

Szanowni Państwo:

- 1) Ministerstwo Zdrowia
- 2) Polskie Towarzystwo Kardiologiczne i Chorób Płuc
- 3) Wojewodowie > Konsultanci wojewódzcy z zakresu kardiologii i pulmonologii

PETYCJA W INTERESIE PUBLICZNYM

O zamkniętym / ograniczonym katalogu odbiorców

Dzień dobry, będąca stroną inicjującą postępowanie w trybie Ustawy o petycjach z dnia 11 lipca 2014 roku (tj. Dz. U. 2018 poz. 870) w związku z art. 54 w związku z art. 63 Konstytucji z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483) **przekładam petycję w sprawie usprawnienia opieki zdrowotnej:**

- każdy pacjent przed tlenoterapią mechaniczną, tlenoterapią, nebulizacją z podażą tlenu oraz podczas ma wykonaną :
 - gazometrii krwi włosiczkowej, żyłnej i tętniczej celem określenia dyfuzji gazów, niewydolności oddechowej i hipoksji tkankowej, równowagi kwasowo-zasadowej
 - pomiar hemoglobiny tlenowęglowej krwi włosiczkowej, żyłnej i tętniczej, równowagi kwasowo-zasadowej
 - monitorowanie ciągłe pO₂, pCO₂ nieinwazyjne z pulsoksymetrią z ciągłym wydrukiem i zapisem trendów

Co prawda gazometria włosiczkowa może być opatrzona błędem niż żylna czy najbardziej tętnicza ale może być bardziej wiarygodna niż pulsoksymetria przezskórna gdzie na wynik saturacji składają się czynniki zawyżające jak i zaniżające

Ponieważ prawidłowa saturacja lub SaO₂ nie wyklucza hipoksji, hipoksemii jak i innych patologii.

Źródło oparcia: <https://www.mp.pl/pacjent/pochp/lekiileczenie/54252,tlenoterapia-przewlekla>,
<http://intensywnaterapia.com/gazometria-krwi-tetniczej-w-praktyce-rm/>,
<https://rejstrymedyczne.ezdrowie.gov.pl/api/rpl/medicinal-products/9667/leaflet> w ulotce leku tlenu medycznego stosowany jest w przypadku niedotlenienia czyli (saturacji <92%/hipoksemii, hipoksemii pO₂, hipoksji) w związku z tym samo mówi za siebie, że przy podawaniu tlenu należy monitorować gazometrię i pulsoksymetrię by nie spowodować uszkodzenia płuc,
https://ptkardio.pl/wytyczne/13-wytyczne_esc_dotyczace_diagnostyki_i_leczenia_ostrej_i_przewleklej_niewydolnosc_serca,
https://www.mp.pl/pacjent/badania_zabiegi/54225,gazometria-i-pulsoksymetria,
<https://www.google.com/amp/s/porta1.abczdrowie.pl/pulsoksymetria-i-gazometria-krwi-tetniczej%3famp=1>, https://www.mp.pl/pacjent/badania_zabiegi/51978,gazometria

- wprowadzenie zawału zastawki mitralnej, zastawki trójdzielnej, zastawki aortalnej, zastawki płucnej gdzie w wyniku badania UKG - okazały się zmiany zwyrodnieniowe - pogrubienie zastawek a EKG było prawidłowe lub nastąpiła patologia odcinka PQ, ST, TP w postaci uniesienia lub obniżenia. Zgodnie z przyczyną niedomykalności np mitralnej jest np "etiologia" : choroby zapalne: gorączka reumatyczna, toczeń rumieniowaty układowy, zespół antyfosfolipidowy, twardzina, choroba Kawasaki; choroby zwyrodnieniowe: zespół Barlowa, zespół Marfana, zespół Ehlersa-Danlosa; choroby mięśnia sercowego: "choroba niedokrwienna serca", kardiomiopatia rozstrzeniowa, kardiomiopatia przerostowa; choroby spichrzeniowe i naciekowe: amyloidoza, zespół hipereozynofilowy, zespół rakowiaka, przyczyny jatrogenne: przyjmowanie pochodnych ergotaminy przyjmowanie fenfluraminy; wady wrodzone: rozszczep płotka zastawki mitralnej, dwuuściowa zastawka mitralna. Przyczyny ostrej niedomykalności mitralnej: zmiany płatków zastawki, pęknięcie struny ścięgnistej, choroby mięśni brodawkowatych, choroby pierścienia zastawki. Można podejrzewać że po objawach OZW lub ChNs i wykluczeniu innych chorób, niedomykalność lub zwyrodnienie powstało na skutek niedokrwienia. Niedokrwieniu i zawału też może podlegać m.in mięśnie brodawkowate które pękną na skutek blizny lub krwiaka zawałowego.

