

NEKI ASPEKTI PREVENCIJE I TRETMANA VAZODEPRESIVNIH SINKOPA U STOMATOLOŠKOJ PRAKSI

A. Spasić, V. Obradović, S. Popović

Poznata je činjenica da izvestan broj stomatoloških pacijenata iznenadno i neočekivano gubi svest pri ulasku u ordinaciju, ili prilikom pripreme za stomatološku intervenciju. Ovakav iznenadni i nagli pad pacijenta, koji može ali i ne mora da se završi gubljenjem svesti, nazivamo sinkopom.

Pod sinkopom, kako je definisao Georges L. Engel, podrazumevamo komplek simptoma, za koji je karakteristična iznenadna prolazna slabost, klonulost, nesvestica i vrtoglavica, koja se završava i gubitkom svesti ukoliko se ceo proces ne prekine pre nego nastupi taj stadijum.

Gubitak svesti i pad nastaju zbog iznenadnog smanjenja moždanog metabolizma, prouzrokovanog cirkulatornim ili metaboličnim činiocima, ili zbog čisto psihičkih mehanizama.

Ne ulazeći dublje u kliničku i analizu raznih vrsta sinkopa, u ovome referatu želeli bismo da se ograničimo na prevenciju jedne vrste sinkope, sa kojom se skoro svako od nas najčešće i susreće u stomatološkoj ambulanti, specijalno u domenu oralne hirurgije, a to je vazodepresivna sinkopa.

Vazodepresivna sinkopa je najčešći oblik sinkope nastale usled pada arterijalnog pritiska, koji nastaje zbog nesklada između veličine zapremine krvnih sudova i krvi, koja treba da je ispunji. Javlja se u slučaju preteće ili zamišljene povrede (kao što je, n. pr.: predstojeći operativni zahvat) i nastaje onda kada postoji fiziološka priprema za bežanjem iz date situacije, ali je njeno izvršenje sprečeno ili nemoguće. Pretpostavlja se da proširenje krvnih sudova (u pripremi za bekstvo), nekompenzovano mišićnom konstrukcijom, dovodi do dovoljnog proširenja zapremine krvnih sudova za pojavu hipotenzije.

Sa patofiziološkog stanovišta, vazodepresivna sinkopa je prva faza šoka i najčešće se ispoljava u stojećem ili sedećem položaju, vrlo retko u ležećem. Sam bolesnik nam obično izjavljuje da iznenada oseća veliku slabost, zujanje u ušima, nemir, uzdisanje, gađenje, dok objektivno nalazimo: znojenje, bledilo, tahikardiju i pad arterijskog pritiska. Ako sistolni pritisak padne ispod 80 mm Hg, pacijent će izgubiti svest, izuzev ako nije ležao. Ako ga brzo postavimo da legne, pritisak se brzo vraća na normalu i svest mu se vraća. U stvari, pacijenta bismo morali da ostavimo da nam leži sve dok se tenzija ne stabilizuje a srčana radnja uspori odnosno nastane tahikardija.

Cilj ovog našeg rada je da iznesemo neke aspekte prevencije i tretmana vazodepresivne sinkope sa stanovišta našeg iskustva.

Materijal i metod rada

Naša prevencija išla je u dva pravca: sprečiti uznemirenost i strah pacijenta, tj. prag čulne percepcije i psihogene reakcije podići na viši nivo i sprečiti hipotenziju koja se pri tome javlja kao jedna od posledica na napred navedene radnje.

U našim ispitivanjima upotrebljavali smo tri preparata: PAREMIN („Pliva” — Zagreb); APAURIN („Krka” — Novo Mesto) i AKRINOR — „Galenika” — Beograd).

Paremin. — Paremin sadrži glutetimida i meprobramat i zavisno od veličine uzete doze deluje kao sedativ ili hipnotik. Upotrebljavali smo jednu polovinu od jedne tablete 15—30 min. pre intervencije. Zbog hipnotičkog dejstva savetovali smo vozačima da ne učestvuju u soobraćaju najmanje četiri sata posle uzimanja istog.

