

✓ ÚTRAVALÓ ÜZENET

AZ EBM JELENTŐSÉGE

Minden orvos folyamatosan figyelje az EBM ajánlások változását és azokat vezesse be a mindennapi gyakorlatba.

A BETEGEK FELVÉTELE ÉS ETIOLÓGIA KERESÉS

AP diagnózisa esetén a gyulladási paramétereket (CRP, fvs, PCT), májenzimeket, tg, chol, calcium szint megmérése javasolt.

A pancreasról történő képkalkotás felvételkor alapvető követelmény.

BISAP score meghatározandó felvételkor.

Második alkalommal fellépő idiopathias AP esetében genetikai vizsgálat javasolt.

KÉPKALKOTÓ ELJÁRÁSOK

CT is tévedhet! Klinikai kép alapján a radiológussal való konzultáció segíthet a súlyosság, illetve a diagnózis pontosításában.

FOLYADÉKTERÁPIA

Kétlépcsős folyadék reszusztitáció. Gyors 5-10ml/h/tskg-mal kell kezdeni.

Napi folyadékbevitelre a legjobb a Ringer laktát (2500-3000 ml).

Folyadékterápia eredményességének monitorozása (ionok, BUN, hematokrit), fizikálisan (pulzus, MAP, vizeletmennyiség) fontos.

Társbetegségeket figyelembe kell venni.

ANTIBIOTIKUM TERÁPIA

A CRP és FVS az első három napban a steril gyulladás miatt emelkedik. Ezen paraméterek emelkedése NINCS összefüggésben a fertőzéssel.

A stagnáló CRP és FVS emelkedés fertőzésre utalhat).

Egyedül a PCT-ről igazolt, hogy a korai szakban összefüggése van a fertőzéssel.

INTENZÍV ELLÁTÁS

Megfelelő rizikobecslés.

Megfelelő időben történő elhelyezés (Inkább egy morcos ITO-s mint egy elvesztett beteg).

Rendszeres betegvizsgálat (sz.e. ITO konzíliumra)

Rendszeres multidiszciplináris vizit az ITO-n.

ENTERÁLIS TÁPLÁLÁS, ÚJRATÁPLÁLÁS

Az energiabevitel a pancreatitis korai szakaszában is kulcsfontosságú!

Az enterális úton történő tápanyagbevitel számos előnnyel jár, és pancreatitisben is csak nagyon ritkán kontraindikált.

ENDOSZKÓPOS INTERVENCIÓK

ERCP vizsgálatot csak megfelelő indikációval (acut cholangitis) esetén végezzünk!

Ha nem biztos a cholangitis, vagy epeúti obstrukció, MRCP vagy EUS választandó.

PERKUTÁN INTERVENCIÓK, CHOLECYSTECTOMIA IDŐZÍTÉSE

Az akut pancreatitis kezelésében a kevésbé invazív eljárások kerültek előtérbe.

Lépcsőzetes, egymásra épülő terápiás elv követendő.

Csapatmunka: belgyógyász, radiológus, mikrobiológus, intenzív terapeuta, sebész együttműködése! Enyhe ABP esetében a cholecystectomy elvégzése a bennfekvés során.

A BETEGEK HAZABOCSÁTÁSÁNAK IDŐZÍTÉSE

A beteg panaszmentesen csökkenő gyulladási paraméterekkel hazabocsátható.

50 mg/L feletti CRP esetében 48 óras, 50 mg/L alatti CRP esetében 24 óras panaszmentes újratáplálási periódus biztonságos.

SÚLYOSSÁG MEGÁLLAPÍTÁSA, SZÖVŐDMÉNYEK

Emisszió előtti kontroll képkalkotó ne maradjon el!

A kísérőbetegségek, valamint az induló HgbA1c szint meghatározása, majd folyamatos vc-monitorizálás szükséges a diabetes, mint szövődmény megállapításához.