- rozważenie rozpoznania kardiomiopatii przerostowej gdy w kilku badaniach UKG wykazano jedną strunę rzekomą a po kilku latach tych strun rzekomych okazała się większa ilość
- wprowadzenie niewydolności serca prawokomorowej w zależności od RVEF jako spełnienie 2 kryteriów
 - z obniżoną frakcją <30%
 - objawy podmiotowe / przedmiotowe
 - RVEF <30% ciężka
 - RVEF 30-55% pośrednia
 - powiększony prawy przedsionek
 - powiększona prawa komora
 - powiększony LV + RV + ew. LA / RA
 - hipokineza, dyskineza, akineza
 - obniżona / w normie / podwyższona frakcja skurczowa
 - CO w normie, podwyższony, obniżony
 - bez obniżonej frakcji >62%
 - objawy podmiotowe/przedmiotowe
 - RVEF >50%
 - powiększony prawy przedsionek
 - powiększona prawa komora
 - powiększony LV + RV + ew. LA / RA
 - hipokineza, dyskineza, akineza
 - obniżona / w normie / podwyższona frakcja skurczowa
 - CO w normie, podwyższony, obniżony (rzut)
- wprowadzenie LRVEF jako obniżona frakcja wyrzutowa obu komór LVEF norma 62, RVEF 62 (lekkie 50-62) w przypadku objawu
- objawy podmiotowe / przedmiotowe
- powiększony LV / RV
- powiększony LA / RA
- hipokineza, dyskineza, akineza
- obniżona / w normie / podwyższona frakcja skurczowa
- CO w normie, podwyższony, obniżony (rzut)
- wprowadzenie karty zawałowej

Pacjent

Dnia □□|□□|□□□□|r

«Objawy»

- ból w kp duszność złe samopoczucie męczliwość omdlenia zasłabnięcia mdłości wymioty zadyszka po przejściu kilku metrów ból plecy ból żuchwa ból brzucha osłabienie promieniowanie do barku promieniowanie do ramienia dolegliwości wysiłkowe wzmożona potliwość objawy stabilnej dławicy (zadyszka, ból)
- ból podczas pojenia/posiłku - nietypowy / typowy ChNS
- ból podczas stresu emocjonalnego / typowy ChNS
- ból w nadbrzuszu refluks zgaga niestrawność nasilone odbijanie
- «Prawdopodobieństwo ACS zmniejszone»
- ból opłucnowy zależny od pozycji ciała
- ból ostry/kłujący powtarzalny podczas palpacji
- brak dolegliwości wysiłkowych (duszność, ból itd)
- niewydolność serca wstrząs hipotensja
- «Alternatywne przyczyny bólu po wykluczeniu - jednak pamiętaj "jedno nie wyklucza drugiego"»
- zatorowość płucna odma opłucnowa pęknięcie przełyku zapalenie osierdzia zapalenie wsierdzia zapalenie mięśnia sercowego zapalenie płuc rozstwardnienie aorty choroby górnego układu oddechowego i pokarmowego

«Czynniki ryzyka»

- palenie bierne palenie czynne cukrzyca hiperglikemia nadciśnienie tętnicze nadciśnienie tętnicze z zajęciem nerek hipertonia hipotonia arytmia hipotensja $SpO_2 < 92\% = pO_2 60$ mmHg
- hipotensja hipoksja hipokapnia hiperkapnia hiperlipidemia hipercholesterolemia hipertróglicydemia otyłość nadwaga patologia krzepnięcia obciążenia rodzinne zakażenie HIV/AIDS
- leki unieruchomienie gwałtowny wysiłek nietolerancja wysiłku szybki wzrost HR leki przeciwwretrowirusowe przewlekła choroba nerek toczeń steroidoterapia HTZ skurcz naczyń
- lęk niepokój stres emocjonalny brak aktywności fizycznej alkohol A-Fib Homocysteina Kokaina Kofeina (Cola, napoje energetyczne) patologia Na patologia Ca patologia Mg patologia K patologia Cl patologia gęstości krwi patologia PLT patologia CRP patologia OB patologia immunoglobulin/proteinogramu
- wyrzutu katecholiny, pęknięcie blaszki, agregacja płytek
- kłótnia kibicowanie sprzeczki

