

Дълбока венозна тромбоза и белодробен тромбоемболизъм- участие на специалиста по здравни грижи в диагностиката, лечението и профилактиката

Огнян Шербанов, Теодора Недева

Deep Venous Thrombosis and Pulmonary Embolism – Nurses Role in Diagnosis, Management and Prevention: Venous thromboembolism (VTE) is a most frequent cardiovascular disease and a major cause of mortality, morbidity, and hospitalization. The symptoms of VTE are non-specific. Computed tomographic (CT) angiography is the method of choice for the diagnosis in patients with suspected pulmonary embolism (PE). Anticoagulants are recommended either for the treatment or for the prevention of VTE. Following guidelines for the diagnosis and management is essential for the good outcome in patients with either suspected or confirmed VTE. The role of the nurses in the management of this disease is very important, so further education is necessary.

Key words: *pulmonary embolism, deep vein thrombosis, diagnosis, treatment, prevention*

ВЪВЕДЕНИЕ

През последните години коренно се промени характеристиката на пациентите, постъпващи за лечение в хирургичните и терапевтични отделения на болниците. С нарастване продължителността на живота и застаряване на населението, за лечение постъпват все по-възрастни пациенти с доминиращи сърдечно-съдови или онкологични съпътстващи заболявания. Същите пациенти биват подлагани на сложни терапевтични или хирургични интервенции, налагащи понякога удължен болничен престой и продължителна имобилизация на легло. Всичко това повишава риска от веностаза, дълбока венозна тромбоза и последващ белодробен или периферен тромбоемболизъм. Необходимо е повишено внимание и адекватна болнична и извънболнична профилактика на тези усложнения.

ИЗЛОЖЕНИЕ

В България няма точен регистър за случаите на дълбока венозна тромбоза (ДВТ) и венозен тромбоемболизъм (ВТЕ). Факт е, че голям процент от случаите се пропускат от клиницистите и биват установени едва патологоанатомично.

Рискови фактори за ДВТ и ВТЕ. [1,8]

Основните рискови фактори за ДВТ и ВТЕ могат да се разделят условно на вродени и придобити.

Вродените състояние най-често се дължат на генни мутации, засягащи синтеза на т.нар. естествени антикоагуланти и водят до дефицит или непълноценност в действието на тези антикоагуланти (дефицит на фактор V-Leiden, на антитромбин III, протени S или C и др.) или свръх синтез на протромбогенни фактори (фибриноген, хомоцистеин, фактори VIII, IX и XI и др.).

Основните придобити рискови фактори за ДВТ и ВТЕ включват:

- ❖ Продължителна имобилизация
- ❖ Голяма травма или операция в предхождащите 3-4 седмици
- ❖ Застойна сърдечна недостатъчност
- ❖ Затлъстяване, напреднала възраст (>75 години), продължително пътуване
- ❖ Активен туморен процес или провеждана химиотерапия
- ❖ Бременност и преждевременно раждане
- ❖ Имплантация на различни сърдечни дивайси в големите вени или десни сърдечни кухини

- ❖ Хормонално заместителна терапия след менопауза или прием на орални контрацептиви с високо естрогенно съдържание
- ❖ Придобити тромботични нарушения като наличие на антифосфолипидни антитела и/или лупусен антикоагулант
- ❖ Миелопролиферативни разстройства
- ❖ Хепарин индуцирана тромбоцитопения, тромбоцитоза
- ❖ Преживяна спленектомия
- ❖ Нефротичен синдром и др.

Диагноза на ДВТ и ВТЕ [1,8]

Клиничният преглед има основно значение за заподозряване на ДВТ, особено когато процесът засяга венозната система на крайниците. Пациентите съобщават за тежест или болка в засегнатия крайник, същият е подут, болезнен при палпация, с променена кожа, понякога и по-топъл. Много по-трудно се подозира подобен процес, когато същият ангажира тазовата венозна система. Оплаквания от страна на пациента включващи задух, гръдна болка, пристъпна кашлица или сърцебиене, причиняване пред очите или синкоп, винаги трябва да се приемат с особено внимание, като възможна проява на белодробен тромбоемболизъм. Лабораторните резултати също са с ограничен ресурс- отклоненията в нивата на тромбоцитите, в показателите за антикоагулация или нивата на Д-димера, в кръвно-газовия анализ, не са задължително свързани с активен тромботичен процес и БТЕ.

