



دانشگاه علوم پزشکی لرستان بیمارستان
امام خمینی (ره) گوهدهشت

آنفارکتوس میوکارد (MI)



تهیه کننده: حافظ امرایی کارشناس
پرستاری پاییز ۱۳۸۹

برنامه فعالیتی بیمار بعد از MI :

۲۴ ساعت اول CBR در صورت نیاز به دستشویی از لگن روی تخت استفاده شود . روز دوم می تواند سه بار و هر بار به مدت ۵ دقیقه پاهای خود را با کمک از تخت آویزان نموده و پا را حرکت دهد - روز سوم می تواند سه بار در روز و هر بار به مدت ۵ تا ۱۵ دقیقه با توجه به تحمل خود روی صندلی کنار تخت بنشیند - روز چهارم می تواند این تمرین را طولانی تر انجام دهد - روز پنجم بیمار می تواند در اتاق راه برود و در حضور یک نفر استحمام با آب ولرم انجام دهد - روز ششم میتواند قدم بزند و به دستشویی برود در همه این موارد بیمار باید تحت نظر باشد هنگام مرخص شدن بیمار باید تست ورزش انجام دهد تا میزان حداکثر مجاز فعالیت بیمار را مشخص کند . باید به بیمار MI آموزش داد که ورزشهای مناسب برای وی پیاده روی - دوچرخه سواری و شنا می باشد و شدیداً از ورزش های ایزومتریک و قدرتی پرهیز کنند .

بیمار بعد از ترخیص باید هر ۱۵ روز یک بار به پزشک مراجعه کند و معاینه فیزیکی کامل شود .

۶- تجویز اکسیژن : اگر بیمار ریتم غیر طبیعی دارد باید اکسیژن تراپی شود زیرا هیپوکسی عضله قلب موجب PVC و فیبریلاسیون بطنی می شود آموزشهای لازم جهت بیمار MI : از مصرف دخانیات و مشروبات الکلی پرهیز کند . هائپر تاسیون را در صورت وجود حتی الامکان کنترل و درمان کند .

هر روز صبح خود را وزن کند و در صورت افزایش وزن آنرا کنترل کند .

۴- رعایت رژیم غذایی کم نمک - کم چرب - کم کالری و دارویی (طبق دستور پزشک و پرستاران)

۵- از استرس روحی و اضطراب و فشار عصبی اجتناب کند .

۶- در صورتیکه رانندگی باعث خستگی و عصبانیت وی می شود از آن پرهیز کند .

۷- در صورت وجود علائم زیر حتماً به پزشک مراجعه کند :

الف : احساس فشار درد جلول سینه که با TNG نیز تسکین نیابد .

ب : تنگی نفس

پ : غش یاسنگوپ

ت : ضربان قلب یا کند

س : تورم در مچ پا یا بالاتر

۷- استراحت : یکی از راههای تسریع بهبودی قلب می باشد وضعیت نیمه نشسته در روی تخت و یا نشستن روی صندلی باعث کاهش تنگی نفس و درد سینه می شود .

۸- کنترل I/O (جذب و دفع) : از این طریق وضعیت بازده قلب را می سنجیم که در صورت کاهش دفع نسبت به جذب ، نشانه کاهش بازده قلبی و نارسایی قلب می باشد .

۹- گرفتن نوار قلب : به صورت روزانه و در حین درد .

۱۰- انجام آزمایشات روتین قلبی : بررسی SGOT-LDH- CPK و کنترل : Chol- TG-Cr- BUN-FBS- BS - PTT- PT روزانه - رادیولوژی قفسه سینه به صورت پرتابل .

۱۱- استفاده از داروهای ضد انعقادی :

هپارین : هر ۱۲-۶ ساعت به مدت ۲ تا ۷ روز جهت جلوگیری از عوارض ترومبوآمبولی و یا استفاده از ضد انعقادهای خوراکی مثل وارفارین سدیم

استفاده از داروهای آرامبخش : جهت کاهش اضطراب و استرس بیمار MI

رژیم غذایی : ۶ تا ۸ ساعت پس از MI بیمار باید NPO باشد پس از آن مایعات در حد تحمل - رژیم کم نمک و کم چربی - پرهیز از خوردن غذاهای خیلی گرم یا خیلی سرد - حذف محرکهای مثل چای ، قهوه و ادویه جات - جهت اینگونه بیماران حتماً MOM گذاشته شود تا به عنوان ملین و نرم کننده باشد .

