

Λειτουργία εξωτερικού καρδιολογικού ιατρείου στη Β. Ελλάδα, σε ημέρα γενικής εφημερίας

Απ. Ευθυμιάδης, Ν. Λευκός, Ι. Παπαδόπουλος, Γ. Καζινάκης, Μ. Χατζηχασάν, Γ. Τσάπας

Καρδιολογική μονάδα Β' Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Περίληψη: Σκοπός της εργασίας είναι η αναδρομική μελέτη της κίνησης του καρδιολογικού ιατρείου της κλινικής μας, σε ημέρα γενική εφημερίας στη Βόρεια Ελλάδα, του τρόπου διαλογής και της άμεσης αντιμετώπισης των προσερχόμενων ασθενών, του αριθμού και της κατηγορίας της νόσου των εισαχθέντων. Μελετήθηκαν αναδρομικά τα βιβλία εφημερίας των καρδιολογικών εξωτερικών ιατρείων της κλινικής μας από 8-6-95 μέχρι 30-8-96. Εξετάστηκαν συνολικά 3.321 καρδιολογικοί ασθενείς (Α = 1842, Γ = 1479, ηλικίας 14 έως 99 ετών). Σε όλους λαμβάνονταν ιστορικό και γινόταν ΗΚΓ. Η αντιμετώπιση των βαρέως πασχόντων ασθενών (ΟΕΜ, οξύ πνευμονικό οίδημα, κ.ά.) άρχιζε με τη προσέλευσή τους στα εξωτερικά ιατρεία (Ε Ι) και συνεχιζόταν στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Από τους ασθενείς που εξετάστηκαν, ανέφεραν σαν κύρια αιτία προσέλευσης: 2360 προκάρδιο άλγος, 473 δύσπνοια, 442 αίσθημα παλμών, 47 απώλεια συνείδησης. Έγιναν 1044 εισαγωγές [Α = 578 (55,3%), Γ = 466 (44,7%), μέσης ηλικίας 64,75 ± 12,6 έτη] από τις οποίες: 525 ασθενείς με στεφανιαία νόσο, 69 με οξύ πνευμονικό οίδημα,

105 με παροξυντική κοιλιακή μαρμαρυγή, 85 με παροξυντική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία, 75 με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια, 40 με βαλβιδοπάθειες, 90 με άτυπα προκάρδια ενοχλήματα, 20 με απώλεια συνείδησης και 30 με οξεία ή χρόνια περικαρδίτιδα. Σε 5 περιπτώσεις τέθηκε η διάγνωση διαχωριστικού ανευρύσματος αορτής. Σε ημέρα γενικής εφημερίας, η λήψη λεπτομερούς ιστορικού, σε συνάρτηση με τη σωστή χρήση των διαγνωστικών μεθόδων, συμβάλλει στην ασφαλέστερη αντιμετώπιση των εξωτερικών ασθενών και τη σωστότερη επιλογή αυτών που έχουν ανάγκη νοσηλείας. Η συχνότερη αιτία προσέλευσης βρέθηκε να είναι οι διάφορες κλινικές εκδηλώσεις στεφανιαίας νόσου. Από αυτούς, το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν άνδρες. Η μέση ηλικία των γυναικών με ΟΕΜ ήταν κατά 10 χρόνια μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των ανδρών. Από τις αρρυθμίες συχνότερες ήταν οι υπερκοιλιακές ταχυαρρυθμίες και μάλιστα η παροξυντική κοιλιακή μαρμαρυγή. Οι βαλβιδοπάθειες και οι περικαρδίτιδες απετέλεσαν σπανιότερη αιτία προσέλευσης.
Ιπποκράτεια 1998, 2: 22-27.

