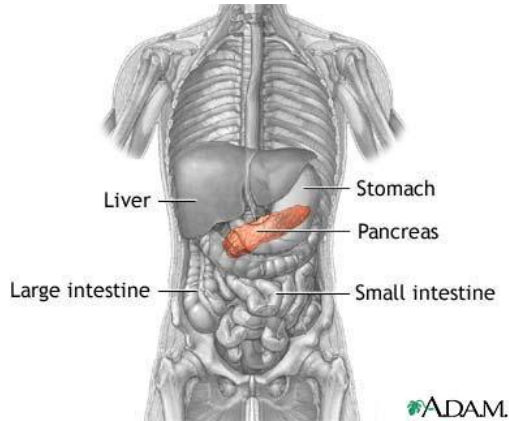


5.1.4 DIABETES - SUIKERZIEKTE

5.1.4.1 DE PANCREAS



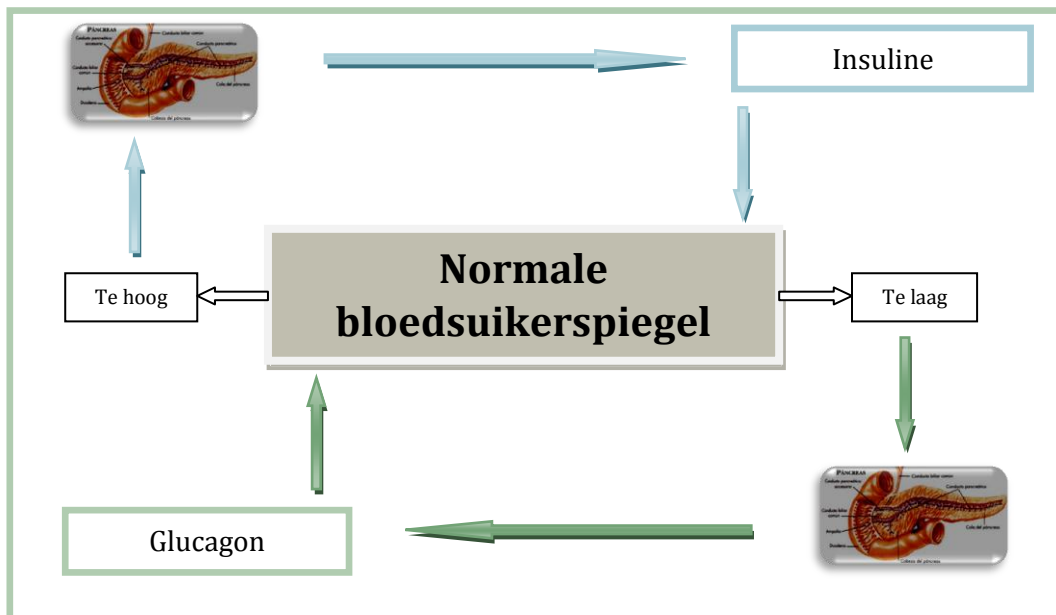
Figuur 1: De ligging van de pancreas

De pancreas of de alvleesklier is een klier die gelegen is in de buikholte, deels achter de maag en de twaalfvingerige darm (duodenum). De pancreas bestaat uit een pancreaskop en pancreasstaart.

De pancreas produceert en scheidt verteringsappen af (exocriene functie). Het zorgt ook voor de productie en afscheiding van bepaalde hormonen (endocriene functie), onder andere insuline en glucagon die belangrijk zijn voor de glucosetofwisseling.

5.1.4.2 INSULINE

Het lichaam streeft altijd naar een evenwicht. Dit is onder andere het geval voor de bloedsuikerspiegel of de glycemie. Een normale bloedsuikerspiegel ligt tussen 80 en 120 mg/dl bloed. Bij het stijgen of dalen van deze waarde gaat het lichaam ervoor zorgen dat de spiegel terug normaal worden. Insuline (en glucagon) speelt hierin een belangrijke rol.



Figuur 2: Handhaving normale bloedsuikerspiegel - Schematisch

Insuline is een hormoon dat wordt gemaakt door de betacellen van het pancreas, in de eilandjes van Langerhans. De functie van insuline is:

- ✚ Het transport van glucose vanuit het bloed naar de lichaamscel bevorderen (waar ze kan dienen als brandstof voor de verbranding)
- ✚ Het omzetten van glucose in glycogeen dat in de lever en de spieren wordt opgeslagen. Glycogeen vormt een soort buffer voor glucose tijdens periodes van vasten
- ✚ Het teveel aan glucose omzetten in vet

De tegenhanger van insuline, die eveneens in de pancreas wordt geproduceerd, is glucagon. Glucagon zorgt er onder andere voor dat glycogeen terug wordt omgezet in glucose en naar het bloed wordt getransporteerd zodat de bloedsuikerspiegel verhoogt.

5.1.4.3 DIABETES MELLITUS

Suikerziekte of ook wel diabetes mellitus genaamd, is een chronische ziekte van het endocriene of hormonenstelsel, waarbij onvoldoende insuline wordt geproduceerd ofwel waarbij een ongevoeligheid voor het effect van insuline bestaat. Het gevolg is een onvoldoende opname van suiker, vanuit de voeding, in de cel om daar als energiebron te dienen, waardoor de bloedsuikerwaarde stijgt (hyperglycemie).

Het is een veel voorkomende chronische ziekte die enkele ernstige risico's in houden, waaronder:

- ✚ Verhoogd overlijdensrisico door hart- en vaatlijden
- ✚ Verhoogd risico op visusproblemen
- ✚ Verhoogd risico op nieraantasting

Er bestaan verschillende vormen van diabetes:

- ✚ Diabetes type 1
- ✚ Diabetes type 2
- ✚ Zwangerschapsdiabetes

A. DIABETES TYPE 1



Diabetes type 1 wordt ook wel Insuline Dependente Diabetes Mellitus, kortweg IDDM genoemd of juveniele diabetes. Het komt minder voor dan type 2 en treft meestal kinderen en jonge volwassenen (<30jaar).

