

Syncope az SBO-n

A MAGYAR
TUDOMÁNY
ÖNHÉPE

Magyar Tudományos
Akadémia

**XVI. MAGYAR
SÜRGŐSSÉGI
ORVOSTANI
KONGRESSZUS**

MSOTKE

SÜRGŐSSÉGI
BETEGELLÁTÓ
OSZTÁLY

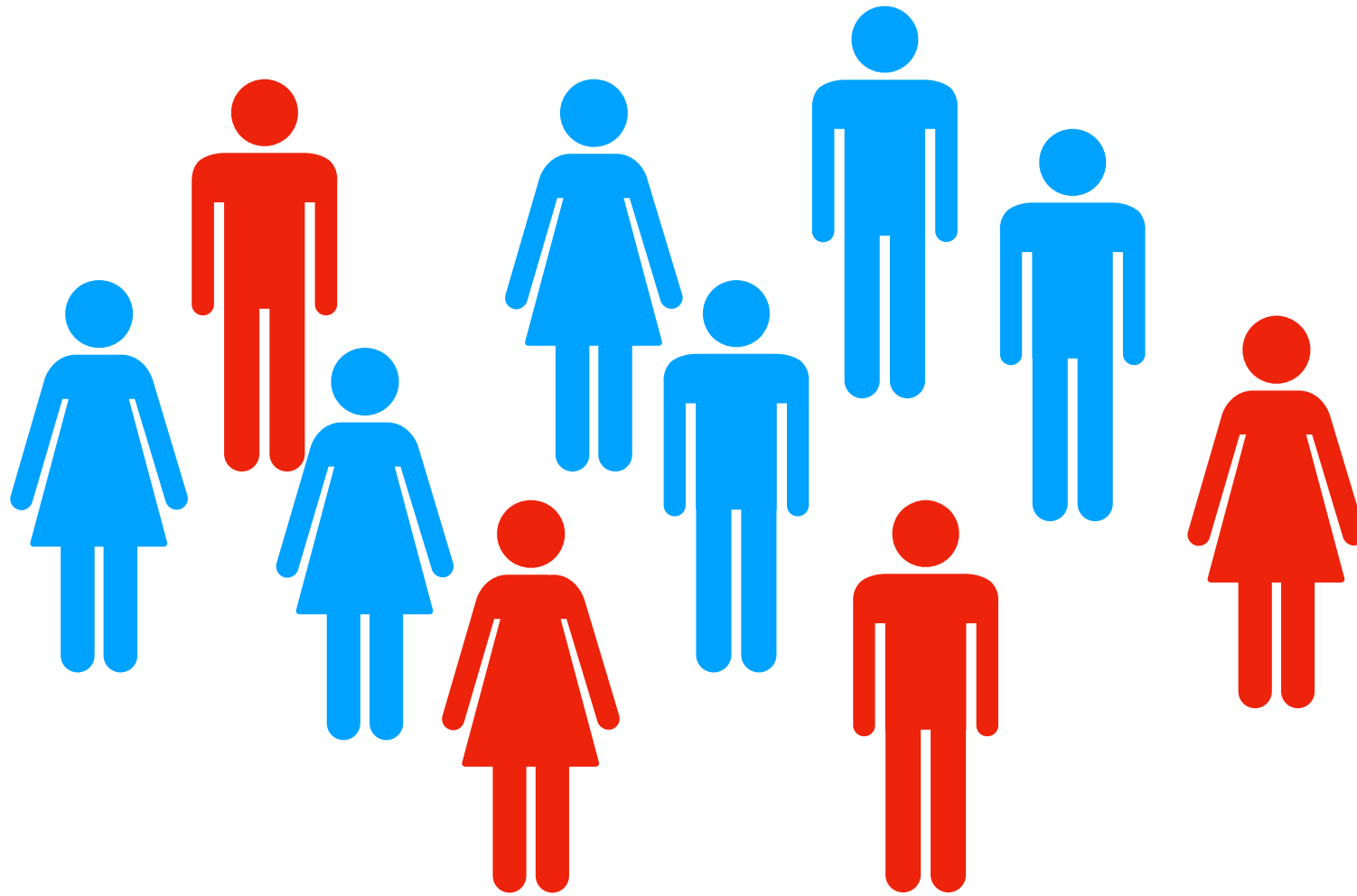


SIÓFOK, HOTEL AZÚR
2017. NOVEMBER 9-11.
PRE-CONGRESS
PROGRAMOK:
2017. NOVEMBER 7-8.

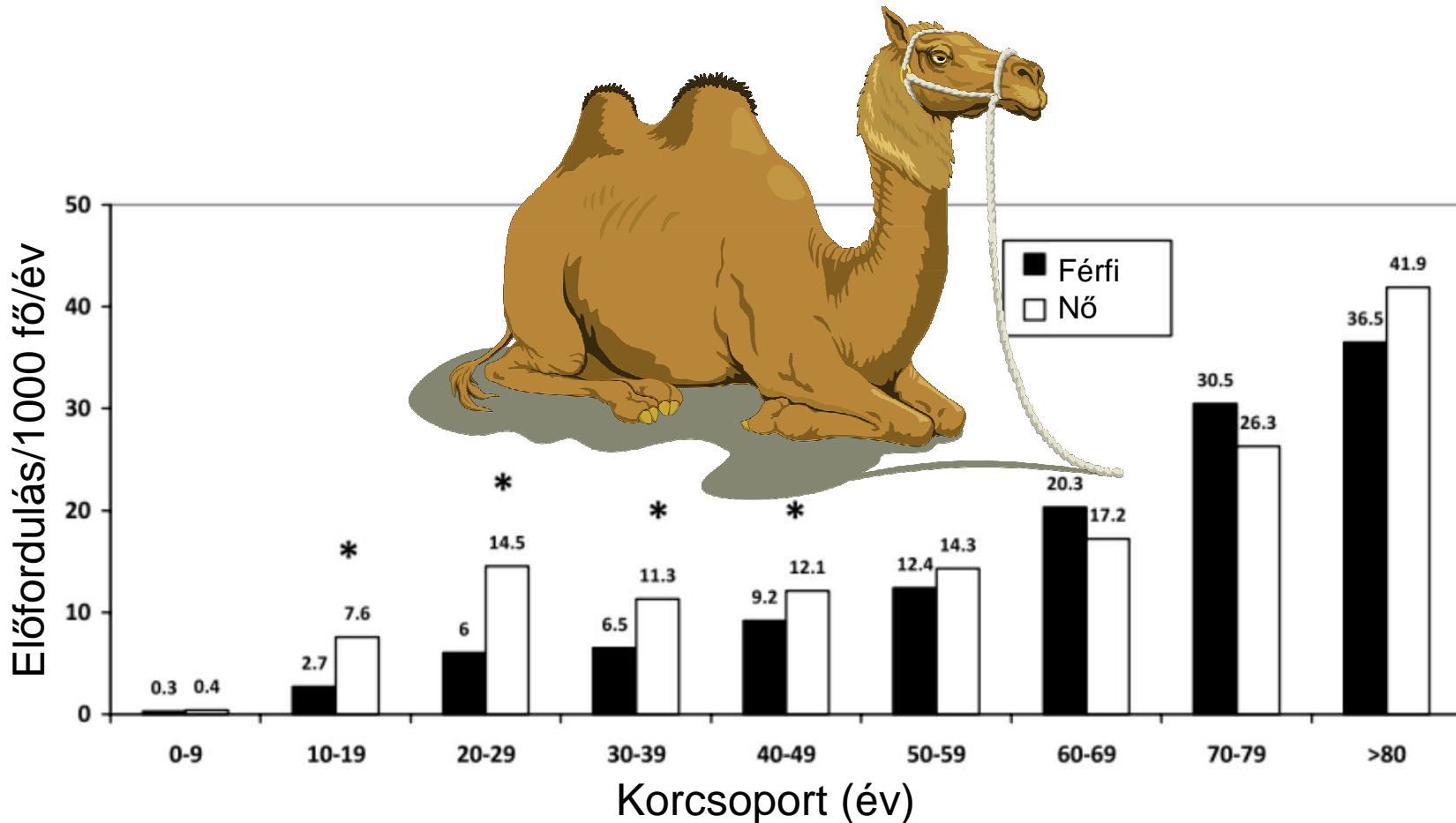
dr. Gaál-Weisinger Szabolcs
Semmelweis Egyetem
Sürgősségi Betegellátó Osztály



