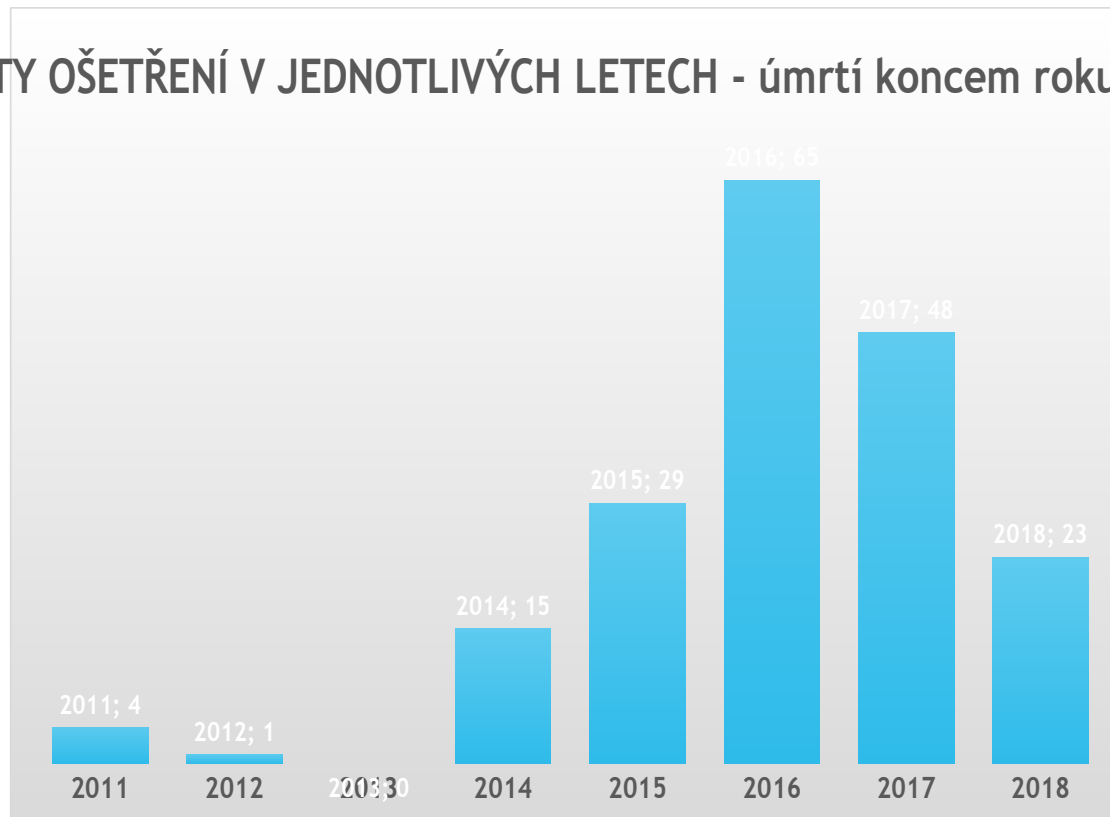


PSYCHOSOMATICKÁ NADSTAVBA

- **Respirační insuficience, hypoxický typ, kombinace nepříznivých faktorů (tělesná konstituce, neurologické onemocnění, podcenění stavu - transport osobním vozem, délka poruchy vědomí neznámá....)**
- Příjem ARO, intubace v hluboké sedaci a v topické anestezii
- Další průběh s nepříznivou prognózou, po 3 týdnech překlad OCHRIP
- Hospitalizace několik měsíců - postupná obnova vědomí, návrat k výchozímu stavu
- rehabilitace - pro progresi základního onemocnění (RS), v klinickém obrazu dominovalo psychotické onemocnění

PSYCHOSOMATICKÁ NADSTAVBA „FREQUENT ED USERS“

POČTY OŠETŘENÍ V JEDNOTLIVÝCH LETECH - úmrtí koncem roku 2018



KOLAPS

RZP si přivolala lékaře

- ▶ Muž, 73 let, kolaps, přechodně dušnost
- ▶ OA: thyreopatie na terapii Euthyroxem, kdysi snad vyšetřován pro opakované kolapsy, epilepsie vyloučena, karotidy nedovyšetřeny
- ▶ **NO: pocit slabosti a dušnosti - přechodný, lehl si na zem, protože dříve mu poloha vleže na tyto stavy pomáhala, na cílené dotazy: výpadek asi 45 minut, probral se pomočený a pokálený**
- ▶ V době ošetření ZZS: bez dušnosti, bez cyanózy, df 14/min., TK 160/90, tf 116/min., saturace 90 - 91 %, neurologicky bez lateralizace
- ▶ EKG: sinusový rytmus, převodní časy v normě, bez ischemických změn
- ▶ **Neurologické konzilium: ortostatický kolaps, dif. dg. funkční kolaps při hyperventilaci, neurologický nález nesevídčí pro epilepsii**

