

Συγκοπτικό επεισόδιο: Η συχνότερη επείγουσα κατάσταση κατά την άσκηση της Οδοντιατρικής

Ε. Μπογοσιάν*

Ως συγκοπτικό επεισόδιο ορίζεται η παροδική απώλεια της συνείδησης, που οφείλεται σε πρόσκαιρη ελάττωση της αιμάτωσης του εγκεφάλου και χαρακτηρίζεται από ταχεία έναρξη, σύντομη διάρκεια και αυτόματη πλήρη ανάρρωση. Τα συγκοπτικά επεισόδια αντιστοιχούν σε ποσοστό μεγαλύτερο από το 53% των επειγουσών καταστάσεων που σημειώνονται κατά την άσκηση της οδοντιατρικής. Χαρακτηρίζονται από ξαφνική πτώση της αρτηριακής πίεσης και του καρδιακού ρυθμού.

Παράγοντες που συμβάλλουν στην έκλυση συγκοπτικού επεισοδίου είναι ο φόβος, το άγχος, ο ξαφνικός μη αναμενόμενος πόνος, η θέα του αίματος και των χειρουργικών εργαλείων. Κατά την άσκηση της οδοντιατρικής, συνήθως συμβαίνουν στη διάρκεια της τοπικής αναισθησίας, της ενδοδοντικής θεραπείας, των εξαγωγών των δοντιών ή και της φλεβοκέντησης.

Ο έλεγχος του φόβου και του άγχους του ασθενή με φαρμακευτικές ή άλλες τεχνικές, η οριζόντια ή ημικλινής θέση του στη διάρκεια της επέμβασης, η χρήση επιφανειακών αναισθητικών πριν την τοπική αναισθησία και ο έλεγχος του πόνου στη διάρκεια της επέμβασης συμβάλλουν στην πρόληψη των συγκοπτικών επεισοδίων.

Η αντιμετώπιση ενός συγκοπτικού επεισοδίου περιλαμβάνει την οριζόντιωση του ασθενή, χαλάρωση των ρούχων του, χορήγηση οξυγόνου, διεγερτικών του αναπνευστικού και σε ορισμένες περιπτώσεις φυσιολογικού ορού ή/και ατροπίνης. Παρά τη σχετικά αθώα φύση του απαιτείται άμεση, ψύχραιμη και μεθοδική αντιμετώπιση για την ασφάλεια του ασθενή.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 3: 25-29, 2010

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως συγκοπτικό επεισόδιο ορίζεται η **παροδική** απώλεια της συνείδησης που οφείλεται σε πρόσκαιρη ελάττωση της αιμάτωσης του εγκεφάλου και χαρακτηρίζεται από ταχεία έναρξη, σύντομη διάρκεια και αυτόματη πλήρη ανάρρωση. Άλλοι όροι που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν το συγκοπτικό επεισόδιο είναι οι όροι λιποθυμία, βαγοτονικό επεισόδιο ή νευροκαρδιογενής συγκο-

πή. Πρόκειται για συνήθως αθώα, επείγουσα ιατρική κατάσταση, που όμως αν δεν αντιμετωπιστεί σωστά μπορεί να αποβεί απειλητική για την ανθρώπινη ζωή. Με βάση τις τελευταίες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης Καρδιολογίας τα συγκοπτικά κατατάσσονται στην ευρύτερη κατηγορία των παροδικών επεισοδίων απώλειας της συνείδησης¹. Τα αίτια ενός συγκοπτικού επεισοδίου μπορεί να οφείλονται σε καρδιακή πάθηση ή να είναι εξωκαρδιακά. Σχεδόν όλες οι καρδιακές παθήσεις, καθώς και οι παθήσεις των καρωτίδων μπορεί να εκδηλωθούν με συγκοπτικό επεισόδιο. Συγκοπτικό επεισόδιο σε ηλικιωμένο ασθενή μπορεί να οφείλεται σε σοβαρή υποκείμενη αιτία και χρειάζεται διερεύνηση.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της επιδημιολογίας, των προδιαθεσικών παραγόντων, της πρόληψης, της παθοφυσιολογίας, της συμπτωματολογίας και της αντιμετώπισης των συγκοπτικών επεισοδίων μη καρδιακής αιτιολογίας.