Előfordulás



Előfordulás



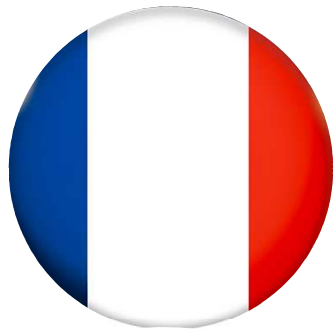
Eszméletvesztés életkor szerinti megoszlása Utah-ban

Incidencia az SBO-n



7,7 /1000 SBO vizit

Alshekhlee, A., et al. (2009). "Incidence and mortality rates of syncope in the United States." Am J Med **122**(2): 181-188.
<https://pixabay.com/photo-1311744/> CC0



A betegek 1,21%-a

Blanc, J. J., et al. (2002). "Prospective evaluation and outcome of patients admitted for syncope over a 1 year period." Eur Heart J **23**(10): 815-820



**A betegek 0,95%-a
46% felvételre került**

Disertori, M., et al. (2003). "Management of patients with syncope referred urgently to general hospitals." Europace **5**(3): 283-291

Magyarországon

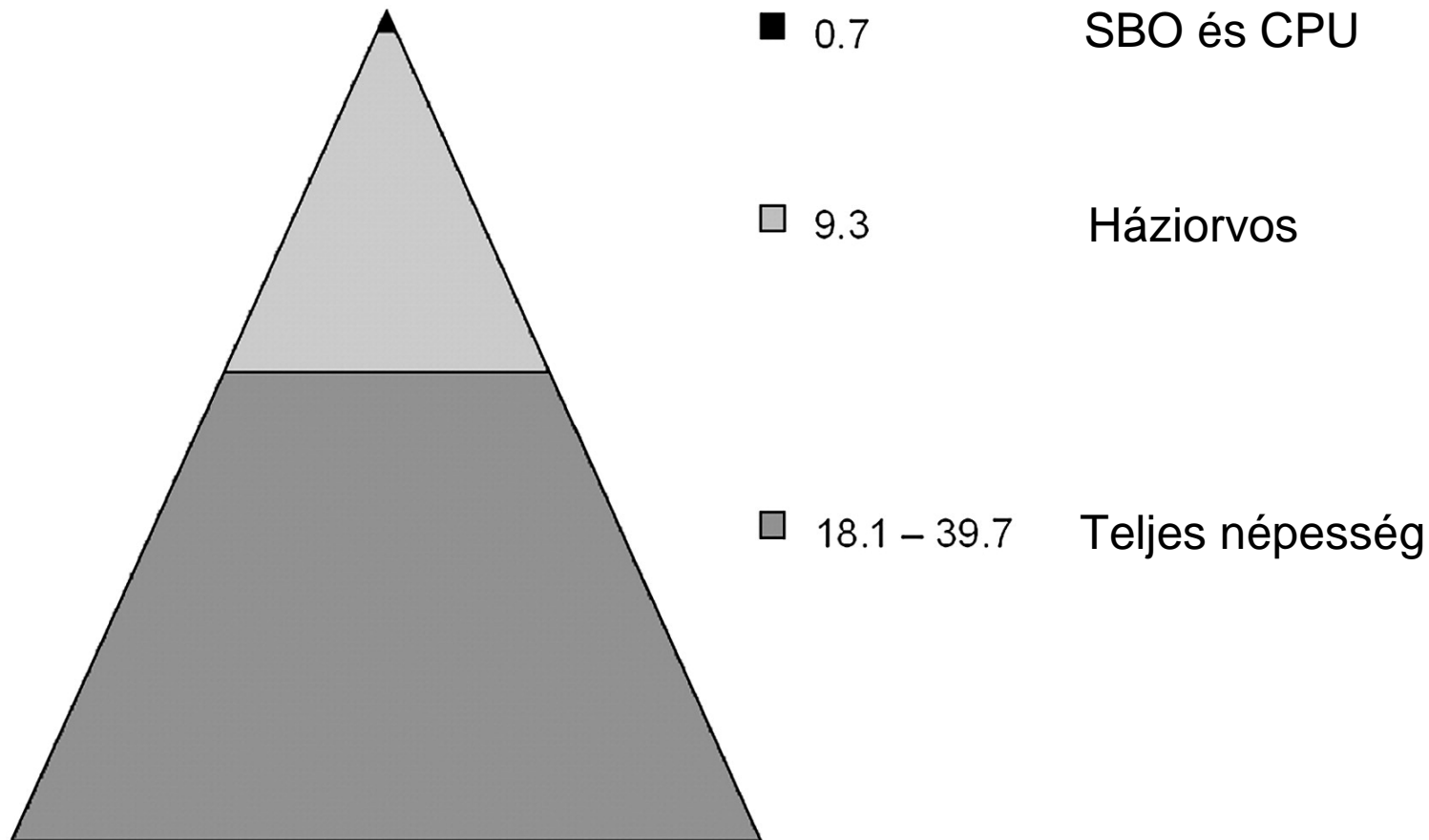


A SE KK SBO-n: 2,49%

Látótér

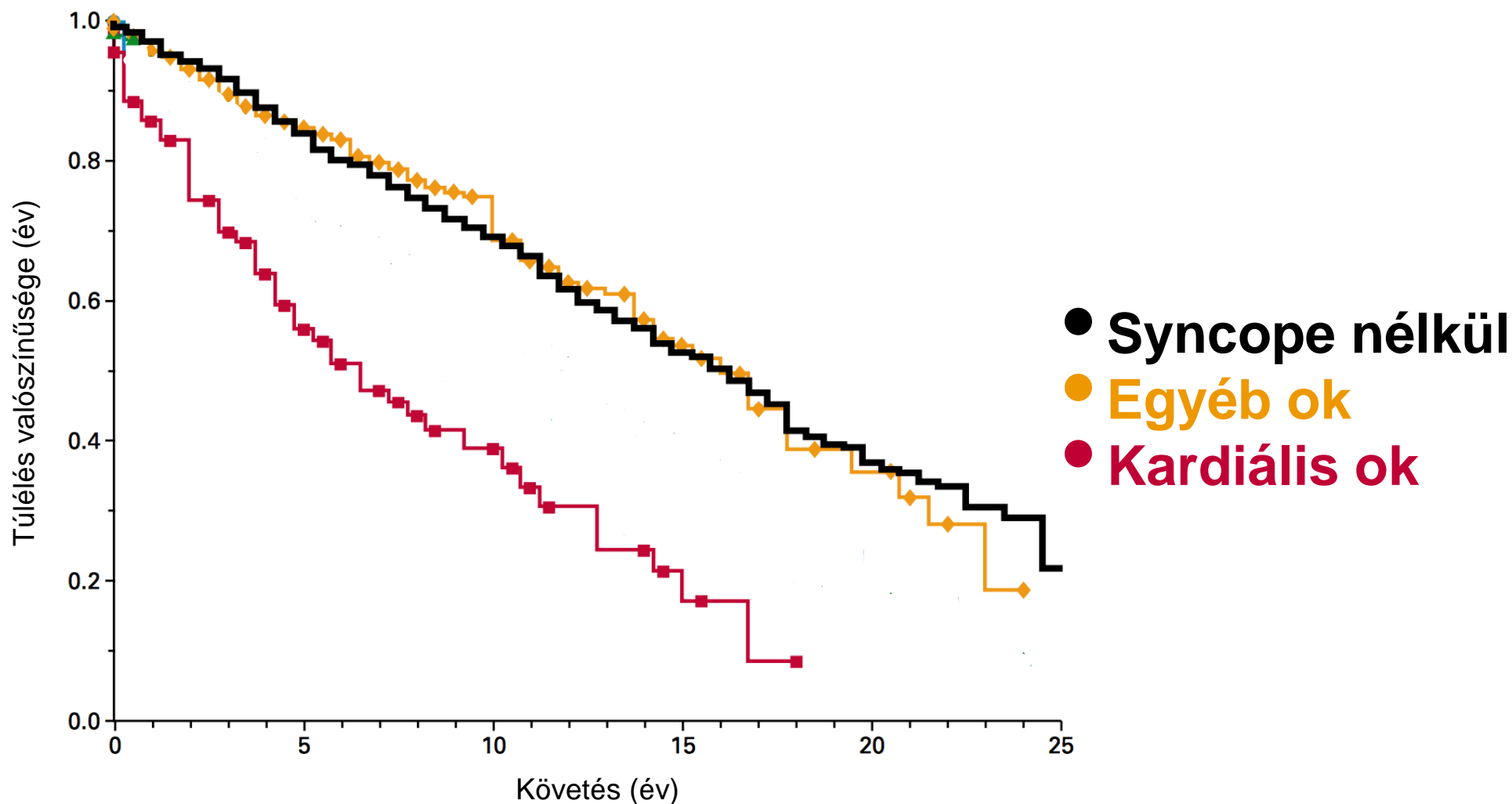


A jéghegy csúcsa



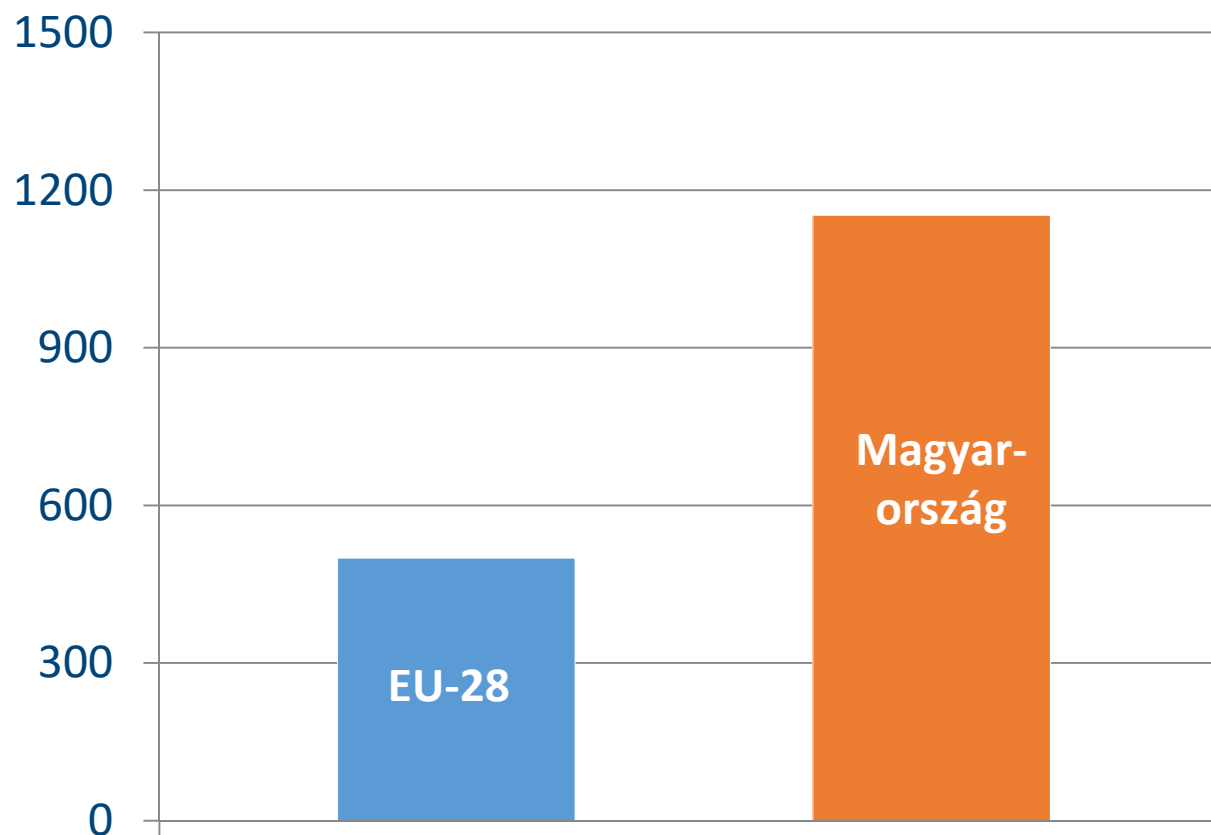
Syncope esemény/vizit 1000 betegévre vonatkoztatva Hollandiában

