



Elektronické srdce a plíce

CZ.2.17/3.1.00/33276

Kasuistika č. 7, bolest mezi lopatkami a v zádech (vertebrogení syndrom, infarkt myokardu, aneurysma aorty)

J.K,muž, 55 let

Popis případu a základní anamnesa

55 letý pacient hypertonik přivezen RZP po resuscitaci pro fibrilaci komor na naši KJ.

Anamnesa od rodinného příslušníka. Asi 3 roky léčen pro hypertenzi, hyperlipidemii. 2 měsíce před přijetím prodělal virozu s těžším průběhem, od té doby několikrát do týdne bolesti mezi lopatkami a v oblasti dolní krční páteře, často vázané na námahu. Pro výše uvedené obtíže vyšetřován OL

a odeslán na neurologické vyšetření, které dosud neabsolvoval.

V den přijetí po fotbalu krutá bolest mezi lopatkami, po té upadl do bezvědomí a laicky resuscitován, přivolána RZP.

Otázka č.1: Jaká je nejpravděpodobnější příčina bezvědomí s fibrilací komor?

Otázka č. 2: Jak byste postupovali ve vyšetřovacím algoritmu u pacienta s bolestmi v zádech, vázaných na námahu?

Otázka č. 3: Které diagnózy zahrnuje diferenciální diagnostika bolestí mezi lopatkami a v zádech?

Otázka č. 4: Postupoval OL správně?

Postup v přednemocniční fázi:

Po příjezdu RZP pokračováno v resuscitaci, na monitoru fibrilace komor, provedena defibrilace a podány vasoaktivní látky, po kterých dochází k obnovení srdeční akce a oběhu.

12 svodové EKG natočené lékařskou záchrannou službou bez jasných elevací.

Pacient na umělé plicní ventilaci s kontinuálním podáváním vasoaktivních látek transportován na naši KJ.

Otázka č.5: měla být RZP podána antiagregační a antikoagulační léčba i.v.?

Postup po přijetí do nemocnice vč. základních vyšetření:

Projekt spolufinancuje Evropský sociální fond

Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti“

Elektronické srdce a plíce CZ.2.17/3.1.00/33276

Po příjezdu na KJ pacient na UPV, provedeno základní fyzikální vyšetření, EKG vyšetření (viz. obr. č.1) s nálezem ST depresí do 1 mm na spodní stěně a echokardiografické vyšetření s nálezem hypokinesy boční stěny a zachovalou funkcí levé komory (viz video č.1).

Podána léčba Aspegic i.v.a Heparin 80j/kg i.v. a pacient ihned transportován na katetrizační sál. Provedená katetrizace srdeční (viz.obr.č.1) prokázala nemoc 3 tepen, ad hoc provedena PCI na RD a RIM s implantací stentů (viz obr. č. 2 a 3). Do nasogastrální sondy aplikováno 8 tbl. Plavixu.

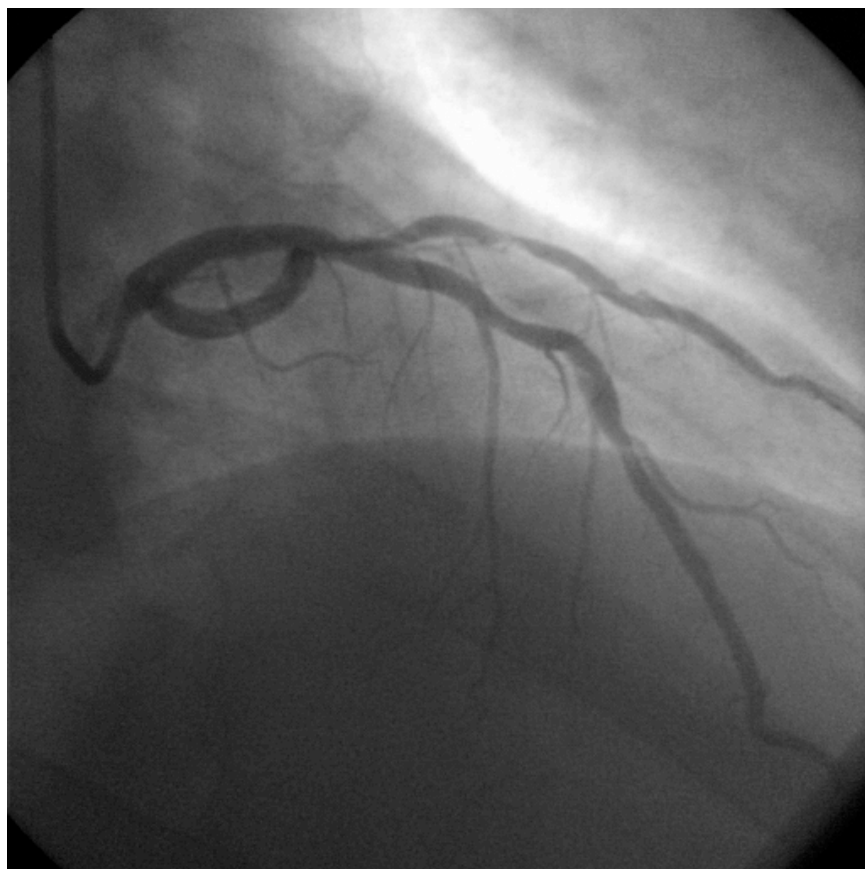
V odebrané laboratoři elevace troponinu s maximem 87 a dále již s poklesem. Po katetrizaci ještě doplněno CT vyšetření hrudní aorty, které vyloučilo přítomnost disekce aorty.

