

AKUT KORONER SENDROMDA YENİLİKLER

Doç. Dr. Mehmet DURU
MKÜ Tıp Fakültesi
ACİL TIP AD

2007 Focused Update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction
American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Developed in Collaboration With the Canadian Cardiovascular Society. Endorsed by the American Academy of Family Physicians. 2007 Writing Group to Review New Evidence and Update the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction. Writing on Behalf of the 2004 Writing Committee, Elliott M. Antman, Mary Hand, Paul W. Armstrong, Eric R. Bates, Lee A. Green, Lakshmi S. Halasyan, Judith S. Hochman, Harlan M. Krumholz, Gervasio A. Lamas, Charles J. Mullany, David L. Pearle, Michael A. Sloan, and Sidney C. Smith, Jr.
J. Am. Coll. Cardiol. 2008;51:210-247, originally published online Dec 10, 2007; doi:10.1016/j.jacc.2007.10.001

ACC/AHA Guideline Revision

ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction: Executive Summary
A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction)

European Society of Cardiology (ESC) Guidelines
doi:10.1016/j.jacc.2007.10.001

ESC Guidelines

Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes
The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology

AKUT KORONER SENDROM

- ACS hemen her zaman aterosklerotik KAH' na bağlı gelişir.
- Aterosklerotik plağın rüptürüne bağlı gelişen bir takım patolojik süreci takiben koroner kan akımının azalması sonucu oluşur.

AKUT KORONER SENDROM

- Kararsız anjina pektoris
- ST Yükselmesi olmayan MI (NSTEMI)

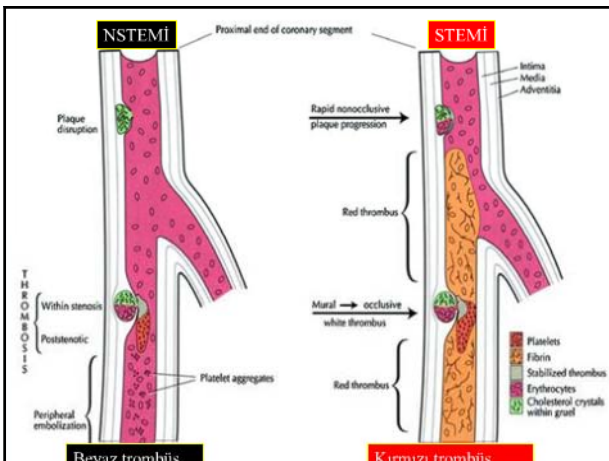
Damarda tam tıkanma yok

Beyaz trombus: Trombositten zengin

- ST Yükseklikli MI (STEMI)

Damarda tam tıkanma var

Kırmızı trombus: Eritrosit ve Fibrinden zengin



GÖĞÜS AĞRISI KLİNİK SINIFLAMASI

- **Tipik(kesin) anjina:** Üçüde bulunmalı
 - Karakteristik kalite ve süreli substernal göğüs ağrısı
 - Eforla yada duygusal stresle ortaya çıkar
 - İstirahat ve/veya GTN ile geçer
- **Atipik(olası) anjina:** Yukardaki özelliklerden ikisi vardır.
- **Kardiyak olmayan göğüs ağrısı:** Yukardaki özelliklerden biri vardır veya hiçbiri yoktur.

ANJİNA EŞDEĞERLERİ

- İzole, açıklanamayan, yeni başlayan ya da artmış "Efor Dispnesi"
- "Bulantı", "kusma"
- "Soğuk terleme"
- Açıklanamayan "Yorgunluk"
- Senkop

Göğüs ağrısı ile başvuran ve yaşamı tehdit eden nedenler

- Akut Koroner Sendromlar
- Aort Diseksiyonu
- Pulmoner Emboli
- Tansiyon Pnömotoraks
- Özefagus Rüptürü

