

Amit tudni akarsz a vérzésről.....

Stroke

Bereczki D¹, Ajtay A¹, Sisak D¹, Oberfrank F²

Semmelweis Egyetem, Neurológiai Klinika¹
MTA Kísérleti Orvostudományi Kutatóintézet²
BUDAPEST

A stroke fő típusai



A

85%



B

10%

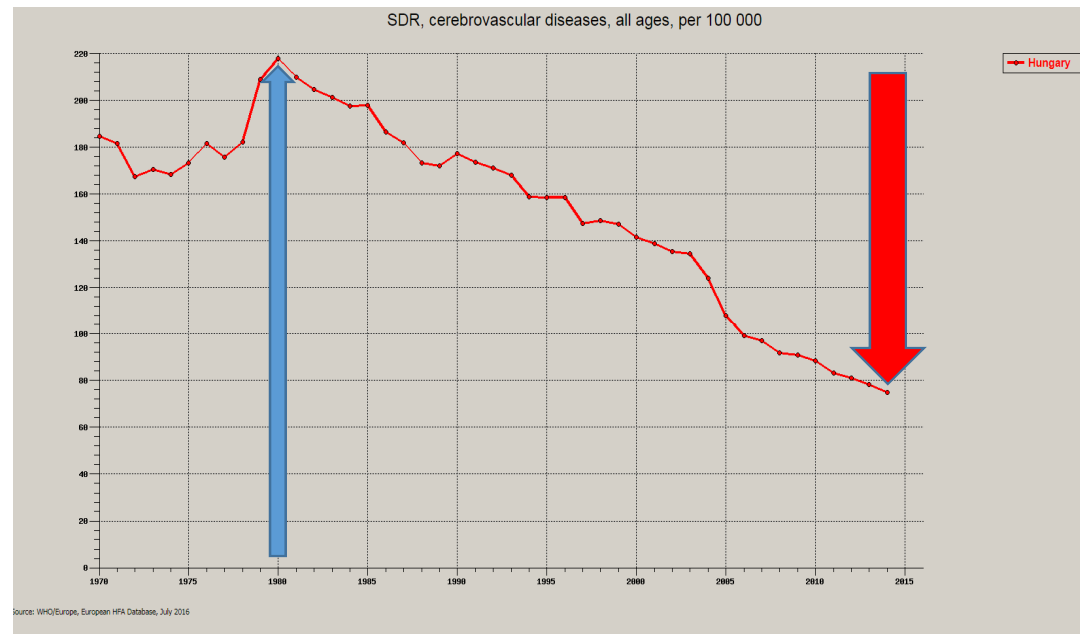


C

5%

HÁTTÉR

- A stroke mortalitása Magyarországon 1980 óta folyamatosan csökken
- Ennek hátterében állhat:
 - Az incidencia csökkenése
 - Az esethalálozás csökkenése
 - Enyhébb kezdeti tünetek
 - Arányaiban kevesebb állományvérzés
 - A fentiek mindegyike
- A debreceni stroke adatbázis 8000+ betege alapján Magyarországon a kórházba felvett, **igazoltan acut stroke** esetek
 - 87,7%-a ischaemiás stroke,
 - **10,9%-a agyállományvérzés (ICH),**
 - 1,4%-a subarachnoidealis vérzés



The Debrecen Stroke Database: demographic characteristics, risk factors, stroke severity and outcome in 8088 consecutive hospitalised patients with acute cerebrovascular disease

D. Bereczki^{1,2*}, L. Mihálka³, I. Fekete¹, A. Valikovics³, T. Csépany¹, B. Fülesdi¹, Z. Bajkó⁴, C. Szekeres⁴, K. Fekete¹, and L. Csiba¹

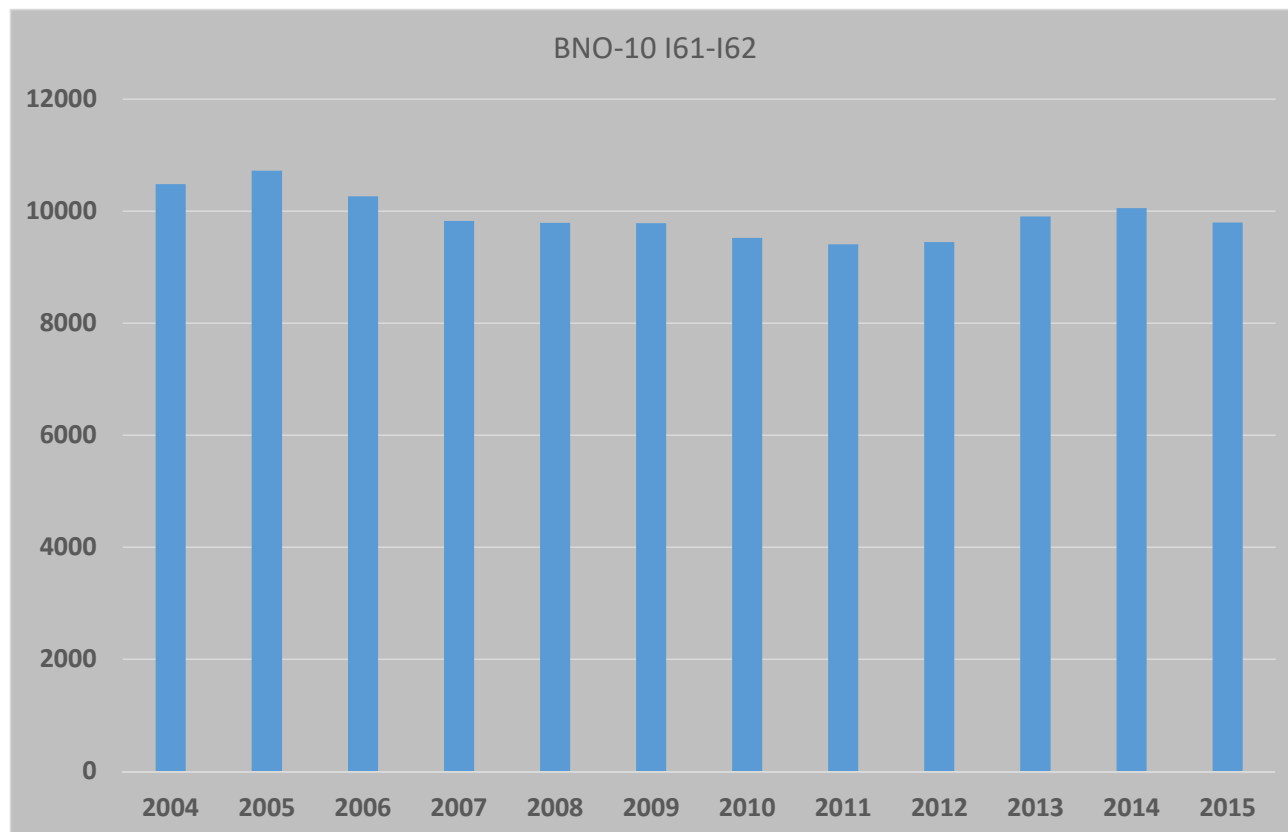
International Journal of Stroke Vol 4, October 2009, 335–339

Módszerek

- A 2004-2015 közötti 12 éves periódusban az OEP számára beküldött ellátási adatok
- BNO-10 háromjegyű kódjainak elemzése
- Állományvérzés: BNO-10 I61-I62
- Az esetek leválogatása
 - betegszámok és esetszámok
 - sürgős és nem sürgős felvételek
 - megyei bontás
 - túlélés 30 napnál
 - túlélés egy évnél

ICH betegszámok 2004-2015

- A vizsgálat 12 éve alatt 86 426 beteg fordult elő legalább egy alkalommal nem traumás intracranialis vérzés diagnózissal a fekvő- és járó ellátórendszerben.
- Az évente előforduló személyek száma ~10 ezer fő



