Αντιμετώπιση ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

σε επαρχιακό Νοσοκομείο και σε Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας

■ Π. ΧΕΡΑΣ[1], Α. ΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ[2], Α. ΑΡΓΥΡΙΟΥ[2], Δ. ΜΗΤΣΙΜΠΟΥΝΑΣ[3]
[1]Διευθυντής Παθολογίας ΕΣΥ, [2]Ιατρός, [3]Αν. Καθηγητής Παθολογίας, Θεραπευτική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

Περίληψη: *Αξιολογήσαμε την αντιμετώπιση του ασθενούς με ΑΕΕ στην παθολογική κλινική ενός επαρχιακού Νοσοκομείου και συγκεκριμένα του Νοσοκομείου Ναυπλίου, συγκριτικά με την αντιμετώπιση που θα τύγχανε ο ίδιος ασθενής σε κάποιο εξειδικευμένο κέντρο αντιμετώπισης ΑΕΕ. Διαπιστώσαμε ότι πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση από την πολιτεία, πρώτον, στην ανά τακτά χρονικά διαστήματα επιμόρφωση των ιατρών που καλούνται να αντιμετωπίσουν ασθενείς με ΑΕΕ πάνω στις σύγχρονες τακτικές αντιμετώπισης των ΑΕΕ και, δεύτερον, στη στελέχωση των επαρχιακών νοσοκομείων με κατάλληλο επιστημονικό παραϊατρικό προσωπικό και υλικοτεχνική υποδομή, έχοντας ως απώτερο στόχο την καλύτερη αντιμετώπιση και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ασθενών με ΑΕΕ στα επαρχιακά νοσοκομεία της Ελλάδος.*

Λέξεις ευρετηρίου: *αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, επαρχιακό νοσοκομείο, μονάδα αυξημένης φροντίδας.*

Εισαγωγή

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) θεωρείται μια επείγουσα νευρολογική κατάσταση που χρήζει άμεσης νοσοκομειακής περίθαλψης και αντιμετώπισης[1], προκειμένου να μειωθεί το ποσοστό θνησιμότητας που αποδίδεται σε αυτό. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες[2-8] έχουν δημοσιευθεί πολλές μελέτες στην παγκόσμια ιατρική βιβλιογραφία, οι οποίες καταλήγουν στο συμπέρασμα της καθολικής υπεροχής της παροχής νοσηλείας από τα εξειδικευμένα κέντρα αντιμετώπισης των ΑΕΕ συγκριτικά με τα μη εξειδικευμένα κέντρα. Τα εξειδικευμένα κέντρα αντιμετώπισης ΑΕΕ στη χώρα μας είναι αριθμητικώς δυσανάλογα συγκριτικά με το ποσοστό εμφάνισης των ΑΕΕ στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας. Είναι δε συσσωρευμένα στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, με αποτέλεσμα στην υπόλοιπη Ελλάδα ασθενείς που προσβάλλονται από ΑΕΕ να αντιμετωπίζονται από τις παθολογικές κλινικές των τοπικών Νοσοκομείων.

Σκοπός της παρούσας μελέτης, με βάση τα προαναφερθέντα, ήταν να καταγραφεί και να αξιολογηθεί η αντιμετώπιση του ασθενούς με ΑΕΕ στην παθολογική κλινική ενός επαρχιακού Νοσοκομείου και συγκεκριμένα του Νοσοκομείου Ναυπλίου συγκριτικά με την αντιμετώπιση που θα τύγχανε ο ίδιος ασθενής σε κάποιο εξειδικευμένο κέντρο αντιμετώπισης ΑΕΕ.

Ασθενείς και μέθοδος

Συλλέχθηκαν στοιχεία από 51 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου Ναυπλίου από το Μάρτιο του 2004 έως και τον Αύγουστο του 2005. Μελετήθηκαν φύλο, ηλικία, κλινικά χαρακτηριστικά του ΑΕΕ, τύπος του ΑΕΕ, παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση ΑΕΕ, διενεργήθηκε δε σε όλους τους ασθενείς πλήρης εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος.