Λέξεις κλειδιά: συγκοπτικό επεισόδιο, ιατρικό επείγον, οδοντιατρική θεραπεία.

* Επιμελήτρια Α' Οδοντιατρικής Κλινικής ΕΣΥ

Ίδρυμα προέλευσης

Οδοντιατρική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου

Πρακτικό Θέμα

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Τα συγκοπτικά επεισόδια είναι συχνά στο γενικό πληθυσμό. Συνήθως συμβαίνουν στις ηλικίες μεταξύ 10 και 30 ετών, με το μεγαλύτερο ποσοστό να σημειώνεται στην ηλικία των 15 ετών (47% στις γυναίκες και 31% στους άνδρες). Σε μελέτη βρέθηκε ότι μόνο το 5% των ενηλίκων είχαν το πρώτο τους συγκοπτικό επεισόδιο σε ηλικία μεγαλύτερη των 40 ετών. Στην πλειονότητά τους εκδηλώθηκε συγκοπτικό επεισόδιο για πρώτη φορά στη διάρκεια της εφηβείας. Αύξηση παρατηρείται και στις ηλικίες μετά τα 65 ή κατά άλλους τα 70 χρόνια τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Ποσοστό 1% των ασθενών που προσέρχονται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των Ευρωπαϊκών Νοσοκομείων οφείλεται σε συγκοπτικά επεισόδια¹. Αποτελούν τη συχνότερη μορφή ιατρικού επειγόντος που παρατηρείται κατά την άσκηση της οδοντιατρικής. Σύμφωνα με μελέτες περίπου το 53% των ιατρικών επειγόντων που σημειώνονται κατά την άσκηση της οδοντιατρικής είναι συγκοπτικά επεισόδια²⁻⁵.

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν στην έκλυση συγκοπτικού επεισοδίου διακρίνονται σε δυο κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία είναι οι ψυχογενείς παράγοντες. Εδώ ανήκουν ο φόβος, το άγχος, το στρες, το άκουσμα δυσάρεστων νέων. Επίσης ο πόνος -ιδιαίτερα ο ξαφνικός μη αναμενόμενος πόνος-, η θέα του αίματος και των χειρουργικών εργαλείων^{2,3,6,7}.

Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι μη ψυχογενείς παράγοντες. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται η παρμονή σε καθιστή ή όρθια θέση για μεγάλο χρονικό διάστημα, που ευνοεί τη λίμναση του αίματος στα κάτω άκρα. Επίσης η πείνα, που οφείλεται σε δίαιτα ή σε χαμένα γεύματα -πολλές φορές και εξαιτίας των οδοντιατρικών επεμβάσεων- που προκαλεί πτώση του σακχάρου του αίματος και υπογλυκαιμία. Η κόπωση, η κακή φυσική κατάσταση, καθώς και το περιβάλλον με υγρασία, ζέση και συνωστισμό.

Συνήθως στο οδοντιατρείο τα συγκοπτικά επεισόδια φαίνεται να σχετίζονται με την τοπική αναισθησία, τις εξαγωγές δοντιών, τις ενδοδοντικές θεραπείες, τη φλεβοκέντηση και τη θέα του αίματος και των χειρουργικών εργαλείων. Ωστόσο έχουν συμβεί επεισόδια μόλις κάθισε ο ασθενής στην οδοντιατρική έδρα ή και με την είσοδο του στο οδοντιατρείο^{2,6,8}.

ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη επιτυγχάνεται με την ελαχιστοποίηση των προδιαθεσικών παραγόντων για την έκλυση συγκοπτικού επεισοδίου. Το περιβάλλον στο οδοντιατρείο συνήθως δεν είναι ούτε υγρό ούτε συνωστισμένο και δεν προδιαθέτει από αυτή την άποψη σε συγκοπτικά επεισόδια. Όμως, πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα για να τη σωστή θερμοκρασία του. Ο επαρκής κλιματισμός του είναι αναγκαίος και εξαλείφει τον δυσμενή παράγοντα της ζέσης. Επίσης στον ασθενή πρέπει να συνιστάται να έχει

λάβει ελαφρά τροφή πριν την επέμβαση, για να αποτρέπεται ο κίνδυνος υπογλυκαιμίας².

Βασική προϋπόθεση για την πρόληψη κάθε μορφής ιατρικού επειγόντος είναι η λεπτομερής λήψη ιατρικού ιστορικού και η εκτίμηση της φυσικής κατάστασης του ασθενή πριν την επέμβαση. Η γνώση του ιατρικού ιστορικού του ασθενή είναι σημαντική για την έγκαιρη αναγνώριση του ιατρικού επειγόντος. Γνωρίζοντας το ιστορικό του ασθενή ο οδοντίατρος είναι προετοιμασμένος για τις πιθανές αντιδράσεις του και είναι σε θέση να αντιδράσει ταχύτερα^{7,9-11}. Η διαδικασία λήψης του ιστορικού πρέπει να συμπληρώνεται από την εκτίμηση της ικανότητας του ασθενή να ανεχθεί το σωματικό και ψυχολογικό στρες της επέμβασης. Έχει βρεθεί ότι ποσοστό 75% των ιατρικών επειγόντων στο οδοντιατρείο οφείλονται σε στρες. Γι' αυτό κατά τη λήψη του ιστορικού οι ασθενείς πρέπει να διερευνώνται για τη στάση τους προς την οδοντιατρική θεραπεία. Πολλοί ενήλικες οδοντιατρικοί ασθενείς έχουν άγχος και φόβο προς την οδοντιατρική θεραπεία που μάλιστα μπορεί να ντρέπονται να εκδηλώσουν^{2,6,7}. Αν προκύψει τέτοιο στοιχείο πρέπει να ζητείται η συμπλήρωση των ειδικών ερωτηματολογίων μέτρησης της οδοντιατρικής ανησυχίας^{12,13}. Εφόσον διαπιστωθεί αυξημένος φόβος, πρέπει να εφαρμόζονται τεχνικές ψυχολογικής υποστήριξης ή να χρησιμοποιούνται μέθοδοι ενσυνείδητης καταστολής για την ασφαλή αντιμετώπιση τους^{2,6,7,14}. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζονται οι ασθενείς που από τη λήψη του ιστορικού τους κατατάσσονται στις κατηγορίες ASA III ή IV. Σε αυτούς ένα συγκοπτικό επεισόδιο μπορεί να εξελιχθεί σε κατάσταση απειλητική για τη ζωή. Το στρες που στον υγιή μπορεί να προκαλέσει συγκοπτικό επεισόδιο, είναι πιθανόν στον ασθενή με καρδιαγγειακά προβλήματα να προκαλέσει αρρυθμίες απειλητικές για τη ζωή και ξαφνικό θάνατο. Στους ασθενείς ASA III ή IV πρέπει να εφαρμόζονται ειδικές τροποποιήσεις της οδοντιατρικής θεραπείας και μέθοδοι ενσυνείδητης καταστολής^{2,14}.

Οι ασθενείς με ιστορικό συγκοπτικού επεισοδίου στη διάρκεια προηγούμενης οδοντιατρικής επέμβασης, είναι πιθανόν να υποφέρουν από έντονο άγχος και φόβο ότι το επεισόδιο θα επαναληφθεί. Η οδοντιατρική επέμβαση πρέπει να είναι ανώδυνη και κατά το δυνατόν σύντομη. Οι ασθενείς στη διάρκεια της πρέπει να παρακολουθούνται και να υποστηρίζονται ψυχολογικά να την ανεχθούν. Και στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να χρησιμοποιηθεί κάποια μέθοδος ενσυνείδητης καταστολής¹⁴.