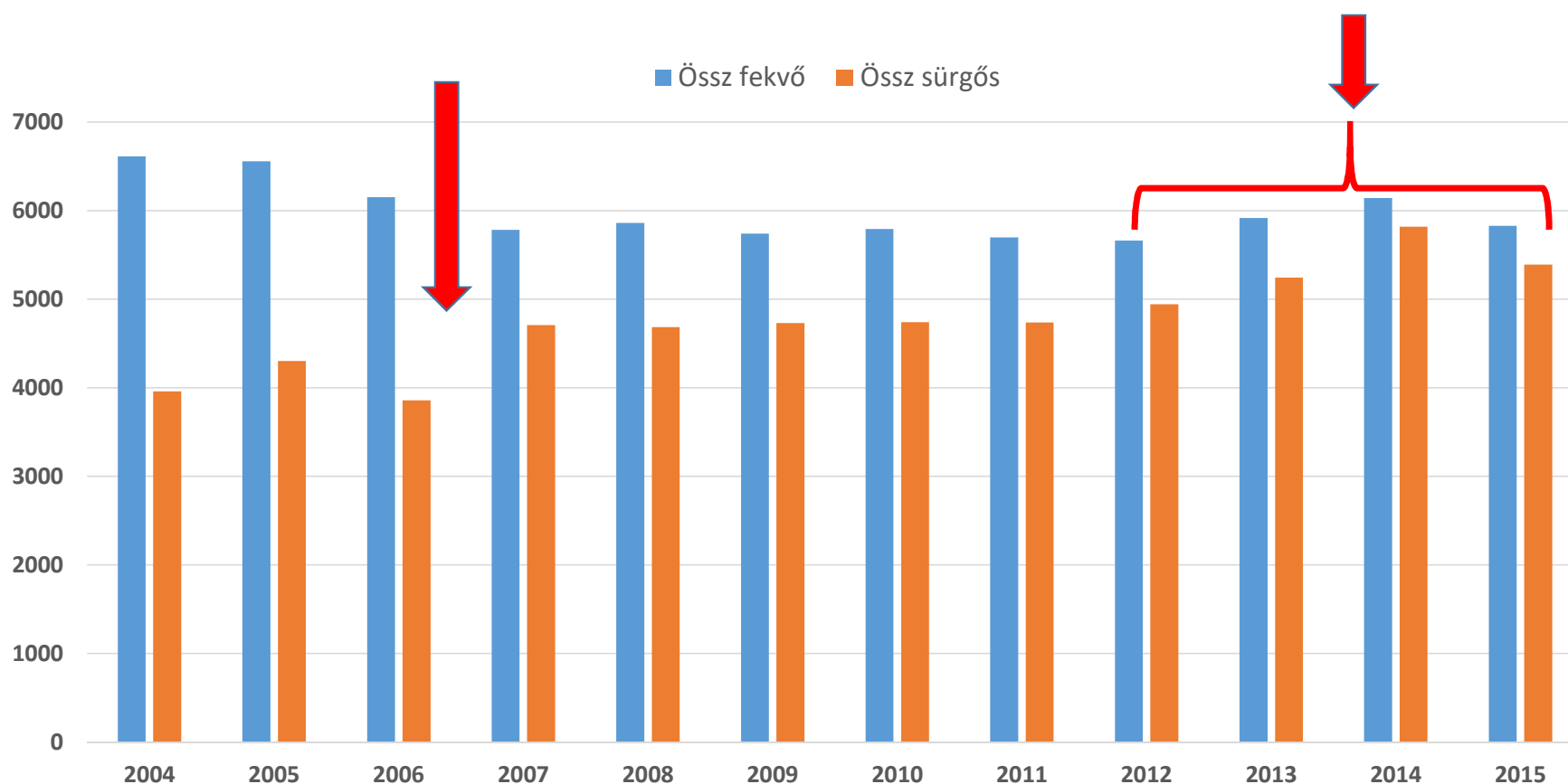
I61 és I62 betegszámok az ellátórendszerben

Év	Csak fekvő	Csak járó	Fekvő+ járó	Össz fekvő
2004	3913	3870	2699	6612
2005	3732	4164	2826	6558
2006	3313	4114	2840	6153
2007	2789	4043	2994	5783
2008	2585	3932	3276	5861
2009	2292	4044	3449	5741
2010	2349	3729	3444	5793
2011	2353	3710	3347	5700
2012	2162	3788	3502	5664
2013	2166	3990	3751	5917
2014	2136	3915	4007	6143
2015	2012	3971	3817	5829



Évente ~6.000 beteg jelenik meg a fekvőbeteg ellátórendszerben agyállományi vérzés diagnózissal

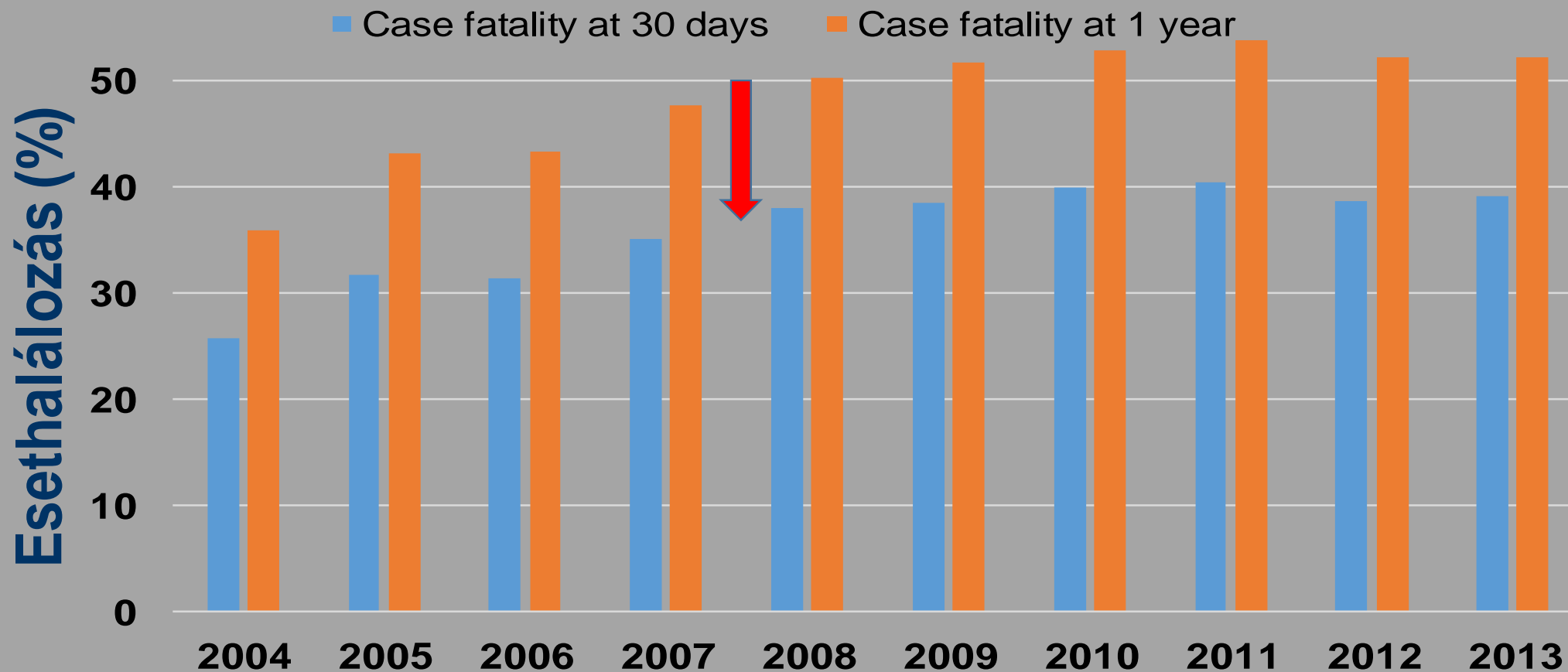
Fekvőbeteg ellátás agyállományi vérzés miatt



A 2007-es ágyleépítések után a korábbi agyvérzések miatt felvett betegek aránya jelentősen lecsökkent

Az utóbbi években az állományvérzéses esetek >90%-a sürgős felvétellel kerül az osztályokra

30 napos és egyéves esethalálozás a neurológiai ellátórendszerben

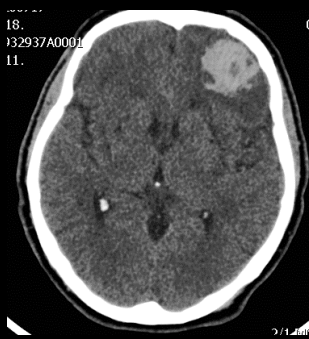


A 2007-es ellátásszervezési változások tükröződnek az esethalálozási értékekben is

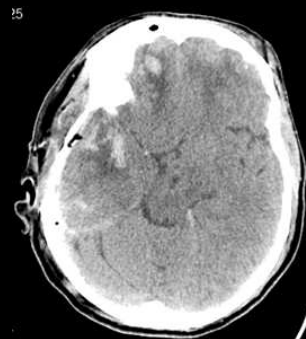
Intracranialis vérzések



Nem traumás agyállományvérzés (ICH)



Traumás (contusió) agyállományvérzés



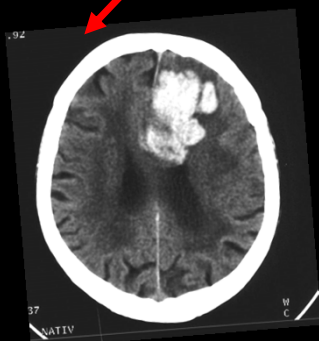
Traumás (contusió) agyállományvérzés TAG th mellett



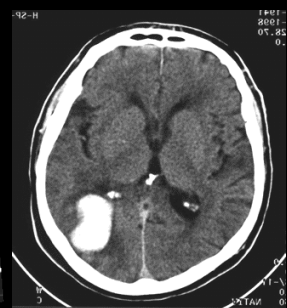
Subarachnoidealis vérzés (nem traumás, aneurysma rupt)



