31-letnia pacjentka z silnym bólem brzucha

Author(s): Joanna Garbaś

Learning objectives

No learning objectives defined.

Card 1: Wprowadzenie

Info Text

Masz dyżur w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala Rejonowego. Jest godzina 13.38, a ty delektujesz się obiadem, gdy dostajesz wezwanie do pokoju przyjęć, ponieważ Pogotowie Ratunkowe przywiozło 31-letnią Pacjentkę, Panią Marię Górkę.

Koleżanka z pracy wezwała Pogotowie widząc, że Pani Maria zasłabła, wcześniej uskarżając się na nagły i bardzo silny ból brzucha.

Oto dane z Karty Pacjenta z notatkami ratownika medycznego:

Pacjentka przytomna, w pełni zorientowana. Oczekiwała na KP w pozycji półleżącej, na krześle, trzymając się rękami za brzuch; skóra spocona.
CTK: 100/60 mmHg; ***ASM*** 85/min; oddechy: 15/min; ***SaO_2***: 97%;

W Karetce Pogotowia podano 250 ml NaCl i.v. oraz ***Ranigast*** *100 ml i.v.*

Hyperlink (internal)

CTK= ciśnienie tętnicze krwi.

Hyperlink (internal)

ASM = akcja serca miarowa.

Hyperlink (internal)

SaO_2 = wysycenie (saturacja) tlenem hemoglobiny (Hb) krwi tętniczej; pomiar wysycenia to pulsoksymetria - metoda nieinwazyjna, polegająca na przezskórnym monitorowaniu wysycenia Hb. Prawidłowe SaO_2 wynosi 95-98%.

Hyperlink (internal)

Ranigast - (*Ranitydyna* - antagonista receptora histaminowego H2 komórek okładzinowych żołądka) działa na komórki okładzinowe, powoduje hamowanie wydzielania kwasu solnego stymulowane histaminą. Wskazania: choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, choroba refluksowa przełyku, profilaktyka wrzodów stresowych.

Card Main Multimedia



Card 2: Plan postępowania

Info Text

Obserwujesz Pacjentkę w SOR - leży z podkurczonymi nogami. Lewą rękę trzyma na brzuchu. Krążeniowo i oddechowo wydolna. Nadal podaje bardzo silny ból brzucha, bez poprawy po doraźnym zastosowaniu ranigastu i NaCl.

Question

Jaki będzie Twój plan działania?

Uporządkuj w kolejności czynności, które należy wykonać.

Sorting Answer:

1 Wywiad
2 Badanie przedmiotowe
3 Badania laboratoryjne
4 Badania obrazowe jamy brzusznej

Aby postawić rozpoznanie i zastosować odpowiednie leczenie, należy zebrać dokładny wywiad z Pacjentem i zbadać go fizykalnie; następnie (jeżeli jest to uzasadnione) zastosować badania dodatkowe: laboratoryjne i obrazowe.

Card Main Multimedia



Card 3: Wywiad

Info Text

Pamiętając o tym, iż wywiad z Pacjentem może być kluczowy dla postawienia prawidłowej diagnozy, prowadzisz dialog z Panią Górką. Mimo silnego bólu, Pacjentka odpowiada na Twoje pytania:

Lekarz: *Dzień dobry Pani, jestem lekarzem dyżurnym i chciałbym dowiedzieć się, co się stało?*

Pacjentka:*Byłam w pracy, gdy nagle poczułam bardzo silny ból brzucha. Zaraz po tym zrobiło mi się słabo i oblał mnie zimny pot. Byłam cały czas świadoma i wystraszyłam się, dlatego poprosiłam koleżankę, aby zadzwoniła po Pogotowie.*

Lekarz: *Czy wie Pani, jak się Pani nazywa, gdzie Pani jest i jaką mamy datę?*

Pacjentka:*Tak, nazywam się Maria Górka, jestem w szpitalu, dzisiaj jest środa dwudziesty czwarty marca 2009 roku.*

Lekarz: *Zgadza się. Czy w tej chwili odczuwa Pani jakieś dolegliwości?*

Pacjentka:*Tak, nadal boli mnie brzuch i prawa ręka i bark.*

Lekarz: *Czy oprócz bólu brzucha miała Pani **dzisiaj**jakieś inne dolegliwości np.: nudności, wymioty czy biegunkę?*

Pacjentka:*Nie, dzisiaj wymiotów ani biegunki nie miałam, ostatni raz byłam w toalecie rano przed wyjściem do pracy - stolec wyglądał normalnie.*

Lekarz: *Czy choruje Pani na jakieś choroby przewlekłe? Czy kiedykolwiek była Pani hospitalizowana z jakiegoś powodu? Czy była Pani operowana?*

Pacjentka:*Nie choruję na żadne choroby przewlekłe, nigdy nie byłam wcześniej w szpitalu i nie przechodziłam operacji.*

Lekarz: *Czy zażywa Pani na stałe jakieś leki?*

Pacjentka:*Nie. Ale od kilku dni miałam bardzo stresującą atmosferę w pracy; z tego powodu dzisiaj rano zażyłam 2 tabletki* ***Persenu*** .

Jakie ważne informacje uzyskałeś do tej pory z wywiadu z Pacjentką?

Hyperlink (internal)

Persen (skł: *Melissa officinalis, Mentha piperita, Valeriana officinalis*) - preparat roślinny o działaniu uspokajającym. Wskazania: wspomagająco w stanach napięcia emocjonalnego, pobudzenia, niepokoju, trudnościach z zasypianiem oraz zaburzeniach snu. Lek nierecepturowy.

Question

Wypisz te, które według ciebie są najistotniejsze?

Non-evaluated freetext:

ból brzucha ból barku

Ważne informacje uzyskane od Pacjentki dotyczą początku i charakterystyki bólu oraz towarzyszących dolegliwości; zwróć również uwagę na to, że Pacjentka logicznie odpowiada na pytania.

Najistotniejsze są następujące informacje:

1. **Charakterystyka bólu:** ból nagły, bardzo silny, połączony z aktywacją układu współczulnego (poty, niepokój)
2. **Umiejscowienie bólu** (brzuch, okolica prawego barku)
3. **Kontakt z Pacjentką** prawidłowy, w pełni zorientowana, odpowiada na pytania logicznie.

Card 4: Ból barku

Info Text

Zainteresowała cię informacja podana przez Pacjentkę dotycząca bólu prawego barku, dlatego dopytujesz, czy ból się utrzymuje. Pacjentka potwierdza.

Question

Które z poniższych uważasz za prawdopodobne przyczyny bólu barku u Pacjentki?

Multiple Choice Answer:

:
A: O Chora zasłabła w czasie silnego ataku bólu i najprawdopodobniej przewróciła się - nastąpił uraz okolicy prawego barku.
B: O Ból barku wynika ze zwyrodnienia odcinka szyjnego kręgosłupa jest to typowe dla osób wykonujących prace biurowe.
C: O Ból barku jest częstym miejscem promieniowania bólu w zawale mięśnia sercowego.
D: O Ból barku jest tzw. bólem rzutowanym jest to charakterystyczny objaw towarzyszący procesom zapalnym pęcherzyka żółciowego.
E: X Ból barku jest tzw. bólem rzutowanym jest to charakterystyczny objaw patologicznych procesów toczących się pod prawą kopułą przepony.

Prawidłowa jest **odp. E**: Ból rzutowany jest to ból odczuwany w miejscu sąsiednim lub odległym od narządu urazu. Powstaje, gdy aferentne włókna nerwowe unerwiające chory narząd (okolica podprzeponowa prawa) uchodzą do tego samego odcinka rdzenia kręgowego i w bliskim sąsiedztwie włókien nerwów somatycznych, unerwiających powierzchnię ciała, na którą ból jest rzutowany (w tym przypadku

prawy bark). W efekcie oba typy bodźców pobudzają ten sam szlak przewodnictwa bólowego (z drogą rdzeniowo-wzgórzową). Zajrzyj do **Eksperta**.