«Populacja nietypowych objawów w tym EKG prawidłowe, niediagnostyczne, brak czynników ryzyka, zmiany niewielkie»

- płeć żeńska osoby starsze osoby młode < 45 rż
- cukrzyca niewydolni sercowo
- Starsi: duszność nudności wymioty udar mózgu TIA omdlenie splątanie majaczenie EKG LBBB EKG rytm z stymulatora EKG poprzedni zawał
- Kobiety: duszność nudności wymioty osłabienie męczliwość choroba małych naczyń Angina Prinzmetal kardiomiopatia takotsubo wypadanie płątka koronarografia prawidłowa EKG wysiłkowe niediagnostyczne bezbólowy
- Cukrzyca w tym osoby z hiperglikemią : duszność nudności wymioty osłabienie męczliwość bezbólowy
- Młodzi: ból opłucnowy EKG prawidłowe

«EKG

Prawidłowe EKG nie wyklucza NSTEMI / UA / MINOCA. Pamiętaj o seryjnych badaniach co kilka-kilkanaście badań, ważne są dynamiczne zmiany. EKG nie wykluczy zawału - martwicy kardiomiocytów ale może je potwierdzić»

- obniżenie ST obniżenie PQ obniżenie TP
- uniesienie ST uniesienie PQ uniesienie TP
- zanik R R>S Q Fala Paardeego Walensa
- Wydłużony QTc Graniczny QTc Ujemny T Płaski T Głęboki ujemny T LBBB RBBB Spiczaste T
- Repolaryzacja Preakscytacja Wysokie T

.....
.....

- Uniesienie ST: zapalenie osierdzia, tętniak pozawałowy, przerost LV, przerost LA, przerost RV, przerost RA, LBBB, hiperkalemia, rytm z stymulatora
- Obniżenie ST: zmiany odnóg, udar, przerost i przeciążenie LV, RV, LA, RA itd, hipokalemia
- Fałszywie + : preekscytacja, repolaryzacja, LBBB, zespół Brugardów, zapalenie osierdzia, zapalenie mięśnia sercowego, zatorowość płucna, krwawienie podpajęczynówkowe, zaburzenia elektrolitowe/metaboliczne, kardiomiopatie, zapalenie pęcherza żółciowego, złe położenie elektrod, leki
- Fałszywie - : stymulacja, LBBB, przebyty zawał z Q lub przetrwałym uniesieniem ST
- Negatywna diagnostyka : koronarografia ujemna nie wyklucza ACS, koronarografia może źle zobrazować : blaszkę, mikrokrążenie. Zawał może być na skutek: skurczu naczynia, rozwarstwienie,

uraz, zapalenie naczyń, mostek mięśniowy, niedokrwienie podwsięrdziowe, mikrokrążenia, krążenia obocznego, ujemny wynik próby wysiłkowej również nie wyklucza choroby.

«ENZYMY SERCOWE ważna jest dynamika zmian»

Troponina T □□□

Troponina I □□□

Hs-T □□□

Hs-I □□□

Mioglobina □□□

CK □□□

CK-MB □□□

CK-MB akt □□□ mass □□□

⌘ seryjne oznaczenie : 0h + 1h gdy ból >6h

⌘ seryjne oznaczenie : 0h + 3h gdy ból <6h

⌘ seryjne oznaczenie : 0h + 3h + 6h + 9h od objawu

⌘ wynik może być prawidłowy gdy badanie wykonano przedwcześnie

⌘ fałszywe+: inne przyczyny wtórne do chorób układu krążenia, np. zatorowość płucna, zapalenie mięśnia sercowego, zastoinowa niewydolność serca, kardiomiopatia takotsubo, przyczyny pozasercowe o wieloczynnikowej etiologii: aktywacja współczulna (udar mózgu, krwawienie śródczaszkowe), przewlekła choroba nerek, sepsa, inne (zatrucie tlenkiem węgla, niektóre toksyny biologiczne, błędy laboratoryjne), troponin leak (przewlekła choroba serca i nerek), zaburzenia rytmu, nadciśnienie, stenoza aortalna, rozwarstnienie aorty, hipotonia, niewydolność serca bez / bez istotnej choroby wieńcowej, kardiomiopatia przerostowa, nadciśnienie z przerostem lub bez przerostu LK, zapalenie naczyń wieńcowych, skurcz tętnic wieńcowych, uraz serca (mechaniczny, kardiowersja, defibrilacja, ablacja, porażenie), leki kardiotoksyczne i toksyny, choroby naciekowe, anemia, niewydolność oddechowa, rabdomioloza, wstrząs, rozległe oparzenia, intensywny wysiłek