نکته : توجه داشته باشید که مسهل ها در بیماران MI استفاده نشود .

۱۴- داروهای ترومبولیتیک : از قبیل استرپتوکیناز - اوروکیناز و فعال کننده پلاسمینوژن بافتی که گلدن تایم این داروها ۳ تا ۶ ساعت پس از MI می باشد .

موارد منع استفاده از استفاده از این داروها : خونریزی داخلی فعال - رتینوپاتی خونریزی دهنده دیابتی - خونریزی داخل چشم - - CPR ضربه ای و طولانی و اختلالات کبدی .

بازتوانی بیمار بعد از MI :

اهداف بازتوانی بالا بردن کیفیت و مدت زندگی و بازگرداندن هرچه سریعتر بیمار به وضعیت طبیعی است گرچه میوکارد قلب نیاز به استراحت دارد ولی استراحت در بستر بیمار را در خطر آمبولی ریه و آترونی عضلات و زخم بستر قرار می دهد .

آنفارکتوس میوکارده (MI)

فرایندی که در آن قسمتی از عضله میوکارده به علت قطع یا کاهش جریان خون شریان کرونری از بین می رود MI به دنبال انسداد حاد شریان کرونری و قطع ناگهانی جریان خون و اکسیژن به عضله قلب ایجاد می شود .

هر ساله نزدیک به یک میلیون و پانصد هزار امریکایی دچار MI می شوند که ۳/۱ آنها معمولاً می میرند بیشتر آمار مرگ و میر آنها در یک تا دو ساعت اول پس از MI گزارش شده که مهمترین علت آن آریتمی های قلبی بوده اند .

شایعترین علت MI انسداد نسبی یا کامل شریان کرونری به علت آترواسکلروز پیشرفته می باشد علل دیگر شامل شریان کرونری ، خونریزی داخل پلاکهای آترواسکلروز و شوک پاتوفیزیولوژی :

ایسکمی طولانی مدت سبب آسیب غیر قابل برگشت میوکارده می شود . معمولاً ۴۵-۳۵ دقیقه بعد از انسداد شریان کرونری ، نکروز شروع می شود .

از نظر آسیب شناسی محل دچار MI به سه ناحیه تقسیم می شود ۱- ناحیه مرکزی غیر قابل برگشت یا منطقه نکروزه ۲- منطقه آسیب دیده ۳- منطقه ایسکمیک یا قابل برگشت

از نظر شیوع MI در نواحی مختلف قلب :

شایعترین ناحیه قلب : دیواره قدامی بطن چپ که در نتیجه انسداد و ترومبوز شریان نزولی قدامی چپ ایجاد می شود .

دومین محل شایع MI: ناحیه تحتانی (دیافراگی) قلب در نتیجه انسداد شریان نزولی قدامی چپ ایجاد می شود .

سومین محل شایع MI: دیواره خلفی بطن چپ نزدیک به قاعده قلب در نتیجه انسداد شریان کرونری راست یا شاخه شریان چرخی (سیرکومفلکس) کرونری چپ

چهارمین محل شایع MI : ناحیه طرفی چپ قلب در نتیجه انسداد شاخه شریان چرخی کرونری چپ

انواع آنفارکتوس میوکارده (MI) :

MI ترانسمورال : شایعترین : تمام ضخامت میوکارده نکروز می شود .

