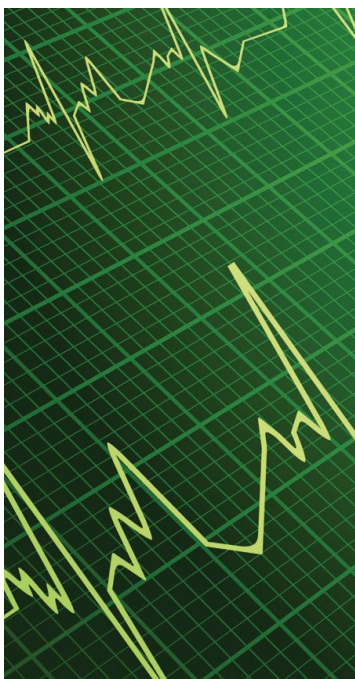


Кардиоверсия при предсърдно мъждене



Providing information, support and access to established, new or innovative treatments for atrial fibrillation

Речник

Антиаритмични лекарства Лекарства, използвани за възстановяване или поддържане на нормалния сърдечен ритъм.

Предсърдно мъждене (ПМ) Често срещано нарушение на сърдечния ритъм, което води до неправилен и често необичайно бърз сърдечен ритъм

Атриум Горна камера на сърцето, в която кръвта се връща от тялото (дясно предсърдие) и от белите дробове (ляво предсърдие)

Бета блокер Лекарство, което блокира симпатиковите нервни окончания, като по този начин забавя сърдечната честота

CHA2DS2VASc Метод за оценка на риска от инсулт при пациенти с ПМ или трептене. Това е акроним, който означава застойна сърдечна недостатъчност, хипертония (високо кръвно налягане), възраст (75 или нагоре, удвоена), диабет, инсулт (удвоена), съдова болест, възраст между 65 и 75 години, полова категория (женски пол)

Застойна сърдечна недостатъчност Състояние, при което сърцето не успява да изпомпва достатъчно кръв, за да отговори на нуждите на тялото. Течността може да се натрупа в белите дробове (причинявайки задух) и в зависимите части на тялото (причинявайки подуване на глезените)

Коронарна болест на сърцето Обикновено стесняване на коронарните артерии – кръвоносните съдове, хранящи сърдечния мускул

DCCV (кардиоверсия с постоянен ток) Техника, използваща електрически удар за преобразуване на сърдечния ритъм в нормален синусов ритъм

Диабет Медицинско състояние, характеризиращо се с неадекватен контрол на кръвната захар, което се лекува с намаляване на теглото, перорални лекарства и инсулин, когато е подходящо

Дигоксин (член на семейството на гликозидите)

Лекарство, получено от растението напръстник, използвано за забавяне на сърцето по време на предсърдно мъждене и за лечение на сърдечна недостатъчност

Електрокардиограма (ЕКГ) Запис на електрическата активност на сърцето, направен от повърхността на тялото. Тестът е безболезнен и не крие рискове, свързани с него.

Ехокардиография Снимка на сърцето, конструирана с помощта на отразени ултразвукови вълни. Техниката е безболезнена и не крие рискове, свързани с нея.

Електрофизиолог Кардиолог, който специализира в нарушения на сърдечния ритъм

Хепарин Антикоагулант, прилаган чрез инжекция във вена или под кожата, често прилаган преди операция, за да се намали рискът от образуване на кръвни съсиреци

Хипертония Високо кръвно налягане – състояние, което натоварва сърцето, което води до удебеляване на сърдечния мускул и увеличаване на размера на лявото предсърдие. Обикновено предразполага към ПМ.

Международно нормализирано съотношение (INR) Тест, използван за измерване на способността за съсирване на кръвта

Техника „хапче в джоба“ Метод за използване на висока доза антиаритмично лекарство през устата за преобразуване на сърдечния ритъм от ПМ в нормален синусов ритъм

Тиреотоксикоза Името, дадено на клиничните ефекти, изпитвани поради излишък от хормони на щитовидната жлеза в кръвния поток

Вентрикул Помпена камера на сърцето. Има дясна камера (изпомпва кръв към белите дробове) и лява камера (изпомпва кръв към тялото)

Варфарин Лекарство, използвано за антикоагулация на кръвта

Въведение

Предсърдното мъждене (ПМ) е често срещано нарушение на сърдечния ритъм, което може да причини бързо неравномерно сърцебиене, болка в гърдите, задух или умора. Понякога то дори не се усеща от пациента. В такива случаи често се установява чрез рутинно изследване на пулса (Фигура 1), слушане на сърцето или запис на електрокардиограма (ЕКГ).