Τα εξωτερικά ιατρεία ενός νοσοκομείου αποτελούν τον κορμό της δευτεροβάθμιας περίθαλψης στη χώρα μας. Γίνεται η αρχική αξιολόγηση της κατάστασης των ασθενών, δίνονται οι πρώτες βοήθειες για την αντιμετώπισή τους και η επιλογή αυτών που χρειάζονται παραπέρα νοσοκομειακή περίθαλψη. Σε επιδημιολογικές έρευνες έχει βρεθεί ότι το 60% των θανάτων από οξύ έμφραγμα συμβαίνει πριν από την εισαγωγή στο νοσοκομείο, σε πολλές δε περιπτώσεις η άμεση αντιμετώπιση των ασθενών κατά την άφιξή τους, συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην επιτυχή αντιμετώπιση και περαιτέρω καλή εξέλιξη της νόσου^{1,2}.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι η αξιολόγηση του ασθενούς πρέπει να είναι γρήγορη και ταχεία, να ξεκινά από τον οικογενειακό γιατρό, τις μονάδες μεταφοράς, το εξωτερικό ιατρείο και να συνεχίζεται στο νοσοκομείο^{1,3,4}.

Στην εργασία μας μελετήσαμε αναδρομικά την κίνηση των εξωτερικών ιατρείων της κλινικής σε ημέρες γενικής εφημερίας από 8/6/1995 έως 30/8/1996 με σκοπό τη διερεύνηση του τρόπου διαλογής και άμεσης αντιμετώπισης των προσερχόμενων ασθενών, του αριθμού των εισαχθέντων και της κατηγορίας της νόσου κατά την εισαγωγή.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Μελετήθηκαν αναδρομικά τα βιβλία εφημερίας των εξωτερικών ιατρείων της κλινικής μας από 8-6-95 μέχρι 30-8-96. Προσήλθαν συνολικά 8.762 ασθενείς, από τους οποίους 3.321 (ποσοστό 38%) ήταν του καρδιολογικού ιατρείου (A = 1842, Γ = 1479, ηλικίας 14 έως 99 ετών) και οι υπόλοιποι αντιμετωπίστηκαν από τα παθολογικά ΕΙ.

Το εξωτερικό ιατρείο του καρδιολογικού τμήματος, σε ημέρα γενικής εφημερίας λειτουργεί με την παρουσία δύο ειδικευμένων ιατρών, ενός επιμελητή, την αδελφή του ιατρείου και προϊστάται ένας επίκουρος καθηγητής. Αμέσως με την προσέλευση του ασθενή, καθορίζονται τα επιδημιολογικά του στοιχεία (ηλικία, φύλο, καταγωγή, ασφαλιστικό ταμείο, κλπ.), λαμβάνεται πλήρες ιστορικό (ατομικό και κληρονομικό) και εκτιμάται η τωρινή κατάσταση. Αυτή περιλαμβάνει τον καθορισμό έναρξης των συμπτωμάτων, μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, πλήρη κλινική εξέταση και γίνεται ΗΚΓ. Η αντιμετώπιση των βαρέως πασχόντων περιστατικών (ΟΕΜ, οξύ πνευμονικό οίδημα, κ.ά.) είναι ταχεία, αρχίζει με την προσέλευση του ασθενή στα εξωτερικά ιατρεία (ΕΙ) και συνεχίζεται στη μονάδα εντατικής παρακολούθησης της κλινικής.

Οι ασθενείς, στους οποίους υπάρχει διαγνωστικό πρόβλημα, παραμένουν στο θάλαμο βραχείας νοσηλείας για επιβεβαίωση της διάγνωσης και γίνεται άμεσα εργαστηριακός βιοχημικός έλεγχος (γενική αίματος, σάκχαρο, τρανσαμινάσες, κρεατινική φωσφοκινάση, ουρία αίματος, τροπονίνη T), ακτινογραφία θώρακος, υπερηχογράφημα καρδιάς ή κοιλίας (άνω και κάτω) και όπου είναι απαραίτητο εκτελούνται ειδικότερες εξετάσεις, όπως αξονική τομογραφία, αγγειογραφικός έλεγχος κ.ά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους 3.321 ασθενείς που εξετάστηκαν στο ΕΙ της καρδιολογικής μονάδας της κλινικής μας, ανάφεραν σαν κύρια αιτία προσέλευσης: 2360 προκάρδιο άλγος, στους 1106 επρόκειτο για στηθαγχικά ενοχλήματα ή οξύ στεφανιαίο επεισόδιο, 473 δύσπνοια, 441 αίσθημα παλμών, 47 απώλεια συνείδησης (Πίν. 1). Έγιναν 1044 εισαγωγές [A = 578 (55,3%), Γ = 466 (44,7%), μέσ. ηλικίας 64,75 ± 12,6 έτη], από τις οποίες: 525