Syncope, mint rizikófaktor



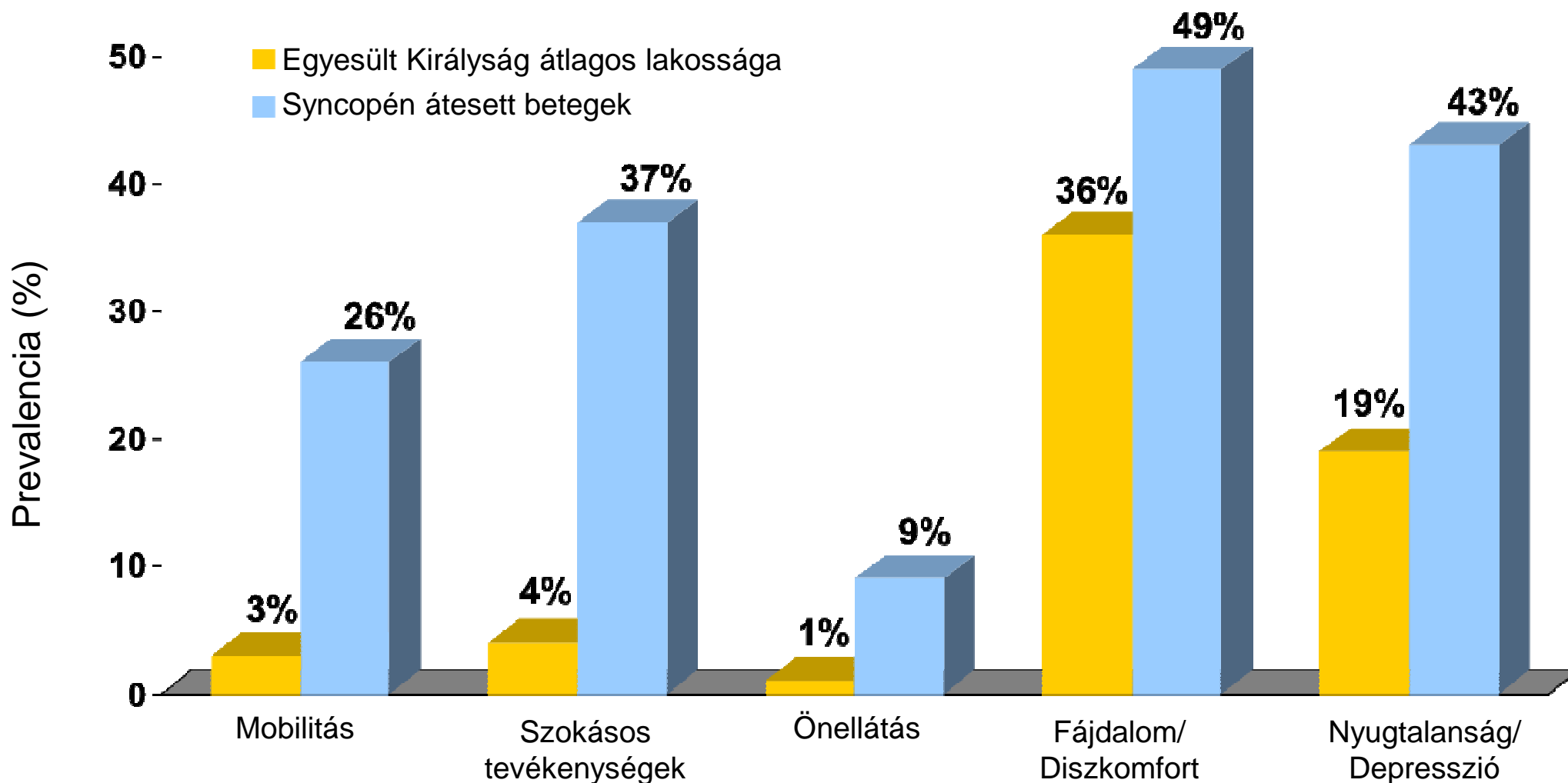
Teljes túlélés syncopén átesett betegeknél

Syncope, mint rizikófaktor



Kardiovaszkuláris halálozási ráta 2014-ben
(100 000 lakosra vonatkoztatva)

Syncope, mint rizikófaktor



Syncope életminőségre gyakorolt hatása

Syncope ellátása





European Heart Journal (2009) **30**, 2631–2671
doi:10.1093/eurheartj/ehp298

ESC GUIDELINES



Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009)

The Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology (ESC)

Developed in collaboration with, European Heart Rhythm Association (EHRA)¹, Heart Failure Association (HFA)², and Heart Rhythm Society (HRS)³

Endorsed by the following societies, European Society of Emergency Medicine (EuSEM)⁴, European Federation of Internal Medicine (EFIM)⁵, European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS)⁶, American Geriatrics Society (AGS), European Neurological Society (ENS)⁷, European Federation of Autonomic Societies (EFAS)⁸, American Autonomic Society (AAS)⁹

Authors/Task Force Members, Angel Moya (Chairperson) (Spain)*, Richard Sutton (Co-Chairperson) (UK)*, Fabrizio Ammirati (Italy), Jean-Jacques Blanc (France), Michele Brignole¹ (Italy), Johannes B. Dahm (Germany), Jean-Claude Deharo (France), Jacek Gajek (Poland), Knut Gjesdal² (Norway), Andrew Krahn³ (Canada), Martial Massin (Belgium), Mauro Pepi (Italy), Thomas Pezawas (Austria), Ricardo Ruiz Granell (Spain), Francois Sarasin⁴ (Switzerland), Andrea Ungar⁶ (Italy), J. Gert van Dijk⁷ (The Netherlands), Edmond P. Walma (The Netherlands), Wouter Wieling (The Netherlands)



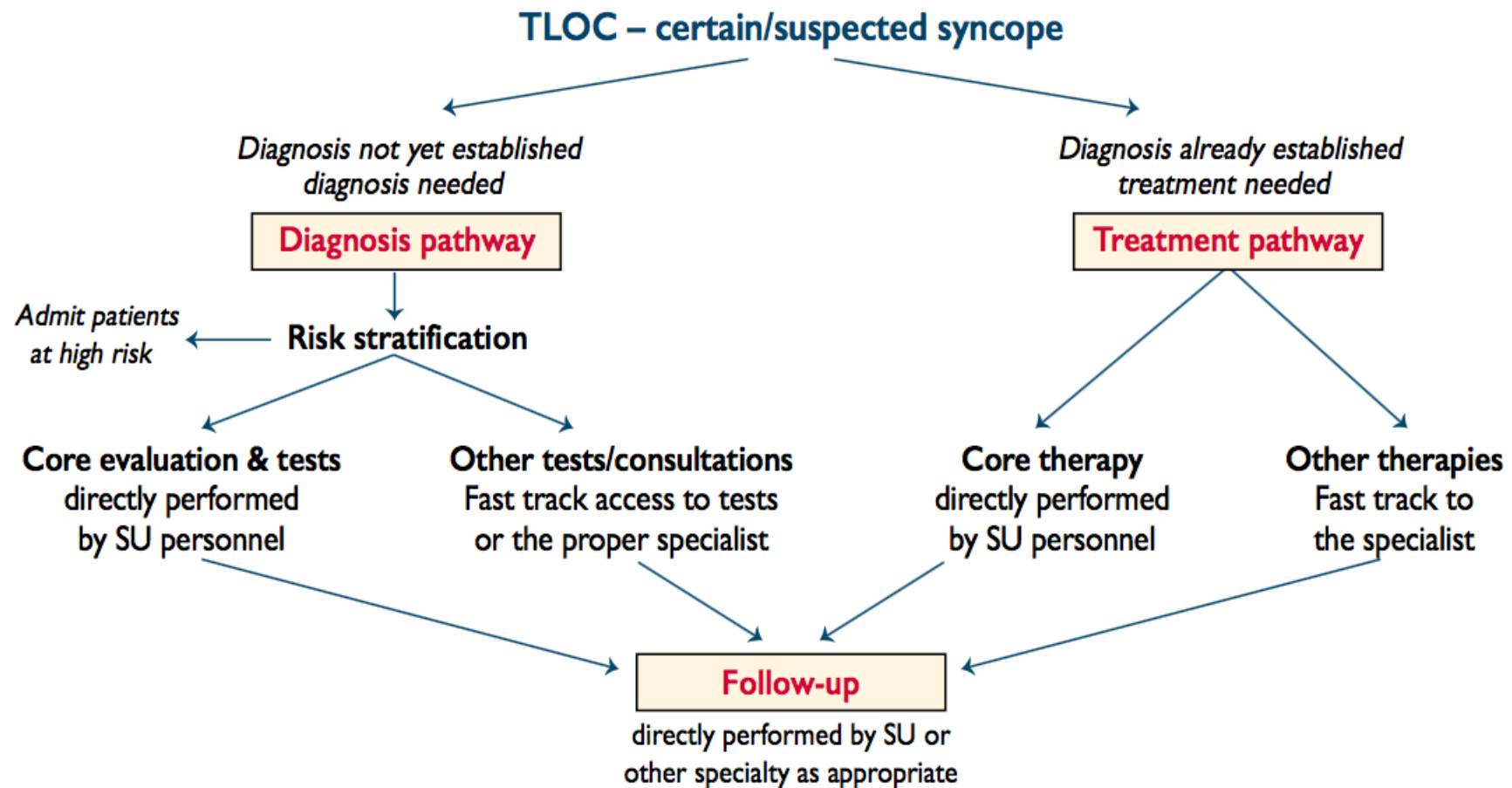
Europace (2015) **17**, 1325–1340
doi:10.1093/europace/euv115

