



INFORMACJA DLA PACJENTA – FORMULARZ ZGODY NA ZABIEG MEDYCZNY

KORONAROGRAFIA

Koronarografia jest zabiegiem diagnostycznym, który daje bezpośredni obraz tętnic wieńcowych, czyli naczyń krwionośnych doprowadzających krew do mięśnia sercowego. Jest tak zwanym „złotym standardem” w diagnostyce kardiologicznej. Sama koronarografia trwa zazwyczaj ok. 30 - 45 min. Badanie to jest wykonywane najczęściej u pacjentów ze wszystkimi postaciami choroby wieńcowej, a także (znacznie rzadziej) u chorych z innymi patologiami sercowymi, takimi jak np. wady serca czy choroby mięśnia sercowego (kardiomiopatie), oraz podczas diagnostyki niewydolności serca i innych schorzeń tego narządu. Wynik badania koronograficznego ma bardzo duże znaczenie w podejmowaniu decyzji o dalszych sposobach leczenia.

PRZYGOTOWANIE DO ZABIEGU

Przygotowanie pacjenta do koronarografii polega na 3-, 4-godzinnym niejedzeniu pokarmów stałych i ok. 1-godzinnym niepieniu płynów. Należy dokładnie umyć całe ciało płynem do dezynfekcji (który zostanie wydany w punkcie pielęgniarskim). Przed zabiegiem każdy pacjent ma zakładane wkłucie dożylnie (tzw. wenflon). Zawsze należy postępować zgodnie z zaleceniami personelu pielęgniarskiego, który jest odpowiedzialny za przygotowanie pacjenta do badania.

PRZEBIEG BADANIA

Koronarografia jest wykonywana w znieczuleniu miejscowym. Po nakłuciu tętnicy udowej lub promieniowej, w wyjątkowym wypadku ramiennej, do aorty zostaje wprowadzony cewnik ze sztucznego tworzywa, przez który operator podaje środek cieniujący (tzw. kontrast) do ujść tętnic wieńcowych. W trakcie wstrzykiwania kontrastu chory jest prześwietlany promieniami Roentgena (tzw. promienie rtg, promienie X). Uzyskany obraz jest zapisywany (obecnie najczęściej cyfrowo na dysku komputera).

PO BADANIU

Po zabiegu wykonanym z dojścia udowego chory musi leżeć zazwyczaj 12 godzin na wznak (w niektórych przypadkach dłużej), postępując zgodnie ze wskazówkami lekarzy i pielęgniarek. W wypadku nakłucia tętnicy promieniowej ten czas jest znacznie krótszy i pacjent zwykle może wstać z łóżka w ciągu kilku godzin. Czas, po którym pacjent może wstać z łóżka po koronarografii lub angioplastyce, jest wyznaczany wstępnie przez operatora, a następnie korygowany przez lekarza prowadzącego lub dyżurnego. Bezpośrednio po zabiegu (koronarografia/angioplastyka wieńcowa) z dostępu udowego nie należy zginać nogi z nakłutą tętnicą, siadać, wstawać i unosić nogi ani głowy. W przypadku nakłucia tętnicy promieniowej nie wolno wykonywać gwałtownych ruchów ręką i należy dbać o założony opatrunek, gdyż jego przesunięcie może spowodować silne krwawienie. Jeżeli dłoń sinieje, staje się drętwa lub przy opatrunku pojawi się krew – należy wezwać personel. W razie jakichkolwiek wątpliwości – zawsze należy pytać pielęgniarki i lekarzy. Po zabiegu pacjent zwykle otrzymuje dożylnie płyny (ściśle wg zaleceń lekarskich) lub musi wypić 1,5 litra płynów w ciągu 3 - 4 godzin (także zgodnie z wcześniejszymi zaleceniami). W przypadku jakichkolwiek zmian w samopoczuciu lub oznak krwawienia z miejsca nakłucia tętnicy chory powinien natychmiast zaalarmować pielęgniarki (przyciskiem alarmowym przy łóżku), nie wstając i nie siadając na łóżku. Zachowanie tych zasad pozwala najczęściej przeżyć koronarografię bez nieprzyjemnych doznań i dużego stresu. Nie da się jednak całkowicie znieść czucia dotyku i ucisku w okolicy nakłucia; nieprzyjemne bywa czasami uczucie gorąca rozprzestrzeniające się po całym ciele w trakcie wstrzykiwania kontrastu. Są to wrażenia chwilowe, zwykle ustępujące po kilku minutach.

