



Pacient: Kvapilová Růžena

RČ: 385729451

Bytem: Jiráskova 455, 783 44 Náměšť na Hané

ZP: 111

Hospitalizace na odd.: 2IK-30c

od 28.04.20

do 28.04.20

21:30

Chor.č.: 000964/20

Polymorbidní letitá pacientka z DD František z Náměště na Hané vyšetřena na OUP. dlouhodobě imobilní, inkontinentní, sakrální dekubit III.st.

Dovezena RLP, která volána pro progresi stavu s teplotami přes 38°C (**dle lékaře RLP Dr. Mareš - opak. stěry v DD na Covid 19 negat.**), dušnost. Pacientka nekontaktní, transport bez komplikací.

Průběh hospitalizace na EMR: Letitá polymorbidní, dlouhodobě imobilní se sakr. dekubitem III.st. pacientka přijata pro resp insuficienci při pneumonii. Zajištěna, O2 terapie maskou 6l O2/min, pro oběhovou nestabilitu s tachyFiS až kolem 180/min podáno 2x Cordarone s částečným, efektem, dále Digoxin 0,25mg iv, Isolyte 1000ml iv, + 10ml 20%MgSO4 iv, odebrány hemokultury a nasazen Amoksiklav 1,2g iv. Po domluvě překlad na II. int. kliniku FNOL

Terapie: PVK fem. I.dx, PMK, Isolyte 1000ml inf. iv, Cordarone 150mg ad G5sol 20ml iv. 2x, Digoxin 0,25mg iv, Medoclav 1000/200mg iv.

Při příjmu na oddělení pacientka při vědomí, komunikace není možná, fixuje očima. TK 120/55, P120/min

OA: dle dokumentace: ICHS - diastolická dysfunkce a hypertrofie LK, sekundární plicní hypertenze dle dok., DM na dietě, anémie mikrocytární hypochromní, stp substitucí TU EBR, bez známek krvácení, deficit kys. listové anamnesticky, gastrokopie 5/16 neg., hiátová hernie, biliogastrický reflux, antrální gastropatie dle gastrokopie 5/16, chron VAS LS páteře, polyartrotický sy nosných kl., st.p. TEP kyčle bilat, st.p. spondylodiscitis L3-5 v r. 2000, st.p. evakuaci epidurálního abscesu Th7-L4, recidiva spondylodiscitidy v r. 2004, osteopenie, stp. fraktury dolního raménka kosti stydké vlevo, divertikulóza tračníku dle dok., hypertenze, stp. iritaci pankreatu dle dok., steatosis hepatis, chron. cholecystitis s vícečetnou litiasou dle UZ 5/16, chronicky inkontinence močová

RA: otec se léčil se srdcem, matka zemřela stářím, syn zemřel na něco s břicha, 2 další synové zdraví

FA: Tiapridal 100 mg tbl 0-0-0-1 (dle aktual. zprávy z DD 0-0-0-4????), Furon 40 mg tbl 1/2-0-0, Verospiron 25 mg v út, čt, so 1-0-0, Zaldiar 37,5/325 mg 1-0-1, Maltofer tbl 1-0-1, haloperidol 1,5mg tbl. 0-0-0-1

PA: SD, pracovala jako prodavačka

SA: DD František - Náměšť na Hané

KA: kouření 0, alkohol 0

AA: alergie nejuje

Objektivně: Výška: 150 cm, Váha: 42,1kg, TK 120/55 TF 120 irreg, saturace 91% afebrilní astenická konstituce, výrazná malnutrice, při vědomí, nekomunikující, bledší kolorit kůže, bez ikteru a cyanózy, na O2 6l/min, ležící, nespoupracuje.

Kůže: barva i turgor snížený, dekubit sakra III. stupně, adnexa bez patologického nálezu, **Hlava:** mesocef., pokl. nebolestivý, výstupy n.V nebol., inervace n.VII správná, zornice isokor., skléry bez ikteru, hrdlo klidné, jazyk nevyplázne, chrup orientačně sanován. **Krk:** středně dlouhý, volně pohybl., uzliny a št. žláza nezv., vény bez kongesce, karotidy pulsují symetr. **Hrudník:** souměrný, **Plicě -** dýchání orientačně hodnoceno jasné, zostřené, dých. alv., ojedinělými chrůpky, bez spastických fenoménů, **Srdce:** akce srdeč. neprav., tachykardie, o.o., bez šel. **Břicho:** pod nivoem, prohmátné, bez algické reakce, bez patologické resistance, tapot bilat. negat. Játra, slezina nehmátám. **Per rectum na EMR:** ampule s obsahem tmavé stolice při užívání maltoferu, bez hmat. rezist. slabý tonus svěračů **HKK:** klouby bez patologického nálezu, svalstvo atrofické, axily bez zvětšených uzlin. **DKK** bez otoků, zánět. změn, svalstvo atrofické, perif. pulsace hmatné, na PDK zavedena kanyla..

