

Ο Καρδιολόγος στην Στεφανιαία Μονάδα

ΝΙΚΟΛΑΟΣ Γ. ΠΑΤΣΟΥΡΑΚΟΣ

«Τζάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

Τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα ευθύνονται για τους μισούς θανάτους παγκοσμίως. Περίπου το 1/3 από τους ασθενείς αυτούς δεν θα φτάσουν ποτέ στον γιατρό γιατί καταλήγουν αιφνιδίως. Οι ποικιλομορφία των συμπτωμάτων και των κλινικών συνδρόμων, η αύξηση του μέσου όρου ηλικίας και των συνοσηροτήτων, η πολυπλοκότητα των συστημάτων υγείας και οι μεγάλες κοινωνικές, οικονομικές και γνωσιακές διαφορές των ασθενών προκαλούν ένα εκρηκτικό μίγμα, δύσκολα διαχειρίσιμο. Το υψηλό επίπεδο εξειδίκευσης, η διαρκής εκπαίδευση και η επιμονή αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά του Καρδιολόγου της στεφανιαίας μονάδας, που θα είναι σε θέση να διαχειριστεί σε μικρό χρόνο πολύπλοκες καταστάσεις.¹

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια διαρκής αύξηση του μέσου όρου ηλικίας εξαιτίας των θεραπευτικών εξελίξεων. Έτσι ο ασθενής πάσχει εκτός από την καρδιοπάθεια και από άλλες παθήσεις που δυστυχώς επιδεινώνουν την πρόγνωση. Η αναπνευστική ανεπάρκεια, η αναιμία, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, το εγκεφαλικό επεισόδιο, οι διάφορες κακοήθειες και οι ψυχιατρικές παθήσεις αποτελούν συχνά μέρος της παθολογίας του ίδιου ασθενή. Ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να είναι γνώστης και άλλων οντοτήτων, πέραν της καρδιολογίας, ώστε να μπορεί τουλάχιστον να αναγνωρίσει τα πρώτα συμπτώματα και να αναζητήσει υποστήριξη από άλλες ειδικότητες. Ο χρόνος είναι αντίπαλος οπότε η επιβίωση πολλές φορές είναι θέμα δευτερολέπτων. Το προσωπικό της στεφανιαίας μονάδας πρέπει να είναι οικείο με την διαχείριση των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων όσον αφορά στην φαρμακευτική θεραπεία, τις αρρυθμιολογικές επιπλοκές, τον επεμβατικό και μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό, την αιμοδυναμική παρακολούθηση και υποστήριξη αλλά και την πρόληψη και θεραπεία των λοιμώξεων. Η αδυναμία και επικινδυνότητα της μεταφοράς του ασθενή επιβάλλει στον ιατρό να γνωρίζει την διαχείριση της οξείας αναπνευστικής και νεφρικής ανεπάρκειας εντός της καρδιολογικής μονάδας και να είναι ικανός να μεταφέρει με ασφάλεια τον ασθενή όπου και όταν αυτό θα είναι αναγκαίο.^{2,3} Απαραίτητη είναι λοιπόν η εξοικείωση με τις αιμοδυναμικές μετρήσεις οι οποίες χρειάζονται όμως την άριστη γνώση τοποθέτησης κεντρικών και περιφερικών αρτηριακών και φλεβικών καθετήρων με ασφάλεια και τις λιγότερες δυνατές επιπλοκές. Όταν αυτές προκύψουν, η άμεση αγαγνώρισή τους και η ταχεία διαχείρισή τους κρίνουν την επιβίωση. Τα διάφορα είδη αιματωμάτων, η ρήξη αγγείων και γενικά οι διάφορες αιμορραγίες και θρομβώσεις, ο πνευμοθώρακας, ο καρδιακός επιπωματισμός και οι λοιμώξεις πρέπει να αντιμετωπίζονται τάχιστα και αποτελεσματικά. Άρρηκτα συνδεδεμένη είναι η αιμοδυναμική υποστήριξη του ασθενή με ινότροπα ή συσκευές εξωσωματικής κυκλοφορίας, όπως η ενδοαρτική αντλία. Η διαχείριση του ενδαγγειακού όγκου του ασθενή, η τιτλοποίηση της δόσης των ινοτρόπων και αγγειοσυσπαστικών φαρμάκων και οι παρενέργειες από την χορήγησή τους αποτελούν ίσως την μεγαλύτερη θεραπευτική πρόκληση για τον καρδιολόγο που θα εκτιμήσει τον βαριά πάσχοντα. Η καθημερινή και εύκολη χρήση των υπερήχων συνεπικουρεί τις αποφάσεις αυτές ιδιαίτερα αν υπάρχει συσχετισμός των ευρημάτων. Η ύπαρξη πολλαπλών μεθόδων καταγραφής, μέτρησης και μεταβολής της καρδιακής παροχής, των αντιστάσεων και του ενδαγγειακού όγκου αποδεικνύουν την πολυπλοκότητα και μεταβλητότητα των αποτελεσμάτων. Η αιμοδυναμική παρακολούθηση βέβαια δεν θα ήταν εφικτή χωρίς την 24ωρη και 12κάναλη συνεχή καταγραφή του ηλεκτροκαρδιογραφήματος η οποία θα πρέπει να είναι ηλεκτρονικά διαχειρίσιμη και αποθηκεύσιμη ώστε ανά πάσα στιγμή να μπορεί να ανακληθεί και να συγκριθεί κατά την διάρκεια της νοσηλείας. Νεώτερες τεχνολογίες όπως η συνεχής καταγραφή του ST και η τηλεμετρία βελτιστοποιούν την παρακολούθηση και προλαμβάνουν ενδεχόμενα ανθρώπινα λάθη. Αρρυθμιολογικές επιπλοκές, με την μορφή

