

INTERNA

**Marcin
Karolewski**



Z CZYM PACJENT NAJCZĘŚCIEJ TRAFIA NA SOR ??

- Z zawałem ?
- Z astmą ?
- Z POCHP ?
- Z cukrzycą ?
- Z zapaleniem płuc ?
- INNE ?

Z CZYM PACJENT NAJCZĘŚCIEJ TRAFIA NA SOR ??

NIE !!!

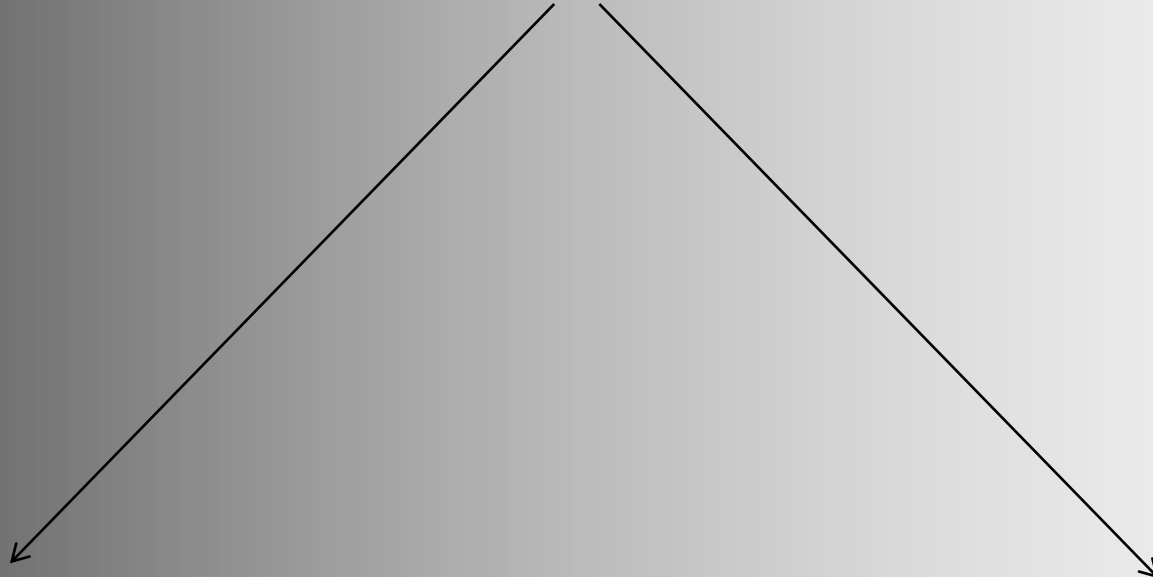
Z CZYM PACJENT NAJCZĘŚCIEJ TRAFIA NA SOR ??

Z OBJAWEM !!

- Z bólem w klatce piersiowej
- Z dusznością
- Z omdleniem
- Z utratą przytomności
- Z bólami brzucha

BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ

BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ



WIEŃCOWY
NIEWIEŃCOWY

BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ

CECHY BÓLU WIEŃCOWEGO:

- Typowa lokalizacja - rozlany, promieniuje do żuchwy lub lewej kończyny górnej
- Typowe czynniki wyzwalające – wysiłek fizyczny lub stres
- Typowe ustępowanie – po odpoczynku lub po nitratach

- Typowy ból wieńcowy – 3 cechy
- Nietypowy ból wieńcowy – 2 cechy
- Ból niewieńcowy – 1 cecha

BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ

BADANIA:

