

zahájen již v úvodní fázi tekutinové resuscitace. Tento přístup je účinnější než strategie sekvenčního postupu, kdy se nejprve podávají tekutiny a s nasazením noradrenalinu se vyčkáva až do okamžiku, kdy samotná tekutinová léčba nevede ke stabilizaci oběhu.

Vliv doby zpracování CT vyšetření na diagnostické a klinické výsledky u pacientů na urgentním příjmu s akutní bolestí břicha

Akutní bolest břicha patří k nejčastějším důvodům návštěvy urgentního příjmu a vyžaduje rychlou a přesnou diagnostiku. Klíčovou roli zde hraje rychlá dostupnost výsledků zobrazovacích vyšetření, zejména CT, které často rozhodují o dalším postupu léčby. Guo et al. publikovali retrospektivní kohortovou studii s využitím párování podle propensity skóre, která hodnotila, jak interval od prvního klinického vyšetření lékařem do dostupnosti zprávy o CT vyšetření vypracované radiologem (CT turnaround time, CTTAT) ovlivňuje diagnostické a klinické výsledky u dospělých pacientů s akutní bolestí břicha [6]. Do hodnocení bylo zahrnuto 1 505 pacientů, kteří byli spárováni podle propensity skóre do dvou srovnatelných skupin po 666 pacientech, a to do skupiny s CTTAT ≤ 30 min a skupiny s CTTAT > 30 min nebo bez provedení CT. Pacienti byli stratifikováni podle vstupní triáže na základě Emergency Severity Index. Analýza prokázala, že zkrácení CTTAT pod 30 minut bylo u pacientů s vyšší triážní závažností (≥ 2) spojeno s významně kratší dobou pobytu na urgentním příjmu, kratší hospitalizací a nižšími celkovými náklady na hospitalizaci ($p < 0,005$). U pacientů s triážní úrovní 3 byly zaznamenány nižší přímé náklady na urgentní péči ($p < 0,001$). Diagnostická přesnost a efektivita léčby byly vyšší u skupiny s časným CT, zejména u pacientů se závažnějšími onemocněními ($p < 0,050$).

Z klinického hlediska studie potvrzuje, že zkrácení doby zpracování CT vyšetření pod 30 minut významně zlepšuje efektivitu péče, snižuje náklady a zkracuje dobu hospitalizace, zejména u pacientů s vyšší triážní závažností. CTTAT tak představuje cenný indikátor kvality urgentní péče a může být využit jako měřitelný parametr pro optimalizaci provozu urgentních příjmů.

Periintubační nežádoucí příhody a klinické výsledky u pacientů na urgentním příjmu

Tracheální intubace na urgentním příjmu patří k život zachraňujícím, avšak potenciálně rizikovým výkonům, které jsou často prováděny u nestabilních pacientů v kritickém stavu. Kvalita přípravy, načasování a provedení výkonu přitom zásadně ovlivňují riziko komplikací i celkovou prognózu nemocných. Maia et al. publikovali multicentrickou prospektivní kohortovou studii BARCO (Brazilian Airway Registry Cooperation), ve které analyzovali výskyt a klinické důsledky závažných periintubačních nežádoucích příhod u pacientů intubovaných na urgentních příjmech v Brazílii [7]. Cílem bylo zhodnotit incidenci těchto komplikací, jejich vztah k 28denní mortalitě a identifikovat rizikové faktory, které je možné ovlivnit klinickým postupem. Studie probíhala v období od března 2022 do dubna 2024 na osmnácti urgentních příjmech v Brazílii a zahrnovala 2 846 dospělých pacientů vyžadujících akutní tracheální intubaci. Z analýzy byli vyloučeni pacienti s plánovanou intubací a ti, kteří byli intubováni během srdeční zástavy. Závažné

