



ΟΞΥ ΘΩΡΑΚΙΚΟ ΑΛΓΟΣ

ΕΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑ - ΠΟΛΛΕΣ ΑΙΤΙΕΣ



Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών*
Καρδιολογικό
* Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Πλοίαρχος(ΥΝ) Ευφροσύνη Μαντζάρα ΤΠΝ

RN, MSc, Εκπαιδευτρια ERC
Προϊσταμένη ΜΕΘ/ΓΕΝ
Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών



ΓΕΝΙΚΟ ΕΠΙΤΕΛΕΙΟ
ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ



ΑΣΤ ΓΕΝΙΚΟ ΣΤΡΑΤΕΓΙΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΔΙΑΚΛΑΔΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΝΟΣΙΑΣ ΔΥΝΑΜΕΩΝ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΜΕ ΘΕΜΑ

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙ ΜΕ ΤΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

13-14 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2024

ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ 401 ΓΣΝΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΩΝ
ΘΩΡΑΚΟΣ - ΚΑΡΔΙΑΣ - ΑΓΤΕΩΝ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ



ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΛΛΗΝΩΝ
ΕΙΔΕΣ ΔΕΛΤΑΤΙΚΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ



ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ



ENE

Δεν υπάρχει
σύγκρουση
συμφερόντων



ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Η κ. Νίκη 62 ετών
προσέρχεται στο ΤΕΠ
με έντονο θωρακικό
άλγος



Αλληλουχία ενεργειών



1. Κλινική εικόνα
2. Ιστορικό (έναρξη συμπτωμάτων/
παράγοντες κινδύνου)
3. Κλινικός, Εργαστηριακός,
Απεικονιστικός έλεγχος
4. Αρχική Αντιμετώπιση
5. Οριστική Αντιμετώπιση

Κλινική εικόνα

Κατά την αρχική προσέγγιση αναφέρει ότι «ο πόνος ξεκίνησε ξαφνικά στο στήθος, την πλάτη, τους ώμους και την κοιλιά και το νιώθει σαν ένα μαχαίρι στην καρδιά»



Ατομικό ιστορικό

- Αρτηριακή υπέρταση από τετραετίας υπό αγωγή με αμλοδιπίνη
- Παχυσαρκία (BMI~35 kg/m²)
- Καπνίστρια (~ 1 πακέτο/ημέρα)
- Αυτόματη αποβολή προ 32 ετίας



Κλινική εξέταση

- Πνεύμονες: μείωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος στην αριστερή βάση
- SpO₂ = 95% στον ατμοσφαιρικό αέρα
- Αρτηριακή πίεση: 170-90 mmHg
- Σφύξεις: 130/min
- Καρδία: S1, S2 ευκρινείς, ρυθμικοί
- Θερμοκρασία: 37,4°C
- Κόρες: ισομεγέθεις με (+) φωτοκινητικό
- Κοιλία: επώδυνη, με απουσία εντερικών ήχων
- Σημείο Giordano (+) δεξιά
- Λεμφαδένες: (-)
- Κάτω άκρα: Χωρίς περιφερικά οιδήματα και σφύξεις ομότιμα ψηλαφητές



Αρχική προσέγγιση

- Τοποθέτηση O₂ με ρινική κάνουλα
- Τοποθέτηση H/L και λήψη αίματος για εργαστηριακό έλεγχο
- Αντιμετώπιση αρτηριακής υπέρτασης και πόνου
- Λήψη ΗΚΓ και τοποθέτηση monitor (αν υπάρχει η δυνατότητα)
- α/α θώρακα- κοιλίας,
- U/S άνω-κάτω κοιλίας,
- C/T θώρακα και άνω κοιλίας χωρίς και με IVC,
- MRA θώρακα-κοιλίας (αν υπάρχει η δυνατότητα)
- Διαθωρακικό ECHO καρδιάς ή διοισοφάγειο (αν υπάρχει η δυνατότητα)



Αντιμετώπιση αρτηριακής υπέρτασης

- Χορήγηση αντιπερτασικών (νιτρογλυκερίνη, νιτροπρωσσικού νατρίου) ώστε η συστολική πίεση να κυμαίνεται σε επίπεδα μεταξύ 100-120mmHg ή και λίγο χαμηλότερα
- Χορήγηση β-blockers (προπαινόλη, εσμολόλη, λαβεταλόλη) μέχρι ο αριθμός των σφύξεων να ελαττωθεί στις 60-70/min. Αφού επιτευχθεί αυτός ο ρυθμός, η χορήγηση του αναστολέα συνεχίζεται κάθε 4-6 ώρες
- Χορήγηση ανταγωνιστών ασβεστίου (διλτιαζέμη)
- Προσοχή δίνεται στην ωριαία αποβολή των ούρων, η οποία πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 25ml/ώρα.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΟΝΟΥ

- Χορήγηση μορφίνης ή άλλων οπιούχων με τιτλοποίηση αναλόγως της μείωσης του πόνου

ΗΚΓ



- Φλεβοκομβικός ρυθμός, 130/min
- Φυσιολογικός άξονας QRS
- Χωρίς ισχαιμικές αλλοιώσεις

Εργαστηριακός έλεγχος

Γενική Αίματος

1	Λευκά αιμοσφαίρια WBC	12.07	x10 ³	T	4 - 10.5
2	Ουδετερόφιλα NEU%	68.3	%	N	40 - 70
3	Λεμφοκύτταρα LYM%	22.3	%	↓	25 - 45
4	Μονοκύτταρα MONO%	8.0	%	N	2 - 10
5	Βασεόφιλα BASO%	0.2	%	↓	0.3 - 1
6	Ηωσινόφιλα EOS%	1.2	%	N	1 - 6
7	NEU#	8.23	x10 ³ /μL	↑	2 - 7.7
8	LYM#	2.69	x10 ³ /μL	N	1.5 - 4
9	MONO#	0.97	x10 ³ /μL	N	0.02 - 1
10	BASO#	0.03	x10 ³ /μL	N	0.01 - 0.1
11	EOS#	0.15	x10 ³ /μL	N	0.04 - 0.4
12	Ερυθρά αιμοσφαίρια (RBC)	5.24	x10 ⁶ /μL	N	4.1 - 5.9
13	Αιματοκρίτης (HCT)	40.8	%	N	37 - 51
14	Αιμοσφαιρίνη (HGB)	13.7	g/dL	N	12 - 17.5
15	MCV	77.9	fL	↓	80 - 98
16	MCH	26.1	pg/cell	↓	27 - 33
17	MCHC	33.6	g/dL	N	32 - 36
18	RDW-SD	42.9	fL	N	38 - 43
19	RDW-CV	14.9	%	N	11 - 16
20	Αιμοπετάλια (PLT)	147	x10 ³ /μL	↓	150 - 400
21	PDW	18.5	%	↑	9 - 17
22	MPV	13.3	fL	↑	6 - 11
23	P-LCR	51.3	%	↑	13 - 43
24	PCT	0.20	%	N	0.17 - 0.36
25	Εμπύρηνια ερυθρά (NRBC%)	0.0	/100WBC		

Εργαστηριακός έλεγχος

✉ Βιοχημικά

1	Γλυκόζη	92	mg/dL	N	70 - 110
2	Ουρία	25	mg/dL	N	10 - 50
3	Κρεατινίνη	0.58	mg/dL	↓	0.6 - 1.4
4	Νάτριο	142	mmol/L	N	135 - 147
5	Κάλιο	3.13	mmol/L	↓	3.5 - 5.1
6	Ολικά λευκώματα ορού	7.16	g/dL	N	6 - 8.2
7	Αλβουμίνη ορού	4.2	g/dL	N	3.5 - 5
8	Σφαιρίνες	2.96		N	2.3 - 3.5
9	A/G	1.42		N	1.1 - 2.1
10	AST(SGOT)	12	IU/L	N	5 - 37
11	ALT(SGPT)	21	IU/L	N	5 - 40
12	Αλκαλική Φωσφατάση	64	IU/L	N	35 - 129
13	γ-GT	21	IU/L	N	7 - 49
14	Ολική Χολερυθρίνη	1.18	mg/dL	↑	< 1
15	Άμεση Χολερυθρίνη	0.31	mg/dL	N	< 2.5
16	Χολερυθρίνη έμμεση	0.87	mg/dL	↑	< 0.75
17	LDH	226	IU/L	↑	< 225
18	CK	146	IU/L	N	10 - 173
19	CKMB	11	IU/L	N	1 - 18
20	Ασβέστιο Ολικό	8.69	mg/dL	N	8.5 - 10.5
21	Φώσφορος	2.75	mg/dL	N	2.5 - 5
22	Μαγνήσιο	1.95	mg/dL	N	1.58 - 2.55
23	Αμυλάση	24	IU/L	N	10 - 100
24	CRP	12.6	mg/dL	↑	< 0.5
	Αμυλάση Ούρων	260	IU/L	N	< 460

Εργαστηριακός έλεγχος

✘ Αιμόσταση

1	Χρόνος μάρτυρα PT	12.5	sec		
2	Χρόνος Quick PT	12.8	sec		
3	Χρόνος Quick (PT%)	92	%	N	80 - 110
4	INR	1.03			
5	APTT	23.6	sec	↓	26 - 38
6	D-dimer	1.88	μg/mL	↑	< 0.35