Πίνακας 1. Είδος πάθησης κατά κύρια αιτία των ασθενών που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία της γενικής εφημερίας

Κύρια αιτία προσέλευσης	Αριθμός	Ποσοστό
Προκάρδιο άλγος	2360	71,07%
Δύσπνοια	473	14,24%
Αίσθημα παλμών	441	13,28%
Απώλεια αισθήσεων	47	1,41%
Σύνολο	3321	100%

ασθενείς (A = 335, Γ = 190) εισήχθησαν για στεφανιαία νόσο, 69 (A = 30, Γ = 39) για οξύ πνευμονικό οίδημα, 105 (A = 51, Γ = 54) για παροξυντική κολπική μαρμαρυγή, 85 (A = 38, Γ = 47) για παροξυντική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία, 75 (A = 28, Γ = 47) για χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια, 40 (A = 14, Γ = 26) για βαλβιδοπάθειες, 90 (A = 58, Γ = 32) για άτυπα προκάρδια ενοχλήματα, 20 (A = 9, Γ = 11) για απώλεια συνείδησης και 30 (A = 11, Γ = 19) για οξεία ή χρόνια περικαρδίτιδα. Στα ΟΕΜ διαπιστώθηκε υπεροχή ανδρών έναντι γυναικών, ενώ στο σύνολο των ισχαιμικών καρδιοπαθειών η αναλογία των φύλων παρέμεινε περίπου η ίδια αν και η μέση ηλικία βρέθηκε χαμηλότερη στους άνδρες. Στους υπόλοιπους, ασθενείς η αναλογία ανδρών/γυναικών ήταν περίπου η ίδια. Σε 5 (A = 4, Γ = 1) περιπτώσεις ασθενών τέθηκε κλινικά η διάγνωση διαχωριστικού ανευρύσματος αορτής, η οποία στη συνέχεια επιβεβαιώθηκε εργαστηριακά (ηχοκαρδιογράφημα, αξονική τομογραφία και αγγειογραφία) και οι ασθενείς στάλθηκαν στο καρδιοχειρουργικό τμήμα, όπου υποβλήθηκαν σε επέμβαση (Πίν. 2).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο αριθμός των ασθενών που προσήλθαν στο καρδιολογικό εξωτερικό ιατρείο στη χρονική διάρκεια που μελετήσαμε (14 μήνες) ήταν 3.321 ή ποσοστό 38% του συνολικού αριθμού των προσερχόμενων στην εφημερία της κλινικής μας (Παθολογική Κλινική και Καρδιολογική Μονάδα). Κατά το διάστημα αυτό οι εφημερίες της καρδιολογικής μονάδας ήταν συνολικά 47 και ο

Πίνακας 2. Είδος πάθησης νοσηλευόμενων ασθενών

Νόσημα	Αριθμός ασθενών	
	Άνδρες	Γυναίκες
Στεφανιαία νόσος	525	190
Οξύ πνευμονικό οίδημα	69	39
Κολπική μαρμαρυγή	105	54
Παροξυντική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία	85	47
Καρδιακή ανεπάρκεια	75	47
Βαλβιδοπάθειες	40	26
Άτυπα άλγη	90	32
Περικαρδίτιδες	30	19
Απώλεια συνείδησης	20	11
Ανευρύσματα	5	1
Σύνολο	1044	466

μέσος όρος προσέλευσης ασθενών / εφημερία $70,8 \pm 12,6$.

Από την ανάλυση του υλικού μας προέκυψε ότι:

A) Η προσέλευση των καρδιολογικών ασθενών είχε μια εποχιακή κατανομή και ειδικότερα ήταν μεγαλύτερη τους χειμερινούς μήνες έναντι των καλοκαιρινών, και μια αυξημένη προσέλευση την άνοιξη, που ήταν δεύτερη σε συχνότητα έναντι του φθινοπώρου.

