



AKUT KORONER SENDROM

Uzm. Dr. Murat KOYUNCU
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Acil Tıp Kliniği



- Tüm ölümlerin %40,6 sı (ikinci SVH %6,8)
- 45-74 yaş aralığında 100.000 de (erkeklerde 800 , kadınlarda 470) 630 kişi koroner kalp hastalığına bağlı ölüm
- AMI geçirenlerde:
 - Hastane öncesi yaklaşık yarısı
 - Hastane ölümü %13
 - 30 günlük mortalite %15
 - Bir yıllık mortalite %23
 - Takiben her yıl için mortalite %6-15
 - Yeniden AMI %27
 - KKY %26

AKUT KORONER SENDROM

- Anstabil (kararsız) anjina pektoris (**USAP**)
- MI
 - ST yükselmesi ile seyreden miyokard infarktüsü (**STEMI**)
 - ST yükselmesiz miyokard infarktüsü (**NSTEMI**)
- Ani Ölüm

Koroner Kalp Hastalığının Majör Risk Faktörleri

1- **Yaş**: Erkeklerde >45

Kadınlarda >55 veya erken menapoz

2- **Aile öyküsü**: Birinci derece erkek akrabalarında 55 yaşından önce, birinci derece kadın akrabalarında 65 yaşından önce infarktüs(veya ani ölüm) bulunması

3- **Sigara**

4- Hipertansiyon

5- Hiperlipidemi:

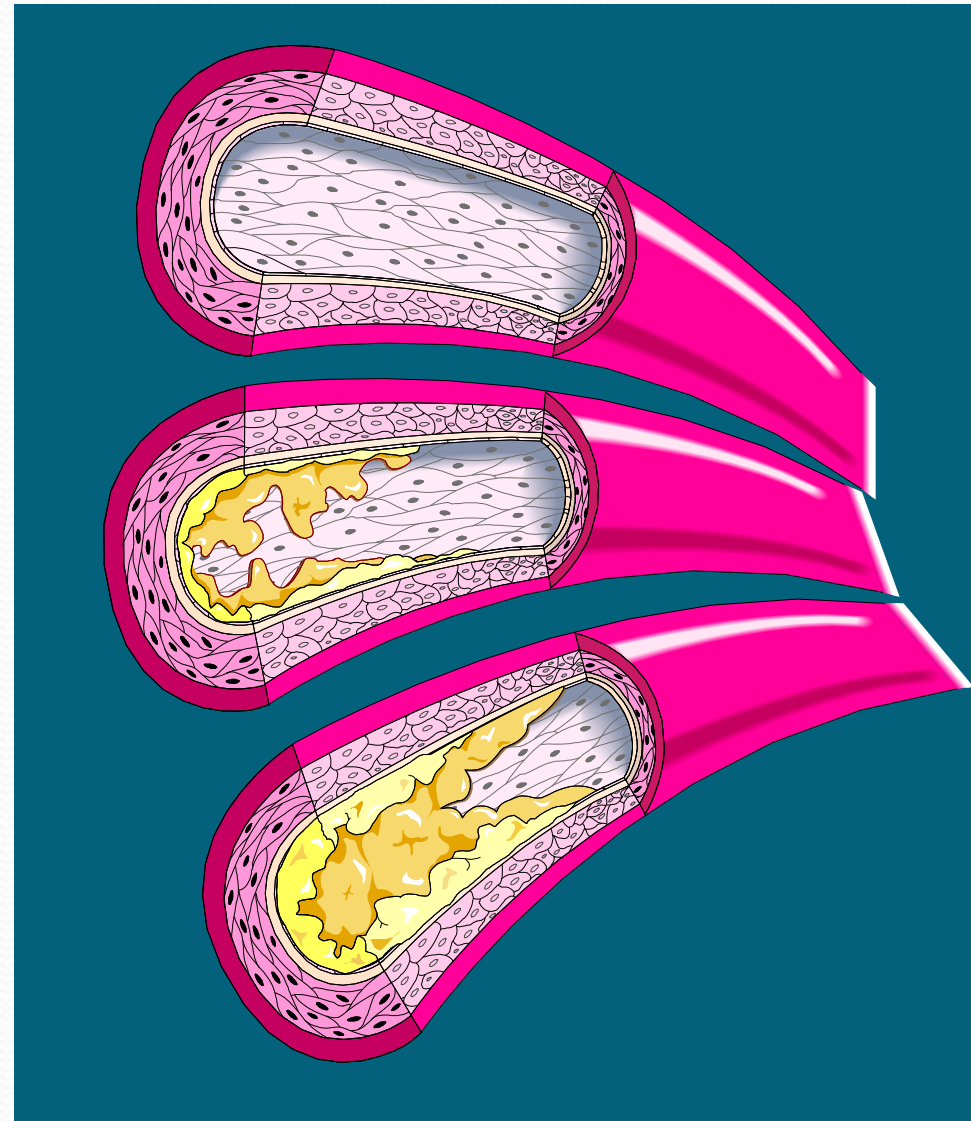
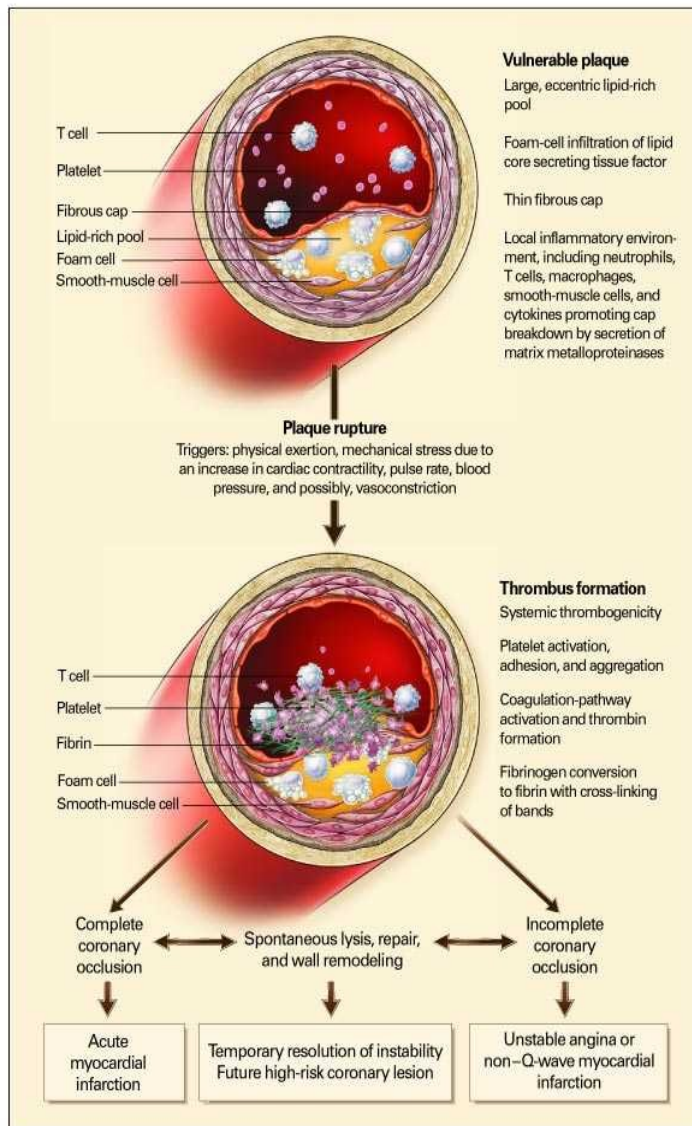
Total Kolesterol >200 mg/dl