GELENEKSEL RİSK FAKTÖRLERİ

- **KAH hikayesi:**
 - Risk sınıflamalarının hepsinde anlamlı kabul edilir
- **Cinsiyet:**
 - Erkeklerin aleyhine olarak anlamlıdır.
 - ✓ STEMI erkeklerde
 - ✓ NSTEMI kadınlarda daha sıktır
- **Yaş:**
 - 70 yaş ve üstü
 - ✓ önemli bir eşiktir ve semptomlar atipik seyreder

- **Hipertansiyon**
- **Hiperkolesterolemi**
- **Sigara**

Güçlü belirleyiciler değildir yatış ya da girişimler için belirleyici olmamalıdır

Önemli bir istisnadır ve kötü prognoza eşlik eder

FİZİK MUAYENE

- **İnspeksiyon & Vital bulgular:**
 - Bilinç, soğuk terleme
 - Ateş, nabız, tansiyon
 - JVD
 - Solunumsal: Hiperpne/ Taşipne/ Dispne/ Ortopne
- **Öskültasyon:**
 - Konjesyon/ S3, S4/ Üfürüm/ Frotman

TELEKARDİOGRAFİ

- Kardiomegali/ Mediastinal genişleme
- Pnömonik infiltrasyonlar/ Konsolidasyonlar
- İnterstiyel, Alveolar konjesyon, ödem
- Pnömotoraks

EKG

- On dakika içinde çekilmelidir
- Önceki EKG' si varsa kıyaslanmalıdır
- Atipik seyirli hastaların izleminde önemlidir

İlk EKG: AMİ olan hastaların ancak yarısında tanısaldır

- 45 yaş üstü tüm atipik şikayetlerde çekilmesi önerilir.
- Tanısı konamayan AMİ ların %25'inin EKG'leri yanlış yorumlanmıştır.
- Tamamen normal bir EKG AKS dışlamaz

EKG

- **ST segment çökmesi**
 - Kararsız anjina/ NSTEMI düşünülmeli.
- **Q dalgaları**
 - NSTEMI hastaların %25'inde sonradan Q dalgaları gelişir.
 - KAH'nı yüksek olasılıkla düşündürürler ancak AKS tanısı koymada çok yararlı değildirler.

YENİ

AMI'da yeni EKG kriterleri

- **ST elevasyonu:**
 - V2-V3'de Erkeklerde ≥ 0.2 mV, Kadınlarda ≥ 0.15 mV,
 - Diğer derivasyonlarda 0.1 mV yeni ST elevasyonu
- **ST depresyonu:**
 - 2 komşu derivasyonda ≥ 0.05 mV yeni horizontal veya down-sloping ST depresyonu
 - Belirgin R dalgası veya R/S >1 olan iki komşu derivasyonda ≥ 0.1 mV T(-)

Hematolojik ve Biyokimyasal Testler

- Hb, BK, PLT
- KŞ, BUN/ Kreatinin, Elektrolitler
- CPK MB
- Tn I, Tn T
- hs-CRP
- BNP/NT,pro- BNP

Yeniler:

- hs-CRP
- BNP/NT,pro- BNP
- İskemi modifiye albumin
- Gebelikle ilişkili plazma protein-A (PAPP-A)
- Kalp tipi yağ asidi bağlayıcı protein

TROPONİNLER

- **Troponinler**
 - Risk belirleyicidir
 - CK-MB' den daha özgül ve duyarlı(En spesifik testlerdir)
 - 14 güne kadar MI tanısı konur
 - Tedavi yöntemi ayrımı ve reperfüzyon tanısında önemlidir
 - Normalde kanda değerleri "0" olması beklenir
 - **Dezavantajı:**0-6 saatte tanı zorluğu
 - Reinfarktüs tanı zorluğu
 - 3-6 st yükselir, 12 st zirve, 7-10 gün normal

KREATİN KİNAZ (CK)

- CK:Hücre içi enzim
- CK-MB
- Hızlı,doğru,ucuz tanı
- Erken reinfarktüs tanısında duyarlı
- **Dezavantajı:**
 - İskelet kası hasarında özgüllük az
 - İlk 6 saatte, 36 saatten sonra ve mikroinfarkta tanı zorluğu
 - 4-8 st yükselme, 12-24 st zirve, 3-4 günde normal
 - CK – MB yükselten çok sayıda neden vardır!
 - ✓ Miyopati, Şok, Deliryum, KKY, aşırı efor...
- CK-MB:Sensitivite $> \%95$