EHRA POSITION PAPER

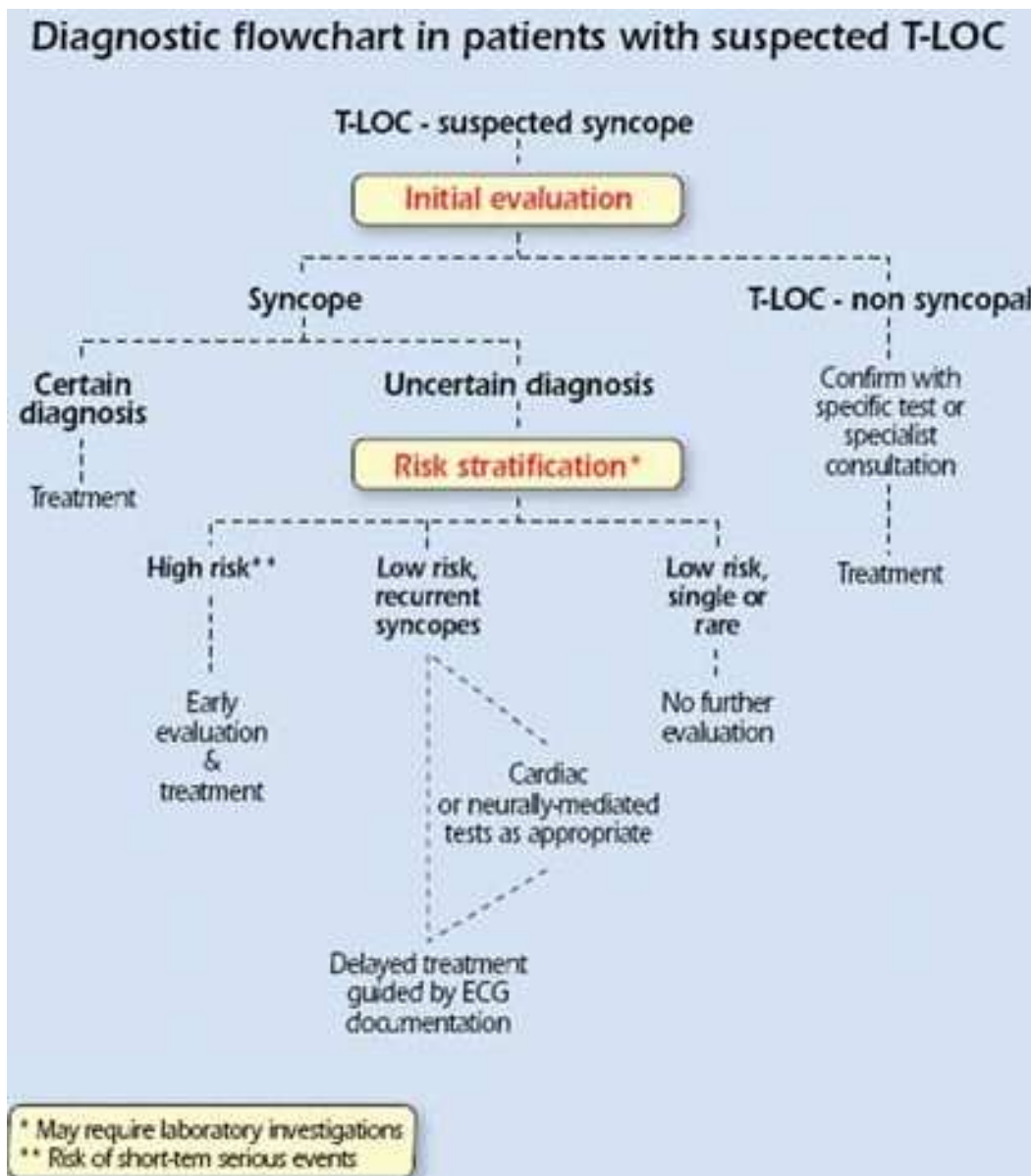
Syncope Unit: rationale and requirement – the European Heart Rhythm Association position statement endorsed by the Heart Rhythm Society

Rose Anne Kenny* (Chairperson, Ireland), Michele Brignole (Co-chairperson, Italy), Gheorghe-Andrei Dan (Romania), Jean Claude Deharo (France), J. Gert van Dijk (The Netherlands), Colin Doherty (Ireland), Mohamed Hamdan (USA), Angel Moya (Spain), Steve W. Parry (UK), Richard Sutton (UK), Andrea Ungar (Italy), and Wouter Wieling (The Netherlands)