Ο κίνδυνος συγκοπτικού επεισοδίου είναι μεγαλύτερος για τον οδοντιατρικό ασθενή που είναι όρθιος ή σε καθιστή θέση. Η οδοντιατρική θεραπεία, όπως συνηθίζεται τα τελευταία χρόνια με τον ασθενή σε ύπτια ή ημικλινή θέση έχει αποτέλεσμα την πρόληψη πολλών επεισοδίων. Οι οδοντίατροι που εργάζονται σε όρθια θέση πρέπει να τροποποιούν τη συνήθειά τους αυτή τουλάχιστον για τη χορήγηση της τοπικής αναισθησίας. Η τοπική αναισθησία είναι η διαδικασία που περισσότερο από κάθε άλλη προκαλεί συγκοπτικά επεισόδια. Η ύπτια θέση του ασθενή στη διάρκεια της αποτρέπει την εκδήλωση της επιπλοκής. Στη συνέχεια η οδοντιατρική έδρα μπορεί να μετακινηθεί στη θέση εργασίας που συνηθίζει ο οδοντία-

τρος^{2,6,7}.

Ο ξαφνικός και μη αναμενόμενος πόνος μπορεί να είναι αιτία συγκοπτικού επεισοδίου και πρέπει να αποφεύγεται από την αρχή της επέμβασης. Η τοπική αναισθησία πρέπει να είναι κατά το δυνατόν ανώδυνη. Είναι σκόπιμο να χρησιμοποιούνται επιφανειακά αναισθητικά στο σημείο έμπαρσης της βελόνας και η έγχυση του τοπικού αναισθητικού στους ιστούς να γίνεται όσο το δυνατό πιο αργά^{7,14}. Είναι ευνόητο ότι σε όλη τη διάρκεια της οδοντιατρικής θεραπείας απαιτείται πλήρης έλεγχος του πόνου με επαρκή σε βάθος και διάρκεια αναισθησία.

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η πρόκληση ενός συγκοπτικού επεισοδίου οφείλεται στην ελάττωση της ροής του αίματος στον εγκέφαλο κάτω από ένα κρίσιμο όριο και χαρακτηρίζεται από ξαφνική πτώση της αρτηριακής πίεσης και της καρδιακής συχνότητας. Το στρες που μπορεί να οφείλεται σε φόβο (ψυχολογικό στρες) ή σε μη αναμενόμενο πόνο (σωματικό-φυσιολογικό στρες) προκαλεί απελευθέρωση κατεχολαμινών (επινεφρίνης και νορ-επινεφρίνης) στην κυκλοφορία του αίματος. Η αύξηση των κατεχολαμινών προκαλεί αυξημένη αγγειοδιαστολή των περιφερικών αγγείων και αύξηση της αιμάτωσης των σκελετικών μυών, προκειμένου να διευκολύνουν τον οργανισμό να απαντήσει με αυξημένη μυϊκή δραστηριότητα (πάλη ή φυγή). Σε φυσιολογικές καταστάσεις, όπου η μυϊκή δραστηριότητα αυξάνεται (όταν δηλαδή ο άνθρωπος αντιδρά με πάλη ή φυγή), οι μύες που κινητοποιούνται δεν κρατούν το αίμα να λιμνάζει, αλλά το προωθούν πίσω στην κυκλοφορία του αίματος και στην καρδιά. Έτσι διατηρείται η αρτηριακή πίεση σε κανονικά επίπεδα. Αντίθετα στις περιπτώσεις που δεν ακολουθεί μυϊκή δραστηριότητα (όπως όταν ο ασθενής συνεχίζει να κάθεται φαινομενικά ατάραχος στην οδοντιατρική έδρα), ο μεγάλος όγκος αίματος που συσσωρεύεται στους μύες προκαλεί ελάττωση του όγκου αίματος της κυκλοφορίας, πτώση της αρτηριακής πίεσης και ελάττωση της αιμάτωσης του εγκεφάλου. Η αύξηση της καρδιακής συχνότητας στη φάση αυτή, που οφείλεται στη διέγερση των τασεοϋποδοχέων της αορτής, οφείλεται στην ανάπτυξη αντισταθμιστικών μηχανισμών που προσπαθούν να αυξήσουν την καρδιακή απόδοση και να διατηρήσουν στο φυσιολογικό την τιμή της αρτηριακής πίεσης. Οι μηχανισμοί αυτοί υφίστανται γρήγορα κόπωση και αναπτύσσεται αντανακλαστική βραδυκαρδία με λιγότερες από 50 σφύξεις το λεπτό, σημαντική πτώση του όγκου παλμού και μεγάλη πτώση της αρτηριακής πίεσης σε επίπεδα κάτω από αυτά που είναι κρίσιμα για τη διατήρηση της συνείδησης. Το αποτέλεσμα είναι εγκεφαλική ισχαιμία και απώλεια της συνείδησης^{2,6}.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η απώλεια της συνείδησης δεν επέρχεται απότομα. Συνήθως μεσολαβεί κάποιος χρόνος ικανός για να πάρει κάποιες προφυλάξεις ο ασθενής από μόνος του (να καθίσει αν είναι όρθιος) ή να ενημερώσει τον οδοντίατρο