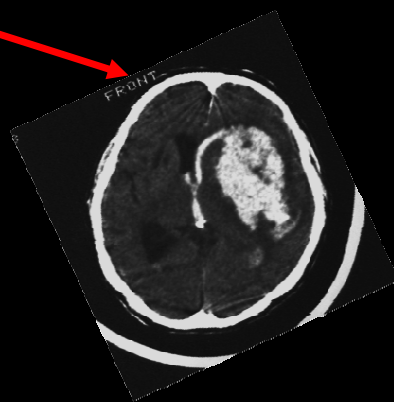
Traumás subduralis vérzés



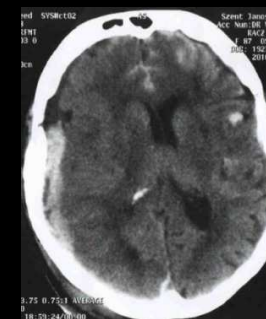
Spontán (hypertensiv)



Spontán (nem hypertensiv – amyloid angiopathia)



Anticoagulans mellékhatásként (pl. INR: 5,8)



Subarachnoidealis vérzés, traumás, (subduralis vérzés is van)



Traumás epiduralis vérzés

Két kérdés

- Mi a teendő **véralvadásgátló kezelés** mellett kialakult acut agyállományi vérzésben? (*ugyanaz-e a teendő K-vitamin-antagonista és NOAC szedése mellett is?*)
- Mi a teendő a **magas vérnyomással** acut agyállományi vérzésben? (*ischaemiás stroke-ban 220/120 Hgmm alatt semmit – de ugyanez a teendő állományvérzésben is??*)

CLINICAL NEUROSCIENCE

2. ÉVFOLYAM



2. SZÁM • 2017, OKTÓBER 5.

PROCEEDINGS

Stroke-irányelvgyűjtemény

Az akut ischaemiás stroke diagnosztikájáról és kezeléséről

A nem traumás intracerebralis vérzések diagnosztikájáról és kezeléséről

Az akut ischaemiás stroke/TIA szekunder prevenciójáról

A stroke-betegek táplálásterápiájáról

Az optimális beteg kiválasztást támogató képalkotó diagnosztika alapelvei akut ischaemiás stroke-ban

L M

Online hozzáférés:
www.stroketars.hu



**MAGYAR STROKE
TÁRSASÁG**

HUNGARIAN STROKE SOCIETY



PROF. DR. BERECZKI DÁNI ... profilja



RÓLUNK

TAGOKNAK

PROTOKOLL

FÓRUM

PÁLYÁZAT

RENDEZVÉNY

PÁCIENS

HAZAI ÉS NEMZETKÖZI STROKE IRÁNYELV GYŰJTEMÉNY

Dokumentum címe	Típus	Publikálva
Stroke-irányelvgyűjtemény 2017 - Előszó (Ideggyógyászati Szemle Proceedings - 2017;2(2))	pdf	2017.10.31.
Egészségügyi szakmai irányelv az akut ischaemiás stroke diagnosztikájáról és kezeléséről (Ideggyógyászati Szemle Proceedings - 2017;2(2))	pdf	2017.10.31.
A nem traumás intracerebralis vérzések diagnosztikájáról és kezeléséről (Ideggyógyászati Szemle Proceedings - 2017;2(2))	pdf	2017.10.31.
Az akut ischaemiás stroke/TIA szekunder prevenciójáról	pdf	2017.10.31.
A stroke-betegek táplálásterápiájáról	pdf	2017.10.31.
Az optimális beteg kiválasztást támogató képalkotó diagnosztika alapelvei akut ischaemiás stroke-ban	pdf	2017.10.31.
Scientific Rationale for the Inclusion and Exclusion Criteria 2016	pdf	2016.10.17.
European Stroke Organization Guidelines for the Management of Intracranial Aneurysms and Subarachnoid Haemorrhage 2013	pdf	2016.10.17.
European Stroke Organisation (ESO) guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage 2008	pdf	2016.10.17.

