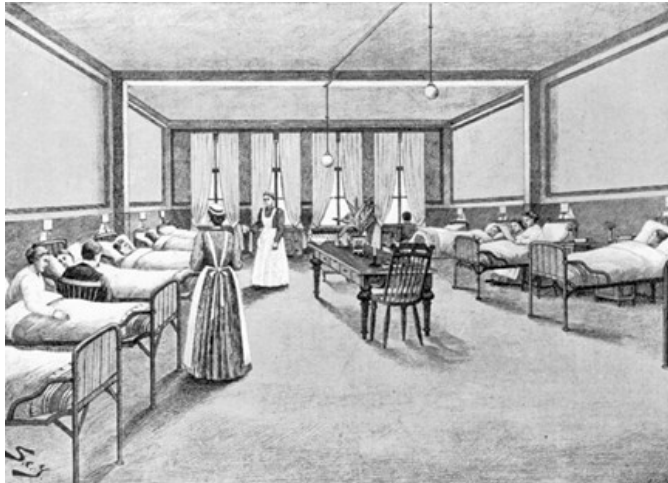


Utvecklingen på HIA



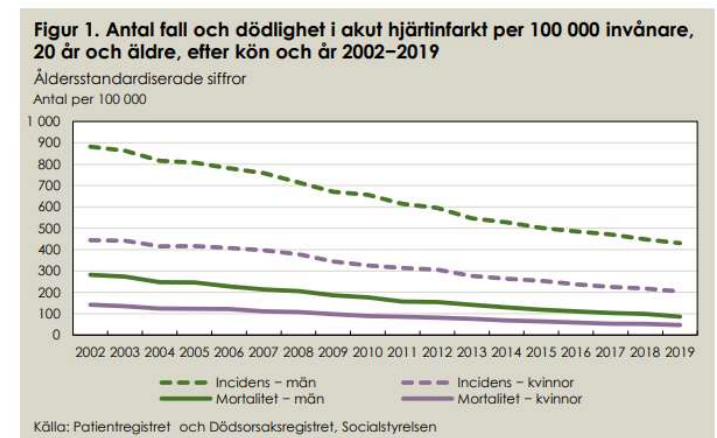
*Catrin Henriksson
Sjuksköterska
Akademiska sjukhuset/Uppsala universitet*

HIA

På 60-talet började hjärtintensivvårdsavdelningar inrättas på sjukhusen. Den första avdelningen öppnades 1966.

Det innebär en större patientsäkerhet då patienterna kunde vara hjärtövervakade och sjuksköterskorna lärdes upp att defibrillera.

Vården på HIA ledde till att sjukhusmortaliteten (1967) för en patient med hjärtinfarkt halverades, från 35% (vårdavdelning) till 17% (HIA). Mycket tack vare att sjuksköterskorna fått delegering att defibrillera. Mortaliteten kan jämföras med nuvarande som är mellan 4% (<80 år) och 10% (>80 år).



Vården på 60 och 70-talet

- Sängläge 5-6 veckor
- Flytande kost
- Laxermedel
- Andningsgymnastik
- Trombosprofylax
- Puls, blodtryck och andningskontroll 1 gång/timme
- Försiktig mobilisering med sjukgymnast
- Gångtest i trappa före utskrivning (kontroll av puls, blodtryck och ev. angina).

Momentschema

Dag 1-2 Sängliggande

Patienten är sängliggande och får hjälp med tvättning vid behov. Får äta själv, läsa samt sitta på toastol. Andningsgymnastik och trombosprofylax.

Dag 3 Sittande

Patienten får sitta i stol, skall åka stol till tvättrum och WC, får inte lämnas utan tillsyn.

Dag 4 Gående med kläder på rummet

Patienten är uppgående med kläder inne på rummet. Får gå till tvättrum och WC.

Dag 5-6 Gående fritt på avdelningen

Patienten är fritt uppegående på avdelningen. Patienten får duscha.