Bij diabetes type 1 is er geen of bijna geen insulineproductie meer door de alvleesklier, waardoor glucose niet meer in de cellen wordt opgenomen. Deze groep van patiënt moet levenslang met insuline-inspuitingen behandeld worden.

Figuur 3: Inspuiten van insuline door middel van een insulinepen in de bovenarm



Kenmerkend voor deze vorm van diabetes is:

- + Veel urineren (polyurie) omdat glucose in de urine veel water onttrekt
- + Veel drinken (polydipsie) om het vochttekort te compenseren
- + Calorieverlies (polyphagie) waardoor de patient gewicht gaat verliezen en gaat verzwakken
- + Acetongeur in de adem

B. DIABETES TYPE 2



Andere benamingen voor diabetes type 2 zijn ouderdomsdiabetes of Niet Insuline Dependente Diabetes Mellitus, kortweg NIDDM. Het grootste gedeelte van de diabetici heeft een type 2. Bij dit type zijn er 2 belangrijke risicofactoren: erfelijkheid en overgewicht (obesitas).

Figuur 4: Overgewicht als risicofactor voor type 2 diabetes

Bij het type 2 produceert de alvleesklier wel nog insuline, maar, er is een vertraagde insuline afgifte of er bestaat een resistentie voor deze insuline. Kenmerkend voor deze vorm van diabetes is:

- + Veel urineren (polyurie) omdat glucose in de urine veel water onttrekt
- + Veel drinken (polydipsie) om het vochttekort te compenseren
- + Overgewicht (in tegenstelling tot type 1)
- + Moeheid

Meestal zijn deze patiënten afhankelijk van orale medicatie (orale antidiabetica) en dieetmaatregelen.

C. ZWANGERSCHAPSDIABETES

Zwangerschapsdiabetes komt weinig voor, meestal in de tweede helft van de zwangerschap. Ze ontstaat omdat de moederkoek of placenta een aantal hormonen aanmaken die de normale werking van insuline tegengaan. In de meeste gevallen verdwijnt de insulineresistentie enkele dagen na de bevalling en verdwijnt hierbij ook de diabetes.

5.1.4.4 URGENTIES

Bij diabetici bestaan 2 soorten urgenties die belangrijk zijn om weten voor de ambulancier: de hypoglycemie en de hyperglycemie.

3

A. HYPOGLYCEMIE

Hypoglycemie betekent een te lage bloedsuikerspiegel, met andere woorden $<80\text{mg/dl}$. Hypoglycemie veroorzaakt stemmingsstoornissen (angst, verwardheid, agressie), hoofdpijn,



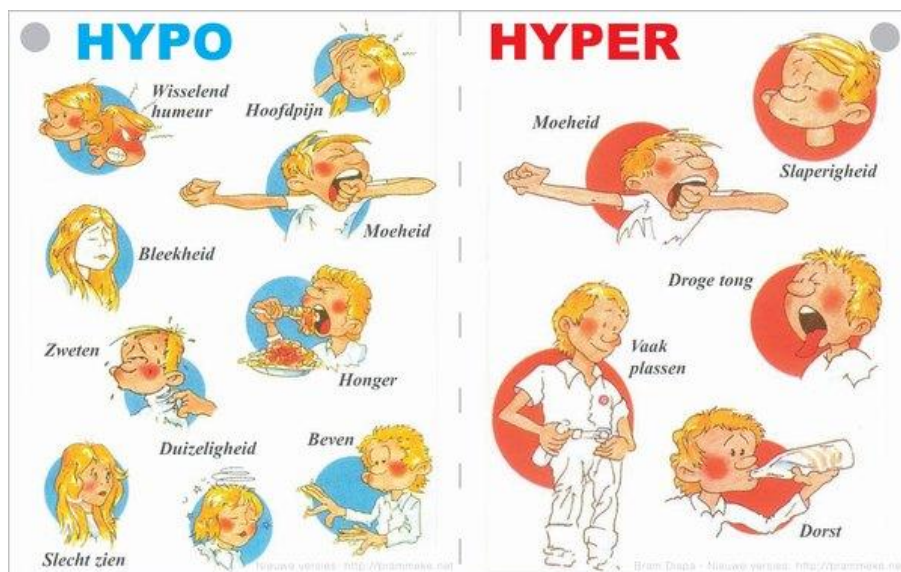
beven, bleekheid of stoornissen in het gezichtsvermogen. De persoon is moe en heeft een versneld hartritme. Hypoglycemie kan leiden tot coma wanneer men niet snel op de symptomen reageert. Oorzaken van hypoglycemie zijn:

- Teveel aan insuline geïnjecteerd
- Uitstel van maaltijd of onvoldoende eten
- Verhoogd verbruik van glucose (inspanning)

B. HYPERGLYCEMIE

Hyperglycemie betekent een te hoge bloedsuikerspiegel, met andere woorden $>120\text{mg/dl}$. Symptomen bij hyperglycemie zijn: dorst, veel plassen (polyurie), vermoeidheid, droge tong en verlies van eetlust. Oorzaken van hyperglycemie zijn:

- ✚ Ongekende diabetes
- ✚ Slecht behandelde diabetes
 - Onvoldoende therapietrouw
 - Overslaan van medicatie of insuline
 - Onvoldoende effect van medicatie
 - Foutieve hoeveelheid insuline
 - Dieetfouten
- ✚ Ziekte (grotere insulinebehoefte)
- ✚ Gebruik van medicatie (b.v. cortisonepreparaten) die de bloedsuiker kunnen beïnvloeden



Figuur 5: Hypo- en hyperglycemie – Symptomen

5.1.4.5 WAT DOE JE ALS AMBULANCIER

Als ambulancier moet je bij voldoende informeren naar de medische voorgeschiedenis van de patient. Indien deze wordt behandeld omwille van diabetes moet je rekening houden met de mogelijkheid dat de patient een hypo- of hyperglycemie kan doen.



Controleer de vitale parameters en vraag de M.U.G. indien het bewustzijn gestoord is. Ondertussen zorg je voor een vrije luchtweg. Zonodig zorg je voor aspiratie indien de patient braakt.