για το ότι δεν αισθάνεται καλά ή για να αντιληφθεί ο οδοντίατρος τα πρώτα σημεία του επερχόμενου επεισοδίου. Ο ασθενής αρχικά μπορεί να αναφέρει αίσθημα θερμότητας στην τραχηλοπροσωπική χώρα, χάνει το χρώμα του (το δέρμα γίνεται ωχρό ή παίρνει γκρι απόχρωση), «λούζεται» από κρύο ιδρώτα, που εμφανίζεται πρώτα στο μέτωπο και αναφέρει ότι δεν αισθάνεται καλά ή ότι αισθάνεται πως θα λιποθυμήσει. Καθώς εξελίσσεται η κατάσταση παρατηρείται μυδρίαση, χασμουρητό, υπέρπνοια, ψυχρότητα στα άκρα, πτώση της αρτηριακής πίεσης και του αριθμού των σφύξεων. Η όραση θολώνει, ο ασθενής αισθάνεται ότι ζαλίζεται, μπορεί να έχει ναυτία και τάση προς έμετο και επέρχεται η απώλεια της συνείδησης^{2,7,8,15}.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ - ΠΡΟΣΥΓΚΟΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Ο όρος «προσυγκοπτικό» επεισόδιο αναφέρεται σε σημεία και συμπτώματα που συμβαίνουν πριν την απώλεια συνείδησης. Χρησιμοποιείται συχνά για να περιγράψει μια κατάσταση που μοιάζει με τα πρώιμα συμπτώματα της λιποθυμίας αλλά δεν ακολουθείται από απώλεια της συνείδησης. Δεν είναι βέβαιο ότι οι μηχανισμοί που το προκαλούν είναι ίδιοι με αυτούς του συγκοπτικού επεισοδίου¹.

Με την εμφάνιση των πρώτων σημείων και συμπτωμάτων η οδοντιατρική επέμβαση διακόπτεται και απομακρύνονται τα ξένα σώματα από τη στοματική κοιλότητα. Ο ασθενής τοποθετείται σε οριζόντια θέση με τα πόδια ελαφρά ανυψωμένα (10-15°). Είναι δυνατόν μόνον η αλλαγή της θέσης να αναχαιτίσει την εξέλιξη των συμπτωμάτων. Οι μυϊκές κινήσεις βοηθούν στην επιστροφή του αίματος από την περιφέρεια. Εάν ο ασθενής μπορεί, οι εκούσιες κινήσεις των κάτω άκρων περιορίζουν τη λίμναση του αίματος στην περιφέρεια και ελαττώνουν τη σοβαρότητα του συμβάντος. Χορηγείται οξυγόνο, θραύεται μια αμπούλα αρωματικής αμμωνίας και εμποτίζεται μια γάζα που φέρεται κοντά στη μύτη του ασθενή. Μετά τη λήξη του συμβάντος πρέπει να διερευνηθούν οι αιτίες που το προκάλεσαν ώστε σε επόμενη συνεδρία να εφαρμοστούν κατάλληλες τροποποιήσεις της οδοντοθεραπείας για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος να επαναληφθεί. Η οδοντιατρική θεραπεία συνεχίζεται μόνον εφόσον και τα δυο μέρη - οδοντίατρος και ασθενής - θεωρούν ότι μπορεί να συνεχιστεί. Διαφορετικά η επέμβαση αναβάλλεται².

