



ANJİNA PEKTORİS

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Anjina, genellikle;

- Efor ve emosyonel stresle ortaya çıkıp, dinlenmekle veya *nitrogliserin* sprey ya da *izosorbid dinitrat* dil altı tablet ile geçen
- Baskı, sıkışma veya yanma tarzında
- Çoğunlukla prekordiyum ve sternum arkasında duyulup omuz, kol, boyun ve çeneye yayılım gösterebilen göğüs ağrısı veya rahatsızlık hissidir.

Temel sorun kalp kasının oksijen gereksinimi ile kalbe gelen oksijen arasındaki dengenin bozulmasıdır.

Kararlı Anjina

- Egzersiz ve stresle ortaya çıkan ve
- İstirahat ve *nitrogliserin* (NG) ile geçen ve
- Genellikle 5-15 dakikadan kısa süren ağrı ile karakterizedir.

Kararsız Anjina

(aşağıdakilerden herhangi birinin varlığı tanı için yeterlidir)

- Karakteri ne olursa olsun son iki ay içinde başlayan veya
- İstirahat halinde gelen veya
- Genellikle 20 dakikadan uzun süren veya
- İlerleme gösteren; sıklığı, süresi, şiddeti artan, NG'ye yanıtı azalan veya
- Miyokard enfarktüsü, bypass, kalbe invazif girişim sonrası yeni gelişen ağrı ile karakterizedir.

Tanı

İyi bir anamnez anjina pektoris tanısı için yeterlidir. **Egzersiz veya stres ile gelen ve istirahat ile azalabilen, 5-15 dakika süren, prekordiyal bölgede başlayıp, boyuna, sol omuz ve kola yayılabilen ağrı tipiktir**. Ancak hastalar tipik ağrı tarif etmeden, anjina eşdeğeri kabul edilen efor dispnesi, sıkıntı hissi, fenalaşma gibi subjektif yakınmalarla başvurabilir.

Hasta; risk faktörleri ve anemi, hipertiroidi, aritmi, stres, ağır egzersiz gibi anjina ataklarını uyarabilen nedenlerin varlığı açısından mutlaka sorgulanmalıdır.

Fizik muayene

Fizik muayene ve laboratuvar bulguları özgül olmayıp çoğu zaman normaldir. Terleme, dispne ve anksiyete görülebilir. Komplikasyonlara bağlı olarak S₃, S₄, mitral yetmezlik üfürümü, ral duyulabilir; ödem, nabız ve kan basıncı değişikliği saptanabilir.

Laboratuvar

EKG değişiklikleri (ST ve T değişiklikleri, anormal Q dalgası, ritim ve iletim bozuklukları) tanıyı destekler, EKG değişikliği olmaması olasılığı ortadan kaldırmaz. Olanak varsa, hemogloblin, açlık kan şekeri, kan kolesterol ve trigliserid düzeyi, akciğer grafisi değerlendirilmelidir.

Ayrırcı tanı

AĞRI KARAKTERİ	AĞRI YERİ	AĞRI YAYILIMI	FİZİK MUAYENE	ÖN TANI
Baskı, sıkıştırma, ağırlık, yanma tarzında; egzersiz, soğuk, stres ile artan, istirahat ve NG ile azalan	Göğüs, epigastrium	Kol, çene, boyun, sırt	Normal olabilir. üfürüm akciğerde raller, terleme, soluk görünüm	İskemik göğüs ağrısı * • Akut miyokard enfarktüsü • Anjina pectoris
Ani başlayan, şiddetli, yırtılma ve bıçak saplanır tarzda, sürekli	Sırt, göğüs	Yer değiştiren ağrı	Şok bulguları, sağ-sol kol kan basıncı farkı, nörolojik defisit, yeni aort yetmezliği üfürümü, tamponat	Aort diseksiyonu *
Ani başlangıçlı, bıçak saplanır tarzda, nefes almakla artan	Tek taraflı		Tek taraflı solunum seslerinde azalma, nefes darlığı	Pnömotoraks *
Ani başlangıçlı, bıçak saplanır tarzda, oturup öne eğilmekle azalan	Göğüs	Kalp apeksine, sol kol ve boyuna	Perikardiyal frotman duyulabilir	Perikardit *
Ani başlangıçlı, batıcı	Göğüs ve yan ağrısı		Dispne, hemoptizi, takipne, taşikardi, derin ven trombozu arayınız.	Pulmoner emboli *
Batıcı, nefes almakla artan	Yan ağrısı		Pnömonide ral, plöreziye plevral frotman	Plörezi ve pnömoni
Yanma tarzında, yemekten sonra, yatar pozisyonda artan	Substernal	Sternum arkasından yukarı	Özgül bulgu yok	Reflü özofajit
Palpasyon ve hareketle artan	Değişken		Özgül bulgu yok	Kas iskelet sistemi