periintubační příhody byly definovány jako události vyskytující se do 30 minut po zahájení intubace a zahrnovaly těžkou hypoxemii ($\text{SpO}_2 < 80\%$), nově vzniklou hemodynamickou nestabilitu (systolický arteriální tlak < 65 mm Hg), nutnost zahájení či navýšení dávky vazopresorů, nutnost podání tekutin v dávce > 15 ml/kg a srdeční zástavu. Primárním sledovaným cílem byla 28denní mortalita, sekundárními pak výskyt jednotlivých závažných periintubačních příhod, přechodná hypotenze, počet pokusů o intubaci, úspěšnost prvního pokusu a intubace do jícnu. Z celkového počtu 2 846 pacientů došlo k závažným periintubačním příhodám u 919 intubací (32,3 %), přičemž nejčastěji se vyskytla nově vzniklá hemodynamická nestabilita (20,0 %), následovaná těžkou hypoxemií (12,5 %) a srdeční zástavou (3,5 %). Celková 28denní mortalita pacientů činila 45,1 %. Pacienti, u nichž se vyskytla jakákoli závažná nežádoucí příhoda, měli 28denní mortalitu významně vyšší (57,6 vs. 39,2 %, OR 1,43, 95% CI 1,26–1,62, $p < 0,001$). Úspěšnost intubace při prvním pokusu byla 74,3 % a byla spojena s nižší pravděpodobností výskytu závažných periintubačních příhod (OR 0,52, 95% CI 0,41–0,65, $p < 0,001$). Každý další pokus o intubaci zvyšoval pravděpodobnost těžké hypoxemie více než dvojnásobně. Nejčastěji používané indukční léky byly etomidát (58,2 %) a ketamin (26,4 %). Propofol byl použit jen u 3,1 % pacientů. Použití preoxygenace a standardizovaného checklistu před intubací bylo spojeno se snížením rizika závažných příhod. Riziko komplikací bylo nejvyšší u pacientů s šokovým indexem $\geq 0,9$, při přítomnosti vícečetné orgánové dysfunkce a při potřebě podávání vazopresorů před intubací.

Tato rozsáhlá multicentrická studie ukázala, že výskyt periintubačních komplikací při akutní intubaci pacientů na urgentním příjmu je vysoký, a že tyto komplikace jsou navíc pravděpodobně spojeny s horší prognózou pacientů. Nejedná se tedy pouze o přechodnou fyziologickou reakci na intubaci. Naopak, úspěšná intubace při prvním pokusu významně snižuje riziko závažných periintubačních komplikací i následnou mortalitu. Autoři zdůrazňují potřebu standardizace postupů intubace, včasné hemodynamické optimalizace, zajištění preoxygenace a minimalizace počtu pokusů o intubaci.

Altepláza při ischemické cévní mozkové příhodě ve vertebrobazilárním povodí podaná 4,5 až 24 hodin od vzniku

Ischemická cévní mozková příhoda ve vertebrobazilárním povodí představuje závažnou formu CMP. Včasná trombolýza je přitom zásadním faktorem prognózy, avšak optimální terapeutické okno pro podání alteplázy zůstávalo v této oblasti dosud nejasné. Yan et al. publikovali klinickou studii EXPECTS (Efficacy and Safety of Intravenous Thrombolysis with Alteplase in Posterior Circulation Stroke Beyond 4.5 Hours: A Randomized Controlled Trial) [8]. Jedná se o multicentrickou, prospektivní a randomizovanou klinickou studii, která hodnotila účinnost a bezpečnost intravenózní trombolýzy alteplázou u pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou ve vertebrobazilárním povodí, pokud byla léčba zahájena v rozmezí 4,5 až 24 hodin od začátku příznaků. Cílem bylo zjistit, zda může pozdní podání alteplázy bez CT perfuzního zobrazení mozku zlepšit funkční výsledky oproti standardní konzervativní terapii. Do studie bylo zařazeno 234 pacientů (117 v každé skupině) ve 30 centrech v Číně. Všichni pacienti