



# AKUT MYOKARD ENFARKTÜSÜ

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Akut miyokard enfarktüsü (AME), akut koroner sendromlar olarak bilinen kararsız anjina pektoris ve ST yükselmesi olmayan miyokard enfarktüsünü (ME) de içeren klinik sendromlardan biri ve en ciddi olanıdır. Miyokardın belli bir bölgесine gelen kan akımının azalma veya kesilmesi sonucu gelişir. Etyopatogenezden ateroskleroz (%95) sorumludur.

## Tanı

### Semptom ve bulgular

Göğüs ağrısı en önemli klinik bulgudur. Sıklıkla prekordiyumda yerleşim gösterir. Boyun, özellikle sol omuz ve kolun iç yüzüne yayılır. Genellikle 20-30 dakikadan uzun sürer. Ezici, baskılıyıcı tipte bir ağrıdır. Soğuk terleme ve ölüm korkusuyla birliktedir. Ağrı eforla veya eforsuz başlayabilir, narkotik analjeziklerle giderilebilir. Hastalarda ağrı olmaksızın sıkıntı hissi, çarpıntı, bayılma, nefes darlığı gibi yakınlamalar olabilir; akut akciğer ödemi, kardyojenik şok tablosu ile gelebilirler.

### Fizik muayene

Miyokard enfarktüsüne özgül bulgu yoktur.

Solukluk, terleme ve anksiyete olabilir. Nabız ve kan basıncı artışı genellikle beklenmekle birlikte, normal ya da azalmış da olabilir. Dinlemekle kalp sesleri derinden gelebilir, bazen S<sub>3</sub>- S<sub>4</sub> gallop, sistolik üfürümler ve perikard frotmanı duyulabilir.

Kalpte nekroz alanının geniş olduğu hastalarda akut akciğer ödemi veya kardyojenik şok bulguları ortaya çıkabilir.

### Laboratuvar bulguları

#### EKG:

Enfarktüs alanına uyan derivasyonlarda değişiklik olur. Başlangıç döneminde, ilgili derivasyonlarda T dalgasında sıvırleşme, akut dönemde ST segment ve T dalgasında yükselme olur (EKG örneklerine bakınız. Sayfa 54). Inferior ME saptanan olgularda sağ göğüs derivasyonları da çekilir, V4R' de 1 mm'den fazla ST segment yüksekliği sağ ventrikül ME'yi düşündürür. Ayrıca enfarktüse bağlı olarak gelişen aritmiler saptanabilir.

Derivasyon	Enfarktüs Alanı
V <sub>1-4</sub>	Anteroseptal
V <sub>1-6</sub>	Anterior
V <sub>1-6</sub> , D <sub>1</sub> , aVL	Yaygın anterior
D <sub>2</sub> , D <sub>3</sub> , aVF	İnferior
V <sub>4 R</sub> (sağ derivasyon)	Sağ ventrikül tutulumlu inferior

### Biyokimyasal değişiklikler

Biyokimyasal incelemelerde serumda miyoglobin (1-4 saat), CK-MB (4-8 saat), troponin-T ve I (3-12 saat) (olanak varsa) bakılır ve yükseklik saptanır.

Tanı erken dönemde tipik göğüs ağrısı, EKG değişiklikleri ve mümkünse biyokimyasal değişikliklerin gösterilmesiyle konur.

### Ayırıcı Tanı

Akut miyokard enfarktüsü aşağıdaki durumlarla karışabilir:

- Aort diseksiyonu
- Pulmoner emboli
- Pnömotoraks
- Perikardit
- Prekordiyal bölgede kas-eklem ağrıları
- Akut kolesistit
- Peptik ülser
- Dispepsi

### Tedavi

#### Amaç

- Nekroz alanının genişlemesinin önlenmesi
- Akut miyokard enfarktüsü sonrası ortaya çıkan malign aritmilerin önlenmesi ve tedavisi
- Miyokard iyileşmesinin desteklenmesi ve yeni enfarktüs oluşumunun önlenmesi

#### Tedavi çizelgesi

1. Oksijen 4-6 l/dk uygulanır.

2- Damar yolu açılır.

3- **Antiagregan tedavi: Asetil salisilik asit 300 mg (160-325 mg arası) çiğnetilir**

4- Ağrının giderilmesi: Morfin sülfat (2-4 mg damar yoluyla), yoksa meperidin

(50-100 mg kas içine) verilir. Ağrının geçmemesi durumunda 15 dakika sonra aynı doz tekrarlanabilir.

