

K PROBLEMATICE PROBĚHLÝCH, NÁHODNĚ ZJIŠTĚNÝCH INFARKTŮ MYOKARDU

MUDr. František KALVODA
Vnitřní oddělení Vojenské nemocnice v Olomouci
(náčelník: plk. MUDr. Č. Čihálík)

Podle návrhu skupiny expertů WHO a ISFC (International Society and Federation of Cardiology) je infarkt myokardu dělen na akutní a proběhlý (old), akutní pak na jistý a možný. Klinická diagnóza akutního infarktu myokardu (IM) je většinou stanovena na základě anamnézy, elektrokardiografických změn a zvýšené hladiny sérových enzymů.

Proběhlý IM diagnostikujeme obvykle z jistých známek infarktu na EKG i při negativní anamnéze, nebo nepřítomných změnách hladin sérových enzymů.

Z praxe většinou dobře víme, že s proběhlým IM se můžeme setkat relativně často. Akutní ataku nemocný neudává a také ve zdravotní dokumentaci nenajdeme o léčení akutního IM záznam. Jsme tedy postaveni před povinnost řešit případ posudkově, někdy i léčebně a provádět sekundární prevenci. Při podrobnějším retrospektivním zkoumání však téměř vždy zjišťujeme, že většina nemocných udává bolesti na hrudi nebo dušnost v dřívějším nebo současném období. Zmíněné příznaky nebyly asi dost naléhavé a závažné, a proto jim nemocní nevěnovali patřičnou pozornost. Protože jde o problém závažný jak pro nemocného, tak pro lékaře, rozhodli jsme se tyto nemocné hospitalizovat, přehodnotit celou anamnézu a provést kompletní vyšetření.

Materiál a metodika

Vyšetřili jsme takto celkem 25 nemocných, z nichž nebyl nikdo léčen na akutní IM a u nichž jsme náhodně našli nepochybné známky proběhlého IM na EKG, tj. Q nebo QS kmity nejmenší ve dvou svodech s eventuálními přetrvávajícími abnormitami na úseku ST a vlně T.

Nemocné jsme si rozdělili podle věku a podle pohlaví, jak je uvedeno v tab. 1.

Lokalizace infarktů je uvedena na tab. 2.

Tab. 1

ROZDĚLENÍ NEMOCNÝCH PODLE VĚKU A POHLAVÍ		
NEMOCNÍ	M	Ž
CELKEM 25 - Z TOHO	23	2
STÁŘÍ NEMOCNÝCH	50 ± 14	60 ± 12
NEJMMLADŠÍ - NEJSTARŠÍ	34—62	56—78

Tab. 2

LOKALIZACE INFARKTŮ U NAŠICH NEMOCNÝCH		
LOKALIZACE	M	Ž
PŘEDNÍ STĚNY	8	1
PŘEDNÍ STĚNY A SEPTA	8	1
DOLNÍ STĚNY	5	
PŘEDNÍ A BOČNÍ STĚNY	2	

Z anamnézy u jednotlivých nemocných nás zajímala především bolest na hrudi, zda byla v klidu nebo při námaze, jak dlouho trvala. Zjišťovali jsme též, zda byl nemocný dušný a zda pro zmíněné potíže vyhledal lékaře. Tyto údaje jsou shrnuty v tab. 3.

Tab. 3

SUBJEKTIVNÍ PŘÍZNAKY U NAŠICH NEMOCNÝCH		
PŘÍZNAKY	M	Ž
BOLESTI HRUDI PŘI NÁMAZE	5	
BOLESTI HRUDI V KLIDU	9	2
DUŠNOST	2	1
NÁVŠTĚVA U LÉKAŘE	4	1

Dále jsme zjišťovali rizikové faktory, jako je hypertenze, kouření cigaret, cukrovka, zvýšená hladina cholesterolu v krvi apod., což je patrné z tab. 4.

Tab. 4

RIZIKOVÉ FAKTORY ICHS U NAŠICH NEMOCNÝCH		
RIZIKOVÉ FAKTORY	M	Ž
HYPERTENZE	12	1
KOURENÍ CIGARET	18	
HYPERCHOLESTEROLÉMIE	14	2
CUKROVKA	3	1

Při celkovém vyšetření jsme si všímali hlavně oslabení srdečních ozev, nepřízvučných chrůpků nad plicními bázemi, případně jiných odchylek od normálního fyzikálního nálezu, což uvádíme v tab. 5.