Μετά την τεκμηρίωση της διάγνωσης από την κλινική εικόνα και τα ευρήματα από την υπολογιστική τομογραφία εγκεφάλου (CT), χορηγείτο άμεσα σαλικυλικό οξύ 325mg, εκτός από την περίπτωση ασθενών με αιμορραγικό ΑΕΕ. Κινητοποίηση των ασθενών γινόταν μέσα στο πρώτο 24ωρο. Σε ασθενείς με ημιπληγία ή σε ασθενείς που λόγω της βαρύτητας της γενικής τους κατάστασης ήταν δύσκολο να συνεργασθούν χορηγείτο υποδόρια ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους. Η υπέρταση που τυχόν συνυπήρχε δεν αντιμετωπιζόταν κατά τις πρώτες ημέρες της νοσηλείας, εκτός από την περίπτωση ασθενών με αρτηριακή πίεση >200mmHg. Αν ο πυρετός ήταν πάνω από 38°C αντιμετωπιζόταν με ενδοφλέβια χορήγηση παρακεταμόλης. Ιδιαίτερη προσοχή δινόταν στην αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη. Οι ασθενείς υποβάλλονταν καθημερινά σε αντικειμενική νευρολογική εξέταση και γινόταν έλεγχος της καρδιακής και της αναπνευστικής τους λειτουργίας, με σκοπό την πρόληψη επιπλοκών που μπορεί να εμφανιστούν μετά από ένα ΑΕΕ. Τα στοιχεία συγκρίθηκαν με τις διαγνωστικές, θεραπευτικές και τακτικές αποκατάστασης που θα τύγχανε ένας ασθενής με ΑΕΕ σε κάποιο εξειδικευμένο κέντρο αντιμετώπισης ΑΕΕ.

Αποτελέσματα

Οι διαγνωστικές και θεραπευτικές τακτικές που ακολουθούνται στις παθολογικές κλινικές επαρχιακών Νοσοκομείων δε διαφέρουν σημαντικά από τις τακτικές που ακολουθούνται στα εξειδικευμένα κέντρα. Η διάγνωση τίθεται από την κλινική εικόνα, τεκμηριώνεται με CT εγκεφάλου όπου προσδιορίζεται ταυτόχρονα η αιτιολογία και η εντόπιση του ΑΕΕ, γίνεται δε πλήρης εργαστηριακός έλεγχος για προσδιορισμό ύπαρξης παραγόντων κινδύνου που οδηγούν σε ΑΕΕ. Τέλος, γίνεται πλήρης καρδιολογικός έλεγχος για διάγνωση και αντιμετώπιση πιθανού καρδιοεμβολικού ΑΕΕ. Εξειδικευμένες εξετάσεις όπως MRI και θρομβοφιλικός έλεγχος δε γίνονται στα επαρχιακά Νοσοκομεία, λόγω ανεπαρκούς υποδομής.

Σημαντική υπεροχή των εξειδικευμένων κέντρων αντιμετώπισης ΑΕΕ φαίνεται να υπάρχει στη διάγνωση και αντιμετώπιση ασθενών που έχουν ΑΕΕ στο εγκεφαλικό στέλεχος, γεγονός που αποδίδεται στην έλλειψη MRI. Σημαντική επίσης υπεροχή των εξειδικευμένων κέντρων αντιμετώπισης ΑΕΕ υπάρχει στην αντιμετώπιση ασθε- ⇨

νών με βαρύ ΑΕΕ που βρίσκονται σε κωματώδη κατάσταση, λόγω μη ύπαρξης Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) σε Νοσοκομεία εκτός των Πανεπιστημιακών. Το κύριο μειονέκτημα των επαρχιακών Νοσοκομείων συγκριτικά με τα εξειδικευμένα κέντρα αντιμετώπισης ΑΕΕ έγκειται στην αδυναμία αντιμετώπισης ασθενών πασχόντων από ΑΕΕ, κυρίως κατά τη φάση αποκατάστασής τους. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην έλλειψη στελέχωσης των επαρχιακών νοσοκομείων από κατάλληλο προσωπικό (κινησιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, ψυχολόγους), ικανό να παρέχει τις ανάλογες φροντίδες.

Συζήτηση

Το ΑΕΕ ορίζεται σύμφωνα με τις οδηγίες της World Health Organization (WHO) ως μια οξεία νευρολογική δυσλειτουργία αγγειακής αιτιολογίας, με αιφνίδια ή γενικότερα ταχεία εμφάνιση συμπτωματολογίας που παραμένει για χρονικό διάστημα άνω των 24 ωρών[9].