Az Atlanta klasszifikáció pontos ismerete és követése már adminisztrátori szinten elengedhetetlen a megfelelő súlyossági besoroláshoz.

A Magyar Hasnyálmirigy Munkacsoport
elkötelezett a pancreas betegek
ellátásának javításában!

STOP GYAKORI HIBÁK

AZ EBM JELENTŐSÉGE

A jelentős egyéni tapasztalattal rendelkező orvosok úgy gondolják, hogy az Ő egyéni tudásuk jobb, mint az EBM útmutató és az „így csináljuk már 20 éve” mondattal nem változtatnak a „megszokott” gyakorlaton.

A BETEGEK FELVÉTELE ÉS ETIOLÓGIA KERESÉS

Etiológia keresésnél nincs felvételi triglicerid, koleszterin szint mérés (regiszter adat alapján: 40%-nak nincs vérsír meghatározás).

Hasi UH során a „pancreas nem vizsgálható” leírás nyugtázása.

Idiopathias AP esetén az epeutak tisztázása nem történik meg (EUS, MRCP, elmarad).

A második alkalommal fellépő idiopathias AP esetében további „nyomozás” nem történik (genetika, családi anamnézis, EUS, MRCP).

KÉPALKOTÓ ELJÁRÁSOK

Korai CT (első 72-96 óra) ál-negatív v. alacsonyabb pontszám.

mCTSI – szubjektív komponensek miatt súlyosság téves megítélése.

„Walled off necrosis” vs pseudocysta.

FOLYADÉKTERÁPIA

Első lépésként nem történik meg a gyors folyadék-reszusztitáció.

A páciens kardiális és renalis társbetegégeit nem veszik figyelembe.

ANTIBIOTIKUM TERÁPIA

Az első néhány napban antibiotikum indítása magas illetve emelkedő CRP és vagy FVS miatt. Nekrózis esetén profilaktikus antibiotikum adása.

INTENZÍV ELLÁTÁS

Nem megfelelő iniciais folyadékterápia.

Nem megfelelő minőségű és nem megfelelő rendszerességgel végzett paraméterezés.

Elkésett ITO áthelyezés.

Multidiszciplináris napi vizit hiánya.

ENTERÁLIS TÁPLÁLÁS, ÚJRATÁPLÁLÁS

Táplálás elmaradása, indokolatlan koplaltatás.

Félelem a gastricus táplálástól.

Újrátáplálás halasztása a laboreredmények rendezéséig.

ENDOSZKÓPOS INTERVENCIÓK

Indokolatlanul, igazolt epeúti kő, obstrukció, cholangitis nélkül végzett, ERCP és EST.

PERKUTÁN INTERVENCIÓK, CHOLECYSTECTOMIA IDŐZÍTÉSE

Nem a lépcsőzetes kezelés elvét alkalmazzák és az invazív terápiát a műtéttel kezdik.

Korai (4 héten belüli) műtét végzése. Sok szövődémmel járhat, mint pl. vérzés, felülfertőződés, parenchyma veszteség, bélsérülés, pancreas sipoly, reoperáció szükségessége.

Enyhe ABP-ben a cholecystectomy elmaradása bennfektetés során.

A BETEGEK HAZABOCSÁTÁSÁNAK IDŐZÍTÉSE

Indokolatlanul túl hosszú hospitalizáció. Sokszor megvárjuk míg a beteg gyulladásos paraméterei normalizálódnak.

Általában a CRP abszolút értékét vesszük figyelembe és nem a CRP változásának dinamikáját.

SÚLYOSSÁG MEGÁLLAPÍTÁSA, SZÖVŐDMÉNYEK

Gyakran hívjuk „súlyosnak” az AP-t akkor is, ha perzisztens szervi elégtelenség NEM állt fent.

Az elbocsátáskori képalkotók aránya rendkívül alacsony, ami hátráltatja a megfelelő menedzsemet.

A diabetes, mint szövődémmel kialakulására vonatkozóan elenyésző adatokkal rendelkezünk.