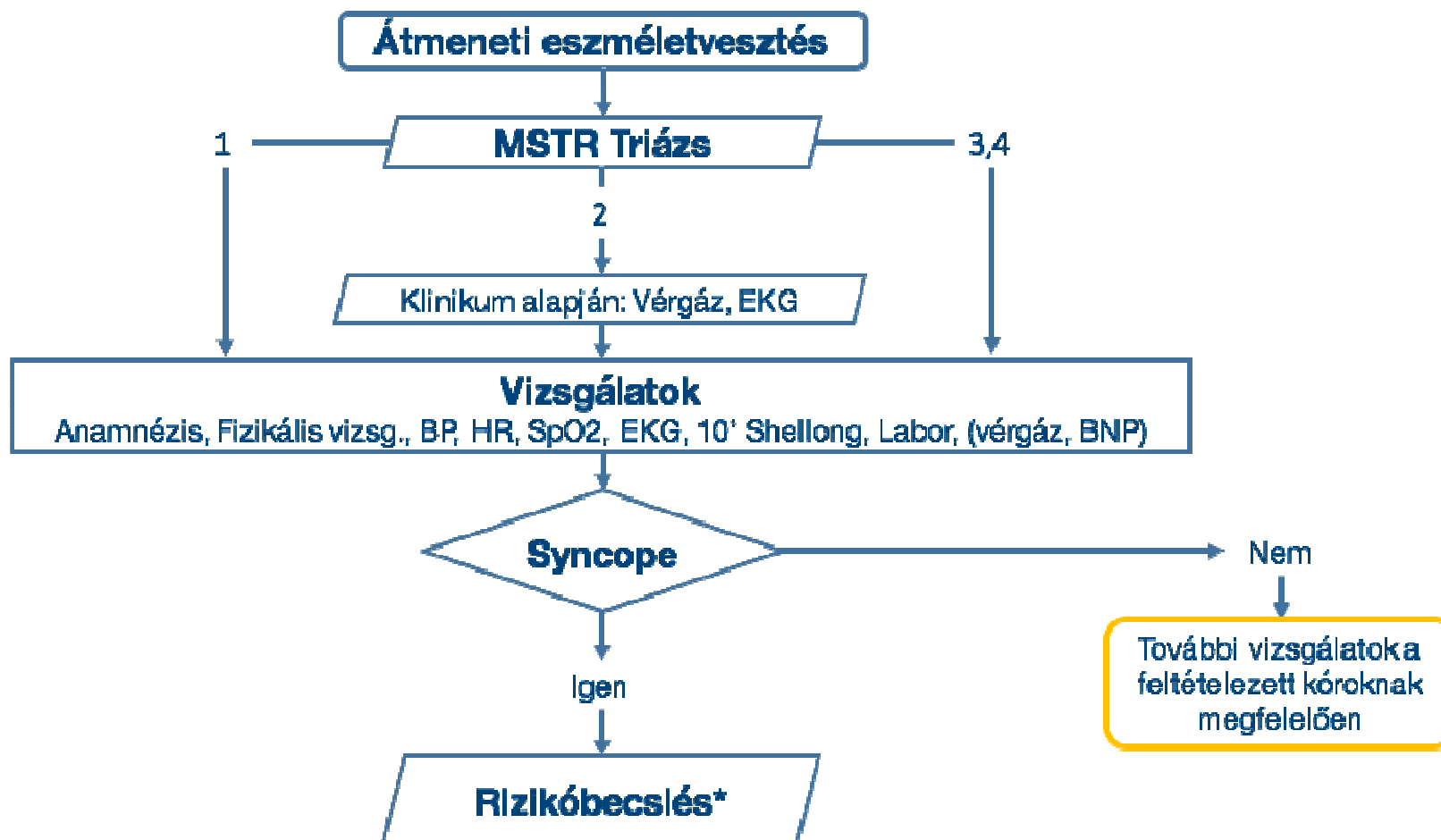
ESC Irányelv



ESC Irányelv



Syncope menedzsment



Rizikóbecslés



Journal of the American College of Cardiology
© 2010 by the American College of Cardiology Foundation
Published by Elsevier Inc.

Vol. 55, No. 8, 2010
ISSN 0735-1097/10/\$36.00
doi:10.1016/j.jacc.2009.09.049

QUARTERLY FOCUS ISSUE: HEART RHYTHM DISORDERS

Clinical Research

Syncope

The ROSE (Risk Stratification of Syncope in the Emergency Department) Study

Matthew J. Reed, MA, MB, BCH, FRCGS, FRCR
Andrew J. Coull, BSc, MB, CHB, FRCGS, FRCR
Keith G. Jacques, MB, BCH,* Alasdair Reid, MB, BCH, FRCGS, FRCR
Edinburgh, United Kingdom

RESEARCH

Download

San Francisco Syncopé outcomes: a systematic review

Ramon T. Saccilotto MD, Christian H. N. N. Roland Bingisser MD, Michael T. Koller

See related commentary by Parry at www.cmaj.ca

European Heart Journal (2003) 24, 811–819



Development and prospective validation of a risk stratification system for patients with syncope in the emergency department: the OESIL risk score

Published in final edited form as:

J Emerg Med. 2007 October ; 33(3): 233–239. doi:10.1016/j.jemermed.2007.04.001.

PREDICTING ADVERSE OUTCOMES IN SYNCOPE

Shamai A. Grossman, MD, MS*, Christopher Fischer, MD†, Lewis A. Lipsitz, MD†, Lawrence Mottley, MD‡, Kenneth Sands, MD‡, Scott Thompson, BA*, Peter Zimetbaum, MD§, and Nathan I. Shapiro, MD, MPH*

* Department of Emergency Medicine, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts

† Department of Gerontology Division, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts

‡ Department of Medicine, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts

§ Department of Cardiology Division, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts

Melina Bontini^a,
Antonio Di Leontini^a, for the OESIL
Study Investigators

^a Bontini, 330, 00124 Rome, Italy

^b Di Leontini, 330, 00124 Rome,

Vol. 51, No. 3, 2008
ISSN 0735-1097/08/\$34.00
doi:10.1016/j.jacc.2007.08.059

Heart Rhythm Disorders

Syncope,
Diagnosis

(Emergency Department) Study

Di Leontini, MD,*
Simionetta Dell'Orto, MD,†
Di Leontini, MD,|| Nicola Montano, MD, PhD,*

Heart. 2008 Dec;94(12):1620-6. doi: 10.1136/hrt.2008.143123. Epub 2008 Jun 2.

Clinical predictors of cardiac syncope at initial evaluation in patients referred urgently to a general hospital: the EGSYS score.

Del Rosso A¹, Ungar A, Maggi R, Giada F, Petix NR, De Santo T, Menozzi C, Brignole M.

Rizikóbecslés

Boston.



Boston.



Miért Boston?



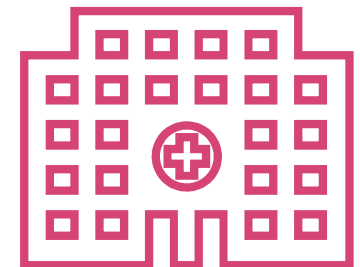
- **A lehetséges okok széles spektruma**
- **Egyszerűbb, mint amilyennek tűnik**
- **Garantálja a betegbiztonságot**
- **= szenzitív**

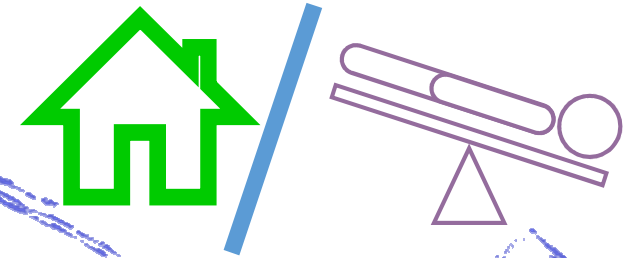


- I. ACS valószínű**
- II. Aggasztó kardiális anamnézis**
- III. Vezetési zavar jelei**
- IV. Folyadékhiány**
- V. Abnormális vitális paraméterek több, mint 15 percen át**