Een extra belangrijke parameter is het meten van de glycemie door middel van een glucometer die vele diabetespatiënten normaliter bezitten. Indien een te lage waarde wordt gemeten en de patient bij bewustzijn is, mag je als ambulancier suiker geven aan de patient (bvb. Een glas cola of druivensuiker). Indien er een gestoord bewustzijn is zal de M.U.G. via het infuus glucose toedienen. Bij hypoglycemie kan het zijn dat de familieleden, die op de hoogte zijn van de diabetes van hun familielid, een spuit glucagon willen injecteren. Laat dit gebeuren omdat dit zorgt voor stijging van de glucose in het bloed. Meld het gebruik van glucagon aan de M.U.G. arts.



Figuur 6: Glucagon kit voor diabetici

5.1.5 EPILEPSIE – STUIPEN

5.1.5.1 WAT IS EPILEPSIE

Hersencellen wisselen continu informatie uit en normaal gezien gebeurt dat op een gestructureerde manier. Er bestaat een soort netwerk van elektrische aansluitingen tussen verschillende hersencellen. Bij een epilepsieaanval is er een verstoring van deze elektrische activiteit in de hersenen. Er is dus een tijdelijke fout in het netwerk van aansluitingen. De storing kan beperkt blijven tot een bepaald gebied of zich door de gehele hersenen uitbreiden.

Meestal is epilepsie het gevolg van een beschadiging van de hersenschors na infectie, hersentrauma, hersenbloeding of na een hersenoperatie. Andere oorzaken zijn vaatmisvormingen in de hersenen en hersentumoren. Patienten die gekend zijn met epilepsie worden onder andere behandeld met medicatie (anti-epileptica) die de kans op aanvallen moet verhinderen. Sommige factoren kunnen epilepsie-aanvallen uitlokken:

- ✚ Vergeten om medicatie in te nemen
- ✚ Alcoholgebruik
- ✚ Gebruik van stimulerende drugs
- ✚ Gebrek aan slaap
- ✚ Hypoglycemie
- ✚ Lichtflitsen

5.1.5.2 SOORTEN EPILEPSIE

5

Er bestaan verschillende soorten van epilepsie-aanvallen. Grotendeels kunnen we de aanvallen indelen in partiële en generaliseerde aanvallen.



Bij partiële epilepsie ontstaan lokaal stoornissen in de hersenen. De verschijnselen die optreden zijn afhankelijk van de functie van het betreffende hersendeel. De aanval kan zich uitbreiden en zelfs gegeneraliseerd worden.

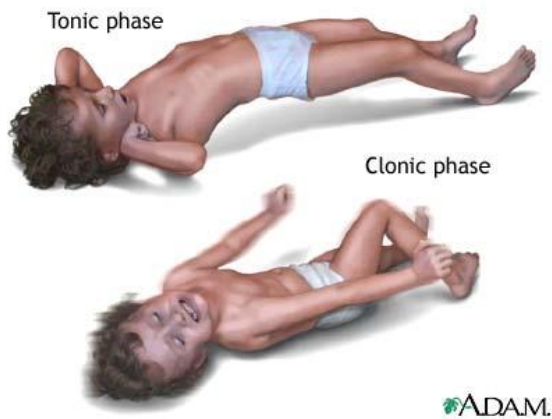
Afhankelijk van de complexiteit van de aanval, kunnen bewustzijnsstoornissen optreden of niet. Andere mogelijk symptomen zijn onder andere:

- ✚ Trekkingen van een arm of een been
- ✚ Stereotype bewegingen (vb. friemelen met de handen, smakkende mondbewegingen, ...)
- ✚ Reuk- of smaakhallucinatie
- ✚ Tijdelijke spraakstoornis (afasie)
- ✚ Gedragsstoornissen

B. GEGENERALISEERDE AANVALLEN

De 2 meest gekende gegeneraliseerd aanvallen zijn de tonisch-clonische aanval en de absence

Tonisch-clonische aanval (vroeger Grand Mal genoemd)



De naam “vallende ziekte” komt voort uit deze aanval. Aan deze aanval gaat vaak een vreemd gevoel of een aura vooraf. Bij de aanval zelf verliest de patiënt het bewustzijn en ontstaat een gehele verkramping van het lichaam. Dit is de tonische fase. Hierbij kan een tongbeet voorkomen. Na korte tijd ontstaan steeds heftiger spierschokken, de clonische fase. De ogen staan vaak open en zijn weggedraaid. Er is nogal eens incontinentie voor urine en stoelgang. Omdat de ademhaling even stopt door de kramp, wordt de patiënt eerst rood en daarna blauw. Er volgt een blazende ademhaling met schuim op de mond.

Figuur 7: Tonisch-clonische aanval

Na de aanval gaat de patient in een verwarde toestand ontwaken, niet weten wat er is gebeurd. Hoofdpijn komt eveneens ook voor na de aanval. Dergelijke aanvallen kunnen elkaar soms voortdurend opvolgen, zodat het bewustzijn tussendoor in het geheel niet meer helder wordt. Dit heet men status epilepticus en dit is een gevaarlijke toestand, omdat door zuurstofgebrek hersenbeschadiging kan optreden.




Absences (vroeger Petit Mal genoemd)

Deze vorm van epilepsie wordt gekenmerkt door een korte aanval met daling van het bewustzijn. Deze aanvallen kunnen vaak zo kort van duur zijn dat ze onopgemerkt voorbijgaan. Het hoofd kan eventjes knikken, de spraak kan enkele seconden stikken en dan weer normaal verder gaan of een wezenloze blik (staren) kan de aanval kenmerken. Soms treden enkele schokken in de arm op of knippert de patiënt even met de oogleden. Ook zuig- en kauwbewegingen doen zich vaak voor. Deze aanval komt het meest voor bij kinderen.

5.1.5.2 WAT IS JE TAAK ALS AMBULANCIER BIJ EPILEPSIE

Als ambulancier is het belangrijk dat de aanval goed wordt geobserveerd indien deze nog bezig is bij uw aankomst. Deze observatie kan belangrijk zijn voor de verdere diagnose door de behandelend arts. Meestal tref je echter de patient aan na de aanval, waardoor de getuigenis van getuigen belangrijk wordt. Vraag eventuele omstaanders of familie als de patient gekend is met epilepsie of medicatie neemt hiervoor.