⌘ fałszywie-: przedczesne pobranie materiału, błąd pomiarowy

«SKALA HEART»

Zgodnie z nią do wypisu upoważniają małe ryzyko (0-3 pkt) oraz prawidłowe wyniki seryjnych oznaczeń stężenia troponiny. Pacjenci z prawidłowymi wynikami seryjnych oznaczeń stężenia troponiny, ale z dużym ryzykiem, wymagają dłuższej obserwacji lub hospitalizacji i rozważenia dalszej diagnostyki w kierunku choroby wieńcowej

- Ból i inne objawy typowe = 2 pkt
- Ból i inne objawy 50% typowe i nietypowe = 1 pkt
- Ból i inne objawy nietypowe = 0 pkt

Wywiad : □/□ narastająco

- EKG istotne obniżenia / uniesienia = 2 pkt
- EKG repolaryzacja, nieswoiste zmiany = 1 pkt
- EKG prawidłowe = 0 pkt

EKG : □/□ narastająco

- wiek > 65 = 2 pkt
- wiek 45-65 = 1 pkt
- wiek <45 = 0 pkt

Wiek : □/□ narastająco

- czynniki ryzyka >2, choroba miażdżycowa = 2 pkt
- czynniki ryzyka 1-2 = 1 pkt
- bez znanych czynników ryzyka = 1 pkt

Czynniki : □/□ narastająco

- troponiny >3 krotność górnej granicy = 2 pkt
- troponiny 1-3 krotności = 1 pkt
- troponiny < górnej granicy normy = 0 pkt (10/14)
- wzrost lub spadek o 20% = 1 pkt *
- troponiny >5 poniżej osoby zdrowe = 1 pkt (5-10) *

Troponiny : □/□ narastająco

《ZLECONE BADANIA OBRAZOWE》

☒ Perfuzyjna TK

□□|□□|□□□□r Godz. □□:□□

☒ Angio-TK

□□|□□|□□□□r Godz. □□:□□

☒ Angio-TK naczyń wieńcowych

□□|□□|□□□□r Godz. □□:□□

☒ UDP naczyń

□□|□□|□□□□r Godz. □□:□□

☒ Koronarografia

□□|□□|□□□□r Godz. □□:□□

☒ UKG

□□|□□|□□□□r Godz. □□:□□

☒ Scyntygrafia perfuzyjna m.sercowego

□□|□□|□□□□r Godz. □□:□□

☒ Rezonans serca

□□|□□|□□□□r Godz. □□:□□

☒ Tomograf serca

□□|□□|□□□□r Godz. □□:□□

《SKALA GRACE》

1. Klasyfikacja K-K □□□ punktów □□□

I - brak objawów lub oznak niewydolności serca

II - rzęzenia, trzeszczenia, podwyższone ciśnienie w żyłach szyjnych, objaw lub objawy zastoju lub niewydolności serca

III - ostry obrzęk płuc

IV - wstrząs kardiogeny (SYS <90, objawy skurczu naczyń i hipoperfuzji : oliguria, sinica, zimne poty)

2. Skurczowe □□□ punktów □□□

3. Tętno □□□ punktów □□□

4. Wiek □□□ punktów □□□

5. Kreatynina □□□ punktów □□□

6. Zatrzymanie akcji serca □T □N punktów □□□

7. Odchylenia ST □T □N punktów □□□

8. Podwyższone enzymy □□□ punktów □□□ enzym....

《OSTRZEŻENIE》

Przeoczeniem AMI najbardziej zagrożone są osoby, u których występuje niewiele typowych czynników ryzyka choroby wieńcowej – w młodszym lub podeszłym wieku, kobiety, chorzy na cukrzycę, a także pacjenci z nietypowym obrazem klinicznym i subtelnymi lub niediagnostycznymi zmianami w EKG. W celu ograniczenia błędów w rozpoznawaniu AMI należy:

1. Pamiętać o nietypowych objawach klinicznych zawału (duszność, zasłabnięcia, omdlenia, nudności/wymioty, wzmożona potliwość, męczliwość, nietypowa lokalizacja bólu – np. maska brzuszna).