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ - ΣΥΓΚΟΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Στην περίπτωση που το συμβάν εξελιχθεί σε απώλεια της συνείδησης και ο ασθενής δεν αποκρίνεται σε αισθητικά ερεθίσματα, η οδοντιατρική επέμβαση διακόπτεται, απομακρύνονται τα ξένα σώματα από τη στοματική κοιλότητα και ο ασθενής τοποθετείται αμέσως σε οριζόντια θέση με τα πόδια ελαφρά ανυψωμένα (10-15°). Η μη άμεση οριζοντίωση του ασθενή μπορεί να προκαλέσει σοβαρές μόνιμες νευρολογικές βλάβες ή και θάνατο οφειλόμενο στην εγκεφαλική ισχαιμία. Εξαιρούνται και δεν τοποθετούνται στη θέση αυτή οι γυναίκες σε προχωρημένη ε-

Πρακτικό Θέμα

γκυμοσύνη. Στην περίπτωση αυτή η οδοντιατρική έδρα οριζοντιώνεται και η ασθενής μετακινείται στη δεξιά της πλευρά, ενώ μια διπλωμένη κουβέρτα ή ένα μαξιλάρι τοποθετείται αριστερά πίσω από την πλάτη της για να τη στηρίξει. Στη θέση αυτή η μήτρα με το έμβρυο δεν πιέζουν τα αγγεία και απελευθερώνεται η επιστροφή του φλεβικού αίματος στην καρδιά^{2,6,7}.

Ενεργοποιείται το σύστημα αντιμετώπισης επειγόντων του οδοντιατρείου και κάθε μέλος αναλαμβάνει να εκτελέσει τα καθήκοντα του^{2,16,17}. Ακολουθούνται τα βήματα ABC (Airway-Breathing-Circulation) της αντιμετώπισης του ασθενή με απώλεια συνείδησης^{2,6,15}.

Αεραγωγός (A): Απελευθερώνεται ο αεραγωγός με υπερέκταση της κεφαλής και ανυψώνοντας το πηγούνι.

Αναπνοή (B): Διατηρώντας τον αεραγωγό ανοικτό, γίνεται έλεγχος αν υπάρχει την αναπνοή. Παρατηρείται αν μετακινείται ο θώρακας, οι ήχοι που παράγονται από την αναπνοή, ο αέρας που εκπνέεται. Συνήθως η οριζοντίωση του ασθενή και η διασφάλιση της αναπνευστικής λειτουργίας είναι αρκετά για να συνέλθει ο ασθενής.

Κυκλοφορία (C): Ψηλαφάται ο καρωτιδικός σφυγμός και ελέγχεται αν υπάρχει κυκλοφορία. Στις περισσότερες περιπτώσεις διαπιστώνεται αδύναμος, νηματώδης σφυγμός και χαμηλή καρδιακή συχνότητα. Συνήθως κατά τον έλεγχο της κυκλοφορίας ο ασθενής έχει αρχίσει ήδη να επανέρχεται.