(LDL-kolesterol >130 mg/dl)

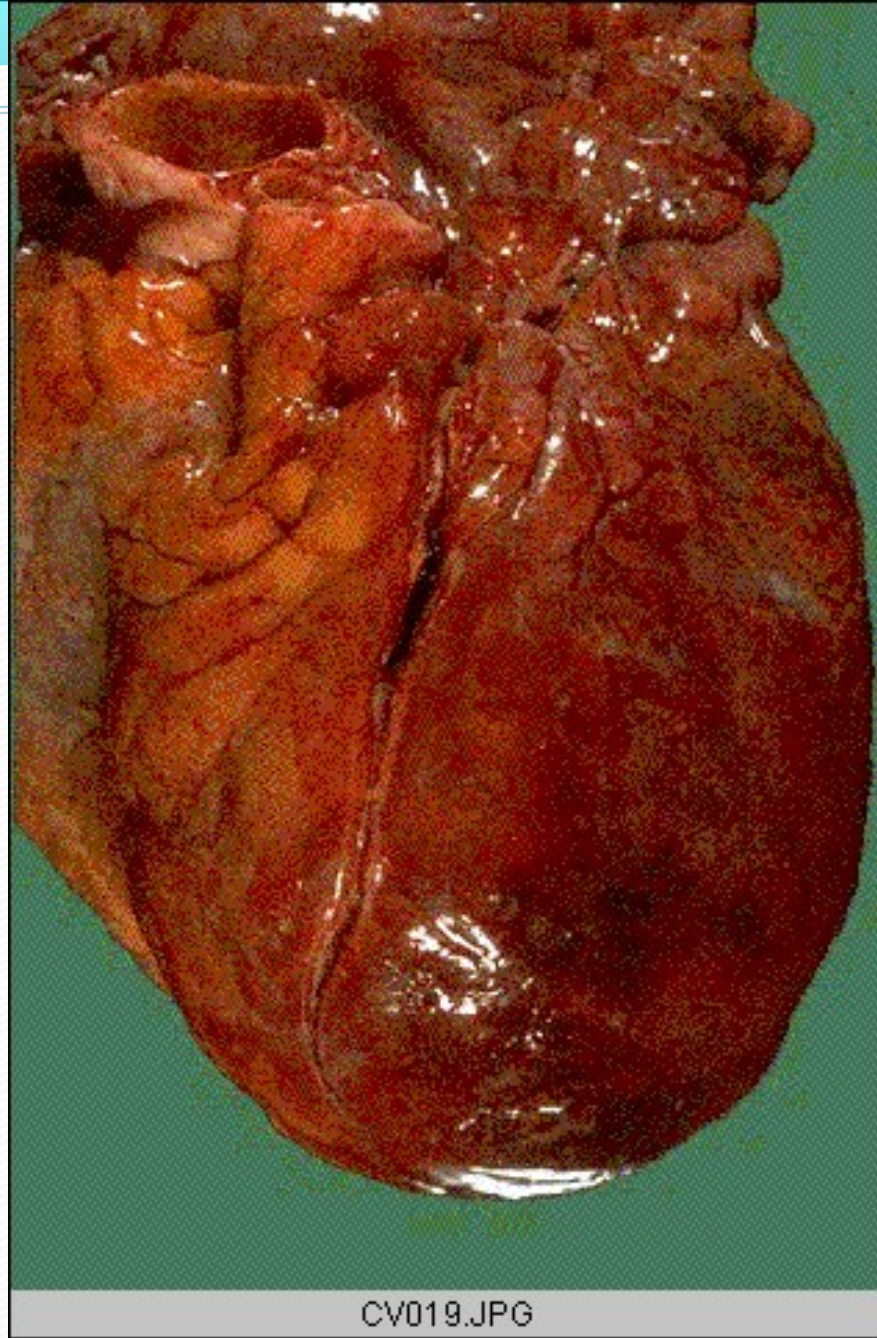
6-HDL-Kolesterol <35 mg/dl

7- Diabetes mellitus

Yüksek HDL-Kolesterol düzeyi (>60 mg/dl) hastalık riskini azaltmaktadır.