Odp. D: W przypadku zapalenia pęcherzyka żółciowego typowy ból rzutowany może być odczuwany w okolicy dolnego kąta łopatki.

Odp. C: Ból w przypadku zawału mięśnia sercowego może promieniować do lewego (nie prawego!) ramienia.

Odp. A i B: Według danych z wywiadu wykluczyć można odpowiedź A (Pacjentka nie straciła przytomności, nie wspomina o upadku/urazie) oraz B (ból pochodzenia zwyrodnieniowego ma charakter przewlekły; wywiad w kierunku chorób przewlekłych ujemny). Ekspert wytłumaczy Ci mechanizm powstawania bólu rzutowanego.

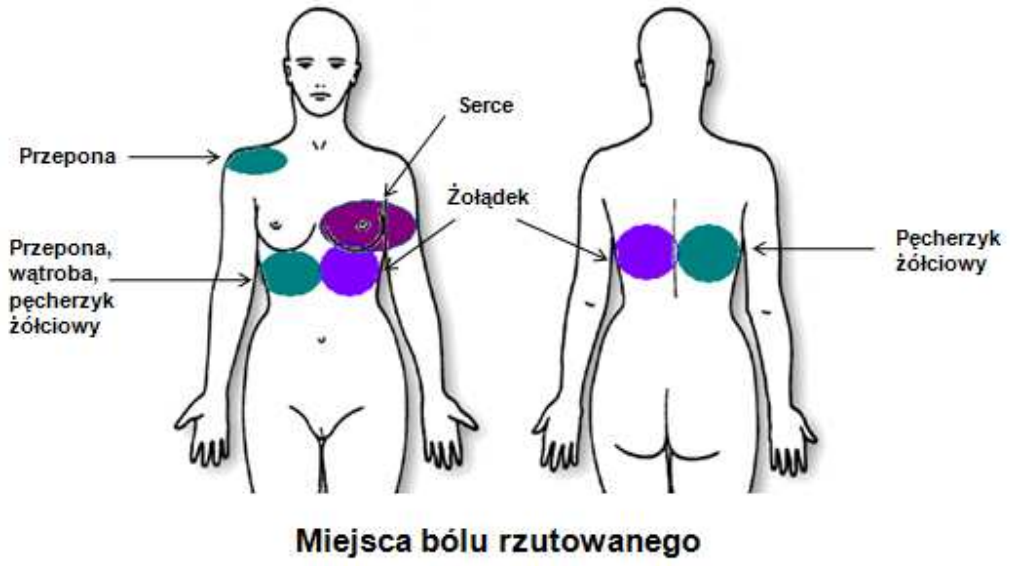
Expert Comment

Zapoznaj się z przykładami rzutowania bólu a także mechanizmem rzutowania bólu.

Kliknij - **miejsca bólu rzutowanego**

Kliknij - **mechanizm**

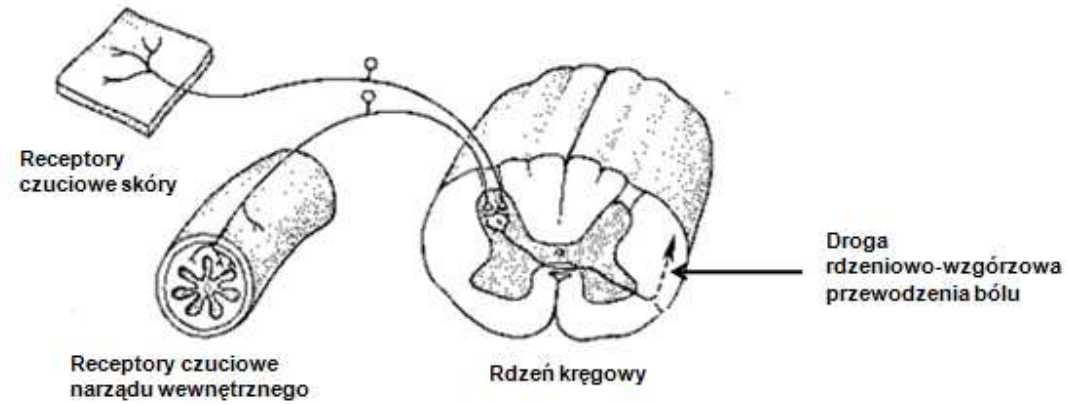
Hyperlink (internal)



Miejsca bólu rzutowanego

Kolory pokazuja miejsce rzutowania bolu danego narzadu.

Hyperlink (internal)



Szlak przewodnictwa bolowego.

Card 5: Wywiad c.d.

Info Text

Kontynuujesz rozmowę z Pacjentką, gdyż chcesz zebrać jak najwięcej informacji mogących pomóc w ustaleniu problemów zdrowotnych Pani Górki.

Lekarz: *Czy miała Pani wcześniej podobne problemy z brzuchem?*

Pacjentka: *Od jakiegoś tygodnia mam nieprzyjemne uczucie piekącego bólu w górnej części brzucha, które czasami wiązało się z nudnościami. Próbowałam sprowokować wymioty, bo myślałam, że wtedy mi przejdzie, ale się nie udało, a nudności okresowo ustępowały.*

Lekarz: *Kiedy pojawiało się to wrażenie bólu i jak długo trwało? Czy było związane z posiłkiem?*

Pacjentka: *Ból utrzymywał się cały czas, od około tygodnia, nie był silny; zmniejszał się po posiłku i po 2 godzinach powracał do normy.*

Lekarz: *Czy w nocy ból się nasilał?*

Pacjentka: *Nie.*

Lekarz: *Czy kiedykolwiek wcześniej miała Pani podobne dolegliwości?*

Pacjentka: *Nie, nigdy wcześniej.*

Lekarz: *Czy była Pani z tym problemem u lekarza?*

Pacjentka: *Nie, myślałam, że samo przejdzie.*

Lekarz: *Brała Pani jakieś leki, aby złagodzić ból?*

Pacjentka: *Tak, **No-spę** , ale nie pomogło.*

Lekarz: *Czy jest Pani pod regularną opieką lekarza ginekologa? Kiedy była ostatnia miesiączka?*

Pacjentka:*Wie pan, nawet nie pamiętam, kiedy ostatni raz byłam u tego specjalisty. A ostatnia miesiączka zaczęła się dokładnie 10 dni temu.*

Lekarz: *Często pije Pani alkohol? Pali Pani papierosy?*

Pacjentka:*Alkoholu raczej nie piję, natomiast od 5 lat palę kilka papierosów dziennie.*

Widzisz, że Pacjentka czuje się coraz gorzej. Zapytana twierdzi, że ból się nasila, dlatego kończysz wywiad i przechodzisz do badania przedmiotowego.

Hyperlink (internal)

No-Spa - spazmolityk (lek rozkurczowy); szeroko stosowany lek w stanach skurczowych mięśni gładkich, związanych z chorobami dróg żółciowych, dróg moczowych, przewodu pokarmowego, dróg rodnych a także w bólach głowy pochodzenia naczyniowego.

Card 6: Badanie przedmiotowe

Info Text

Badanie ogólne musisz przeprowadzić szybko i sprawnie - Twoja Pacjentka zwija się z bólu, a Ty słyszysz, że za drzwiami SOR tworzy się kolejka Pacjentów oczekujących na przyjęcie. Przeczytaj rady **Eksperta** dotyczące przeprowadzenia badania.
Następnie przejrzyj zebrane obok wyniki badania fizykalnego.