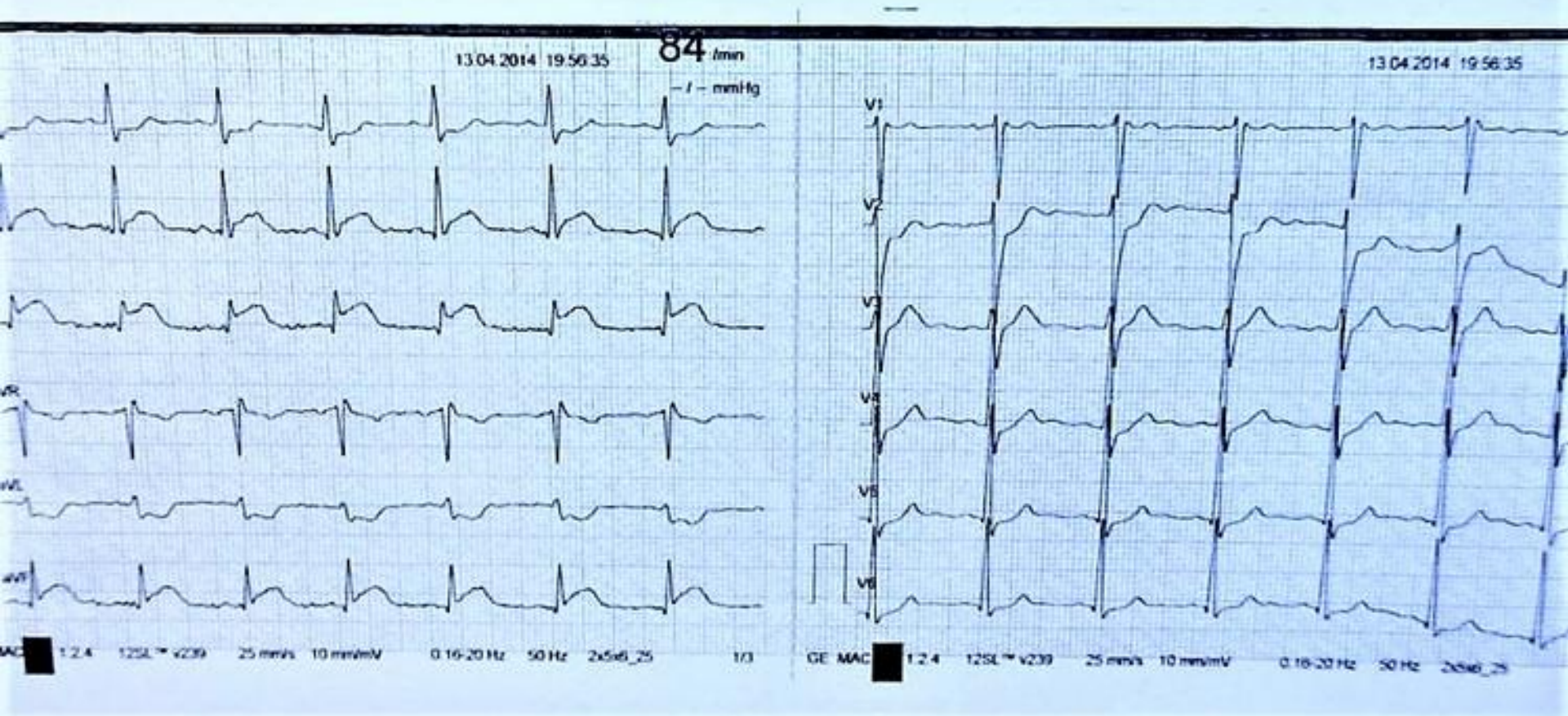
KOLAPS

D-dimery přes 6382 ug/l

CT angiografie: masivní oboustranná plicní embolizace, sedlovité emboly v obou aa. pulmonales



PŘÍBĚH POZPÁTKU



PŘÍBĚH POZPÁTKU

- ▶ pacient transportován na kardiocentrum - **zajištěný převoz z regionálního UP**
- ▶ při překladu na angiolinku komorová fibrilace
- ▶ 1 x výboj - obnova sinusového rytmu, další průběh bez komplikací
- ▶ po provedené PCI po 2 dnech přeložen na spádovou KJ
- ▶ po týdnu propuštěn s nastavenou medikací a dispenzarizován kardiologem