* Hasta mutlaka ileri tetkik ve tedavi amacıyla bir üst basamağa sevk kurallarına uygun koşullarda sevk edilmelidir. (Sayfa 30)

Tedavi

Kararsız anjının her an miyokard enfarktüsüne ilerleyebileceği unutulmamalı ve hasta acilen sevk edilmelidir.

1- Anjının akut tedavisi

- *Aspirin* tablet 300 mg çiğnetilir **ve**
- *İzosorbid dinitrat* dil altı tablet 5 mg veya *nitrogliserin* sprey: Kontrendikasyon yoksa, 5 dk ara ile 3 kez verildikten sonra göğüs ağrısı geçmezse **hasta sevk edilmelidir**

2- Anjının uzun süreli ilaç tedavisi

- *Aspirin* tablet 100-300 mg/gün tek dozda (kontrendikasyon yoksa)
- Beta-bloker (kontrendikasyon yoksa, hastanın tolere edebileceği en üst doza çıkılabilir)
metoprolol tablet 100 mg/gün 2 doza bölünerek veya
atenolol tablet 50-100 mg/gün tek dozda

1 haftalık izlemten sonra;

Hasta beta-blokeri tolere edemezse, ilaç kesilip uzun etkili nitrat ve kalsiyum kanal blokeri kombinasyonu başlanır

Beta-bloker ile ağrı kontrol altına alınamazsa, tedaviye uzun etkili nitrat ve kalsiyum kanal blokeri eklenir.

- *izosorbid mononitrat* tablet 40 mg günde 2 kez (long retard kapsül ise 50 mg/gün tek doz) ve
- *verapamil* tablet 80 mg günde 3 kez; 3 x 120 mg'a kadar çıkılabilir (yaşlılarda 40 mg günde 3 kez) veya
- *diltiazem* tablet 30 mg günde 4 kez (yaşlılarda başlangıçta 2 kez, SR tablet ise 120 mg/gün tek doz) veya
- *amlodipin* tablet 5-10 mg/gün tek dozda

*** Kombine tedavi ile hastanın semptomları kontrol altına alınamazsa ve semptomlar hastanın aktivitelerini kısıtlıyorsa hasta sevk edilmelidir**

3- İlaç dışı tedavi

a. Anemi, hipertiroidi gibi tetikleyici nedenlerin düzeltilmesi

b. Risk faktörlerinin azaltılması

- Yaşam şeklinin değiştirilmesi
- Sigaranın bırakılması
- Hafif egzersiz (yürüyüş)
- Diyet
- Hasta obez ise ağırlığın ideal vücut ağırlığına gelmesi
- Alkol tüketiminin kısıtlanması
- Kan şekerinin düzenlenmesi (Diabetes Mellitus rehberine bakınız. Sayfa: 271)
- Kan basıncının düzenlenmesi (Hipertansiyon rehberine bakınız. Sayfa: 37)
- Kan lipidlerinin düzenlenmesi (Hiperlipidemi rehberine bakınız. Sayfa: 31)

Sevk

- Kararsız anjina düşünülen hastalar
- Ağrısı 15 dakikadan uzun süren, tedaviye yanıt vermeyen tüm olgular

Kararsız anjina ön tanısı ile sevk ederken:

- Damar yolunu aç
- Vital bulguları izle
- Oksijen 4 L/dk
- *Nitrogliserin* sprey veya *izosorbid dinitrat* 5 mg dil altı tablet
- *Morfin* 2-4 mg 5-10 dk arayla (en çok 10 mg)
- *Aspirin* tablet 300 mg çiğnetilir

Kaynaklar

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Stable Angina. A national clinical guideline. SIGN:Edinburg, 2001.
2. Management of Patients with Chronic Stable Angina ACC/AHA/ACP-ASIM Practice Guidelines for J Am Coll Cardiol 1999;33:2092-197).
3. Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Part 7: the Era of Reperfusion: Section 1: Acute Coronary Syndromes The American Heart Association in Collaboration with the International Liaison Committee on Resuscitation. Circulation. 2000;102(8 Suppl).