MİYOglobİN

- Avantajı:
 - Yüksek duyarlılık
 - İlk 6 saatteki tanıda duyarlı
 - Reperfüzyon tanısı
- Dezavantajı:
 - Tüm kaslarda bulunur
 - Özgül değil
 - 6 saatten sonra tanısız değil
- İlk 4-6 saatte infarktüsü dışlamada bir belirteç olarak kullanılabilir

YENİ

AKUT MI TANI KRİTERLERİ

- Myokardiyal iskemi ile uyumlu klinik bulgularla birlikte myokard nekrozunun delilleri varsa "*Myokard Enfarktüsü*" terimi kullanılır.
- Buna göre takip eden kriterlerden birinin olması tanı koydurur.

I) Kardiyak biokimyasal markırlarda (tercihen troponin) yükseliş ve/veya düşüşün saptanması ile birlikte aşağıdakilerden en az birinin bulunması:

- İskemik semptomlar
- Yeni iskemiyi gösteren EKG değişikliği (yeni ST değişikliği veya yeni Sol Dal Bloğu)
- Patolojik Q dalgası oluşması
- Görüntüleme yöntemleriyle canlı myokard dokusunda yeni kayıp veya yeni bölgesel duvar hareketlerinde bozukluğun delilleri varsa

II) Kardiyak arrestide kapsayan beklenmenik ani kardiyak ölüm; myokardiyal iskeminin semptomları ile birlikte, muhtemel yeni gelişen ST elevasyonu, yeni LBBB, anjio ve/veya otopside koroner arterlerde taze trombüsün saptanmasına rağmen ölüm; kan örnekleri alınmadan önce olmuş veya kanda kardiyak biyomarkırların yükselmesinden önce gelişirse

III) PKG yapılan normal bazal Tn değerine sahip hastalarda;

- Kardiyak biyomarkırların normal referans değerlerin üstüne çıkması *peri-prosedürel myokardiyal nekrozu* gösterir.
- Biyomarkırların 3 kat artması *PKG ile ilişkili MI* tanısı konur.

IV) Patolojik incelemede AMİ'ne ait bulguların saptanması.

V) KABG yapılan normal bazal troponin değerlerine sahip hastalarda; Enzimlerin normal referans değerlerinin üzerine çıkması *peri-prosedürel myokardiyal nekrozu* gösterir.

Enzimlerin 5 kat artması ile birlikte

- Yeni patolojik Q dalgası
- Yeni LBBB
- Anjiyoda: Nativ koroner damar veya greftte yeni tıkanıklık
- Görüntülemede yeni canlı myokard dokusu kaybının saptanması

KABG ile ilişkili MI tanısı konur.

TEDAVİ

• AMI da yaşamı uzattığı bilinen üç tedavi vardır

- 1.Reperfüzyon tedavisi
 - ✓ Perkütan Koroner Girişim
 - ✓ Trombolitik tedavi
- 2.Aspirin tedavisi
- 3.Beta Bloker tedavisi

AMAÇ:

- Miyokardiyal nekrozun azaltılması
- Major kardiyak olayların önlenmesi
- VF görüldüğünde erken defibrilasyon

AKS: TEDAVİNİN BAŞLANMASI

• Hastane öncesi tedavi

- Erken Defibrilasyon
- Trombolitikler (STEAMI)

• Acil Servis Tedavisi

- Analjezik: Morfin
- Antiiskemik Tedavi
- Antitrombotik Tedavi
- Reperfüzyon
- Sekonder Önleme Tedavileri: ACE inh ve ARB
Aldesteron Antag
Statinler