Основно при поставяне на диагноза ДВТ и БТЕ се разчита на инструментална диагностика: промени в ЕКГ (данни за деснокамерно и/или деснопредсърдно обременяване, миокардна исхемия), рентгенография на бял дроб и сърце (редукция на белодробния рисунък, инфилтрат, ателектаза, повдигнат диафрагмен купол, плеврален излив и др.), доплерова сонография на дълбоките вени на крака или флебография, потвърждаващи ДВТ, ЕхоКГ (данни за деснокамерно и/или деснопредсърдно обременяване и повишено налягане в системата на белодробната артерия и/или горна и долна празна вена и др.). В последните години, заради широката си достъпност, добрите диагностични възможности на съвременните апарати и все по-ниската цена, като основна инструментална диагностика при съмнение за БТЕ се използват възможностите на спиралната компютърна томография с контрастно усилване на образа. Все по-рядко вече се разчита на сцитниграфията, конвенционалната пулмоангиография, а ЯМР-диагностиката е все още скъпа и не толкова достъпна методика.

Лечение на ДВТ и БТЕ [1,2,3,4,6,8]

Лечението на ДВТ и БТЕ от една страна е насочено към поддържане главните жизнени параметри на пациента т.е. поддържане на адекватно дишане и хемодинамика- адекватен вътресъдов обем, кислородотерапия, контрол на артериалното налягане и сърдечната честота, а при нужда- използване на катехоламинава поддръжка и/или изкуствена белодробна вентилация. От друга страна е необходимо третиране на самия тромботичен процес, прекъсване на прогресията му и непозволяване на емболизация. Тук се включват както общо терапевтични мерки като пълен покой на засегнатия крайник с използване на специални лонгети при нужда, борба с инфекцията и др.

Антитромбозната терапия при ДВТ и БТЕ включва лечение с тромболитици и антикоагуланти.

Тромболитичното лечение се използва в случаи на диагностицирана масивна форма на БТЕ. Тя може да се прилага с успех до 14-я ден от началото на оплакванията. Абсолютни противопоказания за лечение с тромболитици са мозъчно-

съдов кръвоизлив или активно кървене от вътрешни органи. Относителните противопоказания включват: големи операции в последните 10 дни, скорошна биопсия или пункция на орган или съд с анатомична невъзможност за компресия; мозъчна неоплазма или инсулт в последните 2 месеца, гастроинтестинално кървене в последните 10 дни, както и сериозна тъканна травма в последните 2 седмици, трудно контролирана хипертония с АН>180/100ммЖ, Ао-дисекция, инфекциозен ендокардит или перикардит, бременност или скорошно раждане, неврохирургична или офталмологична операция в последния месец, прием на перорални антикоагуланти и др.

Антикоагулантите се делят на две основни групи- за парентерална и перорална употреба. От парентералните средства основно в миналото се е използвал Хепарин в постоянна венозна инфузия в доза съобразно стойностите на аРТТ (контрол поне веднъж на 24 часа), което води до известно неудобство. В последните години използването на т.нар. нискомолекулярни хепарини взема превес, като в България най-често се използват следните представители (всичките се прилагат подкожно): Fraxiparin в доза 2x0,1мл/10кг тел.тегло; Clehex 2x1мг/кг и Fragmin 2x100Е/кг. Може би единственото ограничение за използването им (спрямо Хепарин) е телесно тегло на пациента >100кг и шокови състояния, като в тези случаи се прилага само Хепарин венозно. Arixtra е пентазахарид и може да се използва в България като алтернатива на хепарините в случаи на хепарининдуцирана тромбоцитопения и повишен риск от кървене (доза 5 до 10мг/еднократно дневно според телесното тегло). Пероралните антикоагуланти (основно Sintrom) се включват в терапията обичайно към 72-я час, като в първите дни до постигане на INR трайно в граници 2,0-3,0, се използват успоредно с парентерален антикоагулант. Те се назначават за продължителен период от време: минимум 3 месеца при реверзибилен основен рисков фактор; минимум 6 месеца при идиопатични форми на ДВТ и/или БТЕ; постоянно при рецидивиращи ДВТ и/или БТЕ, както и при персистиращи рискови фактори (например вродени тромбофилии и др.). Приложението на Sintrom налага периодичен (най-често ежемесечен) контрол на INR и корекция на дозата с прицелни стойности на показателя 2,0-3,0(3,5). В последното десетилетие място в лечението на ДВТ и БТЕ намериха т.нар. нови орални антикоагуланти (НОАК)- Xarelto (10-20мг/дн), Eliquis (2x2,5-2x5мг/дн) и Pradaxa (2x110-2x150мг/дн). Използването им дава по-голяма сигурност спрямо Sintrom и спестява на пациента чести посещения в клинична лаборатория за контрол на INR.