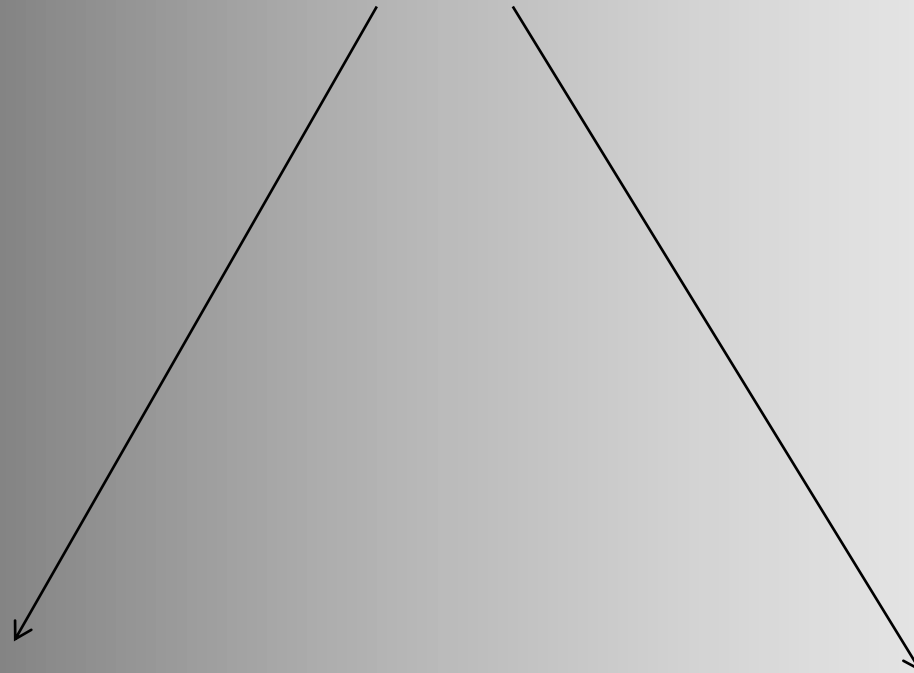
–RR

–EKG

–Badania krwi : morfologia, elektrolity, gazometria, INR, troponiny, glukoza, lipidogram, kreatynina, ALAT, ASPAT

BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ

OSTRY ZESPÓŁ WIEŃCOWY



OZW BEZ UNIESIENIA ST

OZW Z UNIESIENIEM ST

BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ

OZW BEZ UNIESIENIA ST:

- DŁAWICA PIESIOWA NIESTABILNA (dławica spoczynkowa, dławica nowo powstała o nasileniu CCS III, dławica narastająca)**
- ZAWAŁ MIĘŚNIA SERCOWEGO BEZ UNIESIENIA ST**

BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ

KRYTERIA ROZPOZNANIA ZAWAŁU:

- Wzrost stężenia markera martwicy mięśnia sercowego + co najmniej jeden z poniższych:
- Typowe objawy podmiotowe niedokrwienia mięśnia sercowego
- Zmiany w EKG wskazujące na nowe niedokrwienie
- Patologiczne Q w EKG
- Ubytek żywotności mięśnia sercowego w badaniach obrazowych
- Zakrzep w tętnicy wieńcowej

BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ

OZW BEZ UNIESIENIA ST – postępowanie :

- Monitorowanie – monitor EKG, saturacja, RR
- Oznaczyć troponiny – jeżeli pierwsze ujemne, to kolejne po 3 godzinach
- Ocena ryzyka w skali GRACE lub ANTMANA
- Tlen przy saturacji <95%

BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ

OZW BEZ UNIESIENIA ST – leki :

- Azotany – np. Perlinganit 5-10 ug/min
- B-bloker – np. Betaloc i.v. 2,5 – 5 mg w ciągu 2 min (docelowo HR 50-60/min)
- Morfina – 3-5 mg i.v.
- Statyna – np. atorvastatyna 80 mg
- ASA – 300 mg (jeżeli pacjent nie przyjmował wcześniej)

BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ

OZW BEZ UNIESIENIA ST – leki cd:

- Leki przeciwplatekcyjne – np. kłopidogrel (Plavix) 300-600 mg, tikagrelol (Brilique) 180 mg, prasugrel (Efient) 60 mg**
- Leki przeciwkrzepliwe – np. Clexane 1 mg/kg co 12 godz.**

BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ

OZW BEZ UNIESIENIA ST – postępowanie :

- Pacjent z bardzo dużym ryzykiem/wstrząs – koronarografia do 2 godzin
- Pacjent z dużym lub pośrednim ryzykiem – koronarografia do 24 lub 72 godzin
- Pacjent z małym ryzykiem – strategia zachowawcza

–UWAGA !!! NIE LECZYMY FIBRYNOLITYCZNIE

BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ

OZW Z UNIESIENIEM ST :

–FALA PARDEEGO W EKG

–ŚWIEŻY LBBB

BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ

OZW Z UNIESIENIEM ST - postępowanie:

- Monitorowanie – monitor EKG, saturacja, RR**
- Badania laboratoryjne**
- Tlen przy saturacji <95%**
- Leki jak przy OZW bez uniesienia ST**

BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ

OZW Z UNIESIENIEM ST - postępowanie:

- Koronarografia w ciągu 2 godzin (do 12 godz. od bólu lub do 24, jeżeli utrzymuje się ból)**
- Jeżeli nie – to fibrynoliza w ciągu 30 min, a następnie po skutecznej koronarografia w ciągu 3-24 h (lub ratunkowa w ciągu 60 min.)**

BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ

INNE PRZYCZYNY BÓLU W KLATCE PIERSIOWEJ:

- ZAPALENIE OPŁUCNEJ
- CHOROBA WRZODOWA
- BÓLE MIĘŚNIOWE
- ROZWARSTWIENIE AORTY
- ZABURZENIA LĘKOWE

BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ

ZAPALENIE OPŁUCNEJ:

- Silny ból w klatce piersiowej, najczęściej w okolicy przepony,
- Ból jest najsilniejszy przed wysiękiem
- Zwykle nagły, silny i nasila się przy oddechu
- Zwykle ogranicza się do jednej połowy klatki piersiowej

BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ

ZAPALENIE OPŁUCNEJ - postępowanie:

- Badania laboratoryjne (morfologia, CRP, elektrolity, ALAT, ASPAT, GGTP, kreatynina, gazometria)**
- Leczenie przeciwbólowe**
- Tlen**
- hospitalizacja**

BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ

CHOROBA WRZODOWA:

- Ból zamostkowy o charakterze piekącym, palącym, promieniuje do gardła,
- Nasila się w pozycji leżącej
- Często – puste odbijania
- Postępowanie – ranigast/polprazol
- Unikać NLPZ

BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ

ROZWARSTWIENIE AORTY:

- Silny, rozrywający ból w klatce piersiowej
- Nagły początek
- Różnica tętna na kończynach
- Ubytek tętna
- Wysokie RR lub wstrząs
- Objawy niedokrwienia narządów (Stanford typ A i typ B)
- Szmer rozkurczowy nad zastawką aortalną

BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ

ROZWARSTWIENIE AORTY - postępowanie:

- Angio-TK – jeżeli chory stabilny
- Morfina
- Obniżenie RR do skurczowego 100-120 mmHg
- B-Bloker i.v.
- Nitrogliceryna i.v.
- Ewentualnie ACE-I
- Leczenie inwazyjne

BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ

- Bóle mięśniowe
- Zaburzenia lękowe ...

A TERAZ, COŚ Z ZUPEŁNIE INNEJ BECZKI...

UWAGI PRAKTYCZNE:

–JAK NIE WIESZ CO ROBIĆ ... ZMIERZ CIŚNIENIE

–

–

A TERAZ, COŚ Z ZUPEŁNIE INNEJ BECZKI...

UWAGI PRAKTYCZNE:

–JAK MOŻESZ ... ZAJRZYJ DO DOKUMENTACJI, ZANIM PODEJDZIESZ DO PACJENTA

–

–

A TERAZ, COŚ Z ZUPEŁNIE INNEJ BECZKI...

UWAGI PRAKTYCZNE:

–TŁUM W SOR ... MIEJ PRZY SOBIE EKG

–

–

A TERAZ, COŚ Z ZUPEŁNIE INNEJ BECZKI...