Tab. 5

FYZIKÁLNÍ NÁLEZ U NAŠICH NEMOCNÝCH		
NÁLEZ	M	Ž
OSLABENÍ SRDEČNÍCH OZEV	8	2
NEPŘÍZV. CHRŮPKY NAD PL. BÁZEMI	2	1

U dolních IM s hraničním Q II, III, a VF jsme si pomáhali jícnovými svody podle Keco-
vé (6), případně EKG pořízeném v maximálním inspiriu a maximálním expiriu. Sporné případy jsme raději ze sestavy vyřadili.

Výsledky

Při rozboru anamnézy jsme zjistili, že většina našich nemocných potíže měla. 76 % nemocných udávalo bolesti na hrudi a dušnost, jimž však nevěnovali náležitou pozornost. Jen 5 nemocných vyhledalo lékaře, který však bolest posoudil jako vertebrogenní, netypickou. Bolestivý syndrom předcházela většinou tělesná námaha nebo psychoemocionální vypětí. Zbytek nemocných udával jen větší únavu a celkovou slabost v pravděpodobném inkriminovaném období.

Jelikož šlo o nemocné, u nichž jsme akutní ataku IM předpokládali nejméně před měsícem a všichni tyto nemocní pracovali, neomezovali jsme je pochopitelně v jejich běžné aktivitě. Jen 3 nemocní si sami omezili pro ně běžnou fyzickou námahu a pro pocit dušnosti hodně odpočívali. Při fyzikálním vyšetření jsme u těchto nemocných zjistili nepřízvučné chrůpky nad pravou plicní bází.

Většina nemocných měla minimálně 2 rizikové faktory ICHS, a to hlavně kouření, hypertenzi a hypercholesterolémií.

Při celkovém fyzikálním vyšetření jsme u 10 nemocných našli tiché, temné ozvy, ve třech případech jsme zjistili nepřízvučné chrůpky nad pravou plicní spodinou, jinak byl fyzikální nálezn na nitrohrudních orgánech v mezích normy.

Diskuse

Diagnóza akutního IM nečiní většinou potíže, zvláště je-li typická anamnéza s těžkou protrahovanou bolestí na hrudi a jsou-li přítomné jisté známky IM na EKG, jako je vývoj abnormálního trvalého Q nebo QS kmitu a „proudu z poškození“ trvající více než 24 hodin a zvýšená hladina sérových enzymů. Složi-

tější situace nastane, je-li bolest mírná nebo prakticky žádná, případně přetrvávají-li příznaky jiné a na EKG zjistíme nejisté nebo možné známky IM, tj. měnící se obraz „proudu z poškození“, symetrické inverze T vln, patologické Q jen v jednom svodu, nebo poruchy vedení. Také počáteční zvýšení enzymů, po kterém nenásleduje pokles a není tak získána křivka enzymové aktivity diagnózu IM nepodporuje. Diagnózu proběhlého IM u našich nemocných jsme dělali z nepochybných EKG známek, tj. Q nebo QS kmitu nejméně ve dvou svodech a eventuálních přídatných abnormit na úseku ST a na vlně T. Z našich pozorování jsme si vyvodili tyto závěry:

1. Věnovat větší pozornost ohroženým IM, tj. mužům ve věku od 40–60 let s rizikovými faktory ICHS, hlavně kouřením, hypertenzí a hypercholesterolémií. Bude jim třeba zdůraznit i netypické bolesti nebo i jiné známky IM. Možná, že by se tak dalo předejít některým případům náhlé srdeční smrti.

2. Nevyžadovat u některých nemocných s akutním IM přísný klid na lůžku, což bychom chtěli zvláště podtrhnout. Naopak u vybraných pacientů provádět mírnou tělesnou aktivitu, nebo modifikovaný klid na lůžku již v prvních dnech onemocnění. U těchto nemocných není také nutno trvat na třítydenním léčení v nemocnici.

Je to možné především u pacientů s nekomplikovaným a nepostupujícím IM, u nichž přikročíme k rychlé mobilizaci a po 3 týdnech provádíme zátěžový test mírné intenzity. Théroux a Waters (8) provádějí zátěžový test po akutním IM průměrně 11. den, tj. 1 den před propouštěním z nemocnice, a to zcela rutinně. Bezpečnost brzkého námahového testu přiměřené náročnosti dokládají nezměněnými výsledky EKG a enzymových zkoušek u 225 testovaných Montrealské sestavy. U nemocných s depresí ST na EKG během zátěže, nebo při výskytu komorové ektopie došlo v průběhu jednoročního sledování k úmrtnosti ve 27 % testovaných nemocných. U pacientů, u kterých tyto změny na EKG během časné zátěže na EKG nebyly, byla úmrtnost pouze 2,1 %. To má samozřejmě velký prognostický význam, protože skupině nemocných s úmrtností 27 % musíme samozřejmě věnovat daleko větší pozornost a více prostředků, než u nemocných s úmrtností 2,1 %.