Question

Które informacje z badania przedmiotowego Pani Górki zaniepokoiły Cię?

Multiple Choice Answer:

:
A: O Perystaltyka słyszalna.
B: X Bolesność w okolicy podżebrza prawego i prawej bocznej okolicy brzucha.
C: X Dodatnie objawy otrzewnowe.
D: O Obecne stłumienie wątrobowe.
E: O Wątroba i śledziona niepowiększone.

Największe znaczenie mają **dodatnie objawy otrzewnowe** (**odp. C) - świadczą o zapaleniu otrzewnej!**

Słyszalna perystaltyka (**odp. A**) wyklucza niedrożność jako przyczynę powyższych objawów. Największa bolesność w okolicy prawego podżebrza i prawej bocznej okolicy brzucha (**odp. B**) wskazuje, że proces patologiczny będący przyczyną objawów chorobowych toczy się w tych okolicach jamy brzusznej. Obecne stłumienie wątrobowe (**odp. D**) z prawdopodobieństwem około 60-80% (wg różnych autorów) wyklucza obecność wolnego gazu pod prawą kopułą przepony, czyli perforacji przewodu pokarmowego.

Najmniejsze znaczenie ma informacja o palpacyjnie niepowiększonych narządach miąższowych: wątrobie i śledzionie (**odp. E**) - badanie mało czułe; nie stwierdza się przewlekłych procesów patologicznych prowadzących do powiększenia ww. narządów (splenomegalia, marskość wątroby).

Card Main Multimedia

Wyniki badania przedmiotowego.

CTK: 130/80 mmHg, **ASM** około 70/min

W badaniu głowy, szyi, klatki piersiowej i kończyn – bez odchyleń od normy.

Powłoki jamy brzusznej wysklepione w poziomie klatki piersiowej; perystaltyka słyszalna - prawidłowa.

Brzuch palpacyjnie bolesny nad całą jamą brzuszną, najbardziej w okolicy podżebrza prawego i bocznej prawej okolicy brzucha.

Objawy otrzewnowe obecne, obrona mięśniowa obecna.

Stłumienie wątrobowe obecne. Wątroba i śledziona niepowiększone.

Per rectum – w badaniu przez odbyt w zasięgu badającego palca brak struktur patologicznych; ślad brązowego stolca.

Card Main Multimedia



Badanie brzucha - wywolanie objawu Blumberga.

Card Main Multimedia



Expert Comment

W badaniu przedmiotowym powinieneś zwrócić uwagę na ogólny stan Pacjentki oraz dokładnie zbadać jamę brzuszną. Na początku powinieneś poprosić, aby Pacjentka wskazała ręką, w którym miejscu brzucha odczuła silny ból, który skłonił jej koleżankę do wezwania Karetki Pogotowia; a w którym miejscu czuje ból teraz. Sprawdź czy słyszysz ruchy perystaltyczne jelit. Następnie przystąp do opukiwania jamy brzusznej (czy obecne jest stłumienie wątrobowe?) oraz powierzchownej i głębokiej palpacji.

1. Opukiwanie - pamiętaj, że brak stłumienia wątrobowego jest wywołany obecnością w jamie brzusznej wolnego gazu w prawej okolicy podprzeponowej. Obecność tego objawu przemawia najczęściej za przedziurawieniem przewodu pokarmowego, ale jego brak nie wyklucza perforacji (czułość około 60%-80%).
2. Palpacja - badanie palpacyjne ma rozstrzygające znaczenie przy podejrzeniu zapalenia otrzewnej. Ograniczona lub rozlana bolesność uciskowa, wzmożone napięcie mięśniowe (**obrona mięśniowa**) i **objaw Blumberga** mają tu decydujące znaczenie.

Hyperlink (internal)

Obrona mięśniowa - niezależne od woli chorego wzmożone napięcie mięśni ściany brzucha, powstające wskutek podrażnienia otrzewnej ściennej, która znajduje się pod badanym mięśniem. Napięcie może mieć różny stopień: od nieco wzmożonego aż do bardzo wyraźnego (tzw. brzuch deskowaty - typowy obraz dla przedziurawienia wrzodu żołądka lub dwunastnicy).

Hyperlink (internal)

Objaw Blumberga - polega na reakcji, która powstaje po powolnym uciśnięciu określonego punktu przedniej ściany brzucha, a potem dość szybkim cofnięciu ręki. Przy zapaleniu otrzewnej zwolnienie nacisku na ścianę brzucha powoduje ostry, umiejscowiony ból somatyczny, wyraźnie silniejszy niż ból obecny przy nacisku. Ból jest wynikiem nagłej zmiany ciśnienia w jamie brzusznej i następstwem gwałtownego, mechanicznego naruszenia bardzo wrażliwej na różne bodźce zapalnie zmienionej otrzewnej.

Card 7: Wstępne rozpoznanie

Info Text

Korzystając z informacji uzyskanych z wywiadu i badania fizykalnego spróbuj postawić wstępne rozpoznanie.

Question

Jaka jest prawdopodobna przyczyna objawów występujących u Pacjentki?

Multiple Choice Answer:

:
A: O Kamica żółciowa (kolka żółciowa).
B: O Tętniak rozwarstwiający aorty.
C: O Ostre zapalenie trzustki.
D: X Przedziurawienie wrzodu żołądka lub dwunastnicy.
E: O Zator tętnicy krezkowej górnej.
F: O Choroba wrzodowa.
G: O Zawał ściany dolnej mięśnia sercowego.

Dane uzyskane z wywiadu i badań przedmiotowych wskazują, że najbardziej prawdopodobna jest **odpowiedź D** (przedziurawienie wrzodu żołądka lub dwunastnicy).

W tabeli zestawiono porównanie objawów wrzodów trawiennych. Kliknij - **tabela**.

do F: Objawy choroby wrzodowej bez perforacji nie byłyby tak silne i gwałtowne, nie powodowałyby aktywacji układu współczulnego (lęk, poty) i objawów zapalenia otrzewnej.

do A i C: Rozpoznanie kolki żółciowej i ostrego zapalenia trzustki są mało prawdopodobne - wskazuje na to wywiad i objawy kliniczne (głównie charakterystyka bólu).

do G: Zawał serca - zdarza się, że przy zawale ściany dolnej mięśnia sercowego ból promieniuje do jamy brzusznej i połączony jest z aktywacją układu współczulnego. W tym przypadku rozpoznanie zawału serca jest mało prawdopodobne (obecne objawy otrzewnowe).

do B i E: Tętniak rozwarstwiający aorty oraz zator tętnicy krezkowej górnej częściej występują u osób starszych z miażdżycą i chorobami serca w wywiadzie. Choroby te wykluczamy z diagnostyki różnicowej bólu brzucha u Pacjentki również ze względu na wywiad i objawy kliniczne.

Zapoznaj się z epidemiologią i objawami rozważanych w diagnostyce schorzeń. Kliknij - **tabela**.

Hyperlink (internal)

	Wrzód żołądka	Wrzód dwunastnicy
Badanie podmiotowe	Ból lokalizuje się nieco na lewo od linii pośrodkowej ciała; nasila się < 1 godziny po jedzeniu	Ból lokalizuje się w linii pośrodkowej ciała lub nieco na prawo od niej; nasila się w ciągu 1-3 godzin po jedzeniu
Badanie przedmiotowe	Bolesność uciskowa w nadbrzuszu	

UWAGA: do ustalenia PEWNEGO rozpoznania niezbedne jest badanie endoskopowe z biopsja.