Ритъмът обикновено е неправилен (без дори намек за редовност) и често е бърз, освен ако не се лекува. Има две основни стратегии за лечение на ПМ: контрол на честотата и контрол на ритъма. „Контрол на честотата“ означава да се позволи на ПМ да остане налице и да се контролира сърдечната честота. Често това е всичко, което е необходимо, когато пациентите са сравнително възрастни, неактивни и асимптоматични (или само с леки симптоми). „Контрол на ритъма“ означава преобразуване на неправилния ритъм в нормален (синусов) ритъм и/или опит за предотвратяване на следващи епизоди на ПМ. Това обикновено е подходът, който се предпочита, когато пациентът е относително млад, активен и/или има симптоми на ПМ.

Кардиоверсия при ПМ

Ако ПМ е налице само за относително кратък период от време (обикновено по-малко от една година), ако сърцето не е увредено от заболяване или от самото ПМ и ако причината за ПМ е била лекувана, преходно е или е относително леко, може да е възможно да се преобразува сърдечният ритъм от ПМ (или предсърдно трептене) в нормален сърдечен ритъм (синусов ритъм). Тази процедура се нарича кардиоверсия; може да се постигне, като на пациента се даде лекарство за контрол на ритъма (антиаритмично лекарство) през устата (сравнително бавна реакция) или през вените (сравнително бърза реакция). Въпреки това, лечението с електрически шок, което на пръв поглед звучи доста плашещо, обикновено е най-бързото и ефективно лечение.



Фиг. 1: Усещане на пулса, който е много неправилен и понякога ускорен при ПМ.

Поле 1: Техники за кардиоверсия

Електрическа
кардиоверсия

Вътр.
електрическа
кардиоверсия

Медицинска
кардиоверсия

Техника „хапче в
джоба“

Кой може да претърпи кардиоверсия?

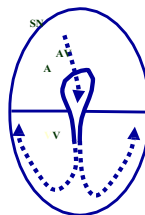
По време на нормален ритъм електрическият импулс, който активира сърцето, започва в синусовия възел (естествен пейсмейкър на сърцето) и се разпространява през атриума към AV възела (път на електрическа проводимост, свързващ атриума с вентрикула). Импулсът преминава през AV възела и надолу във вентрикулите, което води до свиване на вентрикулите, което след това може да се усети като импулс (Фигура 2, панел А). Когато възникне ПМ, предсърдията се активират електрически 500 – 600 пъти всяка минута.

При такава бърза скорост не е възможно предсърдията да бият механично, но някои от електрическите активации проникват в пътя на проводимостта (AV възел) и активират вентрикулите (главните помпени камери на сърцето) по неправилен начин (Фигура 2, панел Б).

Резултатът често е доста бърз (до около 180 удара в минута) и неравномерен пулс, който пациентът може да усети (сърцебиене) или да почувства поради гръдна болка, задух, световъртеж или умора, които този ускорен пулс може да причини.

Пациентите с ПМ могат да бъдат лекувани по един от двата начина: като се позволи ПМ да продължи да бъде налице и се контролира честотата на пулса, така че сърцето да работи с честота, близка до нормалната и да не причинява нито един от симптомите, споменати по-горе. Като алтернатива, лекарят и пациентът могат да изберат да опитат да върнат ПМ обратно към нормалния ритъм чрез кардиоверсия.

А: Синус (нормален)



В: ПМ



v

SN: синусов възел (естествен пейсмейкър); A: атриум; V: вентрикул; AV възел (нормален път на електрическа проводимост от атриума до вентрикула).

Фигура 2: Диаграми на активирането на сърцето при нормален (синусов) ритъм (панел А) и по време на ПМ (панел Б)

Това обикновено е подходящо, ако пациентът е сравнително млад (кардиоверсия може да се обмисли при по-възрастни хора, ако критериите са изпълнени) и активен, страда от симптомите на ПМ, въпреки контролирането на пулса, е имал ПМ за сравнително кратко време (обикновено по-малко от една година) и няма съпътстващо сърдечно или друго заболяване, което може да се очаква да рестартира ПМ.

Възможностите за лечение трябва да бъдат подробно обсъдени от лекаря и пациента, за да се установи най-добрият подход за отделния пациент. Когато ПМ току-що е започнало, но няма признаци за спонтанно спиране и когато пациентът е във форма и е добре, е лесно да се реши, че кардиоверсията е най-доброто лечение. В повечето случаи обаче, преди да вземете това решение, може да са необходими редица тестове.

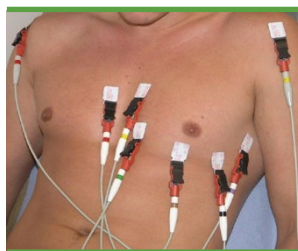


Електрокардиограма или ЕКГ

Електрокардиограмата (ЕКГ) често се извършва рутинно; извършва се и ако пациентът се оплаква от симптоми, които може да идват от сърцето, например болка в гърдите, задух или сърцебиене. ЕКГ е просто запис на електрическата активност на сърцето. Извършва се чрез свързване на кабели към тялото на пациента и преминаването им към машина, която може да открие разликите в напрежението на повърхността на тялото.