2. Pamiętać o częstszym nietypowym obrazie klinicznym zawału w niektórych grupach (pacjenci w starszym wieku, kobiety, chorzy na cukrzycę, z niewydolnością serca), a także możliwości wystąpienia zawału w związku ze stresem emocjonalnym.

3. Pamiętać o charakterystyce bólu w klatce piersiowej i objawów towarzyszących, która zwiększa lub zmniejsza prawdopodobieństwo zawału:

- prawdopodobieństwo większe, jeżeli występują: promieniowanie do barku/ramienia po jednej lub obu stronach, dolegliwości wysiłkowe, a także współistnienie potliwości, nudności i/lub wymiotów

- prawdopodobieństwo mniejsze, jeżeli występują: ból opłucnowy, zależny od pozycji ciała, ostry/kłujący, powtarzalny podczas palpacji, a także brak dolegliwości wysiłkowych.
4. Nie przywiązywać zbytnej wagi do występowania klasycznych czynników ryzyka choroby wieńcowej, kiedy ocenia się prawdopodobieństwo zawału u konkretnego pacjenta.
 5. Systematycznie oceniać zapis EKG, porównywać go z wcześniejszymi zapisami oraz dokonywać seryjnej rejestracji EKG.
 6. Zwracać uwagę na elektrokardiograficzne cechy STEMI (wczesne wysokie załamki T, uniesienie/obniżenie ST), a także pamiętać o sytuacjach, w których obraz STEMI jest inny niż typowe uniesienie ST, wymaga zapisu z dodatkowych odprowadzeń lub trudno jest rozpoznać STEMI na podstawie EKG (zawał ściany tylnej, zawał prawej komory, uniesienie odcinka ST w odprowadzeniu aVR, LBBB, stymulacja komorowa).
 7. Pamiętać o alternatywnych przyczynach zmian odcinka ST i załamek T.
 8. Pamiętać o tym, że wcześniejsze „negatywne” wyniki diagnostyki w kierunku choroby wieńcowej nie wykluczają zawału.
 9. Dokonywać seryjnych oznaczeń troponiny i pamiętać o alternatywnych przyczynach wzrostu jej stężenia.
 10. Pamiętać o innych możliwych groźnych rozpoznaniach u pacjentów z bólem w klatce piersiowej (zatorowość płucna, rozwarstwienie aorty).

Uwagi i wnioski:

.....

Źródło i źródło oparcia :

- 1) <https://podyplomie.pl/medycyna/28758,najczestsze-bledy-w-rozpoznawaniu-zawalu-miesnia-sercowego?page=5>
- 2) <https://www.omnicalculator.com/health/grace>
- 3) https://pl.m.wikipedia.org/wiki/Klasyfikacja_Killipa-Kimballa

Adnotacje:

- (1) - Zgodnie z art. 4 ust. 1 i ust. 5, art. 13 ust. 1 ustawy o petycjach z dnia 11 lipca 2014 roku (tj. Dz. U. 2018 poz. 870) - proszę tylko i wyłącznie o odpowiedź elektroniczną na mail nadawczy z uwagi na sposób wnoszenia pisma do organu rozpatrującego, a ponadto z uwagi na stan epidemii. Pisma wysyłane drogą listowną lub w inny sposób będą usuwane bez czytania.
- (2) - Zgodnie z art. 4 ust. 3 ustawy o petycjach z dnia 11 lipca 2014 roku (tj. Dz. U. 2018 poz. 870) - "NIE WYRAŻAM ZGODY" na publikację/udostępnienie danych osobowych na odwzorowanej treści petycji lub jego odwzorowania cyfrowego (zdjęcie, skan) oraz opublikowanego rozpatrzenia na serwisie internetowym organu lub stronie internetowej BIP w postaci m.in : imienia i nazwiska jako identyfikatora tożsamości, nazwy użytkownika konta, e-maila, adresu o którym mowa w prawie pocztowym, miejscowości w nagłówku, sygnatury własnej i organu rozpatrującego, podpisu jako informacja poufna i zastrzeżona zgodnie z ustawą o ochronie informacji niejawnych i dostępie do informacji publicznej.