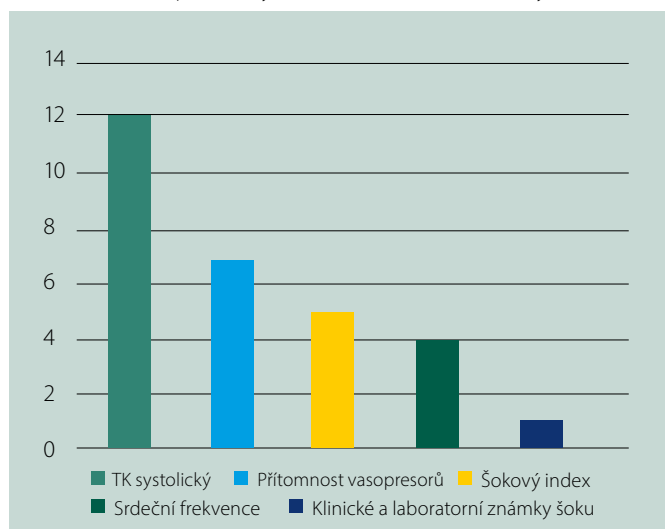


Graf 3. Užívané parametry k hodnocení oběhové stability

7b. Souhlasíte s tvrzením, že oběhovou stabilitu můžeme definovat jako systolický tlak ≥ 80 –90 mmHg bez vasopresorické podpory? Pokud je systolický tlak ≥ 80 –90 mmHg udržovaný vasopresory, jedná se o hraniční stabilitu? Pokud se nedaří udržet systolický tlak ≥ 80 –90 mmHg ani vasopresory, jedná se o oběhovou nestabilitu?

7c. Souhlasíte s tvrzením, že srdeční frekvence je důležitá při posouzení oběhové stability a může sloužit jako pomocné kritérium? Srdeční frekvence < 120 /min rovná se oběhová stabilita, srdeční frekvence 120–130/min rovná se hraniční stabilita, srdeční frekvence > 130 /min rovná se oběhová nestabilita?

Všechna centra se shodují na tom, že oběhová stabilita je při dosažení systolického tlaku nad 80–90 mmHg bez vasopresorické podpory. Za hraniční stabilitu všechna centra považují nutnost použití vasopresorů k udržení TK nad 80–90 mmHg, a pokud se TK nedaří udržet nad tyto hodnoty ani za použití vasopresorické podpory, jedná se o nestabilitu.

Pro pět center je dalším hodnotícím kritériem oběhové nestability šokový index. Pokud je srdeční frekvence vyšší než systolický tlak, tedy hodnota šokového indexu je nad jedna, pak považují takového pacienta za oběhově nestabilního.

Méně využívaným kritériem oběhové stability je hodnota srdeční frekvence. Všechna centra se ale shodují, že je důležitým pomocným kritériem k hodnocení oběhové stability. Jako stabilního pacienta lze považovat srdeční frekvenci pod 120/min, hraničně stabilního se srdeční frekvencí 120–130/min a nestabilního se srdeční frekvencí nad 130/min s ohledem na další kritéria oběhové stability.

Jako další pomocná kritéria jedno pracoviště hodnotí klinické a laboratorní známky šoku, laktát nad 2,2 mmol/l a BE (base excess) pod tři. Jedno pracoviště pak i věk a rezervy pacienta.

8. Pro sedm pracovišť je přítomnost vasopresorů známkou oběhové nestability bez ohledu na hodnotu

systolického krevního tlaku. Předpokládáme, že k vasopresorické podpoře se přistupuje, pokud není možné podáním tekutin dosáhnout systolický tlak ≥ 80 –90 mmHg. Souhlasíte s tímto tvrzením?

Tato otázka byla položena jako doplňující k upřesnění načasování zahájení vasopresorické podpory. Všechna pracoviště odpověděla, že k podání vasopresorů přistupují momentě, pokud není možné podáním tekutin dosáhnout systolický tlak ≥ 80 –90 mmHg.

9. Je na Vašem urgentním příjmu umístěno CT vyšetření jako jeho stavební součást?

Osm pracovišť uvedlo, že mají CT vyšetření přímo na urgentním příjmu. Čtyři centra nemají CT vyšetření jako součást urgentního příjmu.

10. V případě, že máte CT na oddělení urgentního příjmu, přebíráte pacienta od ZZS přímo na vyšetřovně CT? Ne, nikdy. Ano, ale jen u oběhově stabilního pacienta. Ano vždy, i v případě oběhové nestability. Jiná podmínka?

Šest z osmi pracovišť, která mají CT přímo na urgentním příjmu, uvedlo, že nikdy nepřebírají traumatického pacienta od ZZS přímo na CT vyšetřovně. Jedno pracoviště si takového pacienta na CT vyšetřovně přebírá pouze v případě oběhové stability či hraniční stability a jedno centrum přebírá na CT vyšetření pacienta výjimečně, pokud se jedná o izolované kraniotrauma.

11. Provádíte standardně u traumatizovaného pacienta vyšetření E-FAST, RTG hrudníku a RTG pánve?

Pouze tři centra uvedla, že provádí standardně vše z uvedeného, tedy E-FAST, RTG hrudníku a RTG pánve. Tři centra provádí všechna vyšetření pouze u oběhově nestabilních pacientů. E-FAST bez RTG hrudníku a pánve vždy porovádí čtyři centra a pouze dvě centra provádí E-FAST bez rentgenového vyšetření pouze u oběhově nestabilních pacientů. Viz Graf 4.

Graf 4. Standardní provedení RTG hrudníku, RTG pánve, E-FAST u všech traumatizovaných pacientů