Hyperlink (internal)

Schorzenie	Epidemiologia	Charakterystyczne objawy
Kamica żółciowa (kolka żółciowa)	■ częstość 10-20 % ■ ryzyko choroby rośnie z wiekiem ■ 3-4 razy częściej u kobiet	Nagły, ostry ból brzucha w okolicy podżebrowej prawej lub w nadbrzuszu środkowym, mogący promieniować pod prawą łopatkę. Ból zwykle po błędzie dietetycznym (tłusty pokarm), utrzymuje się przez kilka godzin. Objawy towarzyszące: nudności, wymioty i niecharakterystyczne objawy dyspeptyczne (zgaga, dyskomfort w nadbrzuszu, wzdęcie brzucha)
Tętniak rozwarstwiający aorty	■ 0,5-3/100 000/rok ■ osoby po 60 rż. ■ częściej u mężczyzn	Nagły, silny ból (opisywany jako rozdzierający) w klatce piersiowej, często promieniujący do pleców lub zgodnie z kierunkiem poszerzania się rozwarstwienia, mogący doprowadzać do omdlenia. Omdlenie, wstrząs. W wywiadzie: nadciśnienie tętnicze, zaawansowana miażdżyca, wady serca i naczyń; palenie papierosów.
Ostre zapalenie trzustki	■ 20-70/100 000/rok ■ średni wiek zależy od etiologii choroby: alkohol (♂) – śr.39 rż; kamica, drogi żółciowe (♀) – śr.69 rż; ■ częściej u mężczyzn	Nagły i silny ból brzucha; ból stały, opisywany jako tępy, zlokalizowany w nadbrzuszu lub w górnym lewym kwadrancie brzucha, czasem promieniujący do kręgosłupa (opasujący). Ból narasta w pozycji wyprostowanej, zmniejsza się w przodopochyleniu. Bólowi towarzyszą jadłowstręt, nudności i wymioty (80% chorych), nieprzynoszące ulgi. Może wystąpić biegunka. U 20-30% chorych występuje żółtaczka (w OZT o etiologii kamiczej).
Przedziurawienie wrzodu żołądka lub dwunastnicy	■ 2-7% chorych na chorobę wrzodową	U większości chorych choroba wrzodowa w wywiadzie (u 10-20% chorych przedziurawinie może być pierwszym objawem choroby wrzodowej). Obraz kliniczny zmienny (3 fazy): okres 1 – nagłych, ostrych bólów - nagły, przeszywający ból o charakterze stałym, zlokalizowany w nadbrzuszu, zły stan ogólny chorego, czasem wstrząs (szybkie tętno, spadek ciśnienia tętniczego krwi, chorzy pokryci zimnym potem) (wylewająca się z przewodu pokarmowego treść powoduje chemiczne zapalnie otrzewnej). okres 2 – czasowej pozornej poprawy (ustąpienie początkowych objawów wstrząsu). okres 3 – postępującego zapalenia otrzewnej; gdy ustaje działanie bakteriobójcze soku żołądkowego (do 12 godzin od perforacji) rozwija się bakteryjne zapalenie otrzewnej
Zator tętnicy krezkowej górnej	■ częstość 0,1% ■ wiek > 50 rż ■ ♂ > ♀	Nagły, silny ból nad całą jamą brzuszną, rozlany, niezlokalizowany. Często z towarzyszącymi nudnościami i wymiotami (75% pacjentów). Dodatkowo: jadłowstręt, biegunka, wzdęcie brzucha i objawy krwawienia z przewodu pokarmowego (około 20% pacjentów). W wywiadzie: wady zastawek serca, migotanie przedsionków; stan po przebytym zawale serca.
Choroba wrzodowa	■ 5-10% populacji ■ ♂ 2 razy częściej niż ♀	Ból zlokalizowany jest w nadbrzuszu; może mieć różny charakter i bywa opisywany przez chorych jako palenie, pieczenie, ucisk, ból kurczowy lub wzdęcie. Często ból występuje w nocy lub wcześnie rano z towarzyszącymi nudnościami i wymiotami. Dolegliwości cechują się okresowymi nawrotami i remisjami. (Patrz karta 5/18).
Zawał ściany dolnej mięśnia sercowego	♂ > ♀	Silny rozlany ból klatki piersiowej, najczęściej zamostkowy, o gniotącym, piekącym lub dławiącym charakterze. U 10-20% osób ból może promieniować do szyi, żuchwy, lewego barku, lewego ramienia, rzadziej do nadbrzusza i pleców. Natężenie bólu nie zależy od oddechu i pozycji ciała. Z objawów towarzyszących: duszność (u 40%), osłabienie, poty, zawroty głowy, stan przedomdleniowy, omdlenie, lęk przed nadchodzącą śmiercią. W zawale ściany dolnej – ból w nadbrzuszu lub w prawym górnym kwadrancie brzucha, z towarzyszącymi nudnościami i wymiotami (10% chorych) - może być jedyną dolegliwością (podrażnienie przepony).

Card 8: Badania laboratoryjne

Info Text

Podejrzewasz u Pacjentki perforację wrzodu trawiennego. Dlatego też, aby potwierdzić wstępne rozpoznanie decydujesz się na wykonanie badań laboratoryjnych.
Sanitariuszka ma już prawie pełny koszyk z próbkami niesionymi do laboratorium. Prosi Cię o zlecenia.

Które z wyników są niezbędne do potwierdzenia Twojej diagnozy?

Question

Wypisz parametry, które zlecasz do zbadania.

Non-evaluated freetext:

- morfologia - jonogram (stężenie Na, K) - amylaza w surowicy - CRP - mocznik - kreatynina - GGTP - bilirubina - oznaczenie grupy krwi - AspAT, AlAT - fosfataza alkaliczna - wskaźniki krzepnięcia: APTT, INR

Aby potwierdzić/zweryfikować wstępne rozpoznanie należy wykonać badania laboratoryjne takie jak:

- Morfologia - ocena stanu układu czerwonokrwinkowego (anemia?), poziom leukocytów (leukocytoza w stanie zapalnym).
- CRP - wskaźnik stanu zapalnego.
- Jonogram (Na i K).
- Amylaza w surowicy (można wykonać również badanie stężenia lipazy w surowicy) - wykluczenie ostrego zapalenia trzustki.
- Mocznik, kreatynina - ocena funkcji nerek.
- AspAT, AlAT, fosfataza alkaliczna, GGTP, bilirubina - ocena funkcji wątroby, wykluczenie żółtaczki i zastoju w drogach żółciowych.
- Wskaźniki krzepnięcia, oznaczenie grupy krwi - ze względu na duże prawdopodobieństwo interwencji chirurgicznej w najbliższym czasie.

Card 9: Badania obrazowe

Info Text

Czekając na wyniki badań laboratoryjnych, wysyłasz Pacjentkę do pracowni USG. Aby potwierdzić postawione wstępnie rozpoznanie i zadecydować o dalszych losach Pacjentki, zlecasz wykonanie USG jamy brzusznej. Przeczytaj wyniki na obrazie obok.

Question

Czy uważasz, że wobec powyższego wyniku powinieneś wykonać jakieś dodatkowe badania obrazowe?

Multiple Choice Answer:

:

A: O Nie, posiadana wiedza jest już wystarczająca do podjęcia działań terapeutycznych.

B: O Tak, kontrolne USG jamy brzusznej.

C: X Tak, RTG jamy brzusznej.

D: O Tak RTG klatki piersiowej.

E: O Tak, tomografię komputerową jamy brzusznej.