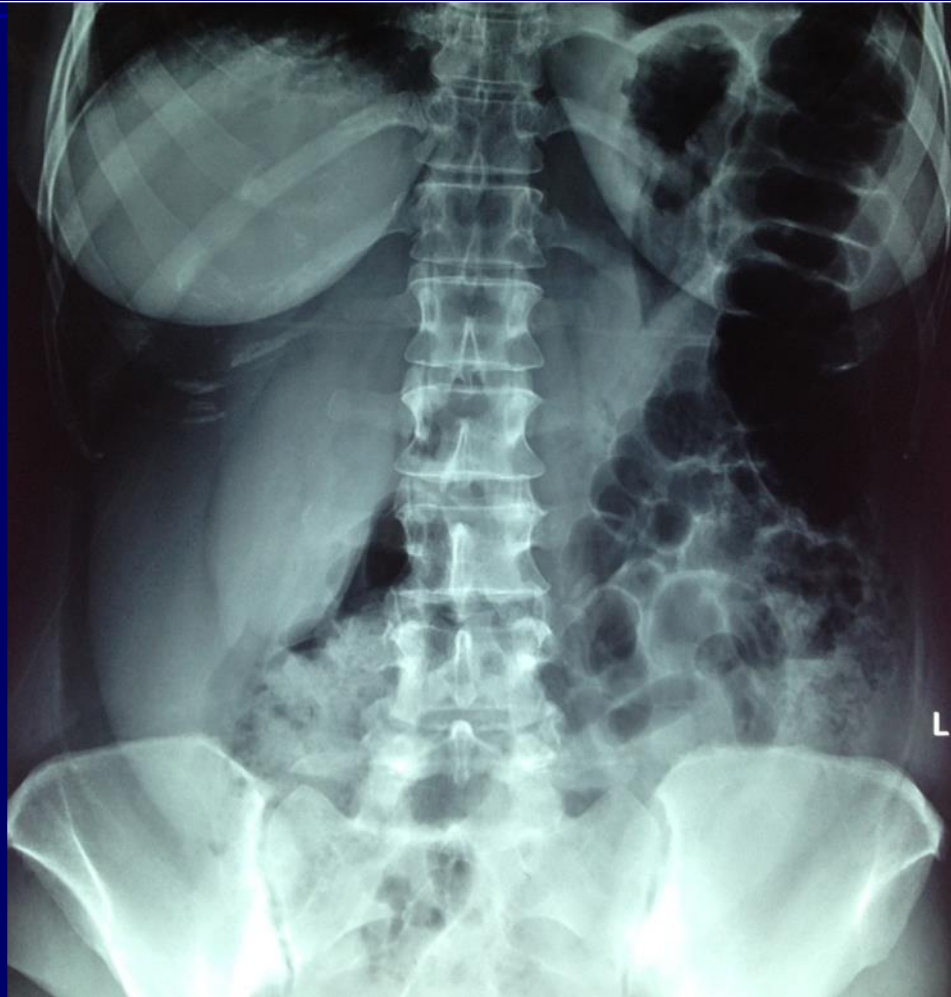
✘ Αιματολογικά

1	TKE	36	mm/h	↑	< 20
---	-----	----	------	---	------

Εργαστηριακός έλεγχος

Γεν.Ούρων			
1	Χροιά	KITΡΙΝΗ	
2	Ώψη	ΔΙΑΥΓΗ	
3	Ειδικό βάρος	1025	
4	pH	6.0 ΟΞΙΝΟ	
5	Λευκοκύτταρα	-	
6	Νιτρικά	ΟΧΙ	
7	Λεύκωμα	1+ (50)	mg/dL
8	Σάκχαρο	ΟΧΙ	mg/dL
9	Κετόνες	ΟΧΙ	mg/dL
10	Ουροχολινογόνο	ΟΧΙ	mg/dL
11	Χολοχρωστικές	ΟΧΙ	mg/dL
12	Αιμοσφαιρίνη	1+ (0.1)	mg/dL
13	Πυοσφαίρια	Σπάνια (2 - 4 κοπ)	
14	Ερυθρά αιμοσφαίρια	Λίγα (5 - 10 κοπ)	
15	Επιθήλια	Πλακώδη σπάνια	
16	Επιθήλια λοιπά	-	
17	Βλέννη	-	
18	Κρύσταλλοι	-	
19	Άμορφα άλατα	-	
20	Κύλινδροι	-	
21	Μικροοργανισμοί	-	
22	REVIEW	-	
23	Σπερματοζωάρια	-	
24	Αγωγιμότης	-	
25	Ολικά κύτταρα	-	