B) Το κύριο σύμπτωμα για το οποίο προσήλθαν οι ασθενείς ήταν κατά προτεραιότητα το προκάρδιο άλγος. Συμπτώματα ισχαιμικής καρδιοπάθειας ανέφεραν 1106, 473 δύσπνοια, 442 αίσθημα παλμών και 47 απώλεια συνείδησης.

Αναλυτικότερα:

Στην κλινική μας μπήκαν 1044 ασθενείς [A = 578 (55,3%), Γ = 466 (44,7%), μέσης ηλικίας $64,75 \pm 12,6$ έτη]. Οι υπόλοιποι, μετά από διερεύνησή τους (ιστορικό, κλινική εξέταση, ΗΚΓ έλεγχος, αναζήτηση παθολογικών ενζύμων, τη βοήθεια της τροπονίνης T και την απάντηση ή όχι στα νιτρώδη) και την παραμονή τους στο θάλαμο βραχείας νοσηλείας, όπου ήταν απαραίτητο, επέστρεψαν στο σπίτι τους.

2. Σε 1106 ασθενείς με προκάρδιο άλγος τέθηκε η διάγνωση Σ N και ειδικότερα στηθάγχη (σταθερή, επιδεινούμενη, ασταθής) ή OEM. Από αυτούς μπήκαν στην κλινική 525 ασθενείς, από τους οποίους οι 157 παρουσίαζαν OEM, με αυξημένη προσέλευση τις πρωινές ώρες και προ του μεσονυκτίου, γεγονός που συμπίπτει με τον κερκαδικό ρυθμό της αρτηριακής πίεσης και συμφωνεί με τα ευρήματα άλλων ερευνητών για την περιοχή της Θεσσαλονίκης⁵. Η μεγαλύτερη προσέλευση ασθενών με στεφανιαία νόσο και έμφραγμα μυοκαρδίου δείχνει ότι η νόσος αυτή είναι η συχνότερη αιτία που οδηγεί τους ασθενείς στις καρδιολογικές κλινικές. Μολονότι στις χώρες του δυτικού κόσμου η Σ N παρουσιάζει πτωτική τάση, στη χώρα μας αντίθετα παρατηρείται αύξηση και στην περιοχή της Θεσσαλονίκης η στεφανιαία νόσος ευθύνεται για το 14,6% των θανάτων^{5,6,7,23}.

3. Ενενήντα ασθενείς, στην πλειοψηφία τους άνδρες, με άτυπα προκάρδια ενοχλήματα μπήκαν στην κλινική για περαιτέρω διερεύνηση και παρακολούθηση. Οι ασθενείς αυτοί παρουσίαζαν άτυπη συμπτωματολογία κατά την προσέλευσή τους, μη ειδικές αλλοιώσεις στο ΗΚΓ και παθολογικές ή οριακές τιμές ενζύμων. Παρέμει-

ναν νοσηλεύόμενοι για τρεις ημέρες τουλάχιστον, ώστε να ολοκληρωθεί πλήρης εργαστηριακός έλεγχος. Αυξημένα ποσοστά εισαγωγών με άτυπα προκάρδια ενοχλήματα (12 έως 28%) αναφέρονται από μεταanalύσεις και άλλων κέντρων⁷.

4. Ενδιαφέρον είναι ότι σε 5 ασθενείς, τέθηκε κλινικά η υπόνοια διαχωριστικού ανευρύσματος γιατί παρουσίασαν θωρακικό ή κοιλιακό πόνο χωρίς ΗΚΓ/κές αλλοιώσεις, διαφορά σφύξεων στα άνω άκρα, πτώση αρτηριακής πίεσης, ζάλη και λιποθυμική τάση. Υποβλήθηκαν επειγόντως σε ηχοκαρδιογράφημα, αξονική τομογραφία και αγγειογραφικό έλεγχο. Οι ασθενείς αυτοί παραπέμφθηκαν στη συνέχεια στους αγγειοχειρουργούς για παραπέρα αντιμετώπιση. Τονίζεται η σημασία του ιστορικού και της κλινικής εξέτασης στην πιθανολόγηση της νόσου. Τα διαχωριστικά ανευρύσματα απαντούν με συχνότητα 1 ασθενής ανά 100.000 κατοίκους ανά έτος, και στις περιπτώσεις που δεν μπορεί να διαγνωστούν και επομένως δεν μπορεί να αντιμετωπιστούν ταχύτατα, η εξέλιξη είναι συνήθως θανατηφόρα. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση σώζει ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών^{1,8}.