2017

CENTRUMVEZETŐK SZÁMÁRA
TROMBOLÍZISES ESETEK ADATRÖZS

BEJELENTÉS

RÓLUNK



VEZETŐSÉG



CÉLJAINK, TEVÉKENYSÉG



TÁRSASÁGI DOKUMENT

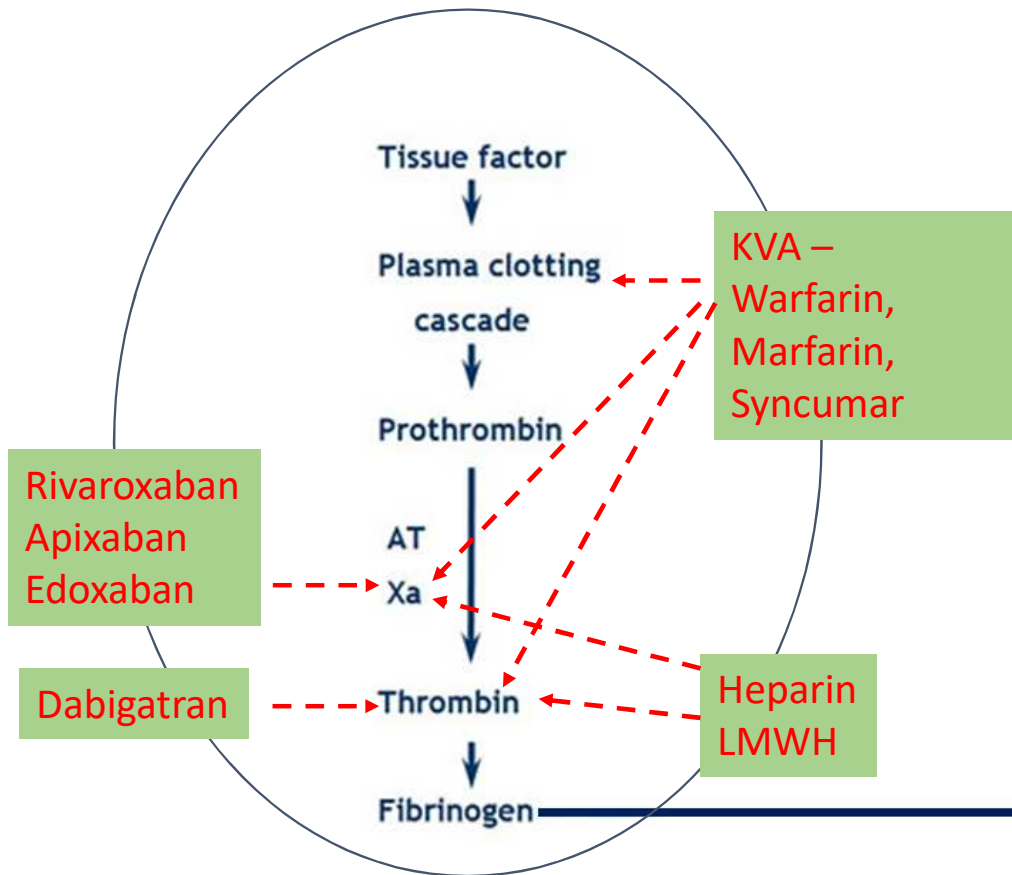


DOKUMENTUMTÁR

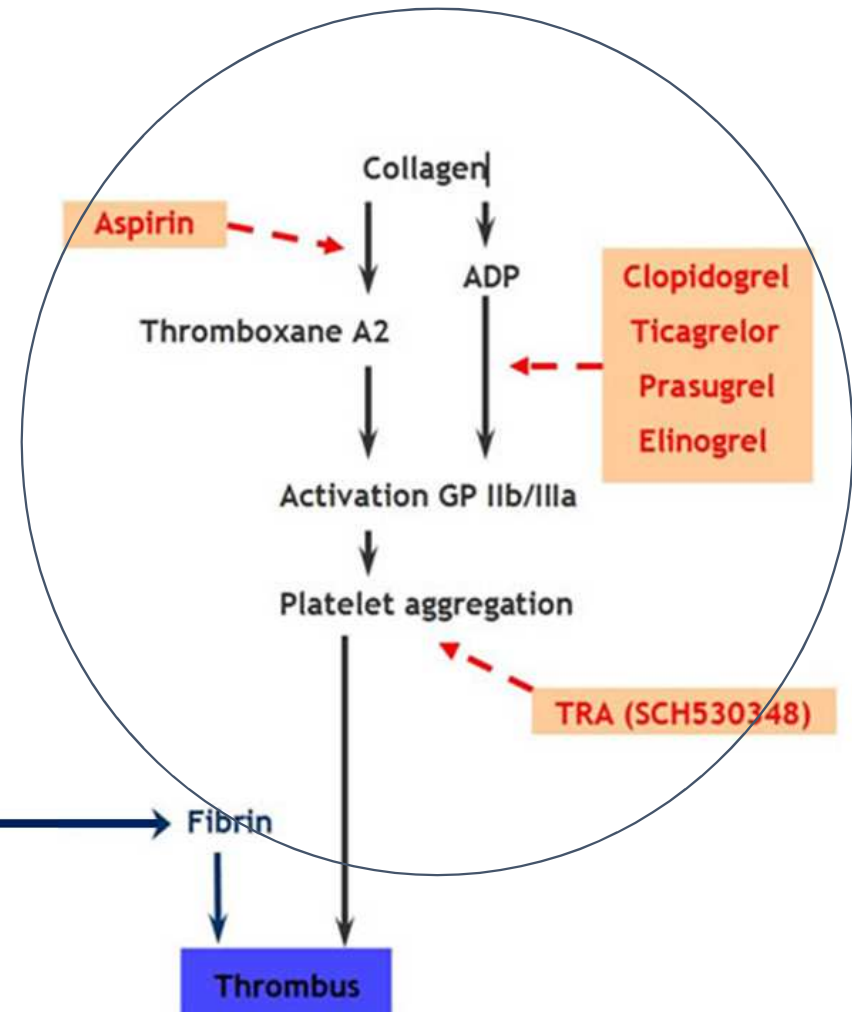


HÍRLEVÉL

Véralvadás



Thrombocyta aggregatio



Idarucizumab

ORIGINAL ARTICLE

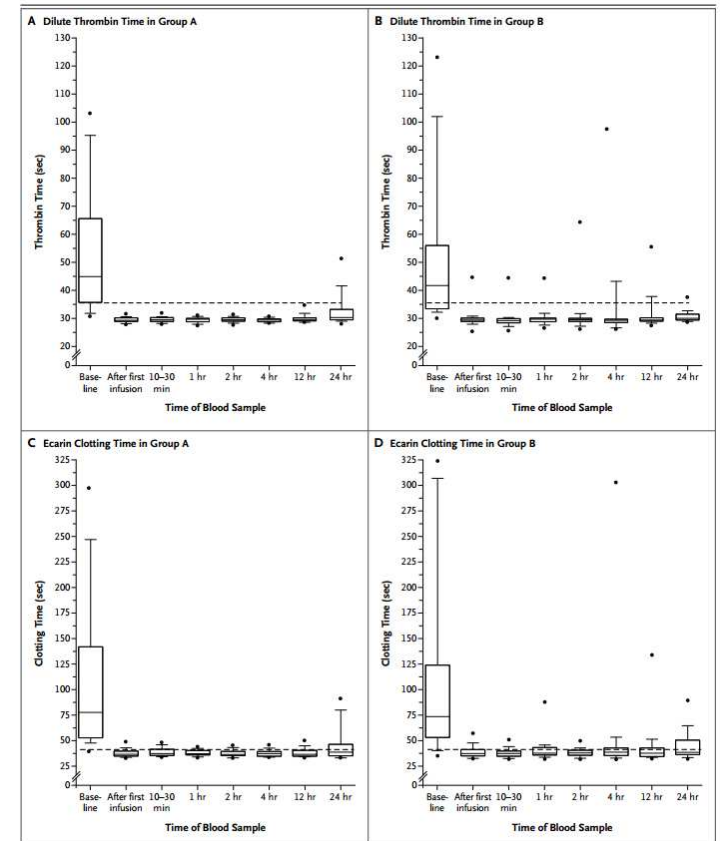
Idarucizumab for Dabigatran Reversal

Charles V. Pollack, Jr., M.D., Paul A. Reilly, Ph.D., John Eikelboom, M.B., B.S., Stephan Glund, Ph.D., Peter Verhamme, M.D., Richard A. Bernstein, M.D., Ph.D., Robert Dubiel, Pharm.D., Menno V. Huisman, M.D., Ph.D., Elaine M. Hylek, M.D., Pieter W. Kamphuisen, M.D., Ph.D., Jörg Kreuzer, M.D., Jerrold H. Levy, M.D., Frank W. Sellke, M.D., Joachim Stangier, Ph.D., Thorsten Steiner, M.D., M.M.E., Bushi Wang, Ph.D., Chak-Wah Kam, M.D., and Jeffrey I. Weitz, M.D.

ABSTRACT

BACKGROUND

Specific reversal agents for non-vitamin K antagonist oral anticoagulants are lacking. Idarucizumab, an antibody fragment, was developed to reverse the anticoagulant effects of dabigatran.



ORIGINAL ARTICLE

Andexanet Alfa for the Reversal of Factor Xa Inhibitor Activity

Deborah M. Siegal, M.D., John T. Curnutte, M.D., Ph.D., Stuart J. Connolly, M.D., Genmin Lu, Ph.D., Pamela B. Conley, Ph.D., Brian L. Wiens, Ph.D., Vandana S. Mathur, M.D., Janice Castillo, B.S., Michele D. Bronson, Ph.D., Janet M. Leeds, Ph.D., Florie A. Mar, Ph.D., Alex Gold, M.D., and Mark A. Crowther, M.D.

ABSTRACT

BACKGROUND

Bleeding is a complication of treatment with factor Xa inhibitors, but there are no specific agents for the reversal of the effects of these drugs. Andexanet is designed to reverse the anticoagulant effects of factor Xa inhibitors.

Antidote for Xa inhibitors

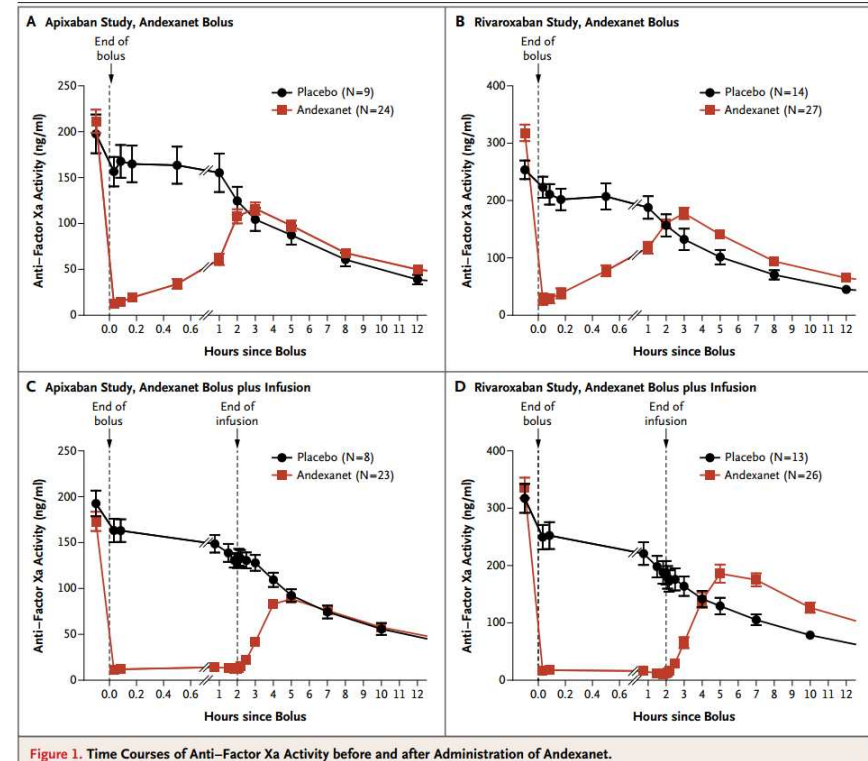


Figure 1. Time Courses of Anti-Factor Xa Activity before and after Administration of Andexanet.

2.4.4. Haemostasis rendezése, antithrombocytá szerek és mélyvénás thrombosisprofilaxis

5. ajánlás

Súlyos véralvadási faktorhiányban vagy súlyos thrombocytopeniában szenvedő betegeket megfelelő faktorpótlásban vagy thrombocytapótlásban kell részesíteni (I; C).

6. ajánlás

Syncumar[®], Warfarin[®], Marfarin[®]

ICH-t elszenvedett betegek esetében, akiknél K-vitamin-antagonisták (VKA) mellett alakult ki állományvérzés, a VKA-t el kell hagyni.

- Ha az INR-érték 1,2 vagy nagyobb, iv. K-vitamin alkalmazandó (IIa; C).
- Ha az INR 1,2 és 2 között van, akkor 10 U/kg PCC alkalmazandó (IIb; C).
- Ha az INR nagyobb, mint 2, akkor iv. 4-faktoros PCC-t kell adni – legalább 30 U/kg adandó az INR normalizálása és a haematoma növekedésének csökkentése érdekében (IIa, B).
- Ha PCC nem elérhető, akkor friss fagyasztott plazma (FFP) adása javasolt (I; C).

7. ajánlás

Protrombinkomplex-koncentrátum (PCC) alkalmazása nem javítja a kimenetelt a FFP-hez képest, de hamarabb rendezi az INR értékét és kevesebb komplikációt okoz, mint a friss fagyasztott plazma (FFP), ezért annak jó alternatívája (IIa; B).

Teendő NOAC (direkt thrombingátló és aktivált X. faktor gátlók) mellett kialakuló állományvérzésben

Pradaxa® (dabigatran)

Xarelto® (rivaroxaban)

Eliquis® (apixaban)

Lixiana® (edoxaban)

8. ajánlás

Amennyiben dabigatran szedése mellett alakul ki nem traumás intracerebralis vérzés, a dabigatran hatásának visszafordítására 2×2,5 g idarucizumab adása javasolt (I; B).

Ha idarucizumab nem áll rendelkezésre, akkor PCC adható (30–50 U/kg) (IIb; C).

Praxbind®,

9. ajánlás

Rivaroxabant, apixabant vagy edoxabant szedő betegek esetében – amíg megfelelő antidotum nem áll rendelkezésre – FEIBA kezelés vagy PCC vagy rFVIIa adása javasolható egyéni mérlegelés alapján.

Aktív szén adható abban az esetben, amennyiben ezen gyógyszerkészítmények utolsó adagját kevesebb mint 2 órával korábban vették be (IIb; C).

