

Szanowni Państwo,

W ślad za najnowszą aktualizacją algorytmu postępowania w częstoskurczach Europejskiej Rady Resuscytacji (ERC), określonego w Wytycznych Resuscytacji 2021 i wobec braku oficjalnego komentarza ERC w tej sprawie, pragniemy przedstawić stanowisko Polskiej Rady Resuscytacji.

Wytyczne Resuscytacji ogłoszone przez ERC 25 marca 2021 roku przewidywały jako wstępne postępowanie u pacjentów stabilnych hemodynamicznie z miarowym częstoskurczem (niezależnie od szerokości QRS) stosowanie manewrów stymulujących nerw błędny, a następnie podaż adenozyiny w rosnących dawkach – w zależności od odpowiedzi pacjenta na zastosowane leczenie. W przypadku braku efektu terapeutycznego dopiero w dalszym kroku – w przypadku częstoskurczu z szerokim QRS - rekomendowano podaż prokainamidu lub amiodaronu. Podstawą takiego sposobu postępowania stały się doniesienia z opublikowanych w roku 2019 Wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) dotyczących diagnostyki i leczenia chorych z częstoskurczem nadkomorowym¹. Polska wersja językowa wytycznych ESC dostępna jest także na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego: <https://ptkardio.pl/wytyczne>.

Szerokie zespoły QRS mogą występować nie tylko w przypadku częstoskurczu komorowego, ale także w częstoskurczach nadkomorowych z aberracją przewodzenia lub w częstoskurczach z przewodzeniem zstępującym przez szlak dodatkowy. Jak wykazały badania, na które powołują się wytyczne ESC^{2,3,4}, u pacjentów stabilnych hemodynamicznie reakcja na manewry pobudzające nerw błędny może ułatwić rozpoznanie mechanizmu odpowiedzialnego za arytmie, a jeśli definitywnie rozpoznano w takim przypadku SVT z aberracją, pacjenta można leczyć tak jak w przypadku częstoskurczu z wąskimi zespołami QRS, tj. manewrami zwiększającymi napięcie nerwu błędnego lub lekami blokującymi węzeł przedsionkowo - komorowy (adenozyna, B-blokery lub blokery kanału wapniowego).

W większości przypadków częstoskurcz komorowy powoduje u pacjentów jednoczesowe występowanie objawów niestabilności hemodynamicznej: wstrząs, omdlenie, cechy lewo- lub prawokomorowej niewydolności krążenia lub niedokrwienia mięśnia sercowego. U pacjentów stabilnych hemodynamicznie, bez objawów niepokojących, częstoskurcz z szerokim QRS prawdopodobnie ma pochodzenie nadkomorowe.

Wobec powyższego Polska Rada Resuscytacji przedstawia zaktualizowaną wersję algorytmu postępowania i popiera dokonane przez ERC zmiany, tłumacząc je faktem, że diagnostyka różnicowa częstoskurczów z szerokimi zespołami QRS wymaga specjalistycznej wiedzy i doświadczenia, a błędna diagnoza i stosowanie leków wykorzystywanych zwykle w leczeniu arytmii nadkomorowych może być dla pacjentów z VT szkodliwe.

¹ Brugada J, Katritsis DG, Arbelo E, et al. 2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia The Task Force for the management of patients with supraventricular tachycardia of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2020;41:655-720.

² Ip JE, Cheung JW, Chung JH, Liu CF, Thomas G, Markowitz SM, Lerman BB. Adenosine-induced atrial fibrillation. Insights into mechanism. Circ Arrhythm Electrophysiol. 2013; 6: e34-e37.

³ Turley AJ, Murray S, Thambyrajah J. Pre-excited atrial fibrillation triggered by intravenous adenosine: a commonly used drug with potentially life-threatening adverse effects. Emerg Med J. 2008; 25: 46-48.