I. ACS valószínű

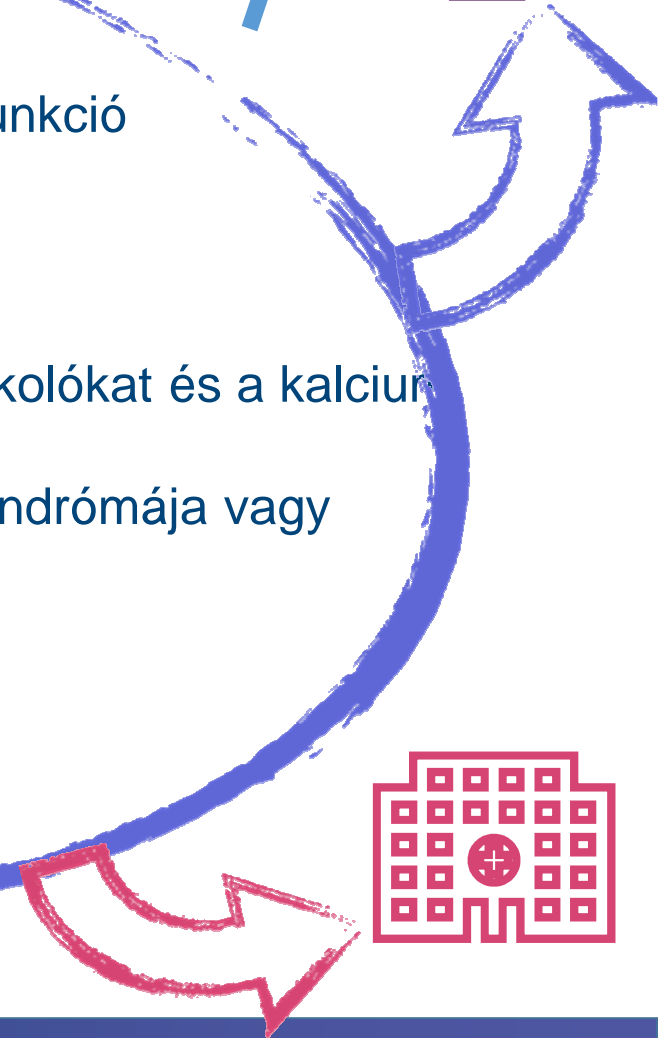
- Kardiális jellegű mellkasi fájdalom
- Iszkémiára utaló EKG
- VT, VF, SVT, magas frekvenciájú AF vagy új ST-T hullám változás
- Fulladás, nehézlégzés

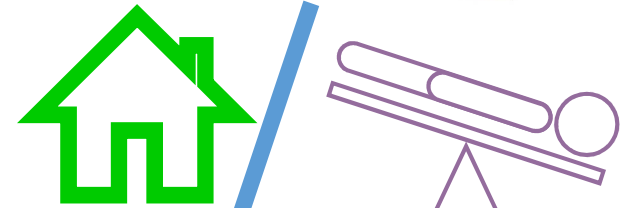




II. Feltételező kardiális anamnézis

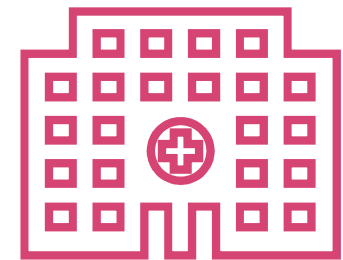
- ISZB, beleértve a mély Q hullámokat, HTCM, DCM
- Pangásos szívelégtelenség vagy csökkent bal kamra funkció
- Korábbi VT vagy VF
- Pacemaker beültetés
- ICD beültetés
- Antiaritmiás gyógyszerek szedése kivéve a béta blokkolókat és a kalcium csatorna blokkolókat
- Közeli családtag hirtelen halála, HOCM-je, Brugada szindrómája vagy hosszú QT szindrómája
- Ismert vicium vagy újonnan felfedezett szívzörej





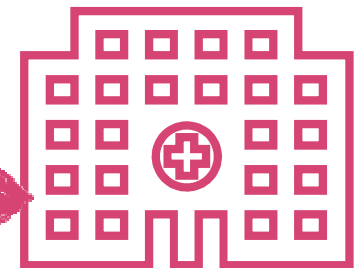
III. Vezetési zavar jelei

- Ismétlődő syncope az elmúlt 6 hónapban
- Palpitáció az anamnézisben
- Terhelesre jelentkező syncope
- QT szakasz > 500 ms
- Másod vagy harmadfokú AV blokk vagy intraventrikuláris blokk



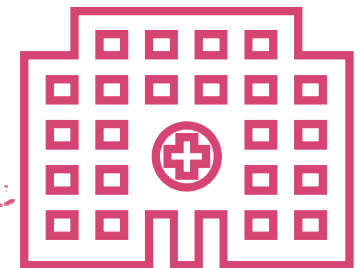
IV. Folyadékhiány

- Gasztrointesztinális vérzés (makro- vagy mikroszkópos) a vizsgálat alatt, vagy az anamnézisben
- Hematokrit < 30%
- Nem korigált dehidráció