Let op tekenen die kunnen wijzen op epilepsie:

-  Urineverlies
-  Tongbeet
-  Suffe, verwarde patient

Indien het gaat om een status epilepticus moet de M.U.G. gealarmeerd worden. De M.U.G.-arts zal meestal medicatie geven via een infuus die de aanval moet stoppen. In afwachting van de M.U.G. zorg je voor de veiligheid van de patient zodat deze zich niet kan verwonden tijdens de aanval. Probeer niets tussen de tanden te krijgen van de patient, dit is onmogelijk en verhoogt het risico op letsels aan de tanden of in de mond. Na de aanval zorg je voor een vrije luchtweg en geef je de patient 100% zuurstof. Leg de patient bij voorkeur in een laterale veiligheidshouding en hou aspiratie bij de hand

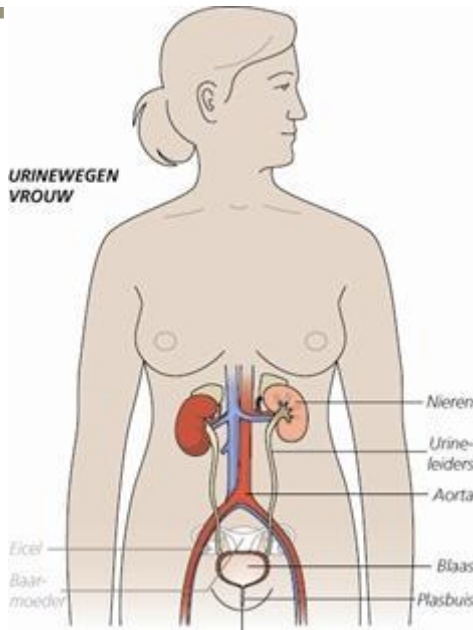
5.1.6 PLOTSE BUIKPIJN

Plotse buikpijn kan vele oorzaken hebben. Als ambulancier is het echter niet je taak om een diagnose te stellen, doch, een beperkte kennis over de mogelijk oorzaken is wel noodzakelijk. Enkele oorzaken van plotse of acute buikpijn die hier kort worden besproken zijn:

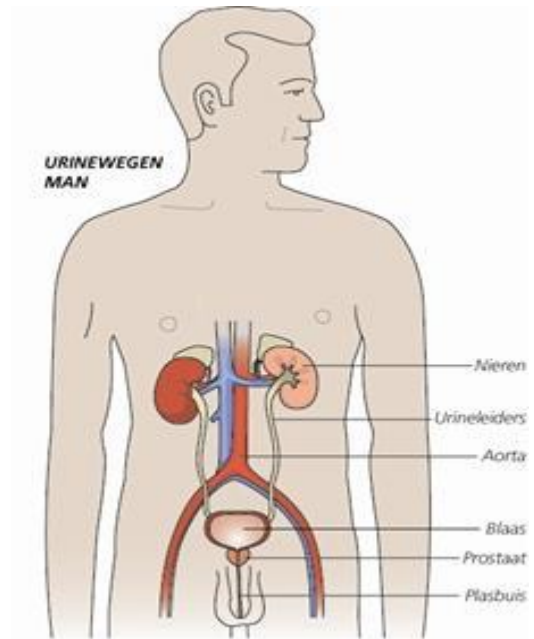
1. Nierstenen - Nierkolieken
2. Blindedarmontsteking
3. Galblaasontsteking
4. Alvleesklierontsteking
5. Rupturerend buikaneurysma
6. Buitenbaarmoederlijke zwangerschap

5.1.6.1 NIERSTENEN – NIERKOLIEKEN

De nieren vormen continue urine, dit om het overtollige vocht, mineralen en afvalstoffen uit het lichaam te verwijderen. De gevormde urine wordt via de urineleiders (ureters) naar de blaas gekanaliseerd. De blaas vormt een soort reservoir. Vanuit de blaas gaat de urine via de plasbuis (urethra) naar de buitenwereld.

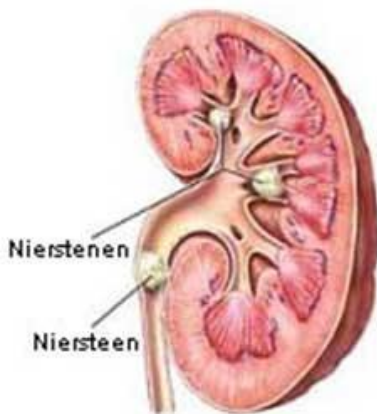


Figuur 8: De urinewegen van de vrouw



Figuur 9: De urinewegen van de man

Wanneer de afvoer van de urine vanuit de nieren naar de blaas wordt belemmerd, dan ontstaat pijn. Deze pijn heet men nierkolieken. De belemmering wordt meestal veroorzaakt door de aanwezigheid van nierstenen in de nier of in de urineleiders. Deze nierstenen worden gevormd in de nier en bestaan uit afvalstoffen en mineralen (vb. kalkstenen).



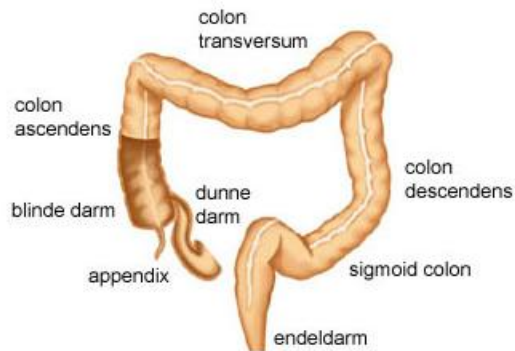
Een patient met nierkolieken klaagt van een plotse, hevige pijn in de nierstreek (links of rechts) die kan uitstralen naar de liesstreek. Deze pijn gaat gepaard met een bewegingsdrang. De patient weet niet hoe zich te positioneren en loopt of kruipt continu rond. De patient kan ook last hebben van misselijkheid en braken. Wanneer de niersteen redelijk is doorgezakt tot tegen de blaas, kunnen nierkolieken gepaard gaan met plasdrang. Soms is er bloed merkbaar in de urine, dit door beschadiging van de binnenwand van de urineleiders. Nierstenen kunnen ook tekenen van infectie geven, meerbepaald koorts en kouderillingen.