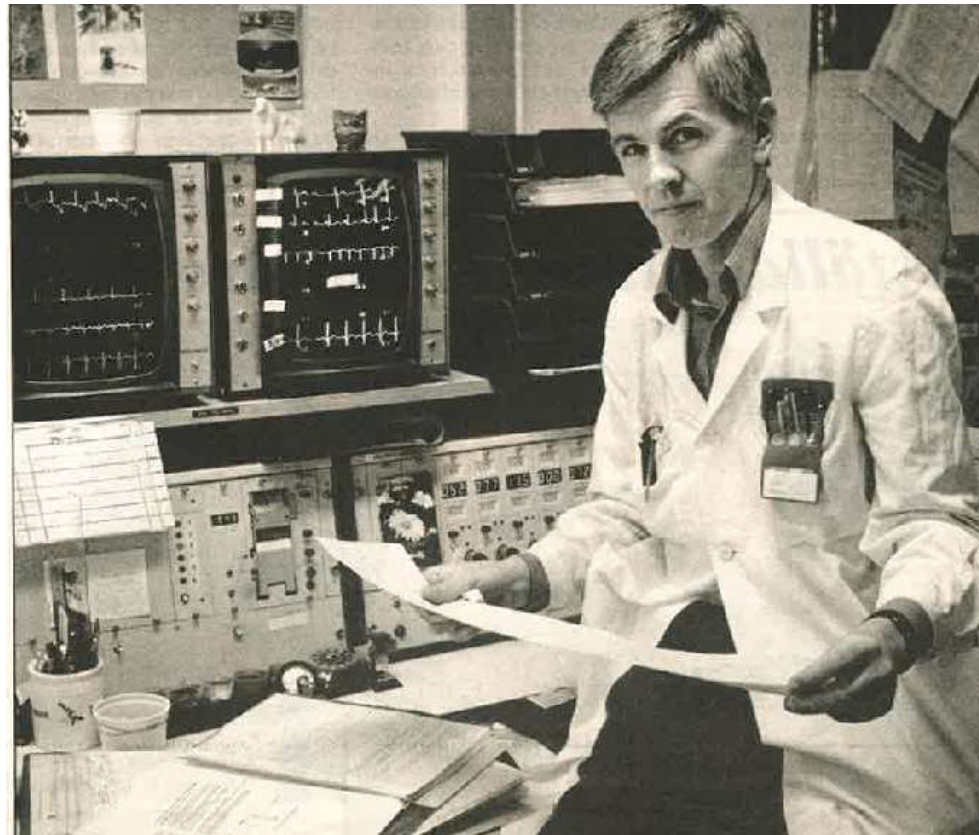
Dag 7 Gång i trappa

Promenad utanför avdelningen är tillåten med tillsyn av personal.

Dag 8-9 Hemgång

Men först skulle ett arbets-EKG med tillfredsställande resultat ha utförts.

Hjärtövervakningen bestod mest i att övervaka allvarliga arytmier. En sjuksköterska räknade antalet VES/minut. Om det var flera än 5 skulle Xylocard övervägas



Hur behandlades infarktpatienterna på 60, 70 och början på 80-talet?

- Symtomlindring (Morfin, Esucos)
- Diuretika
- Trombosprofylax pga immobilisering
- Xylocard vid VES
- Inotropi vid kardiogen chock
- Syrgas
- KAD till de flesta

Alltså ingen trombolys/PCI, CPAP, ultraljud, Trombyl, trombocythämmare, statiner, ACE-hämmare.

Många patienter kom in med stora infarkter.

Vanligt med lungödem, ventrikulära arytmier och hjärtstopp.

Om inte Furix, nitro, inotropi och Xylocard hade effekt fanns inget att tillgå.

Omvårdnaden

Eftersom många patienter var sängliggande krävdes mycket omvårdnad, även för de som mårde bra.

De flesta skulle serveras handfat och tandborstglas i sängen.

Mycket spring med bäcken, kissflaskor och dricka.

Patienterna var ofta trötta och orkeslösa under lång tid.

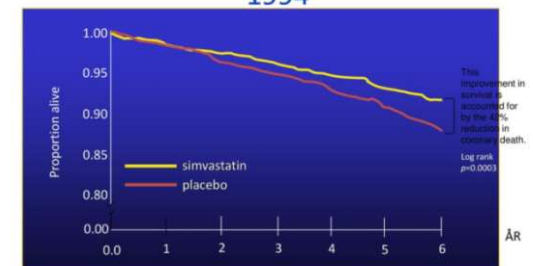
Flera hade kvarstående angina-symtom – mycket nitro gavs.

Forskning

Under 80 och 90-talen genomfördes ett antal stora, randomiserade studier. Nya läkemedel testades mot placebo, bl.a:

- Betablockad (början av 80-talet)
- Acetylsalicylsyra (1985-88). Utvecklandet av Trombyl.
- Statiner (början på 90-talet)
- Lågmolekylärt heparin, Fragmin (mitten av 90-talet)

4S studien, landmärke, publicerad
1994



Statinbehandlade: 74 färre döda, 191 färre hjärtinfarkter, 30 färre strokes

Forskning

Flera placebokontrollerade trombolysstudier pågick under senare delen av 80-talet.

Olika trombolytiska läkemedel jämfördes därefter med varandra under 90-talet. Senare genomfördes även prehospitala trombolysstudier.



Trombolys (slutet av 80-talet)



Streptokinas – Actilyse - Metalyse

I början fick endast patienter med stora hjärtinfarkter trombolysbehandling (alltså de med störst nytta av behandlingen).

För att ha bra effekt skulle trombolysen ges inom 12 timmar efter symtomdebut. Ju senare desto sämre effekt.