Изследването е безболезнено и бързо, максимум няколко минути. Понякога кабелите се оставят прикрепени и свързани към ЕКГ монитор, така че сърдечният ритъм да може да се наблюдава непрекъснато, докато бъде избрано лечение или ситуацията се разреши.

Фиг. 3: ЕКГ, показващо ПМ
Сигналите, причиняващи биене на
вентрикулите (черни стрелки) са
нередовни и малко бързи;
сигналите, прихванати от
фибрилиращото предсърдие
(червени стрелки), са много бързи
и причиняват само неравномерен
пулсационен ефект върху
основната линия на следата.



Фиг. 4: Записване на ЕКГ

С помощта на този много прост тест (Фигури 3 и 4) сърдечният ритъм може да бъде диагностициран със сигурност и често могат да бъдат открити някои улики за възможни сърдечни проблеми.

Ехокардиограма

Когато ултразвуковите вълни се генерират от сонда, която е внимателно позиционирана върху повърхността на гръдния кош, отраженията на тези вълни („ехо“) могат да се използват за изграждане на картина на структурата и движението на сърцето. Почти всеки е запознат с използването на този вид тест, за да се види бебе в утробата. Тестът е безболезнен и без никакъв риск за пациента, въпреки че „високотехнологичната“ среда и слабото осветление на ехо стаята могат да доведат до безпокойство (Фигура 5). Резултатите от този тест показват на лекаря заболяване на сърдечния мускул (изтъняване или удебеляване), размера на основните помпени камери и състоянието на сърдечните клапи, всяко от които може да е причинило или влошило аномалиите на сърдечния ритъм.



Фиг. 5: Ехокардиографска машина

Кръвни тестове

Може да са необходими различни кръвни изследвания в зависимост от медицинската история на пациента. В почти всички случаи активността на щитовидната жлеза ще бъде измерена от кръвната проба, тъй като свръхактивността на тази жлеза може да провокира ПМ. Ако пациентът е имал болка в гърдите, често се измерва маркер за увреждане на сърдечния мускул (тропонин). Ако сърцето е увеличено, слабото свиване на сърдечния мускул може да се оцени чрез измерване на BNP – протеин в кръвта, който се увеличава, ако свиването на сърдечния мускул е компрометирано. Ако пациентът приема други лекарства, има съпътстващо сърдечно заболяване или има други медицински проблеми, трябва да бъдат организирани подходящи тестове. Резултатите от теста може да сочат към други изследвания или лечения, които може да се наложи да бъдат започнати или завършени, преди кардиоверсията да може да продължи. Например, ако тестовете покажат, че нивото на калий в кръвта е твърде ниско, може да се наложи пациентът да получава добавки с калий, за да повиши нивото, преди да може да се извърши кардиоверсия.

Подготовка за кардиоверсия

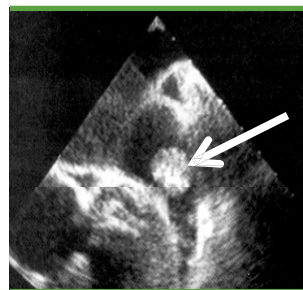
Необходима ли е антикоагулация с лекарства за разреждане на кръвта преди кардиоверсия?

По време на ПМ кръвта може да остане в застой и да се съсери, особено в лявото предсърдие. Когато нормалният ритъм се възобнови и предсърдията започнат да бият механично, кръвен съсирек, който се е образувал в атриума, може да бъде изхвърлен в движещия се кръвен поток и да циркулира към мозъка или друга жизненоважна част от тялото. Кръвният съсирек може да запуши артерия, например в мозъка, и пациентът може да получи инсулт.

Кардиоверсията често се обмисля малко след началото на ПМ. Колкото по-дълго предсърдието фибрилира, толкова по-вероятно е да се образува кръвен съсирек. Повечето лекари използват правилото за „24 или 48 часа“ – ако ПМ е налице за по-малко от 24 (или 48) часа, пациентът не трябва да получава антикоагуланти преди кардиоверсия, въпреки че хепаринът ще бъде инжектиран във вените по време на кардиоверсията, при всички пациенти.

След това на повечето пациенти ще бъде препоръчано да използват антикоагулант най-малко четири седмици след процедурата за кардиоверсия. Някои, които са изложени на по-голям риск от други, ще бъдат силно посъветвани никога да не спират приема на антикоагуланти, освен ако не развият сериозни странични ефекти.