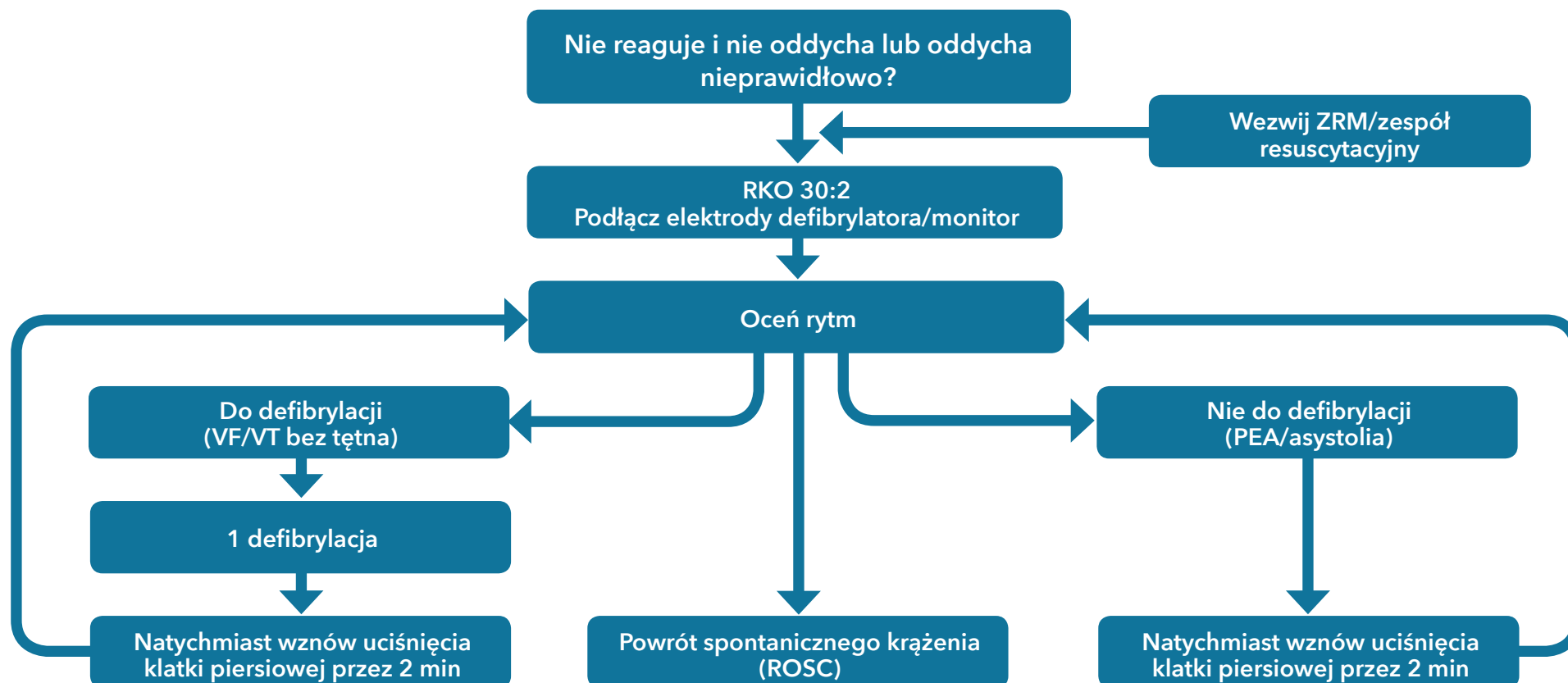
⁴ Stambler BS, Dorian P, Sager PT, Wight D, Douville P, Potvin D, Shamszad P, Haberman RJ, Kuk RS, Lakkireddy DR, Teixeira JM, Bilchick KC, Damle RS, Bernstein RC, Lam WW, O'Neill G, Noseworthy PA, Venkatachalam KL, Couto B, Mondesert B, Plat F. Etripamil nasal spray for rapid conversion of supraventricular tachycardia to sinus rhythm. J Am Coll Cardiol. 2018; 72: 489-497.

Wstępne postępowanie z pacjentem w tachykardii zagrażającej zatrzymaniem krążenia wdrażane jest często już na etapie postępowania przedszpitalnego lub wewnątrzszpitalnego, gdzie niedostępne jest wsparcie specjalisty posiadającego odpowiednią wiedzę i doświadczenie. Z tego względu uważamy, że zaktualizowany algorytm postępowania zwiększa bezpieczeństwo pacjentów znajdujących się poza opieką specjalistyczną, a tym samym pozwala zredukować ryzyko błędów diagnostycznych i terapeutycznych.

Aktualizacja algorytmu ma zatem na celu zwiększenie poziomu bezpieczeństwa nie tylko samych pacjentów, ale także personelu medycznego udzielającego pomocy we wstępnej fazie postępowania. Ufamy, że przedstawione powyżej wyjaśnienia zostaną przez Państwa przyjęte ze zrozumieniem.

Równocześnie pragniemy zaznaczyć, że jeśli posiadają Państwo specjalistyczną wiedzę w zakresie interpretacji zapisu EKG i na jego podstawie potrafią różnicować pochodzenie częstoskurczu z szerokimi zespołami QRS i wykluczyć np. zjawisko pre-ekscytacji, postępowanie zgodne z pierwotną wersją algorytmu (zatwierdzonego przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne) jest również prawidłowe.

ZAAWANSOWANE ZABIEGI RESUSCYTACYJNE



Zapewnij wysokiej jakości uciśnięcia klatki piersiowej oraz

- Podawaj tlen
- Zastosuj kapnografię
- Nie przerywaj uciśnięć po udrożnieniu dróg oddechowych w zaawansowany sposób
- Minimalizuj przerwy w uciśnięciach
- Zapewnij dostęp dożylny lub doszpiczkowy
- Podawaj adrenalinę co 3-5 min
- Podaj amiodaron po trzech defibrylacjach
- Identyfikuj i lecz odwracalne przyczyny

Identyfikuj i lecz odwracalne przyczyny

- Hipoksja
- Hipowolemia
- Hipo-/hiperkaliemia/ zaburzenia metaboliczne
- Hipo-/hipertermia
- Zaburzenia zakrzepowo-zatorowe naczyń wieńcowych lub płucnych
- Odma płučna
- Tamponada worka osierdziowego
- Zatrucia

Rozważ obrazowanie ultrasonograficzne w celu identyfikacji odwracalnych przyczyn

Rozważ

- Koronarografię i przezskórną interwencję wieńcową
- Mechaniczne uciskanie klatki piersiowej, aby umożliwić transport/leczenie pacjenta
- Pozaustrojową RKO

Po ROSC

- Zastosuj schemat ABCDE
- Dąż do SpO₂ 94-98% oraz prawidłowych wartości PaCO₂
- 12-odprowadzeniowe EKG
- Zidentyfikuj i lecz przyczynę
- Kontroluj temperaturę docelową

CZĘSTOSKURCZE