UWAGI PRAKTYCZNE:

–NAJPIERW BADAJ ... POTEM KOMENTUJ

–

–

A TERAZ, COŚ Z ZUPEŁNIE INNEJ BECZKI...

UWAGI PRAKTYCZNE:

–PYTAJ NA CO PACJENT SIĘ LECZY ...

–A POTEM ... JAKIE BIEŻĄCE LEKI ...

–

–

A TERAZ, COŚ Z ZUPEŁNIE INNEJ BECZKI...

UWAGI PRAKTYCZNE:

–WYTŁUMACZ

–

–

DUSZNOŚĆ

DUSZNOŚĆ

- POCHP
- ASTMA
- ZATOROWOŚĆ PŁUCNA
- OBRZĘK PŁUC
- ZACHŁYSNIĘCIE

DUSZNOŚĆ

WYWIAD :

- Nagła, czy narasta powoli
- Towarzyszy gorączka, czy nie
- Papierosy
- Przebyte choroby
- Pobierane leki
- Urazy

DUSZNOŚĆ

BADANIE PRZEDMIOTOWE :

- Rytm serca
- Wdechowa, czy wydechowa
- Zmiany nad płucami – jednostronne, czy obustronne
- Charakter zmian osłuchowych – świsty, trzeszczenia, furczenia
- Pozycja ciała – siedząca, leżąca
- Skóra – blada, różowa, zimna, spocona

DUSZNOŚĆ

BADANIA :

–Saturacja

–Gazometria

–Morfologia, CRP, D-dimery, kreatynina, elektrolity, glukoza, troponiny (?)

–RTG klatki piersiowej – gdy potrzeba

DUSZNOŚĆ

ASTMA OSKRZELOWA:

- Wydłużony wydech
- Świsty, szmer osłabiony
- Wysiłek oddechowy
- Tachykardia
- RTG klatki piersiowej – zwykle obraz prawidłowy

DUSZNOŚĆ

ASTMA OSKRZELOWA - postępowanie:

- Zniesienie obturacji – B-mimetyki wziewne (fenoterol, salbutamol)**
- Zniesienie hipoksemii - tlen**
- Zniesienie stanu zapalnego – sterydy systemowe (dexamethason, hydrocortison)**
- Inne – teofilina, MgSO₄**

DUSZNOŚĆ

POCHP:

- Wydłużony wydech**
- Świsty**
- Furczenia**
- Wysiłek oddechowy**
- Tachykardia**

DUSZNOŚĆ

POCHP tlenoterapia:

- Wskazania – $SpO_2 < 88\%$**
- Ostrożnie z dużymi dawkami tlenu – najlepiej 0,5 l/min.**
- U chorych z przewlekłą hiperkapnią, hipoksemia jest jedynym czynnikiem powodującym napęd oddechowy**
- Obserwować, czy chory nie podsypia**

DUSZNOŚĆ

POCHP leczenie:

- B-mimetyki wziewne (salbutamol np.Steri-Neb Salamol 2,5- 5 mg co 4-6 godzin w nebulizacji)
- Bromek ipratropium (0,25 – 0,5 mg w nebulizacji)
- Leki złożone (np.Berodual – fenoterol+ipratropium 15-25 kropli nebulizacja)
- sterydy systemowe (dexamethason 8 mg, hydrocortison 200 mg)
- Theophylina iv. - 125-250 mg i.v
- Antybiotyk (amoksycyllina, amoksycyllina z kwasem klavuronowym)

DUSZNOŚĆ

POCHP wskazania do hospitalizacji na OIT:

- Zatrzymanie oddechu**
- Ciężka duszność (tachypnoe $>35/\text{min}$, praca dodatkowych mięśni oddechowych)**
- Narastająca hipoksemia ($\text{PaO}_2 < 40 \text{ mmHg}$)**
- Kwasica ($\text{pH} < 7,25$)**
- Niestabilność hemodynamiczna**
- Inne ciężkie powikłania (zapalenie płuc, zator tętnicy płucnej, odma itp..)**