Fareeduddin a Abelmann (5) svými pokusy prokázali, že u zdravých osob, jakož i u nemocných s akutním IM bez známek srdečního selhávání dojde po 9 dnech přísného klidu na lůžku ke snížení systémového tlaku o 5,07 kPa jen při pouhém posazení. Tato odezva kardiovaskulárního aparátu může být asymptomatická, ale za přítomnosti arterioskleroticky změněných koronárních tepen může vést k dalšímu ischemickému postižení myokardu. Autoři prokázali, že proti tomuto „ortostatickému stressu“ jsou odolní nemocní se známkami srdečního selhávání. Pokles systémového tla-

ku při posazení (po přísném klidu na lůžku) vysvětlují snížením tolerance na ortostatickou zátěž postupnou ztrátou vazomotoriky. Ortostatická tolerance nebyla však porušena při modifikovaném klidu na lůžku s posazováním nemocného na lůžku s aktivními pohyby končetin již v prvních dnech onemocnění. Je velkou zásluhou Dufka a Haviára, že nové moderní pohledy na rehabilitaci u akutního IM se prosadily i u nás. Vývoj však jde dál, a rehabilitační režim po akutním IM prochází od roku 1975 dalšími změnami. Z toho je vidět, že doporučení WHO léčit v nemocnici nekomplikovaný IM 3 a komplikovaný IM 4 týdny nebude posledním slovem v tomto problému. V současné době je snaha novými, lepšími a bezpečnými metodami roztřídit a více diferencovat nemocné po akutním IM a zkrátit tak pobyt na nemocničním lůžku. Nový radikální směr, který doporučuje jen 5–10denní léčení v nemocnici, není zatím ověřen a všeobecně přijat [1].

Souhrn

Zjištění proběhlého IM je poměrně časté a činí někdy problémy hlavně posudkové. Podrobnějším rozбором jsme zjistili bolesti na hrudi a dušnost v 76 %, hlavně po fyzickém zatížení a psychoemocionálním vypětí. Bolesti však byly asi málo naléhavé a nepřinutily nemocné navštívit lékaře. Až na 3 osoby byli všichni normálně činní.

Z toho jsme si vyvodili 2 závěry:

1. Věnovat větší pozornost ohroženým ICHS, protože druhá ataka náhlé koronární příhody by nemusela dopadnout stejně dobře jako ataka první.

2. Nevyžadovat přísný klid na lůžku u vy-

braných nemocných s nekomplikovaným a nepostupujícím IM. U těchto nemocných je možná rychlá mobilizace s provedením zátěžového testu mírné intenzity po třetím týdnu onemocnění. Tím byla dána možnost přispět k lepší diferenciaci nemocných, odstupňované rehabilitaci a zkrácení nemocničního léčení u těchto vybraných nemocných až na dva týdny.

Literatura

1. Abraham, A. S. - Sever, Y. - Weinstein, M. - Dollberg, M. - Menczel, J.: Value of early ambulation in patients with and without complications after acute myocardial infarction. *N. Engl. J. Med.*, 292, 1975, s. 719–722.
2. Beamish, R. E. - Michaels, L.: Ambulant management of patients with recent myocardial infarction. *Canad. Med. Assoc. J.*, 117, 1977, s. 1017–1019.
3. Bernard, R. et al.: Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Ischemic Heart Disease. Report of the Joint International Society and Federation of Cardiology (World Heart Organization Task Force on Standardization of Clinical Nomenclature). *Circulation*, 59, 1979, č. 3, s. 607–609.
4. Braunwald, E.: The Reduction of infarct size—an idea whose time (for testing) has come. *Circulation*, 50, 1974, s. 206–208.
5. Fareeduddin, K. - Abelman, W. H.: Impaired orthostatic tolerance after bed rest in patients with myocardial infarction. *N. Engl. J. Med.*, 282, 1960, s. 345–350.
6. Kecová, H. - Čermáková, I.: Rozpoznávání zadních infarktů pomocí jícnových svodů. *Prakt. Lék.*, 55, 1975, č. 5, s. 180–182.
7. Stolz, J.: Časná rehabilitace a zkrácená doba pobytu v nemocnici po čerstvém srdečním infarktu. *Vnitř. Lék.*, 26, 1980, č. 5, s. 442–446.
8. Thérout, P. - Waters, D. D. - Halpen, C. et al.: Prognostic value of exercise testing soon after myocardial infarction. *N. Engl. J. Med.*, 301, 1979, č. 7, s. 341–345.

Klíčová slova: Infarkt myokardu; Náhodné zjištění