Ταυτόχρονα χορηγείται οξυγόνο, καταγράφονται τα ζωτικά σημεία του ασθενή και συγκρίνονται με αυτά που έχουν καταγραφεί στη λήψη του ιστορικού, για να εκτιμηθεί η βαρύτητα του επεισοδίου και ο ρυθμός επανόδου. Χαλαρώνονται τυχόν σφιχτά ρούχα, όπως γραβάτες, κολάρα, που μπορεί να παρεμποδίζουν την ροή του αίματος προς τον εγκέφαλο και ζώνες, που εμποδίζουν την επιστροφή του αίματος από τα πόδια. Μια αμπούλα αρωματικής αμμωνίας χρησιμοποιείται ως ερεθιστικό της αναπνοής. Άλλες αισθητικές διεγέρσεις προκαλούνται με πίεση των υπερκόγχιων νεύρων με τον αντίχειρα, με έλξη του τριχωτού της προωτοκροταφικής χώρας ή με τοποθέτηση βρεγμένης πετσέτας στο μέτωπο του ασθενή^{2,6,7}. Η τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα και η χορήγηση ορού (φυσιολογικού ή Ringeræs Lactated 250-500ml/h) θα βοηθήσει στη βελτίωση των τιμών της αρτηριακής πίεσης¹⁴. Εάν η βραδυκαρδία επιμένει μπορεί να χορηγηθεί ενδοφλέβια 0.5 mg ατροπίνη. Η δόση μπορεί να επαναληφθεί και δεύτερη φορά^{2,7,10,14,18}. Αν ο ασθενής δεν επανέρχεται καλείται επείγουσα ιατρική βοήθεια και στη διάρκεια της αναμονής εφαρμόζεται Βασική Υποστήριξη της Ζωής (Basic Life Support) με βάση τις τρέχουσες οδηγίες¹⁹.

Μετά από ένα συγκοπτικό επεισόδιο η οδοντιατρική θεραπεία διακόπτεται. Στη φάση αυτή η πιθανότητα δεύτερου επεισοδίου είναι αυξημένη. Ο οργανισμός χρειάζεται περίπου 24 ώρες για να επανέλθει στην προηγούμενη φυσιολογική του κατάσταση. Καλό είναι να καθοριστεί ο πρωταρχικός, καθώς και πιθανοί δευτερεύοντες παράγοντες που συνέβαλαν στην έκλυση του επεισοδίου ώστε να αποφασιστούν τα μέτρα που θα βοηθήσουν να μην επαναληφθεί σε επόμενη συνεδρία. Μετά από ένα επεισόδιο απώλειας συνείδησης ο ασθενής πρέπει υ-

ποχρεωτικά να φύγει με συνοδεία από το ιατρείο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, τα συγκοπτικά επεισόδια αποτελούν τη συχνότερη μορφή ιατρικού επειγόντος κατά την άσκηση της οδοντιατρικής. Παρά τη φαινομενικά αθώα φύση τους και τη συνήθως σύντομη διάρκεια τους, μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενή. Γι' αυτό χρειάζεται άμεση, ψύχραιμη και μεθοδική αντιμετώπιση που θα εγγυάται την ασφάλεια του ασθενή.

SUMMARY

Syncope: The most frequent medical emergency in the dental practice

E. Bogosian

hellenic hospital dentistry 3: 25-29, 2010

Syncope is a transient loss of consciousness due to transient global cerebral hypoperfusion characterized by a rapid onset, short duration and spontaneous complete recovery. It is precipitated by a decrease in cerebral blood flow below a critical level and characterized by a sudden drop in blood pressure and slowing of the heart rate. According to the European Society of Cardiology guidelines, syncope is classified in the larger framework of transient loss of consciousness. Syncope is the most frequently observed emergency in dental offices accounting for approximately 53% of all reported emergencies.

Disposing factors to syncope are fear, stress, anxiety, sudden unexpected pain, the sight of blood and surgical instruments. In the dental office syncope is associated with the administration of local anesthesia, tooth extractions, endodontics and venipuncture.

Prevention is accomplished by conducting a thorough medical history of the patient. Patient's physical status should be classified in the American Society of Anesthesiologists (ASA) Physical Status Classification System. Patient's ability of tolerating emotional stress should also be evaluated. If fear and anxiety are recognized stress reduction techniques must be used during dental treatment. Patient's proper positioning in a supine or semisupine position in the dental chair is preventive for many instances of syncope. Sufficient pain control is necessary to prevent syncope. Topical anesthesia can be used at the insertion point to anesthetize the tissue before the administration of local anesthetics. Adequate pain control should be accomplished during all dental treatments.

