

A háziorvos feladatai az akut coronariaszindróma ellátásában

Szabó János, Balogh Sándor

THE GENERAL PRACTITIONER'S ROLE IN THE MANAGEMENT OF ACUTE CORONARY SYNDROME

Az akut coronariaszindrómában szenvedő beteg gyógyulásának esélyeit jelentősen befolyásolja a pontos diagnózis felállításának gyorsasága, a szakszerű helyszíni ellátás és a lehető legrövidebb időn belüli – a legoptimálisabb végleges ellátást nyújtó – gyógyintézetbe szállítás.

Igen nagy az első ellátást végző orvos felelőssége, aki gyakran a háziorvos. Típusos mellkasi fájdalom esetén 12 elvezetési EKG készítendő az ellátás helyszínén. Ha szívinfarktus gyanúja merül fel, akkor a betegszállító egység megérkezéséig acetilszalicilsav, gyors hatású sublingualis nitrát, morfiám, kontraindikáció nélküli esetekben béta-receptor-blokkoló, valamint oxigén adása szükséges.

akut coronariaszindróma, háziorvos, helyszíni diagnosztika, beutalás szabályai

The recovery chances of patients with acute coronary syndrome are substantially affected by the time elapsed before the exact diagnosis is set up, by the standards of professional attendance on the spot, and by the speed of transportation to the most adequate medical institution that can offer the patient optimal definitive treatment.

Thus, the responsibility of the physician who first sees the patient, often the general practitioner, is extremely high. In case of typical chest pain a 12-lead ECG should be made on the spot. If acute myocardial infarction is suspected, acetylsalicylic acid, short-acting sublingual nitrate, morphine, beta receptor blocker (if not contraindicated), and oxygen should be administered until the emergency ambulance arrives.

acute coronary syndrome, general practitioner, diagnosis on the spot, rules of referral

dr. Szabó János, dr. Balogh Sándor (levelező szerző/correspondece):
Országos Alapellátási Intézet/National Institute of Primary Care;
H-1135 Budapest, Szabolcs utca 33–35. E-mail: foigazgato@oali.hu

Érkezett: 2006. február 22. Elfogadva: 2006. március 28.

A betegek gyakran fordulnak a háziorvoshoz mellkasi fájdalom, mellkasi panaszok miatt. Ezek oka az esetek egy jelentős részében lehet akut coronariaszindróma (ACS). Akut coronariaszindrómáról beszélünk ST-elevációval járó (STEMI), illetve ST-elevációval nem járó (NSTEMI) myocardialis infarctus, valamint instabil angina esetén. Mivel az utóbbi években jelentősen változott e betegségcsoport hatékony és sikeres gyógykezelése, és ez elsősorban a

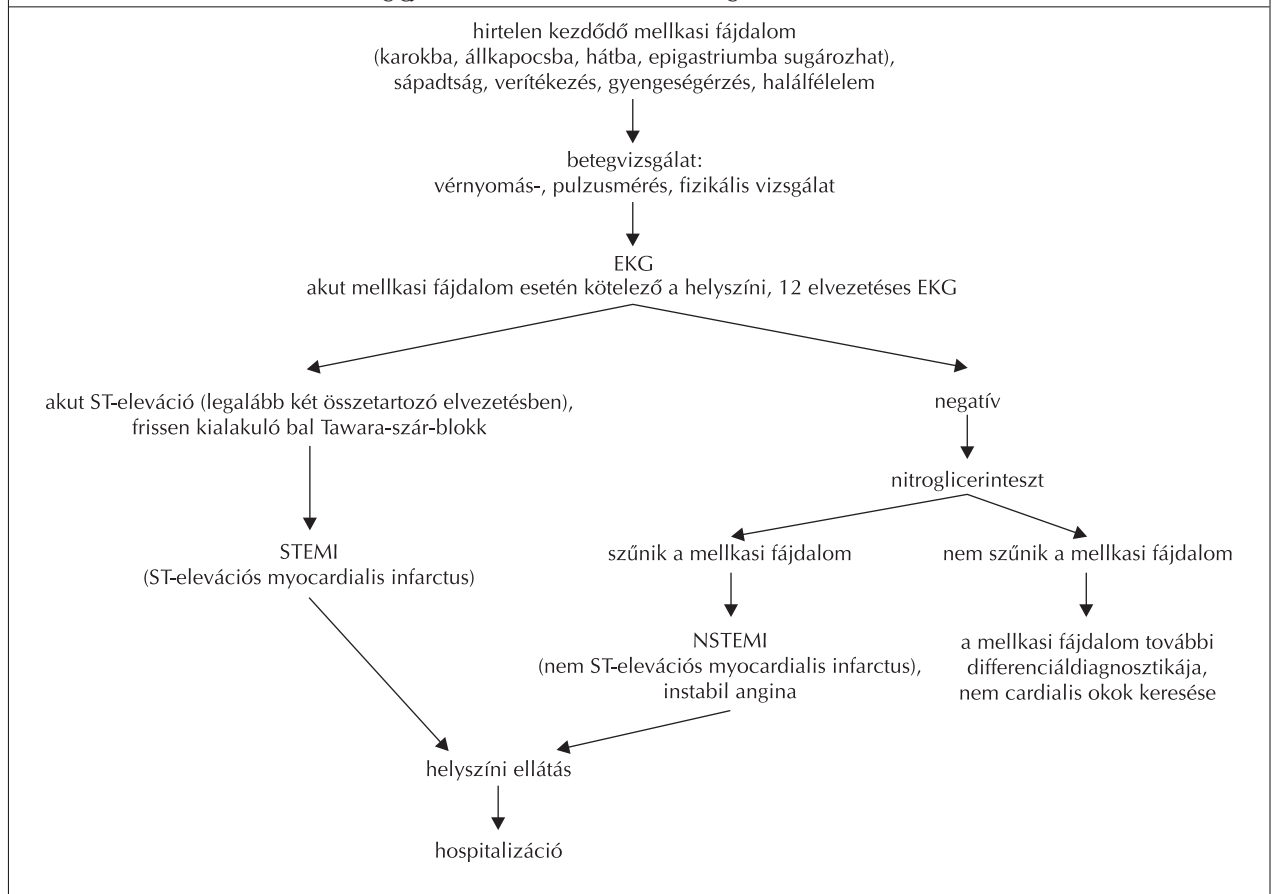
rendelkezésre álló időablaktól függ, határozottan megnőtt az első ellátást végző orvos felelőssége (1).

Panaszok, tünetek

Akut mellkasi fájdalmat panaszoló betegnél mindig gondolni kell akut coronariaszindrómára, ezért ennek kizárását követően szabad csak az akut mellkasi fajda-

1. ÁBRA

Az akut coronariaszindrómás beteg gyors és szakszerű ellátásának algoritmusai – I



lom differenciáldiagnosztikájában továbblépni. A tüneteket az úgynevezett típusos mellkasi fájdalom uralja, amely a légzéstől független, szorító, nyomó, égő jellegű, s a beteg általában a mellkas középvonalában jelzi. A fájdalom gyakran kisugárzik a karokba, gyakrabban a bal karba, az állkapocs irányába, az epigastriumba, illetve a hátba. A fájdalmat jellegzetes vegetatív idegrendszeri panaszok és tünetek kísérik: szürkés-sápadt bőrszín, hűvös végtagok, testszerte észlelhető verítékezés, hányinger, hányás, elesettség, halálfélelem. Akut coronariaszindróma kialakulhat azonban ezen tünetek hiányában is, előfordulhat, hogy a beteg csak bizonytalan mellkasi diszkomfortérzést jelez.

Helyszíni diagnosztika

A helyszíni diagnosztika legfőbb célja az időablak szűkítése, vagyis minél gyorsabban felismerni azokat a betegeket, akiknek sürgősségi kardiológiai ellátásra van szükségük. A mellkasi fájdalom diagnosztikájának elengedhetetlen része a helyszínen készített 12 elvezetéses EKG, amely sohasem mellőzhető! Bár az ST-depresszió és a T-hullám-inverzció egyaránt utalhat myocardialis ischaemiára, specificitásuk az ST-elevációnál jóval kisebb, miközben a 12 elvezetéses EKG

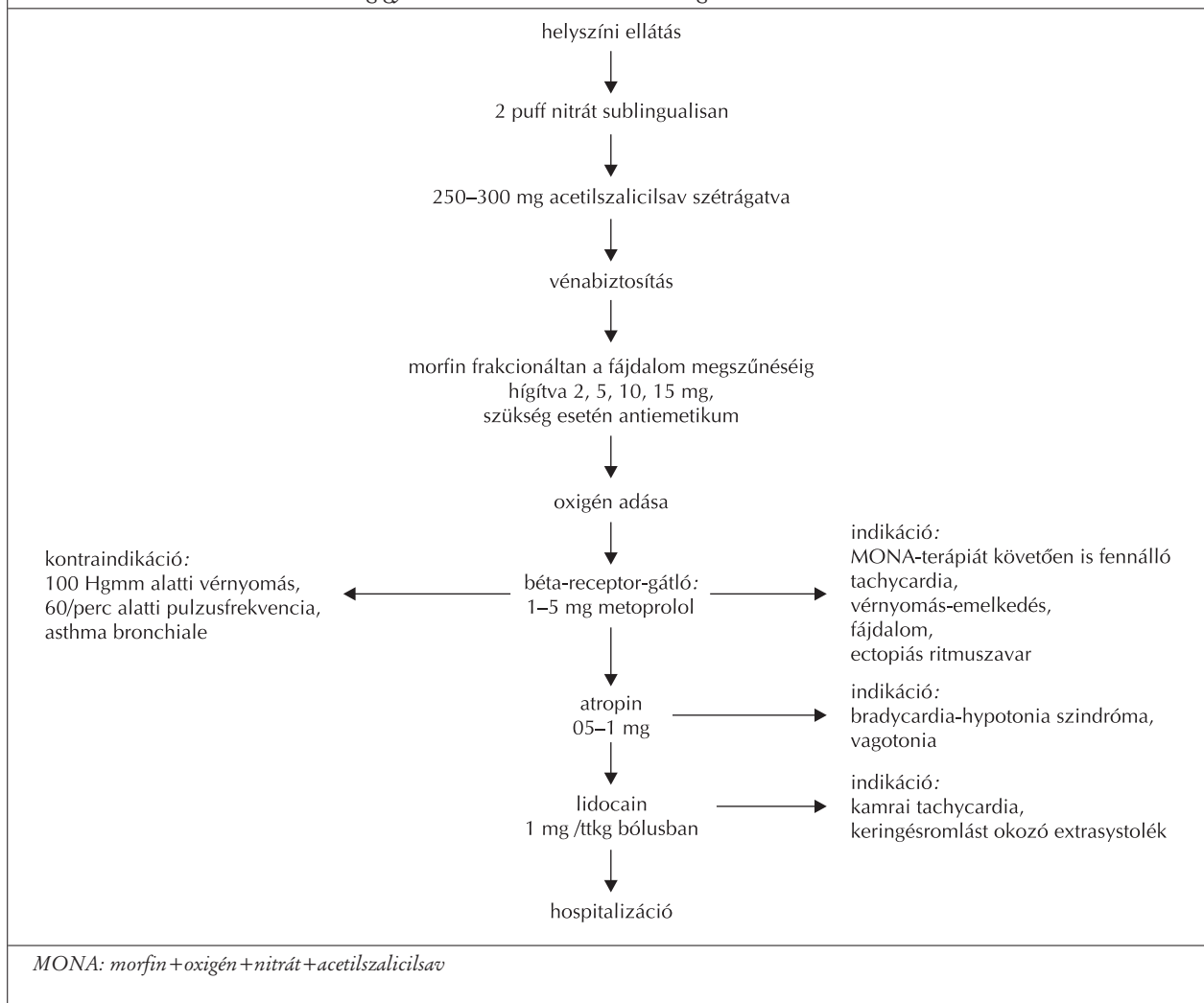
szenszitivitása kialakulóban lévő szívinfarktusból sem több 50%-nál. Ha típusos, 20 percnél tovább tartó mellkasi fájdalom mellett az EKG-n az összetartozó legalább két elvezetésben új ST-eleváció vagy friss (eddig nem ismert) bal Tawara-szár-blokk észlelhető, akkor megerősítést nyert az ST-elevációs akut myocardialis infarctus diagnózisa. Az ST-eleváció mértéke akkor kóros, ha a mellkasi V₁₋₃ elvezetésekben ≥2 mm, minden más elvezetésben ≥1 mm. Lokalizáció szerint a következő EKG-eltérések észlelhetők:

- inferior infarktusból: II., III. aVF-elvezetésekben látható ST-eleváció;
- anterior infarktusból: V₁₋₆-elvezetések közül legalább kettőben látható ST-eleváció;
- laterális infarktusból (általában kiterjedés): az előzők valamelyikéhez az I., aVL-elvezetésekben ST-eleváció társul;
- posterior infarktusból: V_{1,2}-elvezetésben tükröképjelenség látható;
- jobb kamrai infarktusból (általában inferior vagy posterior kiterjedés): a jobb oldali mellkasi elvezetésekben ST-eleváció látszik (leginkább a V_{4R}-ben).

Nagyon fontos, hogy negatív EKG-lelet önmagában nem zárja ki az akut coronariaszindróma fennállását, hiszen ebben az esetben lehet nem ST-elevációs akut myocardialis infarctusa vagy instabil angina a beteg-

2. ÁBRA

Az akut coronariaszindrómás beteg gyors és szakszerű ellátásának algoritmusai – II



nek (2, 3)! A helyszíni diagnosztika és egyben a terápia egyik fontos eleme a sublingualis nitroglicerinnel való adása. Stabil angina pectorisban ugyanis a nitroglicerinnel a fájdalmat percek alatt megszünteti vagy csökkenti.

Fontos része a betegvizsgálatnak a vérnyomásmérés, a pulzus tapintása, a szív és mellkas fölötti hallgatás, a beteg tudatállapotának megítélése.

Instabil anginára utalhat:

- ha nyugalomban vagy minimális terhelésre jelentkeznek a mellkasi fájdalmak, amely 20 percen belül meg is szűnhet;

- ha a korábbi stabil effort anginák gyakoribbá, súlyosabbá, elhúzódóbbá válnak („crescendo”), illetve kiszámíthatatlanul ismétlődnek;

- ha különös előzmény nélkül lép fel és elhúzódik a típusos mellkasi fájdalom.

Negatív EKG-lelet esetén vagy ha a betegnek ismeretlen ideje fennálló bal Tawara-szár-blokkja van és az infarktuszórával nem ítélték meg, mindig a klinikai képet, a beteg panaszait, tüneteit kell figyelembe venni. Ilyenkor minden esetben akut coronariaszindróma fennállását kell feltételezni, és a beteg helyszíni ellátását ennek megfelelően kell végezni (2) (1. ábra).

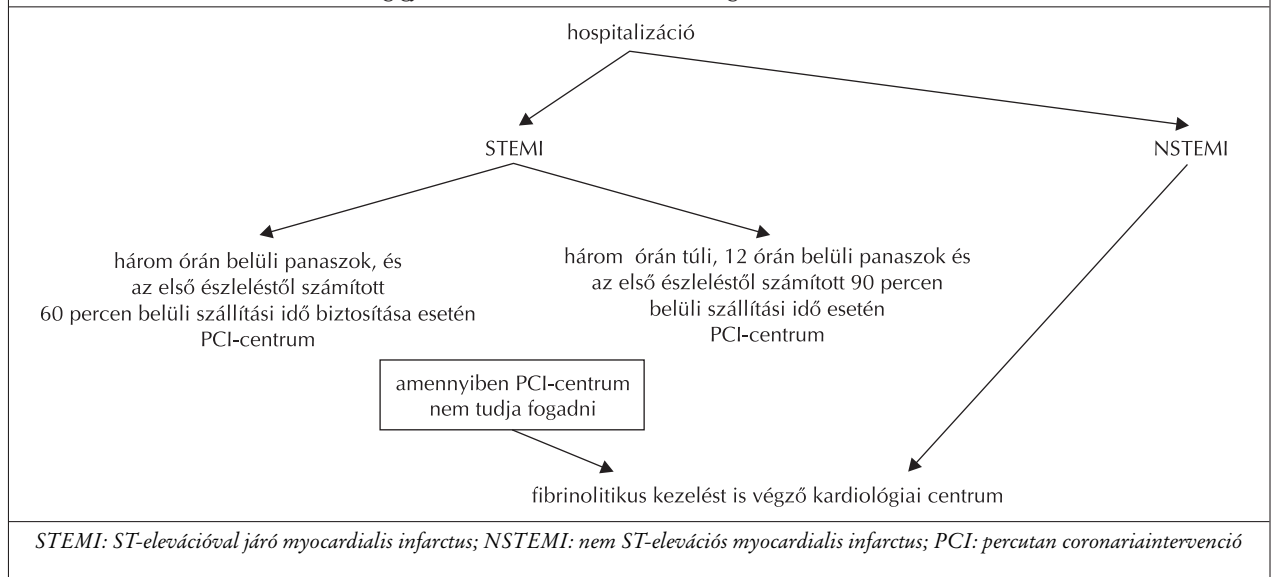
A helyszíni ellátás lépései

Az akut coronariaszindrómában szenvedő beteg gyors vizsgálata során a 12 elvezetéses EKG készítése után rövid hatású sublingualis nitrátot adunk. Ezt követően fontos, hogy a beteg kapjon 250–300 mg nem enterosolvens vagy mikrokristályos kiszerelésű acetilszalícilsavat. A gyors felszívódás érdekében tanácsos a tablettát a beteggel szétrágotni. Az acetilszalícilsav ezen egyszeri adásának nincs ellenjavallata, hacsak gyógyszerérzékenység nem áll fenn, illetve nincs a betegnek aktív fekélye. Ezért ezekre mindig rá kell kérdezni.

Vénabiztosítást követően a beteg fájdalmát kábító fájdalomcsillapító – morfin – adásával kell enyhíteni, mindig hígítva, frakcionáltan adva (2, 5, 10, 15 mg dózisban). A fájdalomcsillapító hatás mértékét két-három percen belül ítélni kell meg. Amennyiben a kábító fáj-

3. ÁBRA

Az akut coronariaszindrómás beteg gyors és szakszerű ellátásának algoritmusai – III



dalomcsillapító hányingert, hányást okozna, parenterális antiemetikum adása indokolt (4, 5).

A helyszíni ellátás fontos része az oxigénterápia is, amely jelenleg a háziorvos sürgősségi készletének nem kötelező része. Törekedni kell azonban a helyszíni oxigénterápia mielőbbi megkezdésére. Beszerezhető mobil (három-öt literes) oxigénpalackok, amelyek fontos részét képezhetik a háziorvos sürgősségi alapkészletének. Ha az első ellátó orvos rendelkezik oxigénpalackkal, úgy annak alkalmazása a helyszínen minden esetben indokolt (4).

Az eddig felsorolt beavatkozások képezik az akut coronariaszindróma helyszíni ellátásának bázisát, amelyet minden elsődleges ellátást nyújtó orvosnak alkalmaznia kell. A MONA betűszo (morfin+oxigén+nitrát+acetilszalicilsav) segít a kötelező terápiás beavatkozások megjegyzésében (3).

A helyszíni ellátás további terápiás lehetőségei

Atropint (0,5–1,0 mg) kell adni bradycardia-hypotonia szindrómában vagy akkor, ha a morfin vagotóniát (bradycardia, vérnyomásesés, hörgőgörcs) okoz.

Amennyiben a MONA-terápia adását követően is vérnyomás-emelkedés, (akár csak relatív) tachycardia, fájdalom, ectopiás ritmuszavar észlelhető, parenterális béta-receptor-gátló (metoprolol 1–5 mg) adása indokolt. Kontraindikációja: 100 Hgmm alatti szisztolés vérnyomás, 60/perc alatti szívfrekvencia, asthma bronchiale.

Keringésromlást okozó kamrai extraszisztolék, valamint az EKG-n észlelt kamrai tachycardia esetén indokolt intravénás antiarrhythmias kezelést kezdeni (1 mg/ttkg lidocain). Preventív antiarrhythmias kezelésnek nincs létjogosultsága a helyszíni ellátás során.

Miután a beteget elláttuk, folyamatos obszervációja, vitális paramétereinek (légzés, keringés, tudatállapot) monitorozása, ismételt fájdalom jelentkezése esetén fájdalomcsillapító adása mellett célirányos gyógyintézet elhelyezésének megszervezése a feladat.

Külön ki kell emelni, hogy *tilos* muscularis injekciót adni az akut coronariaszindrómás betegnek a helyszíni ellátása során (2. ábra)!

A gyógyintézet elhelyezés szervezése

A beteg gyógyulásának szempontjából nagyon fontos, hogy a helyszíni ellátást követően a megfelelő gyógyintézetbe juttassuk a lehető legrövidebb időn belül. Igen nagy az első ellátást végző orvos felelőssége, és kifejezetten hibás a beteget rutinszerűen a területileg illetékes belgyógyászati vagy kardiológiai osztályra utalni a túlzottan nagy időablak miatt. Hasonlóan hibás döntés, ha nem azonnali, hanem időzített, egy vagy három órán belüli szállítást kérünk még stabil állapotú beteg esetén is.

Az intézetválasztás szempontjai

ST-elevációval járó myocardialis infarctus esetén, amennyiben a tünetek három órán belül kezdődtek és a beteg az első észleléstől számítva 60 percen belül PCI- (percutan coronariaintervenció) centrumba juttatható, akkor a centrummal történő egyeztetést követően egyenesen ide kell utalni a beteget. A beutalóhoz a helyszínen készített 12 elvezetéses EKG-felvételt is mellékelni kell. Amennyiben ez nem biztosítható, vagy a centrum nem tudja fogadni a beteget, abban az esetben fibrinolitikus terápiát is végző kardiológiai centrum a következő állomás.

Három órán túli, de 12 órán belüli ST-elevációs

myocardialis infarctus esetén is, egyeztetést követően, PCI-centrumba kell küldeni a beteget, ha az észleléstől számítva 90 percen belül odajuttatható a beteg. Amennyiben e feltételek nem biztosíthatók, fibrinolitikus terápiát is végző kardiológiai centrumot kell választani (4, 5).

Azoknál a betegeknél, akiknél a fibrinolitikus terápiának abszolút ellenjavallata van, szintén törekedni kell, hogy a lehető leghamarabb PCI-centrumba kerüljenek. A fibrinolitikus terápia abszolút kontraindikációi:

- elszenvedett vérzéses stroke a beteg élete folyamán bármikor,
- hat hónapon belül elszenvedett ischaemiás stroke,
- aortadissectio,
- aktív belső vérzés (a menstruáció nem számít annak!).

Azokban az esetekben, ahol a helyszíni diagnosztika során biztonsággal nem erősíthető meg és nem zárható ki az akut coronariaszindróma, ellátás után haladéktalanul kardiológiai centrumba kell utalni a beteget (6) (3. ábra).

Speciális háziiorvosi feladatok

Több vizsgálat igazolta, hogy a reperfüziós kezelések lehetősége gyakran azért hiúsul meg, mert a betegek a tünetek megjelenését követően igen gyakran késve kérnek orvosi segítséget. A háziiorvosnak fontos feladata, hogy a szűrések során felismert nagy kockázatú betegeket, valamint az ischaemiás szívbetegség miatt gondozása alatt állókat felvilágosítsa arról, hogy esetleges akut mellkasi fájdalom esetén azonnal és halaszthatatlanul kérjenek orvosi segítséget.

A rizikófaktorok, mint például a dohányzás, a magas vérnyomás, az emelkedett szérumkoleszterin-szint, az obesitas, a fizikai inaktivitás, a cukorbetegség, bizonyos genetikai tényezők (korai cardiovascularis esemény a családban), egyéb (járulékos) tényezők (hyperurikaemia, fogamzásgátlók tartós szedése, túlzott alkoholfogyasztás), pszichés és szociális tényezők elsősorban más rizikófaktorokkal együtt, de önmagukban is elősegíthetik az ischaemiás szívbetegség kialakulását (1).

IRODALOM

1. A háziiorvosi praxis hatásköri listája. Háziiorvostani Szakmai Kollégium. *Országos Alapellátási Intézet 2006.*
2. ST-elevációval járó akut myocardialis infarktus. Kardiológiai Szakmai Kollégium: Klinikai Irányelv 2005. *Útmutató 2005/3.*
3. Göbl G. Az ACS ellátása a háziiorvosi gyakorlatban. Webdoki 2005. <http://www.webdoki.hu/cikk.php?cid=21147>
4. Az ST-elevációs akut coronariaszindróma reperfüziót célzó ellátása. Magyar Kardiológiai Társaság, Kardiológiai Szakmai Kollégium. Klinikai Irányelv 2005. *Útmutató 2005/3.*
5. Kiss RG. Az akut koronária szindróma – fókuszban az antitrombotikus kezelés. *Cardiologia Hungarica 2004;34:39.*
6. Zámolyi K. Acut coronaria szindróma. *Hippocrates 2003;5(2).*