ACIL SERVİSTE İLK TANI VE TEDAVİ

- Risk belirlenmeli
- Tedavi stratejilerinin belirlenmesi
- İnvasiv girişim yapılacak hastanın belirlenmesi
- Erken Risk Belirlenmeli
 - AKS düşünülen hastaya kardiyak enzim bakılmalı (I)
 - Semptom başlangıcından 6-8 saat sonra tekrar enzim bakılmalı (I)
 - Tercih edilen enzim kardiyak spesifik Troponin olmalı
 - İlk 6 saatte Myoglobin bakılması (IIb)

UAP' NİN NONFATAL MI/ ÖLÜM RİSKİ SINIFLAMASI

Yüksek Risk:

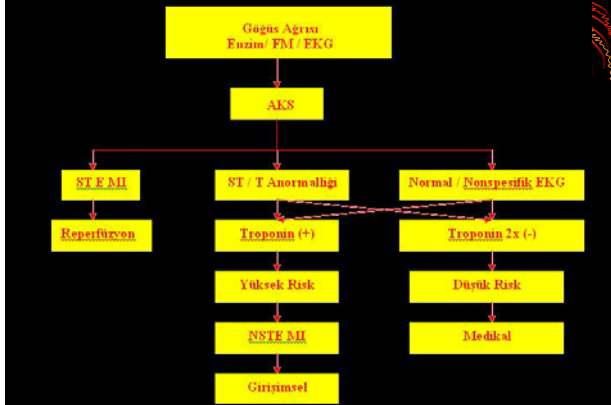
- Son 48 saatte artan göğüs ağrısı
- Halen devam eden ve 20 dk' dan uzun süren istirahat ağrısı
- >75 yaş
- FM:
 - KY bulguları, preşok, bradikardi, MY
- EKG:
 - İstirahat anjinası ile birlikte ≥ 1 mm dinamik ST değişikliği
 - VT, LBBB
- Enzimler: Troponinler $>1.0\text{ng/ml}$, CKMB' de artma

Intermediate risk

- Orta ya da yüksek ihtimalli KAH ile birlikte 20 dk'dan uzun süren yeni sonlanmış istirahat anjinası
- İstirahat veya sublingual nitrogliserine kısa sürede yanıt vermeyen 20 'dk dan uzun süren istirahat anjinası
- Nokturnal anjina,(20 dk'dan kısa olsada)
- Son 2 hf içinde yeni yada artan anjina
- ≥ 70 yaş, MI, SVA, KABG öyküsü, ASA kullanımı
- EKG:
 - Dinamik T değişikliği
 - Patolojik Q dalgası
 - <1 mm ST depresyonu (en az 2 derivasyonda)
- Enzimler: Troponin $<0.1\text{ng/ml}$

Düşük Risk

- Artan anjina (süre,şiddet,sıklık yönünden)
- Öncekinden daha düşük eşikte ortaya çıkan anjina
- Öyküde 2 hf -2 ay içinde anjina olması (izole yeni başlangıçlı)
- Normal ya da değişiklik olmamış EKG
- Enzimler:Normal

AKS TANI VE TEDAVİ ŞEMASI**TEDAVİ STRATEJİSİ****Girişimsel:**

- Optimal tıbbi tedaviye rağmen rekürren ağrı, iskemik
 - Enzim yüksekliği,
 - EKG: Yeni ST depresyonu (≥ 1 mm dinamik ST değişikliği)
 - KABG veya son 6 ay içinde PKG öyküsü
 - Hemodinamik ve elektriksel instabilite
 - Yeni yada ağırlaşan MY üfürümü
 - KKY bulguları
 - Stres testte yüksek risk
- 300 mg ASA
600 mg Clopidocrel
Antikoagulan
GPIIb/IIIa: (IIa)

Konservatif:

- Düşük risk skoru
- Doktor-hasta tercihi
- Medikal tedavi sırasında anjiyo gerektiren yeni klinik olay olursa :DİAGNOSTİK ANJİYO
- Anjiyo gerektiren yeni klinik olay olmasa:
 - EKO: LVEF<%40=ANJİYO
 - >%40 ise stres test yapılır:düşük risk
 - (-) ise anjiyo (IIa)
- STRES TEST: Düşük risk(+) medikal tedavi
- Medikal tedavi: ASA sürekli
- Clopidocrel 1 yıl
- Antikoagulan.
- GPIIb/IIIa.

