

Konziliáriusi tapasztalatok a Belgyógyászati Intenzív Osztály cerebrovascularis beteganyagában

Avramov Katalin, Rudas László

SZOTE, Neurológia, Belgyógyászati Intenzív Osztály

A stroke-betegek kezelése centrális elhelyezkedésű ellátási egységekben lenne optimális, ahol centralizált lenne a diagnosztika (CT, UH, MRI, echokardiográfia), adottak lennének a személyi feltételek: speciálisan képzett ápolók, intenzív szakorvosok, neurológus, neuroradiológus, könnyen elérhető idegsebész, monitorozott paraméterek biztosítanák az alapfokú kezelést.

Szegeden a stroke betegek egy részét a Belgyógyászati Klinikák Ambulanciájára szállítja a mentő, ahol a belgyógyász elsődleges teendője a vérnyomás korrekciója, az EKG, a rutin laborvizsgálatok elvégzése, a neurológus és szükség szerint az intenzív szakorvos helyszínre hívása, a CT vizsgálat megszervezése (600-700 m távolságra lévő Új Klinikán van lehetőség). Mindezen feladatok időigényesek. A kritikus állapotban levő betegek a limitált ágyszám miatt bizonyos válogatás alapján kerülhetnek belgyógyászati intenzív osztályra. A primer intenzív ellátás során a betegek vitális paramétereinek biztosítása megtörténik. A neurológus feladata az eszméletlen állapothoz vezető, illetve annak következményeként létrejött idegrendszeri funkciózavar megállapítása. A legfontosabb terápiás lépések célja: az agyi perfúzió, az oxigenizáció és az anyagcsere rendezése. A szupportív kezelést azonnal, a specifikus kezelést csak a tényleges ok megállapítása után, a konzíliumok során kialakított vélemény alapján kell elkezdeni.

A specifikus kezelés legfőbb szempontjai:

1. A további occlusio megelőzése: antikoaguláns kezelés (haszna: kivédheti a rekuráló embolizáció, kockázata: vérzés veszélye);
2. Az occludált erek revascularizációja: fibrinolízis (időfaktor!) - kockázata: a vérzés veszélye;
3. Az ischaemiásan károsodott sejtmembrán stabilizálása főként neuroprotektív szerekkel, oxigénterápia.

A stroke betegek specifikus kezelésének indikációjakor a neurológus és az intenzív szakorvos között gyakori nézeteltérés származik a kezelés hasznának és kockázatának megítéléséből.

A stroke betegek magas vérnyomásának rendezése feltétlen monitorozást igényel, mivel az excesszív csökkentés az agyi kollaterális keringés összeomlásához és súlyos idegrendszeri károsodáshoz vezethet. A túlkezelés alapját képezheti a stroke-nak a valódi hypertenzív encephalopathiával (diasztolés vérnyomás > 140 Hgmm) való egybemosása. A vérnyomás stabilizálásakor a *heidelbergi séma* szerinti kezelési stratégiát érdemes követni:

- 1, A szisztolés vérnyomás < 220Hgmm és a diasztolés vérnyomás < 120Hgmm:
Ne kezeljük!
- 2, A szisztolés vérnyomás < 220 Hgmm és a diasztolés vérnyomás > 120 Hgmm.
Nitroglycerin 5 mg iv, 10 mg p. o. vagy Nitroprusside.
- 3, A szisztolés vérnyomás > 220 Hgmm és a diasztolés vérnyomás 110-120 Hgmm 5 percenként ismételt méréssel növekedési tendenciát mutat, Nifedipin (sublingualisan), Ebrantyl 12,5 mg bolus iv., sz.sz. 5-10 percenként ismételve.

A Belgyógyászati Intenzív Osztályon megfigyeléseink során a nemzetközi adatokkal összevetve megállapítottuk, hogy a leggyakoribb halálok a myocardialis infarctus, a tüdőoedema, valamint a bronchopneumonia.

A kórállapot gyors progressziója miatt a stroke betegek a tünetek előrehaladtával idővesztéssel, rendszerint életveszélyes szövődményekkel kerülnek az Intenzív Belgyógyászati Osztályra. Így a betegek sorsának várható kimenetelével fordított arányban áll a betegellátás intenzitása (speciálisan képzett ápolók, orvosok) és a monitorozás színvonala. Megemlítendő az intenzív etikai kérdések is: a kevés ágyszám, igen magas költségek, valamint annak elbírálása, hogy meddig tartandó fenn a szupportív kezelés a definitív állapotú betegek esetében.

Intracranialis térfoglaló folyamatok és fenyegető beékelődés

Engelhardt József

SZOTE, Neurológia

Koponyaüri térszűkítő folyamat esetén az általános koponyaüri nyomásfokozódás jelei kombinálódnak az elsődleges térszűkítő folyamat okozta fokális tünetekkel, a kísérő agyoedema hatására kialakuló eltérésekkel, s a herniációk következtében létrejövő, a herniáció helyére jellegzetes tünetekkel. A herniációk tömegeltolódások a merev dura mater (falx cerebri és tentorium cerebelli) által kompartmentumokra osztott zárt koponyaüregen belül, illetve a koponya- és gerincűr határán.

A LEGGYAKRABBAN ELŐFORDULÓ HERNIATIÓK TÜNETEI

Subfalcialis herniatio (a gyrus cinguli áttolódása a falx alatt). Karakterisztikus klinikai tünetei nincsenek, kísérő jelenségei lehetnek az ipsilateralis arteria cerebri anterior keringésizavara, illetve a koponyaüri nyomásfokozódás általános neurológiai és pszichés tünetei.

Uncalis herniatio (egyik - vagy centrális térszűkítő folyamat esetén mindkét - uncus gyri hippocampi, illetve a temporalis lebeny mediális részének herniációja a tentorium cerebelli nyílásába). Mélyülő kóma, *Cheyne-Stokes-légzés*, brady- vagy tachycardia, tenzióemelkedés az általános tünet. Kezdetben alternáló anisocoria (a nervus oculomotorius vegetatív rostjainak izgalma, illetve bénulása), később fixált, dilatált pupillák, facilitált oculocephalicus reflex figyelhető meg. Az incisura tentoriiban áthaladó képletek lokális kompressziós károsodása következtében progresszív fokális tünetek (az eredeti kórokat tekintve félrevezető lokalizációs jelek) alakulnak ki: ipsilateralis oculomotorius-bénulás, ipsilateralis hemiparesis (a térszűkítő folyamattal ellenoldali corticospinalis pálya nyomódása az incisura tentorii túlsó széléhez), kétoldali corticospinalispálya-laesio, decerebrációs rigiditás (az aqueductus Sylvii összenyomódásával még inkább fokozódik az intracranialis nyomás). Az arteria cerebri posterior kompressziója következtében kialakuló homónym hemianopia (occipitalis necrosis) a kómából magukhoz tért betegekben fedezhető fel. A híd és a mesencephalon vénáinak a tömegeltolódás hatására létrejött vongálódása miatt kialakuló állományvérzések (Duret) pedig többnyire kórbonctani leletként értékelődnek csak.

Cerebelláris (foramen magnum) herniatio (a cerebelláris tonsillák herniációja a foramen magnumba, a nyúltvelő kompresszióját okozza.) Ha a folyamat nem túlságosan gyorsan jön létre, a még éber betegen tarkótáji fejfájás, kötött tarkó, torticollis, vállparaesthesiák