POWIKŁANIA

Koronarografia jest zabiegiem bezpiecznym, jednak – jak każde działanie inwazyjne – niesie ze sobą pewne ryzyko powikłań. Odsetek wszystkich zdarzeń niepożądanych jest niewielki i nie przekracza 1 procenta wszystkich zabiegów diagnostycznych. W znacznej większości są to powikłania niewielkiego stopnia, przemijające.

Łagodne powikłania – najczęstszym jest krwiak i ból w miejscu nakłucia tętnicy (zwykle pachwiny), wchłaniający się po kilku, kilkunastu dniach bez trwałych następstw. Po wkłuciu w okolicy nadgarstka ból czasami utrzymuje się dłużej, jednak o ile zachowany jest przepływ w naczyniu oraz niezaburzone są funkcje ruchowe i czucie ręki, objawy znikają bez śladu. Innym łagodnym i przejściowym powikłaniem są różnego rodzaju reakcje nadwrażliwości na środek cieniujący (tzw. kontrast) – skórne: wysypka, rumień; ogólne: odczyny gorączkowe, bóle głowy, nudności. Dość często występują także bóle okolicy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – związane najczęściej z wymuszoną pozycją ciała po badaniu (najczęściej na wznak).

Umiarkowane powikłanie to każde zdarzenie niepożądane, które nie zagraża bezpośrednio życiu, ale wymaga dodatkowej procedury medycznej. Są to najczęściej: tętniaki rzekome w miejscu wkłucia po badaniu lub inne powikłania naczyniowe (duże krwiaki lub przetoki tętniczo-żylne) – wymagające konsultacji chirurgicznej i ewentualnie dalszych zabiegów (nakłucie, operacja). Drugim co do częstości powikłaniem umiarkowanym jest tzw. nefropatia kontrastowa, czyli przejściowe pogorszenie funkcji nerek po 2 - 3 dniach od podania kontrastu. Najlepszą metodą zapobiegania i leczenia nefropatii jest dobre nawodnienie pacjenta przed koronarografią i po niej, a czasami także modyfikacja leczenia farmakologicznego – ściśle wg zaleceń lekarskich. Kolejnym niepożądanym zdarzeniem

może być przekroczenie dawki 3 Gy promieniowania rtg pochłoniętego przez skórę. Może to mieć miejsce podczas przedłużonego zabiegu, a zwłaszcza przy skomplikowanych zabiegach terapeutycznych (angioplastyce wieńcowej). Fakt taki jest zawsze odnotowywany w dokumentacji medycznej i chory jest kierowany wówczas na kontrolne badanie lekarskie co najmniej raz w tygodniu w okresie 21 dni po zabiegu. Bardzo rzadko jest wymagana pomoc specjalistyczna (np. dermatologiczna).

Ciężkie powikłania po koronarografii, takie jak: zawał serca, udar mózgu, wstrząs anafilaktyczny, krytyczne niedokrwienie kończyn, zgon czy pilne operacje naczyniowe należą do rzadkości. Ich łączna częstość szacowana jest na poniżej 0,1% (wg bazy danych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego).

Niezależnie od rodzaju występującego powikłania należy o nim niezwłocznie powiadomić personel dyżurujący (pielęgniarkę lub lekarza), by jak najszybciej wdrożyć ewentualną diagnostykę i leczenie. Ryzyko wystąpienia wyżej wymienionych powikłań (a zwłaszcza tych umiarkowanych i ciężkich) jest minimalne w czasie wykonywania planowych zabiegów, u pacjenta w dobrym stanie. Rośnie natomiast wraz z pogarszaniem się stanu ogólnego pacjenta, jego wiekiem oraz ilością dodatkowych chorób współistniejących (jak np. cukrzyca, POCHP, niewydolność serca, choroby nerek itp.). Jednak pomimo tego z roku na rok, wraz ze starzeniem się populacji, ale także wraz z postępem medycyny, wykonuje się coraz większą liczbę zabiegów u tak zwanych „trudnych pacjentów” (z licznymi obciążeniami) – z bardzo dobrymi wynikami.