ANTIİSKEMİK TEDAVİ

- Yatak istirahati
- Suplemantal Oksijen
- Nitrat
- Beta Bloker
- Kalsiyum Kanal Blokörü (NSTEAKS)
- Yatak istirahati, sürekli EKG monitörizasyonu ile beraber
- Suplemantal Oksijen(1B).
 - İlk 6 saat rutin Oksijen verilmeli
 - SatO2<% 90 olduğunda verilmeli

- **Nitrat:** Devam eden iskemik semptomları olanlara
 - Her 5 dk' da bir dilaltı 5 mg üç doz ardından gerekirse
- **İV NTG:**
 - ✓ İlk 48 saatte: Persistant iskemik, KY, HT (I).
 - ✓ TA< 90 mmHg veya TA>30 mmHg azaldıysa verilmemeli
 - ✓ Sağ MI'da verilmemeli (III)
 - ✓ Bradikardi < 50/dk, Taşikardi>100/dk (KY semptomları yokken) verilmemeli
 - ✓ Sildenafil (24 saat içinde), Tadofil (48 saat içinde) alanlara NTG verilmemeli (III).

Kalsiyum Kanal Blokörü

- Beta Blokör kontrendike ise ve iskemik devam ediyorsa Diltiazem
- Uzun etkili oral DHP grubu Kalsiyum Antagonistleri: Betablokor veya Nitrata rağmen iskemik devam ediyorsa
- Vazospastik anjinada verilmelidir
- Klinik belirgin LV disfonksiyonu olanlara verilmemeli
- Dididropiridin grubu tek başına verilmemelidir , bir Beta Blokör ilave edilmelidir.

AKS: BETA BLOKERLER

- Oral BB tedavisi ilk 24 saat içinde (I).
- İV BB ilk gelişte hipertansif olan (IIa).

YENİ

- Kalp Yetmezliği
- Düşük kardiyak debi
- Kardiyojenik şok riski fazla ise:

>70 yaş

SKB:<120 mmHg

Nabız >110/dk veya <60/dk

Beta blokerlere nisbi kontrendikasyon olmamalı

ANTİTROMBOTİK TEDAVİ

• Antitrombotik (Antiplatelet)

- Aspirin
- Klopidoğrel
- GPIIb/IIIa inhibitörleri

• Antikoagülan tedavi

- UFH
- DMAH
- Direk Trombin inhibitörleri: Bivaluridin, Hirudin
- Vitamin K antagonistleri

ASPIRİN

- Tüm AKS hastalarda başlanmalı (I).
- Yükleme dozu: 162-325 mg/gün
- İdame: 75-162 mg/gün ömür boyu
- Aspirin kullanamayanlarda Klopidoğrel (I).
- Kanama riski olanlarda ise başlangıç ve idame olarak: 75-162 mg/gün verilmesi uygundur (II).

YENİ

TİONEPİRİDİNLER (CLOPIDOGREL)

- Fibrinolitik tedavi alsın veya almasın STEMI'da Clopidogrel 75 mg/gün ASA'ya eklenmelidir (I) ve en az 14 gün sürdürülmelidir (I).
- Tedaviye 1 yıl devam edilebilir (I).
- <75 yaş Fibrinolitik tedavi alsın veya almasın 300 mg yükleme (I).
- >75 yaş olanlarda oral yükleme dozu hakkında bir veri bulunmamaktadır
- CABG gerektiren hastalarda Clopidogrel en az 5 gün tercihen 7 gün önce kesilmelidir (I) (2004 ile aynı).

UAP ve NSTEMİ: TİONEPİRİDİNLER

- ASA'nın yanısıra başlangıçta yükleme dozu ve sonrasında idame dozu verilir (I).
- İdeal olarak 1 yıl sürdürülmelidir (I).

