

Aktualitások a bizonytalan időbeli eredetű ischaemiás stroke definitív ellátásában: thrombolysis és endovascularis intervenciók megítélése

Papp László PhD, MSc, RN, főiskolai docens,

SZTE ETSZK Ápolási Tanszék

A stroke betegség rokkantságot okozó hatása miatt jelentős népegészségügyi probléma. Az összes stroke kb. 80 %-a az agyi erek elzáródására visszavezethető ischaemiás típusba sorolható, míg 20 % vérzéses eredetű. Az ischaemiás stroke végleges, definitív ellátása megoldást jelenthet a tüneteket okozó probléma felszámolására vagy hatásainak nagymértékű csökkentésére, ezért a sürgősségi neurológiai ellátás egyik kulcspontja.

Az ischaemiás stroke beteg első ellátásának alapvető kérdése a tünetek jelentkezése és az intervenció megkezdése között eltelt idő. Az időablak meglehetősen szűk, intravénás thrombolysis esetén 3 óra, arra alkalmas betegek esetén 4.5 óra, míg endovascularis intervenciók esetén 6 óra. A rekanalizáció megkezdésének számos abszolút és relatív kontraindikációja van, melyeket a beavatkozás megkezdése előtt vizsgálni és mérlegelni szükséges. (1,2)

Az ischaemiás stroke betegek ellátása alapvetően két kritikus fontosságú szakaszra osztható. Az első szakasz a tünetek megjelenésétől a specifikus ellátásra alkalmas kórházba érkezésig eltelt idő, mely optimális esetben kevesebb, mint 60 perc. (2) Ebben a szakaszban több szereplőnek van jelentős szerepe: ilyenek a tüneteket észlelő beteg és / vagy hozzátartozója, és a prehospitális ellátásban tevékenykedő kollégák. Tekintettel arra, hogy a végső diagnózis csak a képalkotó vizsgálatok eredményeinek ismeretében állítható fel, és az ajánlás szerint egyes esetekben (pl. basilaris occlusio) még 12 órával a stroke kialakulása után is megkísérelhető az ér megnyitása, törekedni kell arra, hogy a betegek a lehető leghamarabb kórházba kerüljenek. (1)

Abban az esetben, ha a tünetek kezdeti időpontja bizonytalan (pl. a beteg a stroke tüneteire ébredt, vagy több óra telt el azóta, hogy utoljára tünetmentesnek látták), szintén arra kell törekedni, hogy a beteg minél hamarabb specifikus ellátóhelyre kerüljön. Ebben az esetben reális esélye lehet a kiterjesztett időablak alkalmazásának, illetve annak, hogy a beteg olyan stroke központba kerüljön, ahol az érelzáródás helye (pl. a hátsó scala keringészavara) vagy a diffúziós / perfúziós MRI vagy perfúziós CT alapján megkezdődjön a rekanalizációs kezelés. (1)

Az ischaemiás stroke betegek ellátásának második szakasza a kórházba érkezés és a definitív beavatkozás megkezdése között eltelt idő. Optimális esetben ez az időszak nem hosszabb, mint 90 perc, ideálisan 60 perc. (2) A rendkívül szűk időkeret betartásához gyakorlott stroke team szükséges, melynek tagja neurológus szakorvos, ápoló, laboratóriumi szakember, radiológus, és intervenció esetén neurointervencióban képzett szakember. A rendelkezésre álló időben számos vizsgálat szükséges valamennyi, akut ischaemiás stroke tünettől érkező beteg esetén (1. sz. táblázat).

1. sz. táblázat: Minden beteg esetén szükséges vizsgálatok akut ischaemiás stroke tünetek esetén (1)

Natív koponya CT vagy MRI
Vércukor gyorseszteszt
O ₂ szaturáció
Se elektrolitok/vesefunkció (natrium,-kálium,-urea,-kreatinin szint)
Teljes vérkép/thrombocyta szám
Szívizomelhalást / ischaemiát jelző enzimek
Protrombinidő/INR
aPTI
EKG

Az akut koponya CT vagy MRI eredménye alapján jelenthető ki, hogy a tüneteket vérzés vagy ischaemia okozza. A vércukorszint és a prothrombinidő / INR ellenőrizhető ágy melletti gyorseszteszttel, de mivel eltéréseik abszolút kontraindikációt jelenthetnek, az intervenció csak az eredmény birtokában kezdhető meg.

