

Jak přežít první službu na příjmové ambulanci

V rámci bloku mladých internistů zaznělo několik přednášek na téma Jak přežít první službu na příjmové ambulanci. Mezi přednášejícími byli mimo jiné prim MUDr. Zdeněk Monhart, Ph.D., který zdůraznil význam bezodkladného použití adrenalinu při anafylaktické reakci, dále MUDr. Jan Škrha jr., Ph.D., který hovořil o rizicích hypo- a hyperglykemie. Na závěr poradil MUDr. Jaroslav Kratochvíl, co dělat s pacientem v ebrietě.

Pacient s anafylaktickou reakcí

MUDr. Zdeněk Monhart, Ph.D.

Interní oddělení a urgentní příjem, Nemocnice Znojmo

Anafylaktickou reakci zažije během svého života 1 ze 300 lidí. U nás nejčastěji vzniká v reakci na poštípání hmyzem a při potravinové nebo lékové alergii. V dětském věku převažuje potravinová alergie, ve vyšším věku přibývají iatrogenní reakce.

Jak identifikovat pacienta s anafylaxií

Při anafylaxii dochází k náhlému vzniku a rychlé progresi symptomů spojených s dechovými (dyspnoe, stridor, bronchospasmus, hypoxemie) a oběhovými příznaky (bledost, tachykardie, hypotenze, synkopa). Časté jsou otoky rtů, tváře, očí, zarudnutí kůže nebo kopřivka. Kožní a slizniční změny se vyskytnou u 80 % pacientů s anafylaktickou reakcí, naopak izolované kožní a slizniční změny nejsou známkou anafylaxe.

Základní zajištění

U pacienta v anafylaxii se nejprve snažíme přerušit působení alergenu a uložit jej do vodorovné polohy. Co nejdříve podáváme účinnou farmakoterapii, monitorujeme krevní tlak, srdeční frekvenci a saturaci.

Lékem první volby je adrenalin (0,5 mg i.m.) aplikovaný do anterolaterální části stehna. Pokud nedojde po 5 minutách ke zlepšení, podání opakujeme. Není-li efekt ani po druhé dávce, jedná se o tzv. refrakterní anafylaxii a je indikována i.v. aplikace adrenalinu (1 mg do 100 ml FR, samostatnou i.v. linkou) iniciální rychlostí 0,5–1 ml/kg/h. Mezi další nutné zajištění pacienta patří kyslík v maximální možné koncentraci podávaný maskou a krystaloidy (iniciálně 500–1000 ml). Tato opatření by však neměla předcházet aplikaci adrenalinu.

Co možná vůbec nepodávat

Podle britské resuscitační rady není doporučeno rutinní použití kortikosteroidů, ale jejich podání lze zvážit u refrakterní reakce nebo při pokračujícím anafylaktickým šoku. Totéž platí i pro antihistaminika, která ale můžeme využít v léčbě kožních projevů, nicméně v takovém případě volíme antihistaminika bez sedativních účinků. Podání kortikosteroidů a antihistaminik by však nikdy nemělo oddálit aplikaci adrenalinu.

Kdy pacienta propustit

Při dobrém efektu jedné dávky časné podaného adrenalinu a kompletním odeznění symptomů můžeme pacienta propustit po dvou

hodinách, pokud bude pod dohledem další osoby. Observe po dobu 6 hodin je vhodná při nutnosti podání dvou dávek adrenalinu nebo předchozí bifazické reakci. Minimálně 12 hodin sledujeme pacienta, u kterého byla nutnost podání > 2 dávek adrenalinu, jedná se o alergen s postupným uvolňováním nebo není zajištěn dohled při propuštění.

Každý pacient s anafylaktickou reakcí, pokud nebyla poléková, by měl být při odchodu z urgentního příjmu vybaven adrenalinovým autoinjektorem a poučen o jeho používání.

Hypoglykemie a hyperglykemie

MUDr. Jan Škrha jr., Ph.D.