DUSZNOŚĆ

ZATOROWOŚĆ PŁUCNA - OBJAWY:

- Nagła, silna duszność
- Czasem ból w klatce piersiowej
- Czasem kaszel
- Tachypnoe
- Tachykardia !!!
- Duszność przy niewielkim wysiłku
- Zwykle nad płucami szmer pęcherzykowy prawidłowy

DUSZNOŚĆ

ZATOROWOŚĆ PŁUCNA – BADANIA:

- Badania krwi – gazometria – obniżone Sat, PaO₂, PaCO₂, podwyższone D-Dimery, podwyższona troponina, BNP
- EKG – nieswoiste zmiany odcinka ST i załamka T
- RTG klatki piersiowej – powiększenie serca, poszerzenie tętnicy płucnej, niedodma, płyn w opłucnej
- Angio-KT
- ECHO – typowe zmiany
- USG doppler żył kończyn dolnych

DUSZNOŚĆ

ZATOROWOŚĆ PŁUCNA – OCENA RYZYKA ZGONU:

- ZP wysokiego ryzyka – objawy wstrząsu lub hipotensja
 - ZP pośredniego ryzyka – cechy dysfunkcji prawej komory (ECHO lub BNP) lub podwyższony poziom troponin
 - ZP niskiego ryzyka – bez powyższych cech
- Do oceny ryzyka może służyć skala PESI

DUSZNOŚĆ

ZATOROWOŚĆ PŁUCNA – OCENA PRAWDOPODOBIENSTWA KLINICZNEGO ZP:

- U pacjentów niskiego lub pośredniego ryzyka
- Za pomocą jednej ze skal – Wellsa lub Genewskiej
- Co oceniamy ? - wiek, przebyta ZP lub ŻCHZZ, zabieg chirurgiczny lub złamanie w ciągu ostatniego miesiąca, nowotwór złośliwy, jednostronny ból w kończynie dolnej, krwiotłucie, częstość rytmu serca, jednostronny obrzęk kończyny dolnej

DUSZNOŚĆ

ZATOROWOŚĆ PŁUCNA – OCENA PRAWDOPODOBIENSTWA KLINICZNEGO ZP:

- U pacjentów niskiego lub pośredniego ryzyka
- Za pomocą jednej ze skal – Wellsa lub Genewskiej
- Co oceniamy ? - wiek, przebyta ZP lub ŻCHZZ, zabieg chirurgiczny lub złamanie w ciągu ostatniego miesiąca, nowotwór złośliwy, jednostronny ból w kończynie dolnej, krwiotłucie, częstość rytmu serca, jednostronny obrzęk kończyny dolnej

DUSZNOŚĆ

ZATOROWOŚĆ PŁUCNA WYSOKIEGO RYZYKA – LECZENIE

- Tlen !!!
- HNF – natychmiast 80mg/kg, następnie 18 mg/kg/h
- Leczenie trombolityczne - u chorych bez przeciwwskazań, alteplaza (rtPA) – 100 mg w ciągu 2 h lub 50 mg w ciągu 15 min.

DUSZNOŚĆ

ZATOROWOŚĆ PŁUCNA NISKIEGO/POŚREDNIEGO RYZYKA – LECZENIE

- Leczenie przeciwkrzepliwe
- ZP pośredniego ryzyka wymaga monitorowania - oddział

DUSZNOŚĆ

OBRZĘK PŁUC – objawy:

- Pacjent siedzący
- Tachypnoe
- Strach
- Często zlany zimnym potem
- Nad płucami – zmiany obustronne – często masywne trzeszczenia

DUSZNOŚĆ

OBRZĘK PŁUC – badania:

- Badania laboratoryjne –podstawowe, gazometria, troponiny BNP
- RTG klatki piersiowej – zastój, powiększenie sylwetki serca,
- ECHO – zaburzenia kurczliwości
- EKG – może ujawnić przyczynę – zaburzenia rytmu, zawał
- RR !!
-

DUSZNOŚĆ

OBRZĘK PŁUC – postępowanie w SOR:

–Monitorowanie

–Tlen

–Morfina

–Leczenie przyczynowe, jeżeli istnieje – rewaskularycja, leczenie arytmii (zwolnienie rytmu serca, kardiowersja), leczenie nadciśnienia

–

DUSZNOŚĆ

OBRZĘK PŁUC – postępowanie w SOR –
RR > 90 mmHg:

pacjent z

- Leki rozszerzające naczynia – np.nitrogliceryna i.v.
- Diuretyki – furosemid 2 amp i.v.
- Leki inotropowe w wybranych przypadkach (dopamina, dobutamina)
-

DUSZNOŚĆ

OBRZĘK PŁUC – postępowanie w SOR –
RR < 90 mmHg:

pacjent z

–Leki inotropowe

–Diuretyki – po korekcie RR

–

DUSZNOŚĆ

ZACHŁYSNIECIĘ – OBJAWY:

- Nagła duszność
- Zmiany osłuchowe – najczęściej jednostronne
- Pacjent z ograniczonym kontaktem, często przewlekle leżący
- Wywiad !!!
- W RTG – masywne zmiany zapalne
-
-

DUSZNOŚĆ

ZACHŁYSNIECIĘ – POSTĘPOWANIE:

- Tlen
- Sterydy systemowe
- Zniesienie obturacji – B-mimetyki
- Bronchoskopia

–

–

DUSZNOŚĆ

INNE PRZYCZYNY DUSZNOŚCI:

- Zaburzenia lękowe – zwykle osoby młode, tachypnoe, tachykardia, bóle w klatce piersiowej, prawidłowa gazometria (zasadowica) i saturacja
- Wyсіk opłucnowy – chorzy nowotworowi
- Nowotwór
-
-

A TERAZ, COŚ Z ZUPEŁNIE INNEJ BECZKI...

UWAGI PRAKTYCZNE:

–NIE WIERZ INNYM – ROZPOZNANIE POSTAW SAM

–

–

A TERAZ, COŚ Z ZUPEŁNIE INNEJ BECZKI...

UWAGI PRAKTYCZNE:

–NIE WIERZ INNYM – ROZPOZNANIE POSTAW SAM

–

–

A TERAZ, COŚ Z ZUPEŁNIE INNEJ BECZKI...

UWAGI PRAKTYCZNE:

–BADAJ, OBSERWUJ

–

–

A TERAZ, COŚ Z ZUPEŁNIE INNEJ BECZKI...

UWAGI PRAKTYCZNE:

–CHAOS PRZESZKADZA ... PORZĄDKUJ...

–

–

A TERAZ, COŚ Z ZUPEŁNIE INNEJ BECZKI...

UWAGI PRAKTYCZNE:

– JAK COŚ NIE PASUJE – WYKONAJ KROK W TYŁ

–

–

A TERAZ, COŚ Z ZUPEŁNIE INNEJ BECZKI...

UWAGI PRAKTYCZNE:

- MOŻLIWE KILKA PRZYCZYN DUSZNOŚCI

- (PACJENT Z POCHP MA CZĘSTO ZABURZENIA RYTMU,
NIEWYDOLNOŚĆ SERCA I CUKRZYCĘ...)

-

-

A TERAZ, COŚ Z ZUPEŁNIE INNEJ BECZKI...

UWAGI PRAKTYCZNE:

- ROZMAWIAJ OSOBNO Z RODZINĄ, OSOBNO Z PACJENTEM

-

-

A TERAZ, COŚ Z ZUPEŁNIE INNEJ BECZKI...

UWAGI PRAKTYCZNE:

–W MEDYCYNIE, KIEDY SŁYSZYSZ TĘTENT KOPYT, MYŚL O KONIACH,
A NIE O ZEBRACH....

