

Minnesanteckningar från TIVA-möte i Lund 20-21 september 2007

Närvarande:

Lars Algotsson, Lund
Doris Kesek, Umeå
P-O Joachimsson, Uppsala
Ove Jonsson, Uppsala
Jawad Jawad, Örebro
Bengt Peterzén, Linköping
Sören Berg, Linköping
Johan Sellgren, Göteborg

Hjärtintensivvård

Svenska Hjärtförbundet har tidigare önskat en definition på vad hjärtintensivvård är.
Vid Göteborgs mötet definierades detta som svikt i 2 eller flera organsystem där hjärtsvikt är obligat.

Var gränsen går för vad som är optimal hjärtintensivvård är inte helt klar och är för tillfället till viss del en dimensionerings fråga. Skall vi ta emot hjärtstillestånd och patienter som kylbehandlas efter detta? Skall vi behandla alla lungödem med behov av mer krävande insatser eller ska CIVA ta dessa patienter? Bör THIVA vara en ren post kirurgisk intensivvårdsavdelning.

Nationella riktlinjer för hjärtsvikt har nyligen publicerats på socialstyrelsens hemsida och man kan konstatera att det inte finns någon representant med från thorax anestesi eller thoraxintensiv.

Detta trots att THIVA varje år vårdar ett stort antal patienter med grav hjärtsvikt som behöver avancerad behandling med inotrop stöd eller mekanisk assist (IABP, Vä-assist, ECMO).

Det verkar som om vi har en erfarenhet och kunskap som i nuläget inte efterfrågas och det behövs därför en aktiv strategi för att göra oss hörda.

Första steget blir att bjuda in professor Lars Wallentin, kardiolog representant i svenska hjärtförbundet, till vårt nästa nätverksmöte som kommer att hållas i Uppsala.

Vi kan då diskutera och informera honom om vad vi bidrar till i hjärtsviktsbehandlingen.

Vi bör inför det mötet sammanställa och redovisa de kardiolog och thoraxkirurgiska patienter som har :

- 1) Inotrop stöd > 24 h
- 2) Mekanisk cirkulations stöd med IABP, Vä kammar assist eller ECMO.

Frågan om att hålla ett hjärtsvikts symposium togs upp. Symposiet bör rikta sig till kardiologer, intensivister och thorax anesthesiologer och bör vara en post graduate kurs helst utan inblandning eller sponsring från industrin.

Mer planering behövs och Lars Algotsson kommer ha kontakt med Anders Öwall angående tidpunkter, föreläsare mm.

Vilken utbildning ska krävas för doktorer på THIVA i fortsättningen ?

I Sverige sker nyrekryteringen av THIVA och CIVA doktorer ffa från specialist kompetenta anesthesiologer.

I Europa är detta inte helt självklart och i framtiden kommer vi kanske att få fler sökanden därifrån.

Någon form av anestesiuutbildning måste vara ett krav, ett förslag på 2 år togs upp.

Dessutom behövs någon form av intensivvårdsutbildning motsvarande SSIA's intensivist program.

Det finns ett önskemål att nya THIVA läkare ska gå SSAI's intensivist utbildning på 2 år.

Ev behövs öronmärkta platser .

I SSAI programmet finns inget krav på THIVA placering, ett önskemål skulle vara 3 mån tjänstgöring på någon THIVA avdelning.

Lars Algotsson kommer att ta upp frågorna med SSAI (Sten Rubertsson) .

HJÄRTSVIKT :

BNP :

Endast Lund följer BNP regelbundet.

BNP har en kort halveringstid (20 min) vilket gör att man kan följa en påbörjad sviktbehandling och utvärdera effekten. Provet kan följas flera ggr/d.

NT-pro BNP har längre halveringstid och är inte lika specifikt. Påverkas bla mer av njurinsufficiens mm.

BNP > 700 ug/ml vid utskrivning av THIVA patienter har visat en betydande risk för både ökad mortalitet och återinläggning på IVA inom 180 dagar.

BNP < 350 ug/ml har mkt god prognos.

SIMDAX:

Med undantag fr Lund så används Simdax i liten mängd.

Uppskattningsvis ca 20 pat /år Simdax behandlas på varje enhet.

Frekvensen har minskat senaste åren. Används ffa i slutet av en akut svikt.

Lund har som tradition att behandla även akuta sviktpatienter med Simdax men ofta i kombination med Dobutamin och NA vb, helst ej A.

Övriga enheter behandlar akuta sviktpatienter med i stort sett samma läkemedel.

1:a hands medel är Milrinon och NA. A läggs till vb men ej över 100ng/kg/min i Linköping.

Dopamin används ibland som inotropi "light".

Dobutamin används ej i Göteborg och så gott som aldrig i Uppsala.

IABP:

Linköping ca 2,8 %.

Göteborg ca 3-4 %.

Maskinerna har blivit klart förbättrade och mer följsamma.

Vi bör troligtvis öka användandet av IABP.

Schwan Ganz katetrar :

Lund ca 150 /år.

Linköping ca 50 /år

Uppsala ca 50 -100 /år.

Örebro ca 50 /år

Göteborg ca 180 /år

SvO2 :

Viktig parameter att följa.

Kan dock acceptera värden ner till 50 % hos vissa patienter , kliniskt status bestämmer.

VpO2 < 3,5 talar för hjärtsvikt.

Om ingen PA-kateter används blandvenös gas från CVK. Varierar mer men är en bra trendmätare.

TRANSFUSION :

Ingen klinik har något generellt protokoll för transfusion.

Hb värdet i sig styr inte transfusion utan patientens ålder och kliniska status avgör mest.

Hb värden ner till ca 70 kan accepteras.

Transfusionerna har generellt ökat. Erytrocyter ges till ca 40-50% av hjärtopererade patienter.

Trombocyter ges till mellan 5%(Lund) - 12%(Göteborg). Den ökade Plavix användningen är en trolig orsak.

Reop frekvensen för blödning är i Göteborg ca 6% och har minskat senaste året.

KOAGULATIONS MONITORERING :

ACT följs postoperativt. Höga ACT utan blödning behöver ej alltid åtgärdas.

Blödning trots normalt ACT behandlas initialt ändå med Protamin av de flesta.

Sonoclot används i Örebro och Umeå.

TEG eller liknande används av samtliga. Umeå är på gång att införskaffa. Upplevs som ett bra hjälpmedel dock lite för långsamt.

KOAGULATIONSBEHANDLING:

De flesta blödningar är "Kirurgiska" och tiden till reop bör vara kort.

Alla behandlar blödning på liknande sätt.

- 1) Protamin (minst 1:100).
- 2) Cyklokapron , minst 2g. Göteborg ger samtliga hjärtop 2g perop + 2g post op.
- 3) Octostim. Sjunkande användning.
- 4) Trombocyter. Viktigt att ge tidigt.
- 5) Novoseven

Anses som mycket värdefull i terapi arsenalen. Viktigt med substitution av trombocyter samt fibrinogen innan (2g).

Tidigare rekommendationer på att ge 90ug /kg frångås av de flesta.

Studier visar på god effekt av betydligt lägre doser.

Göteborg ger 2,4 mg som startdos om Novoseven behövs.

NÄSTA MÖTE :

Uppsala jan 08. Troligtvis 18 -19 /1.

Agenda då inefattar bla diskussion om härtsviktsbehandling på THIVA med representant från Svenska Hjärtförbundet.

Kontakt kommer att tas med professor Lars Wallentin.

/Ove Jonsson/P-O Joachimsson