Λέξεις Ευρετηρίου:

Οξέα στεφανιαία σύνδρομα,
Αναπνευστική ανεπάρκεια,
Νεφρική ανεπάρκεια,
Αιμοδυναμική παρακολούθηση,
Ενδαγγειακός όγκος,
Καρδιακή Παροχή,
Φίλτρα συνεχούς αιμοδιήθησης

Νικόλαος Γ. Πατσουράκος

Επιμελήτης Α΄

Διεύθυνση Επικοινωνίας:

Χαριλάου Τρικούπη 54,
185-36 Μαρίνα Ζέας Πειραιάς,
Τηλ.: +30 6944537267
E-mail: drpats@yahoo.gr

ταχυκαρδιών ή βραδυκαρδιών είναι αναμενόμενες οπότε η άμεση παρέμβαση, φαρμακευτική ή με την χρήση απινιδωτή ή βηματοδότη είναι από τους κύριους λόγους μείωσης της θνητότητας των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων που παρατηρείται την τελευταία τριακονταετία.⁴

Η καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια δυστυχώς είναι συχνή επιπλοκή στους στεφανιαίους ασθενείς. Αυτό οφείλεται στην βαρύτητα της υποκείμενης νόσου αλλά και στην προϋπάρχουσα κατάσταση του πάσχοντα. Αναπνευστική υποστήριξη θα χρειαστούν αρκετοί ασθενείς οπότε η εξειδίκευση του ιατρού στην εντατικολογία αποτελεί επιπλέον όπλο στην φαρέτρα του. Η διαχείριση του αεραγωγού, οι τεχνικές διασωλήνωσης και η εξειδικευμένη καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι απαραίτητα εφόδια για όλους τους ιατρούς πόσο μάλλον για τους ιατρούς της στεφανιαίας μονάδας. Η διαρκής εκπαίδευση και πιστοποίηση αποτελεί προϋπόθεση εργασίας σε όλες της μονάδες εντατικής παρακολούθησης και θεραπείας. Χωρίς οι στεφανιαίες μονάδες να αποτελούν συνέχεια των γενικών μονάδων εντατικής θεραπείας, θα πρέπει να είναι σε θέση να διαχειριστούν ασθενείς οι οποίοι θα διασωληνωθούν λόγω κάποιου καρδιακού συμβάματος. Ο μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός όταν χρησιμοποιηθεί στα κατάλληλα περιστατικά θα προλάβει την καταστολή και διασωλήνωση του ασθενή. Όταν πάραυτα χρειαστεί η χρήση επεμβατικού αερισμού αυτή δεν θα πρέπει να ανταγωνίζεται την αιμοδυναμική κατάσταση και υποστήριξη του. Παράλληλα με την αναπνευστική ανεπάρκεια, συχνή επιπλοκή είναι η νεφρική ανεπάρκεια σαν νέα νόσος ή ως επιδείνωση προϋπάρχουσας χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Τα φίλτρα συνεχούς αιμοδιήθησης υπερτερούν σε σχέση με την κλασική αιμοκάθαρση, αφού ο ασθενής δεν μεταφέρεται σε άλλο χώρο, οπότε δεν αλλάζουν και οι συνθήκες αιμοδυναμικής και αναπνευστικής παρακολούθησης και έχουν πιο ήπια συμπεριφορά όσον αφορά στην μεταβολή της αρτηριακής πίεσης. Είναι συσκευές που προλαμβάνουν την υπερφόρτιση όγκου και την τοξικότητα των φαρμάκων, όποτε και η διαχείριση τους από τον καρδιολόγο της μονάδας ολοκληρώνει την αιμοδυναμική παρακολούθηση. Η παράταση της επιβίωσης είναι καθήκον του κάθε ιατρού. Αυτό πολλές φορές συνεπάγεται και επιπλοκές από την μακροχρόνια νοσηλεία, όπως νοσοκομειακές λοιμώξεις, θρομβωτικές ή αιμορραγικές επιπλοκές. Η φαρμακολογία εξελίσσεται συνεχώς, οπότε η γνώση και η διαρκής ενημέρωση είναι καθήκον του εξειδικευμένου προσωπικού που ασχολείται με την θεραπεία των καταστάσεων αυτών. Η αντιπηκτική αγωγή είναι απαραίτητη για την πρόληψη θρομβοεμβολικών επεισοδίων από κολπική μαρμαρυγή ή μετά από εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση. Αυξάνει όμως τον κίνδυνο σοβαρών αιμορραγιών που μερικές φορές είναι θανάσιμες.⁵

Παρά τις προσπάθειες των ιατρών και του προσωπικού της στεφανιαίας μονάδας, την τεχνολογία και τις θεραπευτικές εξελίξεις, κάποιοι ασθενείς δεν θα επιβιώσουν. Αυτό οφείλεται στην στεφανιαία νόσο, η οποία πολλές φορές οδηγεί σε πολυοργανική ανεπάρκεια ή αιφνίδιο θάνατο. Για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους είναι θεμελιώδης η επικοινωνία και στήριξη από τον ιατρό της στεφανιαίας μονάδας,

ο οποίος είναι στην λεπτή θέση να εξηγήσει την νόσο, την πορεία της και να διαλευκάνει αμφιβολίες, ενοχές και επιθετικές συμπεριφορές από το συγγενικό περιβάλλον. Η ειλικρινής, εγκάρδια και διαρκής ενημέρωση είναι η αρχή μιας επιτυχημένης σχέσης μεταξύ ιατρού, ασθενή και συγγενών.¹

Οι ασθενείς και οι συγγενείς τους, προσδοκούν από την στεφανιαία μονάδα τη βέλτιστη αντιμετώπιση της κατάστασής τους, αφού δικαιολογημένα πιστεύουν ότι οι εργαζόμενοι στο χώρο αυτό είναι οι αρτιότεροι και θα δώσουν τον καλύτερό τους εαυτό. Ο Καρδιολόγος της στεφανιαίας μονάδας διασφαλίζει την προσδοκία αυτή.

Βιβλιογραφία

1. Eyal Herzog, The Cardiac Care Unit Survival Guide, 2012 by Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer.
2. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation European Heart Journal (2017)00.1-66
3. Hasin Y, Danchin N, Filippatos GS, Heras M, Janssens U, Leor J, Nahir M, Parkhomenko A, Thygesen K, Tubaro M, Wallentin LC, Zakke I. Recommendations for the structure, organization, and operation of intensive cardiac care units. Eur Heart J 2005;26(16):1676-1682
4. Γ. Ανδρικόπουλος, Δ. Τερντες-Πρίντζος, Σ. Τζέης & συνεργάτες. Μελέτη Phaethon: Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, διαχείριση και πρώιμη έκβαση των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων στην Ελλάδα. Ελληνική καρδιολογική επιθεώρηση 2016;57(2):124-134
5. Κείμενο Ομοφωνίας. Συστάσεις για την Αντιμετώπιση Αιμορραγιών σε Ασθενείς που λαμβάνουν από του Στόματος Αντιπηκτική Αγωγή. Ελληνική καρδιολογική επιθεώρηση 2016;57(5):382-401.

Cardiologist in the Coronary Care Unit

Nikolaos G. Patsourakos

Tzaneio General Hospital of Piraeus

Acute Coronary Syndromes are the leading cause of death worldwide. Prompt recognition and initiation of therapy for an ACS is the most important factor in that patient's survival. High-level training and expertise are needed by the CCU staff. Patients and their families expect the top quality in all treatments. The different types of diagnostic procedures may be done at the right time with the minor complications. Unfortunately the heart-respiratory failure is a common cause of morbidity in this group of patients. This is one of the main reasons why the cardiologist has to be familiar with all the kinds of mechanical ventilation and haemodynamic measurements. Further more all the staff has to be «talented» in the gentle communication and the patiently handling of patient's family which is unfortunately in front of, not always, good medical news.

KEYWORDS: Acute Coronary Syndromes, Heart-Respiratory Failure, Diagnostic Procedures