

 <b>SPLOŠNA BOLNIŠNICA MURSKA SOBOTA</b> <small>RAKIČAN, Ulica dr. Vrbačjaka 6, 5000 Murska Sobota</small>		<b>KLINIČNA POT</b>  <b>AKUTNI KORONARNI SINDROM</b>	Oznaka dokumenta: <b>URG KP75 01</b>
Izdaja: <b>01</b>	Velja od: <b>16.9. 2015</b>		Stran od strani: <b>1 od 3</b>

	FUNKCIJA	IME IN PRIIMEK	PODPIS
PRIPRAVIL:	Dipl. m. s. v int. terapiji III	Robert Ilič, dipl.z.n.	
PREGLEDAL:	Vodja EIIT	Štefan HORVAT, dr.med.spec.	
ODOBRIL:	Vodja internističnih dejavnosti	Vlasta Petric	
<b>SKRBNIK:</b>	<b>Vodja EIIT</b>		

### PREGLED ZADNJIH SPREMEMB V DOKUMENTU

Zap. št.	Sprememba v točki:	OPIS SPREMEMBE	Velja od	Izdaja

#### 1. PODROČJE UPORABE

Ta dokument se uporablja na nivoju bolnišnice.

#### 2. POTEK

 <b>SPLOŠNA BOLNIŠNICA MURSKA SOBOTA</b> <small>RAKIČAN, Ulica dr. Vrbačnika 6, 5000 Murska Sobota</small>		<b>KLINIČNA POT</b>  <b>AKUTNI KORONARNI SINDROM</b>	Oznaka dokumenta: <b>URG KP75 01</b>
Izdaja: <b>01</b>	Velja od: <b>16.9. 2015</b>		Stran od strani: <b>2 od 3</b>

Pacienti z AKS (AKUTNI KORONARNI SINDROM) = nenadna huda prsna bolečina, so takoj obravnavani v internistični urgentni ambulanti (IPP) oziroma do stabilizacije bolnika v Enoti internistične intenzivne terapije (EIT). Osnovna preiskava takoj ob prihodu pacienta je 12 – kanalni EKG, na podlagi katerega se pacienti delijo na dve skupini:

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

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

Pri teh pacientih gre ponavadi za popolno trombotično zaporo ene izmed koronarnih arterij. Nastanek nekroze preprečimo s čimprejšnjo rekanalizacijo prizadete koronarne arterije. Paciente čimprej transportiramo v spremstvu zdravnika na primarno perkutano koronarno intervencijo (PCI), v najbližji kateterski laboratorij (ponavadi UKC Maribor). 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
3. Aplikacija MONA terapije oziroma dopolnitev le te (Aspirin Direkt ali Aspegic iv – 250 do 500 mg; kisik – venti ali ohio maska ob spremljanju saturacije kisika, ki naj bo nad 90 %; Nitroglicerín spray pod jezik in po potrebi v intravenski infuziji ob povišanem krvnem tlaku; Morfij ob titriranju do skupnega odmerka 0,1 mg/kg telesne teže ob sočasni aplikaciji antiemetika)
4. Klopidoĝrel ali Tikagrelor po navodilu interventnega kardiologa
5. Nizkomolekularni heparin (Enoksaparin) ali standardni Heparin po navodilu interventnega kardiologa

Pacient mora biti ves čas obravnave priključen na prenosni EKG monitor – defibrilator. Pacienta pripravimo za transport in ga v spremstvu zdravnika čimprej premestimo v kateterski laboratorij.

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

Pri teh pacientih ugotavljamo v EKG posnetku subendokardialno ishemijo ali pa je EKG normalen. S spremljanjem EKG in markerjev srčne nekroze (Troponin) v 6 – 8 urah ugotovimo ali gre pri pacientu za nestabilno angino pektoris (NAP) ali za akutni miokardni infarkt brez elevacije ST (NSTEMI). Začetek zdravljenja je v obeh primerih enak.

#### **Ukrepi v EIT:**

1. Snemanje 12 – kanalnega EKG
2. Nastavitev venskega kanala in odvzem krvi za laboratorijske preiskave
3. Aplikacija MONA terapije oziroma dopolnitev le te (Aspirin Direkt ali Aspegic iv – 250 do 500 mg; kisik – venti ali ohio maska ob spremljanju saturacije kisika, ki naj bo nad 90 %; Nitroglicerín spray pod jezik in po potrebi v intravenski infuziji ob povišanem krvnem tlaku;

 <b>SPLOŠNA BOLNIŠNICA MURSKA SOBOTA</b> <small>RAKIČAN, Ulisa dr. Vrbačaka 6, 5000 Murska Sobota</small>		<b>KLINIČNA POT</b>  <b>AKUTNI KORONARNI SINDROM</b>	Oznaka dokumenta: <b>URG KP75 01</b>
Izdaja: <b>01</b>	Velja od: <b>16.9. 2015</b>		Stran od strani: <b>3 od 3</b>

Morfij ob titriranju do skupnega odmerka 0,1 mg/kg telesne teže ob sočasni aplikaciji antiemetika)

4. Nizkomolekularni heparin (Enoksaparin) ali standardni Heparin ob kontroli APTČ

V naslednjih 12 – 24 urah je potrebno oceniti koronarno ogroženost pacienta; verjetnost smrti, novega ali ponovnega infarkta, potrebe po urgentni revaskularizaciji.

Ogroženost je večja pri pacientih:

- S pozitivnim troponinom
- Depresijo ST spojnice
- Ponovne stenokardije in hemodinamske nestabilnosti pacienta
- Z revaskularizacijskimi posegi v preteklosti
- Z oslABLjeno funkcijo levega prekata

Če spada pacient v skupino z nizkim tveganjem po 3 – 4 dneh opravimo obremenitveno testiranje. Ob ishemični reakciji je priporočena koronografija. Zdravnik se z interventnim kardiologom dogovori za premestitev pacienta.

Če spada pacient v skupino z velikim tveganjem, se zdravnik dogovori za premestitev pacienta v 12 – 24 urah.

#### **REHABILITACIJA PACIENTOV Z AKS**

Paciente razdelimo na tiste z nezapletenim in tiste z zapletenim potekom bolezni.

Potek je nezapleten:

- Pacient je brez stenokardije v zadnjih 8 urah
- Pacient nima znakov srčnega popuščanja
- Pacient nima pomembnih motenj srčnega ritma in novonastalih EKG ishemičnih sprememb v zadnjih 8 urah

Paciente z nezapletenim potekom bolezni pospešeno rehabilitiramo in jih v 3 – 4 dneh odpustimo. Po odpustu iz bolnišnice jih lahko uvrstimo v ambulantni program ali program rehabilitacije v toplicah.

Pri pacientih z zapletenim potekom je rehabilitacija počasnejša in prilagojena stanju posameznega pacienta.