

Mellkasi fájdalommal jelentkező betegeknél mi az akut coronaria-szindróma kórismézésének legjobb módja?

DR. CARLA GRAICHEN, DR. CHRISTINA TANNER



BIZONYÍTÉKON ALAPULÓ VÁLASZ

A legjobb diagnosztikai eszköz az olyan klinikai predikciós szabályra alapozott kockázati pontszám, amilyen pl. a HEART (kórelőzmény [history], elektrokardiográfia, életkor [Age], rizikófaktorok, troponinszint) vagy a TIMI (Thrombolysis in Myocardial Infarction) kockázati pontszám; előbbi pozitív valószínűségi aránya (LR+) 13, az utóbbié 6,8 (A szintű ajánlás, diagnosztikus kohorszvizsgálatok metaanalízise alapján).

A BIZONYÍTÉKOK ÖSSZEGZÉSE

Ötvenöt tanulmány (n=102 847) 2015-ben nyilvánosságra hozott szisztematikus áttekintésében azt mérték fel, hogy az egyes tényezők milyen pontossággal al-

kalmazhatók az akut coronaria-szindróma (ACS) diagnosztikájában olyan, bármilyen életkorú betegek esetében, akik mellkasi fájdalom miatt kerülnek sürgősségi osztályra.¹ A kórismézés során különböző

referenciastandardokat vettek figyelembe, de gyakori szempont volt az ACS vagy kardiovaszkuláris esemény (kardiális halálozás, myocardialis infarktus vagy coronaria-revaszkularizáció) hazabocsátási

diagnózisa 14–42 nappal a beteg első jelentkezése után. Pusztán a kórelőzményi adatok alapján csak közepes mértékben nyújt segítséget az ACS kizárásában, ha az orvos általános klinikai benyomása határozottan ACS-re utal (LR+: 4,0; 95%-os MT: 2,5–6,6), ugyanakkor a „határozottan nem ACS” benyomás nem bizonyult prediktív értékűnek. Hasznos rizikófaktornak mutatkozott, ha a terheléses teszt korábban kóros eredményt adott (LR+: 3,1; 95%-os MT: 2,0–4,7), illetve perifériás artériabetegség volt jelen (LR+: 2,7; 95%-os MT: 1,5–4,8). Jelentős tünetnek tekinthető a mindkét karba sugárzó fájdalom (LR+: 2,6; 95%-os MT: 1,8–3,7), a korábbi ischaemiára emlékeztető fájdalom (LR+: 2,2; 95%-os MT: 2,0–2,6), valamint a fájdalom mintázatának az utóbbi 24 órában bekövetkezett megváltozása (LR+: 2,0; 95%-os MT: 1,6–2,5). Az egyetlen jelentős fizikális lelet a tapintással reprodukálható fájdalom volt, mely segítséget nyújtott az ACS kizárásában (negatív valószínűségi arány [LR–]: 1,2; 95%-os MT: 1,0–1,2). Elektrokardiográfiás vizsgálattal az ST-segmenstum depressziója hasznosnak mutatkozott az ACS kizárásában (LR+: 5,3; 95%-os MT: 2,1–8,6).

A klinikai predikciós szabályok pontosabbnak bizonyultak az egyes tényezőknél az ACS megerősítésében és kizárásában. A HEART kockázati pontrendszerben (LR+: 13; 95%-os MT: 7,0–24; LR–: 0,20; 95%-os MT: 0,13–0,3) az öt szempont mindegyikére 0, 1 vagy 2 pont adható, így

az összpontszám 0 és 10 közötti érték lehet. A 7 és 10 közötti pontszám jelentős, a 0 és 3 közötti pontszám kis kockázatot jelez. A HEART rizikópontszámot olyan, 21 évesnél idősebb betegek számára fejlesztették ki, akik nem differenciált mellkasi fájdalommal fordulnak orvoshoz. A TIMI kockázati pontszám (LR+: 6,8; 95%-os MT: 5,2–8,9; LR–: 0,31; 95%-os MT: 0,23–0,43) hét változót értékel, az összpontszám 0 és 7 közötti érték lehet. Amennyiben az összpontszám 5 és 7 közé esik, a kardiális halálozás valószínűsége nagy, míg ha a pontszám 0 vagy 1, akkor legfeljebb kis kockázat áll fenn.

A kórelőzményből leszűrhető faktorok – pl. a korábbi coronaria-betegség vagy myocardialis infarktus, cukorbetegség, cerebrovaszkuláris betegség, magas vérnyomás, hyperlipidaemia, férfi nem –, valamint a tünetek (pl. diaphoresis, dyspnoe, terhelésre jelentkező vagy kisugárzó fájdalom) LR+-értéke nem éri el a 2-t, így a klinikai gyakorlatban nem használható. A szisztematikus áttekintés gyengéjeként értékelendő az ACS diagnosztikai standardjainak heterogenitása mellett az is, hogy csak kevés vizsgálatban került sor az összes faktor értékelésére, illetve kizárták az elemzésből azokat a vizsgálatokat, amelyek nagy szenzitivitású troponinszinteket használtak az analízishez.

Az American College of Cardiology és az American Heart Association kockázati besorolás alapján javasolja számba venni

a terápiás lehetőségeket, illetve felmérni a kórházi felvétel szükségességét mellkasi fájdalom miatt sürgősségi osztályra kerülő felnőtt betegek esetében.² Bár a 2014-ben nyilvánosságra hozott útmutató a klinikai predikciós szabályokat is tárgyalja a prognózis becslésénél, nem fogalmaz meg ajánlásokat az ACS diagnosztikájában való alkalmazásukra vonatkozóan.

DIAGNOSIS OF ACUTE CORONARY SYNDROME • VOL 98 / NO 3 / AUG 1, 2018 / AMERICAN FAMILY PHYSICIAN



Levelezési cím:
cetanner@uw.edu

A szerzők munkahelye:

Dr. Carla Graichen, Dr. Christina Tanner
Washingtoni Egyetem, csaláadorvosi rezidensképző,
Seattle (Washington, USA)



Irodalom:

1. Fanaroff AC, Rymer JA, Goldstein SA, Simel DL, Newby LK. Does this patient with chest pain have acute coronary syndrome? The rational clinical examination systematic review. JAMA 2015;314(18):1955–1965.
2. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2014;64(24):e139–e228 [hibalgazítás: J Am Coll Cardiol 2014;64(24):2713–2714]



SIASZTOK
2019
Sürgősségi, Intenzív
Terápiás, Aneszteziológiai
Szakterületek és Társszakmák
Országos Konferenciája

2019. április 4–6.
Aquaworld Resort Budapest



**CONVENTION
BUDAPEST KFT.**

TOVÁBBI RENDEZVÉNYEK, INFORMÁCIÓK
ÉS ONLINE REGISZTRÁCIÓ:
WWW.CONVENTION.HU