YENİ

ASPIRİN/ KLOPIDOGREL

- **Bare Metal Stent : ASPIRİN**
162-325 mg/gün en az 1 ay (IB)
daha sonra 75-162 mg/gün süresiz (IA)
- **Bare Metal Stent : KLOPIDOGREL**
75 mg/gün en az 1 ay , tercihen 1 yıl

YENİ**ASPIRİN/ KLOPIDOGREL**

- **İSS: ASPIRİN**
 - 162-325 mg/gün SES için en az 3 ay,
 - PES için 6ay
- **İSS: KLOPIDOGREL**
75 mg/gün en az 1 yıl

GP IIb/IIIa İNHİBİTÖRLERİ

- Başlangıçta invaziv strateji seçilen hastalarda
- Anjiyografi öncesi upstream klopidoğrel veya glikoprotein IIb/IIIa inhibitörü (I)
- Klopidoğrel + glikoprotein IIb/IIIa inhibitörlerini birlikte başlamak (IIa)

ANTİKOAGÜLAN TEDAVİ

- UFH
- DMAH
- Direk Trombin inhibitörleri: Bivaluridin
Hirudin
- Vitamin K antagonistleri: Varfarin

YENİ**ANTİKOAGÜLAN TEDAVİ**

- Fibrinolitik tedavi ile reperfüzyon sağlanan hastalara en az 48 saat ve hastanede yatış süresince 8 güne kadar antikoagülan verilmeli (I).
- 48 saatten daha uzun süre antikoagülan verilecekse UFH dışı ajanlar tercih edilmelidir (I).
(48 saatten sonra Heparine bağlı Trombositopeni gelişeceği için)

- PKG'den sonra antikoagülan tedavinin sonlandırılması önerilmektedir.
- ✓ Sol ventrikül anevrizması
- ✓ Sol ventrikül trombüsü
- ✓ Atrial Fibrilasyon
- ✓ Uzun süreli yatış gereken hastalarda
- ✓ Arteriyel kılıf çekme süresinin uzatıldığı hastalarda
tedaviye devam edilmelidir.

ANTİKOAGÜLAN

- **UFH: Heparin (I)**
 - Başlangıç 60 Ü /kg (maksimum 4000 Ü) İV bolus ve sonra 12 Ü/kg (maksimum 1000 Ü) İV infüzyon (aPTT:1.5-2 katı: 50-70 sn)
- **Enoksiparin (LMWH)(I)**
 - <75 yaş ve kreatinin <2.5 mg: E, <2 mg: K
 - Başlangıç 30 mg İV bolus; 15 dk sonra 1mg/kg SC 12 saat ara ile günde iki kez.
 - >75 yaş: İV bolus yapılmaksızın, 0.75 mg/kg SC 12saat ara ile günde iki kez.
 - Kreatinin klirensi <30 ml/dk, 1mg/kg/gün SC (tek doz)
 - Tedavi hastanede yatış süresince ve maximum 8 gün.

ANTİKOAGÜLAN ALAN VE PCG YAPILACAK HASTALARDA ÖNERİLER

- **UFH:(I)**
 - Önceden UFH alan ve PCG yapılacak hastalarda ek iv bolus heparin yapılmamalıdır.
 - GPIIb/IIIa uygulanacak ise heparin dozu azaltılmalıdır. Heparin 100Ü/kg' dan 60Ü/kg'a düşürülmelidir.
- **Enoksiparin: (LMWH)(I)**
 - Son yapılan dozdan sonra 8 saat geçmemişse ek doza gerek yoktur
 - 8-12saat geçmişse iv/ sc 0.3 mg/kg ek doz yapılmalıdır.

YENİ

STEMİ: ANTİKOAGÜLANLAR

- Fibrinolitik tedavi alan olgular minimum 48 saat antikoagulan almalı (I).
- AFH dışındaki rejimler 8 güne kadar uzatılabilir (I).
- NSTEMİ: İnvaziv yaklaşımda UFH/Enoksiparin (I).

YENİ

WARFARİN

- Kronik AF/AFI, SV trombüs varlığında İNR 2-3 olacak şekilde warfarin.
- ASA ve/veya klopidoğrelle ilave edilmesi Kanamayı artıracığından yakın takip edilmeli Warfarin +klopidoğrel+aspirin tedavisi alan hastalarda warfarin düşük doz başlanmalı ve
- İNR 2-2.5 olacak şekilde; ASA (75-85mg) ve klopidoğrel ile birlikte kullanılabilir.

