

PTE KK AITI

- A képi leletet sorolva
- Helytelenül a krónikus taposolathoz
- Teljes tüdőszor készült meg
- 7x4 (TTT) [MRI] nem mérhető 3R
- Szédeződés és lélegeztetés indult

Meglepetésként a megőrzés során

- 1. FOG konzilium** - Mellkaslelettel megőrzés (jovavit-retroszterialis struma)
- 1. Mellkaslelet konzilium** - kiterjesztett vizsgálat, szternotomia a beteg nem alkalmas, tracheosztóma képzés vagy sztent behelyezése
- 2. FOG konzilium** - a tracheostomiát az általuk használt sztenttel hosszú és leendőképe nem teszi lehetővé - sztentet javasolt
- 2. Pulmonológus** - Székesszék - jelen körülmények között nem alkalmas
- 3. FOG konzilium** - speciális kezelést végzhet el a tracheostóma, de nyilván az alapprobléma megoldatlan marad



PDTs tervezés a CT leletek alapján (AIT)

Méret:

1. átmérőben azonos trachea - maximum 10-10,5 cm
2. csatlakozásnál átmérő 7x4 sztent típus 10-10,5 cm-re hosszabbított (Trachea Verio XL)
3. 7x4 (B-4) átmérőre orientált sztent típus

Bevezetés:

Trachea, A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z, AA, AB, AC, AD, AE, AF, AG, AH, AI, AJ, AK, AL, AM, AN, AO, AP, AQ, AR, AS, AT, AU, AV, AW, AX, AY, AZ, BA, BB, BC, BD, BE, BF, BG, BH, BI, BJ, BK, BL, BM, BN, BO, BP, BQ, BR, BS, BT, BU, BV, BW, BX, BY, BZ, CA, CB, CC, CD, CE, CF, CG, CH, CI, CJ, CK, CL, CM, CN, CO, CP, CQ, CR, CS, CT, CU, CV, CW, CX, CY, CZ, DA, DB, DC, DD, DE, DF, DG, DH, DI, DJ, DK, DL, DM, DN, DO, DP, DQ, DR, DS, DT, DU, DV, DW, DX, DY, DZ, EA, EB, EC, ED, EE, EF, EG, EH, EI, EJ, EK, EL, EM, EN, EO, EP, EQ, ER, ES, ET, EU, EV, EW, EX, EY, EZ, FA, FB, FC, FD, FE, FF, FG, FH, FI, FJ, FK, FL, FM, FN, FO, FP, FQ, FR, FS, FT, FU, FV, FW, FX, FY, FZ, GA, GB, GC, GD, GE, GF, GG, GH, GI, GJ, GK, GL, GM, GN, GO, GP, GQ, GR, GS, GT, GU, GV, GW, GX, GY, GZ, HA, HB, HC, HD, HE, HF, HG, HH, HI, HJ, HK, HL, HM, HN, HO, HP, HQ, HR, HS, HT, HU, HV, HW, HX, HY, HZ, IA, IB, IC, ID, IE, IF, IG, IH, II, IJ, IK, IL, IM, IN, IO, IP, IQ, IR, IS, IT, IU, IV, IW, IX, IY, IZ, JA, JB, JC, JD, JE, JF, JG, JH, JI, JJ, JK, JL, JM, JN, JO, JP, JQ, JR, JS, JT, JU, JV, JW, JX, JY, JZ, KA, KB, KC, KD, KE, KF, KG, KH, KI, KJ, KK, KL, KM, KN, KO, KP, KQ, KR, KS, KT, KU, KV, KW, KX, KY, KZ, LA, LB, LC, LD, LE, LF, LG, LH, LI, LJ, LK, LL, LM, LN, LO, LP, LQ, LR, LS, LT, LU, LV, LW, LX, LY, LZ, MA, MB, MC, MD, ME, MF, MG, MH, MI, MJ, MK, ML, MM, MN, MO, MP, MQ, MR, MS, MT, MU, MV, MW, MX, MY, MZ, NA, NB, NC, ND, NE, NF, NG, NH, NI, NJ, NK, NL, NM, NN, NO, NP, NQ, NR, NS, NT, NU, NV, NW, NX, NY, NZ, OA, OB, OC, OD, OE, OF, OG, OH, OI, OJ, OK, OL, OM, ON, OO, OP, OQ, OR, OS, OT, OU, OV, OW, OX, OY, OZ, PA, PB, PC, PD, PE, PF, PG, PH, PI, PJ, PK, PL, PM, PN, PO, PP, PQ, PR, PS, PT, PU, PV, PW, PX, PY, PZ, QA, QB, QC, QD, QE, QF, QG, QH, QI, QJ, QK, QL, QM, QN, QO, QP, QQ, QR, QS, QT, QU, QV, QW, QX, QY, QZ, RA, RB, RC, RD, RE, RF, RG, RH, RI, RJ, RK, RL, RM, RN, RO, RP, RQ, RR, RS, RT, RU, RV, RW, RX, RY, RZ, SA, SB, SC, SD, SE, SF, SG, SH, SI, SJ, SK, SL, SM, SN, SO, SP, SQ, SR, SS, ST, SU, SV, SW, SX, SY, SZ, TA, TB, TC, TD, TE, TF, TG, TH, TI, TJ, TK, TL, TM, TN, TO, TP, TQ, TR, TS, TT, TU, TV, TW, TX, TY, TZ, UA, UB, UC, UD, UE, UF, UG, UH, UI, UJ, UK, UL, UM, UN, UO, UP, UQ, UR, US, UT, UY, UZ, VA, VB, VC, VD, VE, VF, VG, VH, VI, VJ, VK, VL, VM, VN, VO, VP, VQ, VR, VS, VT, VU, VV, VW, VX, VY, VZ, WA, WB, WC, WD, WE, WF, WG, WH, WI, WJ, WK, WL, WM, WN, WO, WP, WQ, WR, WS, WT, WU, WV, WW, WX, WY, WZ, XA, XB, XC, XD, XE, XF, XG, XH, XI, XJ, XK, XL, XM, XN, XO, XP, XQ, XR, XS, XT, XU, XV, XW, XX, XY, XZ, YA, YB, YC, YD, YE, YF, YG, YH, YI, YJ, YK, YL, YM, YN, YO, YP, YQ, YR, YS, YT, YU, YV, YW, YX, YY, YZ, ZA, ZB, ZC, ZD, ZE, ZF, ZG, ZH, ZI, ZJ, ZK, ZL, ZM, ZN, ZO, ZP, ZQ, ZR, ZS, ZT, ZU, ZV, ZW, ZX, ZY, ZZ

Felmerülő kérdések az eset kapcsán

Tények:

- 94 éves fennjáró, önellátó hölgy
- Gyógyíthatatlan betegségben nem szenved
- Makulátn kardiopulmonális állapot

Fontos-e az intenzív terápia kapcsán figyelembe venni, hogy az adott kronológiai korhoz nagyságrendileg milyen biológiai kor társítható? Definálható-e az "aktuális vitalitás"?