Figuur 10: Nierstenen

Patienten met nierkolieken worden op een comfortabele manier naar het ziekenhuis gebracht. Soms kan het zijn dat de aanwezige huisarts reeds medicatie heeft toegediend om de pijn te bestrijden. Het meten van de lichaamstemperatuur bij rillingen kan een interessante aanvullende parameter zijn. In het ziekenhuis wordt de steen op natuurlijke wijze uitgescheiden. Indien dit niet lukt wordt deze operatief door middel van kijkoperatie verwijderd of wordt de steen verbrijzeld door een steenverbrijzelaar.

5.1.6.2 ONTSTEKING VAN DE APPENDIX

De appendix is een wormvormig aanhangsel ter hoogte van de blindedarm (caecum). Het aanhangsel kan tot 15cm lang zijn. Het is gelegen in het kwadrant rechtsonder van de buik, ook wel de rechter fossa iliaca genoemd. Ontsteking van de appendix (appendicitis) komt meestal voor op jongere leeftijd, doch, dit kan ook optreden op volwassen en oudere leeftijd.

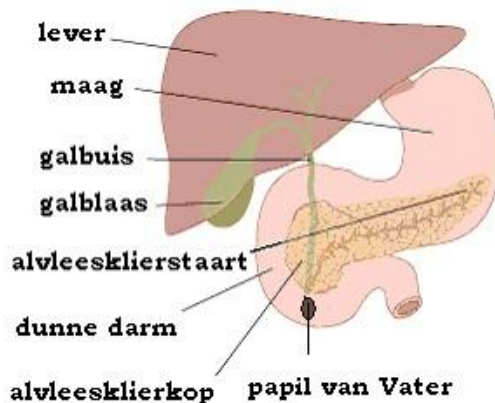


Figuur 11: De appendix

Het grote gevaar van een appendicitis is perforatie van de appendix, waardoor ontsteking van het buikvlies kan optreden (peritonitis). Daarom moeten deze patient altijd naar een ziekenhuis worden gebracht waar de appendix operatief zal worden verwijderd (appendectomie).

De patient klaagt over een stekende pijn in de rechter onderbuik. Meestal is deze pijn begonnen ter hoogte van de navel en is pas later uitgezakt naar deze streek. De pijn gaat gepaard met misselijkheid en braken. De patient heeft een verminderde eetlust. Koorts komt meestal voor. De patient heeft ook tekenen van een geprikkeld buikvlies, meerbepaald drukpijn bij palpatie van de rechter onderbuikstreek en loslaatpijn die ontstaat bij het plots lossen van deze druk.

5.1.6.3 GALBLAASONTSTEKING



Figuur 12: De galblaas

Een ontsteking van de galblaas (cholecystitis) wordt meestal veroorzaakt door galstenen die de galwegen afsluiten. Hierdoor kan de gal niet meer afvloeien en hoop deze op in de galblaas waardoor deze gaat ontsteken.

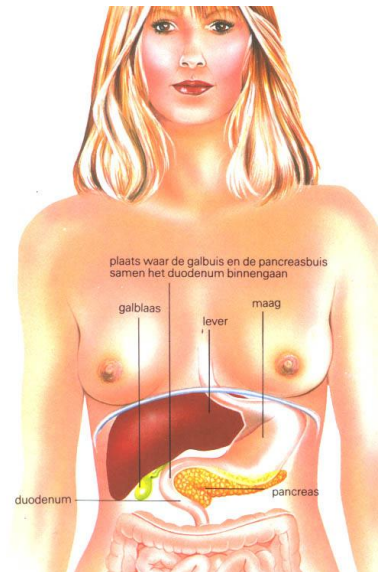
De galblaas ligt onder de lever en is verbonden met de lever door middel van de galbuis. De galblaas slaat gal op, die door de lever wordt geproduceerd. Deze gal wordt afgescheiden via de centrale galgang (ductus choledochus) naar de darm als vethoudend voedsel de dunne darm binnenkomt. Gal bevat stoffen die vet afbreken. De galblaas heeft ook een wateronttrekkende werking op de gal die hierdoor wordt ingedikt en daardoor een typische groene kleur krijgt.

De patient met galblaasontsteking klaagt over pijn in de rechter bovenbuik, die uitstraalt naar de rug. Soms wordt de pijn erger bij inademen. Bij palpatie is de rechter bovenbuik ook gevoelig. De patient heeft koorts, is misselijk en moet braken.

5.1.6.4 ALVLEESKLIERONTSTEKING

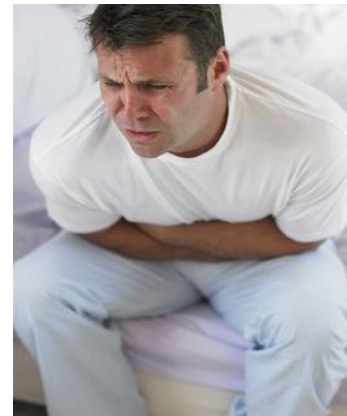
De alvleesklier of pancreas is een klier die gelegen is de buikholte, gedeeltelijk achter de maag en de twaalfvingerige darm (duodenum). Het bestaat uit een kop en een staart. De alvleesklier produceert verteringssappen die verteringsenzymen bevatten. Deze verteringssappen worden afgescheiden in de twaalfvingerige darm via de alvleesklierwegen. De alvleesklier is ook belangrijk voor de productie van onder andere insuline en glucagon (zie "Suikerziekte").

Ontsteking van de alvleesklier wordt voor een groot deel veroorzaakt door chronisch alcoholgebruik, waardoor de alvleesklierwegen vernauwen en gaan verstopen. Een tweede veel voorkomende oorzaak van ontsteking, zijn galstenen die de uitmonding van de alvleesklierwegen gaat verstopen.



Figuur 13: De pancreas

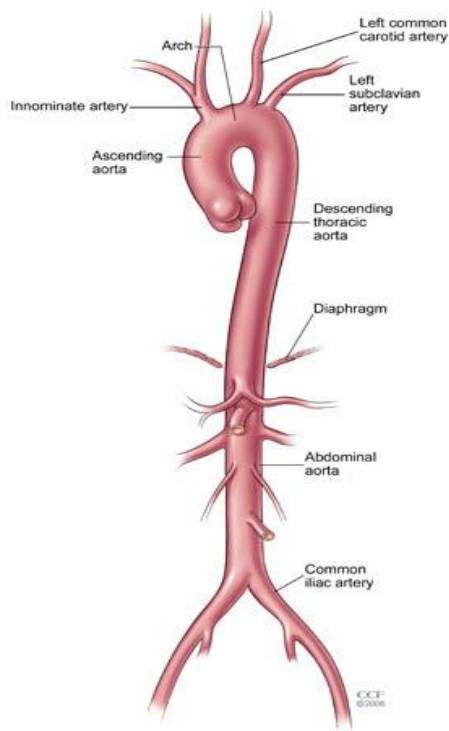
Hierdoor gaan de verteringsenzymen uit de verteringssappen, de alvleesklier gaan afbreken met ontsteking als gevolg. Een aanval van acute pancreatitis kenmerkt zich vooral door plotseling optredende hevige buikpijn in de bovenbuik. De pijn kan uitstralen naar de rug, linkzijdig of linkerschouder. Karakteristiek hierbij is dat de patiënten de neiging hebben om voorovergebogen te gaan zitten, met de knieën opgetrokken voor de borst. Door deze houding staat er minder druk op de buik, waardoor de pijn iets afneemt. De patiënten zijn misselijk en moeten braken. Deze klachten verergeren na een maaltijd. Koorts is eveneens een algemeen voorkomende klacht bij een pancreatitis.



Figuur 14: Typische houding bij alvleesklierontsteking

5.1.6.5 RUPTUREREND ABDOMINAAL ANEURYSMA

De aorta is een belangrijke slagader die het bloed vanuit de linker kamer naar gans het lichaam brengt. De aorta loopt in de borstholte, de buikholte en splits in het bekken naar de 2 benen toe. De wand van de aorta kan tijdens zijn verloop gaan verwijderen. We noemen dit een aneurysma. Deze verwijding ontstaat door een zwakke plek in de wand van dit bloedvat. Dit veroorzaakt meestal geen ernstige klachten en het wordt in de meeste gevallen bij toeval ontdekt. Het grote gevaar van een aneurysma is dat het kan barsten. Als dat gebeurt, is de kans dat de patient overlijdt groot. Veel mensen hebben echter een aneurysma, zonder dat zij daar ooit problemen mee krijgen.

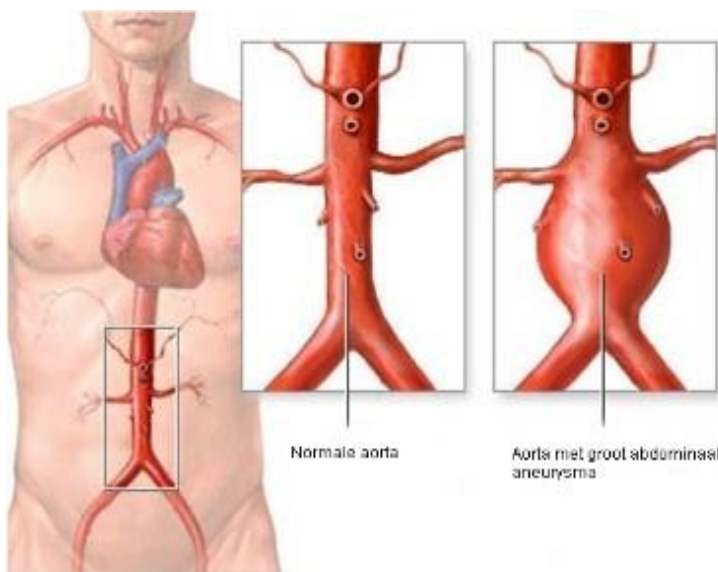


Wanneer het aneurysma voorkomt ter hoogte van de aorta die verloopt in de buikholte, dan wordt dit een abdominaal aorta aneurysma genoemd. Een aneurysma is meestal het gevolg van slagader-verkalking. Bepaalde risicofactoren die het ontstaan van aneurysma van de aorta van de buik in de hand werken zijn vooral: mannelijk geslacht, hoge leeftijd, roken en hoge bloeddruk. Een aneurysma geeft in principe geen klachten. Meestal wordt een aneurysma dan ook bij toeval ontdekt. Zo kan bij lichamelijk onderzoek van de buik boven de navel een kloppende zwelling gevoeld worden. Een enkele keer veroorzaakt het aneurysma vage rugklachten en pijn in de buik. Dit kan betekenen dat het aneurysma dreigt te scheuren (=ruptuur).

Figuur 15: De aorta en zijn verloop

Een geruptureerd aneurysma veroorzaakt een plotse hevige buikpijn gepaard met rugpijn. Sommige patiënten klagen over een doffe pijn in de buik in de uren of soms dagen voor de acute fase, meestal veroorzaakt door een acute groei van het aneurysma dagen voor de ruptuur. De patient kan bij ruptuur tekenen van shock vertonen. Het acute bloedverlies is de reden waarom snel chirurgisch ingrijpen bij een mogelijk geruptureerd aneurysma absoluut noodzakelijk is. De kans op overleving is direct afhankelijk van de snelheid waarmee de patiënt op de operatietafel ligt.

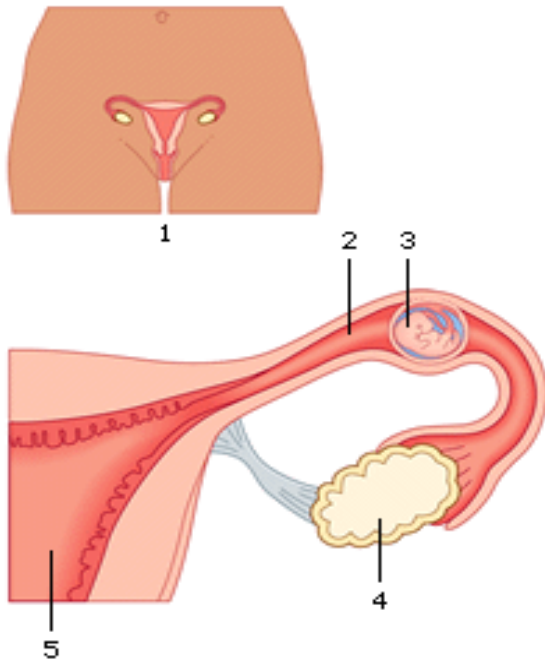
Wanneer een patient met buikpijn tekenen van shock vertoont, dan moet de ambulancier M.U.G.-assistentie vragen. Ondertussen geef je de patient 100% zuurstof. Je legt de patient plat met de benen in hoogstand. Regelmatige hercontrole van de vitale parameters is belangrijk om de evolutie in de toestand te kunnen inschatten.



Figuur 16: Aneurysma van de abdominale aorta

5.1.6.6 EXTRA-UTERIENE ZWANGERSCHAP

Een bevruchte eikel moet zich normaliter innestelen in de baarmoeder. Wanneer het bevruchte eitje zich op een andere plaats innestelt dan in de baarmoeder, spreken we van een buitenbaarmoederlijke zwangerschap. Andere benamingen zijn ectopische zwangerschap, extra-uteriene zwangerschap of tubaire zwangerschap. Het eitje kan zich zowel in de eierstokken,



eileiders (=meestal) of in de buikholte nestelen. Dit is een ernstige toestand die, levensbedreigend kan worden. De eileider is namelijk niet berekend op een zwangerschap. Wanneer het embryo groeit en de eileider uitzet, dan zal deze uiteindelijk barsten.

Bij een buitenbaarmoederlijke zwangerschap is in het begin niets abnormaals te merken. De maandstonden zullen wel uitblijven, maar een zwangerschapstest kan negatief zijn. Het eerste teken is meestal continue buikpijn en een beetje vaginaal bloedverlies (donkerbruin van kleur). Naarmate de zwangerschap vordert nemen de pijn en de bloedingen toe. Er kan hevige buikpijn ontstaan wanneer er een beetje bloed van de eileiders in de buikholte lekt. Bij ernstige inwendige bloedingen kan de patient tekenen van shock vertonen.

Figuur 17: Buitenbaarmoederlijke zwangerschap

Als ambulancier moet je bij acute buikpijn bij een jonge vrouw denken aan de mogelijkheid van een extra-uteriene zwangerschap. Vraag dus aan de patient of er een mogelijkheid bestaat of zij zwanger is. De patient moet altijd vervoerd worden naar een ziekenhuis omdat de behandeling onder andere bestaat uit heekkunde. Bij tekenen van shock moet de M.U.G. gevraagd worden. Ondertussen leg je de patient neer met de benen in hoogstand. Je geeft 100% zuurstof en blijft regelmatig de vitale parameters van de patient controleren.

5.1.6.7 WAT DOE JE BIJ ACUTE BUIKPIJN

De taak van de ambulancier bij acute buikpijn is een goede evaluatie en observatie van de patient. Deze observaties moeten bij aankomst in het ziekenhuis mondeling worden doorgegeven aan de verpleegkundigen, omdat deze kunnen belangrijk zijn in het stellen van een diagnose. Volgende observatiepunten zijn belangrijk:

1. Controleer de vitale parameters, namelijk bewustzijn, ademhaling en circulatie. Bij sommige aandoeningen moet je bedacht zijn op (hypovolemische) shock, zoals ruptuur van een buikaneurysma en een buitenbaarmoederlijke zwangerschap. Een correcte en regelmatige controle van deze vitale parameters zal u vroegtijdig alarmeren bij shock.
2. Buikpijn is een symptoom die altijd aanwezig is. Daarom is het belangrijk om deze buikpijn te evalueren:
 - a. Wanneer is deze buikpijn begonnen?
 - b. Waar is deze pijn gelocaliseerd?
 - i. Overall?
 - ii. Bepaalde plaats?

- c. Wat is de aard van deze buikpijn?
 - i. Continu of intermitterend?
 - ii. Krampen?
 - iii. Stekende pijn?
 - iv. Brandende pijn?
 - v. Uitstraling?
- d. Verminderd de pijn bij een bepaalde positie (bvb bij opgetrokken benen)
3. Zijn er tekenen van infectie?
 - a. Koorts > 38°C
 - b. Koude rillingen
4. Is de patient misselijk of moet hij (bloed)braken?
5. Is er verandering in het stoelgangpatroon?
 - a. Diarree
 - b. Constipatie
 - c. Bloederig
6. Zijn er andere klachten?
 - a. Vaginaal bloedverlies?
 - b. Uitblijven van de maandstonden?
7. Belangrijke voorgeschiedenis:
 - a. Vroegere buikoperaties?
 - b. Abdominale ziekten?

5.1.7 BEWUSTELOOSHEID

Bewusteloosheid kan vele oorzaken hebben:

- ✚ Intoxicaties:
 - Medicatie
 - Drugs – ethyl
 - CO
- ✚ Beroerte
- ✚ Trauma
- ✚ Hypo- en hyperglycemie

Voor de mogelijke oorzaken verwijs ik naar de desbetreffende hoofdstukken.

Belangrijk voor de ambulancier is:

- ✚ Een goede observatie van de omgeving om een eventuele oorzaak te vinden
- ✚ Zorgen voor een vrije luchtweg
- ✚ Glasgow Coma Schaal blijven volgen
- ✚ Pupilcontrole
- ✚ 100% zuurstof geven

