

Bolesti břicha na kardiologickém akutním příjmu

Milan Ročeň

KARIP IKEM

J.M. 1951

Anamnéza: Nezištěna

Nynější onemocnění:

21.3.2015 ráno volána RZP pro ak. bolesti břicha.
Vyslovena suspekce na rupturu AAA.

Pacient akutně intubován a přivezen na ak. příjem
KK IKEM.

chir. konz. a následně sono,

kontrolní EKG, provedeno ECHO /bez potvrzení
jasné ak. kard. příhody/

Diagnostika

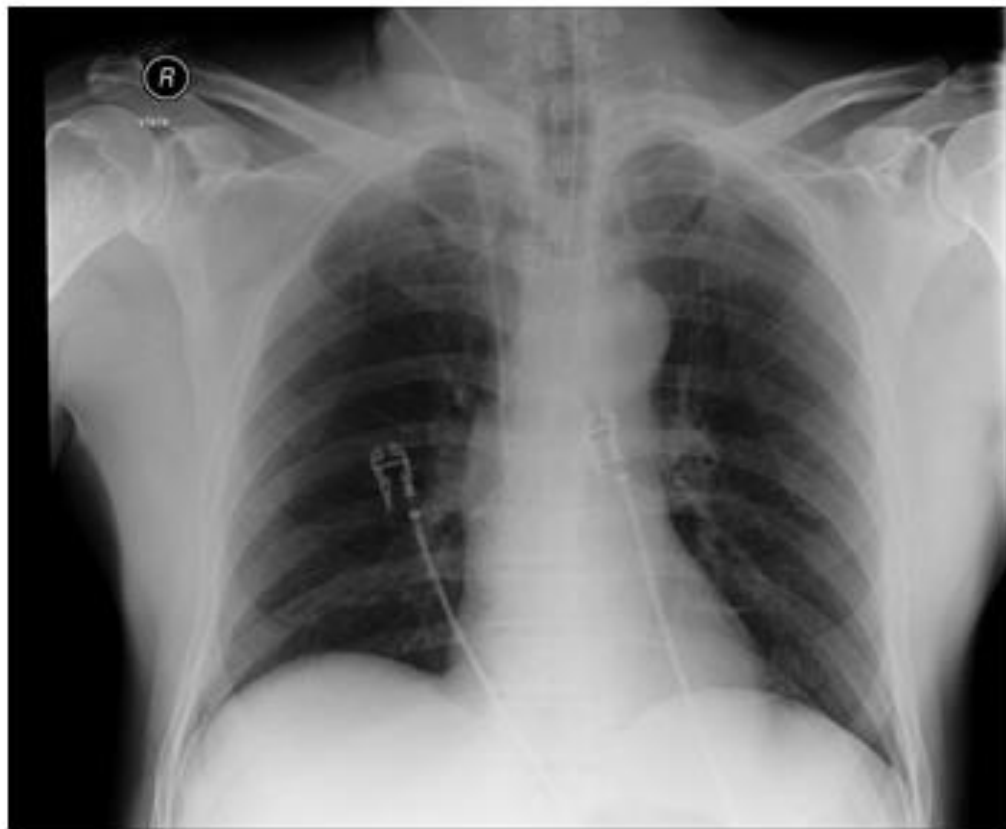
- Echokardiografie KK 21.3.2015
- Vyš. na lůžku KARIP. Při velmi špatné vyšetřitelnosti lze provést jen orientační vyšetření, vyšetřitelnost však poněkud lepší než při prvním dnešním vyšetření - srdeční oddíly nezvětšeny, je jistě normální EF levé komory (hyperkineza stěn), pravá komora má normální systolickou funkci a není perikardiální výpotek. Chlopenní nálezy dopplerovsky nehodnotitelné, ale hrubé morfologické změny chlopní nejsou přítomny, není aortální ani mitrální stenóza.
- Závěr: Nenalezena srdeční příčina šokového stavu.

