

# Akut szívelégtelenség eseteink elemzése – hemodinamikai sajátosságok és kiváltó tényezők

Kocsis Ildikó, Frigy Attila, Carașca Emilian

Marosvásárhelyi 4. sz. Belgyógyászati Klinika

## Analiza cazurilor cu insuficiență cardiacă acută – profil hemodinamic și factori precipitanți

Studiul prezintă o evaluare a caracteristicilor principale ale cazurilor internate (83 pacienți) cu insuficiență cardiacă acută într-o perioadă de 6 luni. Am pus un accent deosebit pe analiza (conform ghidului ESC) profilului hemodinamic, respectiv a factorilor precipitanți – aceștia având un rol major în alegerea tratamentului și în determinarea prognosticului. Am observat dominanța clasei hemodinamice de severitate „wet and warm”, cu șanse terapeutice mai bune și cu prognostic mai favorabil. Factorul declanșator cel mai important s-a dovedit lipsa complianței terapeutice – factor, care poate fi ameliorat prin comunicare pacient-medic-familie mai eficientă.

Cuvinte cheie: insuficiență cardiacă acută, hemodinamică

## An analysis of cases with acute heart failure – hemodynamic features and precipitating factors

The study presents an evaluation of main characteristics of acute heart failure cases (83 patients) admitted in a 6 month period. We put emphasis on analysis (in concordance with the ESC guidelines) of hemodynamic profile and of precipitating factors, both having an important role in determining the treatment and prognosis. We observed a dominance of clinical severity class „wet and warm”, with relatively good therapeutic chance and prognosis. The most important precipitating factor was the lack of therapeutic compliance, a factor which could be ameliorated by a more efficient patient-doctor-family communication.

Keywords: acute heart failure, hemodynamics

Orvostudományi Értesítő, 2009, 82 (1): 14-16

www.orvudert.ro

A szívelégtelenség ma világszerte az egyik legjelentősebb cardiovascularis kórállapot. A csökkent életminőség és magas mortalitás mellett nagy anyagi terhet is ró a társadalomra, a „legdrágább” klinikai szindróma. Számos panasszal és klinikai tünettél jár együtt, melyek hátterében a kardiális funkciózavar mellett egy több szervrendszert érintő összetett kórfolyamat áll.

Az akut szívelégtelenség (ASze) a szívelégtelenség egyik megnyilvánulási formája, melynek legfőbb jellemzője a klasszikus tünetek (nehézlégzés, ödémák stb.) viszonylag hirtelen történő megjelenése és/vagy súlyosbodása. Az akut kardiális diszfunkció lehet szisztolés, diasztolés vagy aritmias eredetű, illetve az elő- vagy utóterhelés növekedésének következménye [3, 5].

Az epidemiológiai vizsgálatok szerint az ASze incidenciája és prevalenciája egyaránt növekvő tendenciát mutat. Az ASze gyakran életet veszélyeztető állapot és azonnali kórházi, ellátást igényel. A beutalás alatti mortalitás 10-16%-os, 7-20%-os 60-90 napon belül, míg súlyos esetekben az 1 éves halálozás elérheti az 50 %-ot is. A kórkép csökkent életminőséget idéz elő, a betegek folyamatos kezelést igényelnek, 30%-uk rendszeres hospitalizációra szorul, az ismételt beutalások aránya 45%, évente [1, 2, 3, 6, 7].

Az ASze esetek osztályozása, kiváltó tényezőinek azonosítása fontos a megfelelő terápiás döntések, az esetleges visszaesések megelőzése szempontjából. Több klinikai osztályt különböztetünk meg: krónikus szívelégtelenség akut dekompenzációja, akut tüdőödéma, kardiogén sokk, hipertenzív ASze, magas perctérfogattal járó ASze, akut jobb-szívfél elégtelenség, és akut koronária-szindrómához társuló ASze. A hemodinamikai súlyossági profil (a vérnyo-

más és a tüdősztaízis/ödémák jelenléte) szerint megkülönböztetjük a „meleg és nedves”, „meleg és száraz”, „hideg és száraz”, valamint a „hideg és nedves” klinikai kategóriákat [3, 5, 6, 7].