PŘÍBĚH POZPÁTKU

přivezen RZP jako priorita 3

- ▶ původní výzva: **DUŠNOST -**
- ▶ Předáván na UP jako hyperventilační tetanie, v dokumentaci údaj o 4 hodinové anamnéze bolestí na hrudi, paresteziích HK i DK, pacient 2x zvracel
- ▶ **věk pacienta: 25 let, rekreačně sportuje, kouří....**
- ▶ parametry VF změřeny, zapsány
- ▶ Při sekundárním převozu doplněna RA: bratr dvojče zemřel ve 24 letech na embolii
- ▶ pacient byl vyšetřen stran rizika poruchy koagulace
- ▶ bolesti na hrudi se objevovaly již asi 3 měsíce, v den ošetření prvně neustoupily

TOXIKOMAN, K ZAJIŠTĚNÍ ŽILNÍ LINKY...

rodinou převezen k hospitalizaci na psychiatrii

- ▶ **Prosba (velmi slušná) ze spádové psychiatrické nemocnice: prosí o zajištění i.v. linky u muže 36 let, pak si ho zase rádi převezmou do péče**
- ▶ Pacient téměř rok v léčbě (odvykací léčba, substituce, komunita...), v počátku léčby se rozešel s přítelkyní
- ▶ Asi 2 měsíce depresivní, stav se postupně zhoršuje, apatie, rodina mu pomáhá i s běžnými denními činnostmi
- ▶ Odvezen (rodinou) na psychiatrii
- ▶ **příjmová diagnóza: těžká depresivní symptomatologie, téměř nemluví, paranoidní percepce...subfebrilie 37,6 st. C, v.s. počínající respirační infekt**
- ▶ Ráno zmatený, odmítá jíst i pít, známky dehydratace

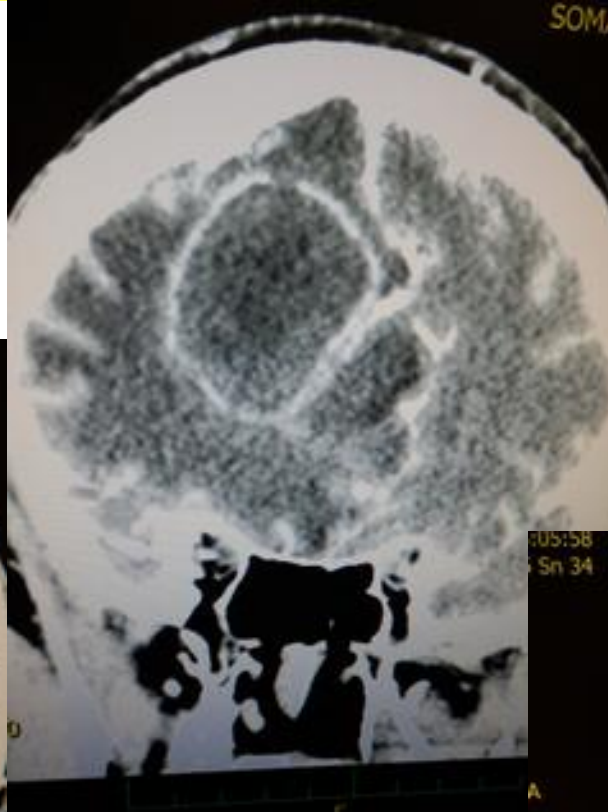
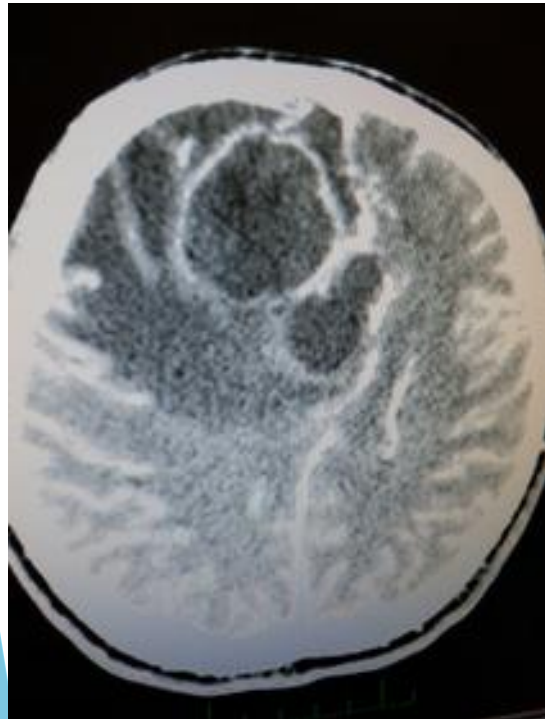
TOXIKOMAN, K ZAJIŠTĚNÍ ŽILNÍ LINKY...

přivezen sanitou DZS asi po 5 hodinách

- ▶ **Obj:** pacient komatózní, GCS 113, zornice mydriatické, bez fotoreakce, anizokorie - vlevo o cca 2 mm širší
- ▶ Na algický podnět lateralizované křeče převážně levostrannými končetinami
- ▶ TK 90/60, tf 80/min., tt 37,6 st. C, saturace 94 %
- ▶ AS pravidelná, ozvy 2, ohraničené, dýchání sklípkové, bez vedlejších fenoménů



TOXIKOMAN, K ZAJIŠTĚNÍ ŽILNÍ LINKY...