Létezik-e a "nem gyógyíthatatlan"/benignus betegség malignus kiterjedésű változásának fogalma?

Találkoztunk már laeszen növekvő és jelentős külső tracheaszűkülettel (akár stridor) okozó, nem rosszindulatú (lokálisan nem infiltratív) életkór struma mótét kapcsán kompressziós tracheomalatiával?

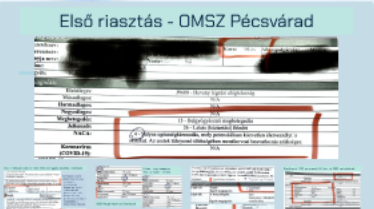
Mi a CT-n látható [3-4] mm-s legkisebb trachea átmérő csapdaja? Mit felejtünk el gyakran figyelembe venni, ha ilyen mértékű szűkületet látunk a képi leleten?

A biológiai kor kontraindikálhat-e egy vitális indikációjú műtétet? Szabad-e ennek a fogalomnak léteznie, hogy "korára való tekintettel"?

Ha a multidiszciplináris konziliumok és szakvélemények nem hoznak érdemi megoldást mit tegyünk?

Ha minden igyekezetünk és jószándékunk ellenére zsákutcába kerülünk egy beteg kapcsán érdemes-e újabb szakembereket bevonni?

Első riasztás - OMSZ Pécsvárad



- A PDST-t követően:**
- Ébresztés indult
 - Szedatívum leállítását követően a moderátum vazopresszor igénye megszűnt
 - Gázcsereje thermoventen kielégítő volt
 - Spontán diurézise mindvégig megfelelő ütemű volt
 - Endokrinológus hipertyreosis miatt thimazol adását javasolta
 - Felvételét követő 8. napon a beküldő osztályra került vissza (PTE KK Pulmonológia)

PTE KK SBO

Anamnézis

Ismert hipertónia. Op.: cholecystectomy *Pajzsmirigybetegség*

Gyógyszerei (a betegvizsgálat napján, EESZT alapján): T. Lokren 20 mg 1x, T. Pentoxyl-EP 400 mg 3x, T. Vitamin D3 1000 NE 1x, T. Simvastatin 40 mg 1x, T. Doxium 250 mg 2x, T. Vidotin Komb 4/1,25 mg 1x

Gyógyszerérzékenység: nem ismert

Jelen panaszok

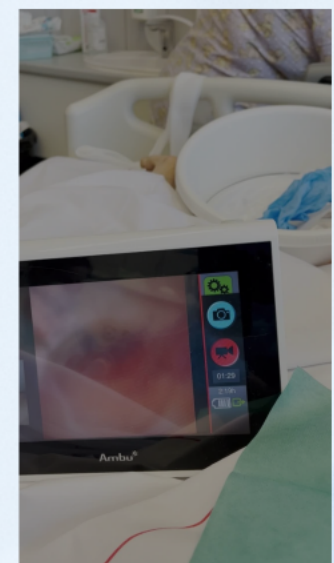
OMSZ szállítja ambulanciánkra. A betegtől demencia, nagyothallás miatt érdemi információ nem nyerhető. Heteroanamnézis alapján mai napon reggel még jól volt, sétálgatott, kiment mosdóra, majd család nehézlégzésre lett figyelmes, szája ellilult. Felirányelést nem láttak, de ez nem kizárható, időnként a beteg otthonában ételleket eldugja.

Jelen státusz

A: Átjárható.

B: Légzés spontán. Mellkas alakja emphysemás. Mindkét tüdőfelet átlégzi, alaplegzés érdessejtes. Trachea felett ki- és belégzésben egyaránt hallható zöreje. Légzésszám: 25/min SpO2: 85% (FiO2: 0,3)

C: Pulzus: 89/min Vérnyomás: 165/89 Hgmm. CRT: <2sec



Perkután dilatációs tracheosztómia CT tervezést követően

Dr. Szabó Zoltán, PTE KK AITI MAITDD, Zalakaros, 24.10.27-28

Fontos-e az intenzív terápia kapcsán figyelembe vennünk, hogy az adott *kronológiai* korhoz nagyságrendileg milyen *biológiai kor* társítható? Definiálható-e az "aktuális vitalitás"?

Létezik-e a "nem gyógyíthatatlan"/benignus betegség malignus térfoglalóvá válásának fogalma?

Találkoztunk már lassan növekvő és jelentős külső tracheaszűkületet (akár stridort) okozó, nem rosszindulatú (lokálisan nem infiltratív) elektív struma műtét kapcsán kompressziós tracheomalatiával?

Mi a CT-n látható (3-4) mm-s legkisebb trachea átmérő csapdája?
Mit felejtünk el gyakran figyelembe venni, ha ilyen mértékű szűkületet látunk a képi leleten?

Felmerülő kérdések az eset kapcsán

Tények:

- 94 éves fennjáró, önellátó hölgy
- Gyógyíthatatlan betegségben nem szenved
- Makulátlan kardiopulmonális állapot

A biológiai kor kontraindikálhat-e egy vitális indikációjú műtétet? Szabad-e ennek a fogalomnak léteznie, hogy "*korára való tekintettel*"?

Ha a multidiszciplináris konzíliumok és szakvélemények nem hoznak érdemi megoldást mit tegyünk?

Ha minden igyekezetünk és jószándékunk ellenére zsákutcába kerülünk egy beteg kapcsán érdemes-e újabb szakembereket bevonni?

Fontos-e az intenzív terápia kapcsán
figyelembe vennünk, hogy az adott *kronológiai*
korhoz nagyságrendileg milyen biológiai kor
társítható? Definiálható-e az "aktuális
vitalitás"?

Létezik-e a "nem gyógyíthatatlan"/benignus
betegség malignus térfoglalóvá válásának
fogalma?