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΈΛΕΓΧΟΣ:
Rö Κοιλίας



Απεικονιστικός έλεγχος:

U/S ήπατος- χοληφόρων- παγκρέατος

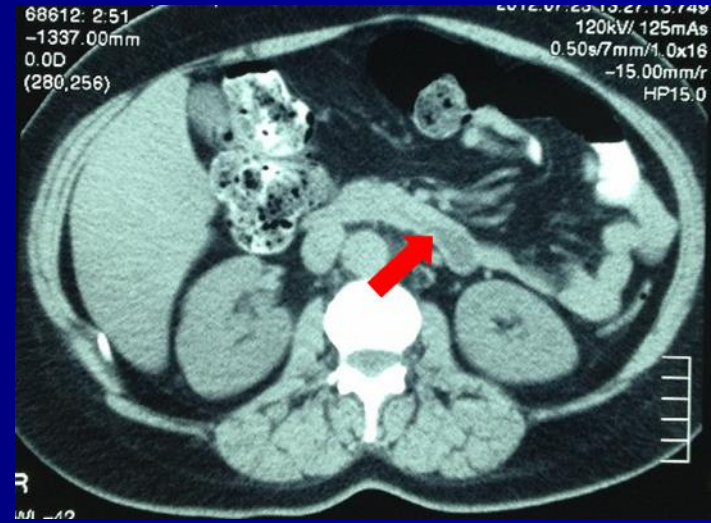
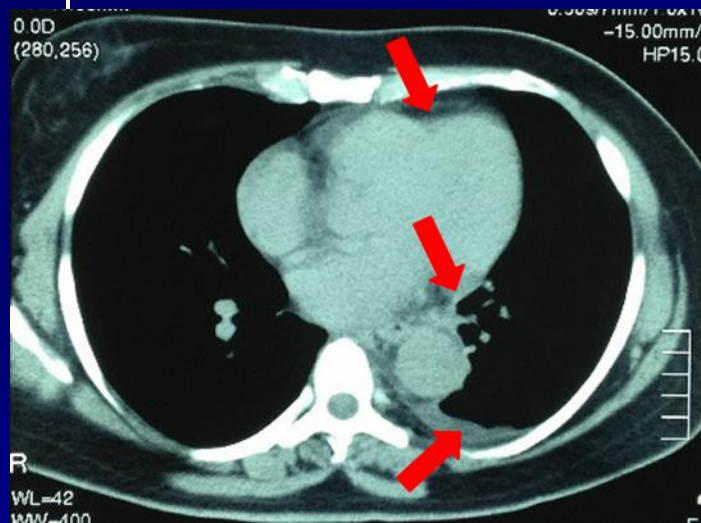
- Ήπαρ με αύξηση των ορίων και της ηχογένειας ως επί λιπώδους διήθησης.
Άνηχο μόρφωμα -απλή κύστη- παρά τη χοληδόχο κύστη, διαμέτρου 2 cm περίπου.
- Η χοληδόχος κύστη ελέγχεται χωρίς λίθους ή σημεία φλεγμονής. Δεν παρατηρείται διάταση των ενδοηπατικών χοληφόρων και του χοληδόχου πόρου.
- Το πάγκρεας, στο βαθμό που απεικονίζεται, έχει φυσιολογικές διαστάσεις αλλά δίδεται η εντύπωση αδρανοποίησης της ηχοδομής του.

Απεικονιστικός έλεγχος:

U/S άνω- κάτω κοιλίας

- Το πάγκρεας, στο βαθμό που απεικονίζεται, έχει φυσιολογικές διαστάσεις, και αδρανοποίηση της ηχοδομής του, χωρίς την ανάδειξη εστιακών αλλοιώσεων στο βαθμό που δύναται να ελεγχθεί.
- Νεφροί φυσιολογικού μεγέθους χωρίς εικόνα ευμεγέθους λίθου ή διάταση των πυελοκαλυκτικών συστημάτων
- Ουροδόχος κύστη σε ατελή πλήρωση
- Μόλις υποσημεινόμενη πλευριτική συλλογή αριστερά.

