

Pacient: Mrva Zdeněk

RČ: 401122438

bezvědomí, přítomen gasping a na EKG obraz PEA. V 18:09 zahájena KPR, nepřímá srdeční masáž, intubace kanylou č.8 23cm v koutku bez komplikací, adrenalin 1mg i.v. a pokračuje KPR. 18:13 podán 1mg adrenalinu, dochází k ROSC, široké komplexy na EKG, pulz slabý, podán midazolam 5mg i.v. arovan 4mg i.v. a kontinuálně noradrenalin. 18:24 zástava oběhu, podán adrenalin 1mg, pokračuje KPR, nasazen LUKAS 18:29 ROSC, široké komplexy na EKG, NIBP 130/105. Pacient převezen na KARIM, během transportu opět zástava oběhu, pokračuje KPR s použitím systému LUKAS. Při příjezdu na KARIM v 18:45 podán 1mg adrenalinu, při kontrole rytmu trvá srdeční zástava, na EKG obraz PEA, 18:48 podán 1mg adrenalinu. V 19:00 asystolie, ukončena KPR, exitus letalis.

Dg.:

- I46.9** - Srdeční zástava NS
J12.8 - Jiná virová pneumonie
I71.4 - Aneurysma břišní aorty, bez zmínky o ruptuře
U07.1 - COVID-19
K85.8 - Jiná akutní pankreatitida
I71.3 - Aneurysma břišní aorty, roztržené
I48.2 - Chronická fibrilace síní
I10 - Esenciální (primární) hypertenze
I25.9 - Chronická ischemická choroba srdeční NS
N18.3 - Chronické onemocnění ledvin, stadium 3
E78.2 - Smlíšená hyperlipidemie
E79.0 - Hyperurikemie bez známek zánětlivé artritidy a tofů
J95.8 - Jiné poruchy dýchací soustavy po výkonech
I95.8 - Jiná hypotenze
D62 - Akutní posthemoragická anémie

Datum tisku: 27.04.2021 5:29:46

MUDr. Olga Klementová, Ph.D.
přednostka KARIMdoc. MUDr. Radovan Uvízl, Ph.D.
vedoucí lékař JIRP KARIMNovák Tomáš, MUDr.
ošetřující lékař




Úmrtvní zpráva

Pacient: Mrva Zdeněk

RČ: 401122438

ZP: 211

Chor.č.: 000590/20

Bytem: Charvátý, 783 75 Dub nad Moravou, tel. +420605417338

Hospitalizace na odd.: KAR-LU15 od 04.12.20 do 04.12.20 19:00

Zpráva ze dne: 04.12.20 21:38 Zapsal: Novák Tomáš MUDr.

Diagnózy:

- I469 Srdeční zástava NS
 J128 Jiná virová pneumonie
 I714 Aneurysma břišní aorty, bez zmínky o ruptuře
 U071 COVID-19
 K858 Jiná akutní pankreatitida

COVID-19 anamnéza: Příznaky (teploty, kašel, dušnost, anosmie/dysgeuzie): ano od 26.11.; PCR SARS-CoV-2 pozitivita: ano- datum 26.11.;

OA: ischemická choroba srdeční, chronická, EF LK 48% (SPECT 9/2020) - st.p. posterolaterálním STEMI, koronarograficky uzavřer ACD a hraniční stenosa RIA, řešení dPCI s impl. stentu do ACD, RIA ke konzervativnímu postupu 2008 - SPECT pro de novo LBBB; zátěž navozený defekt perfuze anteroseptálně a apikálně, kvantitativní analýza svědčí pro závažnou ischemii, fixní defekt spodní stěny odpovídající neviabilnímu myokardu v rozsahu 15 % z levé komory 9/2020 - nyní reSKG; PCI těsné kalcifik. stenosis RIA + DES - antikoagulační warfarin + clopidogrel 1x75mg po dobu 6 měsíců, bez ASA, fibrilace síní, permanentní, CHA2DS2-VASc 4, HAS-BLED 3, antikoagulační warfarin* Arteriální hypertenze, hyperlipidemie na statinu (LDLc 1,5 mmol/l) - velmi vysoké KVS riziko* Hyperurikémie* Renální insuficience, KDIGO G3b, st.p. TEP obou kolenních kloubů (sin. 2012, dx. 2014)

KA: kouřil 20 cigaret denně, nyní nekouří 20 let

FA: Helicid 20 mg tbl. 1-0-0, Sorvasta 40 mg tbl. 0-0-1, Coryol 6,25 mg tbl. 1/2-0-1/2, Alopurinol 100 mg tbl. 0-1-0, Agen 5 mg 1/2-0-0, Bisoprolol 2,5 mg 1/2-0-0, s.c.: Fraxiparine 0,3 ml 1-0-1,

AA: Novalgín (erytém a svědění končetin), intolerance Prestarium Neo (otok rtů)

Epikríza ATB terapie: 17-24.11. empiricky Axetine 3x 1,5 g i.v., Meronem od 24.11.

NO+EPIKRÍZA:

17.11.2020 pacient kardiak náhle pocítil prudkou bolest dolní části zad, celkovou slabost, nauzeu, zvracení, poruchu vědomí volána ZZS. Na místě pac. ležící na pravém boku, bledý, opocený, somnolentní, nehmátná pulzace na periférii, nehmátná ani na aa. femor. bilat., na a. carotis slabě, vstupní TK 80/50 torr, P 60/min., FiS, DF 12/min., SpO2 88%, na EKG irreg. rytmus, flutter, LBBB, ST izoel. Dominují výrazné bolesti zad bez iradiace, v létě spadl ze žebříku, covid anamnéza negat. RLP transport ad emergency OUP FNOL. Po převzetí vyšetřen - nehmátná pulzace na aa. femor. bilat., obtížně měřitelný TK, nutnost podpory oběhu NOAD 5-20 ml/hod. klas. ředění. Orient. bed-side sono břicha - disekující aneurysma aorty susp., poté provedeno CTAG aorty - potvrzena ruptura AAA abdom. aorty s prosakováním do retroperitonea, konzultován cévní chirurg - indikace k endovaskulárnímu či otevřenému výkonu dle domluvy s angioletem. Promptně transfer za navýšení vazopresorické podpory za spont. ventilace na hybridní COS 6 k chir. řešení. 17.11.2020 Aorto-aortální náhrada gelofit protézou, sutura deserozace duodena. Během výkonu větší krevní ztráta (dle anest. záznamu kolonka do 2000 ml), podáno 6x TU EBR, 6x TU FFP, 1x TU TAD, 3500 ml krystaloidů. Kanylace CVK + zaveden sheath, podáno 2000 IU Occplexu, Heparin 7500 IU, bikarbonát, pokračuje kontin. Noradrenalin. Poté přijat k intenzivní pooperační péči.

Pokračováno v UPV, při oběhové nestabilitě podpora oběhu NOAD, podpora diurézy. Prevence AKI, vyšší azotémie. Přechodně krvácení z pravého třísla, opakované korekce anémie posthemoragické - časté transfuze, korekce koagulopatie - aplikace MP a exacylu. Po stabilizaci koagulace a oběhu, oživení diurézy extubován. Dál pooperační průběh bez komplikací. Dne 23.11. přeložen na stand chir oddělení. V pooperačním období úprava vnitřního prostředí, masivní krevní převody, forsírovaná diureza pro pozit. bilance tekutin, vyprázdněn. Mobilisován, dreny EX. Zatížen stravou. Dne 26.11. došetřován pro dechové potíže, kolísavé intenzity, suchý, dýchávkový kašel, slabost, únava. Proveden PCR SARS-CoV-2, který pozitivní. Proto překlád na Covid JIP. 27.11. ventilačně sufficentní bez oxygenoterapie, TK stabilní. Na lůžku proveden kontrolní UZ flegmóny PDK, bez průkazu kolekce tekutin. 29.11. progresse pankreatických enzymů - sekundární pankreatitida, parametry zánětu klesají, rozvíjejí se DIC 30.11. klinicky bez obtíží, ventilace bez nutnosti oxygenoterapie, laboratorně zlepšení renálních paramterů, pokles CRP, progresse pankreatitidy. 1.12. lepšící se renální parametry, pokles hodnot lipázy a jaterních testů, substituce albuminu, převeden na profylaktické podávání LMWH. 2.12.: Nadále pokles renálních a zánětlivých paramterů, pokles lipázy i jaterních testů. Nadále bez nutnosti oxygenoterapie, dnes CT břicha, kde zneostření kontur hlavy pankreatu při zánětlivých změnách, dále tělo a kauda normální. Od 3.12. nasazena pankreatická dieta, vzhledem k dobrému klinickému stavu přeložen na standardní oddělení. 4.12. pacient bez nutnosti oxygenoterapie, KP kompenzovaný. večer pacient spastické dýchání, subj. dušnost nejuje, obtíže neudává. Podán Syntophillin. 17:45 pacient dušný, bronchospasmus, opocený, udává tlak na hrudi. Na EKG elevace ST úseku na hrudních svodech, vodán kardiolog a ARO. Pacient dále začíná být nekontaktní, objevuje se mramoráč. Zahájena KPR 18:08. Pacient přeložen na KARIM kde v 19:00 exitus letalis

17:58 voláno z Covid CHIR 1 luž. oddělení 3 konzilium ARO k pacientovi, který je dle lékaře oddělení dušný, hypotenzní s poruchou vědomí, s postechové spastickým nálezem, zahájena terapie Syntofillinem. Při příchodu nalezen pacient v