

Äge südamepuudulikkus

A. Tüüpkäsitlus

Anamnees:

- düspnoe, stenokardilised vaevused, nõrkus, jõuetus, öine õhupuudus, kõha
- oluline on välja selgitada, kas patsiendil on varem esinenud kardiovaskulaarseid haigusi ning mis ravimeid patsient tarvitab.

Objektiivne leid:

- elulised näitajad
 - o teadvusseisund
 - o arteriaalne vererõhk
 - o südame löögisagedus ning rütmihäire esinemine
 - o hingamissagedus, SpO₂
- voluumeni staatuse hindamine
 - o perifeersed tursed paismaks
 - o täitunud jugulaarveenid
 - o kopsude kuulatlusleid, kopsupais
- perifeerse tsirkulatsiooni hindamine
 - o naha värvus ning niiskus – jahe ja niiske nahk hüperfusiooni puhul
 - o teadvushäire
 - o diureesi puudumine või vähenemine
- EKG esimesel võimalusel, kui patsiendi seisund on piisavalt stabiilne

Käsitlus:

- üldine käsitlus
 - o hapnikravi eesmärgiga SpO₂>95%, vajadusel CPAP-mask ning kui oksügenisatsioon ei parane, siis intubatsioon ja kopsude mehaaniline ventilatsioon.
 - o veeni kanüleerimine kardiomonitoring
 - o patsiendile sobib sageli paremini poolistuv kehaasend
- medikamentoosne ravi
 - o diureetikumid – vedeliku retensiooni korral furosemiid boolusdoosina 20-40 mg i/v furosemiidi infusioon 5-40 mg tunnis torasemiid 10-20 mg i/v
 - o **vasodilataatorid** – südame eel- ja järelkoormuse vähendamiseks ja perifeerse tsirkulatsiooni parandamiseks. Näidustatud kasutada alati, kui ei esine hüpotooniat.
 - nitroglütseriin 0,4-0,8 mg s/l
 - nitroglütseriin 5-200 µg/min perfuusoriga
 - **morfiin** – vasodilataator, kasutatakse kopsuturse ja sellega kaasneva ärevuse ning tahhünoe ravis. 1-3 mg i/v, mida võib korrata kogudoosini 10 mg.
 - o **inotroopsed ja vasopressoorsed ained** – südame löögijõu ja vererõhu tõstmiseks, kui vereringet ei õnnestu parandada teiste ravivõtetega. Kasutada võimalikult madalas doosis ning võimalikult lühiaegselt.
 - dopamiin 3-10 µg/kg/min
 - dobutamiin aldoos 2,5 µg/kg/min, vajadusel tiitrida doosini kuni 10-20 µg/kg/min
 - noradrenaliin aldoos 0,5-1 µg/min, vajadusel tiitrida doosini kuni 8-30 µg/min.
- rütmihäirete ravi:
 - o tahhükardia korral
 - lühitoimeline beeta-blokaator või digoksiin
 - medikamentoosse ravi puuduliku toime korral elektriline kardioversioon
 - o bradükardia korral

- atropiin või isoprenaliin i/v
- elektriline kardistimulatsioon

Transport:

- kohene hospitaliseerimine lähimasse haiglasse, kus on ööpäevaringne valveteenistus ja intensiivravi võimalus.
- haigla informeerimine patsiendi seisundist ning saabumise ajast

B. Indikaatorid

Anamnees

- Kas on kirjeldatud haiguse kulgu ja patsiendi kaebused, mille alusel on diagnoositav äge südamepuudulikkus?

Objektiivne leid:

- Kas elulised näitajad on korduvalt hinnatud ja mõõdetud?
 - o Kas on hinnatud teadvusseisundit?
 - o Kas on mõõdetud arteriaalset vererõhku?
 - o Kas on mõõdetud südame löögisagedust ning hinnatud rütmihäire esinemist?
 - o Kas on mõõdetud hingamissagedust ja SpO₂?
- Kas on hinnatud patsiendi voluumeni staatust?
 - o Kas patsiendil esineb perifeerseid turseid?
 - o Kas patsiendil on paismaks?
 - o Kas patsiendil on täitunud jugulaarveenid?
 - o Kas kopsude kuulatlusleiul esineb kõrvalekaldeid, kopsupaisu tunnuseid?
- Kas on hinnatud perifeerset tsirkulatsiooni?
 - o Kas on hinnatud patsiendi nahka?
 - o Kas on hinnatud diureesi puudumist või vähenemist?
 - o Kas stabiilsele patsiendile on tehtud **EKG**? Kas seda on interpreteeritud?

Käsitlus:

- Kas on tagatud patsiendi oksügenisatsioon, SpO₂ vähemalt 95%, kasutades selleks hapnikravi maskiga, kui see pole olnud efektiivne, siis CPAP-maski ning viimase vahendina intubatsioon ja kopsude mehaanilist ventilatsiooni?
- Kas on konsulteeritud arstiga? Kas on rajatud veenitee?
- Kas patsient on kardiomonitoritud?
- Kas patsiendile on rakendatud medikamentooset ravi vastavalt tema seisundile?
- Kas on ravitud hemodünaamikat mõjutavat rütmihäiret?

Transport:

- Kas patsient on viivitamatult hospitaliseeritud lähimasse haiglasse, kus on ööpäevaringne valveteenistus ja intensiivravi võimalus?
- Kas haiglat on informeeritud patsiendi seisundist ning saabumise ajast?
- Kas transpordil on arvestatud patsiendile mugavaima asendiga, mis sageli on poolistuv kehaasend?