Τα ΑΕΕ αποτελούν ακόμα και σήμερα την τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου στον πολιτισμένο πληθυσμό του πλανήτη μας, παρά το ολοένα και μικρότερο ποσοστό θνησιμότητας που αποδίδεται σε αυτά τις τελευταίες δύο δεκαετίες[10-14]. Σύμφωνα με τα στοιχεία του WHO, ποσοστό άνω του 30% των ασθενών με ΑΕΕ καταλήγουν σε θάνατο κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά την εγκατάσταση ενός ΑΕΕ[15-16]. Η άποψη ότι ασθενείς με ΑΕΕ πρέπει να νοσηλεύονται σε εξειδικευμένα κέντρα αντιμετώπισης ΑΕΕ με γνώμονα την καλύτερη αντιμετώπιση και το καλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης είναι σχεδόν καθολική. Στη μελέτη Langhorne et al[17] αποδεικνύεται μετά από μελέτη χιλιάδων ασθενών ότι η αντιμετώπιση ασθενών με ΑΕΕ σε εξειδικευμένα κέντρα αντιμετώπισης ΑΕΕ είναι στενά συνδεδεμένη με μικρότερο κατά 40% ποσοστό θνησιμότητας το πρώτο έτος μετά το ΑΕΕ. Παρόλα αυτά, νεφελώδης παραμένει η απάντηση στο ερώτημα πώς αιτιολογείται αυτή η υπεροχή των εξειδικευμένων κέντρων αντιμετώπισης των ΑΕΕ συγκριτικά με τα μη εξειδικευμένα κέντρα.

Πολυκεντρικές μελέτες[18-20] καταδεικνύουν την υπεροχή αυτή σε τρία σημεία. Πρώτον, στην άμεση διάγνωση της νόσου και επομένως στην ταχεία χορήγηση της ενδεικνυόμενης φαρμακευτικής αγωγής, δεύτερον, στην υποστηρικτική αγωγή που τυγχάνουν οι ασθενείς με ΑΕΕ από κινησιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, ψυχολόγους εξειδικευμένους πάνω στο αντικείμενο και, τρίτον, στην άμεση διάγνωση και φαρμακευτική αντιμετώπιση των επιπλοκών που μπορεί να εμφανιστούν μετά από ένα ΑΕΕ, όπως π.χ. πνευμονία ή πνευμονική εμβολή. Στη χώρα μας τα στοιχεία[21] σχετικά με τον επιπολασμό της νόσου στο γενικό εθνικό πληθυσμό, όπως και τα στοιχεία για το ποσοστό θνησιμότητας των ΑΕΕ, συμπίπτουν με τα διεθνή. Παρόλα αυτά τα εξειδικευμένα κέντρα αντιμετώπισης ΑΕΕ στη χώρα μας είναι πολύ λίγα σε σχέση με τον επιπολασμό εμφάνισης των ΑΕΕ στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας. Είναι δε συσσωρευμένα στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, με αποτέλεσμα ασθενείς που προσβάλλονται από ΑΕΕ στην υπόλοιπη Ελλάδα να αντιμετωπίζονται στις παθολογικές κλινικές των τοπικών Νοσοκομείων, οι οποίες κρίνονται ικανοποιητικές σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με ΑΕΕ, εκτός από περιπτώσεις ασθενών σε κώμα ή ασθενών με βαριά ΑΕΕ εγκατεστημένα στο εγκεφαλικό στέλεχος.

Τα επαρχιακά Νοσοκομεία υπολείπονται τόσο σε έμψυχο δυναμικό όσο και σε υλικοτεχνική υποδομή. Έτσι, η αποκατάσταση των ασθενών που πάσχουν από ΑΕΕ καθίσταται δυσχερής, κυρίως λόγω έλλειψης φυσικοθεραπευτών, λογοθεραπευτών και ψυχολόγων, η παρουσία των οποίων θεωρείται απαραίτητη για την επανένταξη των ασθενών. Η πλειοψηφία των ασθενών που εκδηλώνουν ένα ΑΕΕ θα εξέλθουν του Νοσοκομείου με κάποια υπολειμματική νευρολογική αναπηρία. Για τους ασθενείς αυτούς, η αποκατάσταση του νευρολογικού τους ελλείμματος είναι μείζονος σημασίας.

Πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση από την πολιτεία, πρώτον, στην ανά τακτά χρονικά διαστήματα επιμόρφωση των ιατρών που καλούνται να αντιμετωπίσουν ασθενείς με ΑΕΕ πάνω στις σύγχρονες τακτικές αντιμετώπισης των ΑΕΕ και, δεύτερον, στη στελέχωση των επαρχιακών νοσοκομείων με κατάλληλο επιστημονικό παραϊατρικό προσωπικό και υλικοτεχνική υποδομή, έχοντας ως απώτερο στόχο την καλύτερη αντιμετώπιση και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ασθενών με ΑΕΕ στα επαρχιακά Νοσοκομεία της Ελλάδας.

Summary

Management of patients suffering from stroke in sub-prefectural hospital and in intensive care units.

P. Heras, A. Hatzopoulos, A. Argyriou, D. Mitsibounas

We evaluated the management of patients suffering from stroke in the pathological department of a sub-prefectural hospital and specifically in the General Hospital of Nafplion in comparison to the treatment that the same patient would have in a more specialized stroke centre. We concluded that the state must place special emphasis on the training of doctors in the current treatment of patients suffering from stroke and stuff prefectural hospitals with appropriate personnel so as to achieve the medical and psychosocial rehabilitation of patients suffering from stroke in the sub-prefectural hospitals in Greece.

Key words: *stroke, subprefectural hospital, intensive care units.*

Βιβλιογραφία

1. Lydehn PD et al. Guidelines for the management of patients with acute ischemic stroke. Stroke 1994; 25:1.901-1.914.
2. Stroke Unit Trialists Collaboration. Organized in patient (stroke unit) care for stroke (Cochrane review). In the: Cochrane library, Issue 1, Oxford, UK, 1999.
3. Feldman DJ et al. A comparison of functionally oriented medical care and formal rehabilitation in the management of patients with hemiplegia due to cerebrovascular disease. J Chronic Dis 1962; 15:297-310.
4. Dennis M et al. So stroke units save lives: where do we go from here? BMJ 1994; 309:1.273-4.
5. Inderdravik B et al. Benefit of a stroke unit: a randomized controlled trial. Stroke 1991; 22:1.026-1.031.
6. Inderdravik B et al. Stroke units treatment: Long term effects. Stroke 1997; 28:1.861-1.866.
7. Karla L. The influence of stroke unit rehabilitation of functional recovery from stroke. Stroke 1994; 25:821-825.
8. McCann C et al. Comparison of two systems for stroke rehabilitation in a general hospital. J Am Geriatr Soc 1976; 24:211-216.
9. Report of the WHO Task Force on stroke and other Cerebrovascular Disorders. Recommendations on stroke prevention, diagnosis, therapy. Stroke 1989; 20:1.407-1.431.
10. Homer D et al. Trends in the incidence rates of stroke of Rochester Minnesota since 1935. Arch Neurol 1987; 22:245-251.
11. Hachinski V. Decreased incidence and mortality of stroke. Stroke 1984; 15:376-378.
12. Bonita R et al. International trends in stroke mortality between 1970-1985. Stroke 1990; 21:989-992.
13. Whisnant JP. The decline of stroke. Stroke 1989; 15:160-168.
14. Klag MJ et al. Decline in stroke mortality, demographic trends. Stroke 1989; 20:14-21.
15. Brown RD et al. Stroke incidence, prevalence and survival: secular trends in Rochester Minnesota through 1989. Stroke 1996; 27:373-380.
16. Broderich JP et al. Incidence rates of stroke in the eighties: the end of the decline in stroke? Stroke 1989; 20:577-582.
17. Langhorne P et al. Do stroke units save lives? Lancet 1993; 342:395-398.
18. Indredavik B et al. Stroke unit treatment improves long term quality of life: a randomized controlled trial. Stroke 1998; 29:895-899.
19. Ilmavirta M et al. Stroke outcome and outcome of brain infarction: A prospective randomized study comparing the outcome of patients with acute brain infarction treated in a stroke unit and in an ordinary neurological ward. Tampere University, Faculty of medicine, Tampere, Finland 1994, Series A, vol. 410.
20. Strand T et al. Stroke unit care: who benefits? Comparison with medical care in relation to prognostic indicators on admission. Stroke 1986; 17:377-381.
21. Vemmos K et al. Stroke incidence and case fatality in Southern Greece. The Arcadia Stroke registry. Stroke 1999; 30:363-370.