Laboratorní a paraklinická vyšetření:

Biochemie-sérum: Na: 141, K: 4,45, Cl: 101, OSM: 304, qOSM: 308, Ur: 17,9, KREA: 135, qGFkrea: 0,53, Bi: 21, ALT: 0,41, AST: 0,94, TRPT: 89, BNP: >35000,0, CRP: 242,9, **Diabetologie:** GLU: 8,3, ABR: Hb B: 148, TypK B: Arterial, HCT B: 45, pH B: 7,50, pCO2 POCT_*: 3,40, pO2 B: 7,12, pHt B: 7,51, pCOt B: 3,27, pO2t B: 6,74, qSBC: 22,8, qHCO3: 19,6, qBE: -1,6, SAT B: 88,4, O2Hb B: 86,9, COHb B: 0,8, MHb B: 0,9, pO2A B: 51,32, Shnt B: 39,0, _Takt: 36,2, _FO2l: 60, Na P: 138, K P: 4,2, Cl P: 108, Cai P: 1,24, CaiK P: 1,31, LAK P: 5,6, GLUK ABR: 10,1, **Moč chemicky:** GLUK U: normální, PROT U: 1,0, BILI U: 1,0, UBLG U: 1,0, pH U: 5,0, KREV: +-, KETO: -, NITR U: -, ZAKA U: kalná, HUST U: 1,028, BARV U: oranžová, **Moč sediment:** ERY U: 26, LEU U: 44, BAKT U: 1, KVAS U: -, EPIT U: 2, EPDL U: 37, VALC U: -, HYAL U: 27, GRAN U: -, KRST U: 3, SPER U: -, HLEN U: 1, **@KREVNÍ OBRAZ (nesrá):** WBC: 8,73, RBC: 4,62, Hgb: 139, HCT: 0,40, MCV: 87,4, MCH: 30,1, MCHC: 34,4, RDW: 16,0, PLT: 435, MPV: 10,1, **@Diferenciál z analy:** Ly#: 4,7, Mo#: 4,6, Ne#: 90,1, Eo#: 0,0, Ba#: 0,6, Ly#: 0,41, Mo#: 0,40, Ne#: 7,87, Eo#: 0,00, Ba#: 0,05, **@Manuální diferenciál:** _MD: proveden, NSEG: 47, NTYC: 39, MONO: 3, LY: 7, NMMC: 4, ANIZ: +, TOXG: +, Provedl: Zatlouka, **Koagulační screening:** Q#: 50, INR: 1,50, Qcas: 17,2, Qnrm: 10,5, aPTT: 25,1, aPTR: 0,90, DDIMhs: 3404

RTG S+P vleže: Vleže bez známek PNO. Oboustranně patrné splývající stíny v dolních plicních polích při infiltraci. Cévní kresba je přiměřená poloze. Bránice hladká, zevní úhly volné. Srdeční stín nerozšířen. Retrokardiálně objemná hiátová hernie.

Závěr: Infiltrace bilat.

úmrtní zpráva

Pacient: Kvapilová Růžena

RČ: 385729451

EKG: FIS, kolem 130/min, QRS 0,12, iRBBB, susp. LAHB, depres, ST do 1mm I,II, V3

Průběh hospitalizace: 82-letá polymorbidní kachetická pacientka odeslána EMR pro vstupně manifestující septický stav při bilaterální pneumonii dle RTG komplikovanou respirační hypoxickou insuficiencí s nutností oxygenoterapie, dále FIS s rychlou odpovědí komor, korigována digoxinem, amiodaronem s parc. úpravou. Rovněž nálezů dekubitu III. stupně v sakru, řádně zdokumentované. Pacientka zajištěna ATB terapií, bronchodilatační, mukolytická léčba, šetrná hydratace. Již na OUP navrhnout režim DNR pro vyčerpané rezervy organismu a celkové infaustní prognózu. Pacientka dne 28.4. v 21:30 nalezena ošetřujícím personálem bez známek života na lůžku. Konstatován exitus letalis. KPR nezahajováno. Rodina informována. Pohřeb v zákonném termínu. Pitva neindikována.

Závěr:

** Exitus letalis

** Septický stav při bilat. pneumonii dle RTG komplikovanou respirační hypoxickou insuficiencí

** dekubit sakra III.st

** Kachexie, těžká malnutrice

** Akutní renální selhání AKIN III v.s. prerennální etiologie při dehydrataci

** FIS s rychlou odpovědí komor vstupně na OUP

** ICHS - diastolická dysfunkce a hypertrofie LK, sekundární plicní hypertenze dle dok ,

** DM na dietě, anemie mikrocytární hypochromní, stp substituci TU EBR, bez známek krvácení,

**deficit kys. listové anamnesticky , gastrokopie 5/16 neg., hiatová hernie, biliogastrický reflux, antrální

gastropatie dle gastrokopie 5/16

** chron VAS LS páteře

** polyartrotický sy nosných kl.

** st.p. TEP kyčle bilat

** st.p. spondylodiscitidy L3-5 v r. 2000

** st.p. evakuaci epidurálního abscesu Th7-L4

** recidiva spondylodiscitidy v r. 2004

** osteopenie

** stp. fraktury dolního raménka kosti stydké vlevo

** ,divertikulóza tračníku dle dok

** art. hypertenze

** stp. iritaci pankreatu dle dok.

** steatosis hepatis

** chron. cholecystitis s vícečetnou litiasou dle UZ 5/16,

** chronicky inkontinence močová

Doporučení:

- Pohřeb v zákonném termínu

Diagnózy:

J189 Pneumonie NS

Zpráva ze dne: 28.04.20 22:14 Zapsal: Vetešník Marek MUDr.

Datum tisku: 27.04.2021 7:40:32

Doc. MUDr. Ondřej Urban, Ph.D.
přednosta II. interní kliniky

MUDr. Lukáš Daniš
vedoucí lékař odd. 30C

Vetešník Marek, MUDr.
ošetřující lékař