STEMİ FİBRİNOLİTİK İLAÇLAR

- Streptokinaz
- t-PA

t-PA'nın daha faydalı olduğu durumlar

- Genç hastalar(<75 yaş): Kanama riski daha azdır
- Geniş anterior MI: Yüksek risk, hızlı açıklık sağlanır
- İlk 4 saatte başvuru: Hızlı açıklık sağlanır
- Önceden SKZ kullanılmış olması: Antikor gelişir.
- SKB <140 mmHg

SKZ 'NİN DAHA FAYDALI OLDUĞU DURUMLAR

- Yaşlı hastalar (>75 yaş): Strok riski daha azdır
- İnferior MI: Düşük risk
- İlk 4 saatten sonra başvuru: t-PA 'ya göre daha az açıklık
- Hipertansiyon: Strok riski daha az.

TROMBOLİTİK TEDAVİ ENDİKASYONLARI

- 1) EKG 'de en az iki komşu derivasyonda 1 mm ve üzerinde ST segment elevasyonu olan ve göğüs ağrısının başlamasından itibaren ilk 12 saat içinde başvuran semptomatik AMİ'li hastalar (I).
- 2) Yeni başlamış (12 saat içinde) akut sol dal bloğu ve AMİ düşündürülen bulguları olan semptomatik hastalar (II).
- 3) Ağrının ilk 12 saatinde başvuran ve Posterior Mİ 'li hastalar.

- 
- 4) EKG 'de 1 mm nin üzerinde ST segment elevasyonu olan ve ağrının 12-24 saatleri arasında ve iskemik semptomları devam eden hastalar (II).
 - 5) Semptomları 24 saatten önce başlamış olan ve ağrısı geçmiş hastalar (III).
 - 6) Sadece ST segment depresyonu bulunan (Gerçek posterior Mİ dışında) hastalar (III).

AMI DA TROMBOLİTİK TEDAVİLERİ

➤ Kesin Kontrendikasyonları

- Herhangi bir zamanda Hemorajik Tip İnme öyküsü
- Son 3 ay içinde İskemik İnme (ilk 3 saat hariç).
- Son 3 ay içinde anlamlı kafa veya yüz travması
- Bilinen Kafa içi Tümör
- Aktif İnternal Kanama (menstruasyon hariç)
- Aort disseksiyonu şüphesi
- Diyabetik retinopati

✓ Yaş kontrendikasyon olmaktan çıkarıldı

YENİ

SEKONDER ÖNLEME : ACEİ

- SVEF ≤ %40 olan STEMI
- HT, DM veya KBY olan hastalarda başlanmalı ve SÜRESİZ devam edilmeli.
- Risk faktörlerinin iyi kontrol edildiği normal SVEF' lu revaskülarizasyonun yapıldığı STEMI'da başlanmalı ve SÜRESİZ devam edilmeli.

YENİ

SEKONDER ÖNLEME : ARB, ALDESTERON ANTAGONİSTLERİ

- SVEF ≤ %40 olan STEMI veya KY olan ACEİ' ne intoleransı bulunan hastalarda.
- HT olan ve ACEİ' ne intoleransı bulunan hastalarda faydalı olabilir.

➤ ALDESTERON ANTAGONİSTLERİ

- STEMI sonrası ACEİ ve BB alan SVEF ≤ %40 olan hastalar

YENİ

UAP ve NSTEMİ: STATİNLER

- Statinler bazal LDL- kolesterol düzeylerine bakılmaksızın ilk gün başlanılmalı (I).
- LDL- K < 100 mg/dl olanlarda (I)
- LDL- K < 70 mg/dl olanlarda (II)
- LDL- K ≥ 100 mg/dl ise tedavi başlanmalı
- LDL-K 75-100 mg/dl arasında ise LDL- K < 70 mg/dl indirmek mantıklıdır.



SABRINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER