



## **KLINIČNA POT ( BOL KP 75 09 ) AKUTNI KORONARNI SINDROM**

Bolniki z nenadno hudo prsno bolečino so takoj obravnavani v urgentni sprejemni ambulanti (IPP) oz. do stabilizacije bolnika v Enoti intenzivne terapije. Osnovna preiskava takoj ob prihodu je 12-kanalni EKG, na podlagi katerega bolnike razdelimo v dve skupini:

1. AKS z obstojno elevacijo ST spojnice ali novonastalim levokračnim blokom (STEMI)
2. AKS brez elevacije ST spojnice (normalen EKG, denivelacija ST, negativni T valovi)

### **AKS Z OBSTOJNO ELEVACIJO ST SPOJNICE ALI NOVO NASTALI LEVOKRAČNI BLOK**

Pri teh bolnikih gre največkrat za popolno trombotično zaporo ene izmed koronarnih arterij ob odsotnosti zadostnega kolateralnega obtoka. Razvoj AMI prekinemo s čimprejšnjo rekanalizacijo prizadete arterije. Bolnike v spremstvu zdravnika in višje medicinske sestre transportiramo v Splošno bolnišnico Celje, Univerzitetni klinični center Maribor ali Univerzitetni klinični center Ljubljana za primarno perkutano koronarno intervencijo (PCI). Če PCI ni izvedljiva pride v poštev tromboliza.

#### **Ukrepi ob prihodu v urgentno ambulanto:**

1. Snemanje 12-kanalnega EKG
2. Nastavitev venskega kanala in odvzem krvi za laboratorijske preiskave (hmg, elektroliti, dušični retenti, testi koagulacije, lipidogram, TnT, CK-MB)
3. Preveriti, če je bolnik prejel MONA terapijo in jo po potrebi dopolniti
4. Aspirin Direkt ali Aspegic 250- 500 mg iv (v primeru dokazane preobčutljivosti za acetilsalicilno kislino prejme 500 mg tiklopidina (2 tableti Tagrena) per os.)
5. Kisik (Venti ali OHIO maska ob spremljanju saturacije, ki naj bo čez 90%)
6. Nitroglicerina pod jezik in kasneje po potrebi v intravenski infuziji, če je sistolni krvni tlak višji od 90mmHg
7. Morfij do skupnega odmerka 0,1 mg na kilogram telesne teže, če bolečina po nitrotingvalu ne popusti. Morfij lahko povzroči slabost in bruhanje, zato bolniku praviloma še pred morfijem damo ampulo tietilperazina (Torecan) ali metoklopramida (Reglan) iv.
8. Klopidoogrel (Plavix) 600 mg per os
9. Intravensko bolus heparina 75 IE/kg

Bolnik mora biti ves čas priključen na prenosni EKG monitor-defibrilator.

Telefonsko obvestimo dežurnega zdravnika Oddelka za bolezni srca, pljuč in žilja SB Celje ali KOIIM KC Ljubljana ali Kateterskega laboratorija KC Maribor in se dogovorimo za urgentno premestitev in primarno PCI. Bolnika pripravimo za transport in ga v spremstvu zdravnika in usposobljene medicinske sestre urgentno premestimo.

### **AKS BREZ ELEVACIJE ST SPOJNICE**

Pri teh bolnikih ob sprejemu v EKG ugotovimo subendokardialno ishemijo ali pa sprememb v EKG posnetku ni. V diferencialni diagnostiki je potrebno upoštevati življenje ogrožujoče nekoronarne dogodke (disekcija aorte, pljučna embolija). S spremljanjem EKG in markerjev srčne nekroze (TnT) v 6-8 urah po sprejemu ugotovimo ali gre pri bolniku za nestabilno angino pectoris (NAP) ali za akutni miokardni infarkt brez elevacije ST (NSTEMI). Ne glede na to ali gre za NAP ali NSTEMI bolnike v začetni fazi zdravimo enako.

## Ukrepi v Enoti intenzivne terapije:

1. Snemanje 12-kanalnega EKG
2. Nastavitev venskega kanala in odvzem krvi za laboratorijske preiskave (hmg, elektroliti, dušični retenti, testi koagulacije, lipidogram, TnT, CK-MB)
3. Preveriti, če je bolnik prejel MONA terapijo in jo po potrebi dopolniti
4. Aspirin Direkt ali Aspegic 250- 500 mg iv (v primeru dokazane preobčutljivosti za acetilsalicilno kislino prejme 500 mg tiklopidina (2 tableti Tagrena) per os.)
5. Kisik (Venti ali OHIO maska ob spremljanju saturacije, ki naj bo čez 90%)
6. Nitroglicerina pod jezik in kasneje po potrebi v intravenski infuziji, če je sistolni krvni tlak višji od 90mmHg
7. Morfij do skupnega odmerka 0,1 mg na kilogram telesne teže, če bolečina po nitrolingvalu ne popusti. Morfij lahko povzroči slabost in bruhanje, zato bolniku praviloma še pred morfijem damo ampulo tietilperazina (Torecan) ali metoklopramida (Reglan) iv.
8. Intravenski beta blokator (če ni kontraindikacij) in sicer metoprolol (Bloxan) iv ob merjenju krvnega tlaka in srčne frekvence
9. Standardni heparin (bolus 75 IE/kg + infuzija glede na APTČ) ali nizkomolekulani heparin enoksaparin 1 mg/kg subkutano.

V naslednjih 12-24 urah je potrebno oceniti koronarno ogroženost bolnika – verjetnost smrti, novega ali ponovnega infarkta, potrebe po urgentni revaskularizaciji. Bolj ogroženi so: - pozitiven troponin

- depresija ST spojnice
- ponovne stenokardije in hemodinamska nestabilnost kljub začetnemu zdravljenju
- revaskularizacijski posegi v preteklosti
- oslABLJENA funkcija levega prekata

Če bolnik spada v skupino z **nizkim tveganjem** po 3-4 dneh opravimo obremenitveno testiranje. Ob ishemični reakciji pride v poštev koronarografija/revaskularizacija. V tem primeru telefonsko obvestimo dežurnega zdravnika Oddelka za bolezni srca, pljuč in žilja SB Celje ali KOIIM KC Ljubljana ali Kateterskega laboratorija KC Maribor in se dogovorimo za premestitev. Ob normalnem izvidu obremenitvenega testiranja bolnika po zaključku rehabilitacije odpustimo iz bolnišnice.

Če bolnik spada v skupino z **velikim tveganjem** telefonsko obvestimo dežurnega zdravnika Oddelka za bolezni srca, pljuč in žilja SB Celje ali KOIIM KC Ljubljana ali Kateterskega laboratorija KC Maribor in se v 12-24 urah dogovorimo za premestitev v interventni kardiološki center za koronarografijo in revaskularizacijo.

## REHABILITACIJA BOLNIKOV Z AKS

Bolnike razdelimo v tiste z nezapletenim in zapletenim potekom.

Potek je nezapleten če:

- bolnik nima stenokardije v zadnjih 8 urah
- če nima znakov srčnega popuščanja
- če nima pomembnih motenj srčnega ritma in novonastalih EKG ishemičnih sprememb v zadnjih 8 urah

Bolnike za **nezapletenim** potekom pospešeno rehabilitiramo in jih v 3-4 dneh odpustimo. Za dodatno rehabilitacijo po odpustu iz bolnišnice jih lahko uvrstimo v ambulantni program ali program rehabilitacije v toplicah.

Pri bolnikih z **zapletenim** potekom je rehabilitacija počasnejša in prilagojena bolnikovemu stanju.