Az ASze precipitáló tényezőit két csoportba sorolhatjuk: kardiális és nem kardiális eredetűek. A kardiális tényezők közül a legfontosabbak: hipertóniás krízis, akut koronária-szindróma, akut aritmia, valvulopátia, szívtamponád, aorta-dissectio. Nem kardiális tényezők: életmódi hibák, fokozott só- és folyadékbevitel, fokozott fizikai aktivitás, túlzott alkoholfogyasztás, terápia elhagyása/nem betartása (rossz compliance), valamint láz, infekció, sebészi beavatkozás, veseelégtelenség és anémia [3, 6, 7].

Dolgozatunkban vizsgáltuk egy hazai betegpopuláción az ASze-el diagnosztizált betegek hemodinamikai profilját és az akut dekompenzáció kiváltó faktorait. Célunk egy általános kép kialakítása volt a terápiás esélyekről, a beutalások kritikus pontjainak kivédési lehetőségeiről.

## Anyag és módszer

Egy féléves intervallum alatt 83 (ebből 26 nő, átlagéletkor 65,6 év), ASze-el felvett beteg adatait prospektíven bevezettük egy komplex adatbázisba. A felmérés során rögzítettük a demográfiai adatokat, a kardiális alapbetegségeket, a klinikai megnyilvánulásokat, a kezelést, a fontosabb paraklinikai leleteket (EKG, echokardiográfia, mellkas-röntgen, laborvizsgálatok). A betegeket a klinikai kategóriák, a hemodinamikai súlyossági osztályok valamint a heveny dekompenzáció kiváltó faktorai szerint, az ESC 2005-ös irányelvei alapján soroltuk be.

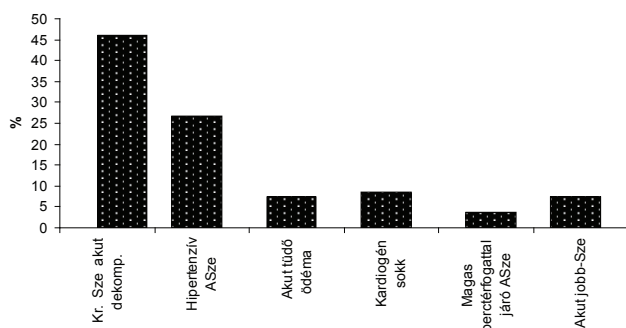
Dr. Kocsis Ildikó  
Marosvásárhely - Târgu Mureș  
Gh. Marinescu u. 1,  
E-mail: kpicur5@freemail.hu

## Eredmények

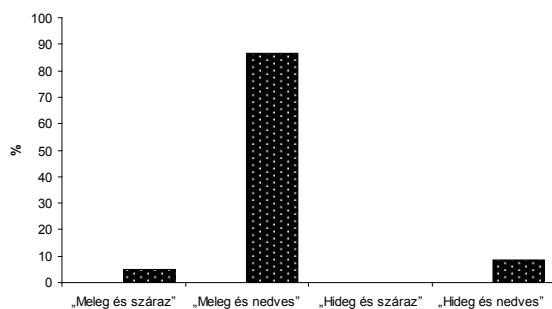
A klinikai megjelenés kategóriáinak előfordulása a következő volt (**1. ábra**): krónikus szívelégtelenség dekompenzációja - 38 beteg (46,34%), hipertenzív ASze - 21 beteg (25,64%), akut tüdőödéma - 6 beteg (7,32%), kardiogén sokk - 7 beteg (8,53%), megnövekedett perctérfogattal járó ASze - 3 beteg (3,63%), akut jobb-szívfél elégtelenség - 6 beteg (7,32%).

A betegek besorolása a hemodinamikai osztályok szerint (**2. ábra**): „meleg és száraz”: 4 (4,87%), „meleg és nedves”: 72 (86,58%), „hideg és száraz”: 0, (klinikánkra nem került beutalásra hipovolémiás sokkal diagnosztizált beteg), „hideg és nedves”: 7 (8,53%) beteg.