5. Σε 30 ασθενείς, που προσήλθαν στα Ε Ι διαπιστώθηκε οξεία περικαρδίτιδα και μπήκαν για νοσηλεία. Αιτιολογικά αποδόθηκε συχνότερα σε ιδιοπαθή αίτια (10 ασθενείς), σε 9 επρόκειτο για εκδήλωση αυτοάνοσου νοσήματος, σε 6 ασθενείς ήταν σύνδρομο μετά περικαρδιακτομή, σε 3 ασθενείς TBC περικαρδίτιδα και σε 2 επρόκειτο για επιπλοκή ΟΝΑ. Τρεις (3) ασθενείς νοσηλεύτηκαν για υποτροπιάζουσα περικαρδίτιδα. Ενδιαφέρον είναι ότι η TBC περικαρδίτιδα εμφανίζεται σπανιότερα και αυτό αντανακλά γενικά τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου στο γενικό πληθυσμό¹.

6. Ένα μικρό ποσοστό, 40 ασθενείς (A = 14, Γ = 26, μέσης ηλικίας $66,25 \pm 21,65$ έτη), που έπασχαν από βαλβιδοπάθειες προσήλθαν, στα Ε Ι σε ημέρα γενικής εφημερίας. Σαν κύρια αιτία ανέφεραν αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία, επιδείνωση της καρδιακής ανεπάρκειας. Το μικρό σχετικό ποσοστό προσέλευσης ασθενών με βαλβιδική πάθηση στα Ε Ι συμβαδίζει με τη γενική παρατήρηση ότι τα τελευταία χρόνια μειώθηκε η συχνότητα εμφάνισής τους στο γενικό πληθυσμό εξαιτίας της μείωσης του ρευματικού πυρετού. Σε 10 ασθενείς είχε, στο παρελθόν, τοποθετηθεί προσθετική βαλβίδα. Σε σημαντικό ποσοστό, (10 ασθενείς), αναφέρθηκε αυθαιρέτη διακοπή της

φαρμακευτικής αγωγής από 10/ημέρου τουλάχιστον και τέλος σε 15 ασθενείς απορρυθμίσθηκε η αντιπηκτική αγωγή. Υπολογίζεται ότι στις ΗΠΑ το 1% του πληθυσμού έχουν μια προσθετική βαλβίδα, ενώ παρόμοια στοιχεία δεν υπάρχουν στη χώρα μας^{1,9}.

Γ) Δεύτερη σε συχνότητα αιτία προσέλευσης ήταν η δύσπνοια, που οδήγησε 473 ασθενείς στα ΕΙ, από τους οποίους οι 69 παρουσίαζαν οξύ πνευμονικό οίδημα και οι 75 επιδείνωση της χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας. Ενδιαφέρον είναι ότι από τους ασθενείς της τρίτης ηλικίας με έφραγμα μυοκαρδίου η δύσπνοια ήταν το προεξάρχον σύμπτωμα σε σχέση με τα νεότερης ηλικίας άτομα που προέχει το άλγος. Η καρδιακή ανεπάρκεια είναι συχνή νόσος και η επίπτωσή της στο γενικό πληθυσμό ανάλογα με την ηλικία είναι 1-10% με συχνή ανάγκη νοσηλείας των ασθενών αυτών. Από τα περιστατικά που προσήλθαν στα ΕΙ και μπήκαν στην κλινική με δύσπνοια από ΚΑ, οι γυναίκες βρέθηκε να υπερτερούν των ανδρών. Επιπρόσθετα δε διαπιστώθηκε στατιστική διαφορά στην ηλικία μεταξύ των δύο φύλων, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από άλλους ερευνητές^{10,11,12,13,14,15}.