W związku z podejrzeniem przedziurawienia wrzodu trawiennego i brakiem jednoznacznych wyników potwierdzających Twoje przypuszczenia, obowiązkowym badaniem jest **RTG jamy brzusznej** (**odp C**).
Badanie powinno się wykonać na stojąco; w przypadku gdy Pacjent nie jest w stanie stać ze względu na silne dolegliwości bólowe można wykonać zdjęcie rtg w pozycji leżącej (w tej sytuacji poziomym promieniem). Celem badania jest poszukiwanie wolnego gazu pod kopułami przepony i ewentualnie poziomów płynów w jelitach (niedrożność przewodu pokarmowego). Kształt i wielkość bańki gazu pod kopułą przepony zależy od ilości gazu, budowy klatki piersiowej, kształtu przepony i wątroby, czasu który minął od perforacji (w okresie do 6 godzin od perforacji gaz w badaniu rtg wykrywa się w 66% przypadków, po 7 godzinach prawie zawsze), oraz umiejscowienia samego wrzodu.
do D: Rtg klatki piersiowej obejmuje kopuły przepony i obecność wolnego powietrza w jamie brzusznej można potwierdzić również i w ten sposób, ale przeglądowe

zdjęcie jamy brzusznej dostarczy dodatkowych informacji dotyczących ewentualnych patologii w obrębie jamy brzusznej (poziomy płynów, kamica układu moczowego).
do B: Nie ma sensu powtarzać badania usg jamy brzusznej, nie uzyskamy więcej informacji niż do tej pory.
do E: Tomografia komputerowa jest użytecznym badaniem aczkolwiek ze względu na wysoki koszt badania nie jest jednym z pierwszych badań obrazowych wykonywanych u Pacjentów z objawami ostrego brzucha.

Card Main Multimedia

USG jamy brzusznej
Pacjent: Maria Górka, lat 31
Wątroba niepowiększona o jednorodnym echogramie miąższu, bez zmian ogniskowych. Drogi żółciowe nieposzerzone. Pęcherzyk żółciowy cienkościenny, bezkamiczy. Pogrubiała ściana opuszki dwunastnicy z naddatkiem cieniowym z obecnością w jego obrębie pęcherzyka gazu – obraz podejrzany o wrzód drążący. Śledziona niepowiększona. Nerki – prawidłowej wielkości, kształtu, położenia, bez cech zastoju i typowych cieni złogów. Aorta, przestrzeń zaotrzewnowa bez zmian patologicznych. Pęcherz moczowy gładkościenny. Brak wolnego płynu w jamie otrzewnej.

Card 10: Dalsze postępowanie

Info Text

Wykonano Rtg jamy brzusznej Pacjentki na siedząco (dolegliwości bólowe nagle zaostrzyły się, Pacjentka nie mogła stać): **nie uwidoczniono powietrza** i **poziomów płynu** w jamie brzusznej.

W przypadku Pani Górki wykonując rtg jamy brzusznej nie uzyskałeś potwierdzenia wstępnie postawionego rozpoznania (nadal nie wiadomo jednoznacznie co jest przyczyną zapalenia otrzewnej?!).
Zastanów się, czy wynik tego badania może wykluczyć perforację?

Question

Mając wstępne przypuszczenia co do diagnozy, co zamierzasz dalej zrobić?

Multiple Choice Answer:

:
A: O Przepisuję antybiotyk i zalecam wizytę u lekarza gastroenterologa.
B: X Kieruję Pacjentkę do Oddziału Chirurgii.
C: O Kieruję Pacjentkę do Oddział Chorób Wewnętrznych.
D: O Pozostawiam Pacjentkę w sali obserwacyjnej Szpitalnego Oddziału Ratunkowego na 24 godziny.

Pacjentka powinna zostać przyjęta do Oddziału Chirurgii **w trybie pilnym** (**odp. B**). Bez względu na to, co jest przyczyną, objawy zapalenia otrzewnej zawsze są wskazaniem do hospitalizacji w Oddziale Chirurgicznym.
do A, C i D: Bezcelowe jest przyjęcie Pacjentki do Oddziału Chorób Wewnętrznych czy pozostawienie w ramach obserwacji w SOR ponieważ Pacjentka wymaga opieki chirurgicznej; objawy otrzewnowe i ostry brzuch wiążą się z możliwością pilnej laparotomii.

Card 11: Zaopatrzenie Pacjentki w Oddziale

Info Text

Jest godzina 15:30, Pani Górka znajduje się już w Oddziale Chirurgii Ogólnej. Lekarz tam dyżurujący (Twój bliski kolega ze studiów, który zajął się Twoją Pacjentką) musi wydać zlecenia pielęgniarkom, co do dalszego postępowania w przypadku Pacjentki, lecz nadal nie ma wyników badań zleconych w SOR.

Question

Jak powinna wyglądać opieka nad Twoją Pacjentką na oddziale Chirurgicznym? - Która opcja powinna zostać wpisana w kartę zleceń Pani Górki?

Multiple Choice Answer:

:
A: X Zlecono: dieta 0, sonda do żołądka, pomiar CTK i AS 4 razy dziennie; wlewy kroplowe 2000 ml PWE, bilans płynów, 3 razy dziennie 1 amp. leku rozkurczowego (Buscolysin) i.v., bloker pompy protonowej i.v.

B: O Zlecono: 500 ml 0,9% NaCl z 1 amp. Buscolysin i.v. Obserwacja chorej pomiar CTK i tętna co godzinę.
C: O Zlecono: dieta 0, sonda do żołądka, wlewy kroplowe 1000 ml 0,9% NaCl; pomiar CTK i AS 2 razy dziennie; aby potwierdzić wstępne rozpoznanie - tomografia komputerowa.
D: O Zlecono: dieta 0, pomiar CTK i AS 4 razy dziennie, wlew kroplowy 1500 ml PWE, 3 razy dziennie 1 amp. Buscolysini.v., antybiotyk - Amoksiklav i.v.
E: O Zlecono: dieta 0, pomiar CTK i AS 2 razy dziennie; wlew kroplowy 1500 ml PWE; bloker receptora H2 (Ranigast) p.o., lek uspokajający, antybiotyk - Amoksiklav i.v.

Najbardziej optymalny scenariusz postępowania opisany jest w pkt A

- W przypadku podejrzenia perforacji przewodu pokarmowego należy jak najszybciej wyłączyć przewód pokarmowy (dieta 0) - wszystkie leki powinny być podawane dożylnie (i.v.).
- Częsta kontrola parametrów hemodynamicznych (częstości AS i CTK, bilans płynów, badanie chorego) ze względu na możliwe powikłania ogólnoustrojowe przedziurawienia (wstrząs!). Po przedziurawieniu do jamy otrzewnej przedostaje się treść żołądkowa o niskim pH (kwaśna treść silnie drażni otrzewną ścienną i zakończenia nerwów somatycznych co jest przyczyną gwałtownego, bardzo silnego bólu brzucha) - dlatego płyn w jamie otrzewnej pozostaje jałowy przez kilka a nawet czasem kilkanaście godzin (tzw. chemiczne zapalenie otrzewnej). Po pewnym czasie flora bakteryjna przenika z jelit do jamy otrzewnej powodując bakteryjne zapalenie otrzewnej. Dołączający się czynnik septyczny powoduje/nasila zmiany ogólnoustrojowe!
- Sondę do żołądka zakłada się w celu odbarczenia zalegającej treści i wykluczenia krwawienia z przewodu pokarmowego.
- Aby zapobiec rozwojowi wrzodów stresowych (niedokrwienie błony śluzowej żołądka, zagrożenie wstrząsem) należy ograniczyć kwaśność wydzielanego soku żołądkowego. Należy podać **bloker pompy protonowej (IPP)**; zastosowanie IPP jest lepszym wyborem niż blokerów H2 receptora (Ranigast). IPP są lekami najsilniej hamującymi wydzielanie kwasu solnego przez komórki okładzinowe.
- W celu poprawy komfortu Pacjenta należy rozważyć podanie leków rozkurczowych (**Buscolysin**), które przez swoje działanie miorelaksacyjne działają także przeciwbólowo. Jeżeli nie uzyska się w ten sposób podanego działania analgetycznego należy podać leki przeciwbólowe.
- W tym przypadku nie ma wskazań do zastosowania antybiotyku z grupy penicylin (**Amoksiklav**).