Találkoztunk már lassan növekvő és jelentős külső tracheaszűkületet (akár stridort) okozó, nem rosszindulatú (lokálisan nem infiltratív) elektív struma műtét kapcsán kompressziós tracheomalatiával?

Mi a CT-n látható [3-4] mm-s legkisebb trachea átmérő csapdája?

Mit felejtünk el gyakran figyelembe venni, ha ilyen mértékű szűkületet látunk a képi leleten?

A biológiai kor kontraindikálhat-e egy vitális indikációjú műtétet? Szabad-e ennek a fogalomnak léteznie, hogy *"korára való tekintettel"*?

Ha a multidiszciplináris konzíliumok és szakvélemények nem hoznak érdemi megoldást mit tegyünk?

Ha minden igyekezetünk és jószándékunk ellenére zsákutcába kerülünk egy beteg kapcsán érdemes-e újabb szakembereket bevonni?

Első riasztás - OMSZ Pécsvárad

Legfontosabb adatok

Név: Székelyné János
Észlelő neve: János
Anyja neve: Hogemann
Időpont: 7720 Pécsvárad
Állampolgárság: Magyar
Kora: 94 év
Szül. helye: Monács
Neme: Nő

Diagnózis

Elsődleges: J9600 - Heveny légzési elégtelenség
Másodlagos: N/A
Harmadlagos: N/A
Negyedleges: N/A
Megbetegedés: 13 - Belgyógyászati megbetegedés
 26 - Lakás (háztartási) felnőtt
Jellemzői:
NACA: 4 - Súlyos egészségkárosodás, mely potenciálisan közvetlen életveszélyt is okozhat. Az esetek túlnyomó többségében mentőorvosi beavatkozás szükséges.
Koronavírus (COVID-19): N/A

Bejelentési panaszok, tünetek, "kötelező" gyanú, észlelés, anamnézis

Covid gyanú felmerült.
 Nehezen kap levegőt, alig tud beszélni, ujjai kékülnek. Reggel kezdődtek a tünetek...

All. nehezen kap levegőt. Lakásban ágyon hanyatt fekvé találjuk, szőrszőnye veszi a levegőt, felszólításra tekintet fordítja, de agitált.

Beszéd: Nem beszél

Korábbi betegségei: Hipertónia, Pajzsmirigy betegség

Pulzus frekvencia: 92 / perc	Pulzus frekvencia: 99 / perc
Vérnyomás: 160 / 92 Hgmm	Vérnyomás: 158 / 92 Hgmm
Szaturáció: 51%	Szaturáció: 88%
EiCO2: N/A	EiCO2: N/A
Légzésszám: 30 / perc	Légzésszám: 30 / perc
ETCO2: N/A	ETCO2: N/A

9:06 Megérkezik az Esetkocsi

Nehezen kap levegőt, zavart helyszínen pecsváradai mgk kezdi meg a beteg ellátását 50% Sat 150/90Hgmm találják agitált. Kérkezeskor 100% Sat vérnyomása 150/93 Hgmm. Anamnézisében hypertonia, PF, betegségek: Pitvarfibrilláció, Hipertónia - Pajzsmirigy betegség

Betegvizsgálat

Légút (A): Ajártható
 Egyéb megjegyzés: N/A

Légút (B): A beteg lélegzik.
 Egyéb megjegyzés: Szűrtyzőrej : Mindkettő vezetett zőrej

Beszéd: Normál

Esetkocsi- 100-as maszk, 8l/min -el SBO-ra indulnak

GCS	4-5-6
Valószínűleg	5 - Orientált (f. gy.)
Motoros válasz:	6 - Utasítást végrehajt (f. gy.)
Egyéb megjegyzés:	N/A
Időpont: 09:10	
Pulzus frekvencia: 95 / perc	Hőmérséklet: N/A
Vérnyomás: 151 / 89 Hgmm	nyelvélet: N/A
Szaturáció: 100%	végbél: N/A
EiCO2: N/A	Vércukor: N/A
Légzésszám: 16 / perc	Fájdalomszint: 4-5-6
CRT: 3 mp	
GCS	4-5-6
Valószínűleg	5 - Orientált (f. gy.)
Motoros válasz:	6 - Utasítást végrehajt (f. gy.)
Egyéb megjegyzés:	N/A
Beteg állapota	Javult

Bejelentési panaszok, tünetek, "kötelező" gyanú, észlelés, anamnezis

Covid gyanú felmerült.

Nehezen kap levegőt, alig tud beszélni, ujjai kékülnek. Reggel kezdődtek a tünetek..

All. nehezen kap levegőt. Lakásban ágyon hanyatt fekve találjuk, szörcsögve veszi a levegőt, felszólításra tekintetét fordítja, de agitált.

Zavart:

GCS szemnyitás:

Igen

GCS válaszadás:

4 - Spontán (f, gy, cs)

GCS motoros válasz:

1 - Nincs (f, gy, cs)

5 - Fájdalmas ingert lokalizál (f, gy), Érintést elhárít (cs)

Beszéd:

Nem beszél

hadakozik, vizsgálata nehezen kivitelezhető. Hozzá tartozó e.sz. ma reggel 6 óra körül panaszmentes volt, bejelentés előtt röviddel ágyában talált rá, ujjai kékülnek, fullad. Állapotára tekintettel segélykocsit hívunk, ellátását megkezdjük.

08:43

Korábbi betegségek:

Hipertónia, Pajzsmirigy betegség

Nem beszél! Mi a fő kérdés? Nem tud vagy nem képes?

