

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΟΞΕΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΑΡΧΙΑ ΛΑΡΝΑΚΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ CARDS

Κυριακός Γιάγκου *, Μάριος Ιωαννίδης*,
Θεόδωρος Χριστοδουλίδης**, Ευαγόρας Νικολαΐδης***.

* Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Λευκωσίας
** Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Λευκωσίας
*** Διευθυντική Ομάδα Γ.Ν.Λευκωσίας

Το 2004 η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και την Ιρλανδική προεδρία δημιούργησαν ένα πρόγραμμα καταγραφής των Οξέων Στεφανιαίων Συνδρόμων (CARDS: Cardiology Audit and Registration Data Standards) που σκοπό έχει την πανομοιότυπη καταγραφή των δεδομένων σε όλες τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και τις Μονάδες Νοσηλείας Εμφραγμάτων στις Ευρωπαϊκές χώρες. Το πρόγραμμα υιοθετήθηκε από όλα τα κράτη μέλη στο Cork της Ιρλανδίας το Μάιο του 2004. Πρόκειται για μια βάση δεδομένων όπου περιλαμβάνονται με λεπτομέρεια όλα τα στοιχεία και δεδομένα της κλινικής εικόνας, αντιμετώπισης και πορείας νοσηλείας του κάθε ασθενή με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο.

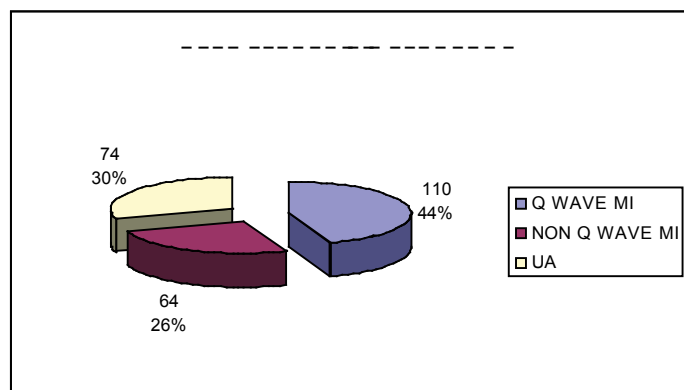
Διενεργήσαμε καταγραφή (registry) των περιστατικών των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων (διάγνωση εξόδου) που εισήχθησαν στο καρδιολογικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας από την 1η Φεβρουαρίου 2005 μέχρι και την 31η Ιανουαρίου 2006 ως επίσης και των περιστατικών που έλαβαν χώρα σε ασθενείς που νοσηλεύονταν στο νοσοκομείο για άλλη αιτία. Χρησιμοποιήθηκαν τα κριτήρια διάγνωσης που προτείνονται από την Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία. Καταγράφηκαν επίσης οι ασθενείς που παραπέμφθηκαν στο τμήμα από ιδιωτικές κλινικές της Λάρνακας.

Σημειώνεται ότι με βάση τα στοιχεία που λήφθηκαν από την επαρχιακή διοίκηση Λάρνακας, ο πληθυσμός της πόλης και επαρχίας Λάρνακας ανέρχεται στις 125.000 εκ των οποίων 70.000 είναι γυναίκες.

Όσον αφορά στα κυπριακά δεδομένα, η καταγραφή αυτή είναι η πρώτη που διενεργείται με βάση το προαναφερθέν πρόγραμμα καταγραφής.

Τελική Διάγνωση

Κατά την περίοδο μελέτης καταγράφηκαν 248 περιστατικά οξέων στεφανιαίων συνδρόμων εκ των οποίων τα 110 (44.3%) αφορούσαν OEM με κύμα Q, τα 64 (25.8%) OEM χωρίς κύμα Q και τα 74 (29.9%) περιστατικά ασταθούς στηθάγχης.