Diabetologické centrum, 3. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha

Hypoglykemie

Hypoglykemie je hodnota glykemie pod 3,8 mmol/l spojená se symptomy, které ustoupí poté, co pacienta z hypoglykemie vyvedeme.

Cílem terapie je co nejrychlejší normalizace glykemie s minimalizací rizika jejího opakování a zároveň bez přílišné následné hyperglykemie. Pokud je pacient při vědomí, podáváme 15–20 g jednoduchých sacharidů (př. glukózové tablety, med, sladká limonáda) a po 15 minutách glykemií přeměříme. U pacienta s poruchou vědomí použijeme 75–100 ml 20% glukózy (popř. 150–200 ml 10% glukózy) a po 10 minutách hodnotíme efekt, kterým je vzestup glykemie nad 4 mmol/l. U pacienta bez žilního přístupu nebo v terénu můžeme použít glukagon. Od loňského roku je k dispozici i intranazální forma, která má vyšší úspěšnost při aplikaci než běžné i.m./s.c. podání.

Hypoglykemie u diabetiků je nejčastěji způsobena antidiabetickou terapií (inzulinem či deriváty sulfonylurej), obzvláště v kombinaci s neadekvátním kalorickým příjmem nebo fyzickou aktivitou. Mezi obvyklé příčiny patří také renální insuficience. Diferenciální diagnostika hypoglykemie u nediabetiků bývá složitější.

Hyperglykemie

Těžká hyperglykemie se většinou vyskytuje u dvou závažných stavů, kterými jsou diabetické ketoacidotické kóma (DKK), častější u diabetiků 1. typu, a hyperglykemické hyperosmolární kóma (HHK), ke kterému dochází u diabetiků 2. typu.

Pacient v kterémkoliv z těchto stavů by měl být hospitalizován na JIP. Základní léčbou je rehydratace (4–8 litrů za 24 hodin). Dále podáváme inzulin (2–6 j./h) pomocí perfuzoru. Rychlost podání upravujeme tak, aby glykemie neklesala příliš rychle, protože hrozí

vznik mozkového edému. Pozor bychom měli dát na hladinu draslíku, která kvůli rehydrataci i podání inzulínu klesá. Acidózu pomocí bikarbonátů řešíme až při pH pod 7,0.

Po normalizaci stavu pacienta převedeme na intenzifikovaný inzulínový režim, tzn. 3x denně krátkodobý a 1x denně dlouhodobý inzulín. Celkovou denní dávku inzulínu podávanou perfuzorem rozdělíme 1:1 mezi bazální a bolusový inzulín.

Co s pacientem v ebrietě

MUDr. Jaroslav Kratochvíl

Oddělení urgentního příjmu, Nemocnice České Budějovice

Opilý pacient přivezený na příjmovou ambulanci není bohužel ničím výjimečným. V ebrietě hrozí u pacienta útlum vědomí, deprese dechu, aspirace a riziko nepoznaného úrazu. V případě agrese je vhodná přítomnost policie, popř. ochranky.

Jako u všech pacientů je i zde podstatná anamnéza, vyšetření vitálních funkcí a základní fyzikální vyšetření. Z laboratorních vyšetření provádíme dechovou zkoušku na alkohol, pokud jí pacient není schopen, stanovíme ethanolemii. Musíme posoudit, zda stav pacienta opravdu odpovídá zjištěné hodnotě. Dále bychom měli vyšetřit glykemii, mineralogram a acidobazickou rovnováhu. Při podezření na související úraz použijeme ze zobrazovacích metod nejčastěji rentgen skeletu, nebo CT mozku.

Na JIP/ARO posíláme pacienta s poruchou vědomí, nebo při ohrožení vitálních funkcí. Na záchytku (PZS) bychom měli převézt pacienta jen tehdy, pokud jsme si jisti, že je pouze opilý. Záchytné stanice bývají bohužel plné, proto často dochází k variantě, kdy musíme takového člověka nechat vystřízlivět pod dohledem na urgentním příjmu. Domů můžeme poslat pouze ty, kteří jsou schopni samostatné chůze a v ideálním případě je přítomen i doprovod.

Připravila MUDr. Eva Gavendová