Ако ПМ е продължило повече от 24 или 48 часа, има два подхода за кардиоверсия. Ако е необходимо да се възстанови нормалният ритъм възможно най-бързо, на пациента може да бъде предложено друго изследване – трансезофагеална ехокардиография (ТЕЕ) – (вж. Фигура 6), извършена с помощта на сонда, която пациентът поглъща, така че сондата да остане в хранопровода на правилното ниво, за да можете да гледате директно в лявото предсърдие. По този начин може да се види дали се е образувал съсирек и дали е безопасно да се пристъпи към кардиоверсия без предварително приложение на Варфарин. Ако няма съсирек, кардиоверсията може да продължи, както е описано по-горе, с хепарин, използван по време на процедурата, и варфарин, приложен след процедурата.



Фиг. 6: Трансезофагеална ехокардиография (ТЕЕ), показваща кръвен съсирек (стрелка) в лявото предсърдие

Въпреки това, ако има съсирек или ако пациентът и лекарят изберат да не използват трансезофагеален ехо тест, пациентът трябва да бъде подходящо антикоагулиран в продължение на поне три седмици (но често това отнема много повече време), преди да се направи опит за кардиоверсия. За тази цел пациентът може да започне антикоагулантно лечение (обикновено използвайки варфарин) в общата практика от общопрактикуващ лекар, който е създал специално звено за това, или в болницата от кардиолог, работещ с клиника за антикоагуланти. В тази клиника лекари специалисти и медицински сестри предписват и наблюдават лечението с варфарин и предоставят литература и съвети, свързани с антикоагулацията.

Лечението с Варфарин включва приемане на внимателно предписана доза Варфарин и проверка на неговия антикоагулантен ефект чрез измерване на стойност, известна като Международно нормализирано съотношение (INR). Това е мярка за това колко ефективно ще се съсирва кръвта; нормалната стойност е 1, а по-високите стойности показват „по-разредена“ кръв. Ниво на INR над 2 трябва да бъде постигнато най-малко три последователни седмици преди кардиоверсия. За да се подобри вероятността от това, много лекари рутинно съветват пациентите да се стремят към стойности 3 (или между 2,5 и 3,5) за определен период преди кардиоверсия. Въпреки това, колкото по-висока е стойността на INR, толкова по-голяма е опасността от кървене, така че лечението с Варфарин трябва винаги да се обсъжда внимателно с предписващия лекар, особено защото алкохолът, диетата и много други лекарства могат да попречат на действието на варфарин.

Посещение в болница за оценка (преди планираната дата за кардиоверсия)

Вероятно е медицинска сестра за аритмия или координатор да поддържа контакт с пациента и антикоагулантната служба (общопрактикуващ лекар или болница) през трите седмици преди планираната кардиоверсия, за да наблюдава нивата на INR. Когато изглежда, че нивата на INR на пациента са добре контролирани, повечето болници ще поканят пациента да отиде в болницата няколко дни преди кардиоверсията (посещение за „предварителна оценка“). При това посещение сърдечният ритъм на пациента ще бъде проверен с помощта на ЕКГ, за да се потвърди, че ПМ или предсърдно трептене все още е налице.

Ще бъдат преразгледани антикоагулационният статус и всички други резултати от кръвни изследвания.

Накрая ще бъдат идентифицирани всички рискове от анестезия, така че анестезиологът да може да бъде предупреден за всички възможни проблеми (диабет, сърдечни проблеми, високо кръвно налягане, затлъстяване, белодробно заболяване и т.н.). Ако всичко е наред, подробностите за процедурата ще бъдат обсъдени с пациента. Съгласието на пациента да се подложи на процедурата може да бъде взето на този етап или отложено до деня, в който пациентът бъде приет за процедурата.

При посещение за предварителна оценка различни фактори могат да доведат до отлагане или отмяна на процедурата.

Поле 2: Възможни причини за отлагане на кардиоверсия

Резултатите от INR не са задоволителни (<2,0 за три седмици и един ден преди кардиоверсия)

Преходна причина за ПМ, която не е контролирана (напр. свръхактивна щитовидна жлеза или гърдна инфекция)

Наличие на друго заболяване (напр. грип или коремно разстройство)

Административни проблеми в болницата

Могат да бъдат идентифицирани други фактори като спонтанно връщане към нормален синусов ритъм или рискове от анестезия.

В някои случаи може да се наложи пациентът да остане в болница през нощта, за да се сведат до минимум усложненията. Основното сърдечно заболяване като високо кръвно налягане (хипертония), сърдечна недостатъчност или тиреотоксикоза може да остане неконтролирано и да има нужда от допълнително лечение, преди да може да се предприеме кардиоверсия, или антикоагулацията може да е нестабилна. Ако не са налице усложнения, тогава процедурата ще бъде обяснена на пациента и ще му бъдат дадени инструкции за пътуването до и от болницата, какви лекарства да се приемат и кога да бъдат приемани „на гладно“.