5.1.8 SYNCOPE

5.1.8.1 WAT IS EEN SYNCOPE

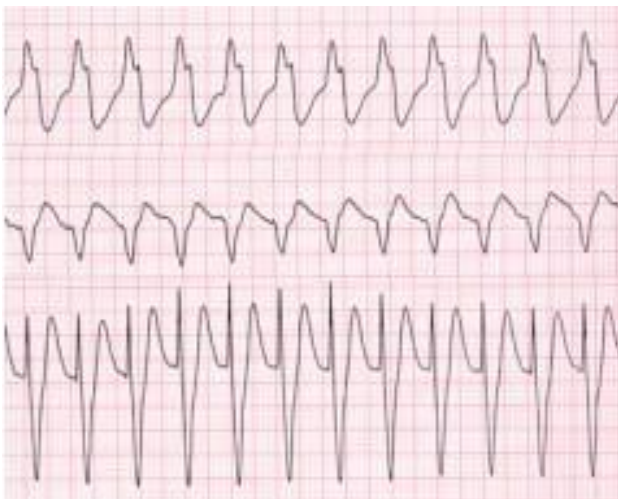
De medische term syncope of collaps of flauwvallen, beschrijft een kortdurende en vanzelf-overgaande bewusteloosheid veroorzaakt door een verminderde bloedtoevoer naar de hersenen, die leidt tot verlies van lichaamshouding (omvallen) door het wegvallen van de spiertonus. Het is een van de meest voorkomende aanleidingen voor het oproepen van een ziekenwagen door de burgers. Het herstel van bewustzijn treedt vrij snel op waardoor dit kenmerk kan helpen bij het onderscheid met bevoorbeeld epilepsie die ook tot omvallen kan leiden.

5.1.8.2 WAT IS GEEN SYNCOPE

Bij toestanden waarbij het bewustzijn niet verloren gaat kunnen we niet spreken over een syncope. Het betreft bvb het hyperventilatiesyndroom en/of angststoornissen. Angst kan op zich weliswaar syncope uitlokken, maar een angstaanval alleen is geen syncope. Een TIA of een beroerte veroorzaken vrijwel nooit bewusteloosheid. Aanvallen van epilepsie worden eveneens niet tot de syncopes onderverdeeld.

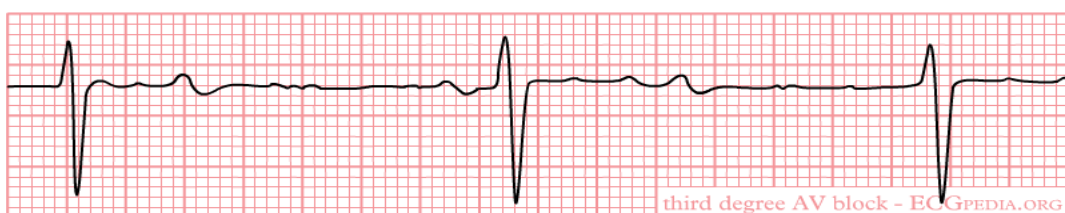
5.1.8.3 WAT ZIJN DE OORZAKEN VAN EEN SYNCOPE

A. HARTRITMESTOORNISSEN



Bij ritmestoornissen gaat het meestal om een versnelling of vertraging van de hartslag tot aan een stilstand toe, waardoor de bloedsomloop vrij abrupt stagneert of stilstaat. Syncope door een ritmestoornis kan onder allerlei omstandigheden optreden, zowel in rust als tijdens inspanning. Mogelijk bijkomende verschijnselen zijn pijn op de borst en hartkloppingen. Denk bij mensen met hogere leeftijd altijd aan de mogelijkheid op syncope door hartritmestoornissen. Naast regelmatige controle van de hartslag en bloeddrukmeting, is monitoring van het hartritme een belangrijk te volgen parameter.

Figuur 18: Ventrikeltachycardie als oorzaak



Figuur 19: 3° graads AV-block als oorzaak

B. VAGALE REACTIE OF VASO-VAGALE SYNCOPE

15

Vasovagale syncope is de meest voorkomende vorm van flauwvallen. De syncope wordt uitgelokt door stimulatie door een bepaalde hersenzenuw, namelijk de “vagus” waardoor een onvoldoende doorbloeding uitgelokt wordt. De vasovagale syncope wordt veroorzaakt door een scala aan factoren:

- ✚ Een pijnlijke of onaangename ervaring (injectie, zien van bloed)
- ✚ Langdurige blootstelling aan hitte
- ✚ Emoties
- ✚ Honger
- ✚ Oververmoeidheid
- ✚ Urineren of ontlasten (relatief vaak bij toiletbezoek 's nachts)
- ✚ Contactlenzen uithalen of inzetten
- ✚ Scheren in de halsstreek

Kenmerkend voor de vasovagale syncope zijn: Lichthoofdigheid, misselijkheid, zweten, bleekheid, zwakke en trage pols, oorsuizen en problemen met het gezichtsvermogen (zwart zien). Deze symptomen zijn tot enkele seconden voor het bewustzijnsverlies aanwezig.

C. FALLEN VAN HET AUTONOME ZENUWSTELSEL

Indien het autonome zenuwstelsel faalt, worden bloedvaten in de benen onvoldoende samengeknepen in staande houding, zodat het bloed onvoldoende teruggevoerd wordt naar het rechter hartgedeelte. De bloeddruk zakt vanaf het moment van opstaan (orthostatische hypotensie) en kan binnen seconden tot vele minuten een niveau bereiken waarbij de hersenen onvoldoende bloed krijgen.

Het komt bij tieners net na de groeispurt vaak voor. Autonoom falen wordt ook wel door medicatie veroorzaakt, vervolgens door ziekten zoals nierziekten en suikerziekte.

5.1.8.4 WAT DOE JE BIJ EEN SYNCOPE

Laat iemand met een syncope op de grond liggen met de benen in hoogstand tot hij zich beter voelt. Laat hem niet te snel rechtop komen omdat dit opnieuw een syncope kan uitlokken. Observeer de vitale parameters en gelaatskleur. Als het bewustzijn niet snel terugkeert kan er iets anders aan de hand zijn en moet de M.U.G. gealarmeerd worden. Bij patiënten met suikerziekte kan het interessant zijn om het bloedsuikergehalte te meten. Bijkomende monitoring van het hartritme en de bloeddruk kan een meerwaarde zijn. Bij misselijkheid of braken moet de patient in een laterale veiligheidshouding worden gebracht. Hou in dit geval een aspiratietoestel bij de hand. Denk er ook aan dat de patient bijkomende letsels kan opgelopen hebben door zijn val. Iedere patient na een syncope moet onderzocht worden door een arts en moet bijgevolg overgebracht worden naar een ziekenhuis.