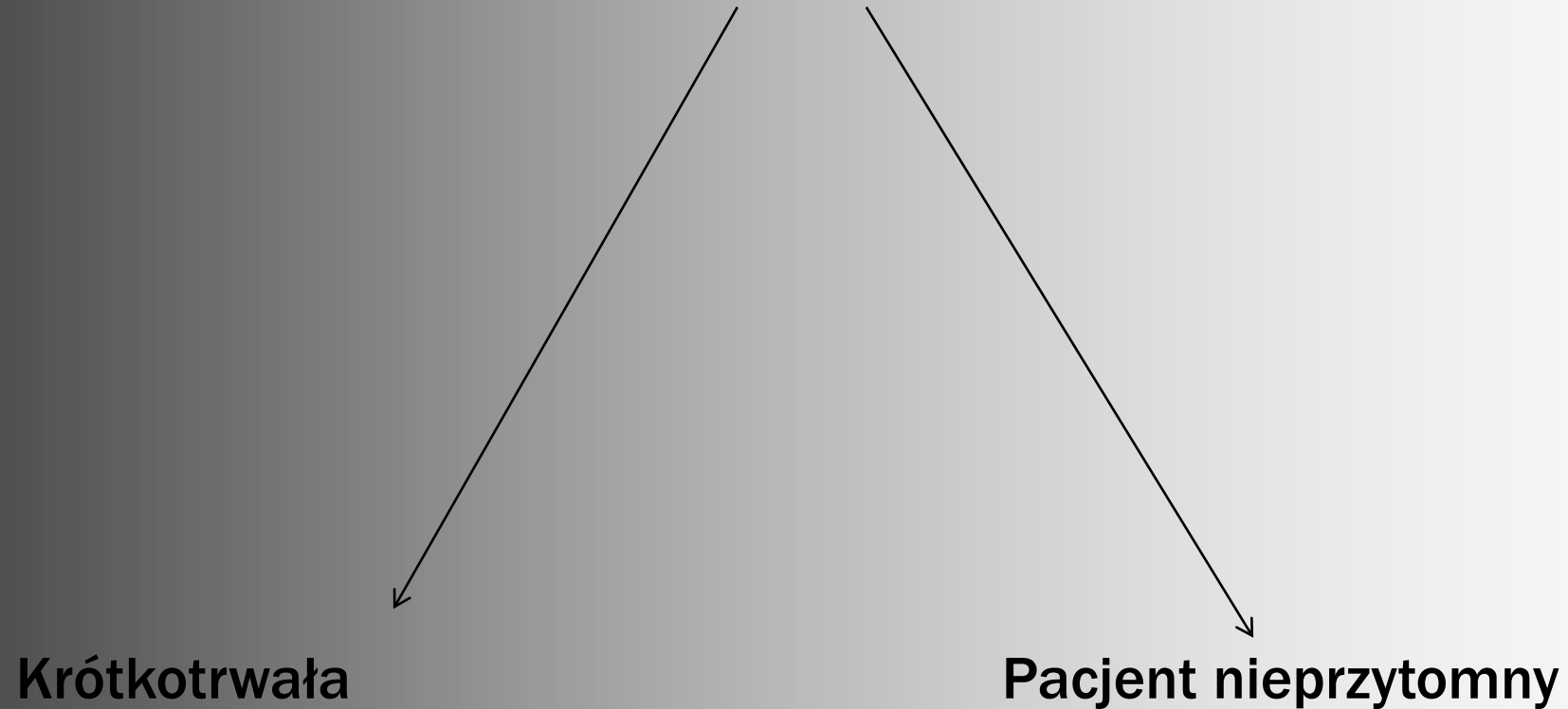
–

–

UTRATA PRZYTOMNOŚCI

UTRATA PRZYTOMNOŚCI

UTRATA PRZYTOMNOŚCI



UTRATA PRZYTOMNOŚCI

Krótkotrwała utrata przytomności :

