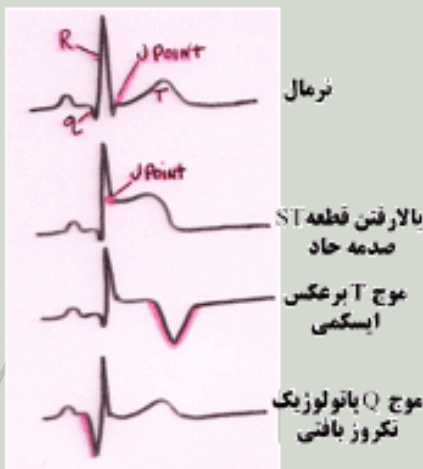


آپادانا

انفارکتوس میوکارد



اگر خونرسانی میوکارد در اثر مسدود شدن شریان ها کرونر به مدت طولانی دچار وقفه شود، انفارکتوس میوکارد یا سکته قلبی (MI) رخ می دهد. قطع خونرسانی موجب اکسیژن رسانی ناکافی به عضلات قلبی می شود، که موجب مرگ (نکروز) عضلات قلب می شود. انفارکتوس میوکارد را عموماً حمله قلبی می نامند. علت انفارکتوس معمولاً تشکیل پلاک در طول زمان (آترواسکلروز) است. ممکن است همچنین در اثر لخته هایی ایجاد شود که در ارتباط با آترواسکلروز داخل رگ تشکیل می شود. بیماران عموماً (نه همیشه) دارای علائم شدید هستند، اما بعضی از بیماران بدون علامت هستند که به آن انفارکتوس خاموش میوکارد (MI silent) اطلاق می شود.

علائم و نشانه های تشخیصی

- ♦ درد قفسه سینه که بر خلاف آنزین با استراحت یا نیتروگلیسرین برطرف نمی شود.
- ♦ دردی که به بازوها، فک، کمر یا گردن منتشر می شود
- ♦ تنگی نفس بخصوص در سالمندان یا زنان
- ♦ تهوع و استفراغ
- ♦ در سکنه خاموش علامتی وجود ندارد و بیشتر در بیماران دیابتی شایع است.
- ♦ تاکیکاردی (ریت قلبی بیشتر از ۱۰۰) بخاطر تحریک علامتی، درد یا برونده قلبی پایین
- ♦ فشار خون متغیر

- ♦ اضطراب
- ♦ بی قراری
- ♦ احساس مشرف به مرگ بودن
- ♦ پوست رنگ پریده، سرد، مرطوب؛ تعریق (دیافروز)
- ♦ مرگ ناگهانی بخاطر آریتمی که معمولاً در طی یکساعت اول رخ می دهد

تست های تشخیصی

- ♦ الکتروکاردیوگرام
- ♦ معکوس شدن موج T – نشانه وقوع ایسکمی
- ♦ بالا رفتن یا پایین رفتن قطعه ST – نشانه آسیب میوکارد
- ♦ امواج Q مشهود و بزرگ – نشانه انفارکتوس
- ♦ کاهش فشار نبض در اثر کاهش برونده قلبی
- ♦ افزایش تعداد سلول های سفید خون (WBC) به خاطر پاسخ التهابی به آسیب
- ♦ شیمی خون:
- ♦ بالا رفتن سطح کراتین کیناز (CK-MB) – معمولاً به صورت زنجیره ای انجام می شود، مقدار آن مطابق یک منحنی از قبل تعیین شده بالا می رود و نشانگر میزان آسیب یا رفع آسیب میوکارد است.
- ♦ بالا رفتن تروپونین I و تروپونین پروتئین T در طی یکساعت پس از آسیب میوکارد
- ♦ کم شدن برونده ادراری به کمتر از ۲۵ میلی لیتر در ساعت بخاطر کاهش جریان خون کلیوی

زور زدن ممنوع است.

♦ رژیم غذایی کم چربی، کم کالری، کم کلسترول

مداخلات پرستاری

♦ مانیتورینگ و پایش بیمار:

● قلبی عروقی – بررسی تغییرات یا بی ثباتی نبض، صداهای قلبی، مور مور

● تنفسی – بررسی تغییرات تنفسی، وجود مایع در ریه، تنگی نفس

● نوار قلب حین حمله – در هر بار شروع درد بیمار بایستی نوار قلب ۱۲ کاناله گرفته شود.