- Anatómiai ok?
[Organikus - légút]
- Funcionális ok?
[Neurológiai - KIR]
- Metabolikus ok?
[pl. Acidózis, Vércukor]
- Respiratórikus
[Hiperkapnia, Hipoxia]

Megjegyzés:

08:44	
Pulzus frekvencia:	92 / perc
Vérnyomás:	160 / 92 Hgmm
Szaturáció:	51%
EtCO2:	N/A
Légzésszám:	30 / perc
CPT:	

08:54	
Pulzus frekvencia:	99 / perc
Vérnyomás:	158 / 92 Hgmm
Szaturáció:	88%

9:06 Megérkezik az Esetkocsi

Ellátás - oxigénadagolás
"100-as maszk" - 15l/min

08:49	
Pulzus frekvencia:	99 / perc
Vérnyomás:	155 / 91 Hgmm
Szaturáció:	77%
EtCO2:	N/A
Légzésszám:	30 / perc

08:59	
Pulzus frekvencia:	91 / perc
Vérnyomás:	158 / 92 Hgmm
Szaturáció:	99%
EtCO2:	N/A
Légzésszám:	30 / perc

Nehezen kap levegőt, zavart helyszínen pecsvaradi mgk kezdi meg a beteg ellátását 50% Sat 150/90 Hgmm találják agitált. Kérkezéskor 100% Sat vérnyomása 150/93 Hgmm. Anamnézisében hypertonia, PF,

betegségek:

Pitvarfibrilláció, Hipertónia

– ? *Pajzsmirigy betegség*

Betegvizsgálat

Légút (A)

Légút:

Átjárható

Egyéb megjegyzés:

N/A

Légút (B)

A beteg lélegzik:

Igen

Egyéb megjegyzés:

Szörtyzörej : Mindkettő
vezetett zörej

Lab dal:

Beszéd:

Normális beszéd

Normál

Esetkocsi- 100-as maszk, 8l/min -el SBO-ra indulnak

Adatfelvétel			
GCS		4-5-6	
Szemnyitás:		4 - Spontán (f, gy, cs)	
Válaszadás:		5 - Orientált (f), Együtműködő (gy), Mosolyog, gyügyög (cs)	
Motoros válasz:		6 - Utasítást végrehajt (f, gy), Spontán, célirányosan mozog (cs)	
Egyéb megjegyzés:		N/A	
Időpont:	09:10		
Pulzus frekvencia:	95 / perc	Hőmérséklet	
Vérnyomás:	153 / 89 Hgmm	hónalj:	N/A
Szaturáció:	100%	nyelőcső:	N/A
EtCO2:	N/A	végbél:	N/A
Légzésszám:	16 / perc	Vércukor:	N/A
CRT:	3 mp	Fájdalomszint:	
GCS		4-5-6	
Szemnyitás:		4 - Spontán (f, gy, cs)	
Válaszadás:		5 - Orientált (f), Együtműködő (gy), Mosolyog, gyügyög (cs)	
Motoros válasz:		6 - Utasítást végrehajt (f, gy), Spontán, célirányosan mozog (cs)	
Egyéb megjegyzés:		N/A	
Beteg állapota			
Beteg állapota:		Javult	

PTE KK SBO

Anamnézis

Ismert hipertónia. Op.: cholecystectomy

Pajzsmirigybetegség ✓

Gyógyszerei (a betegvizsgálat napján, EESZT alapján): T. Lokren 20 mg 1×, T. Pentoxyl-EP 400 mg 3×, T. Vitamin D3 1000 NE 1×, T. Simvastatin 40 mg 1×, T. Doxium 250 mg 2×, T. Vidotin Komb 4/1,25 mg 1×

Gyógyszerérzékenység: nem ismert

Jelen panaszok

OMSZ szállítja ambulanciánkra. A betegtől demencia, nagyothallás miatt érdemi információ nem nyerhető. Heteroanamnézis alapján mai napon reggel még jól volt, sétálgatott, kiment mosdóra, majd család nehézlégzésre lett figyelmes, szája ellilult. Félrenyelést nem láttak, de ez nem kizárható, időnként a beteg otthonában ételeket eldugja.

Jelen státusz

A: Átjárható.

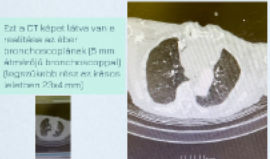
B: Légzés spontán. Mellkas alakja emphysemás. Mindkét tüdőfelet átlégzi, alaplégzés érdessejtes. Trachea felett ki- és belégzésben egyaránt hallható zörej. Légzésszám: 25/min
SpO2: 85% (FiO2: 0,3)

C: Pulzus: 89/min Vérnyomás: 165/89 Hgmm. CRT: <2sec

szűrési sebesség: 90/min, 40-100% (100%); FO: 200 mm, QRS: 88 ms, QTc: 416 ms, ST-T: 0,1 mV

188 Antróp (F02 3,7) (F03 7,1) (F04 0,1) (F05 0,1) (F06 0,1) (F07 0,1) (F08 0,1) (F09 0,1) (F10 0,1) (F11 0,1) (F12 0,1) (F13 0,1) (F14 0,1) (F15 0,1) (F16 0,1) (F17 0,1) (F18 0,1) (F19 0,1) (F20 0,1) (F21 0,1) (F22 0,1) (F23 0,1) (F24 0,1) (F25 0,1) (F26 0,1) (F27 0,1) (F28 0,1) (F29 0,1) (F30 0,1) (F31 0,1) (F32 0,1) (F33 0,1) (F34 0,1) (F35 0,1) (F36 0,1) (F37 0,1) (F38 0,1) (F39 0,1) (F40 0,1) (F41 0,1) (F42 0,1) (F43 0,1) (F44 0,1) (F45 0,1) (F46 0,1) (F47 0,1) (F48 0,1) (F49 0,1) (F50 0,1) (F51 0,1) (F52 0,1) (F53 0,1) (F54 0,1) (F55 0,1) (F56 0,1) (F57 0,1) (F58 0,1) (F59 0,1) (F60 0,1) (F61 0,1) (F62 0,1) (F63 0,1) (F64 0,1) (F65 0,1) (F66 0,1) (F67 0,1) (F68 0,1) (F69 0,1) (F70 0,1) (F71 0,1) (F72 0,1) (F73 0,1) (F74 0,1) (F75 0,1) (F76 0,1) (F77 0,1) (F78 0,1) (F79 0,1) (F80 0,1) (F81 0,1) (F82 0,1) (F83 0,1) (F84 0,1) (F85 0,1) (F86 0,1) (F87 0,1) (F88 0,1) (F89 0,1) (F90 0,1) (F91 0,1) (F92 0,1) (F93 0,1) (F94 0,1) (F95 0,1) (F96 0,1) (F97 0,1) (F98 0,1) (F99 0,1) (F00 0,1)

Egészségügyi SBO
• nehézlégzés miatt vizsgáljuk
• tüdőre vizsgálattal vizsgáljuk
• EKG + ST-T
• Gyógytáborozásnak előzetes vizsgálat van (eljárás)
• CT vizsgálat a gyulladáshoz (trachea feletti és alatti szűkület)
• tüdőre előzetes pulmonológus felvétel, bronchoscopy igény esetén