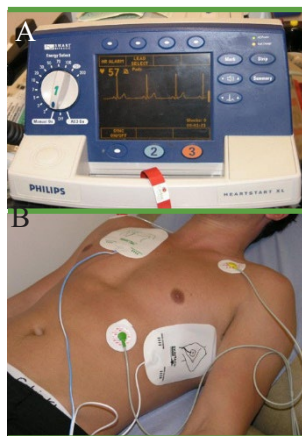
Електрическа кардиоверсия

Въпреки че това може да звучи ужасяващо, то е много просто по принцип и изключително ефективно лечение при внимателно подбрани пациенти. Идеята е с електрошок да се активира цялото сърце наведнъж. Това предотвратява продължаването на ритъма на ПМ, така че след шока ще може да се появи нормален сърдечен ритъм (синусов ритъм).

В деня на процедурата пациентът трябва да пристигне в болницата и да следва указанията на центъра за регистрация и прием.

В отделението за кардиоверсия пациентът ще се срещне с медицинските сестри и лекарите, участващи в процедурата този ден. Процедурата по кардиоверсия отново ще бъде обяснена подробно и може да бъде попълнен формуляр за съгласие от лицето, върху което ще се извършва лечението. Пациентът ще бъде помолен да подпише формуляра за съгласие, потвърждаващ, че кардиоверсията може да продължи и че е бил(а) напълно информиран(а) за процедурата и нейните потенциални усложнения.

След това пациентът може да се премести от зоната за чакане в стаята, където ще се проведе кардиоверсията – често специализирана зона за кардиоверсия, но понякога зона за възстановяване или стая за анестезия. Самата кардиоверсия включва свързване на пациента към ЕКГ монитор, който от своя страна е свързан към кардиовертера/дефибрилатора (Фигура 7, Панел А). Електродните пластири или пластини са разположени на гърба и предната част на гръдния кош, или в горната дясна и долната лява част на гръдния кош (Фигура 7, Панел Б). Във вената се поставя система и се инжектира краткодействаща упойка или мощна седация. След това пациентът заспива и/или изобщо не осъзнава извършването на процедурата.



Фиг. 7: Машина за кардиоверсия (панел А), която е свързана с пациента чрез пластирни електроди (панел В), разположени в предната част на гръдния кош

Кардиовертерът/дефибрилаторът е зареден и настроен да доставя шок едновременно със следващия сърдечен удар. Често първият шок е успешен (Фигура 8), но понякога са необходими няколко шока при нарастващи енергийни нива или с различни позиции на електродния пластир, за да се преобразува ритъмът.

Нормалният ритъм се възстановява при около 90% от пациентите, но малка част веднага се връщат към ПМ.

През следващите няколко дни 10%-20% изпадат обратно в ПМ, но това може да се намали, когато е необходимо, като се помоли пациентът да вземе антиаритмично лекарство (Поле 4).

След процедурата пациентът се събужда в рамките на около минута и, въпреки че е замаян за известно време, бързо възвръща пълно съзнание и ще бъде готов да се прибере вкъщи след няколко часа. ЕКГ се наблюдава, докато пациентът се възстанови напълно, записва се 12-канална ЕКГ и след това на пациента се позволява да става и да се движи.

Приятел или близък трябва да дойде в болницата с пациента, тъй като те не могат да шофират 24 часа след процедурата и трябва да бъдат придружени до вкъщи. Някой трябва да остане с тях и през нощта след процедурата, в случай че се получат усложнения.

Поле 4: Антиаритмични лекарства за ПМ

Клас 1

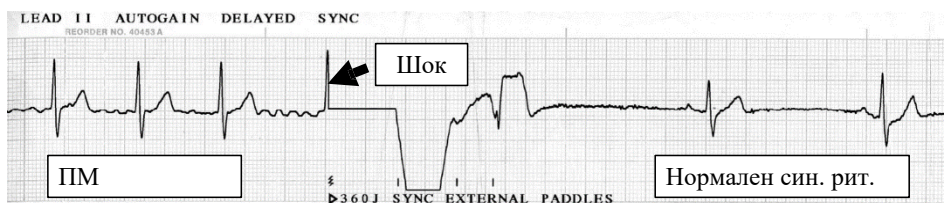
Дизопирамид,
Флекаинид,
Пропафенон

Клас 2

Бизопролол,
Метопролол,
Атенолол

Клас 3

Соталол,
Амиодарон,
Дронедарон



Фиг. 8: ЕКГ, показваща превръщането на ПМ в синусов ритъм след шок на сърцето

Поле 5: Рискове от кардиоверсия

- Бавен сърдечен ритъм (брадикардия) – обикновено е много преходен и най-много да се нуждае от лечение с интравенозно лекарство (атропин) или кратък период на стимулация (електрическа стимулация на сърцето за инициране на сърдечни удари).
- Учестен сърдечен ритъм (като камерна тахикардия), който може да се нуждае от последващ шок, преди пациентът да дойде в съзнание.
- Инсулт, който е много необичаен, ако пациентът е бил напълно антикоагулиран преди процедурата, ако продължителността на ПМ е кратка или ако ТЕЕ не е показала съсирек в сърцето.
- Кожни изгаряния или дразнене от електродите (лепенки) - това е необичайно при съвременните пластирни електроди, но може да се случи по-често при по-старите метални лопаткови електроди.
- Ранно връщане на нормалния ритъм към ПМ – това може да изисква допълнителни шокове (когато все още сте под анестезия/седация).

Рискове при обща анестезия – анестезиологът ще разгледа всички специфични притеснения на пациента.

Вътрешна електрическа кардиоверсия

Понякога, ако вашият ИТМ е висок или външната кардиоверсия не е действала, вашият кардиолог може да предложи друга форма на електрическа кардиоверсия, наречена вътрешна кардиоверсия. По същество работи по подобен начин на стандартната електрическа кардиоверсия, с изключение на това, че шокът се доставя чрез катетър, поставен временно в сърцето, а не чрез лопатки, поставени на гърдите.

Катетърът е тясна пластмасова тръба, която се вкарва в сърцето през вена в слабините и шокът се доставя от катетъра. Средата, в която се извършва вътрешната кардиоверсия, също може да бъде различна, тъй като е необходимо оборудване за кардиолога, за да позиционира катетъра в сърцето. Процедурата обикновено се провежда в стая, която изглежда подобна на операционна зала, наречена „катетърна лаборатория“.

Когато пристигнете в катетърната лаборатория, ще бъдете помолени да легнете на легло в средата на стаята и специална голяма движеща се камера ще бъде разположена над сърцето ви. Тази камера е част от система, наречена система за флуороскопия, която позволява на кардиолога да види движеща се рентгенова снимка на сърцето ви и катетъра, който трябва да бъде позициониран правилно в сърцето. Когато кардиологът е готов да продължи, той ще инжектира локален анестетик в слабините и ще прекара катетъра във вената. След това катетърът се прекарва нагоре по вената и в сърцето, процес, който отнема само няколко минути и изобщо не се усеща.

След като катетърът е на мястото си, кардиологът или анестезиологът ще инжектира успокоително, което ще ви приспи временно. След това те ще доставят шок през катетъра, чиято цел ще бъде да върне ритъма на сърцето обратно към нормалния синусов ритъм по почти същия начин, както беше описано по-рано за електрическа кардиоверсия. След това ще бъдете прехвърлени в зона за възстановяване и ще ви бъде позволено да напуснете болницата по-късно същия ден. Цялата процедура обикновено отнема около 30 минути, повечето от които се изразходват за позициониране на катетъра на правилното място за доставяне на шок.

Усложнения

Те са по същество същите като при електрическата кардиоверсия (описана в Кутия 5), с изключение на кожни изгаряния и добавянето на усложнения, присъщи на всяка процедура с катетър, като натъртване, кръвене, инфекция и хематом).

Медицинска кардиоверсия

Интравенозно (инжектирано през вените) лекарство

Няколко антиаритмични лекарства могат да се използват за превръщане на ПМ в синусов ритъм. Могат да бъдат избрани флекаинид, соталол, ибутилид (ибутилид не се предлага в Обединеното кралство) и амиодарон. Ако бъде избрана тази процедура, не е необходима анестезия или седация. Инжекцията обикновено (в зависимост от избраното лекарство) се прилага за период от десет минути до няколко часа.

През това време ЕКГ се наблюдава непрекъснато и може да се записва от време на време. Обикновено аритмията ще приключи в рамките на минути или най-много един до два часа след инжектирането. ЕКГ често се наблюдава в продължение на няколко минути до часове след прилагането на лекарството, за да е сигурно, че всеки анормален ритъм, който може да се появи, може да бъде открит и лекуван бързо.

Когато ситуацията е стабилна, пациентът може да се прибере у дома. Ако ПМ не е преобразувано в нормален синусов ритъм, с пациента ще се обсъди друга стратегия за лечение.

Лекарства, приемани през устата

Възможно е наскоро появило се ПМ да се преобразува чрез приемане на антиаритмични лекарства през устата. Въпреки това, при нормални дози, това може да отнеме няколко дни или седмици. Амиодарон обикновено е най-ефективният агент, въпреки че Соталол и други лекарства като Флекаинид и Пропафенон могат да бъдат ефективни при някои пациенти.

Прилагането на по-висока от нормалната доза антиаритмично лекарство обикновено е по-успешно, но това трябва да се направи първоначално в болница, за да се провери ефектът и безопасността на техниката.

Техника „хапче в джоба“

Пациентите с ПМ често питат своя лекар дали е възможно да приемат лекарство само по време на ПМ, за да възстановят нормалния ритъм, вместо да го приемат през цялото време, за да предотвратят пристъпи, които може да се появят рядко. Всъщност не е необичайно пациентите да забравят да приемат лекарства, когато имат нормален ритъм и ако внезапно развият ПМ, може да се сетят да вземат лекарствата и често да приемат по-висока доза от нормалната. Това не се препоръчва без цялостно обсъждане с лекаря, за да се гарантира, че това може да се направи безопасно.