UA: ασταθής στηθάγχη

Σωματομετρικά χαρακτηριστικά

Οι άντρες υφίστανται οξέα στεφανιαία σύνδρομα σε μικρότερη ηλικία από ότι οι γυναίκες, περίπου 10 χρόνια νωρίτερα, ενώ τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες χαρακτηρίζονται υπέρβαροι αφού έχουν BMI > 25 (28.64 οι άνδρες, 27.24 οι γυναίκες). Ο μέσος όρος των σωματομετρικών στοιχείων καταγράφεται στον πιο κάτω πίνακα.

Μέσος όρος ηλικίας ανδρών	63 έτη και 6 μήνες
Μέσος όρος ηλικίας γυναικών	73 έτη και 2 μήνες
Μέσος όρος ύψους ανδρών	169.3 εκατ.
Μέσος όρος ύψους γυναικών	158.9 εκατ.
Μέσος όρος βάρους ανδρών	82.1 κιλά
Μέσος όρος βάρους γυναικών	68.8 κιλά
BMI ανδρών	28.64
BMI γυναικών	27.24

Μελετώντας την κατανομή των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων μέσα στο χρόνο, καταγράφηκαν στοιχεία που αφορούσαν τη διασπορά τους τόσο κατά τη διάρκεια του εικοσιτετραώρου και της εβδομάδας αλλά και του έτους.

Παρατηρείται μια αύξηση των STEMI κατά τους φθινοπωρινούς μήνες (Οκτώβριο, Νοέμβριο και Δεκέμβριο) και μια μικρότερη την άνοιξη (Απρίλιο, Μάιο), ενώ αντίστοιχα η αύξηση των NSTEMI των περιστατικών ασταθούς στηθάγχης καταγράφεται λίγο αργότερα (Δεκέμβριο, Ιανουάριο, Φεβρουάριο). Κατά τους καλοκαιρινούς μήνες παρατηρείται μείωση όλων των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων. Αύξηση στην καταγραφή των STEMI παρατηρείται κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου ενώ η μέγιστη καταγραφή των περιπτώσεων NSTEMI και ασταθούς στηθάγχης σημειώνεται στις αρχές της εβδομάδας όπου αντίστοιχα σημειώνονται τα λιγότερα περιστατικά STEMI.

Τέλος, κατά τη διάρκεια του εικοσιτετραώρου, τα περισσότερα περιστατικά STEMI παρατηρούνται κατά τις πρώτες πρωινές ώρες (αφύπνιση του ασθενούς), διάστημα κατά το οποίο αντίθετα σημειώνονται τα λιγότερα περιστατικά NSTEMI ως επίσης και τις προμεσημβρινές ώρες, τα δε περιστατικά ασταθούς στηθάγχης σημειώνονται κατά τις βραδυνές πλην προμεσονύχτιες ώρες.

Αρχική αιμοδυναμική και κλινική κατάσταση

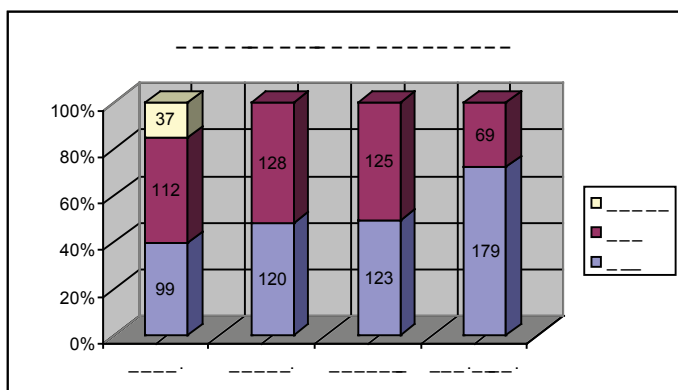
Κατά την παρουσίαση, οι ασθενείς με NSTEMI χαρακτηρίζονταν από μεγαλύτερη αιμοδυναμική επιβάρυνση και ήταν πιο πιθανόν να βρίσκονται σε καρδιακή ανεπάρκεια. Το προεξάρχον σύμπτωμα είναι η στηθάγχη και στις 3 κατηγορίες των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων παρόλο που η δύσπνοια παρατηρείται πιο συχνά σαν σύμπτωμα παρουσίασης στα NSTEMI. Είναι χαρακτηριστικό ότι στις 24 περιπτώσεις που το Killip class εισαγωγής ήταν >1 οι 16 (66.7%) αφορούσαν σε NSTEMI και μόνο οι 8 (33.3%) σε STEMI.



