

jsou aortální disekce, srdeční selhání nebo akutní koronární syndrom, můžeme s nasazením akutní antihypertenzní léčby vyčkat a soustředit se na co nejrychlejší transport do iktového centra [2]. Po určení typu CMP je možné krevní tlak cíleně snížit, a to v případě plánované systémové trombolýzy pod hodnotu 180/110 mmHg a u hemoragické CMP snížit hodnoty systolického krevního tlaku do rozmezí 140–179 mmHg.

Účinnost a bezpečnost přednemocničního podání kyseliny tranexamové u pacientů s traumatem

Otázka indikace přednemocničního podání kyseliny tranexamové u pacientů se závažným úrazem doposud nebyla spolehlivě zodpovězena. Chen et al. publikovali metaanalýzu klinických studií s cílem tuto otázku zodpovědět [3]. Metaanalýza zahrnovala 11 klinických studií s celkovým počtem 11 259 pacientů, z nichž dvě byly randomizované. Klinické studie hodnotily 24hodinovou a 28denní a 30denní mortalitu a výskyt nežádoucích účinků, jako jsou infekční a tromboembolické komplikace. Výsledky ukázaly, že přednemocniční podání kyseliny tranexamové bylo spojeno s redukcí 24hodinové mortality (OR 0,82, 95% CI 0,71–0,94, $p = 0,004$) a při izolované analýze randomizovaných klinických studií i 28denní a 30denní mortality (OR 0,80, 95% CI 0,66–0,97, $p = 0,024$). Na druhou stranu, u pacientů léčených kyselinou tranexamovou bylo pozorováno zvýšení výskytu tromboembolických (OR 1,22, 95% CI 1,03–1,44, $p = 0,019$) a infekčních komplikací (OR 1,13, 95% CI 1,00–1,28, $p = 0,046$). Proto je v současnosti potřebné velmi pečlivě a individuálně zvažovat, pro které pacienty s traumatem může být podání kyseliny tranexamové v PNP prospěšné a bezpečné a pro které nikoliv a vyhnout se paušálnímu a nekritickému podávání tohoto léku.

Intraoseální versus intravenózní přístup do cévního řečiště během kardiopulmonální resuscitace pro mimonemocniční srdeční zástavu

Intraoseální přístup je alternativou pro rychlé zajištění přístupu do cévního řečiště během kardiopulmonální resuscitace. Vallentin et al. realizovali randomizovanou klinickou studii s cílem vyhodnotit, zda zavedení intraoseálního přístupu má vliv na prognózu dospělých pacientů resuscitovaných pro mimonemocniční netraumatickou srdeční zástavu ve srovnání s periferním intravenózním přístupem [4]. Primárním cílem bylo dosažení návratu spontánní cirkulace (ROSC). Do klinické studie bylo zařazeno celkem 1 506 pacientů, kteří byli randomizováni do skupiny s intraoseálním přístupem a do kontrolní skupiny s periferním intravenózním přístupem 1 : 1. Úspěšné zajištění intraoseálního přístupu bylo dosaženo u 92 % pacientů a intravenózního u 80 %. ROSC byl dosažen statisticky významně častěji ve skupině s intravenózním přístupem než s intraoseálním (18,7 vs. 13,4 %, $p = 0,02$). Přežívání po 30 dnech (10,3 vs. 7,5 %, $p = 0,04$) a příznivý neurologický výsledek (8,1 vs. 5,8 %, $p = 0,03$) byly také dosaženy významně častěji ve skupině s intravenózním vstupem.

Benner et al. publikovali sekundární analýzu dat z registru Portland Cardiac Arrest Epidemiologic Registry, který zahrnoval dospělé pacienty

resuscitované zdravotnickou záchrannou službou pro mimonemocniční srdeční zástavu v letech 2018–2021 [5]. Hlavním výzkumným cílem bylo analyzovat asociaci iniciální strategie zajištění přístupu do cévního řečiště (periferní žilní kanyla, femorální tibiální intraoseální přístup a humerální intraoseální přístup) s výsledky kardiopulmonální resuscitace. Primárním cílem byl ROSC při příjezdu na urgentní příjem. Do analýzy bylo zahrnuto 2 993 pacientů. Jako první přístup do cévního řečiště byl využit periferní žilní u 27,5 %, tibiální intraoseální u 39,1 % a humerální intraoseální u 33,4 % pacientů. Ve srovnání s periferním žilním přístupem byla identifikována snížená pravděpodobnost na dosažení ROSC jak u tibiálního (OR 0,79, 95% CI 0,64–0,98), tak u humerálního (OR 0,75, 95% CI 0,60–0,93) intraoseálního přístupu.

Tyto výsledky dokazují, že intraoseální přístup, nelze automaticky považovat za plně rovnocennou variantu periferního žilního přístupu, jakkoliv je to takto často deklarováno. Stejně tak bychom takto neměli činit ani u resuscitovaných pacientů, a pokud je to možné, vždy zajistit periferní žilní přístup v souladu s recentními doporučeními Evropské resuscitační rady. V dalších studiích je potřeba vyhodnotit, zda prognóza pacientů souvisí s místem zavedení intraoseálního přístupu, a také jaká je ekvivalentní dávka adrenalinu pro intraoseální přístup ve srovnání s intravenózním.

FAST protokol k detekci volné tekutiny v břišní dutině u pacientů s úrazem v přednemocniční neodkladné péči

Včasná přednemocniční ultrasonografická detekce volné tekutiny v břišní dutině u pacientů s úrazem pomocí protokolu FAST (Focused assessment with sonography for trauma) může potenciálně ovlivnit další diagnosticko-terapeutický postup. Proto je velmi důležité mít k dispozici data o spolehlivosti této metody v PNP. Lin et al. publikovali metaanalýzu 6 klinických studií zahrnujících 1 356 pacientů, u kterých byly přednemocniční nálezy porovnány s expertním ultrasonografickým vyšetřením nebo vyšetřením počítačovou tomografií v nemocnici [6]. Senzitivita přednemocničního vyšetření FAST protokolem byla 59,6 % a specifita 97 %. Tyto výsledky potvrzují, že přednemocniční vyšetření protokolem FAST je málo spolehlivá diagnostická metoda, kterou je možné použít pouze pro potvrzení nálezu, nikoliv pro vyloučení. Na tomto stavu se podílí více faktorů, včetně toho, že krvácení do břišní dutiny je dynamický děj a v okamžiku zásahu v terénu může být ultrasonografické vyšetření realizováno u některých pacientů příliš brzy na to, aby tekutinu v břišní dutině mohlo zachytit.

Srovnání manitolu a hypertonického solného roztoku v léčbě pacientů s kraniocerebrálním poraněním s podezřením na herniaci mozku během přednemocniční neodkladné péče

Herniace mozku představuje život ohrožující stav, který vyžaduje co nejrychlejší terapeutická opatření vedoucí ke snížení intrakraniálního tlaku. V PNP je jednou z možností osmoterapie.