Само някои пациенти са подходящи за този метод на лечение. Те трябва:

- да могат да разпознаят започването на ПМ
- да имат атаки, които се случват не по-често от седмични или за предпочитане месечни интервали
- да нямат значително основно сърдечно заболяване
- да нямат инвалидизиращи симптоми по време на атака (припадък, силна болка в гърдите или задух)
- да могат да разберат правилния начин на приемане на лекарството

Обичайният начин да започнете да лекувате пациент по този начин е като помолите пациента да се яви в най-близкото отделение за спешна помощ възможно най-скоро след началото на атаката. На пациента ще бъде дадено писмо, за да може да информира персонала по спешна помощ за процедурата. Трябва да се направи рутинна 12-канална ЕКГ за проверка на ритъма и общото състояние на сърцето.

След това пациентът трябва да бъде свързан към ЕКГ монитор, от който могат да бъдат направени записи, ако е необходимо. Пациентът ще получи почивка и ще получи подходящата доза от антиаритмичното лекарство, което е избрано за употреба. Приема се с малка глътка вода и след това пациентът ляга и се отпуска, чете или гледа телевизия. Персоналът следи ситуацията и ЕКГ мониторът се алармира, за да предупреди персонала за спешна помощ за всяка промяна в ритъма. От време на време се измерва кръвното налягане.

В някои случаи техниката не работи и пациентът се изписва след около четири часа, често след като са му дадени лекарства за контрол на сърдечната честота и с уговорка за преглед при отговорния лекар. При повечето пациенти ПМ се превръща в синусов ритъм и пациентът се пуска вкъщи след един час допълнително ЕКГ мониториране.

При условие, че е доказано, че техниката е ефективна и безопасна (не се е развил анормален ритъм и кръвното налягане е било стабилно), пациентът може да си приложи самостоятелно същата доза от същото лекарство, когато ПМ се появи отново. Напредъкът се проследява в амбулаторни условия и съвместно със семейния лекар. Антиаритмичните лекарства, които са били използвани по този начин, включват флекаинид, пропафенон, соталол и ранолазин, въпреки че никой от тях не е специално лицензиран за този начин на лечение.

Какво се случва след кардиоверсия?

Час или два след рутинна кардиоверсия пациентът се пуска вкъщи след подходяща оценка. За предпочитане е пациентът да бъде придружен от приятел или роднина и със сигурност не трябва да шофира, да работи с машини или да прави нещо, което изисква концентрация и умения през този ден. На пациента ще бъде дадено антикоагулантно лекарство (обикновено варфарин) и може да бъде информиран за вероятната продължителност на лечението с това лекарство. Често се препоръчва антиаритмично лекарство, което да се приема поне няколко месеца след успешна кардиоверсия. Пациентът ще получи и час за амбулаторно отделение, за да се обсъди последващото лечение.

Пациенти, чиято кардиоверсия е била неуспешна, се проверяват, за да се гарантира, че са добре, и след това се назначава ранно амбулаторно посещение.

Ако е възникнало усложнение, може да се наложи пациентът да остане в болница в зависимост от естеството и степента на усложнението.

А в по-дългосрочен план?

В по-дългосрочен план за пациента трябва да се разработи подходяща терапия, която е ефективна и има минимални странични ефекти. Всеки основен сърдечен проблем трябва да бъде решен.

От решаващо значение е да се преразгледа необходимостта от продължаващо лечение след процедурата по кардиоверсия. Във всички случаи антикоагулантното лечение трябва да продължи поне четири седмици. След това пациентът трябва да бъде оценен, за да се изчисли рискът от развитие на кръвни съсиреци в атриума.

Някои пациенти, като тези с изкуствени сърдечни клапи и предшестваща ревматична треска, определено се нуждаят от антикоагуланти. Други пациенти се оценяват с помощта на точкова система като системата CHA₂DS₂VASc:

Въпрос	Точки	Вашият резултат
Над 75-год. възраст ли сте?	2	
Над 65-74-год. възраст ли сте?	1	
Над 65-годишна възраст и от женски пол ли сте?	1	
Имате ли високо кръвно налягане?	1	
Имате ли диабет?	1	
Имате ли сърдечна недостатъчност?	1	
Имате ли стенокардия, претърпявали ли сте инфаркт, имате ли проблеми с кръвообръщението, вкл. проблеми с аортата?	1	
Претърпявали ли сте инсулт (дори и лек)?	2	
Общо – резултат 1+ = риск от инсулт, свързан с ПМ		

Системата за оценяване CHA2DS2VASc позволява на вашия лекар да прецени риска от получаване на инсулт поради ПМ или предсърдно трептене. След това може да се реши дали трябва да приемате лекарство за предотвратяване на инсулт в зависимост от изчисления риск от инсулт, свързан с ПМ.