–Zaburzenia rytmu

–Omdlenie

–Hipoglikemia

–TIA

–Padaczka

–

–

UTRATA PRZYTOMNOŚCI

Krótkotrwała utrata przytomności – badania:

- Badania krwi – morfologia, elektrolity, glukoza, CRP

- EKG

- RR

-

-

UTRATA PRZYTOMNOŚCI

Krótkotrwała utrata przytomności – postępowanie:

- Wywiad
- Obserwacja – uwaga na postępujące zaburzenia świadomości, splątanie !!
- Wywiad od rodziny !!!
-
-

UTRATA PRZYTOMNOŚCI

Pacjent nieprzytomny :

- Udar

- Krwawienie do OUN

- Hipoglikemia

- Ciężkie choroby ogólnoustrojowe – sepsa, gorączka z odwodnieniem, marskość

- Wyniszczenie

- Agonia

-

-

UTRATA PRZYTOMNOŚCI

Pacjent nieprzytomny - postępowanie:

- Badania krwi – morfologia, CRP, elektrolity, kreatynina, mocznik, ALAT, ASPAT, INR, troponiny, gazometria,
- RR
- EKG
- Dokładny wywiad – okoliczności, przebyte choroby, jak pacjent się zachowywał przed,
- Badanie, w tym badanie neurologiczne – odruchy, zwróć uwagę na gałki oczne i twarz !!!
- OBSERWUJ CHOREGO !!!
- KT GŁOWY – jeśli są wskazania (jeśli nie ma innej przyczyny utraty przytomności)

UTRATA PRZYTOMNOŚCI

UDAR NIEDOKRWIENNY - postępowanie:

–Kontrola RR (jeśli RR skurczowe >220 mmHg, lub rozkurczowe >120 mmHg) – docelowe 180/105 mmHg – kaptopryl 12,5-25 mg s.l., urapidyl 10-50 mg i.v., następnie 4-8 mg/h, nitrogliceryna 5-10 ug/min i.v.,

–Wyrównanie zaburzeń elektrolitowych

–ASA 150-300 mg

–Heparyna – HDCz w dawkach profilaktycznych (JEŚLI NIE PLANUJEMY LECZENIA FIBRYNOLITYCZNEGO)

–

–

UTRATA PRZYTOMNOŚCI

UDAR NIEDOKRWIENNY – wskazania do trombolizy tPA (alteplaza):

- Czas !! - do 4,5 h od udaru (4,5-6h)
- Istotny klinicznie zespół neurologiczny

–

–

–

UTRATA PRZYTOMNOŚCI

UDAR NIEDOKRWIENNY – przeciwwskazania do trombolizy:

- Uraz głowy lub udar w ciągu ostatnich 3 mies.
- Objawy wskazujące na krwotok podpajęczynówkowy
- Nakłucie tętnicy w miejscu niepoddającym się uciskowi w ciągu ostatnich 7 dni
- Krwawienie wewnątrzczaszkowe w wywiadzie
- RR powyżej 180/105 mmHg
- Zaburzenia krzepnięcia
- Podawanie heparyny lub antykoagulantów w ciągu ostatnich 48 godzin

–

A TERAZ, COŚ Z ZUPEŁNIE INNEJ BECZKI...

UWAGI PRAKTYCZNE:

–MEDYCYNĄ JEST NAUKĄ SZALENIE LOGICZNĄ – JEŚLI CI COŚ NIE PASUJE, ALBO PACJENT NIE REAGUJE NA LECZENIE – ZWERYFIKUJ SWOJE ROZPOZNANIE

–

–

A TERAZ, COŚ Z ZUPEŁNIE INNEJ BECZKI...

UWAGI PRAKTYCZNE:

–ZAWSZE MIEJ PRZY SOBIE ... MAŁEGO SZCZEKLIKA

–

–



DZIĘKUJĘ