Προδιαθεσικοί Παράγοντες – Προηγούμενο Ιστορικό

Σε σχέση με τους προδιαθεσικούς παράγοντες των ασθενών που νοσηλεύτηκαν, καπνιστές ήταν 112 (45.1%), πρώην καπνιστές 37 (15%) και μη καπνιστές 99 (39.9%)

Υπερτασικοί ήταν 128 ασθενείς (51.6%) σε αντίθεση με 120 (48.4%) μη υπερτασικούς, δυσλιπιδαιμικοί 123 (49.6%) και 125 (50.4%) μη δυσλιπιδαιμικοί, ενώ όσον αφορά στο σακχαρώδη διαβήτη, 179 ασθενείς (72.1%) ήταν μη διαβητικοί και 69 (27.9%) διαβητικοί, που αναλύονται με βάση τον τρόπο αντιμετώπισης του σακχαρώδους διαβήτη σε αυτούς που προσαρμόζουν μόνο την διαιτητική τους αγωγή (6 ασθενείς ή 2.4%), αμιγώς ινσουλινοθεραπευόμενους (15 ασθενείς ή 6.0%), σε αυτούς που λαμβάνουν μόνο αντιδιαβητικά δισκία (35 ασθενείς ή 14.5%) και σε αυτούς που λαμβάνουν και δισκία και ινσουλίνη (8 ή 2.8%). Τέλος υπήρχαν και 5 περιπτώσεις (2.2%) πρωτοδιαγνωσθέντα σακχαρώδους διαβήτη.



14 ασθενείς μόνο (5.64%) δεν αναφέρουν κανένα προδιαθεσικό παράγοντα.

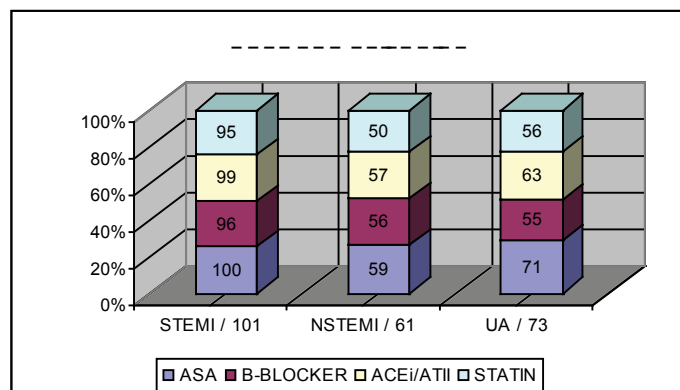
Ενδονοσοκομειακή αγωγή και αγωγή εξιτηρίου

Από τα 110 STEMI θρομβολύθηκαν τα 92 (83.6%). Στα 17 (18.5%) ο θρομβολυτικός παράγοντας ήταν η στρεπτοκινάση και στα 75 (81.5%) tPA. Τα 18 μη θρομβολυθέντα STEMI αφορούσαν σε, 9 περιπτώσεις (50%), εκτός χρονικών πλαισίων προσέλευση του ασθενούς όπως αυτή καθορίζεται από τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής καρδιολογικής εταιρείας, 3 περιπτώσεις (33.3%) στις οποίες δεν πληρούνταν τα ΗΚΓ κριτήρια και 6 περιπτώσεις όπου υπήρχαν άλλες αντενδείξεις.

