

Klinisch redeneren in acute situaties

Ijbelien Jungen

Alarm criteria

➤ **Acute verandering in:**

Fysiologie

➤ **A**irway

-bedreigde luchtwegen (b.v. Bij stridor, zwelling van de hals, sputumretentie)

➤ **B**reathing

- (verandering van) ademfrequentie $<8/\text{min}$
- (verandering van) ademfrequentie $>30/\text{min}$
- daling $\text{SaO}_2 <90\%$ ondanks O_2 therapie

➤ **C**irculation

- polsfrequentie $<40/\text{min}$
- polsfrequentie $>130/\text{min}$
- daling systolisch RR $<90 \text{ mmHg}$

➤ **D**isability (Dysfunctie CZS)

- plotseling daling bewustzijn (>2 punten in Glasgow Coma Schaal) bij uitsluiting van hypoglykemie
- herhaalde of langdurige epileptische insulten
- EMV < 12

➤ **E**(nvironment)

- temperatuur

Airway	Nekletsel Luchtwegobstructie	Let op nekletsel Aanspreken Bijgeluiden? Inspectie mond	Nekpijn/trauma Niet aanspreekbaar Snurkelen/rochelen	Nekfixatie Luchtwegmanoeuvre Uitsuigen Naso- of Oropharyngeale tube Zuurstoftoediening (15LO ₂ NRM)
Breathing	Spanningspneumothorax Bronchusobstructie Longoedeem	Trachea Ademarbeid Ademfrequentie O ₂ saturatie Kleur Longonderzoek	Tracheadeviatie AF <10 of >20 p/min Saturatie 95% Afwijkende longgeluiden Cyanose	Naaldthoracocentese Brochodilatoren Nitroglycerine CRAP Furosemide Maskerballon-beademing
Circulation	Shock -Hypovolemisch -Distributief - Cardiogeen - Obstructief	Acra Pols Bloeddruk CRT CVS Harttonen Monitorbewaking	Koud, klam Pols >100/min Bloeddruk <100 mmHG CRT 2 sec	IV toegang Volumetherapie (500ml/10 min) Oorzaakspecifiek
Disability	Hypoglykemie Insulten Intoxicaties Meningitis CVA	Glucose EMV of AVPU Pupilreacties Meningeale prikkeling Symmetrische bewegingen	Glucose <4 Trekkingen Wijden of nauwe pupillen Meningeaal geprikkeld Lateralisatie Pupilverschil AVPU of EMV niet maximaal	Glucose (50% 100ml iv) Benzodiazepine Antidota Antibiotica
Enviroment	Huidafwijkingen Hypo- of hyperthermie	Ontkleden Temperatuur	Urticaria, petechien, wonden T>38.5 of <35	Focus draineren Warmte of koelen Antibiotica

Klinisch redeneren in semi-acute situaties

- AMVIL (Eng, AMPLE)
- Allergie
- Medicatie
- Voorgeschiedenis
- Incident
- Laatste maaltijd

Het klinisch redeneren gaat volgens een vast stappenplan.

1. Analyse en interpretatie de AMVIL
2. In kaart brengen van de parameters ten tijde van het incident via een vaste structuur.

Basis parameters	
Ademfrequentie	
Saturatie	
Ademgeluid	
Ademarbeid	
Adempatroon	
RR	
Pulsaties	
Hartfrequentie	
Perifere kleur	
Cap. Refill	
Halsvenen	
EMV	
Oriëntatie in trias	
Diurese	
Turgor	
Kerntemperatuur	

3. Analyse van de vitale functies:

Zijn ze functioneel of is er sprake van compensatie en waarom?

Zijn ze disfunctioneel en waarom ?

Welk proces is gestoord?