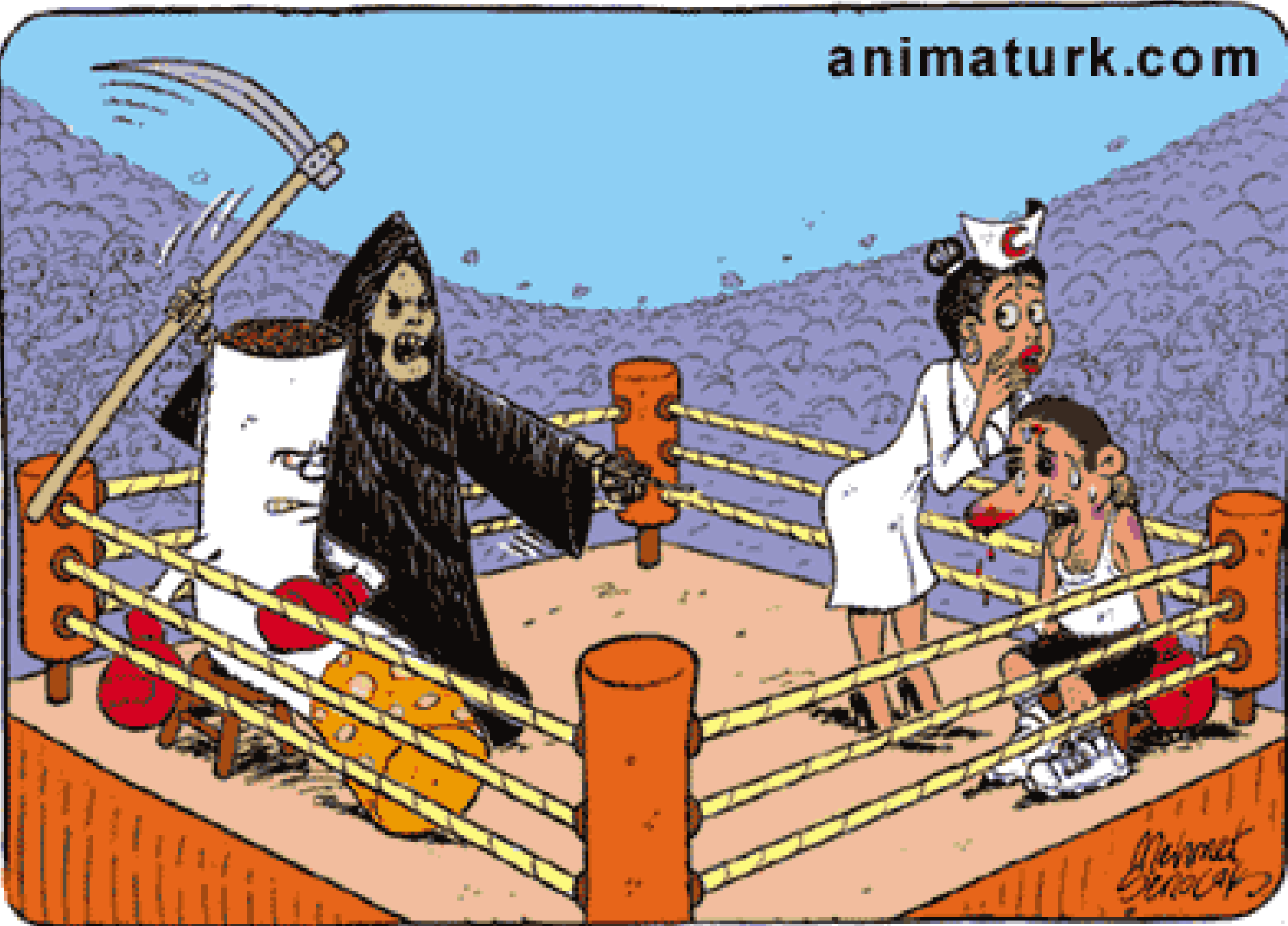
- Plak rüptürü → Trombüs → Tam tıkanıklık → EKG değişikliği → **STEMI**
- Kısmi tıkanıklık → Miyokard nekrozu yok → Uzamış göğüs ağrısı → **USAP**
- Plak rüptürü → Trombüs → Kısmi tıkanıklık → Vazospazm veya Trombüsten kopan parçalar distal dallarda emboli → Myokard nekrozu → EKG normal, Enzim yüksek → **NSTEMI**



AKS OLUŞUMUNU TETİKLEYEN

- Sigara kullanımı
- Orta ve ağır derecede fiziksel aktivite, emosyonel stresler
- Genel cerrahi işlemleri, CABG, Koroner anjiyografi, PTCA
- MAJOR TRAVMALAR
- Kardiyak travmalar
- Koroner arter diseksiyonu
- Hipotansiyon
- Ateş, taşikardi, ajitasyon, hipoksi

- Hipoglisemi
- Solunum yolu enfeksiyonları
- Pulmoner emboli
- Serum hastalığı, yabancı sı sokması ve allerji
- Nörolojik bozukluklar
- Prinzmetal angina
- GENÇ MI → Kokain
- Amfetamin kullanımı, tutkal koklanması



Göğüs ağrısı

- **Anjina Pektoris;** Anjina pectoris terimi Latince angina (boğaz enfeksiyonu), Yunanca ἀγχόνη ankhonē (boğulma) ve Latince pectus (göğüs) kelimelerinden türemiştir. Böylece "göğüste boğumlanma, sıkışma hissi" olarak Türkçeye çevrilebilir. ([wikipedia](#))
- **USAP;** İstirahat ile veya minimal efor ile başlar
Nitrogliserin ile geçmez
20 dk uzun sürer

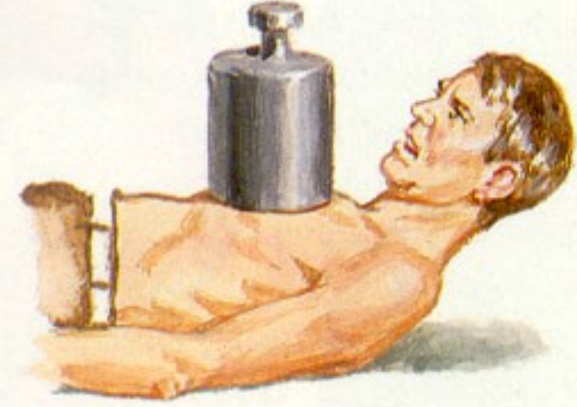
AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ

RETROSTERNAL
Sağ omuz

Servikal8 - torakal4
çene
sol omuz
sol kol ulnar bölge
epigastrium
boyun
boğaz

F. Netter M.D.
© CIBA

Hastalar
göğüs ağrısını
farklı
şekillerde
tarifleyebilirler



AKS'nin
farklı klinik
durum ile
başvurabilir



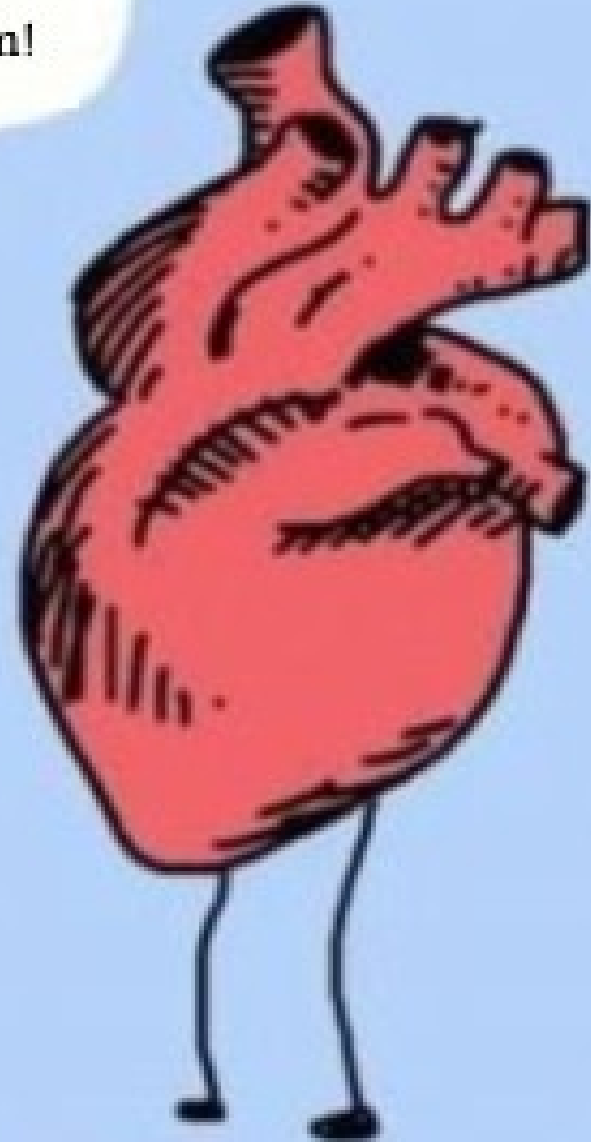
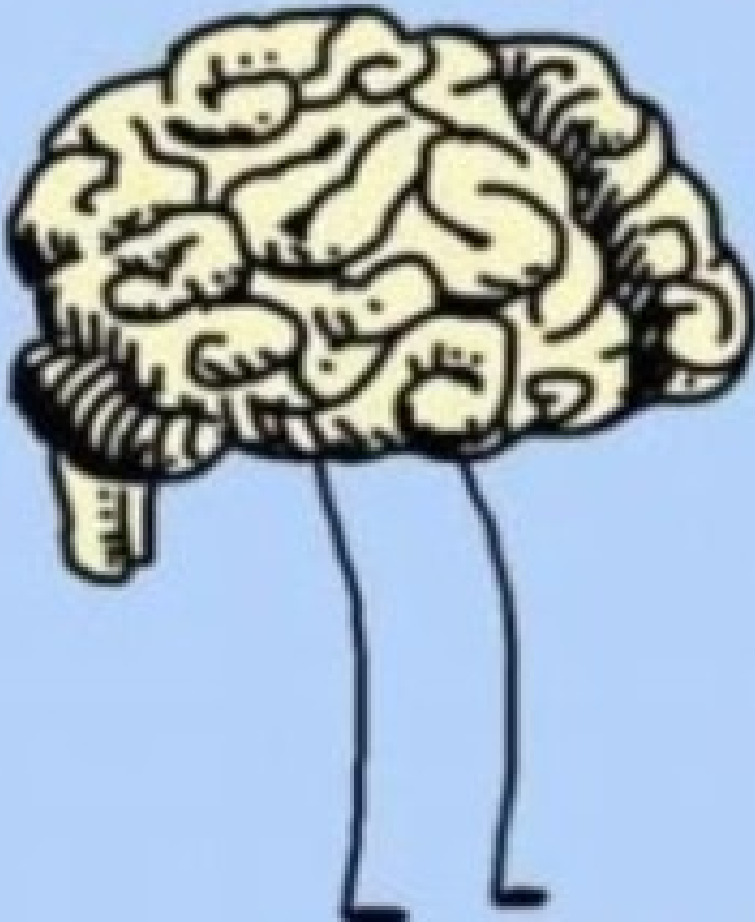
ATİPİK ŞEKİLLER