Ясно е, че ако сте под 65 години и нямате други рискови фактори, така нареченото „самотно ПМ“, тогава вашият личен риск от инсулт, свързан с ПМ, е толкова нисък, че не е необходимо лечение за превенция на инсулт и не е необходимо допълнително оценяване.

Като се разгледат големи групи от хора с ПМ и се види кой развива инсулт, стана възможно да се идентифицират определени неща, които увеличават риска от инсулт, свързан с ПМ, при пациент с ПМ. Най-важните от тези фактори са включени в точковата система CHA2DS2VASc. В тази система пациентите се оценяват с различни основни рискови фактори (възраст над 75 години или предишен инсулт) или няколко второстепенни фактора (като друго сърдечно заболяване или възраст над 65 години), за да се определи дали имат нужда от антикоагулация.

Вашият годишен риск от инсулт, свързан с ПМ, нараства от 0% годишно без рискови фактори (резултат 0) до над 10% годишно за резултат пет или шест. Повечето експерти, които са разгледали тази схема за точкуване (CHA2DS2VASc), предполагат, че ползите от приема на антикоагулантно лекарство надвишават рисковете, ако имате резултат CHA2DS2VASc от 1 или повече.

Ако вашият рисков резултат предполага, че сте изложени на риск от инсулт, свързан с ПМ, и се нуждаете от дългосрочна антикоагулация, тогава процедурите за връщане на сърцето ви към нормалния му ритъм, като кардиоверсия, не намаляват този риск. Често ще откриете, че в тази настройка, специалистът по сърдечен ритъм ще иска да продължи вашата антикоагулация след процедурата, независимо дали е успешна или не.

Трябва внимателно да се обмисли необходимостта от продължаване на антиаритмичното лечение. Ако кардиоверсията е била неуспешна и не трябва да се предприема допълнителна интервенция, като друга кардиоверсия или процедура на аблация, не е необходимо да продължавате да приемате антиаритмично лекарство. Трябва да се обмислят лекарства за контрол на честотата като бета-блокери, калциеви антагонисти (верапамил или дилтиазем) или дигоксин. Ако кардиоверсията е била успешна, антиаритмичното лекарство може да продължи да се приема, докато лекарят смята, че има значителен риск от рецидив.

Контролен списък на пациента за електрическа кардиоверсия

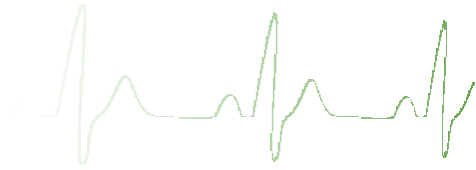
Действие

Извършено

- 1 Поискайте брошури и информация от болницата.
- 2 Прочетете за процедурата кардиоверсия.
- 3 Знаете ли защо ви препоръчаха да се подложите на кардиоверсия?
- 4 Кое е вашето лице за контакт/връзка в болницата, напр. медицинска сестра по аритмия?
- 5 Започнали ли сте антикоагулация?
– Ако не, попитайте вашия личен лекар или болничен контакт.
- 7 Ако сте започнали лечение с Варфарин, имате ли нужда от седмични кръвни изследвания; уредени ли са?
- 8 Кой следи тези резултати (медицинска сестра по аритмия, клиника за антикоагуланти или общопрактикуващ лекар)?
- 9 Кой е отговорен за планирането на датата за вашата кардиоверсия?
- 10 Има ли организирано посещение за предварителна оценка преди вашата кардиоверсия, за да зададете въпроси?

✓

- 11 Знаете ли кои от вашите лекарства трябва да продължите да приемате и кои трябва да спрете и кога?
- 12 Виждали ли сте и чели ли сте формуляра за съгласие и официалния информационен лист за процедурата?
- 13 Разбирате ли рисковете, свързани с кардиоверсията?
- 14 Говорили ли сте с лекаря, който ще извърши кардиоверсията?
- 15 Ако английският не е вашият майчин език, уреден ли е преводач?
- 16 Уредете да ви вземат след изписването – не забравяйте, че няма да ви бъде позволено да шофирате.
- 17 Може да се наложи да помислите за отсъствие от работа (особено в деня след кардиоверсията, особено ако работата ви включва шофиране или когато кардиоверсията е планирана за късно през деня).
- 18 Уредете роднина/приятел да остане при вас за една нощ след изписването.



AF Association

✉ info@afa-international.org

🌐 www.afa-international.org

Registered Charity No. 1122442

©AF Association

Published August 2019

Reviewed July 2023

Adapted for AFFIRMO project: 2023



Acknowledgments: AF Association would like to thank all those who helped in the development and review of this publication.

Founder and CEO:

Trudie Lobban MBE, FRCP (Edin)