- Stres związany z chorobą i pobytem w szpitalu nasila aktywację układu współczulnego i może negatywnie wpływać na stan ogólny Pacjenta. Jeżeli jest on pobudzony i zdenerwowany można zastosować leki uspokajające jak np. **Hydroxyzinum** .

Bardziej szczegółowe informacje o lekach (możliwe drogi podania, dawkowanie, działania niepożądane) znajdziesz w Pharmindex brev. 2008/1.

Hyperlink (internal)

Bloker pompy protonowej (IPP) : np.: Nexium - (Esomeprazol - bloker pompy protonowej). Działa na zasadzie blokowania pompy protonowej K^+/H^+ ATP-azy. Zmniejsza wydzielania do światła żołądka jonów H+, co powoduje zmniejszoną kwaśność soku żołądkowego. Wskazania: choroba refluksowa przełyku, choroba wrzodowa współistniejąca z zakażeniem Helicobacter pylori; u Pacjentów długotrwale stosujących niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ).

Hyperlink (internal)

Buscolysin - (substancja czynna: Butyloscopolamine) lek powoduje rozkurcz mięśniówki gładkiej przewodu pokarmowego i dróg moczowych. Wskazania: bolesne skurcze przewodu pokarmowego i dróg moczowych, kolka żółciowa, choroba wrzodowa, skurcze przełyku, wpustu i odźwiernika, wymioty, kolka jelitowa, zapalenie trzustki.

Hyperlink (internal)

Amoksiklav- amoksycylina z kwasem klawulanowym, antybiotyk β-laktamowy, połączenie penicyliny o szerokim spektrum działania z inhibitorem β-laktamazy. Wskazany w leczeniu infekcji górnych i dolnych dróg oddechowych, zakażeniach układu moczowo-płciowego, zakażenia skóry i tkanek miękkich.

Hyperlink (internal)

Hydroxyzinum - lek uspokajający i przeciwlękowy; wskazany w nerwicach i stanach lekowych z pobudzeniem ruchowym oraz w chorobach uczuleniowych. Stosowany również w premedykacji anestezjologicznej.

Card 12: Wyniki badań laboratoryjnych

Info Text

W końcu laboratorium przysłało wyniki badań, które zleciłeś.Obejrzyj je w tabeli obok.

Question

Wypisz te parametry, które mają nieprawidłowe wartości u Pani Górki.

Freetext Answer:

leukocytoza (podwy&,380;szony poziom leukocytów,podwy&,380;szony poziom krwinek bia&,322;ych)

_____

_____

Prawie wszystkie oceniane parametry mieszczą sie w granicach **wartości referencyjnych**. Z wyników nieprawidłowych - otrzymano jedynie podwyższone stężenie leukocytów. Jest to wynik niespecyficzny, typowy dla różnych stanów patologicznych: zapaleń czy urazów.
Ważne informacje: prawidłowe poziomy amylazy i lipazy pozwalają ostatecznie wykluczyć ostre zapalenie trzustki jako przyczynę dolegliwości bólowych brzucha. Prawidłowe poziomy aminotransferaz wątrobowych (AlT, AST), GGTP, bilirubiny i fosfatazy zasadowej pozwalają wykluczyć również patologie w obrębie wątroby i dróg żółciowych. Poziom elektrolitów i parametry krzepnięcia są również w normie - brak przeciwwskazań do ewentualnego zabiegu operacyjnego. Zwróć uwagę na prawidłowy poziom białka C-reaktywnego - to wskazuje, że reakcja zapalna organizmu dopiero się rozwija (CRP jest białkiem ostrej fazy, syntezowanym w

wątrobie; produkcję CRP w wątrobie pobudzają interleukiny i cytokiny powstające w okresie aktywnego stanu zapalnego).

Hyperlink (internal)

Morfologia	Wyniki pacjentki	Wartości referencyjne laboratorium
hematokryt	43%	37,0 – 47,0 %
hemoglobina	14,5 g/dl	12 – 16 g/dl
erytrocyty	4,6 mln/ml	3,80 - 5,3 mln/ml
krwinki białe	14 000/ml	4000 – 10 000/ml
płytki krwi	270 000/ml	128 000– 348 000/ml
Na	139,2 mmol/l	135 – 145 mmol/l
K	4,08 mmol/l	3,5 – 5,1 mmol/l
ALT	5 U/l	0 – 45 U/l
AST	11 U/l	0 – 35 U/l
bilirubina	13 µmol/l	< 19 µmol/l
mocznik	5,8 mmol/l	2,0 - 8,3 mmol/l
kreatynina	70 µmol/l	44 - 80 µmol
amylaza (sur.)	63 U/l	28-100 U/l
lipaza	44 U/l	13-60 U/l
CRP	1,13 mg/l	< 5 mg/l
GGTP	19 U/l	< 39 U/l
fosfataza alkaliczna	88 U/l	35-104 U/l
INR	0,9	0,85 - 1,15
APTT	31 sek.	26 – 36 sek.

Wartosci referencyjne.

Card Main Multimedia

Morfologia	Wyniki pacjentki
hematokryt	43%
hemoglobina	14,5 g/dl
erytrocyty	4,6 mln/ml
krwinki białe	14 000/ml
płytki krwi	270 000/ml
Na	139,2 mmol/l
K	4,08 mmol/l
ALT	5 U/l
AST	11 U/l
bilirubina	13 µmol/l
mocznik	5,8 mmol/l
kreatynina	70 µmol/l
amylaza (sur.)	63 U/l
lipaza	44 U/l
CRP	1,13 mg/l
GGTP	19 U/l
fosfataza alkaliczna	88 U/l
INR	0,9
APTT	31 sek.

Card 13: Zachowawcze czy operacyjne?

Info Text

Pacjentka nie czuje się lepiej, jest hemodynamicznie stabilna, ale ból brzucha nasila się, a objawy otrzewnowe utrzymują się. Na podstawie ponownego badania fizykalnego i analizy otrzymanych wyników badań laboratoryjnych należy zdecydować, co do dalszego postępowania.

Question

Co radzisz swojemu koledze z Oddziału Chirurgicznego, który zajmuje się obecnie Panią Górką? Co należy zrobić w takiej sytuacji?

Multiple Choice Answer:

:
A: O Zlecam badanie KT.
B: O Dalsze leczenie jak dotychczas, częste monitorowanie parametrów życiowych.
C: O Utrzymuję dalsze leczenie, podaję mocny lek przeciwbólowy i antybiotyk o szerokim spektrum, obserwacja.
D: X Po konsultacji z doświadczonym kolegą, kieruję Pacjentkę na doraźną laparotomię.
E: O Powtarzam rtg jamy brzusznej.

Prawidłowa odpowiedz D.
Utrzymujące się objawy otrzewnowe są wskazaniem do pilnej laparotomii. Leczenie zachowawcze (odp. 2 i 3) jest błędem, gdyż dalsze leczenie objawowe (a nie przyczynowe) może prowadzić do nagłego pogorszenia stanu ogólnego Pacjentki i wstrząsu. W tej sytuacji nie ma wystarczającej ilości czasu na wykonanie tomografii komputerowej (odp. 1). Ponadto bez względu na to, co jest przyczyną 'ostrego brzucha' Pacjentki, należy wykonać laparotomię. Z podobnych względów należy uznać odp. 5 za niepoprawną.