5- Antiiskemik tedavi:

a. *Isosorbid dinitrat* 5 mg: Hipotansiyon, bradikardi ile seyreden sağ ventrikül enfarktüsünde ve *sildenafil* kullananlarda kontrendikedir.

b. Beta blokerler: Kalp hızı 60/dk altında ve sistolik kan basıncı 90 mmHg'nın altında değilse *metoprolol* 5 mg damar yoluyla yavaş infüzyonla (3-5 dk içinde gidecek şekilde) ve 5 dakika aralarla toplam 3 kez verilebilir. Monitörize edilemiyorsa uygulanmamalıdır.

## Sevk

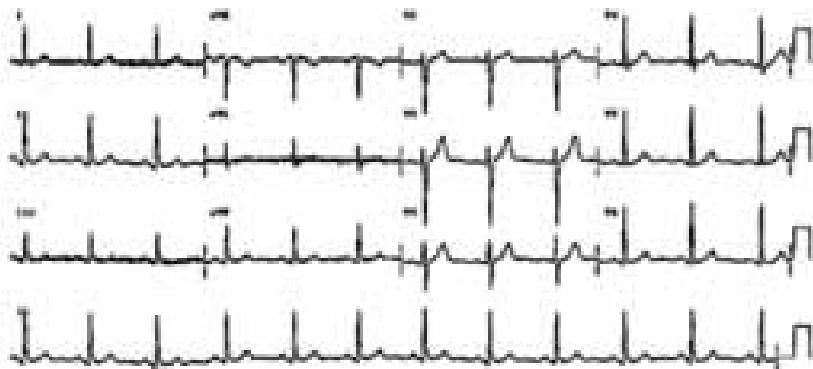
Reperfüzyon tedavisi 12 saatte kadar yapıldığı takdirde hayat kurtarıcı olduğundan, birinci basamakta 20 dakikadan uzun süren ve iskemik ağrı düşündürün tüm hastalar, EKG bulgusu olsun olmasın yukarıda anlatılan tedavi şeması hızla uygulanarak, ambulans ya da benzeri bir araçla derhal koroner yoğun bakım birimi olan bir merkeze sevk edilmelidir. Hastanın başvurusundan sevkin tamamlandığı son ana kadar aritmilere (VF/ nabızsızVT) bağlı ölümleri önleyebilmek için defibrilasyon şartları sağlanmalıdır.

## Kaynaklar

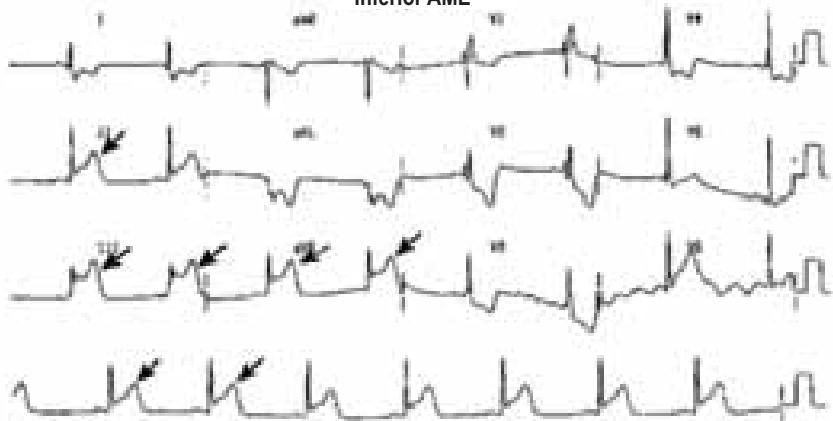
1. Braunwald E, ed. Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 6 th ed. Philadelphia: Saunders, 2001.
2. Topol EJ, ed. Textbook of Interventional Cardiology, 3rd ed. Philadelphia:Saunders, 1999.
3. Goldman L, Braunwald E, eds. Primary Cardiology. Philadelphia:Saunders, 1998.
4. Giuliani ER, Gersh BJ et al, eds Mayo Clinic Practice of Cardiology, 3rd ed. London:Mosby- Wolfe, 1997.
5. Volta SD et al, eds. Cardiology. London: Mc Graw-Hill, 1999.

### EKG Örnekleri:

#### Normal EKG



#### Inferior AME



#### Anterior AME