Pulmonológia:
• Anamnézis - 2000-s évek elején stuma múlt
• 2017 óta ismert a recidíva
• Hónapok óta fulladása fokozódik
• 2 hete is volt egy moderátan súlyos fulladással
• Bronchoscopy az 5 mm-es optikával sikertelen (nem megfelelő beteg kooperációra hivatkozva)
• CT képek áttekintése
• AB indítás
• FDG konzilium [telefon] - Mellkasebészeti megoldást tartott szükségesnek
• ITD konzilium [telefon] a CT lelet megtekintése után az azonnali átadást javasolta, a fenyegető légútvésztes magas kockázata miatt

KG: sinusritmus, fr: 90/min, kp. tengelyállás, PQ: 200 ms, QRS: 88 ms, QTc: 446 ms, ST
ltérés nélkül.

rtériás Astrup (FiO₂ 1,0): pH 7,18, pCO₂ 61 Hgmm, pO₂ 169 Hgmm, sHCO₃⁻ 19,9 mM, Lac 1,2
gb 142 g/l, Na⁺ 140 mM, K⁺ 3,1 mM, Glu 9,8 mM

teszt

2023.09.05 10:38 - Sürgős (Központi labor) (KK11)
TVS: 8,530 Giga/l; NEUT%: 75,4 (H) %; NEUT: 6,42 (H) Giga/l; Éretl.GRAN%: 0,70 (H) %;
Éretl.GRAN: 0,060 (H) Giga/l; LY%: 16,6 (L) %; LY: 1,42 Giga/l; MONO%: 7,0 %;
MONO: 0,600 Giga/l; EO%: 0,1 %; EO: 0,010 Giga/l; BAZO%: 0,2 %; BAZO: 0,020 Giga/l;
MPV: 10,60 fl; VVT: 5,23 T/l; HGB: 147 g/l; HTK: 46,9 (H) %; MCV: 89,7 fl; MCH: 28,1 pg;
CHC: 313 g/l; RDW: 13,8 %CV; TROMB: 275,0 Giga/l; NRBCm: 0,0 %;
magvas vvt: 0,000 Giga/l; Nagym.TCT%: 29,9 %;
LL: (N) {Dr. Réger Barbara 2023.09.05 14:12}; PTRr: 0,99 .; PTIDO: 11,90 sec;
NR: 0,99 .; NA: 140 mmol/l; K: 4,06 mmol/l; GOT: 24 U/l; GPT: 8 U/l; HCRP: 0,90 mg/l;
GLU: 11,88 (H) mmol/l; CN: 10,70 (H) mmol/l; CREA: 98 (H) umol/l; BGFRE: 42 (L) ml/p/1.7m²:

Epikrízis SBO:

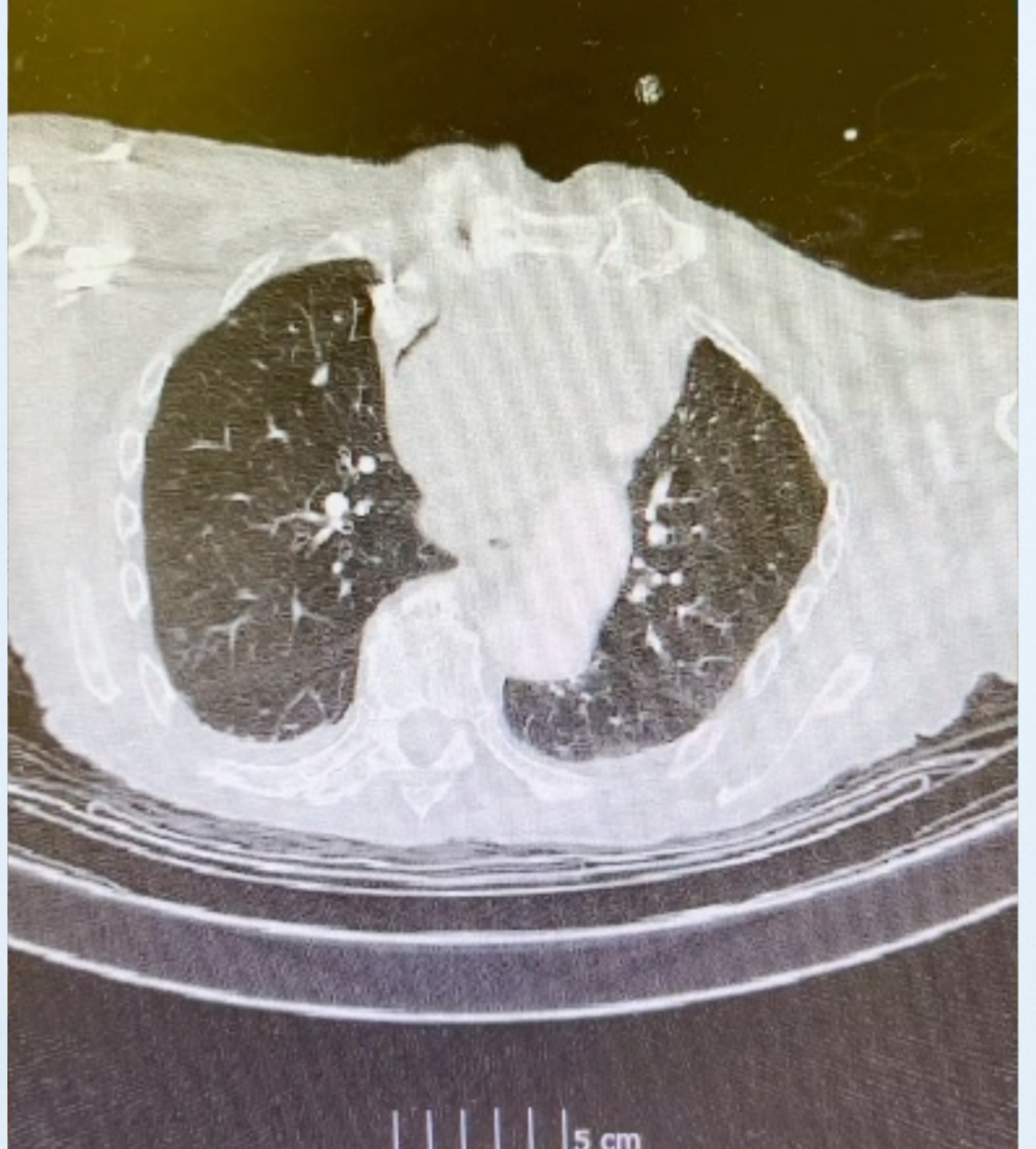
- nehézlégzés miatt vizsgáltuk
- fizikális vizsgálattal tachypnoet
- EKG-n SR-t
- Sürgős laborokban érdemi kórosat nem [vérgáz?]
- MRTG - jobb oldali aspirációs pneumoniát [aspirációs?]
- CT vizsgálat nagy kiterjedésű, tracheát diszlokáló és szűkítő strumát [mérték?]
- További ellátásra pulmonológiára helyezik, bronchoscopeia igénye okán