Απεικονιστικός έλεγχος: C/T θώρακα – κοιλίας (χωρίς IVC)



- Υπεζωκοτική συλλογή αριστερά
- Ανευρυσματική διάταση κατιούσης θωρακικής αορτής 3,2cm με ατελεκτατικές αλλοιώσεις περίξ
- Μικρή περικαρδιακή συλλογή
- Διάταση του κώνου της πνευμονικής

- Εντύπωση υπόπυκνης εστίας στα όρια σώματος και ουράς παγκρέατος
- Υπόπυκνο μόρφωμα με ασαφή όρια 2 cm παρά τη χολ. κύστη στο ήπαρ
- Αύξηση διαστάσεων και ανομοιογένεια μήτρας

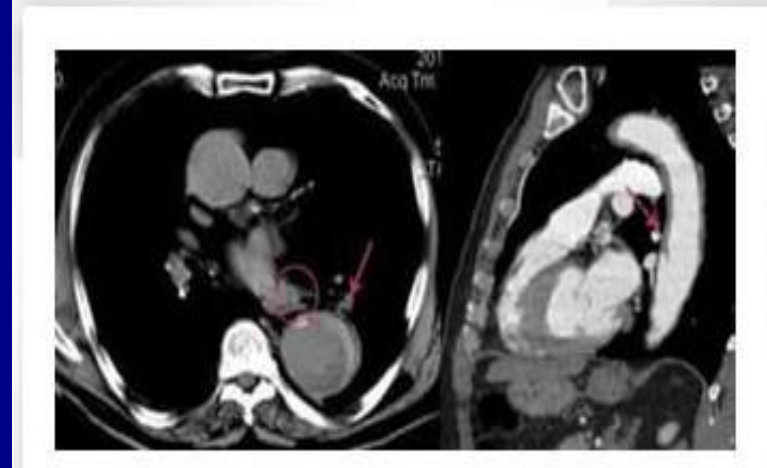
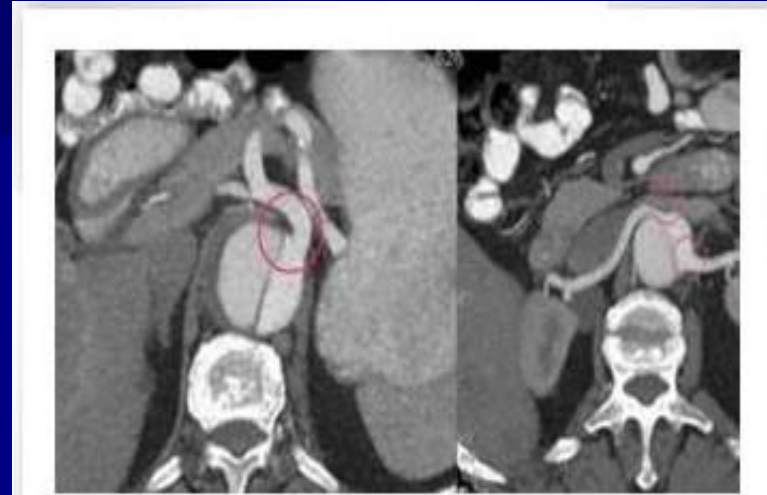
Απεικονιστικός έλεγχος: ΕCHO καρδιάς (ΤΤΕ)

No	Από :	Έως :	Α.Π. :	mmHg	ΣΦ : 0	bpm
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ :						
M-Mode <input checked="" type="checkbox"/> / 2D <input type="checkbox"/>			Αρχική Μελέτη			
Χ.Ε.Α.Κ.(LVOT):	(14-26mm)	Αορτ.Ρίζα :	(<37 mm)	ΚΑ.Βράχυνσης(FS):	(>28 %)	
ΜΚΔ(IVS):	(7-11mm) / 1	Αρ.Κόλπος:	(<40mm)	ΚΑ.Εξώθησης(EF):	60 (>56 %)	
ΤΔ.ΔΑΚ(LVIDd):	(36-58mm)	Χ.Ε.Δ.Κ(RVOT):	(18-34mm)	ΟΠΤ.ΕΚΤίμ.	άλλη:	
ΤΣ.ΔΑΚ(LVIDs):	(23-40mm) >	RVOT (PV):	(10-22mm)	EDV :	(76-115 ml)	BSA:
Ο.Τ.ΑΚ (LVPW):	(7-11mm) /	ΤΔ.ΔΔΚ(RVD-SAX):	(25-38mm)	ESV:	(29-48 ml)	SVI:
				DOPPLER		
				ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ		ΑΟΡΤΗΣ
				E: 0	A: 0	LVOT 0.00
				DT: 0	ΔΡμ: 0	SV: 0.00
				MVA: 0	PHT: 0.00	ΚΛΟΑ: 0
				ERO: 0.00	RVol: 0.00	Vμεγ. 0.00
				Vp: 0.00	E/Vp: 0.00	ΔΡμεγ. 0
				E: 0.00	E/E: 0/0	ΔΡμ: 0.00
						VTI Ao: 0
						AVA: 0.00
						PHT: 0
						D AR/LVOT 0.00
				ΤΡΙΓΛΩΧΙΝΑΣ		
				ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ		
				TRταχ: 0	TRgr: 0	Vμεγ.: 0
				Συστ.Πίεσ.ΠΑ: 0		ΔΡ μεγ.: 0
						VTIp: 0.00
						Qp/Qs: 0.00
ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΟΥ: +++()++()+()+()						