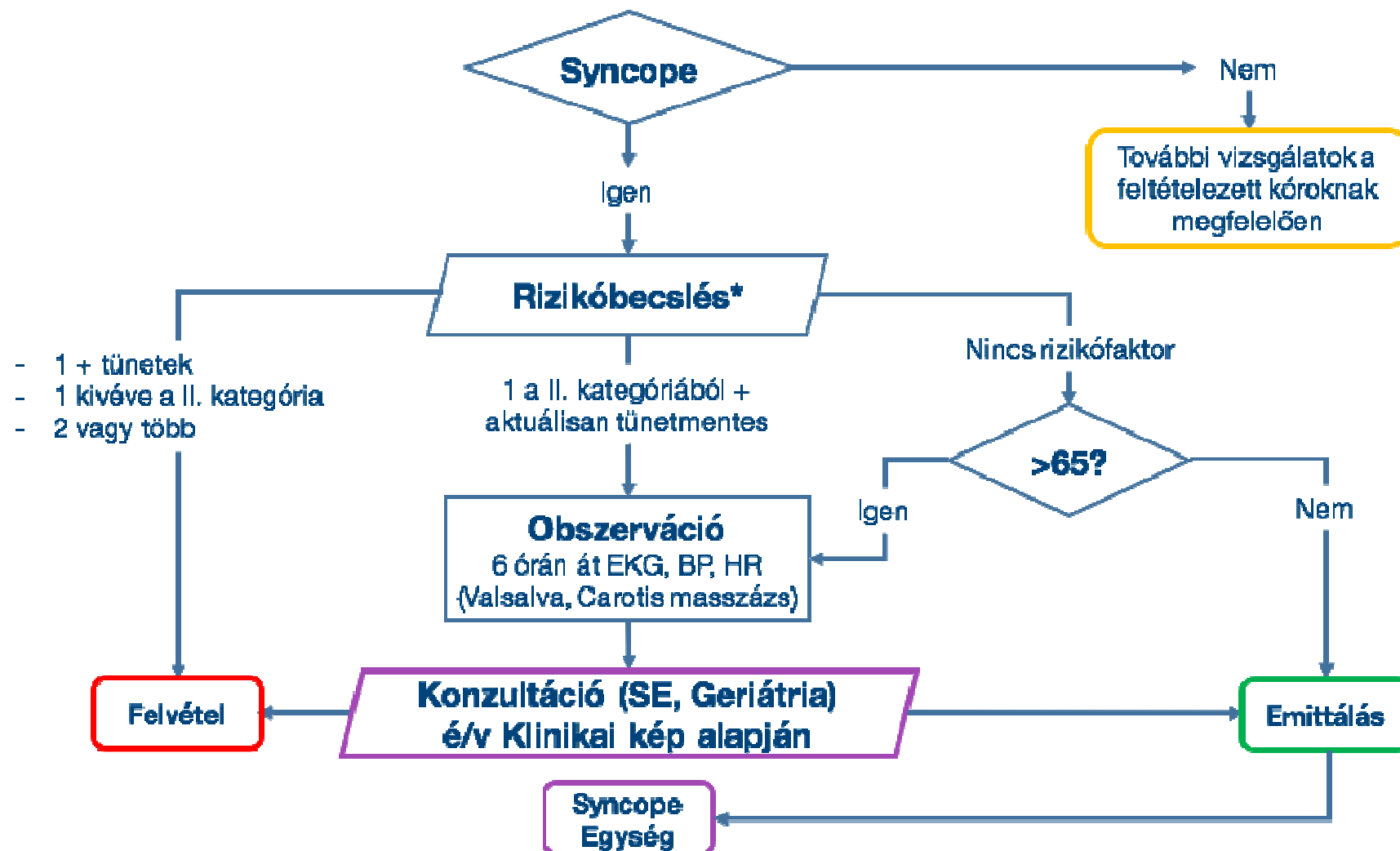


V. Anormális vitális paraméterek több, mint 15 percen át

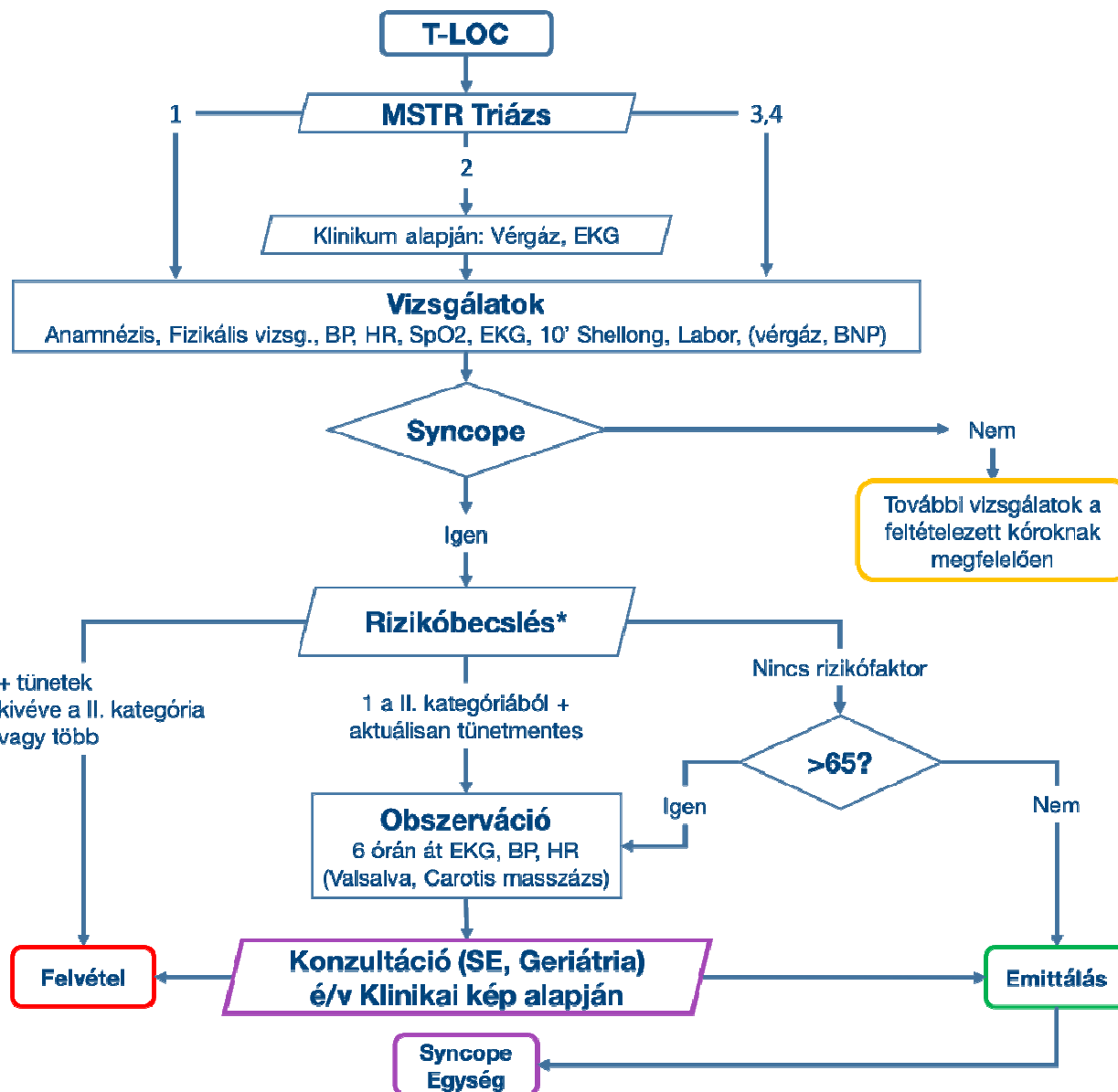
- Légzésszám > 24 légvétel/perc
- O₂ szaturáció $< 90\%$ (körlevegőn)
- Szinusz ritmus < 50 /min vagy > 100 /min
- Szisztolés vérnyomás < 90 mm Hg (presszorok adása nélkül)



Syncope menedzsment



Syncope menedzsment



* Rizikóbecslés az adaptált Boston kritériumok alapján

I. ACS valószínű	Kardiális jellegű mellkasi fájdalom Iszkémiára utaló EKG (ST eleváció vagy mély $> 0.1 mV$ ST depresszió) Egyéb EKG eltérések (VT, VF, SVT, magas frekvenciájú PF vagy új (vagy eddig nem ismert) ST-T hullám eltérés Fulladás, nehézlégzés
II. Aggasztó kardiális anamnézis	ISZB, beleértve a mély Q hullámokat, HTCM, DCM Pangásos szívelégtelenség vagy csökkent bal kamra funkció Korábbi VT vagy VF Pacemaker beültetés ICD beültetés Antiarythmiás gyógyszerek szedése kivéve a béta blokkolókat és a kalcium csatorna blokkolókat Közeli családtag hirtelen halála, HOCM-je, Brugada szindrómája vagy hosszú QT szindrómája Ismert víciüm vagy újonnan felfedezett szívzörej
III. Vezetési zavar jelei	Ismétlődő syncope az elmúlt 6 hónapban Palpitáció az anamnézisben Terhelésre jelentkező syncope QT szakasz $> 500 ms$ Másod vagy harmadfokú AV blokk vagy intraventrikuláris blokk
IV. Folyadékhiány	Gasztrointesztinális vérzés (makro vagy mikroszkópos) a vizsgálat alatt, vagy az anamnézisben Hematocrit $< 30\%$ Nem korrigált dehidráció
V. Abnormális vitális paraméterek több mint 15 percen át	Légzésszám > 24 légvétel/perc O ₂ szaturáció $< 90\%$ (körlevegőn) Szinusz ritmus $< 50 /min$ vagy $> 100/min$ Szisztolés vérnyomás $< 90 mm Hg$ (presszorok adása nélkül)

Köszönöm!



Egy rizikó meghatározásra épülő rendszernek nem csak az életveszélyes állapotok ellátásában van szerepe, hanem azok megelőzésében is.

A beteg köré renel ellátás elve alapján a szűrő funkció helye a sürgősségi osztály kell, hogy legyen.