10. ajánlás

Protamin-szulfát adható heparinantagonistaként akut intracerebralis vérzésben (IIb; C).

11. ajánlás

Aspirin, Plavix, Asasantin, clopidogrel

A megelőzően szedett antithrombocytá szerek miatti intracerebrális vérzésben thrombocytaszuszpenzió adásának hatásossága kérdéses (IIb; B).

12. ajánlás

A rFVIIa mérsékli a haematoma növekedését, de növeli a thromboembolia kockázatát. Nem tisztázott a klinikai haszna nem válogatott betegcsoportban, emiatt az rFVIIa adása az általános gyakorlatban nem javasolt (III; A).

NovoSeven

13. ajánlás

A rFVIIa nem helyettesíti valamennyi véralvadási faktort, és bár az INR már alacsony lehet, a véralvadási folyamat még nem rendeződött. Emiatt a rFVIIa nem javasolható a VKA hatásának ellensúlyozására ICH-ban (III; C).

2.4.5. A vérnyomás monitorozása

17. ajánlás

Azon ICH-ban szenvedő betegek esetében, ahol a szisztolés vérnyomás 150 és 220 Hgmm között van, és a vérnyomás akut rendezésének nincsen kontraindikációja, a szisztolés vérnyomás 6 órán belül 140 Hgmm-re csökkentése biztonságos (I; A) és javítja a kimenetelt (IIa; B). Iv. 20–50 mg urapidil adható lassan, infúzióban, kezdetben 2 mg/perc adagban, majd 9 mg/óra fenntartó dózisban. Az urapidilinfúzió koncentrációja 250 mg/500 ml legyen. Alternatíva a hatóránként adott 1,25–5 mg enalapril (IIa; C).

18. ajánlás

ICH-t elszenvedett betegek 220 Hgmm feletti szisztolés vérnyomása esetén agresszív vérnyomáscsökkentés javasolható folyamatos iv. infúzió és szoros monitorozás mellett (IIb; C).

Lényeges különbség az ischaemiás stroke és az állományvérzés között!!

- Ischaemiás stroke: 220 Hgmm alatt ne csökkentsük!
- Állományvérzés: 140 Hgmm-ig csökkenthető

Bloody Brain Shooter

Channel your inner mad scientist to create this Bloody Brain Shooter. Mixing acidic lime juice and Irish cream causes the cream to curdle, creating brain-like strands in the shot.

Péntek
estére.....



Ingredients:

- » 1 1/4 oz. strawberry vodka such as Stoli
- » 1/8 oz. Rose's lime juice
- » 3/4 oz. Bailey's Irish Cream
- » splash of grenadine

Preparation:

- » Chill vodka for better smoothness. Add vodka and lime juice to a shaker; shake, then strain into a shot glass. Using a straw, dip some Bailey's Irish Cream into the shot. Once you submerge the straw into the Bailey's, put your finger on top of the straw to hold the Bailey's in the straw. Dip the straw tip into the vodka and slowly release your top finger. The Bailey's will curdle a little bit due to the lime juice and you should be able to make strands of Bailey's.
- » Repeat the straw/Bailey's process to build a "brain" in the shot glass. Add a splash of grenadine to the concoction to add the "blood" to the mix. Down the hatch as a shot.

4. táblázat. A fekvő (ágyszám) és járó (heti szakorvosi óraszám) neurológiai szakellátások kapacitásának alakulása 2004 és 2009 között

Megyék	Ágyszám				Heti szakorvosi óra		
	2004	2009	Változás ±	2004%-a	2004	2009	Változás ±
Bács-Kiskun	175	41	-134	23	361	321	-40
Vas	107	50	-57	47	187	191	4
Tolna	93	50	-43	54	167	195	28
Heves	70	40	-30	57	211	119	-92
Győr-Moson-Sopron	168	98	-70	58	165	284	119
Hajdú-Bihar	191	138	-53	72	630	562	-68
Komárom-Esztergom	128	93	-35	73	260	254	-6
Borsod-Abaúj-Zemplén	346	268	-78	77	435	704	269
Csongrád	165	131	-34	79	623	643	20
Nógrád	119	97	-22	82	96	166	70
Veszprém	98	80	-18	82	211	229	18
Baranya	96	79	-17	82	597	582	-15
Zala	128	109	-19	85	189	243	54
Jász-Nagykun-Szolnok	105	90	-15	86	254	272	18
Szabolcs-Szatmár-Bereg	185	160	-25	86	277	320	43
Fejér	106	98	-8	92	236	264	28
Somogy	106	100	-6	94	302	281	-21
Pest	209	206	-3	99	659	642	-17
Békés	130	131	1	101	273	234	-39
Budapest	731	628	-103	86	2 882	2 532	-350
Budapest Országos Intézet	277	125	-152	45	1 010	904	-106
Magyarország	3 733	2 812	-921	75	10 025	9 942	-83

**NEUROLÓGIA 2009: HELYZETFELMÉRÉS
A MAGYARORSZÁGI NEUROLÓGIAI KAPACITÁSOKRÓL,
AZOK KIHASZNÁLTÁSÁRÓL ÉS A SZAKORVOSOKRÓL
A 2009-ES INTÉZMÉNYI JELENTÉSEK ALAPJÁN**

BERECZKI Dániel, AJTAY András
Semmelweis Egyetem, Neurológiai Klinika, Budapest

NEUROLOGY 2009: A SURVEY OF THE NEURO-
LOGICAL CAPACITIES, THEIR UTILIZATION AND
NEUROLOGISTS BASED ON THE 2009 REPORTS OF
THE INSTITUTIONS IN HUNGARY
Bereczki D, MD; Ajtay A, MD
Ideggyogy Sz 2011;64(5-6):173-185.

A 2007-es 25%-os neurológiai ágyszámleépítést nem kompenzálta a járóbeteg ellátás óraszámváltozása (az is csökkent)

Agyállományi vérzések epidemiológiája – összefoglalás-1.

- Agyállományi vérzés jelentett diagnózissal a 2004-2013 időszakban évente közel 10 ezer személy jelenik meg a hazai ellátórendszerben, közülük 6 ezer a fekvő ellátásban
- Az adatok jól tükrözik az ellátásszervezési változásokat

Agyállományi vérzések epidemiológiája – összefoglalás-2.

- Az évi 6000 fekvőbeteg közül 4600 főnél sürgősnek minősített a felvétel
- Feltételezzük, hogy
 - agyállományi vérzés diagnózisa **képalkotó vizsgálat** leletén alapul,
 - az I61 és I62 diagnózissal lejelentett, de nem sürgős jelleggel felvett betegek jelentős részében az **anamnesisben szereplő** agyállományi vérzés miatt jelentették az I61 - I62 diagnózist, vagy **mellékleletként** találtak az átvizsgálás során állományvérzést,
 - az I61 és I62 diagnózisokkal jelentett, sürgős felvétellel kórházba kerülő személyeknél a sürgős felvétel oka az esetek legalább 90%-ában ($4.600 \times 0,9 = 4.140$) valóban acut agyállományi vérzés,
 - ha az agyállományi vérzések az összes stroke eset 10%-át teszik ki, akkor évente kb. 42 ezer acut stroke esettel kell számolni – ez megfelel korábbi becsléseinknek.



**MAGYAR STROKE
TÁRSASÁG**

HUNGARIAN STROKE SOCIETY



PROF. DR. BERECKZI DÁNI ... profilja ×



RÓLUNK

TAGOKNAK

FÓRUM

HÍRLEVÉL

PÁLYÁZAT

RENDEZVÉNY

PÁCIENS



TÁRSASÁGI HÍREK

Szakmai fórum a 2017. októberében kiadott stroke irányelvekről

A Magyar Stroke Társaság győri, 2017. október 5-én kezdődő kongresszusára a Társaság és az Egészségügyi Szakmai Kollegium Neurologiai Tagozata 5 irányelvet ad ki, az idegyógyászati Szemle Proceedings kötetében. Ezen a fórumon ezen 5 irányelvhez lehet a Társaság tagjainak -

Magyar Stroke Társaság Közgyűlése (Győr, 2017.10.06.)

A MAGYAR STROKE TÁRSASÁG Alapszabálya előírásainak megfelelően a Társaság rendes közgyűlését 2017. október 6-án 18:30 órai kezdettel összehívom.

A közgyűlés helyszíne: ETO Park Hotel, Győr (Győr, Nagysándor József u. 3.)

Elkészült az akut ischaemiás stroke diagnosztikája és kezelése - 2017 szakmai irányelv

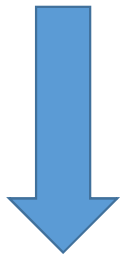


Tisztelt MST tagság!
Hosszas előkészületek és egyeztetések után elkészült a "000637 Egészségügyi

Hány akut stroke van valójában évente Magyarországon?



A teljes országot és **minden szakterületet** lefedő regiszter szükséges



Önkéntes jelentésekkel ez nem megoldható, a finanszírozást kell a jelentéshez kötni (pl. a kórházi adatlap 31. sora)

Better *answers* start by asking better questions



The provision of acute stroke care in Hungary has grown rapidly and steadily over the past seven years. In 2009 the country had just 16 certified centres, a number that had grown to 39 by 2016.