Ο μέσος χρόνος που καταγράφηκε από την προσέλευση του ασθενούς μέχρι την έναρξη της θρομβόλυσης υπολογίστηκε σε 40 λεπτά. Σχεδόν η ολότητα των ασθενών λάμβανε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ασπιρίνη. Το ποσοστό σχεδόν μεγιστοποιείται σε ασθενείς της υποομάδας STEMI και είναι ελαφρώς μικρότερο στις άλλες δύο υποκατηγορίες. Οι περιπτώσεις κατά τις οποίες οι ασθενείς δεν έλαβαν ασπιρίνη έχουν να κάνουν με περιστατικά δυσανεξίας των ασθενών στο φάρμακο, ως επίσης και σε περιπτώσεις κατά τις οποίες οι ασθενείς λάμβαναν άλλους αντιαιμοπεταλιακούς παράγοντες. Η ηπαρίνη χρησιμοποιήθηκε κυρίως στους ασθενείς με STEMI (στα πλαίσια της θρομβόλυσης κυρίως) ενώ η χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνη χρησιμοποιήθηκε κυρίως στις δύο άλλες υποομάδες.

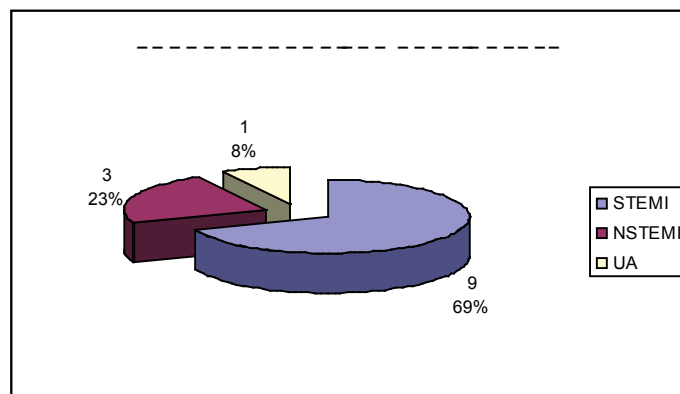
Οι αναστολείς της γλυκοπρωτεΐνης IIb/IIIa δεν έτυχαν συνήθους χρήσης και όσες φορές χρησιμοποιήθηκαν, αυτό έγινε ισόποσα στους ασθενείς με STEMI (κυρίως κατά τη διάρκεια της διακομιδής τους σε ανώτερο κλιμάκιο που διέθετε αιμοδυναμικό εργαστήριο) και στους ασθενείς με NSTEMI. Οι β-αναστολείς χορηγήθηκαν σε μεγάλα ποσοστά σε όλες τις υποομάδες, με προεξάρχουσα την από του στόματος χορήγηση.

Πολύ μικρό ποσοστό ασθενών δεν έλαβε ασπιρίνη με το εξιτήριο, γεγονός που εξηγείται με την προτέρα χρήση αντιπηκτικών και άλλων αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων. Οι β-αναστολείς και οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης συνταγογραφήθηκαν ευρέως με το εξιτήριο, κυρίως στην υποομάδα με STEMI και σε χαμηλότερο ποσοστό στις άλλες υποομάδες. Τέλος η χορήγηση στατινών κυμάνθηκε σε ψηλά ποσοστά επίσης στην υποομάδα ασθενών με STEMI ακόμα και σε περιπτώσεις που δεν είχε καταγραφεί δυσλιπιδαιμία. Αξιοσημείωτο είναι ότι ποσοστό μεγαλύτερο του 45% των ασθενών πρωτοξεκίνησαν τη λήψη στατινής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.



Ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα βάσει της διάγνωσης εισαγωγής

Καταγράφηκαν 13 θάνατοι (5.24%), 9 από τους οποίους (69%) αφορούσαν STEMI (8.18% επί του συνολικού αριθμού των STEMI) και 3 (23%) NSTEMI. (4.05% του συνολικού αριθμού). Ο ένας θάνατος (8%) αφορούσε σε ασθενή που ανέπτυξε συμπτωματολογία στηθάγχης χωρίς θετική ενζυμική δραστηριότητα ή ΗΚΓ αλλοιώσεις.