Card 14: Operacja

Info Text

Jest godzina 23:25 Twoja Pacjentka właśnie wróciła z bloku operacyjnego.
Zapoznaj się z opisem zabiegu przygotowanym przez chirurga. Aby lepiej zrozumieć opis, przeczytaj również wyjaśnienia **Eksperta**.

Card Main Multimedia

Pacjent: Górka Maria, lat 31

Diagnoza: Perforacja wrzodu opuszki dwunastnicy

Wykonano: pyloroplastyka sp. Mikulicza. Wagotomia pniowa, drenaż jamy otrzewnej (założono 2 dreny do jamy otrzewnej).

Expert Comment

Podstawowym celem operacji w przypadku perforacji wrzodu jest zamknięcie przedziurawienia. Dodatkowo w celu przyczynowego leczenia choroby wrzodowej dokonuje się przecięcia nerwów błędnych (**wagotomia**), po to aby ograniczyć wydzielanie kwasu solnego z komórek okładzinowych żołądka. Przecięcia nerwów błędnych dokonuje sie na różnych poziomach. Więcej informacji dotyczących wagotonii znajdziesz na stronie internetowej:
http://www.echirurgia.pl/zoladek/wagotomia.htm
Obecnie w Polsce najczęściej stosowaną metodą zaopatrzenia przedziurawionego wrzodu jest **pyloroplastyka sp. Heineke-Mikulicza** połączona z wagotomią pniową. Zabieg jest prosty i bezpieczny, ma niewielki odsetek powikłań pooperacyjnych i powoduje trwałe ustąpienie dolegliwości wrzodowych (u ponad 70% operowanych) - co oznacza brak potrzeby leczenia farmakologicznego.
Przykłady innych metod zamykania przedziurawienia przedstawiono w **tabeli**.
Szczegółowy opis poszczególnych metod operacyjnych znajdziesz w podręczniku chirurgii.

Hyperlink (internal)

Wagotonii dokonuje się na różnych poziomach:

Wagotomia pniowa - polega na nad- lub podprzeponowym przecięciu obu nerwów błędnych. Powoduje to odnerwienie całego żołądka (i zmniejszenie wydzielania kwasu solnego z komórek okładzinowych) i większości trzewi jamy brzusznej. Odnerwienie powoduje upośledzenie opróżniania żołądka w części odźwiernikowej,

dlatego wykonując wagotomię pniową zawsze należy wykonać pyloroplastykę lub antrektomię.

Selektywna wagotomia - polega na przecięciu przedniej i tylnej gałązki nerwu błędnego, unerwiającego żołądek (**nerwy LATARJET**). Zachowane zostają: gałązka wątrobowa i gałązka trzewna (brak zaburzeń wynikających z odnerwienia trzewi; nadal wskazane wykonanie pyloroplastyki lub antrektomii).

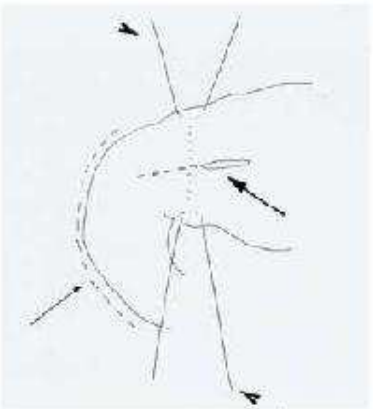
Wysoce selektywna wagotomia - polega na przecięciu odgałęzień nerwów Latarjet na poziomie dna i trzonu żołądka (z zachowaniem odgałęzień do odźwiernika). Zabieg ten nie upośledza funkcji odźwiernika, ale wiąże się z dużą liczbą nawrotów.

Schematy obrazujące poszczególne sposoby przecięcia nerwu błędnego znajdują się na stronie: http://www.echirurgia.pl/zoladek/wagotomia.htm

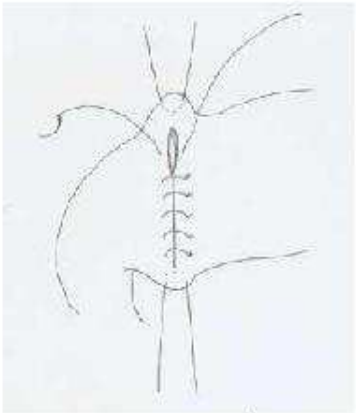
---

Hyperlink (internal)

Pyloroplastyka sposobem Heineke-Mikulicza polega na podłużnym nacięciu obwodowego odcinka żołądka i bliższej części dwunastnicy, a następnie poprzecznym zszyciu tych odcinków (przez to uzyskuje się szerokie przejście między żołądkiem a dwunastnicą, ułatwiając pasaż treści pokarmowej).



NACIĘCIE PODŁUŻNE

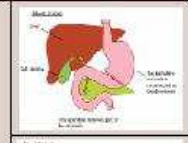
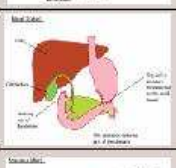
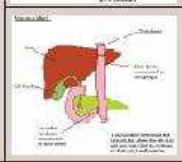


POPRZECZNE ZSZYCIE ŻOŁĄDKA

Hyperlink (internal)

<table>
<tr><th colspan="4">Metoda zamykania przedziurawienia po perforacji wrzodu trawiennego</th></tr>
<tr><td>1. Zszycie otworu perforacyjnego

2. Zamknięcie przedziurawienia naszytym, dobrze unaczynionym płatem sieci (sposób Grahama)</td><td colspan="3">Najprostsze metody zaopatrzenia perforacji, krótki czas trwania operacji
(dlatego są to częste sposoby preferowane u osób starszych i obciążonych internistycznie).</td></tr>
<tr><td rowspan="3">3. Antrektomia

Polega na usunięciu dystalnej, odźwiernikowej części żołądka i następowym zespoleniu kikuta żołądka z dalszą częścią jelita (w ten sposób likwiduje się nie tylko powikłanie, ale też trwałe uwolnienie od choroby).</td><td></td><td>Rydygier – Billroth 1</td><td>Gatroduodenostomia; zespolenie kikuta żołądka z dwunastnicą koniec do końca.</td></tr>
<tr><td></td><td>Billroth II</td><td>Gastrojejunostromia; polega na zespoleniu kikuta żołądka z pierwszą pętlą jelita czczego koniec do boku, z pozostawieniem kikuta dwunastnicy zszytego na ślepo.</td></tr>
<tr><td></td><td>Roux-en-Y</td><td>Gastrojejunostomia; polega na zespoleniu kikuta żołądka z jelitem cienkim (koniec do końca) i doszyciu (koniec do boku) odcinka jelita cienkiego prowadzącego treść z dwunastnicy do jelita (w odległości ok. 40 cm od żołądka); w tej metodzie zarzucanie żółci do żołądka jest wyeliminowane).
Uwaga: na zdjęciu obok stan po gastrektomii!</td></tr>
<tr><td>4. Laparoskopowe zszycie przedziurawienia</td><td colspan="3">Czas operacji dłuższy w porównaniu do sposobu klasycznego, ale większe korzyści:
▪ zmniejszone zapotrzebowanie pacjenta na leki przeciwbólowe po operacji,
▪ szybsze uruchomienie przewodu pokarmowego,
▪ krótszy pobyt w szpitalu.
▪ nie znaleziono istotnej statystycznie różnicy między zabiegiem klasycznym a laparoskopowym jeżeli chodzi o utratę krwi, chorobowość i śmiertelność w przebiegu pooperacyjnym.</td></tr>
</table>

Card 15: Kontrola pooperacyjna

Info Text

W kartach obserwacyjnych pani Górki czytasz: w dobie po zabiegu w drenach ślad treści o charakterze surowiczym, utrzymano dietę 0 i leki przeciwbólowe, profilaktyczna antybiotykoterapia. Regularny pomiar temperatury ciała. W 3. dobie wykonano kontrolne usg jamy brzusznej: wolnego płynu ani przestrzeni płynowych nie uwidoczniono. W kontrolnym, przeglądowym rtg jamy brzusznej - brak poziomów płynów i wolnego powietrza w obrębie jamy brzusznej.