However, although the increase of stroke care is great news for a country that has a high incidence of acute cases, there was little if any recording or analysis of treatment data. As an example, the estimate of new annual cases varied wildly from between 26,000 to around 45,000. This disparity is emblematic of the lack of actionable data, rendering the accurate planning of future resource and refinement of current practices virtually impossible. Of course, implementing more robust systems takes time and manpower - two things the Hungarian health service didn't have in abundance.

Enter into the scene two helping hands - The Angels Initiative and the ResQ Registry. With the new alliance in place a simple plan was devised to pilot a low-impact method of data collection that wouldn't put any extra strain on already busy health professionals. Under the supervision and endorsement of Professor Bereczki, we instigated a one-month pilot RES-Q Registry project at Semmelweis University Neurology Clinic in November 2016. The results highlighted a range of issues and areas for improvement and when a second month of data collection was undertaken in January 2017, many of the previous errors and gaps in care had been corrected.



A HOSPITALIZÁLT STROKE-BETEGEK HALÁLOZÁSA MAGYARORSZÁGON, 2003–2005

Gulácsi László¹, Májér István¹, Kárpáti Krisztián¹, Brodszky Valentin¹, Boncz Imre², Nagy Attila³,
Bereczki Dániel⁴

¹Budapesti Corvinus Egyetem, Közszolgálati Tanszék, Egészség-gazdaságtani és Technológiaelemzési
Kutatóközpont, HunHTA, Budapest

²Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest, új munkahely: Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar,
Egészségbiztosítási és Egészségpolitikai Tanszék, Pécs

³Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Szekszárd

⁴Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Neurológiai Klinika, Debrecen

MORTALITY OF HOSPITALIZED STROKE PATIENTS IN HUNGARY; 2003–2005

Gulácsi L, MSc, PhD; Májér I; Kárpáti K; Brodszky V;
Boncz I, MD; Nagy A; Bereczki D, MD
Ideggyogy Sz 2007;60(7–8):321–328.

Kutatásunk célja a hospitalizált stroke incidenciájának, valamint 12 és 24 hónapos mortalitásának elemzése Magyarországon, valamint a stroke-halálozás összehasonlítása a teljes populáció standard halálozási arányával. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatbázisából leválogattuk a 2003 májusában stroke (Betegségek Nemzetközi Osztályozása – 10: I60–I64) fődiagnózissal kórházba felvett „új” stroke-betegeket. „Új” betegnnek tekintettük azokat, akik a kórházi felvételt megelőző 24 hónapban nem kerültek kórházba ilyen fő- vagy mellékdiagnózissal. A leválogatás nemeként és a 25–44, a 45–64, valamint a 65 évesnél idősebbek alcsoportjában történt. A betegek 12 és 24 hónapos túlélését vizsgáltuk 2004. és 2005. áprilisi adataik alapján. Az „új” stroke-betegek incidenciája a kórházi felvételek alapján a férfiak körében nagyobb: a 65 évesnél idősebb férfiak csoportjában 2112, a nők körében 1582, a 45–64 éves férfiak csoportjában 623, a nők körében pedig 366 fő 100 000 lakosra. Hazánkban 2003-ban mintegy 42 000 „új” stroke-beteget vettek fel kórházba, akiknek a halálozása a 12. hónapra meghaladta a 10 000-et, ami további 2000-rel nőtt a 24. hónapra. A betegség kialakulását követő 12. hónap végén a nők túlélése kedvezőbb, mint a férfiaké: a 65 évesnél idősebbek esetén 71,47% vs. 69,24%, a 45–64 évesek csoportjában pedig 88,18% vs. 83,16%. A nők túlélése a 24. hónap végén is kedvezőbb: 66,95% vs. 61,62% a 65 évesnél idősebbek esetén, illetve 85,45% vs. 80,90% a 45–64 évesek korcsoportjában. A stroke-halálozás kockázata az átlagpopuláció halálozásához viszonyítva a betegséget követő első évben 5,17-szoros a nők, illetve 4,7-szeres a férfiak esetében. Jelentős a nemek közötti különbség, az aktív életkorú (25–44, 45–64 éves) férfiak között a 100 000 lakosra vonatkozó halálozás kétszerese az azonos korú nőkhöz viszonyítva.

The aim of our research was to assess the incidence and the 12- and 24-month mortality of hospitalized stroke in Hungary. We analyzed the rate of mortality after stroke and compared it to the standard mortality rate of the population. To assess the incidence we extracted the data of “new” stroke patients (ICD-10 diagnoses: I60–I64) hospitalized in May 2003 from the database of the National Health Insurance Fund Administration. We regarded those as “new” patients who had not been treated with these primary or secondary diagnoses in the previous 24 months. Data were collected by sex and age (age groups: 25–44, 45–64, 65 and over). We analyzed the patients’ survival on the basis of their April 2004 and April 2005 data. The incidence of the “new” hospitalized stroke patients was higher in men than in women; the incidence in the age group of 65 and over was 2112/100.000 in males and 1582/100.000 in females, the corresponding values in the 45–64 age group were 623 vs. 366 per 100.000, respectively. In 2003 more than 42 thousand “new” stroke patients were hospitalized in Hungary of whom over 10 thousand died in the first year, followed by a further 2 thousand in the second year. Women’s survival is more favourable than men’s: in the first year it is 71.47% vs. 69.24% (65+ group), and 88.18% vs. 83.16% (45–64 group); in the second year the corresponding values are 66.95% vs. 61.62% (65+), and 85.45% vs. 80.90% (45–64), respectively. The risk of death in the first year after stroke, compared to the standard population, is 5.17-fold in women and 4.70-fold in men in the total sample, and 10.15-fold in the 45–64 group. There are large differences by gender, particularly in men of the working age groups (25–44, 45–64), whose mortality is twice as high as that of women of the same age.

A pitvarfibrilláció prevalenciája Magyarországon

Tomcsányi János dr.¹ ■ Bózsik Béla dr.¹ ■ Rokszin György dr.²
Abonyi-Tóth Zsolt² ■ Katona Lajos³

¹Budai Irgalmasrendi Kórház, Kardiológia, Budapest

²RxTarget Kft., Szolnok

³Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest

A pitvarfibrilláció hazai prevalenciájára és incidenciájára nincsen ismert adat. A hazai epidemiológiai adatok a nemzetközi publikációk adataiból következtethetők, habár egyedüli adottságként egy egységes biztosítói adatbázis áll a rendelkezésre. *Célkitűzés:* A magyarországi teljes lakosságra vonatkozó pitvarfibrillációs prevalencia és incidencia meghatározása. *Módszer:* Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatbázisának felhasználása a 2007., 2008. és 2009. évekre vonatkozóan az adott évet megelőző, 2002-től ismert adatok figyelembevételével a pitvarfibrillációs kód megjelenése szempontjából. *Eredmények:* A pitvarfibrilláció prevalenciája ma Magyarországon 2,37–2,67%. Egy adott évben csak a betegek fele kerül kórházi vagy szakrendelői ellenőrzésre. *Következtetések:* Ez az első olyan felmérés, ami teljes országos lefedettségben vizsgálja a pitvarfibrilláció prevalenciáját. Már az öt–hét éves időintervallum figyelembevételével számított 2,37–2,67% prevalencia is lényegesen magasabb betegszámot jelent, mint amivel eddig számoltak. A rendelkezésre álló adatok matematikai modellezésével azonban a teljes magyarországi betegszám 296 493, ami 2,95%-os prevalenciát jelent. Orv. Hetil., 2012, 153, 339–342.

Received: 2014.08.31
Accepted: 2014.10.24
Published: 2015.02.17

Oral Anticoagulant Therapy and Bleeding Events with Vitamin K Antagonists in Patients with Atrial Fibrillation in a Hungarian County Hospital

Authors' Contribution:
Study Design: A
Data Collection: B
Statistical Analysis: C
Data Interpretation: D
Manuscript Preparation: E
Literature Search: F
Funds Collection: G

ADEF 1 Laszlo Mark
BCD 1 Győző Dani
BD 1 Robert Vendrey
DE 2 György Paragh
AEF 1 Andras Katona

1 2nd Department of Medicine – Cardiology, Pandy Kalman Bekes County Hospital, Gyula, Hungary
2 Department of Medicine, University of Debrecen, Clinical Center, Debrecen, Hungary

Corresponding Author: Laszlo Mark, e-mail: mark@pandy.hu
Source of support: Departmental sources

Background: Vitamin K antagonists, despite their tight therapeutic spectrum and the fear of bleeding complications, were long the most important drugs used in anticoagulant therapy. The aim of this study was to evaluate the quality of anticoagulant therapy and its relation with bleedings in everyday clinical practice.