- Sonografie 21.3.2015 10:03
- Sono břicha Sono portálního řečiště.
- Játra nezvětšena, kontura hladká, parenchym přiměřené echogenity, ložiska v parenchymu neprokazují VP i VL přiměřené šíře i průtoku Žlučník bez lithiasy, stěna jemná Žl. cesty štíhlé Slezina malá Ledviny norm. velikosti i tvaru, parenchym má přim. šíři a siny ohraničené. DS bez náplně Ascites ani koagula nediferencují AA štíhlá V levém subfreniu tek. kolekce-ohraničená-nejspíše žaludek s tekutinou

Příjem

KARIP - po příjmu těžká bradykardie, (30/min),
Sat O₂ neměřitelná.

Zahájená KPR /cca 4 min/, podán Adrenalin
celkem 4mg i.v., následně SR, f:120/min, pro
hypotenzi nasazen Noradrenalin



Průběh

- Obnova sin. rytmu, kombinovaná oběhová podpora ve vysoké dávce, mírná terapeutická hypotermie, UPV
- lab: materiál MB, toxikologie,
- ATB empiricky (Unasyn, Gentamicin)
- Lab : pH 6,828, BE – 25,4, Lac 11,8, gly 21,8
- Leu . 12,3 ,Hb 232, Hct 0,708
- urea 13,0, kreat 344, CRP 7,7, D dim 10,99
- LiDCO: nízký CI, vysoké hodnoty SVRI, objem, optimalizace hemodynamiky (NA – dobu- A – Milrinon)
- CVVHD Ci/Ca



"It's a clear case of dehydration."

- Provedeno CT břicha a hrudníku s normálním nálezem, bez závažné patologie.
- Přetrvává těžká hypotenze, kombinovaná oběhová podpora (adrenalin + noradrenalin + milrinon), Hydrocortison kont.
- Kardiologické konzílium - vyloučení kardiální příčiny šokového stavu. Rozvoj septického šoku s MODS, nejasný zdroj sepse, anasarka po masivní volumosubstituci



- Pro suspekci na ischemii střeva revize DB - orgány DB bez patologie. Pro rozvrat vnitřního prostředí a oligurii zahájeno CRRT.
- Operační vložka KTCH ze 21.3.2015 22:00, břišní velký výkon,
Výkon
- Revize dutiny břišní.
- Popis
- V CA střední laparotomií do DB, která bez zn. pneumoperitonea, bez výpotku. Revidujeme celou DB. Střevní kličky zcela norm. vzhledu, nedilatované, bez zesílení stěny, dobře prokrvené, dobře hmatná pulsace v radixu mesenteria. Na dist. ileu nevelký zcela klidný Meckelův divertikl. Vzhledem ke klidnému nálezu a stavu pac. jej ponecháváme. Celé kolon též zcela norm. vzhledu. V oblasti céka mezi střevní stěnou a břišní stěnou elastická resistance bělavá, asi 3cm velká, ke které přitažené omentum. Nález má charakter residuu po starších liponekrózách či reakci okolo jizvy v.s. po APPE (appendix jinak nenacházím). Okolí bez edému, bez reakce, srůsty s omentem jistě staré. Nález nevysvětluje současný stav pacienta, proto nerozpreparováváme. Žaludek norm., játra i žlučník norm., norm. pulzace v hepatoduod. lig. , okraj sleziny norm., bez patrného ložiska v L subfreniu. Retroperitoneum klidné, bez otoku, bez Balz. nekróz, bez zn. ak. pankreatitidy, aorta bez výdutě s dobrou pulzací. Jasná příčina celkového závažného stavu v DB nenalezena. Po kontrole krvácní a sečtení nástrojů a roušek sutura rány po vrstvách.