Kännetecknen på effektiv trombolysbehandling

- När ”proppen” började lösas upp var det vanligt med reperfusionsarytmier (ventrikulära arytmier)
- Blodtrycksfall var vanligt
- ST-höjningarna gick i regress
- Många parametrar började normaliseras och patienten mådde snabbt bättre

I början av 2000-talet påbörjades prehospital trombolysbehandling.

Trombolysen gavs då antingen i ambulansen eller på vårdcentralen.



Forskning

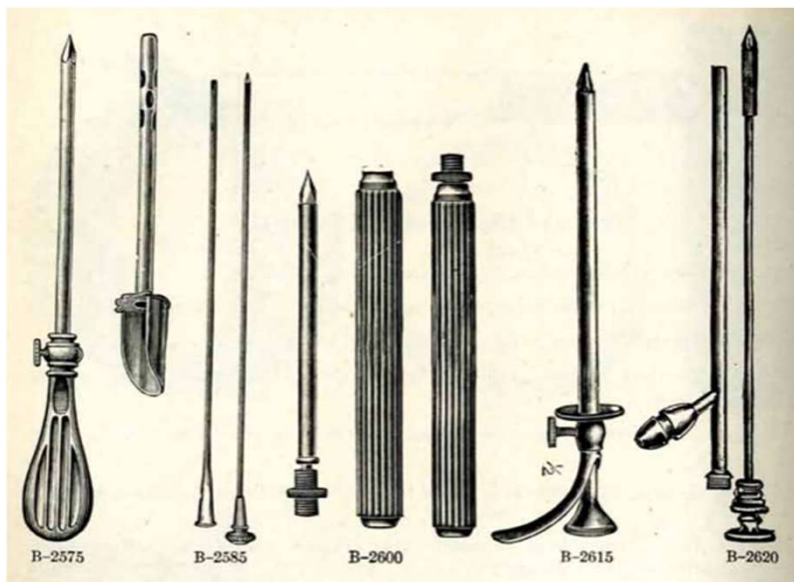
I början av 2000-talet genomfördes studier som undersökte om trombolys eller PCI var det bästa alternativet vid akut hjärtinfarkt. 2003 presenterades en studie, DANAMI2, som fick stor genomslagskraft, till PCI:s fördel.

DANAMI-2: Is primary angioplasty superior to thrombolysis in acute MI when the patient has to be transferred to an invasive centre?

J.C.C Moon   • P.R Kalra • A.J.S Coats

Coronarangiografi och PCI

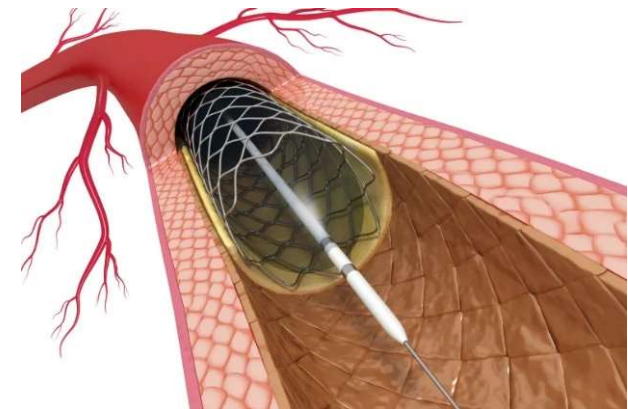
Coronarangiografi började genomföras i liten omfattning på universitetssjukhus under slutet av 70-talet och början på 80-talet.



PCI blev en vedertagen metod i början av 80-talet. Från början behandlades endast patienter med stabil angina. Det var kontraindicerat att behandla infarktpatienterna med PCI då det ansågs för farligt.

PCI utfördes på universitetssjukhusen de första åren eftersom thoraxkirurgisk backup skulle finnas.

Första stentet i världen sattes 1986 och i början av 2000-talet ökade användningen av stent radikalt.



Var det bättre förr?



- Längre vårdtider med mer tid för information
- Bättre förutsättningar att lära känna patienter och närstående
- Patienterna hann oftast börja bearbeta vad de gått igenom under vårdtiden
- Lättare att motivera patienterna till ändrade levnadsvanor då vårdtiden inte var någon "quick fix"

Men.....

Dagens fördelar



- Möjligheten till revaskularisering och CPAP-behandling.
- Patienterna med hjärtinfarkt mår ofta snabbt mycket bättre och myokardskadan är ofta mindre.
- Komplikationerna har minskat avsevärt.
- Insättande av flera läkemedel har minskat risken för att återfå stenoser och ökat överlevnaden rejält.

***Med tanke på behandling och överlevnad är dagens
sjukvård oändligt mycket bättre!!!!!!***



Frågor?

Funderingar?



Tack för mig!