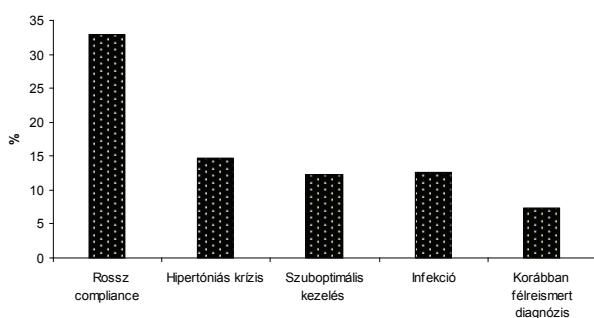
A leggyakoribb kiváltó faktorok (első öt) (**3. ábra**): rossz terápiás compliance - 27 (32,92%), hipertóniás krízis - 12 (14,63%), szuboptimális kezelés - 10 (12,53%), infekció - 7 (8,53%), korábban félreismert diagnózis - 6 (7,31%) beteg.



1. ábra. Klinikai kategóriák előfordulása



2. ábra. A betegek eloszlása a hemodinamikai osztályok szerint



3. ábra. A leggyakrabban előforduló kiváltó faktorok

## Megbeszélés. Következtetések

Az akut dekompenzáció kialakulásában fontos a precipitáló faktorok szerepe. Ezek korai azonosítása, kiküszöbölése az ASze esetek kivédéséhez, számának jelentős csökkenéséhez vezethet. A rossz terápiás compliance gyakori előfordulása megfelel az irodalmi adatoknak [3, 4]. Bár nem végeztük el ezen esetek mélyebb analizisét, valószínűsíthető az orvos-beteg-környezet (család) kommunikáció deficitese volt, mint legfőbb oka a betegek „elkallódásának”.

Az esetek klinikai kategóriák és hemodinamikai súlyossági állapotok szerinti eloszlása szintén megfelelt az irodalmi adatoknak – magas százalékban fordul elő a krónikus szívelégtelenség dekompenzációja, valamint a „nedves és meleg” súlyossági állapot. Elmondható tehát, hogy az esetek túlnyomó hányada a jobb terápiás eséllyel bíró (megtartott vérnyomás) kategóriákba esett, ami magyarázza a kórházi mortalitás alacsonyabb (8,4%), az irodalmi adatoktól némileg eltérő alakulását [1, 3, 7]. E diszkrépancia másik lehetséges magyarázata, hogy a vizsgálatba bevett esetek között – klinikánk profiljából adódóan – nem volt akut koronária szindrómával beutalt beteg.

Adataink alapján elmondható, hogy az ASze-vel beutalt esetek jó része megelőzhető. A betegek szorosabb (klinikai státusz, terápia) nyomonkövetésével, speciális ambulanciák kialakításával, a legtöbb kiváltó tényező korán azonosítható, kezelhető. A beutalt betegek viszonylag kedvező hemodinamikai státusza és terápiás esélye felveti ezen páciensek egy részének járóbetegként történő kezelését, irányítását. Ez aláhúzza a szívelégtelenség-ambulanciák megszerzésének jelentőségét, szükségességét.

## Irodalom

1. Abraham W.T., Adams K.F., Fonarow G.C. et al. – *In-hospital mortality in patients with acute decompensated heart failure requiring intravenous vasoactive medications: An analysis from the Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE)*, J Am Coll Cardiol, 2005, 46: 57-64.
2. Cowie M.R., Wood D.A., Coats A.J.S. et al. – *Incidence and aetiology of heart failure; a population-based study*, Eur Heart J, 1999, 20: 421-428.
3. *ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008*, Eur Heart J, 2008, 29:2388-2442.
4. EuroHeart Survey Investigators, Heart Failure Association, European Society of Cardiology – *EuroHeart Failure Survey II (EHFS II): a survey on hospitalized acute heart failure patients: description of population*, Eur Heart J, 2006, 27:2725-2736.
5. Filippatos G., Zannad F. – *An introduction to acute heart failure syndromes: definition and classification*, Heart Failure Rev, 2007, 12:87-90.
6. *Guidelines on the diagnosis and treatment of acute heart failure – executive summary*, Eur Heart J, 2005, 26: 1115-1140.
7. Teerlink J.R. – *Diagnosis and management of acute heart failure*. In: Braunwald E (ed) Heart Disease, Saunders Elsevier, Philadelphia, 2008, 583-610.