В случаи на масивен БТЕ с противопоказания или неуспех от тромболитичното лечение или случаи на рецидивиращ БТЕ, въпреки лечението, могат да се използват и хирургични или интервенционални методи на лечение като хирургична или катетърна емболектомия, имплантация на венозен кавафилтър и др.

Профилактика на ДВТ и БТЕ [1,5,8]

Известна е сентенцията в медицината, че най-доброто лечение е профилактиката. Профилактиката при ДВТ и БТЕ е насочена основно към коригируемите придобити рискови фактори. Немедикаментозните средства включват адекватна рехидратация, ранно раздвижване, използване на ластични чорапи и др. При наличие на повишен риск от ДВТ се препоръчва приложение на антикоагуланти за различен период от време (до персистирането на съответния рисков фактор). Обичайно се използват Clehex 40-60мг/дн, Fraxiparin 0,4-0,6мл/дн или Arixtra 2,5мг/дн подкожно еднократно според телесното тегло. Пациентите използващи перманентно перорални антикоагуланти, в случай на предстояща операция временно преминават на парентерална антикоагулантна терапия в гореупоменатите дози.

Бременните, като стана ясно в началото, са с повишен риск от развитие на ДВТ и БТЕ. Профилактиката и лечението на тези заболявания при тях се осъществява

само с парентерални антикоагулани поради най-нисък тератогенен ефект спрямо останалите медикаменти.[7]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Специалистите по здравни грижи са неизменна част от лекуващия екип на пациенти в амбулаторни или стационарни условия. Познаването на основните рискови фактори за ДВТ и БТЕ, както и на основните принципи в диагностиката, лечението и профилактиката им, ще повиши възможността за навременно разпознаване и лечение на тези усложнения и ще подобри прогнозата при пациентите. Това от своя страна ще повиши качеството на предлаганите здравни услуги и нас.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Консенсус на Българско дружество по белодробни болести и Българско дружество по кардиология за диагноза и лечение на белодробен тромбоемболизъм-2005г.

[2] A comparison of low-molecular-weight heparin with unfractionated heparin for acute pulmonary embolism. N Engl J Med 1997.

[3] British Thoracic Society. Optimum duration of anticoagulation for deep-vein thrombosis and pulmonary embolism. Research Committee of the British Thoracic Society. Lancet 1992.

[4] Effectiveness and safety of novel oral anticoagulants as compared with vitamin K antagonists in the treatment of acute symptomatic venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis. J Thromb Haemost 2014.

[5] Prevention of Venous Thromboembolism. Chest 2004.

[6] Treatment of Venous Thromboembolic Disease. Chest 2004.

[7] Use of antithrombotic agents during pregnancy. Chest. 2004.

[8] 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism.

За контакти:

Д-р Огнян Шербанов, МБАЛ Медика Русе, Кардиологично отделение,
тел: 0884 657 892, e-mail: bat_ogan@abv.bg

Доц. д-р Теодора Недева, д.м., Катедра "Здравни грижи", Русенски университет "Ангел Кънчев", тел.: 0887 468 695, e-mail: teddy_nedeva@yahoo.com

Докладът е рецензиран.