Αορτική ρίζα: Φυσιολογικών διαστάσεων
 Πνευμονική βαλβίδα: Φυσιολογικής υψής
 Μιτροειδής βαλβίδα: φυσιολογικής μορφολογίας με ελεύθερη διάνοιξη
 Τριγλώχινα βαλβίδα: φυσιολογικής μορφολογίας με ελεύθερη διάνοιξη
 Αριστερός κόλπος: Φυσιολογικών διαστάσεων
 Δεξιός κόλπος: φυσιολογικών διαστάσεων
 ΜΚΔ: Φυσιολογική κίνηση
 Αριστερή κοιλία: Φυσιολογικές διαστάσεις κοιλότητας και πάχος τοιχωμάτων, χωρίς σαφείς τμηματικές υποκινησίες.
 Περικάρδιο: Ελεύθερο - Χωρίς περικαρδιακή συλλογή
 Συμπέρασμα: Αριστερά κοιλία με φυσιολογικές διαστάσεις κοιλότητας και πάχος τοιχωμάτων, χωρίς σαφείς τμηματικές υποκινησίες. Καρδιακές βαλβίδες κατά φύση. Περικάρδιο ελεύθερο.

Απεικονιστικός έλεγχος:

- C/T αγγειογραφία : οξύς διαχωρισμός της θωρακικής αορτής με εικόνα ιστίου μετά την αριστερή υποκλείδιο αρτηρία μέχρι την αριστερή κοινή λαγόνιο αρτηρία. Παρατηρούνται δύο αυλοί με σκιαγραφική ενίσχυση με χαμηλότερη ροή στον ψευδή αυλό (στο ύψος της κοιλιακής αορτής ο αληθής αυλός ελέγχεται στα 7mm ενώ το εύρος της αορτής στα 30mm) . Τα συμπαγή όργανα της άνω κοιλίας αιματώνονται από τον αληθή αυλό. Μικρή πλευριτική συλλογή αριστερά, χωρίς εικόνα ενεργού εξαγγείωσης.
- Μαγνητική αγγειογραφία: Διαχωρισμός θωρακικής αορτής από το ύψος της αριστερής υποκλειδίου αρτηρίας

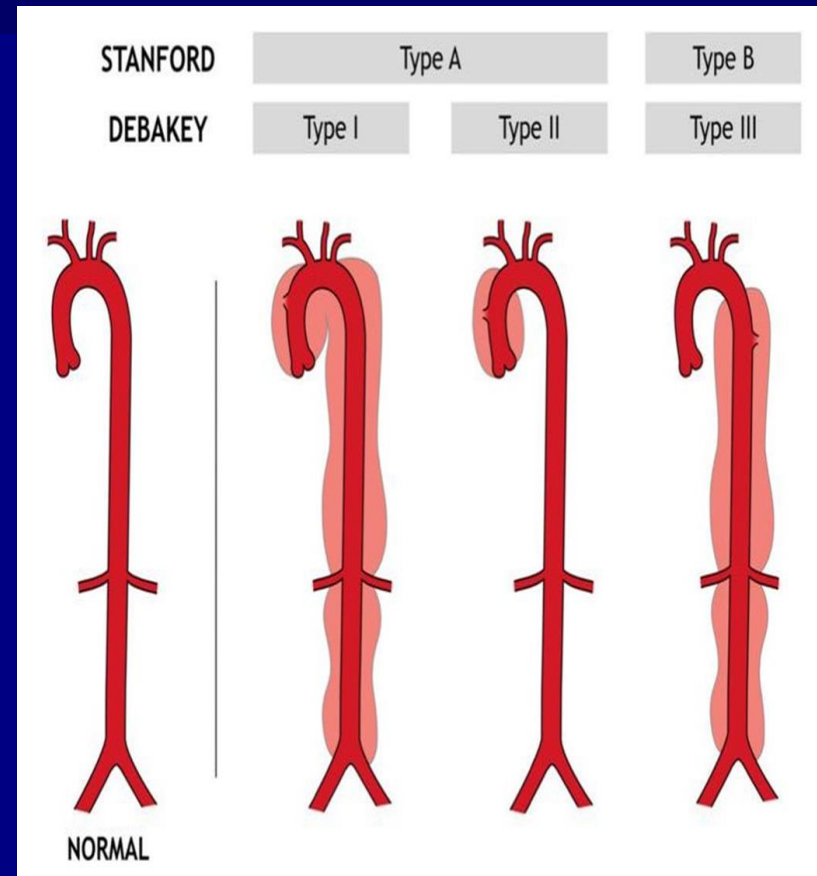


Τι υποψιαζόμαστε???