Ademhaling: regulatie
 ventilatie
 distributie
 diffusie
 perfusie

Circulatie: regulatie
 pomp
 distributie
 volume

4. Is de situatie urgent? Zo ja waarom?

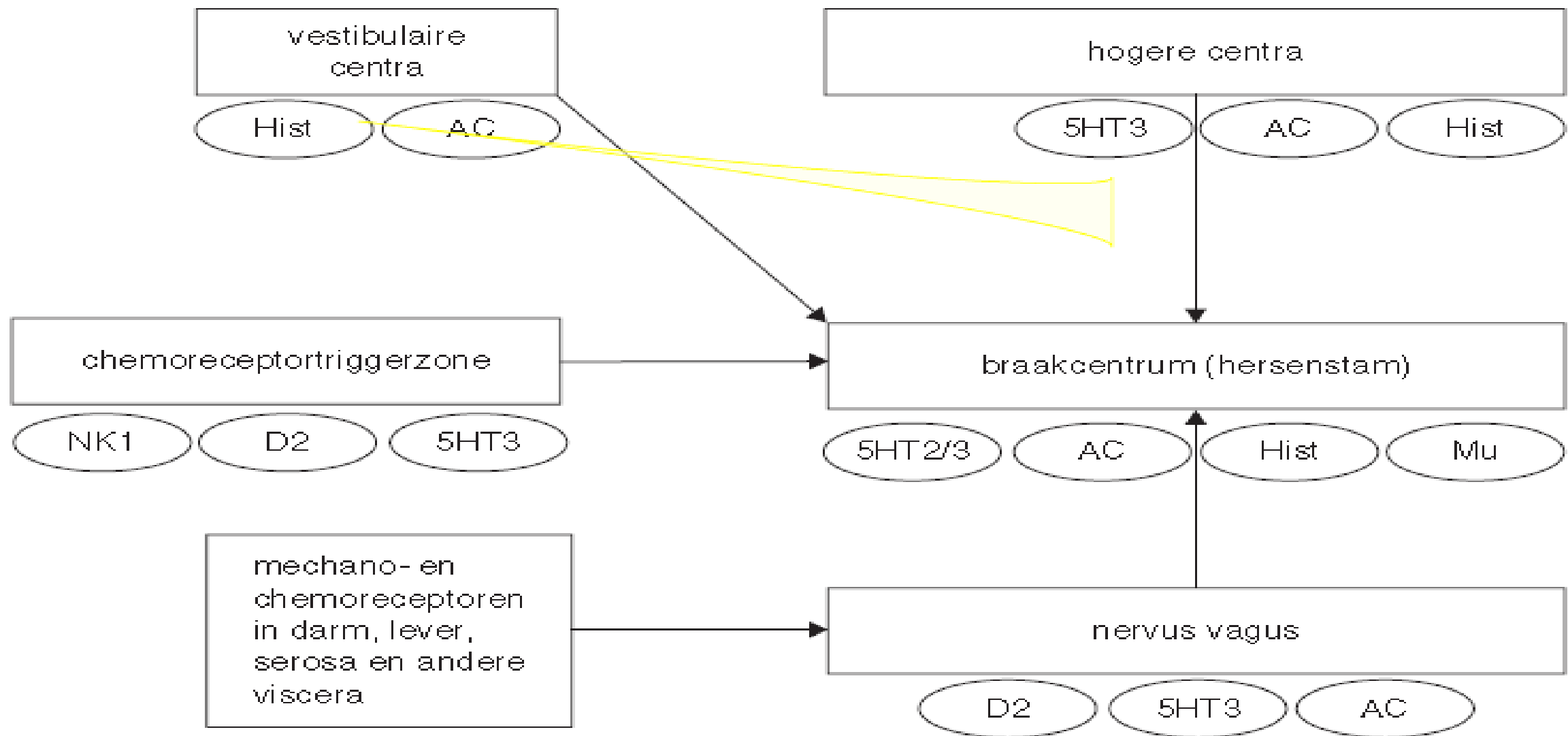
5. Wat moet er nu gebeuren? Wat zijn daarbij de prioriteiten?

Klinisch redeneren (breed denken)

Fase 1 Vraagverheldering	Fase 2 Diagnostiek	Fase 3 Het beleid
Contactreden Aanleiding Hulpvraag- verwachting Hoofdklacht-nevenklacht	Speciële anamnese Hypothesetoetsende vragen Algemene anamnese met daarin de tractus anamnese Lichamelijk onderzoek Aanvullend onderzoek	Uitleg en informatie over de bevindingen en de DD Bespreken beleid Uitvoeren beleid

V	Voorgeschiedenis	Welke aandoeningen, operaties heeft de patiënt de afgelopen jaren doorgemaakt
A	Aard:	Aard van de klacht, wat voor soort vermoeidheid, wat voor soort pijn (stekend, drukkend, zeurend, bonkend, enz).
L	Lokalisatie:	Waar zit het precies? Mogelijk kan de patiënt het aanwijzen of omschrijven. Zijn er op andere plekken ook klachten? Is er sprake van uitstraling, en zo ja waarheen dan?
T	Tijd:	Hoe lang bestaat de klacht al (uren tot maanden)? Wanneer is het begonnen en is het geleidelijk of acuut begonnen? Is er sprake van aanvallen of is het meer continu? Neemt het toe, af of blijft het min of meer gelijk? Heeft de patiënt een dergelijke klacht als eens eerder gehad
I	Intensiteit:	Hoe hevig is de klacht? Heeft de klacht invloed op het dagelijks leven (privé, werk, slapen en dergelijke)? Opvatting en beleving van de klacht
S	Samenhang:	Hypothese toetsende vragen

Breeddenkend uit schema bv Misselijkheid



Hist = histaminereceptor; AC = acetylcholine (muscarinereceptor);

NK1 = neurokinine-1-receptor; D2 = dopamine-2-receptor;

5HT3 = serotoninereceptor; Mu = opioïdreceptor.



		Somatisch				psychisch
	Thorax			Abdomen		
Thorax wand		In de thorax				
Botaandoening	Tumor, fractuur	Hart	Ischemie: angina pectoris, hartinfarct pericarditis	galblaas	stenen	Hyperventilatie angststoornis
Spieraandoening	Trauma intercostaal spieren, myalgie	Longaandoening	Pneumonie Pleuritis Pneumothorax longembolie	maag	Ulcus perforatie	
Huidaandoening	Herpes zoster	vaten	Aneurysma ¹ dissecans van de thoracale aorta			
	furunkel	<u>oesofagus</u>	Reflux <u>spasmen</u>			
kraakbeen	Syndroom van Tietze ⁰					

Dank voor de aandacht

Ijbelien Jungen