MI ساب اندوکارده : نیمه آندوکارده یا بطن چپ درگیر می باشد یا

بیماریهای هایپرتانسیون و تنگی دریچه آئورت همراه می باشد

علامت آن پائین افتادن قطعه ST می باشد

۳- MI اینترامورال : نقاط ریز دریافت میوکارده دیده می شود . علامت آن

موج T منفی مثال افراد مسن دیابتی

علائم MI (تظاهرات بالینی در MI) :

شایعترین علامت : در قفسه سینه که به گردن ، دست چپ و راست پشت و فک تحتانی انتشار می باشد ، تنگی نفس ، عرق سرد بر پیشانی ، اندام ها و کف دستها ، استفراغ که به علت ترشح بیش از حد کاتاکولامینها اضطراب و بی قراری ، تب بالا (حدود ۳۹.۵-۳۷.۵ درجه سانتیگراد)

تشخیصی آنفارکتوس میوکارده (MI) :

۱- تغییرات EKG: بیماران دچار MI دارای تغییراتی در EKG به صورت بالا رفتن قطعه ST منفی شدن موج T و Q پاتولوژیک می باشند .

۲- مطالعات آزمایشگاهی :

شامل افزایش WBC (حدود ۱۰ تا ۲۰ هزار) - افزایش ESR و افزایش آنزیمهای قلبی در خون مثل CPK-LDH و SGOT اسکن قلب (تصویر نگاری هسته ای)

شوگ کاردیوژنیک

نارسایی دریچه قلب

آنوریسم بطنی

پارگی قلب

پارگی ستوم بین بطنی

آمبولی شریانی سیستمیک

آمبولی ریه

پرکاری تیروئید

۱۲- سندرم پس از آنفارکتوس میوکارده

۱۳- آنفارکتوس میوکارده راجعه

۱۴- عوارض روانی

درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به MI :

MI یک وضعیت حاد پزشکی است که باید در اسرع وقت پس از رسیدن به بالین بیمار درمان شروع شود اقدامات درمانی جهت بیمار MI قبل از بستری کردن وی در CCU باید از خانه بیمار - در مسیر راه و داخل آمبولانس و در اورژانس انجام شود در صورت لزوم CPR و در غیر اینصورت پس از مشکوک شدن به MI و یا تشخیص قطعی آن بستری در بخش CCU

نکته : باید توجه داشت که ۴۸ ساعت اول بعد از MI ، بحرانی ترین زمان برای بیمار است چون

شوگ کاردیوژنیک و آریتمی ها (به ویژه فیبریلاسیون بطنی) شایعترین علت مرگ در این مرحله می باشد .

اقدامات درمانی و مراقبتی ویژه در بخش CCU جهت بیمار MI :

۱- گرفتن خط وریدی : تا در صورت پیدایش آریتمی ها از این راه دارو رسانده شود معمولاً سرم دکستروز ۵٪ به مقدار کم و به صورت KVO

استفاده می شود .

۲- تسکین درد : درد به عنوان عامل استرسور می باشد زیرا با تحریک سیستم عصبی سمپاتیک باعث افزایش کاتاکولامین ها می شود و در نتیجه باعث افزایش ضربان قلب و قدرت انقباضی قلب و افزایش نیاز میوکارده به اکسیژن و بیشتر شدن وسعت MI می شود .

بهترین دارو جهت تسکین درد مرفین می باشد . مرفین نه تنها درد را کاهش می دهد بلکه باعث گشاد شدن وریدهای محیطی و برادیکاردی می شود و باعث کاهش BP-ضربان قلب - احتمال پارگی قلب می شود .

در صورت هایپوتانسیون ، برادیکاردی و اختلالات جدی تنفسی در بیمار MI مرفین استفاده نمی شود که در این وضعیت از بندین به جای مرفین استفاده می شود .

علاوه بر اینها از TNG به صورت انفوزیون وریدی استفاده می شود که البته در صورت کاهش فشار خون افزایش نبض و سردرد باید مقدار دارو کاهش یا قطع شود .

۳- مانیتورینگ : جهت بررسی تغییرات ECG و کنترل نبض و فشار خون مداوم

۴- کنترل علائم حیاتی (VS) : از نظر کاهش یا افزایش تعداد تنفس و یا نبض و همچنین کنترل تب بیمار

۵- تجویز لیدو کائین : در ابتدا ۱ Mg/kg به صورت بلوز (Stat) از راه وریدی . سپس همراه با سرم KVO و به صورت انفوزیون مداوم به مقدار ۲mg-۱ در دقیقه تجویز شود که موجب پیشگیری از آریتمی های کشنده ای از قبیل تاکیکاردی و فیبریلاسیون بطنی می شود .