Διαχωρισμός της αορτής

- Είναι το επίμηκες “σχίσσιμο” των χιτώνων της αορτής, το οποίο δημιουργεί έναν ψευδή και έναν αληθή αυλό, όπου κυκλοφορεί ή όχι αίμα
- ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ 0-14 ημέρες
- Stanford B ξεκινά μετά την έκφυση της αριστερής υποκλειδίου και επεκτείνεται σε ένα μέρος ή σε όλο το μήκος της κατιούσας αορτής



Συμπτώματα I

1. Ξαφνικός σοβαρός θωρακικός ή στο ανώτερο τμήμα της πλάτης πόνος, που συχνά περιγράφεται ως διαξιφιστικός, ως αίσθηση σχισίματος ή «σαν μαχαιριά», που αντανακλά στο λαιμό ή στην ωμοπλάτη. (90%). Η θέση του πόνου εξαρτάται και μεταναστεύει σύμφωνα με τη θέση στην οποία έχει συμβεί ο διαχωρισμός. Η έναρξη του πόνου είναι τυπικά πολύ αιφνίδια.
2. Μπορεί να συνοδεύεται από εφίδρωση, έμετο ή ελαφρά κεφαλαλγία.
3. Οξεία οσφυαλγία
4. Ταχυκαρδία
5. Ξαφνικός σοβαρός κοιλιακός πόνος
6. Υπόταση ή συγκοπή
7. Υπέρταση, αν ο ψευδοαυλός δεν έχει έρθει σε ρήξη
8. Απώλεια συνείδησης, λιποθυμία
9. Δυσκολία στην αναπνοή
10. Αιματουρία, ανουρία
11. Ξαφνική δυσκολία στην ομιλία, απώλεια όρασης, αδυναμία ή παράλυση μιας πλευράς του σώματος, παρόμοια με αυτή ενός εγκεφαλικού επεισοδίου.

Συμπτώματα II

12. Αδύνατος παλμός σε έναν βραχίονα ή μηρό σε σύγκριση με τον άλλο.
13. Πόνος στο πόδι, δυσκολία στο περπάτημα ή και παράλυση
14. Προσωρινά ή μόνιμα νευρολογικά σημεία όπως αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή παραπληγία κατά την έναρξη του αορτικού διαχωρισμού που παρατηρούνται στο 17-40 %
15. Μεγάλη και οξεία ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας:
- πρωτοδιαστολικό φύσημα κυρίως στην εκπνοή
 - δύσπνοια κόπωσης, ορθόπνοια
 - σημεία Quincke, Duroziez de Musset, Corrigan
 - φύσημα Austin Flint
16. Ρήξη ανιούσας αορτής στην περικαρδιακή κοιλότητα που περιβάλλει εξωτερικά την καρδιά, αιμοπερικάρδιο και καρδιακός επιπωματισμός.
17. Πλευριτικός πόνος λόγω ρήξης του ψευδοαυλού και συσσώρευσης αίματος.

Συμπτώματα III

• Λόγω απόφραξης των κλάδων της αορτής από την πίεση που ασκεί ο ψευδοαυλός:

1. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
2. Έμφραγμα του μυοκαρδίου
3. Παραπληγία από απόφραξη αρτηριών της σπονδυλικής στήλης
4. Οξεία κοιλία, ισχαιμία εντέρου
5. Νεφρική ανεπάρκεια
6. Οξεία ισχαιμία άκρων, συνήθως ποδιών

Παράγοντες κινδύνου I

- Υπέρταση, ειδικά η μή-ελεγχόμενη υπερτασική νόσος αποτελεί τον βασικότερο παράγοντα κινδύνου που σχετίζεται με αορτικό διαχωρισμό
- Αθηροσκληρυντική νόσος αορτής και αρτηριών
- Στένωση αορτής και γενικότερα παθολογίες αορτής
- Δυσλιπιδαιμία
- Φαιοχρωμοκύττωμα
- Νοσήματα του κολλαγόνου πχ Σύνδρομο Marfan
- Ινομυική δυσπλασία
- Προηγηθείσα χειρουργική επέμβαση στην αορτή πχ αντικατάσταση βαλβίδας
- Αυτόματη διακοπή κύησης-συνηθέστερα κατά το 3ο τρίμηνο
- Ιατρογενείς πράξεις πχ καθετηριασμός αγγείου