Pani Górka po operacji czuje się dobrze, nie zgłasza dolegliwości bólowych. Na porannej wizycie następnego dnia po operacji pyta lekarza prowadzącego kiedy będzie mogła zacząć jeść.

Question

Zastanów się kiedy należy zacząć żywienie dojelitowe?

Multiple Choice Answer:

:
A: O W dobie po operacji może już spożywać pokarmy stałe.
B: X Po wysłuchaniu perystaltyki jelitowej.
C: O W 3 dobie po zabiegu.
D: O Po oddaniu pierwszego po zabiegu stolca (oznaka, że jelita podjęły swoją pracę).
E: O Po ustaniu nudności, jak tylko Pacjentka będzie mogła coś przełknąć.

Prawidłowa jest odpowiedz nr 2.
Po operacji jamy brzusznej występuje pooperacyjna niedrożność jelit; wysłuchanie perystaltyki jelitowej jest oznaką podjęcia pracy przez przewód pokarmowy.
Należy dążyć do jak najszybszego uruchomienia przewodu pokarmowego Pacjenta; brak pasażu sprzyja translokacji bakterii ze światła jelita do jamy otrzewnej i może spowodować zapalenie otrzewnej i/lub posocznicę.
Zwykle w następnym dniu po operacji jamy brzusznej Pacjent może pić wodę. Dopiero po przywróceniu perystaltyki choremu można podać pokarm stały (dieta lekkostrawna - mleko i kleik).

Card 16: Wypis ze szpitala

Info Text

U Pani Górki w 5. dobie włączono dietę doustną, którą dobrze tolerowała. W 7. dobie usunięto oba dreny (ze względu na śladową ilość drenowanej treści).
Pacjentkę w stanie dobrym w 8. dobie po zabiegu wypisujesz do domu, z raną w trakcie prawidłowego gojenia.

Question

Co należy zalecić Pacjentce podczas wypisu ze szpitala?

Multiple Choice Answer:

:
A: O dieta wrzodowa
B: O bloker pompy protonowej p.o.
C: O leki przeciwbólowe
D: O leczenie eradykacyjne
E: X wszystkie powyższe odpowiedzi
F: O dieta+ bloker pompy
G: O leczenie eradykacyjne + dieta

Zalecono **dietę wrzodową** i **leczenie eradykacyjne**, leki przeciwbólowe w razie bólu. Konieczne jest również zażywanie blokera pompy protonowej doustnie - kontynuacja po leczeniu eradykacyjnym.
Okresowa kontrola w Poradni Chirurgicznej.

Hyperlink (internal)

Dieta wrzodowa - polega na częstym spożywaniu mniej obfitych posiłków (mniejsze obciążenie żołądka). Należy wyeliminować z diety:

- wywary mięsne i potrawy smażone (wywołują nadmierne wydzielanie soku żołądkowego). Najlepsze są pokarmy gotowane (zwłaszcza na parze).
- ciężkostrawne produkty (wywołują bóle brzucha, wzdęcia i zgagę) np.: nasiona roślin strączkowych, kapusta, pieczywo ciemne, wędzone wędliny, ryby wędzone, niedojrzałe owoce.
- ostre przyprawy (pieprz, papryka, musztarda, gorczyca, chili, curry, ocet); polecane są przyprawy łagodne (koperek, wanilia, sok z cytryny, kminek), nie pobudzające wydzielania soku żołądkowego.
- używki, tytoń i alkohol - kawa i mocna herbata silnie pobudzają wydzielanie soku żołądkowego. Alkohol dodatkowo podrażnia błonę śluzową żołądka; tytoń - zmniejsza ukrwienie śluzówki żołądka i dwunastnicy.

Hyperlink (internal)

Eradykacja Helicobacter pylori - leczenie wskazane jest u wszystkich zakażonych chorych, chociaż największe korzyści daje w przypadku wrzodów często nawracających.
Obecnie stosuje się leczenie 3 lekami przez 7 dni. Odsetek eradykacji wynosi około 90%.

- doustnie bloker pompy protonowej (IPP) (np. Omeprazol 20 mg 2xdziennie, Esomeprazol 20 mg 2xdziennie)
- 2 spośród 3 antybiotyków: Amoksycylina (1000 mg 2xdz), Klarytromycyna (500 mg 2xdz) lub Metronidazol (500 mg 2xdz)

Wskazania do leczenia zakażenia *Helicobacter pylori:*

1. **choroba wrzodowa żołądka/dwunastnicy - aktywna, nieaktywna i powikłana**
2. chłoniak żołądka typu MALT (*mucosa-associated lymphoid tissue)*
3. zanikowe zapalenie błony śluzowej żołądka
4. stan po resekcji żołądka z powodu raka
5. krewni I stopnia chorych na raka żołądka
6. dyspepsja niediagnozowana endoskopowo lub czynnościowa
7. długotrwałe leczenie inhibitorami pompy protonowej (GERD)
8. planowane dłuższe leczenie NSLPZ (wskazania do przewlekłego stosowania kwasu acetylosalicylowego - Pacjenci z chorobą niedokrwienną serca)
9. samoistna plamica małopłytkowa
10. niewyjaśniona niedokrwistość z niedoboru żelaza
11. życzenie Pacjenta (po konsultacji z lekarzem)

Card 17: Gratulacje

Info Text

Przychodzisz do pracy na kolejny dyżur i spotykasz na korytarzu szpitalnym Twojego kolegę - chirurga, który relacjonuje Ci dalsze losy, operację i przebieg hospitalizacji Pani Górki. Okazało się, że Twoja wstępna diagnoza okazała się słuszna; dzięki Twojej szybkiej reakcji i odpowiedniej diagnostyce chora została skierowana na właściwy Oddział i tam prawidłowo leczona. Gratulacje!!!
Osiągnąłeś sukces diagnostyczny.

Dziękujemy za prześledzenie niniejszego przypadku klinicznego. **Ekspert** poda Ci źródła informacji.

Expert Comment

Zainteresowanych techniką zabiegu operacyjnego odsyłamy na strony:
www.websurg.com - filmy z operacji dostępne po wcześniejszym zarejestrowaniu się na stronie; dostęp bezpłatny i duży wybór różnego typu zabiegów! - m.in.: Laparoscopic vagotomy and antrectomy - wagotomia i antrektomia z zespoleniem żołądkowo-jelitowym typu Bilroth I.
www.cine-med.net/sages - strona SAGES Educational Video Library; również duży wybór filmów; m.in.: 2 filmy: Laparoscopic proximal gastric vagotomy.
www.echirurgia.pl
www.emedicine.medscape.com
www.websurg.com
www.cine-med.com
www.gastrohep.com

Bibliografia:

1. Schmidt J. "Podstawy chirurgii" Medycyna Praktyczna 2003
2. Nielubowowicz J.: Ostre choroby jamy brzusznej; PZWL 1988
3. Szczeklik A.: Choroby wewnętrzne. T1. Medycyna Praktyczna 2005
4. Saunders JR, Griffiths M.P., Kadirkamanathan S.S: Synchronous perforation of a Meckel's diverticulum and a duodenal ulcer; *Homerton Hospital, Homerton, London, UK J.R.Coll.Surg.Edinb., 46, October 2001, 311-312*
5. Pharmindex 2008/1

Word docx Export (c) 2011-2016 by instruct ag, using docx4j library (http://dev.plutext.org/trac/docx4j) with Apache License (v2)

http://www.apache.org/licenses/LICENSE-2.0.html