

Kvaliteediindikaatorid

KODADE VIRVENDUSARÜTMIA

A. Tüüpkäsitlus Anamnees:

- Anamneesis on oluline välja selgitada rütmihäire kestvus (alla 48 t vs üle 48 t) ning korduvus
- Kas patsiendil esineb ka südame madalale minutimahule viitavaid kaebusi (valu rinnus, õhupuudus, külm higi jms)
- Välja selgitada, kas patsiendil esineb struktuurset südamehaigust või kroonilist kopsuhaigust
- Milliseid ravimeid patsient tarvitab
- Tuleb mõelda rütmihäiret esile kutsunud põhjusele!

Objektivne leid:

- Üldseisund, hinnata kord uvalt:
 - teadvusseisund
 - hingamissagedus ja SpO₂
 - vererõhk ja südame löögisagedus
- Kardiaalne leid:
 - pika lindina kirjutatud EKG – rütmihäire täpsustamiseks, kaasuva müokardi infarkti välistamiseks, Hisi kimbu säär(t)e blokaadi
 - EKG tuleb uuesti teha peale siinusrütmi
 - kardiaalse dekompensatsiooni nähud (perifeersed tursed, hingamispuudulikkus, auskultatoorsed paisuräginad kopsudes, külm higine nahk)

Käsitlus:

- Üldine käsitlus:
 - kardiomonitoring
 - veenikanüül
 - hapnikravi kui SpO₂<95% või patsiendil esinevad stenokardilised
- Antiarütmiline ravi
- medikamentoosne kardioversioon stabiilse patsiendi puhul

amiodaroon kuni 5 mg/kg i/v (ei sobi türeotoksikoosiga patsiendile)

propafenoon 1,5-2 mg/kg i/v (ei sobi väljendunud südamepuudulikkuse ja obstruktiivse kopsuhaiguse puhul)

- elektriline kardioversioon kardiogeenses šokis, kopsuturses, kaasuva müokardi infarkti või väljendunud stenokardiaga patsiendi puhul, esmaselt energiaga 150 J bifaasilise Vajadusel korrata antiarütmilise ravi foonil. Vajalik sedatsioon. Õebrigadil vajalik konsulteerida arstiga.

>48 tundi kestnud rütmihäire puhul eesmärgiks südamesageduse langetamine

- *Amiodaroon* i/v (sobib ka lisajuhtetee korral) – eelistatud südamepuudulikkuse korral, sobib ka ägeda müokardi infarkti Kiirabi tingimustes 5 mg/kg tunnis, maksimaalselt 450 mg.
- *Propafenoon* i/v (sobib ka lisajuhtetee korral, vastunäidustatud obstruktiivse kopsuhaiguse korral)
- ? -blokaatorid, sotalool, verapamiil ja digoksiin (ei sobi WPW- sündroomiga patsiendile)

?-blokaatorid (metoprolool 1-2 mg kaupa i/v, maksimaalselt 20 mg) on eelistatud sümpaatikotoonuse, türeotoksikoosi, südame isheemiatõve, kaasa arvatud äge südameelihase infarkt korral, vastunäidustatud südamepuudulikkuse ja bronhiaalastma korral

Lisainfo ravijuhendist: [SÜDAME KODADE VIRVENDUSARÜTMIA](#)

Farmakoloogilise kardioversioon (KV) edukus sõltub suurel määral AF-i kestusest. Arütmia lühema kestuse korral (< 7 päeva) on spontaanse KV tõenäosus suhteliselt suur. Antiarütmilise ravi efektiivsus sõltub ootuspäraselt kasutatava(te) preparaadi (preparaatide) doosist, manustamisviisist ja -kiirusest. SR taastamisel peab arvestama potentsiaalse trombembooliliste tüsistuste riskiga, mis on eriti suur, kui AF on kestnud > 48 h ja patsient ei tarvita pidevalt antikoagulante. Sellel juhul on erakorraline KV, ka farmakoloogiline, vastunäidustatud.

Tüsistuste ravi

verapamiil (1,25 mg kaupa i/v, maksimaalselt 10 mg) on eelistatud ägeda südamepuudulikkuseta hüpertoonikul, sobib ka obstruktiivse kopsuhaiguse korral. Vastunäidustatud südamepuudulikkuse korral.

Digoksiin (0,125 mg kaupa i/v kuni 0,25 mg) on näidustatud südamepuudulikkuse ja vasaku vatsakese süstoolse düsfunktsiooni korral, samuti sobib obstruktiivse kopsuhaiguse puhul.

- äge südamepuudulikkus
 - südamepuudulikkuse ravi (i/v furosemiid, morfiin)
 - vererõhu normaliseerimine (langetada süstoolne rõhk alla 140 mmHg)
 - fikseerunud kodade virvendusarütmia puhul ei ole haiglaeelne kardioversioon südamepuudulikkuse ravis näidustatud
- *stenokardia*
 - kui südamesageduse ning vererõhu kontrolli saavutamine ei kaota stenokardilisi vaevusi, tuleb patsienti ravida vastavalt ägeda koronaarsündroomi juhisele (nitroglütseriin i/v perfuusoriga)

Hospitaliseerimist vajavad seisundid

- esmakordne rütmihäire
- kardiaalse dekompensatsiooni nähud
- ägeda koronaarsündroomi nähud
- patsient jääb tahhükardiliseks
- patsient vajab kardioversiooni
- ravi järgselt on patsient šokis
- patsiendil on hingamispuudulikkus

B. Indikaatorid Anamnees:

- Kas on välja selgitatud rütmihäire kestvus (alla 48 t vs üle 48 t) ning korduvus?
- Kas patsiendil esineb ka südame madalale minutimahule viitavaid kaebusi (valu rinnus, õhupuudus, külm

higi jms)?

Objektivne leid:

- Kas korduvalt on hinnatud patsiendi üldeseisundit?
 - Kas on hinnatud teadvusseisundit?
 - Kas on mõõdetud hingamissagedus ja SpO₂?
 - Kas on mõõdetud vererõhk ning südame löögisagedus?
- Kas on hinnatud kardiaalset staatus?
 - Kas patsiendil on registreeritud 12-lülitusega EKG enne rütmihäiret ravima asumist ning peale siinusrütmi taastamist?
 - Kas EKGs on hinnatud rütmihäiret, ägedat isheemiat, Hisi kimbu säär(t)e blokaadi?

Käsitlus

- Kas patsient on saanud hapnikravi, kui SpO₂<95% või patsiendil esinevad stenokardilised vaevused?
- Kas patsiendile on rakendatud adekvaatset antiarütmilist ravi ning patsient on jäänud normofrekventseks?
 - Kui patsiendi rütmihäire on kestnud
 - Kui rütmihäire on kestnud >48 tunni, siis kas on südamesagedust langetatud vastavalt patsiendi seisundile kasutades patsiendi seisundile sobivaid ravimeid?
- Kas vajadusel on ravitud rütmihäire tüsistusi?
 - Kas äge südamepuudulikkuse puhul on rakendatud diureetilist ravi ning normaliseeritud vererõhk?
 - Kas stenokardiliste vaevuste püsimisel peale südamesageduse ning vererõhu kontrolli saavutamist on patsienti ravitud vastavalt ägeda koronaarsündroomi juhisele, kasutatud nitroglütseriini?

Patsiendi kodusele ravile jätmine

- Kas anamneesi ning objektiivse leiu alusel ei esinenud patsiendil ühtegi hospitaliseerimist vajavat seisundit?

Koduravi