- Ani dispne veya kalp yetmezliğinin ağırlaşması
- Akciğer ödemi
- Akut konfüzyon, İnme
- Ani ölüm
- Senkop, başdönmesi, sersemlik veya baygınlık
- Çarpıntı
- Terleme
- Tekrarlayan kusmalar
- Kulak ağrısı
- Boğaz ağrısı
- Mide ağrısı

SESSİZ MİYOKART İNFARKTÜSÜ

- Non-fatal MI'nün %20-60'ı
- Çoğu kez, daha önceden angina pektoris bulunmayanlarda
- Yaşlılarda
- Diabetes Mellitusta
- Hipertansiflerde
- Ameliyat sonrası dönemde analjezik kullanan hastalarda

bazen senin yüzünden
kendimi
salak gibi hissediyorum!



FİZİK MUAYENE

- Solukluk
- Soğuk terleme
- Cilt soğuk ve terli
- Soğuk ekstremiteler
- Sinirlilik, huzursuzluk ve sıkıntı hali
- Hipo/hipertansiyon
- Akciğer ödemi, Sol Kalp Yetmezlik bulguları
- Taşikardi/ bradikardi
- Aritmiler

SİRKADİYEN RİTİM

- AMİ, ani kardiyak ölüm, trombotik inmler ve geçici miyokard iskemisi, gün içerisinde rastgele meydana gelmeyip belirgin bir sirkadiyen ritm gösterirler.
- Semptomların başlangıcı sabah saat 6.00-12.00 arasında (ort. Saat 9.00 sıralarında) pik yapar.

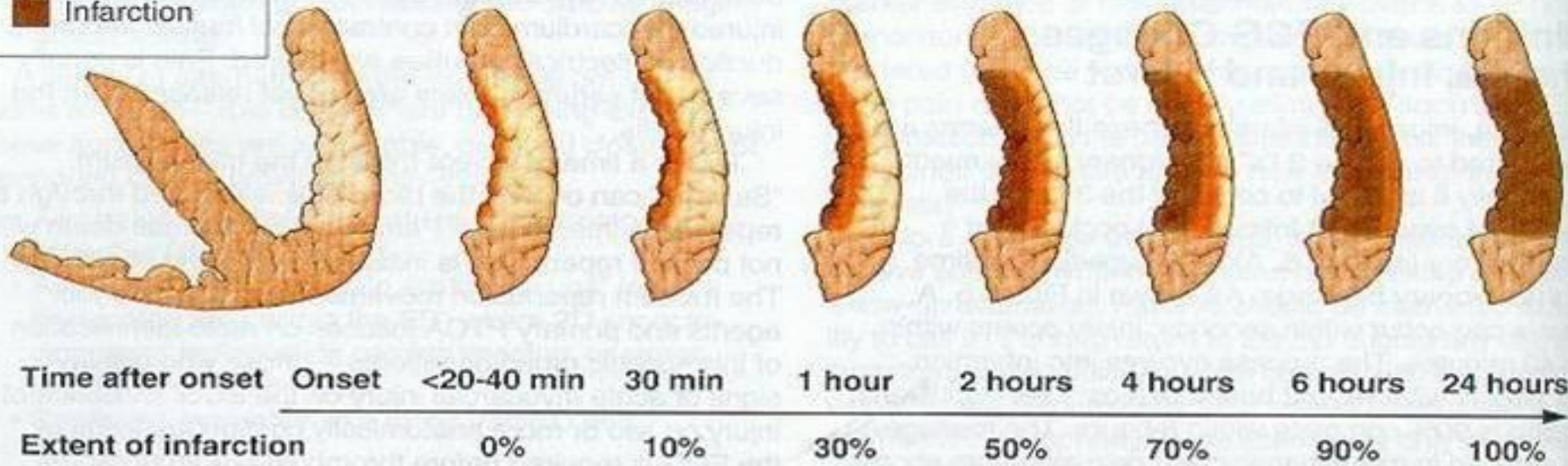
NEDEN?

- Sabahın erken saatlerinde
 - Plazma katekolaminlerinin değışikiliği
 - Plazma kortizol düzeyi değışikliği
 - Trombosit agregabilitesi artmaktadır.
- Beta-bloker ve aspirin bu sirkadiyen ritmi ortadan kaldırır.