Az akut ischaemiás stroke aktuális ellátási protokolljából kiemelendő, hogy a rekanalizációs kezelés időablakán túl (ami intravénás thrombolysis esetén 3-4.5 óra, endovascularis kezelés esetén 6 óra) megfontolható a perfúziós CT vagy perfúziós / diffúziós MRI vizsgálat. Ezek a technikák pontosíthatják az ischaemiás károsodás súlyosságát, és személyre szabott döntést tesznek lehetővé a szóba jöhető terápia vonatkozásában. (1)

Felhasznált irodalom:

1. Egészségügyi szakmai irányelv: Az akut ischaemiás stroke diagnosztikája és kezelése. 2017. április 25-i változat. Elérhető a Magyar Stroke Társaság honlapján: <https://www.doki.net/tarsasag/stroke/dokumentumtar> (a letöltés ideje 2017. június 30.)
2. Jauch, E.C. et al: Guidelines for the early management for patients with acute ischaemic stroke. 2013; DOI: 10.1161/STR.0b013e318284056a elérhető: <https://stroke.ahajournals.org/content/44/3/870.full.pdf>

A fájdalom felmérése és a fájdalom menedzsment demenciában szenvedő idősök körében

Boros Edit, tanársegéd,

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

A demencia világszerte jelentős népegészségügyi probléma, napjainkban csaknem 47 millióan szenvednek ebben a betegségben. Magyarországon jelenleg legalább 200 ezer beteget érint ez a kórkép. Ezen megbetegedés során magasabb agykérgi funkciók sérülnek, így a betegek szóbeli, emlékező és felidéző képessége jelentősen sérül. Ezek a változások a betegek mindennapi életét megváltoztatja, a betegek önellátását, társas kapcsolatait nagyban veszélyezteti. Demens betegek nem mindig tudják verbálisan kifejezni az érzelmeiket, vagy megnevezni a tüneteiket. Így a fájdalmukat sem tudják a környezetük számára jelezni, holott tudjuk, hogy a fájdalommenedzsment első lépése a probléma meghatározása és a fájdalom pontos felmérése. A fájdalom tipikus tüneteinek túl, demens betegeknél tapasztalhatunk atipikus tüneteket is, mint a nyugtalanságot, zavarodottságot, erőszakosságot, étvágybeli változásokat és a napi rutin megváltozását. A fájdalom jelenlétére utalhat a fájdalmas terület nyomkodása vagy éppen a védeése, nyöszörgő hang adása, sírás és az arc grimaszolása. (1)

Fájdalom felméréséhez a különböző stádiumokban más felmérő eszközök alkalmazását ajánlják a szakirodalmak. Enyhe és közepes súlyos formában a VAS (vizuál analóg skálát) vagy a leíró skála alkalmazása javasolt. Súlyos stádiumban, amikor a beteg nem tudja magát szóban kifejezni azokat a skálákat kell előtérbe helyezni, amelyek az ápolói megfigyeléseken alapulnak. Ilyen nemzetközi fájdalom felmérő skála a Doloplus 2 (Behavioural Pain Assessment in the Elderly), PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia Scala) és a PADE (Pain Assessment for Dementing Elderly) skála. (1, 2, 3)

A pontos felmérés után tudjuk meghatározni az egyénre szabott fájdalomcsillapítási beavatkozásokat. A beavatkozásnál a nemzetközi ajánlást, a fájdalomcsillapítás lépcsőit alkalmazzuk. A beteg ellátásánál másik fontos szempont, hogy a kiválasztott készítmény csökkentse a beteg viselkedési tüneteit, mint az agressziót. Számos kutatás igazolta, hogy demens betegeknél az agitáltságot jobban csökkentik a paracetamol készítmények és biztonságosabban használhatóak, mint az antipszichotikumok. Nem gyógyszeres fájdalomcsillapítás közül hatékonyak bizonyult a megnyugtató kommunikáció, nyugodt, barátságos környezet biztosítása. Ezen módszereken kívül jól eredményeket hozott a zeneterápia és reflexológia alkalmazása is, mellyel szintén csökkenthető a beteg nyugtalansága és fájdalma. (1, 4, 5) A személyközpontú demensellátás célja az, hogy az ellátottak számára a „well-being” azaz a jó közérzet lehetőségek szerint biztosítva legyen, melyhez hozzátartozik a fájdalommentesség is melyet egy teljes egészségügyi teamnek kell támogatnia.

Irodalomjegyzék:

1. Achterberg, W., Pieper, M. J. C., van Dalen-Kok, A. H., ... Corbett, A. (2013). Pain management in patients with dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1471. <https://doi.org/10.2147/CIA.S36739>
2. Chen, Y.-H., & Lin, L.-C. (2016). Ability of the Pain Recognition and Treatment (PRT) Protocol to Reduce Expressions of Pain among Institutionalized Residents with Dementia: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Pain Management Nursing*, 17(1), 14–24. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.08.003>
3. Warden, V., Hurley, A. C., Volicer, L., & al., et. (1998). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(1), 9–15. <https://doi.org/10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7>
4. Corbett, A., Husebo, B., Malcangio, M.,....., & Ballard, C. (2012). Assessment and treatment of pain in people with dementia. *Nat Rev Neurol*, 8(5), 264–274. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1038/nrneurol.2012.53>
5. Brorson, H., Plymoth, H., Örmon, K., & Bolmsjö, I. (2014). Pain Relief at the End of Life: Nurses' Experiences Regarding End-of-Life Pain Relief in Patients with Dementia. *Pain Management Nursing*, 15(1), 315–323. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.10.005>