Kolokvij iz INP – dr. Strin

To je zapis za vse, ki opravljate pripravništvo za zdravnika v UKC Maribor in boste kolokvij iz INP opravljali pri dr. Strdinovi.

<sarcasm>Hvala vsem dosedanjim pripravnikom, ki ste na vprašanje, kaj sprašuje, rekli “nekaj te vpraša pa pol ti nekaj poveš”.</sarcasm>

1. Naprej vpraša, kakšno se nam je zdelo delo na INP - če imamo kakšne pripombe, predloge, kritike ...

2. Kaj ste se učili? Rekla sem, da vse, kar menim, da pride v poštev. Dejansko sem se učila smernice za oživljanje, pristop ABCDE in internistična urgentna stanja iz žepne verzije Harrisona. Malo je bila začudena. :D

3. Vprašala je, če sva že bili (bili sva 2) na tečaju ILS (na Pohorju). Ker sva bili, pristopa ABCDE ni spraševala.

4. Bolečina v prsnem košu - nevarna stanja!

Kaj narediš, ko dobiš človeka z bolečino v prsnem košu? Če butneš “triaža”, je jasno, da te bo vprašala, na osnovi česa jo opravljamo. Meritev vitalnih funkcij - RRsis med 90 in 160, frekvenca srca med 60 in 100, frekvenca dihanja med 12 in 22, TT med 36 in 37,5°C, GCS oz. AVPU.

Narediš anamnezo. Klasična vprašanja: karakter bolečine (topa, PEKOČA, stiskajoča), kdaj se je pojavila, kam se širi, kaj omili, kaj poslabša ...

V glavnem, treba je bilo opisati tipično, klasično klinično sliko stenokardije (ves čas je iskala KLASIČNE; TIPIČNE OPISE).

Kaj pomeni MONA?

* Morfij,
* kisik - dokler ni SpO2 med 94 in 98 %, ne kar vsem 100 % O2;
* Nitroglicerin - ne, če ima bolnik RRsis pod 90 ali desnostranski infarkt (zato rabiš 12-kanalni EKG in gledaš V1 in V2).
* Aspirin - ne, če ga je vzel v zadnjih 3 urah ali če ima ALERGIJO!!!!

Potem ti da primer: 50-letni moški z bolečino v PK, poten, kardiostabilen, RR 160/90, v EKG ni sprememb. Dobi MONO ali ne? Spremembe v EKG se pokažejo šele po 3 urah. Nauk zgodbe: sum na AKS obravnavaš kot AKS, dokler se ne dokaže, da ni AKS. Ne pozabi na trombolizo, kjer ni PCI! Prevoz v bolnišnico z zdravnikom, monitorjem, nastavljenimi kanali in DEFIBRILATORJEM.

Disekcija aorte - tipična!: huda, nenadna bolečina v PK, ki se širi nazaj; odsotnost pulzov, hipotenzija, ni dispneje!!! Dokaz - CT. Nauk zgodbe: Kadar imaš bolnika s hemiparezo ali hemiplegijo, pomisli na ICV zaradi disekcije aorte!

Perikarditis: bolečina v PK, poslabša se, ko se skloniš naprej. V EKG so elevacije spojnice ST v vseh odvodih.

Pljučna embolija: dispneja, močna bolečina (ni še videla bolnika s PE brez bolečine). Dokaz: CTA.

Pri diagnostiki si pomagamo z UZ, kjer najdemo povečan desni ventrikel - ne ocenjujemo pljuč, ampak srce!

Več se ne spomnim, pa tudi kaj dosti več ni bilo.

Vtis: kolokvij je bil fajn, menim, da je cilj razjasniti klinične detajle.