A. Changes in Anatomy

- Ischemia
- Injury
- Infarction



TANI YÖNTEMLERİ

A-Noninvaziv Yöntemler

- EKG
- Biyokimyasal tetkikler
- Ekokardiyografi
- X-Ray
- **Bilgisayarlı tomografi**, **Manyetik rezonans**, nükleer görüntüleme

B- İnvaziv Yöntemler

- Koroner anjiyografi

WHO ya göre AKS TANISI

- TİPİK GÖĞÜS AĞRISI
 - EKG değişikliği
 - Kalp markırlarının yüksekliği
-
- 3 tanesinden 2 tane varsa AKS dir. Fakat???

Miyokard İnfarktüsü Evrensel Tanımı

- Kalp Markırlarında (Tn) yükselme veya düşme (99 persentilin en az bir değeri üzerinde)
 - Miyokard İskemisinin kanıtı (En az biri)
 1. İskemi semptomları
 2. EKG de iskemi (ST-T değişikliği veya yeni gelişen LBBB)
 3. EKG de patolojik Q oluşması
 4. GÖRÜNTÜLEME: Kalp kasının canlılığını yitirmesi, yeni gelişen duvar hareket bozukluğu
- EHJ 2007;28:2525-25538

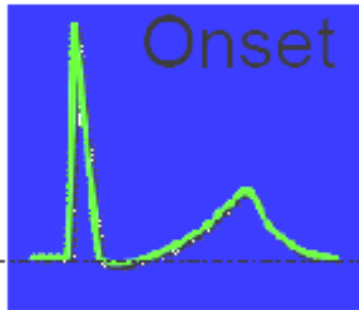


- İlk EKG; olguların yaklaşık %50'de tanı koydurucudur
- Göğüs ağrısı ile gelen hastada tek EKG' nin tanısal değeri düşük olup, seri çekilen EKG' ler sensitiviteyi %95' e çıkarabiliyor
- İki ardışık derivasyonda ST değişikliği
- Hastanın eski EKG'si varsa yeni değişiklikler

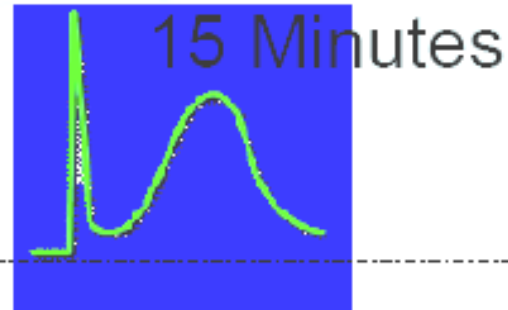
- Hasta acil servise ulaştıktan sonra 5dk içinde
- 15 dk ara ile en az 3 EKG alınmalı
- Her EKG için 1 den 10 a kadar ağrı şiddeti yazılmalı
- EKG değişikliği kontrol edilmeli
- Ağrı geçti ise tekrarlayan ağrıda EKG tekrarlanmalı
- Her enzim kontrolü ile EKG kontrol edilmeli
- İnförior MI bulgusu varsa SAĞ PREKORDİAL EKG
- Sadece anteriorda ST DEPRESYONU varsa POSTERİOR EKG alınmalı

40

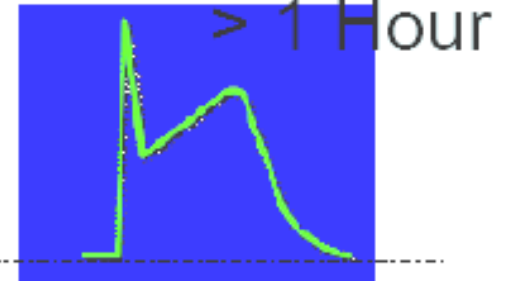
A.



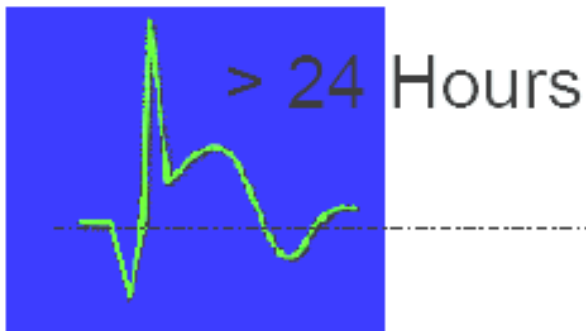
B.



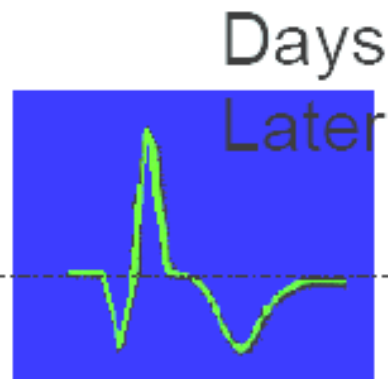
C.