Epikrízis

Az ismert hipertóniás beteget nehézlégzés miatt vizsgáltuk ambulanciánkon. Fizikális vizsgálata során tachypnoe. EKG-n sinusritmus. Sürgős laborokban érdemi kórjelző eltérés nem igazolódott. mRtg-n jo. pneumonia. Mellkasi CTA-n jobbszívfélterheltség jelei, aspiráció jelei jobb alsó lebenyben, nagy kiterjedésű, tracheát diszlokáló és szűkítő struma. További ellátása céljából Pulmonológiára (bronchoszkópia, majd osztályos elhelyezés) irányítjuk.

Kell-e CT képeket is alap szinten ismernünk és értelmeznünk, ha szeretnénk a lehető legjobb döntést hozni? (SBO/ITO konzílium)

Ezt a CT képet látva van e
realitása az éber
bronchoscopiának (5 mm
átmérőjű bronchoscoppal)
(legszűkebb rész az írásos
leletben 23x4 mm)







Pulmonológia:

- Anamnezis - 2000-s évek elején stuma műtét
- 2017 óta ismert a recidíva
- Hónapok óta fulladása fokozódik
- 2 hete is volt egy moderáltan súlyos fulladásos roham - spontán rendeződéssel
- Bronchoscope az 5 mm-s optikával sikertelen [nem megfelelő beteg kooperációra hivatkozva]
- CT képek áttekintése
- AB indítás
- FOG konzílium (telefon)- Mellkassebészeti megoldást tartott szükségesnek
- ITO konzílium (telefon) a CT lelet megtekintése után az azonnali átadást javasolta, a fenyegető légútvesztés magas kockázata miatt

Epikrízis

Az idős, hypertóniás, korábban struma műtéten átesett, 2017 óta ismert recidíváló strumával élő beteget SBO-ról vettük fel, ahol fulladás háttérében jelentős, tracheát szűkítő és diszlokáló substernális struma igazolódott. Aspiráció gyanú miatt akut bronchoscope céljából vettük fel, mely a beteg kooperációja miatt nem volt kivitelezhető. A CT képeket áttekintve a jelentős szűkület miatt bronchoscope sikertelensége kérdéses. Ex. júvantibus aktívt kezdünk, infundáltuk. Fokozódó zavartság, agresszivitás miatt szedáltuk, végtagjait rögzíteni kényszerültünk. Megfigyelésünk során, főleg nyugalansága során stirdoros légzést észleltünk. Oxigenizációja méréselt O2 szupplementáció mellett megfelelő volt. FOG-i konzílium történt, mely a struma substernális volta miatt mellkassebészeti megoldást javasolt. Ügyeletes sebészeti konzílium holnapi napon szintén mellkassebészeti konzíliumot javasolt. AITI konzílium a CT-képeket áttekintve, fenyegető légútvesztés miatt átvétel mellett döntött.

PTE KK AITI

- A képi leletet ismerve
- Hagyatkozva a korábbi tapasztalatainkra
- Teljes tubussor készültség mellett
- 7-s OTT(WB) eseménytelen RSI
- Szedáció és lélegeztetés indult



Megkezdődött a megoldáskeresés fázisa:

- **1. FOG konzílium** - *Mellkassebészeti megoldást* javasolt-retrosternalis struma
- **1. Mellkassebész konzílium** - kiterjesztett műtétre, szternotomiára a beteg nem alkalmas, *tracheosztóma* képzés vagy *sztent* behelyezés
- **2. FOG konzílium** - a tracheotomiát az általuk használt kanülök hossza és keménysége nem teszi lehetővé - *sztentet* javasolt
- **2. Pulmonológus** - Székesfehérvár - jelen kórkép sztentelésre nem alkalmas
- **3. FOG konzílium** - speciális kanüllel végezhető el a tracheotomia, de nyilván az alapprobléma megoldatlan marad

2023.09.07 10:16 - (B120ECH2) Echocardiographias vizsg. (Ifj.)

Mellső vitorla: VASTAG Hátsó vitorla VASTAG

MI: II

Aorta bill.: MESZES AI: JELZETT

Billentyű separatio: mm Aorta V. max: 1,5 m/s:

Triscuspidalis bill: VÉKONY TI: II

Számított jobbkamrai systolés nyomás: 40 Hgmm

.Bal kamra:

Végdiastolés átmérő: 42 mm

Végsystolés átmérő: 26 mm

EF Quinones (%): 65

Diast. funkció E/A: 0,7/1,1

Sept.végdias.vast: 12 mm Sept.végsyst.vast: mm:

Hátsó fal végdist.vast: 11 mm Hátsó fal végsyst.vast: mm:

.Jobb kamra:

Végsystolés átmérő: 26 mm

Bal pitvar: 38x57 mm Jobb pitvar: 38x48 mm:

vena.cava inf: 20

Vélemény, javaslat:

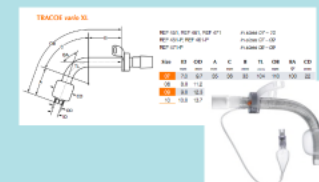
Korlátozott értékű ágymelletti vizsgálat.