● پایش مداوم ریتم قلب از نظر آریتمی ها

● علائم حیاتی – تغییرات فشار خون، کیفیت نبض، نبض های محیطی چک شود

● پایش نتایج پالس اکسیمتری

♦ موارد زیر به بیمار آموزش داده شود:

● تغییر رژیم غذایی به کم چرب، کم کلسترول، کم نمک

● تشخیص تفاوت بین درد [آئزین](#) و درد انفارکتوس میوکاردا

● چه موقع نیتروگلیسرین استفاده کند

● داروهای مصرفی

● چه موقع لازم است به اورژانس زنگ بزند.

داشتن فشار خون (هیدرولازین)

♦ عروقی سازی مجدد از راه پوست

♦ تجویز درمان ترومبولیتیک در طی ۳ تا ۱۲ ساعت

از شروع انفارکتوس، زیرا می تواند خونرسانی از شریان مسدود را مجدداً بازیافت کرده، مرگ و میر را کاسته و اندازه محدوده انفارکتوس را کاهش دهد (از قبیل آتلاپتاز، استرپتوکیناز، آنتی استرپلاز، رتپلاز، هپارین نیز پس از ترومبولیتیک درمانی شروع می شود).

♦ تجویز داروهای بلوک کننده کانال کلسیمی، معلوم شده از انفارکتوس و ایسکمی مجدد پیشگیری می کند، و تنها در انفارکتوس هایی کاربرد دارد که هنوز موج Q در نوار قلب وجود ندارد (از قبیل وراپامیل یا دیلتیازم).

♦ تجویز بلوک کننده های بتا آدرنژیک، زیرا موجب کاهش مدت درد ایسکمیک و احتمال فیبریلاسیون بطنی می شود، که مرگ و میر را کاهش می دهند (از قبیل پروپرانولول، نادلول، متوپرولول).

♦ تجویز مسکن برای تسکین درد، کاهش احتقان ریوی، کاهش مصرف اکسیژن میوکاردا (داروی انتخابی مورفین است)

♦ تجویز نیترات ها برای کاهش درد ایسکمیک از طریق گشاد کردن عروق خونی، که به کاهش فشار خون نیز کمک می کند (مثل نیتروگلیسرین)

♦ بیمار باید در بخش CCU تحت استراحت مطلق باشد.

♦ دفع در تخت انجام می شود، استفاده از توالت و

درمان

درمان معطوف به برگرداندن و پیشگیری از آسیب بیشتر به میوکاردا متمرکز است. مداخلات فوری برای رسیدن به بهترین برآیند لازم است. درمان ترومبولیتیک (حل کردن لخته) یکی از ابزارهای دستیابی به مرگ و میر کمتر است. یک مقطع زمانی سه ساعته برای پیشینه کردن مزایای درمان ایده آل است. داروها برای بهبود جریان خون به عضله قلب استفاده می شوند در حالی که بار قلب را کاهش می دهند. اکسیژن مکمل برای کمک به تامین تقاضای اکسیژن میوکاردا تجویز می شود. داده های آتریوپلاستی کرونر و مداخله کرونری از راه جلد (استنت گذاری) در شریان مسدود نیز خیلی کمک کننده است. پس از درمان حاد، بیمار بایستی شیوه زندگی اش را تغییر دهد (تغییر رژیم غذایی، ورزش کردن، ترک سیگار و مانند اینها).

♦ اکسیژن و آسپیرین تجویز شود

♦ داروهای ضد آریتمی تجویز شود، زیرا به دلیل آشفتگی هدایت قلبی وقوع آریتمی شایع است (از قبیل آمیودارون، لیدوکائین، پروکائین آمید)

♦ کاردیوورژن الکتریکی قلب برای قطع تکیکاری بطنی ناپایدار. در کاردیوورژن، یک شوک به قلب داده می شود تا ریتم سینوسی را از سر بگیرد.

♦ تجویز داروهای ضد فشار خون برای پایین نگاه