Pallor, nausea, dizziness, weakness, bradycardia, hypotension and finally loss of consciousness are progressive signs and symptoms of syncope.

When syncope occurs patient should be placed in a horizontal position with elevated legs, clothes should be loosened and oxygen administered. A respiratory stimulant as ammonia inhalant can be used. If signs and

symptoms insist an intravenous access should be established. For continuing hypotension a saline solution should be infused and for continuing bradycardia 0.5 ml atropine should be administered intravenously. Although innocuous syncope must be properly managed for patient's safety.

Key words: medical emergency, syncope, dental treatment

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 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). *Eur Heart J* 30(21): 2631-2671.
- Malamed SF*: Medical Emergencies in the Dental Office. 6th ed. St. Louis. Mosby. 2007: 137-146.
- Greenwood M*: Medical emergencies in the dental practice. *Periodontol* 2000 2008; 46: 27-41.
- Fast TB, Martin MD, Ellis TM*: Emergency preparedness: a survey of dental practitioners. *J Am Dent Assoc* 1986; 112: 499-501.
- Atherton GJ, McCaul JA, Williams SA*: Medical emergencies in general dental practice in Great Britain Part 1: their prevalence over a 10-year period. *Br Dent J* 1999; 186(2): 72-79.
- Μάρτης ΧΣ*: Επιπλοκές και καταστάσεις ανάγκης στην οδοντιατρική πράξη. 1η εκδ. Θεσσαλονίκη. 1980: 119-128.
- Φραγκίσκος ΔΦ*: Επείγοντα περιστατικά στο οδοντιατρείο. 1η Έκδοση. Αθήνα. 1999: 97-99.
- Τσίρλης Α*: Επείγουσες καταστάσεις στο Οδοντιατρείο. Θεσσαλονίκη. Φωτοτυπωτική. 1997: 41-43.
- Reed KL*: Basic management of medical emergencies. Recognizing a patient's distress. *J Am Dent Assoc* 2010; 141: 20S -24S.
- Haas DA*: Management of Medical Emergencies in the Dental Office: Conditions in Each Country, the Extent of Treatment by the Dentist. *Anesth Prog* 2006; 53: 20-24.
- Smeets EC, Keur I, Oosting J, Abraham-Inpijn L*: Acute Medical Complications in 277 General Dental Practices. *Prev Med* 1999; 28: 481-487.
- Corah NL*: Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res* 1969; 48(4): 596.
- Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJ*: The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dent Health* 1995; 12(3): 143-150.
- Niwa H, Hirota Y, Shibutani T, Matsuura H*: Systemic Emergencies and their Management in Dentistry: Complications Independent of Underlying Disease. *Anesth Prog* 1996; 43: 29-35.
- <http://www.resus.org.uk/pages/MEdental.pdf>/ Standards for clinical practice and training for dental practitioners and dental care professionals in general dental practice. A statement from the Resuscitation Council (UK). July 2006. Revised May 2008, όπως αυτό εμφανίζεται την 16/11/2009.
- Haas D.A.*: The Dental Team Approach to Medical Emergencies. *Inside Dentistry* 2011; 7(3): 117.
- Haas D.A.*: Preparing dental office staff members for emergencies. Developing a basic action plan. *J Am Dent Assoc* 2010; 141: 8S -13S.
- Βουρβαχάκης Δ*: Πρωτόκολλα Εξειδικευμένης Αντιμετώπισης Επείγοντων Περιστατικών. 1η Έκδοση. Αθήνα. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. 2004: Ε4.3.
- Nolan JP, Soar J, Zideman DA, Biarent D, Bossaert LL, Deakin C, Koster RW, Wyllie J, Böttiger B*: European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. *Resuscitation* 2010; 81: 1219-1276.

Διεύθυνση για επικοινωνία:

Ε. Μπογοσιάν
Στεργιογιάννη 45,
713 05 Ηράκλειο
Τηλ: 2810 392473 και 2810 392475
e-mail: evbogosian@gmail.com