A bal kamrai üregméretek normálisak, enyhe cc.BKHT. Globális systolés bal kamra funkció jó segmentalis falmozgászavar nincs. Tág bal pitvar. Vastag mitr. meszes aortabill., kp. fokú MI-TI. Balkamrai relaxációs funkciózavar. Pericardialis folyadék nincs, vena cava inferior normális tágasságú. Kardiológiai szempontból az elérhető információk alapján a tervezett műtétnek egyértelmű ellenjavallata nincs. Vizsgáló orvos: Dr. Márton Zsolt-58694

PDTS tervezés a CT leletek alapján (AITI)

Mérések:

1. áthidalandó szakasz hossza - maximum 10-10.5 cm
2. osztályunkon elérhető 7-s kanültípus 11-11.5 cm-re hosszabítható (Tracoe Vario XL)
3. 7-s (6-s) drótspirál erősítésű szükséges



Beavatkozás:

TIVA+LIA, Griggs módszer- Howard-Kelly fogó, Finger-Guided punkció + Fiberoscop kontroll

A CT leleteken méréseket végzünk. A nyakról (jugulum-sternoclavicularis ízület magassága) kb. 10-10.5 cm a maximum áthidalandó szűkület hossza. E tény a tubus hangrésbe történő visszahúzásával is megerősítjük. Osztályunkon egy maximálisan 11.5cm-sre hosszabítható 7-s méretű drótspirál erősítésű kanül elérhető, így ultimum refugiumként PDTS mellett döntünk. TIVA mellett alkalmazott LA-ban gondos preparálással azonosítjuk a jelentősen jobbra diszlokált tracheát. Finger-Guided kb 10 óránál eseménytelen tracheapunkciót és kanülálást végeztünk. Fiberoscopos drót pozíció kontrollt követően a gyári Hegarral, majd a Howard-Kelly fogóval óvatos tágítás történt. Majd a normál 7-s TS kanült a fent említettre cseréltük. A megfelelő áthidaltságot fiberoscoppal megerősítettük (videofelvétel, Ambu lscope memoria). MRTG vizsgálat is kielégítő légútbiztosítottságot mutatott. Ébresztését mekezdjük



PDTS tervezés leletek alapján

Mérések:

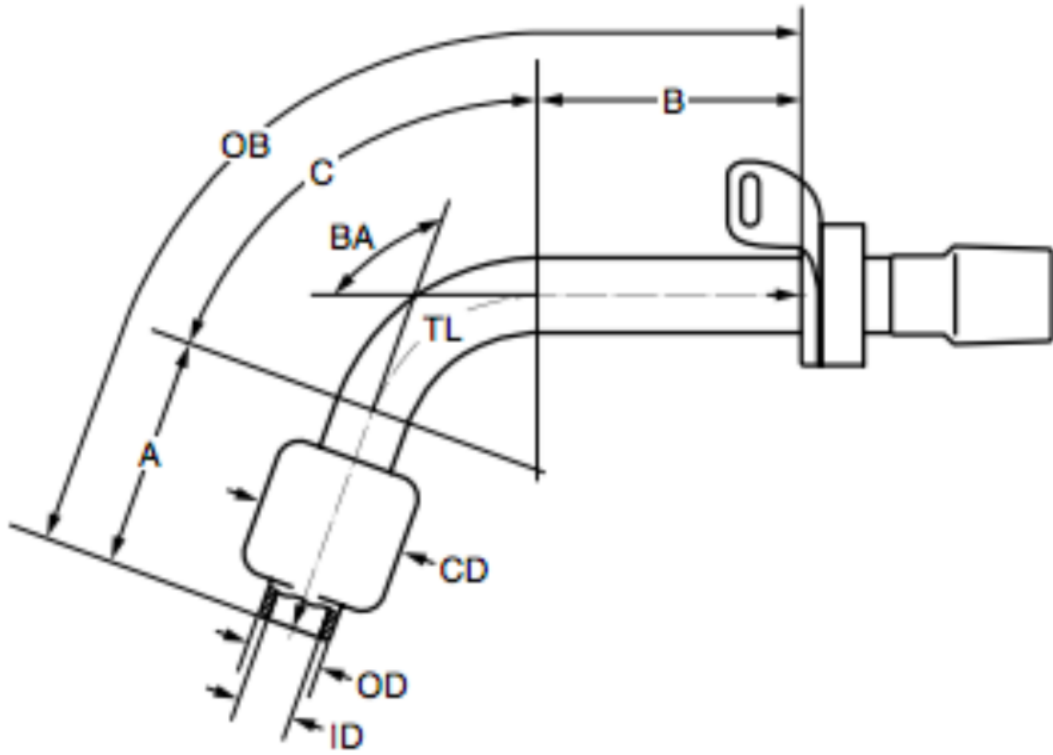
1. áthidalandó szakasz hossza -
2. osztályunkon elérhető 7-s kar
hosszabítható (Tracoe Vario XL)
3. 7-s [6-s] drótspirál erősítésű

Beavatkozás:

TIVA+LIA, Griggs módszer- Howard
Guided punkció + Fiberoscop ko

A CT leleteken méréseket végzünk. A nyakról (jugulum-sternum)
áthidalandó szűkület hossza. E ténytet a tubus hangrésbe történő
maximálisan 11.5cm-sre hosszabbítható 7-s méretű drótspirál
mellett döntünk. TIVA mellett alkalmazott LA-ban gondos prep
Finger-Guided kb. 10 óránál eseménytelen tracheapunkciót és
követően a gyári Hegarral, majd a Howard-Kelly fogóval óvato
cseréltük. A megfelelő áthidaltságot fiberoscoppal megerősítet
kielégítő légútbiztosítottságot mutatott. Ebresztését meakezdt

TRACOE vario XL



REF 451, REF 461, REF 471
 REF 451-P, REF 461-P
 REF 471-P

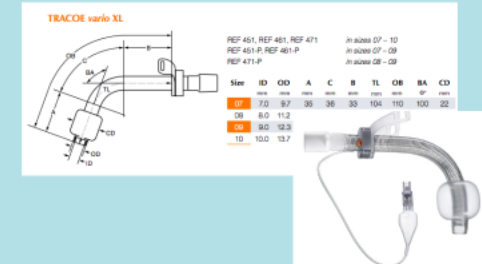
in sizes 07 – 10
in sizes 07 – 09
in sizes 08 – 09

Size	ID mm	OD mm	A mm	C mm	B mm	TL mm	OB mm	BA °	CD mm
07	7.0	9.7	35	36	33	104	110	100	22
08	8.0	11.2							
09	9.0	12.3							
10	10.0	13.7							



2. osztályunkon elérhető 7-s kanültípus 11-11.5 cm-re hosszabítható (Tracoe Vario XL)