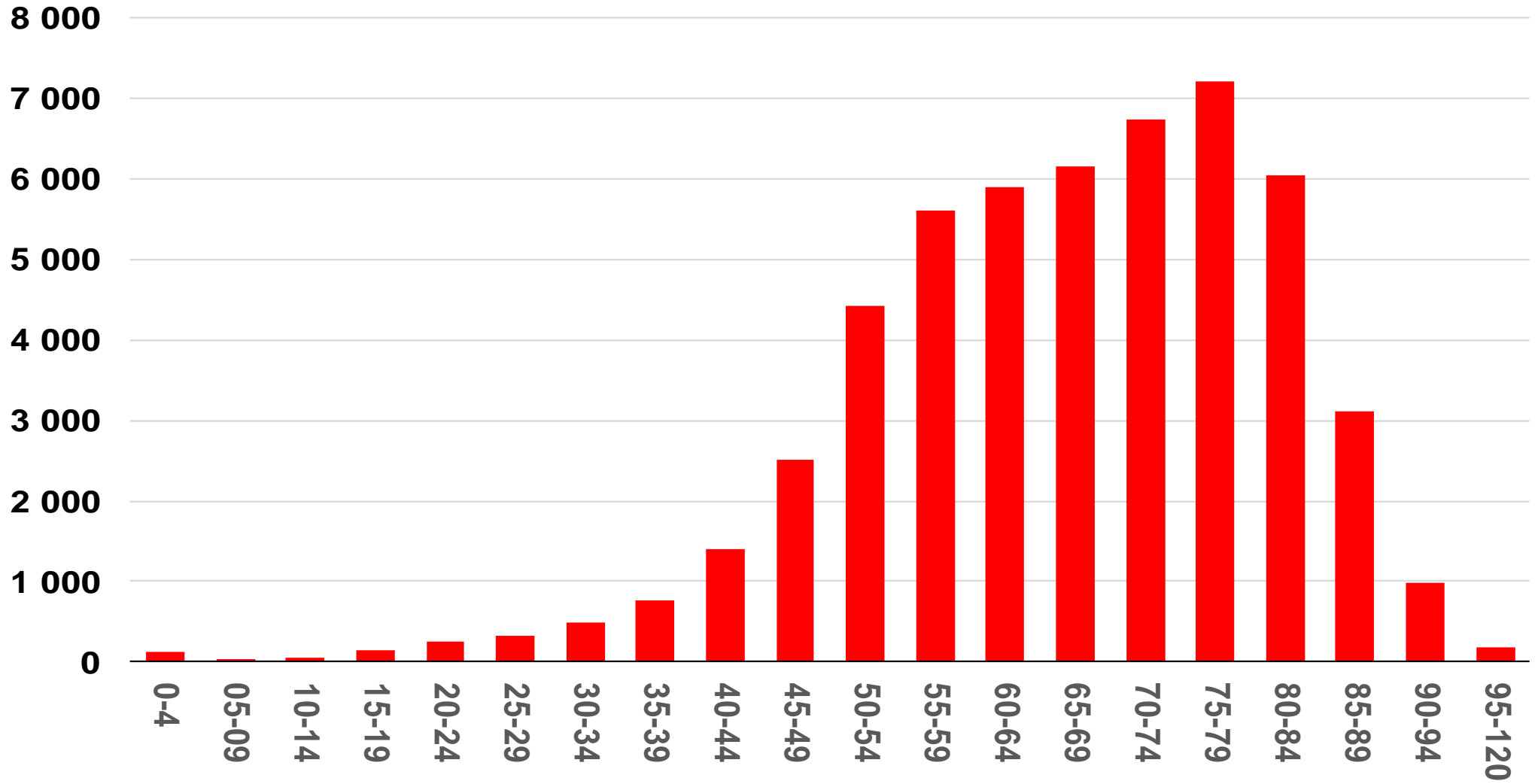
Material/Methods: We analyzed the data of 272 patients with non-valvular atrial fibrillation treated in our county hospital using retrospective data collection of the last 1008±384 days. The INR (International Normalized Ratio) values and the time in therapeutic range (TTR) were analyzed. We asked patients about bleeding complications and searched the medical records.

Results: The TTR proved to be 64% and there was no statistically significant difference between that of 252 (92.7%) patients taking acenocoumarol and 20 (7.3%) on warfarin. Analyzing various factors leading to TTR under 70%, we found that none of them have a significant impact. Significantly more bleeding events occurred in the first 3 months after the initiation of anticoagulant therapy and in patients with TTR under 70%, but the latter was not significant after adjustment for factors influencing bleeding (OR 1.607, CI 0.571–4.522, p=0.392).

Conclusions: Although the present study's TTR values were similar to those found in the warfarin branch of various large-scale international trials and in real-life settings, further improvement of vitamin K antagonist therapy are necessary. As the possibilities for this are limited, we believe that the new type anticoagulant agents have a place in everyday clinical practice.

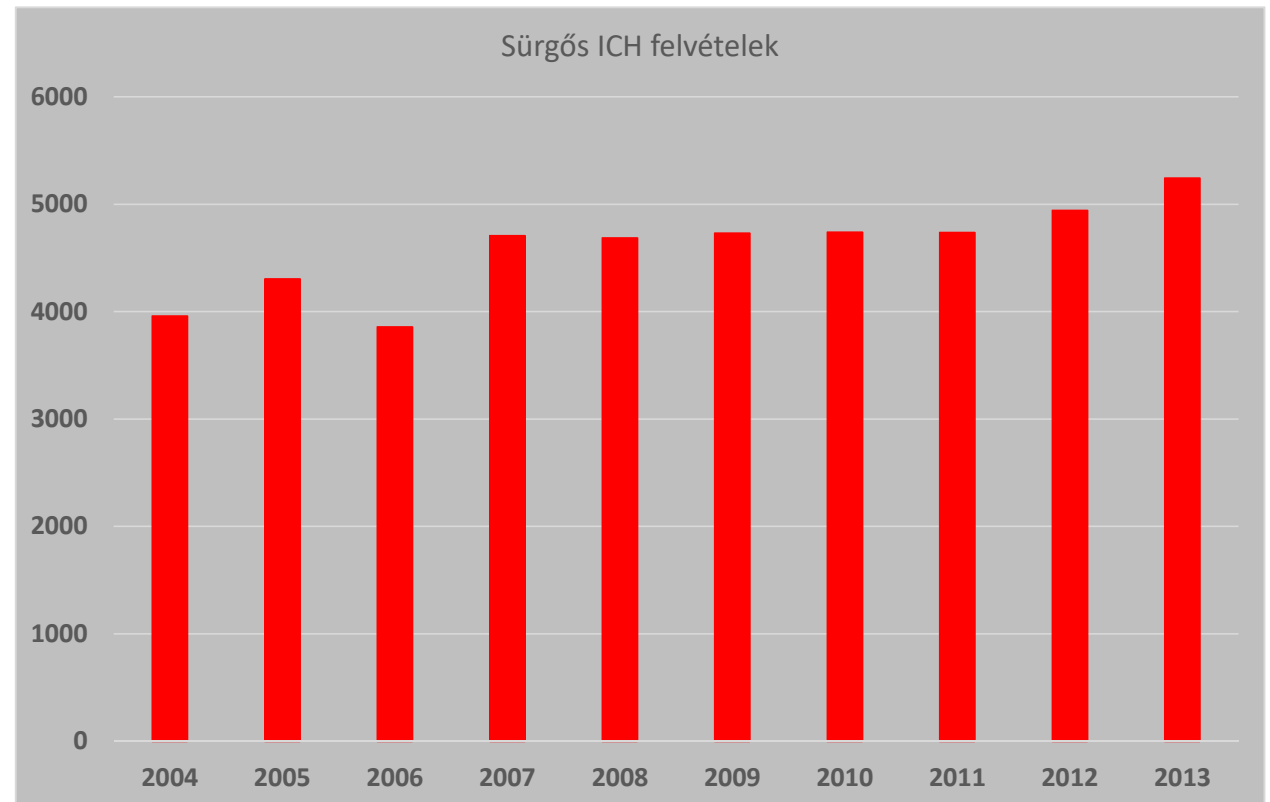
- Pitvarfibrillációban kezelés nélkül a stroke éves gyakorisága 5%
- Pitvarfibrilláció áll az összes ischaemiás stroke 15%-a háttérében (Debreceni Stroke Adatbázis)
- Magyarországon 300.000 beteg él PF-val
- Magyarországon a kezelt betegek 36%-a nincs a terápiás tartományban
- Ha mindenki kezelt lenne, 100.000 beteg akkor sem tekinthető védettnek
- Az éves új (kezeletlen) esetszám 30.000.
- Az évente PF következtében kialakuló stroke-ok száma így 6500-ra tehető
- Ha 15% = 6500, akkor 100% = 43.300

ÉLETKORI MEGOSZLÁS



Sürgős kórházi felvételek agyállományi vérzés miatt

- Évente átlagosan 4600 személyt vesznek fel kórházi osztályra sürgős jelleggel agyállományi vérzés végső diagnózisával.



2.4.3. A betegek tüneteinek értékelése és a diagnózis felállítása a sürgősségi szakban

1. ajánlás

ICH-ban szenvedő betegek tüneteinek kezdeti értékelésekor a betegség súlyosságát mérő állapotfelmérő skálákat kell használni (I; B).

2. ajánlás

Képzővizsgálatot (CT/MRI) kell végezni az ischaemiás stroke és az intracerebralis vérzés elkülönítése érdekében (I; A).

3. ajánlás

Komputertomográfia angiográfia (CTA) és kontrasztos CT elvégzése megfontolandó a vérzés növekedése szempontjából veszélyeztetett betegek kiszűrése céljából (IIb; B).

