

Porovnání vysokoprůtokové nosní oxygenoterapie a neinvazivní ventilace u pacientů s akutním hyperkapnickým respiračním selháním při akutní exacerbaci chronické obstrukční plicní nemoci

Akutní exacerbace chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN) s rozvojem akutního hyperkapnického respiračního selhání je závažný stav, který většinou vyžaduje nějakou formu ventilační podpory. Doposud nebylo jasné, zda je účinek vysokoprůtokové nosní oxygenoterapie (HFNO) srovnatelný s neinvazivní ventilací. Tan et al. realizovali randomizovanou klinickou studii u pacientů s akutním respiračním selháním s iniciálním pH 7,25–7,35 a $\text{PaCO}_2 \geq 50$ mmHg, aby posoudili noninferioritu HFNO ve srovnání s neinvazivní ventilací [3]. Do studie bylo zařazeno celkem 225 pacientů a primárním cílem byla četnost selhání terapie, definovaná jako nutnost intubace nebo změna typu ventilační podpory. Autoři zjistili, že četnost selhání léčby byla významně vyšší u HFNO než u neinvazivní ventilace (25,7 vs. 14,3 %) a četnost následné intubace pacientů byla také statisticky významně vyšší u pacientů s HFNO (14,2 vs. 5,4 %). Na druhou stranu HFNO byla pacienty lépe tolerována a vyžadovala menší počet zásahů zdravotnického personálu během terapie. Lze tedy konstatovat, že HFNO není srovnatelně účinná jako neinvazivní ventilace pro iniciální léčbu pacientů s akutní exacerbací CHOPN s akutní hyperkapnickou respirační insuficiencí. Neinvazivní ventilace by tak měla i na urgentních příjmech zůstat preferovanou metodou s tím, že po individuálním zvážení se může z hlediska tolerance terapie u některých pacientů jevit HFNO jako výhodnější, ale s vědomím vyšší pravděpodobnosti selhání léčby.

Konsenzuální stanovisko pro terapii diabetické ketoacidózy a hyperosmolárních hyperglykemických stavů u dospělých s diabetes mellitus

V roce 2024 vydalo několik odborných společností (American Diabetes Association, Joint British Diabetes Societies for Inpatient Care, American Association of Clinical Endocrinology a Diabetes Technology Society) konsenzuální stanovisko k řešení hyperglykemických akutních stavů u dospělých diabetiků [4]. Toto stanovisko reflektuje narůstající výskyt diabetické ketoacidózy a hyperglykemických hyperosmolárních stavů u diabetiků v posledním desetiletí. V dokumentu je zdůrazněna i forma normoglykemické diabetické ketoacidózy, při které může být hladina glukózy normální nebo jen mírně zvýšená ($< 11,1$ mmol/l). Tato forma ketoacidózy se stává stále častější v souvislosti s používáním inhibitorů sodno-glukózového kotransportéru 2. Stanovisko rovněž diskutuje diagnostická kritéria pro jednotlivé formy diabetických komplikací včetně smíšených forem. Poskytují aktualizované doporučení k léčbě.

Použití neopioidních analgetik může redukovat dlouhodobé užívání opioidů

Použití neopioidních analgetik může snižovat potřebu opioidů pro zvládnutí akutní bolesti a může také redukovat dlouhodobé užívání opioidů. V registrové studii bylo analyzováno více než 260 000 pacientů, kteří do té doby nikdy opioidy neužívali, a kterým byly poprvé podávány

opioidy v pooperační péči [5]. Současná preskripce neopioidních analgetik (paracetamol a nesteroidní protizánětlivé léky) v prvním pooperačním týdnu byla spojena s mírně sníženou pravděpodobností užívání opioidů od tří měsíců do jednoho roku po operaci. Tato zjištění podporují doporučení používat základní neopioidní analgetika jako součást multimodální analgezie pro akutní bolest kdykoliv je to možné.

Nebulizovaný ketamin pro akutní bolest na urgentním příjmu

Nguyen et al. publikovali randomizovanou dvojitě zaslepenou klinickou studii, ve které srovnávali analgetickou účinnost nebulizovaného ketaminu v dávce 0,75 mg/kg s intravenózním ketaminem v dávce 0,3 mg/kg u pacientů s akutní bolestí na urgentním příjmu [6]. Do studie bylo zařazeno 80 dospělých pacientů. Intenzita bolesti byla hodnocena pomocí vizuální analogové škály. Oba postupy vedly ke statisticky významnému snížení intenzity bolesti, které bylo vyšší ve skupině s intravenózním ketaminem než u nebulizovaného ketaminu (4,8 vs. 3,2 bodu, $p < 0,05$). Na druhou stranu intravenózní aplikace ketaminu byla spojena s vyšším výskytem nežádoucích účinků (dysforie u 20 vs. 10 %, nauzea 20 vs. 5 % a dezorientace 15 vs. 3 %). Výsledky ukazují, že intravenózní ketamin poskytuje rychlejší a intenzivnější úlevu od akutní bolesti, avšak za cenu vyššího rizika nežádoucích účinků. Nebulizovaný ketamin nabízí méně intenzivní, ale stále dostatečnou a bezpečnější úlevu. Studie tak potvrzuje, že obě formy aplikace ketaminu mohou být na urgentních příjmech účinné při zvládnutí akutní bolesti a umožňují více individuální přístup podle potřeb pacientů.

Nejasný přínos glukokortikoidů při akutní urtikárii

Dva systematické přehledy hodnotily léčbu akutní urtikárie [7, 8]. Formou metaanalýzy se zaměřily na kombinaci antihistaminik s kortikosteroidy a přínos přidání H2-antihistaminik. První metaanalýza zahrnula 10 randomizovaných kontrolovaných studií s celkovým počtem 857 pacientů. Studie se zaměřily na srovnání kombinací antihistaminik s dalšími léky, zejména systémovými kortikosteroidy a H2-antihistaminiky. Dvě ze tří zahrnutých klinických studií neprokázaly statisticky významný přínos přidání kortikosteroidů k antihistaminikům. Kombinace kortikosteroidů a antihistaminik vedla dokonce k menší redukci bolesti než samotná antihistaminika. Kombinace difenhydraminu (50 mg i. v.) s H2-antihistaminiky, jako je ranitidin (50 mg i. v.) nebo cimetidin (300 mg i. v.), prokázala výraznější úlevu od příznaků než samotný difenhydramin. Polovina hodnocených studií vykazala statisticky významné zlepšení symptomů ve skupině s kombinovanou terapií [7].

Druhá metaanalýza se zaměřila na účinek systémových kortikosteroidů přidávaných ke standardní léčbě antihistaminiky u těžké formy akutní urtikárie. Bylo analyzováno celkem 6 klinických studií s 524 pacienty. U mírných až středně těžkých případů akutní urtikárie nevedlo přidání kortikosteroidů (prednison v dávce 20–40 mg denně) k antihistaminikům ke statisticky významnému zlepšení symptomatického skóre. Mírné zlepšení po přidání kortikoidů bylo pozorováno pouze ve skupině s těžkou formou urtikárie. Podávání kortikoidů bylo spojeno s dosažením rychlejší úlevy od příznaků (1,2 vs. 2,5 hodin) ve srovnání s terapií pouze