- **Koloskopie 22.3.2015**

- Přístrojem do 40 cm od anu, v celém rozsahu je sliznice přiměřeného vzhledu s dobře patrnou cévní kresbou, lesklým povrchem a vyjádřenou haustrací. V rektu jsou 2 lividní ložiska o průměru cca 10 mm, v.s. v důsledku aplikace klysmatu, biopsie.
- Závěr: 2 lividní ložiska v rektu (vliv přípravy??), jinak normální nález do 40 cm od anu, biopsie

- **Gastroskopie 22.3.2015**

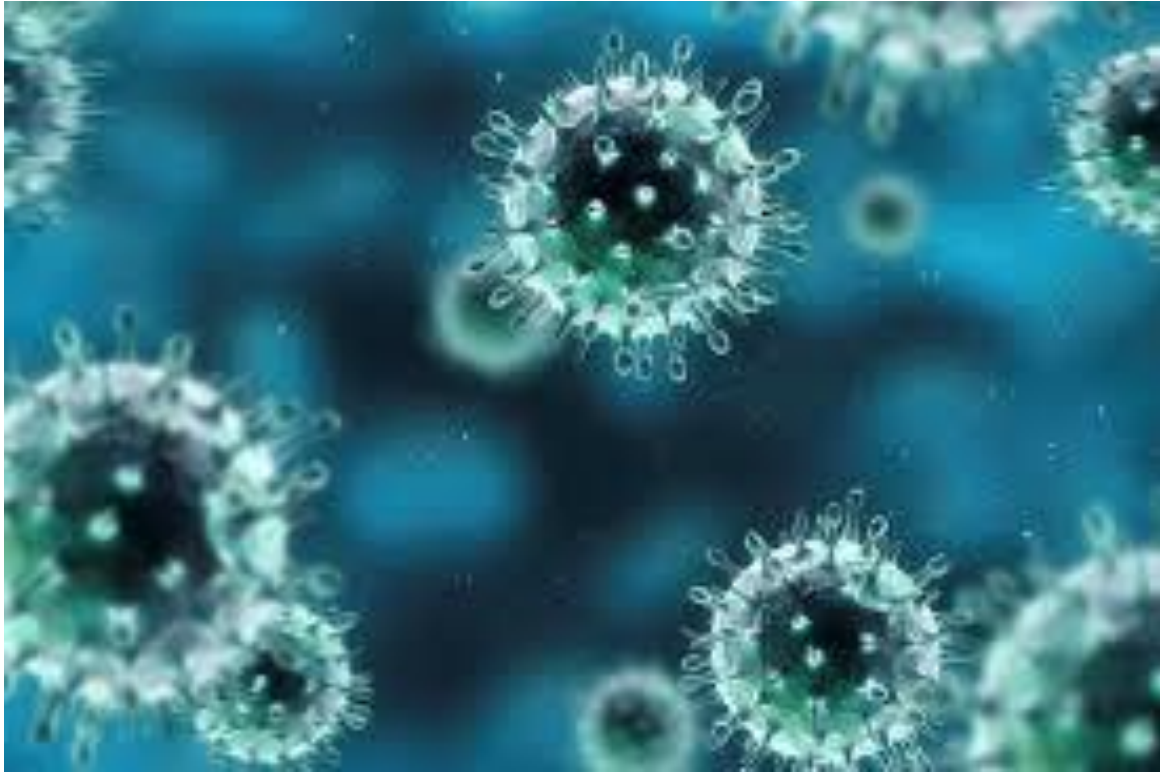
- V poloze na L boku zaveden přístroj pod kontrolou zraku do jícnu, kde je volné lumen, elast. stěna, bledá sliznice. Z-linie je klidná a pravidelná. Kardie kompetentní. Volně do žaludku, kde přiměřené jezírko, bez příměsí. Žaludek se volně rozvíjí, řasy se vyhlazují. Sliznice v těle růžová, a kropenatá. Postupují kropenatým antrem k okrouhlému pyloru, tím lehce intubují do prostorného bulbu duodena a dále do sestup. raménka duodena, kde ložiska lividní sliznice, biopsie. V retroverzi bez patologie.
 - Závěr: Známky mírné duodenitidy a gastritidy
-
- PCR diagnostika

Datum a čas odběru: 23/03/2015-06:00

Stav:

Název vyšetření Výsledek Jednotky Referenční interval Hodnocení

p_vápník celk.	2.66	mmol/l	(2.15... 2.55)	H	(...)*	#
p_fosfor	0.95	mmol/l	(0.71... 1.23)		(.*)	#
p_hořčík	0.86	mmol/l	(0.71... 0.94)		(.*)	#
p_bilirubin celk	8.9	umol/l	(3.4... 20.0)		(.*)	#
p_AST	5.20	ukat/l	(0.17... 0.75)	VH	(...)>*	#
p_ALT	1.30	ukat/l	(0.17... 1.17)	H	(...)*	#
p_ALP	0.73	ukat/l	(0.58... 1.75)		(*..)	#
p_GGT	0.41	ukat/l	(0.20... 1.07)		(.*)	#
p_AMS	4.17	ukat/l	(0.42... 2.08)	H	(...)*	#
p_lipáza	0.29	ukat/l	(0.13... 1.30)		(*..)	#
p_albumin	32.9	g/l	(36.0... 45.0)	L	*(...)	#
p_CRP	131.1	mg/l	(0.0... 5.0)	VH	(...)>*	#
p_prokalcitonin	> 100.00	ug/l	(0.00... 0.50)			#



Průběh

- 23.3. pozitivní **infuenza B** , **Str. pneumoniae** z **aspirátu z DC**, opakováno CT břicha k vyloučení možné pankreatitidy - nepotvrzeno
- 24.3. elevace myoglobinu (>30000 ug/l) při kompartment sy (pozitivní tekutinová bilance při MODS + 17700 ml/48 h!!), CVVHDF s vysokou UF, změna ATB : Ampi, Klacid
- Postupně zlepšení stavu, pokles zánětlivých parametrů a myoglobinu, vysazování NA, započato s weaningem,

Průběh

- 1.4. provedena PDTs , pro podezření na aspergilovou infekci ve sputu nasazena antimykotika inhalačně + i.v.,
- 4.4. zhoršení klinického nálezum skokový vzestup zánětlivých parametrů, kontrolní CT prokázalo pneumoperitoneum, provedena operační revize DB, provedena ileocékální resekce+axiální ileostomie pro perforaci tenkého střeva

Průběh

- 10.4. masivní hemoptýza, TSK ex, reOTI, na BFSK nález velikého koagula, které obturuje hlavní bronchus L plíce, rozvoj hemoragického šoku s farmakologickou resuscitací, masivní volumosubstitucí a korekcí koagulace. Pneumologovi se po komplikované bronchoskopii daří evakuovat koagula z hlavního bronchu L plíce. Poté relativní oběhová i ventilační stabilizace.
- Provedeno CT angio plic, které neprokazuje radiologicky řešitelné krvácení, P plíce kompletně vyplněna koagulem. Dále bez pokračujícího krvácení, provedena další BFSK pneumologem s extrakcí většiny koagul z P plíce. Aspergilová infekce nebyla definitivně prokázána ani vyloučena, proto VFend (možným zdrojem krvácení mohla být angioinvazivita aspergila). Po domluvě s mikrobiologem terapie ukončena 12.4. pro negativní nález.

Průběh

- V dalších dnech stabilizace stavu, bez recidivy krvácení, dle kontrolního CT regrese nálezu, re-TSK (13.4.). Zahájen weaning, dekanylace
- 17.4., kolísavý stav vědomí, intermit. zmatený, ale klidný, KP. komp., stomie vitální, odvádí střevní obsah, rána klidná, zhojená, bez známek infekce, nadále oligoanurický, intenzivní RHB, kombinovaná výživa, pozvolné navyšování p.o. příjmu, bez známek infekce
- 23.4. bez ATB terapie, iHD (naposledy 23.4.2015),

- Neurologické konzilium 17.4.2015
- Závěr: Neuromyopatie kritických stavů při malnutrici - klinicky s chabou akroparesou na konč.
- Motorický neklid nejspíše v důsledku metabolicko-hypoxické encefalopatie.
- Doporučení: Neuromultivit 2x1, Buronil 1-1-2, pokračovat v RHB, stimulaci vyšší nerv. činnosti. Nutrice bohatá na aminokyseliny, screening parametrů výživy.

- 24.4.2015 přeložen do spádové nemocnice
- Reparace funkce ledvin
- Rehabilitační ústav Kladruby