STEMI: ST elevation M.I., NSTEMI: non ST elevation M.I., UA: ασταθής στηθάγχη

Οι 11 ασθενείς κατέληξαν λόγω ανακοπής στους οποίους ο ρυθμός ανακοπής ήταν VF/VT σε 2 περιπτώσεις και non VF/VT σε 9 και οι άλλοι δύο λόγω άλλης αιτίας (νοσηλεία στην παθολογική κλινική λόγω αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού που παρουσίασαν επίσης σημεία και συμπτώματα οξέως στεφανιαίου συνδρόμου με εμμένουσα ανάσπαση ST που δεν μπορούσαν να θρομβολυθούν, λόγω απόλυτης αντένδειξης με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας και τα οποία δεν ανταποκρίθηκαν στην λοιπή αγωγή και αντιμετώπιση (αποκατάσταση κυκλοφορούντος όγκου, ινότροπα κ.λ.π.)

Η καταγραφή και ανάλυση των δεδομένων που αφορούν τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα είναι απαραίτητη πράξη για την εύρυθμη λειτουργία των μονάδων νοσηλείας στεφανιαίων ασθενών και γενικότερα των καρδιολογικών τμημάτων. Η πρόταση για εφαρμογή του πρωτοκόλλου CARDS μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία μιας βάσης δεδομένων εύχρηστης, όπως είδαμε στην πράξη, που μπορεί να βοηθήσει τον ερευνητή να καταλήξει σε πολύτιμα συμπεράσματα και συγκρίσεις σε πανευρωπαϊκό επίπεδο.

Η δική μας εμπειρία μετά από ένα χρόνο καταγραφής είναι πολύ θετική και προτείνουμε ανεπιφύλακτα την ευρύτερη χρήση της μεθόδου αυτής.

Συγκρίνοντας τα δικά μας δεδομένα με τα στοιχεία από μεγάλες μελέτες στο χώρο της Ευρώπης, διαπιστώσαμε ότι η κλινική αντιμετώπιση των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων στο τμήμα μας δεν υστερεί ούτε όσον αφορά την άμεση αντιμετώπιση αλλά ούτε όσον αφορά την νοσηλεία, τις παραπομπές για περαιτέρω διερεύνηση και τις οδηγίες για φαρμακευτική αγωγή μετά την παραμονή στο νοσοκομείο.

Αυτό φαίνεται και από πίνακες που δημιουργήσαμε όπου ενώ δεικνύεται ότι τα δημογραφικά – σωματομετρικά στοιχεία ως επίσης και οι προδιαθεσικοί παράγοντες βρίσκονται σε πλήρη συνάφεια με τα ευρήματα άλλων μελετών και ειδικά της μελέτης Euro Heart, η ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση και η χορηγούμενη μετά το εξιτήριο φαρμακευτική αγωγή στα περιστατικά οξέων στεφανιαίων συνδρόμων που νοσηλεύσαμε τοποθετείται πλησιέστερα στις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας από ότι πολλά κέντρα που συμμετείχαν στην προαναφερθείσα μελέτη.

Είναι απαραίτητο σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα όπου νοσηλεύονται ασθενείς με οξέα στεφανιαία σύνδρομα, να δημιουργηθούν δομές ώστε να γίνεται συστηματική καταγραφή του τρόπου νοσηλείας και αντιμετώπισης τους. Μόνο έτσι μπορεί να υπάρξει ανατροφοδότηση από την εμπειρία και καθιέρωση ψηλού επιπέδου για όλο το τμήμα και το σύστημα παροχής υπηρεσιών σύγχρονης καρδιολογίας.

Βιβλιογραφία

1. D.Hasdai, M.L. Simoons, A. Battler et.al. The Euro Heart Survey of Acute Coronary Syndromes. Eur Heart J 2002; 23: 1190-1201
2. The CARDS Co-ordination Committee. Cardiology Audit and Registration Data Standards for Coronary Care Unit [CCU] / Acute Coronary Syndromes [ACS] admissions.