Apaurin. — Apaurin je psihostabilizator, koji usklađuje vegetativne funkcije i deluje sedativno, ali u odnosu na paremin nema hipnotičko dejstvo.

Akrinor. — Akrinor je kardiovaskularni analeptik sa produženim dejstvom. Deluje sinergično na srce i perifernu cirkulaciju, mobilise krv iz perifernog venskog sistema, koji služi kao rezervoar krvi, i na taj način povećava prliv venske krvi u srce, te dovodi do povećanja udarnog i minutnog volumena srca. Miokard je na taj način bolje snabdeven kiseonikom a koronarna cirkulacija pojačana. Svojim pozitivnim inotropnim dejstvom pojačava snagu miokarda i omogućava srcu da ovu mobilisanu krv ubac u arterijsku cirkulaciju.

U toku 1976.—77. god. od ukupnog broja pacijenata (6.845, od toga 3.682 žene i 3.163 muškarca) — na ovaj način smo tretirali 156 pacijenata, a od toga 104 muškarca i 52 žene, što iznosi 2,27%. Starosno doba pomenutih pacijenata je bilo između 18—30 godina (šema I).

Pacijente smo svrstali u tri grupe:

I grupa — Oni koji prvi put dolaze i doživljavaju vazodepresivnu sinkopu (56 pacijenata).

Šema I

UKUPAN BROJ PACIJENATA 1976 1977		6.845
POL	MUŠKI ŽENSKI	3.163 3.682
VRSTA INTERV.	EXTRACTIO/HIR. KOMP. I OBIČ./ APICOTOMIA	92 64

II grupa — Pacijenti koji daju anamnestičke podatke da su prilikom prethodne intervencije gubili svest (80 pacijenata).

III grupa — Pacijenti koji su kod nas prilikom prethodne intervencije doživljavali vazodepresivnu sinkopu (20 pacijenata) — (šema II).

Šema II

PODELA PACIJENATA PO GRUPAMA	BROJ PACIJEN.
I GRUPA - PRVI PUT DOLAZE I DOŽIVLJAVAJU VAZODEPRESIVNU SINKOPU	56
II GRUPA - IZ ANAMNESTIČKIH PODATAKA VIDI SE DA SU GUBILI SVEST	80
III GRUPA - PRILIKOM PRETHODNIH NAŠIH INTERVENCIJA DOŽIVLJAVAJU VAZODEPRESIVNU SINKOPU	20

Sve tri grupe pacijenata tretirali smo na isti način, koji se sastojao u sledećem:

a) uzimanju iscrpnih anamnestičkih podataka o opštem stanju zdravlja, naročito vodeći računa o hroničnim bolestima (srčana oboljenja, dijabt, primena kortikosteroida itd.);

b) merenje TA i pulsa u momentima nevezanim za našu intervenciju. Ova merenja su vrlo važna jer služe kao parametar normalnog stanja TA i pulsa ovih pacijenata;

c) merenja TA i pulsa pre početka intervencije. Ove vrednosti su se kretale u granicama normale ili su u proseku bile povećane za 5 do 1 mm Hg TA, a puls za 15—20 puta brži u minuti, dobro pipljiv, povremeno iregularan;

d) merenje TA i pulsa posle preoperativne pripreme sa tabletom paremina (ređe apaurina) i tabletom akrinora. Ova merenja su nam bila najinteresantnija jer smo kroz njih baš i promatrali našu prevenciju vazodepresivne sinkope i psihogene hipotenzije. Naša merenja su pokazala da su vrednosti TA posle premedikacije a pre intervencije bile povećane u proseku za 3—5 mm Hg, a puls dobro punjen, nešto ubrzan za 0—5 otkucaja u minutu. (šema III).

