

# Kvaliteediindikaatorid

## ÄGE SÜDAMEPUUDULIKKUS

### A. Tüüpkäsitlus

#### Anamnees:

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

#### Objektiivne leid:

- elulised näitajad
  - teadvusseisund
  - arteriaalne vererõhk
  - südame löögisagedus ning rütmihäire esinemine
  - hingamissagedus, SpO<sub>2</sub>
- voluumeni staatuse hindamine
  - perifeersed tursed paismaks
  - täitunud jugulaarveenid
  - kopsude kuulatlusleid, kopsupais
- perifeerse tsirkulatsiooni hindamine
  - naha värvus ning niiskus – jahe ja niiske nahk hüperperfusiooni puhul
  - teadvushäire
  - diureesi puudumine või vähenemine
- EKG esimesel võimalusel, kui patsiendi seisund on piisavalt stabiilne

#### Käsitlus:

- üldine käsitlus
  - hapnikravi eesmärgiga SpO<sub>2</sub>>95%, vajadusel CPAP-mask ning kui oksügenisatsioon ei parane, siis intubatsioon ja kopsude mehaaniline ventilatsioon.
  - veeni kanüleerimine kardiomonitoring
  - patsiendile sobib sageli paremini poolistuv kehaasend
- medikamentoosne ravi
  - diureetikumid – vedeliku retensiooni korral furosemiid boolusdoosina 20-40 mg i/v furosemiidi infusioon 5-40 mg tunnis torasemiid 10-20 mg i/v
  - **vasodilataatorid** – südame eel- ja järelkoormuse vähendamiseks ja perifeerse tsirkulatsiooni parandamiseks. Näidustatud kasutada alati, kui ei esine hüpervoleemiat ja hüpotooniat.
    - nitroglütseriin 0,4-0,8 mg s/l
    - nitroglütseriin 5-200 µg/min perfuusoriga
    - **morfiin** – vasodilataator, kasutatakse kopsuturse ja sellega kaasneva ärevuse ning tahhüpnöe

ravis. 1-3 mg i/v, mida võib korrata kogudoosini 10 mg.

- **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  $\mu$ g/kg/min
  - dobutamiin algselt 2,5  $\mu$ g/kg/min, vajadusel tiitrida doosini kuni 10-20  $\mu$ g/kg/min
  - noradrenaliin algselt 0,5-1  $\mu$ g/min, vajadusel tiitrida doosini kuni 8-30  $\mu$ g/min.
- rütmihäirete ravi:
  - tahhükardia korral
    - lühitoimeline beeta-blokaator või digoksiin
    - medikamentoosse ravi puuduliku toime korral elektriline kardioversioon
  - 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?
  - Kas on hinnatud teadvusseisundit?
  - Kas on mõõdetud arteriaalset vererõhku?
  - Kas on mõõdetud südame löögisagedust ning hinnatud rütmihäire esinemist?
  - Kas on mõõdetud hingamissagedust ja SpO<sub>2</sub>?
- Kas on hinnatud patsiendi voluumeni staatust?
  - Kas patsiendil esineb perifeerseid turseid?
  - Kas patsiendil on paisumist?
  - Kas patsiendil on täitunud jugulaarveenid?
  - Kas kopsude kuulatlusleiul esineb kõrvalekaldeid, kopsupaisu tunnuseid?
- Kas on hinnatud perifeerset tsirkulatsiooni?
  - Kas on hinnatud patsiendi nahka?
  - Kas on hinnatud diureesi puudumist või vähenemist?
  - Kas stabiilsele patsiendile on tehtud **EKG**? Kas seda on interpreteeritud?

### Käsitlus:

- Kas on tagatud patsiendi oksügenisatsioon, SpO<sub>2</sub> 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 medikamentoosset 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?

Haiglaravi