PODSUMOWANIE

Podsumowując, należy mieć świadomość, iż badanie koronarograficzne, na które został Pan/Pani skierowany/na, jest bardzo istotne dla pacjenta, a wynik tego badania decyduje o sposobach dalszego leczenia. W każdym przypadku lekarz kierujący Pana/Panią na koronarografię rozważa wskazania indywidualnie, postępując zgodnie z najnowszymi standardami kardiologicznymi, zawsze oceniając stosunek korzyści do ryzyka, i proponuje to badanie tylko wtedy, gdy korzyść przeważa nad potencjalnym ryzykiem.

ZGODA PACJENTA NA KORONAROGRAFIĘ WIEŃCOWĄ

Ja, niżej podpisany/a, po zapoznaniu się z „Informacją dla pacjenta” wyrażam świadomą zgodę na koronarografię wieńcową.

.....
data i podpis lekarza

.....
podpis pacjenta/pacjentki lub jego/jej opiekuna prawnego

ANGIOPLASTYKA WIEŃCOWA

Angioplastyka wieńcowa, zwana także koronaroplastyką, jest zabiegiem terapeutycznym, który można wykonać bezpośrednio po koronarografii (zazwyczaj w sytuacjach pilnych, takich jak zawał serca lub niestabilna choroba wieńcowa) lub w kolejnym etapie leczenia w zależności od decyzji lekarza, a w razie dużego ryzyka zabiegu po konsultacji w zespole leczącym. Sam zabieg trwa średnio ok. 60 - 90 min. i polega na rozszerzeniu miejsca zwężonego w tętnicy wieńcowej przy pomocy cewników balonowych i/lub wszczepianiu stentów w miejsce zwężeń. Przygotowanie do zabiegu oraz postępowanie po nim, a także powikłania, są bardzo podobne do opisanych powyżej w przypadku koronarografii. W porównaniu z samą koronarografią – podczas angioplastyki pacjent częściej może odczuwać bóle w klatce piersiowej, związane zwykle z rozprężaniem balonów lub implantacją stentów. Dłuższy czas zabiegu niesie ze sobą większą dawkę użytego kontrastu oraz większą dawkę promieniowania rtg (promieniowania X) – a co za tym idzie – także większe ryzyko nefropatii kontrastowej oraz przekroczenia dawki 3 Gy promieniowania rtg (promieniowania X). Postępowanie po zabiegu jest w każdym przypadku indywidualne i zależy ściśle od zaleceń lekarskich, które to zalecenia są wypełniane przez specjalnie przeszkolone pielęgniarki. W razie jakichkolwiek wątpliwości ma Pan/Pani prawo pytać swojego lekarza prowadzącego jeszcze przed zabiegiem. Tak jak w przypadku koronarografii, tak też w przypadku angioplastyki wieńcowej lekarz kierujący Pana/Panią na zabieg rozważa wskazania indywidualnie, postępując zgodnie z najnowszymi standardami kardiologicznymi, zawsze oceniając stosunek korzyści do ryzyka, i proponuje ten zabieg tylko wtedy, gdy korzyść przeważa nad potencjalnym ryzykiem. Podczas angioplastyki mogą wystąpić wszystkie powikłania opisane przy zabiegu koronarografii, a także groźne dla życia powikłania związane bezpośrednio z zabiegiem – może dojść do zawału okołozabiegowego, pęknięcia naczynia, krwawienia do osierdza, pęknięcia tętnicy głównej, zaburzeń rytmu serca i przewodzenia. Ciężkie powikłania zdarzają się rzadko.

ZGODA PACJENTA NA ANGIOPLASTYKĘ WIEŃCOWĄ

Ja, niżej podpisany/a, po zapoznaniu się z „Informacją dla pacjenta” wyrażam świadomą zgodę na angioplastykę wieńcową.

.....
data i podpis lekarza

.....
podpis pacjenta/pacjentki