Den po přijetí pacient úspěšně extubován. V druhé době doplněna PCI na RPLS s dobrým efektem.

11. den po přijetí pacient propuštěn do domácí péče v dobrém stavu.

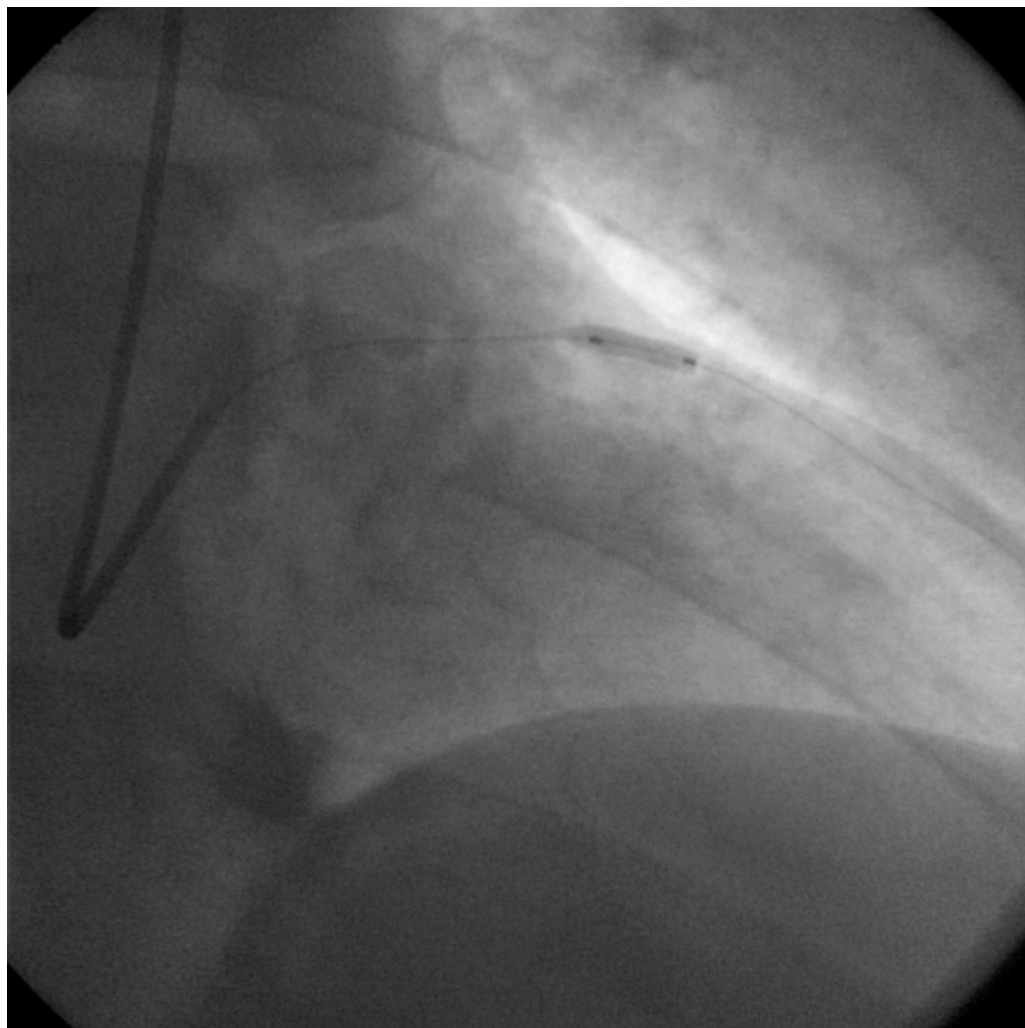
Obr. č. 1

Stenoza na RD



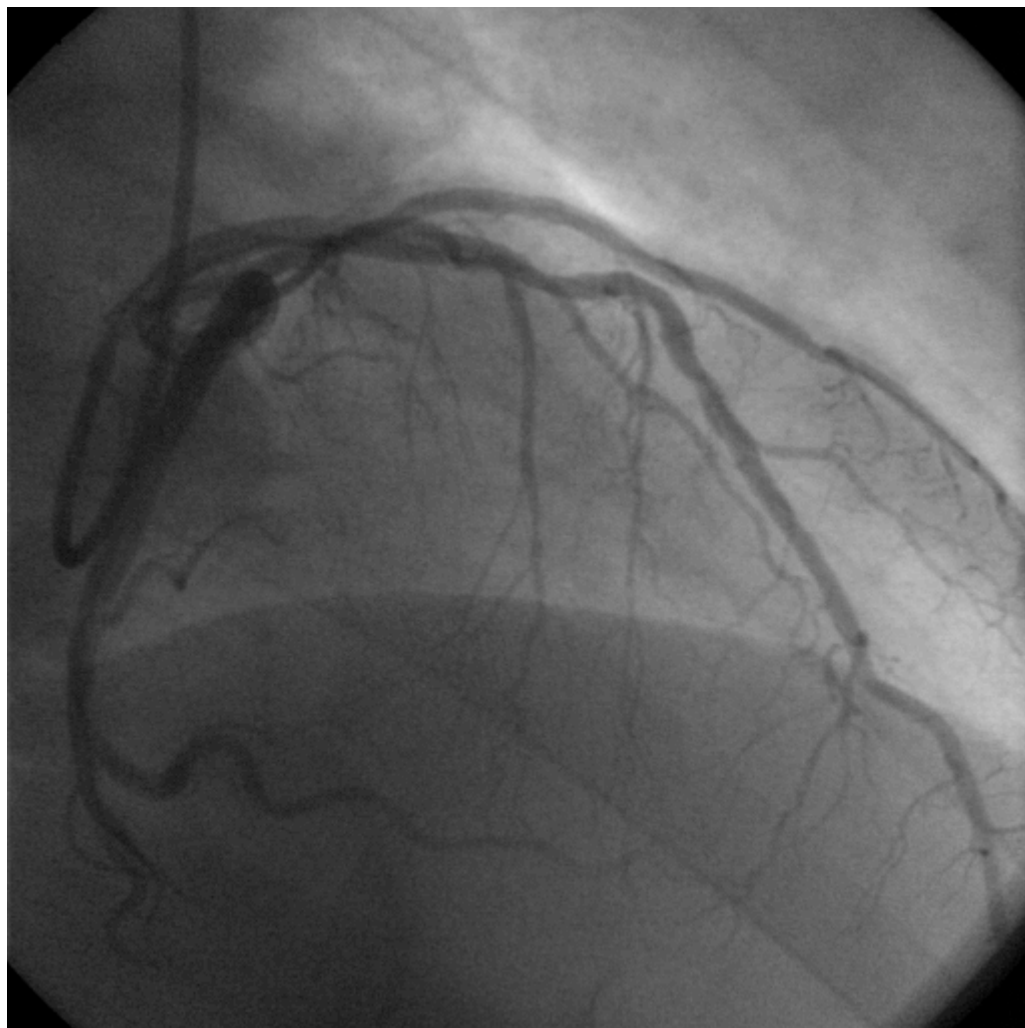
Elektronické srdce a plíce CZ.2.17/3.1.00/33276

Obr.č. 2: implantace stentu na RD



Elektronické srdce a plíce CZ.2.17/3.1.00/33276

Obr. č 3: st.p. implantace stentu na RD



Otázka č.6: Byl zvolený terapeutický postup správný?

Otázka č.7: Postupovali byste stejně i v případě elevací ST na EKG či by měl být pacient zaléčen jinak?

Projekt spolufinancuje Evropský sociální fond

Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti“



OPERAČNÍ PROGRAM PRAHA
ADAPTABILITA



Elektronické srdce a plíce

CZ.2.17/3.1.00/33276

Diagnostický závěr:

Základní diagnóza:

ICHS, nemoc 3 tepen, AIM spodní stěny, st.p. KPR pro fibrilaci komor při AIM

PCI s implantací stentu do RD a RIM v akutní fázi, st.p. PCI s implantací stentu na RPLS v druhé fázi.

Vedlejší diagnózy:

Hypertenzní nemoc

Analýza léčebných postupů včetně ev. chyb:

V anamnéze je udána asi 2 měsíce trvající bolest mezi lopatkami s vazbou na námahu. Tento typ bolesti může být ekvivalentem stenokardie a pacient s rizikovými faktory ICCHS měl být odeslán OL k podrobnému kardiologickému vyšetření.

Postup RZP byl správný, u pacienta bez jasných známek AIM není podání antiagregační a antikoagulační léčby indikováno. Po zajištění základních vitálních funkcí a provedení diferenciální diagnózy byla pacientovi urgentně provedena srdeční katetrizace.

Diferenciální diagnóza:

Diferenciální diagnóza zahrnuje více možností příčiny komorové fibrilace, i když bolest na hrudi vázaná na námahu je z diagnózy akutního koronárního syndromu velmi suspektní.