Šema III

MOMENTI MERENJA	BR. PAC.	TA	FREKV. PULSA	KVALITET PULSA
PRE INTER- VENCije	156	SIST. 10 MM Hg DIAST. 0-5 MM Hg	+10-15	MEKAN, PO- VREMENO IREGULARAN
POSLE PRE- OPERATIVNE PRIPREME PAREMINOM I AKRINOROM	100	SIST. 3-5 MM Hg DIAST. 2-5 MM Hg	+5-7	DOBRO PIPLJIV, DOBRO PUNJEN, REGULARAN
POSLE 1 M ORDINIRANJA AMPULE AKRINORA	20	SIST. 0-5 MM Hg DIAST. 2-5 MM Hg	+5-7	POSLE 10 MIN. DOBRO PIPLJIV, REGULARAN

Tablete Paremina ili drag. Apaurina (ovde želimo da naglasimo da su moćnije rezultate imali sa Pareminom, budući da poseduje i hipnotički efekat) davali smo 15—20 minuta pre intervencije, dok smo tabletu Akrinora dodavali posle 5 minuta.

Kod četiri pacijenta, što iznosi 4% od ukupnog broja pripremljenih, morali smo da prekinemo intervenciju jer je, bez obzira na premedikaciju, došlo do prodromalnih znakova vazodepresivne sinkope, i to kod onih pacijenata koji su umesto tablete Paremina dobili drag. Apaurina. Kod jače izraženih prodromalnih simptoma, ovakve pacijente stavljali smo u horizontalni položaj i po potrebi ih oksigenirali Amby-aparatom.

e) Ampule Akrinora smo ordinirali pri jače izraženim prodromalnim znacima sinkope i u stadijumu vazodepresivne sinkope. Pacijent je bio stavljen na reanimacioni krevet ili, ako je bio u hirurškoj sali, hirurška stolica je dovedena u horizontalan položaj. Akrinor ampula je data i. m.

Posle 10 min. merili smo TA i puls. TA je bio u granicama normale ili u proseku od 0—5 mm Hg povećan i sistolni i dija-stolni pritisak, dok je puls bio regularan, dobro pipljiv, dobro punjen i u proseku za 5—7 otkucaja veći. Sve intervencije mogli smo da nastavimo posle 10—15 min, mada je kod pet pacijenata došlo do ponovnih prodromalnih znakova sinkope i morali smo prekidati intervenciju, stavljajući ponovo pacijenta u horizontalan položaj i oksigenirati ga Amy-aparatom. Ovo se desilo kod 4 pacijenata koji nisu preoperativno uopšte premedicirani a i kod jednog koji je pre intervencije popio samo drag. Apaurina.

Zaključak

Ovim radom smo hteli da napomenemo da je vazodepresivna sinkopa najčešća kod osoba mlađeg i srednjeg životnog doba. Češće su joj podložni muškarci nego osobe ženskog pola. Opšte stanje pacijenta, njegova nervna napetost, okolina, pa čak i atmosfere prilike, utiču na učestalost ovog stanja. Jedno od najjednostavnijih sredstava za sprečavanje i prevenciju vazodepresivne sinkope je možda, dobra, iscrpna anamneza i inspekcija pacijenata i obavezno merenje TA i pulsa u sumnjivim slučajevima, a zatim bi stajala medikamentozna priprema, kao što se pokazalo u našoj praksi.

Summary

Vasodepressive fainting is much frequent in persons of younger et middle age than in older persons. Olso, is frequent in males than in femals. Generally condition of patient, his nerv tension, environs et atmospheris alternations, influence on frequency of this condition. One of the simplest simptoms for prevention of vasodepressive fainting is, perheps good and detailed annamnesice, inspection of patient and measuring of blood-presslre and pulse in dubious ceses. After this, we use medicamental therapy, as like we present in ours practice.

Literatura

1. Cecil-Loel: Udžbenik interne medicine, Medicinska knjiga, Beograd — Zagreb, 1967. god. (str. 1460.)
2. Howarth S. and Lowe J. B.: The mechanism of effort Syncope in Primary Pulmonary Hypertension and Cyanotic Congential Heart Dieas, Brit, Heart J., 15. 47, 1953. god.
3. Clinical Dental Anesthesia: James M. Bell, Blackwell Scientific Publication 1975. god.
4. General Anesthesia for Dental Surgery: R. S. Walsh 1960. god.