4. ajánlás

CTA és CT-venográfia, kontrasztos CT, MRI, MR-angiográfia és -venográfia, katéteres angiográfia lehet alkalmas a strukturális laesiók, vascularis malformációk, tumorok kimutatására klinikai vagy radiológiai gyanú esetén (IIa; B).

14. ajánlás

A vénás thromboembolia megelőzése céljából ICH-betegeknél intermittáló pneumatikus kompresszió alkalmazása indokolt a kórházba kerülés első napjától. Kompressziós harisnya használata a mélyvénás thrombosis (MVT) megelőzése vagy a jobb kimenetel szempontjából nem elégséges (III; A).

15. ajánlás

A vérzés dokumentált megszűnését követően alacsony dózisú sc. alacsony molekulásúlyú heparin (LMWH) vagy nem frakcionált heparin (UFH) adása megfontolandó a vénás thromboembolia megelőzése céljából azon betegeknél, akik a tünetek jelentkezése után 1–4 nappal még nem mobilisak (IIb; B).

16. ajánlás

Antikoaguláns terápia vagy vénafilter behelyezése valószínűleg indokolt mélyvénás thrombosis (MVT) vagy pulmonalis embolia (PE) tüneteit mutató intracerebralis vérzéses betegeknél. A két opció közötti választáshoz több szempontot is figyelembe kell venni: a vérzés óta eltelt idő, a haematoma stabilitása, a vérzés oka és a beteg általános állapota (IIa; C).

Általános monitorozás és gondozás

19. ajánlás

Az ICH-betegek kezdeti ellátása és monitorozása sürgősségi/intenzív osztályon vagy speciális stroke-részlegen történjen, akut neurológiai sürgős ellátásban jártas szak személyzet részvételével (I; B).

Vércukorszint monitorozása

20. ajánlás

A vércukorszintet monitorozni szükséges. A magas, valamint az alacsony vércukorszint egyaránt elkerülendő, a célérték 4,4 és 6,1 mmol/l között legyen (I; C).

Testhőmérséklet monitorozása

21. ajánlás

ICH-t követő láz kezelése indokolt (IIb; C).

Epilepsziás roham és antiepileptikus kezelés

22. ajánlás

A klinikailag manifesztálódó epilepsziás roham esetén a betegeket antiepileptikus gyógyszeres kezelésben kell részesíteni (I; A).

23. ajánlás

Nonkonvulzív status epilepticus esetén a betegeket antiepileptikus gyógyszeres kezelésben kell részesíteni (I; C).

24. ajánlás

Antiepileptikus gyógyszerek profilaktikus alkalmazása ICH esetén nem javasolt (III; B).

A fellépő komplikációk kezelése

25. ajánlás

Minden beteg esetében szükséges a nyelés ellenőrzése (vízzel) orális beviteli mód megkezdése előtt, az aspirációs pneumonia kockázatának csökkentése érdekében (I; B).

26. ajánlás

ICH-t követően a betegek EKG-monitorozása indokolt a myocardialis ischaemia és/vagy myocardialis infarktus jeleinek korai felismerése érdekében, továbbá indokolt a kardioenzimek kimutatására laborvizsgálatok elvégzése (IIa; C).

ICP-monitorozás és kezelés

27. ajánlás

Hydrocephalus fennállása esetén kamrai drenázs indokolt, különösen eszméletlen betegnél (IIa; B).

28. ajánlás

8 vagy az alatti GCS ponttal rendelkező betegeknél, vagy transtentorialis herniatio, jelentős kamrába törő vérzés vagy hydrocephalus esetén megfontolandó az ICP-monitorozás és kezelés. A cerebralis perfúziós nyomás 50 és 70 Hgmm között tartása indokolt a betegek cerebralis autoregulációjának állapotától függően (IIb; C).

29. ajánlás

Sürgős műtéti beavatkozás szükséges cerebellaris vérzés esetén rosszabbodó neurológiai tünetegyüttes mellett vagy agytörzsi kompresszió és/vagy kamrai obstrukció okozta hydrocephalus esetén (I; B).

30. ajánlás

Emelkedett ICP esetén szteroid adása nem indokolt ICH-ban (III; B).

31. ajánlás

Intraventricularis rtPA alkalmazásának viszonylag alacsony a kockázata IVH eseteiben, azonban ennek hatásossága és biztonságossága még nem kellően tisztázott (IIb; B).

32. ajánlás

Az endoszkópos kezelés hatásossága IVH eseteiben bizonytalan (IIb; B).

33. ajánlás

Kamradrén behelyezése műtéti beavatkozás helyett nem javasolt (III; C).

34. ajánlás

A rutinszerű sebészeti beavatkozás hasznossága a konzervatív kezeléshez képest supratentorialis ICH esetében nem bizonyított (IIb; A). 30 ml-t meghaladó és 1 cm-nél nem mélyebben elhelyezkedő féltekei vérzés esetében a supratentorialis ICH standard craniotomiával történő kiürítése megfontolható (IIb; B).

35. ajánlás

Nem egyértelműen előnyös a haematoma korai kiürítése a beteg állapotának rosszabbodásakor elvégzett haematoma-eltávolításhoz képest (IIb; A).

36. ajánlás

Supratentorialis haematoma kiürítése életmentő beavatkozás lehet rosszabbodó neurológiai státuszú betegnél (IIb; C).

37. ajánlás

Supratentorialis haematomában szenvedő comatosus betegnél, jelentős középvonali áttolást okozó nagy méretű haematoma, vagy gyógyszeres kezelésre nem reagáló emelkedett ICP esetén a dekompRESSZív craniectomia a haematoma leszívásával vagy a nélkül csökkentheti a halálozást (IIb; C).

38. ajánlás

Minimálisan invazív technikával (sztereotaxiás vagy endoszkópos aspirációval) történő véralvadék-eltávolítás hatásossága (akár thrombolyticum alkalmazásával, akár a nélkül) nem tisztázott (IIb; B).

2.4.8. Ismétlődő vérzés megelőzése

39. ajánlás

A vérnyomás folyamatos és szoros monitorozása szükséges. A vérnyomáskontroll a tünetek fellépését követően azonnal indokolt (I; A).

40. ajánlás

Hosszú távú cél a szisztolés érték 140 Hgmm alatt, valamint a diasztolés érték 90 Hgmm alatt tartása (diabetes és krónikus vesebetegség esetén a célérték <130/80 Hgmm) (IIa; B).

41. ajánlás

A nem billentyű eredetű PF miatt szedett orális antikoaguláns terápiával összefüggő spontán lobáris intracerebralis vérzés esetén indokolt a hosszú távú OAC terápia elkerülése az ismételt vérzés előfordulásának megnövekedett kockázata miatt (IIa; B).

42. ajánlás

Az ismétlődő vérzés kockázatának felmérése céljából az alábbi kockázati tényezőket szükséges figyelembe venni: a korábbi vérzés lokalizációja, a beteg életkora, a mikrovérzések megléte és nagyobb száma a gradiens echo MRI-n, a folyamatban lévő antikoaguláns terápia, az apolipoprotein E ϵ 2 és ϵ 4 allélok jelenléte (IIa; B).

43. ajánlás

Hasznos lehet az életmódbeli változtatások megtétele, az alkoholtól, a dohányzástól, az illegális szerek/drogoktól való tartózkodás, ezen túl az alvási apnoe kezelése (IIa; B).

44. ajánlás

Az antikoaguláns terápia nem lobáris intracranialis vérzést követően, valamint antithrombocytá monoterápia bármely lokalizációjú intracranialis vérzés után megfontolható, amennyiben az szakmailag kiemelten indokolt (IIb; B).

45. ajánlás

Az orális antikoaguláns terápia újramezdésének optimális ideje antikoaguláns terápiával összefüggő ICH eseteiben nem kellően tisztázott. Csökkentheti az újravérzés kockázatát, ha mechanikus műbillentyűvel nem rendelkező betegek legalább 4 hétig nem kapnak orális antikoaguláns terápiát (IIb; B). Amennyiben indokolt, aspirin-monoterápia megkezdődhet az ICH-t követő napokban. Ennek optimális kezdési ideje azonban bizonytalan (IIa; B).

46. ajánlás

ICH-t követően PF-ben szenvedő betegeknél dabigatran, rivaroxaban, edoxaban vagy apixaban hasznossága az ismétlődő vérzés kockázatának csökkentése szempontjából bizonytalan (IIb; C).

47. ajánlás

ICH-betegek sztatin terápiajának, fizikai vagy szexuális aktivitásának korlátozásával kapcsolatban nincsen elegendő adat (IIb; C).

2.4.9 Rehabilitáció és gyógyulás

48. ajánlás

Minden ICH-beteg részére elérhetővé kell tenni a komplex multidiszciplináris rehabilitációt (IIa; B).

49. ajánlás

Ahol erre lehetőség van, a rehabilitációt a lehető legkorábban szükséges megkezdeni. A kórházi elbocsátást követően a hangsúlyt a beteg otthonában történő ellátásra helyezve támogatni kell a betegek folyamatos és mihamarabbi felépülését (IIa; B).