3. 7-s (6-s) drótspirál erősítésű szükséges



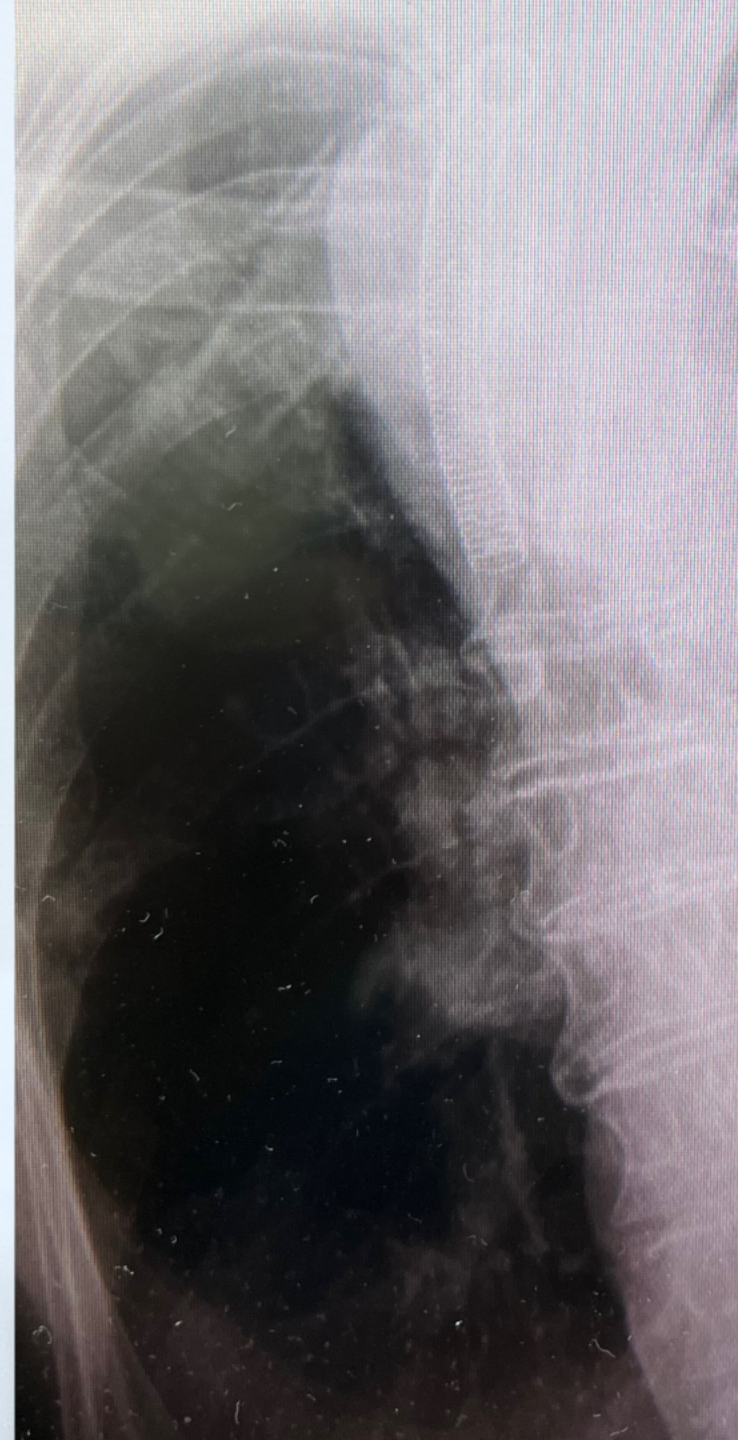
Beavatkozás:

TIVA+LIA, Griggs módszer- Howard-Kelly fogó, Finger-Guided punkció + Fiberoscop kontroll

A CT leleteken méréseket végzünk. A nyakról (jugulum-sternoclavicularis ízület magassága) kb. 10-10.5 cm a maximum áthidalandó szűkület hossza. E tény a tubus hangrésbe történő visszahúzásával is megerősítjük. Osztályunkon egy maximálisan 11.5cm-sre hosszabítható 7-s méretű drótspirál erősítésű kanül elérhető, így ultimum refugiumként PDTS mellett döntünk. TIVA mellett alkalmazott LA-ban gondos preparálással azonosítjuk a jelentősen jobbra diszlokált tracheát. Finger-Guided kb. 10 óránál eseménytelen tracheapunkciót és kanülálást végeztünk. Fiberoscopos drót pozíció kontrollt követően a gyári Hegarral, majd a Howard-Kelly fogóval óvatos tágítás történt. Majd a normál 7-s TS kanült a fent említettre cseréltük. A megfelelő áthidaltságot fiberoscoppal megerősítettük (videofelvétel, Ambu Iscope memoria). MRTG vizsgálat is kielégítő légútbiztosítottságot mutatott. Ebresztését meakezdtük

seréje thermoventen
gító volt
cán diurézise mindvégig
elelő ütemű volt
krinológus hiperthyreosis
thimazol adását javasolta
telét követő 9. napon a
dő osztályra került vissza
(KK Pulmonológia)

nia CT





4-5-4	Spontán (l. gy. cs)
3 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
2 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
1 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
0 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
peru	Híresztelés
2-89 Híreszt.	Híreszt.
2-89 Híreszt.	Híreszt.
peru	Híresztelés
0 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
1 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
2 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
3 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
4 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
5 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
6 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
7 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
8 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
9 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
10 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
11 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
12 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
13 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
14 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
15 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
16 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
17 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
18 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
19 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
20 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
21 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
22 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
23 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
24 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
25 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
26 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
27 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
28 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
29 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
30 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
31 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
32 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
33 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
34 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
35 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
36 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
37 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
38 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
39 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
40 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
41 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
42 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
43 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
44 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
45 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
46 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
47 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
48 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
49 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
50 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
51 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
52 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
53 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
54 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
55 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
56 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
57 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
58 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
59 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
60 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
61 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
62 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
63 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
64 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
65 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
66 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
67 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
68 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
69 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
70 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
71 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
72 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
73 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
74 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
75 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
76 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
77 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
78 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
79 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
80 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
81 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
82 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
83 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
84 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
85 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
86 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
87 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
88 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
89 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
90 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
91 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
92 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
93 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
94 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
95 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
96 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
97 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
98 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
99 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)
100 - Orvosi (l. gy. cs)	Spontán (l. gy. cs)

A PDST-t követően:

- Ébresztés indult
- Szedatívum leállítását követően a moderált vazopresszor igénye megszűnt
- Gázcsereje thermoventen kielégítő volt
- Spontán diurézise mindvégig megfelelő ütemű volt
- Endokrinológus hiperthyreosis miatt thimazol adását javasolta
- Felvételét követő 9. napon a beküldő osztályra került vissza [PTE KK Pulmonológia]

Köszönöm a figyelmet!

Köszönöm a figyelmet!