Παράγοντες κινδύνου II

- Ορισμένες γενετικές καταστάσεις όπως η δίπτυχη ή μονόπτυχη αορτική βαλβίδα
- Τραυματικές κακώσεις στην περιοχή του θώρακα, όπως κατά τη διάρκεια τροχαίων ατυχημάτων
- Τραυματισμός ύστερα από πτώση από μεγάλο ύψος
- Οικογενειακό ιστορικό αορτικού διχασμού ή ανευρύσματος θωρακικής αορτής
- Στένωση αορτής κατά τη γέννηση λόγω ανοικτού βοτάλλειου πόρου.
- Ιστορικό καρδιοχειρουργικής επέμβασης
- Κάπνισμα
- Λήψη ορισμένων φαρμάκων πχ αμφεταμίνη, κοκαΐνη

Διάγνωση

- Κλινική εικόνα
- Εργαστηριακά ευρήματα (Μεγάλη αύξηση των D-dimers, κυρίως στην αρχή)
- Απεικονιστικά (Α/Α θώρακα-κοιλίας, C/T θώρακα -κοιλίας με σκιαγραφικό (αγγειογραφία), MRI/MRA, ECHO καρδιάς/διαθωρακικό και το διοισοφάγειο)

ΑΝΤΙΜΕΤΩΣΗ

- Σε αιμοδυναμικά σταθερό ασθενή, η θεραπεία αρχίζει με την ενδοφλέβια χορήγηση ανθυπερτασικής αγωγής με έναν β-αναστολέα, μέχρι ο αριθμός των σφύξεων να ελαττωθεί στις 60-70/min. Αφού επιτευχθεί αυτός ο ρυθμός, η χορήγηση του αναστολέα συνεχίζεται κάθε 4-6 ώρες.
- Προστίθεται επιπλέον νιτροπρωσσικό νάτριο, ώστε η συστολική πίεση να κυμαίνεται σε επίπεδα μεταξύ 100-120mmHg ή και λίγο χαμηλότερα. Προσοχή δίνεται στην ωριαία αποβολή των ούρων, η οποία πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 25ml/ώρα.

Θεραπεία

- Σε οξύ διαχωρισμό τύπου Β χωρίς επιπλοκές, η αντιμετώπιση είναι αρχικά συντηρητική φαρμακευτική χωρίς να ακολουθήσει χειρουργείο. Τα ίδια φάρμακα που χρησιμοποιούνται στον τύπο Α δίνονται και εδώ και στοχεύουν στον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης και του πόνου.
- Επί εμμονής του πόνου, ύπαρξης ρήξης, επέκτασης του διαχωρισμού, μη ελεγχόμενης υπέρτασης, ισχαιμίας των άκρων ή οργάνων, τότε συνίσταται η άμεση χειρουργική παρέμβαση αντικατάσταση του προσβεβλημένου τμήματος της αορτής με συνθετικό μόσχευμα και παράκαμψη για την αιμάτωση των ζωτικών οργάνων.
- Πλέον, όπου είναι εφικτό, προτιμάται η ενδαγγειακή τεχνική
- TEVAR εάν κρίνεται αναγκαίο
- Θνητότητα 7,5%, Παραπληγία 3,7%, Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο 4.7%, Νεφρική ανεπάρκεια

Παρακολούθηση ασθενών μετά το εξιτήριο I

- Φαρμακευτική αγωγή, προκειμένου να μειωθεί η πίεση που ασκείται στο τοίχωμα της αορτής
- Αντυπερτασική φαρμακευτική αγωγή για όλη την υπόλοιπη ζωή, εάν υπάρχει ιστορικό διαχωρισμού
- Συχνό έλεγχο της αορτής με απεικονιστικές μεθόδους τον 1ο, 3ο, 6ο, 9ο και 12ο μήνα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και έπειτα ανά 1 ή 2 έτη για την υπόλοιπη ζωή
- Νέα χειρουργική επέμβαση εφόσον απαιτηθεί (στο 12-30% των ασθενών)
- Σωματική άσκηση, κυρίως αεροβική. ΠΡΟΣΟΧΗ: να αποφεύγεται η άρση βαρών

Παρακολούθηση ασθενών μετά το εξιτήριο I

- Η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, έχει αποδειχθεί πως είναι το βασικότερο προφυλακτικό μέτρο, έναρξη ανθυπερτασικής αγωγής
- Προφυλακτική χορήγηση καρδιολογικών φαρμάκων όπως Β- αναστολείς ή/και λοσαρτάνη, κυρίως σε ασθενείς με σύνδρομο Marfan ή ανεύρυσμα της αορτής.
- Διακοπή καπνίσματος
- Μείωση σωματικού βάρους
- Χρήση ζώνης ασφαλείας για αποφυγή τραυματισμών θώρακα
- Συμβουλευτική θεραπεία σε περιπτώσεις συγγενών ή οικογενών νόσων

Σας ευχαριστώ πολύ για την
προσοχή σας