Δ) Ένας αρκετά μεγάλος αριθμός ασθενών προσήλθε στα ΕΙ για αίσθημα παλμών. Από αυτούς, 105 ασθενείς εμφάνιζαν κολπική μαρμαρυγή η οποία σε ποσοστό 35% ήταν παροξυσμική πρωτοεμφανιζόμενη, σε ποσοστό 40% ήταν υποτροπιάζουσα παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή και στους υπόλοιπους επρόκειτο για επιδείνωση χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρουν και άλλοι ερευνητές οι οποίοι ενοχοποιούν την κολπική μαρμαρυγή σαν τη συχνότερη καρδιακή αρρυθμία που απαντά σε ποσοστό 0,4% του γενικού πληθυσμού και σε ποσοστό 3-10% σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών^{15,16,17,18}. Παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία παρουσίασαν 85 ασθενείς, με ελαφρά υπεροχή των γυναικών έναντι των ανδρών, που οφειλόταν σε ιδιοπαθή αίτια, σύνδρομο WPW ή άλλο σύνδρομο προδιέγερσης, ενώ σε 21 ασθενείς πιθανολογήθηκε ως αίτιο διαταραχή της λειτουργίας του θυρεοειδούς. Ανάλογες μελέτες αναφέρουν ότι το σύνδρομο προδιέγερσης κυμαίνεται από 0,1-3% του γενικού πληθυσμού και θεωρείται μία από τις κύριες αιτίες των παροξυσμικών υπερκοιλιακών ταχυκαρδιών^{19,20,21}.

Ε) Από τους ασθενείς που προσήλθαν στα ΕΙ, 47 ανέφεραν απώλεια συνείδησης και από αυτούς παρέμειναν 20 ασθενείς. Οι υπόλοιποι παραπέμ-

φθηκαν στους εφημερεύοντες νευρολόγους ή παθολόγους και η διάγνωση σε αυτούς ήταν παροδικό ΑΕΕ, επιληψία και μη καρδιολογικά αίτια. Το πρόβλημα των συγκοπικών κρίσεων προβληματίζει ιδιαίτερα τους ιατρούς. Η αντιμετώπιση ασθενών με συγκοπικά επεισόδια είναι αρκετά συχνή μεταξύ αυτών που προσέρχονται στα ΕΙ. Ανάλογες μελέτες στις ΗΠΑ (μελέτη Framingham, 5.000 άτομα, 26 χρόνια παρακολούθησης) αναφέρουν ότι οι συγκοπικές κρίσεις είναι συχνές στο γενικό πληθυσμό και βρέθηκε ότι ποσοστό 3% θα παρουσιάσει ένα συγκοπικό επεισόδιο στη διάρκεια της ζωής του²²⁻²⁴.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Η προσέλευση των καρδιολογικών ασθενών σε ημέρα γενικής εφημερίας έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια σε σχέση με τα παθολογικά περιστατικά (ποσοστό 38%). Η παραπάνω διαπίστωση επιβάλλει κατά τη γνώμη μας την αναγκαιότητα της δημιουργίας περισσότερων καρδιολογικών κλινικών στα νοσοκομεία μας.

2. Η οργάνωση των ΕΙ των καρδιολογικών κλινικών και η επάνδρωσή τους με ειδικό ιατρικό προσωπικό προσφέρει πολλά στην άμεση αντιμετώπιση των ασθενών και στη συνέχεια την αξιολόγηση και ιδιαίτερη εκτίμηση αυτών που έχουν ανάγκη περαιτέρω νοσηλείας.

3. Η θεραπεία σε πολλά περιστατικά πρέπει να αρχίζει άμεσα από τα ΕΙ, όπου θα πρέπει να υπάρχει ο κατάλληλος εξοπλισμός για την παροχή των πρώτων βοηθειών (monitor, απινιδωτής, abu, τραχειοσωλήνες, παροχή O₂, και φάρμακα για επείγουσα αντιμετώπιση).

4. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην ύπαρξη θαλάμου βραχείας νοσηλείας, όπου μπορεί να γίνει η διαλεύκανση περιστατικών με ασαφή συμπτώματα, με τη διενέργεια άμεσων εξετάσεων (μέτρηση ενζύμων, τροπονίνης T, ακτινογραφικός και υπερηχογραφικός έλεγχος), που συμβάλουν στη διάγνωση και στη σωστότερη εκτίμηση των ασθενών που χρειάζονται παραπέρα νοσηλεία. Συγχρόνως εξοικονομούνται νοσοκομειακά κρεβάτια νοσηλείας.

5. Η συχνότερη αιτία προσέλευσης ασθενών σε ημέρα γενικής εφημερίας είναι οι διάφορες κλινικές εκδηλώσεις της στεφανιαίας νόσου με υπεροχή των ανδρών. Η μέση ηλικία των ασθενών με OEM είναι κατά 10 χρόνια μεγαλύτερη στις γυναίκες. Από τις αρρυθμίες, συχνότερες εί-

και οι υπερκοιλιακές και ειδικότερα η παροξυστική κοιλιακή μαρμαρυγή. Οι βαλβιδοπάθειες και οι περικαρδίτιδες αποτελούν σπανιότερη αιτία προσέλευσης.

ABSTRACT

Efthimiadis A, Lefkos N, Papadopoulos I, Kazinakis G, Hatzihasan M, Tsapas G. Operation of cardiological outpatient clinic during 24 hour emergency service in Northern Greece. *Hippokratia* 1998, 2: 22-27.

The purpose of our study is the retrospective assessment of the cardiological outpatient clinic movement during a 24 hour emergency service in Northern Greece, according to the number of the patients who were examined, the urgent management applied; the way of the selection and the types of the admitted patients' diseases. The cardiological outpatient clinic records were retrospectively studied the period from 8-6-1995 to 30-8-1996. The total number of the cardiological patients examined was 3321 (M = 1842, F = 1479, aged 14-99 years). A detailed medical history and a 12 lead ECG recording was obtained from all patients. The treatment of the severely ill patients (acute pulmonary oedema, shock etc) was started with their presentation at the outpatient clinic and continued at the coronary care unit. The main symptom was chest pain in the majority of the examined patients (2360) dyspnoea in 473, palpitation in 442 and syncope in 47. The diagnosis in the 1044 patients who were admitted (M = 578, F = 466, mean age 64.7 ± 12.6 years) was ischaemic heart disease in 525, acute pulmonary oedema in 69, paroxysmal atrial fibrillation in 105, paroxysmal atrial tachycardia in 85, congestive heart failure in 75, valvulopathy in 40, atypical chest pain in 90, syncope in 20, acute or chronic pericarditis in 30, while in 5 pts dissection of the aorta was diagnosed. During the 24 hour emergency service the main tool contributing to the correct diagnosis and so the safe treatment and the proper choice of the patients needing hospitalization is the detailed medical history in combination with the proper use of the other diagnostic methods. Ischaemic heart disease is the most often reason for patients meeting the outpatient clinic during emergency service and the greater percentage of them are males. Women presenting acute myocardial infarction were 10 years older than men. Supraventricular tachycardias, particularly atrial fibrillation was the more frequent type of arrhythmias, while valvulopathies and pericarditis were less common reason for hospitalization.