STUDENÉ NOHY

přivezena RZS s prioritou 3, s komentářem „Na co už dneska nejezdíme...“

- Pacientka, 79 let, volá lékařka z LDN, dnes ráno obě DK „studené“, lékařka prosí o vyšetření
- Pacientka v kontaktu, orientovaná, spolupracuje, na nic si nestěžuje, bolesti, dušnost, nauseu neguje
- Z OA: recidivující paroxysmální FiS, bez antikoagulace (krvácení z gastroduodenálního vředu), ICHS, DM II typu na PAD, stav po CMP
- Obj.: neurologický nález bez lateralizace, AS nepravidelná, ozvy 2, dýchání sklípkové, bez vedlejších fenoménů, břicho měkké, prohmatné, nebolestivé
- St. loc: obě DKK od kolen dolů mramoráž, povrchová tt pod 32 st. C, výrazně chladnější oproti oblastem nad kolena

STUDENÉ NOHY

úplný uzávěr abdominální aorty pod renálními tepnami, kritická stenóza až téměř uzávěr truncus coeliacus



STAV PO PÁDU - OBÉZNÍ PACIENT

RZP si volá lékaře na RV (pohádka o řepě...)

- ▶ Pacient 59 let, váha 138, BMI kolem 50, dopoledne upadl, odpoledne už nebyl schopen se zvednout
- ▶ Při vědomí, orientovaný, vstupně hypotenze 80/50
- ▶ T: analgetika neopiátového typu, předáván jako kontuze LS páteře, k vyloučení fraktury v oblasti LS
- ▶ Na RTG starší kompresivní fraktury (L2, L4, L5)
- ▶ Předán na internu: anémie (HKT 0,33, ery 3,65, mírná leukocytóza, hyponatrémie (118), hypochlorémie (74), známky renální a jaterní insuficience, která progreduje do selhání obou orgánů, rozvoj těžké laktátové acidózy,
- ▶ Z interny na MJ, po 2 dnech na ARO, zaintubován, zjištěn subakutní IM spodní stěny, nutná vasopresorická podpora, časná SKG vzhledem k celkovému stavu neindikována
- ▶ 5. den hospitalizace opakovaně VT/VF, KPR s defibrilací opakovaně, po protrahované KPR 5. den exitus



ZÁVĚR: rizikové skupiny pacientů

opilí, intoxikovaní, bezdomovci - či se tak jeví

Senioři a polymorbidní pacienti

Obézní pacienti

**Pacienti se symptomy, které mají pomalejší dynamiku rozvoje
či méně zjevné příznaky (metabolické rozvraty, septické
stavy, endokrinologie atd.)**

atypický věk pro danou chorobu

**Typický příznak pro jinou, většinou nezávažnou (kolaps,
brnění při hyperventilaci...)**

ZÁVĚR: rizikové situace

Podcenění stavu, odchylky či patologického nálezu („...to nic nebude, to asi paní málo pila, tonometr špatně měří, atd.“)

Nekvalitní předání (ztráta informací při předávání nepřímo, případně různým odbornostem postupně), předávání v situaci akutního přeplnění UP

Zaměření se na nezávažné onemocnění v anamnéze někdy i za pomoci příbuzných a okolí („on/ona toho měla moc, je přepracovaný/á...“)

Intuitivní blesková diagnostika s vynecháním standardních postupů

NĚKOLIK ZÁKLADNÍCH POUČEK

pro působení na urgentním příjmu

ZDRAVÝ PACIENT JE JEN ŠPATNĚ
VYŠETŘENÝ PACIENT

POKUD TI BLESKNE HLAVOU, ŽE
„TENHLE PACIENT JE DIVNEJ“,
NENÍ CO ŘEŠIT A NÁSLEDUJ (PEČLIVÝM
VYŠETŘENÍM) SVŮJ INSTINKT....

KLÍČEM K ÚSPĚCHU A
BEZPEČNOSTI PRO PACIENTY
I ZDRAVOTNÍKY JE KVALITNÍ
FORMALIZOVANÁ TRIÁŽ NA
VSTUPU