BIBLIOΓΡΑΦΙΑ

1. Braunwald E. Heart Disease tth edition. W.B. Saunders Co. Philadelphia, PA, 1992: 1200.
2. Uemura K, Pisa Z. Trends in cardiovascular disease Mortality in industrialised countries since 1950. *Wld hlth statistic quart*, 1988, 41: 155-178.
3. Bigger JT. *Progr Cardiov Dis* 1997, 19: 225.
4. Wenever WD, et al for the Myocardial Infraction Triage and Intervetion (MITI) trial Prehospital initiation vs. Hospital initiation trombolytic therapy. *Jama* 1993, 270: 1211-1216.
5. Ζιάκας Γ, Σαββόπουλος Χ, Δεληβοριά Χ, Ζιάκας Α. Κιρκάδιος ρυθμός των στεφανιαίων συμβαμάτων. *Ελλ Καρδιολ Επιθ, Συμπλήρωμα Α*, 1995, 37: Α78-Α80.
6. Kalevi Pyorala. Μείωση της επίπτωσης της Στεφανιαίας Νόσου και των παραγόντων κινδύνου αυτής στη Φιλανδία. *Καρδιολογικά θέματα* 1993: 375-391.
7. Χειμώνας Η. Νοσηρότητα και θνητότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις στην Ελλάδα - Προοπτικές. *Καρδιολογικά θέματα* 1995: 725-741.
8. Στεφανιάδης Χ. *Καρδιολογικά Θέματα* 1996: 395-420.
9. Καστελλάνος Σ. Η Καρδιά. Έκδοση ΕΛΙΚΑΡ. Αθήνα 1996: 131-145.
10. Schoken DD, Arietta MI, Leaverton PE. Prevalance in mortality rate of congestive heart failure in the United States. *J Am Coll Cardiol* 1992: 301-306.
11. Taylor SH. The heart failure syntrome - From prevention to treatment Foreword. *Eu Heart J* 1995, 16 (suppl F): 1.
12. Armstrong PW, Moe GW. Medical advances in the treatment of congestive heart failure. *Circulation* 1994, 88: 2941-2952.
13. Kannel WB, Belanger AJ. Epidimiology in Heart failure. *Am Heart J* 1991, 121: 951-957.
14. Mouloupoulos S, Adamopoulos P, Diamantopoulos E, Nanas S, Anthopoulos L, Iliadi Alexandrou M. Coronary heart disease risc factors in a random sample of Athenian adults. *Am J Epidimiol* 1987, 126: 882.
15. Kannel WB, Abbott RD, Savage DD, Mc Namara RM. Epidimiology features of chronic atrial fibrillation. *N Engl J Med* 1982, 306: 1018-1022.
16. Τούτουζας ΙΙ. Καρδιά και Αγγεία. *Κολπική μαρμαρυγή Μάρτιος - Απρίλιος* 1996, 1 (2): 104-111.
17. Σκουφάς ΙΙ. Νεότερες εξελίξεις στην αντιμετώπιση της κοιλιακής μαρμαρυγής. *Καρδιολογικά θέματα* 1996: 249-283.
18. The National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group on Atrial Fibrillation: Atrial Fibrillation: Current understandings ant research imperatives. *J Am Coll Cardiol* 1993, 22: 1830-1834.
19. Κουλιζάκης Ν. Σύνδρομο WPW. *Καρδιακές Παθήσεις. Τούτουζα ΙΙ, Μπουντούλα Χ. Εκδόσεις Παρισιάνος* 1992, ΙΙ: 2682.
20. Berkman NL, Lamb LE. The WPW electrocardiogram. A folow-up of five to twenty-eight years. *N Engl J Med* 1996, 278: 492-494.

21. *Milstein S, Sharma AD, Klein GJ.* Electrophysiologic profile of asymptomatic WPW pattern. *Am J Cardiol* 1986, 57: 1097-1100.
22. *Savage DD, Corwing L, McGee DL, et al.* Epidemiologic features of isolated syncope: The Framingham Study. *Stroke* 1985, 16: 626-629.
23. *Ευθυμιάδης Απ, Μπουντώνας Γ, Λευκός Ν, Πλατογιάννης Δ.* Η συμβολή της 24/ωρης καταγραφής ΗΚΓ/τος (Holter) στη διερεύνηση ασθενών με καρδιολογικά προβλήματα. *Γαληνός*, 1993, 35(3): 257-271.
24. *Renzulli AG, Gobbato F, Maisano G.* The interaction between man-work-environment and the return to work of coronary patients. The philosophical aspects. *Eur Heart J* 1988, 9 (Suppl. L): 5.

Αλληλογραφία:

Απ. Ευθυμιάδης,
Μορκεντάου 8
546 22 - Θεσσαλονίκη

Corresponding author:

Efthmiadis Ap.
8, Morkentaou str.
546 22 - Thessaloniki-Greece