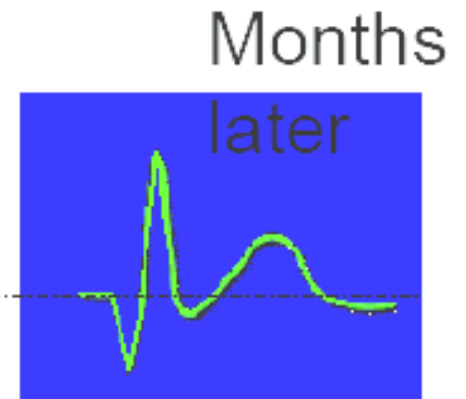
D.



E.

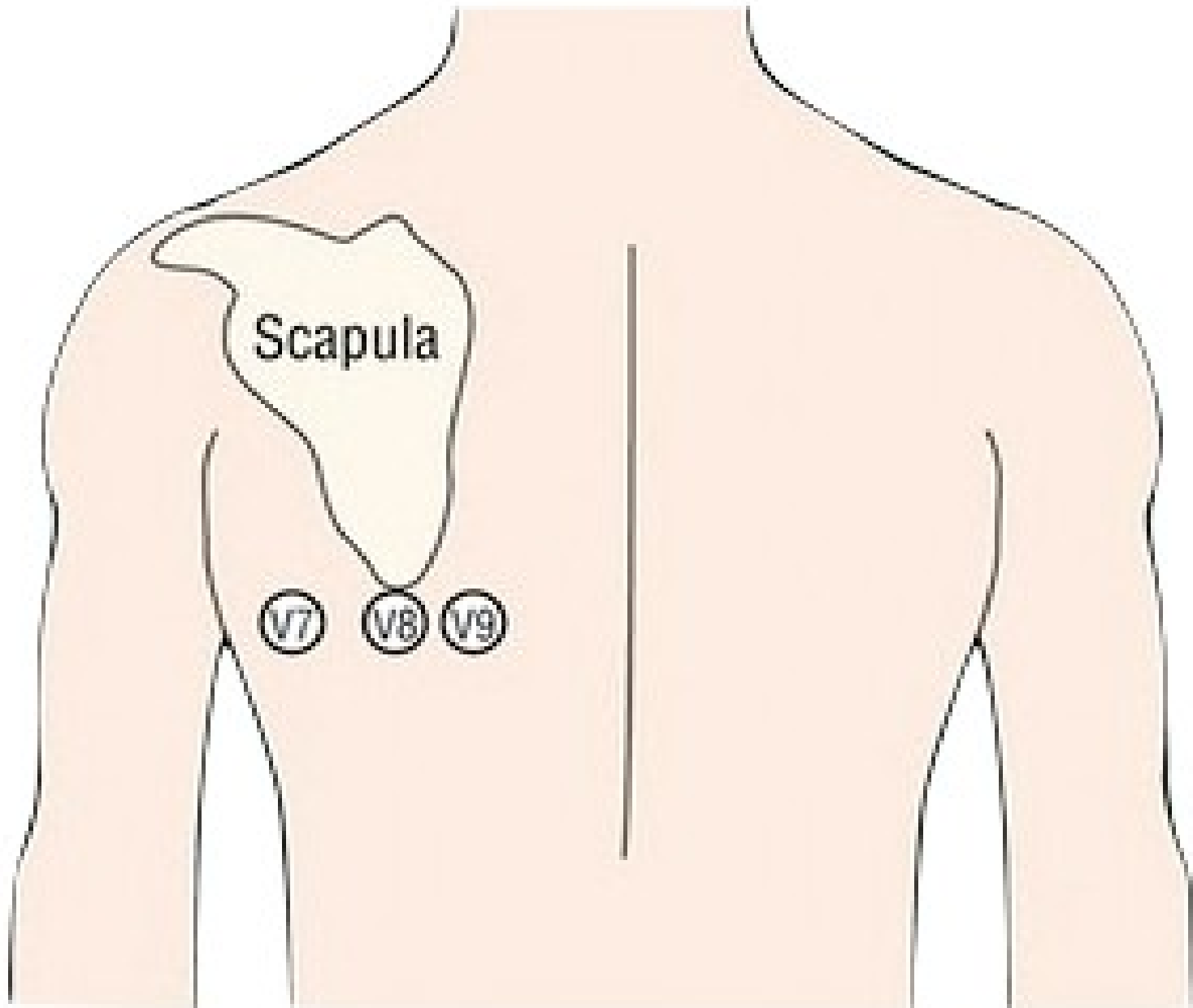


F.



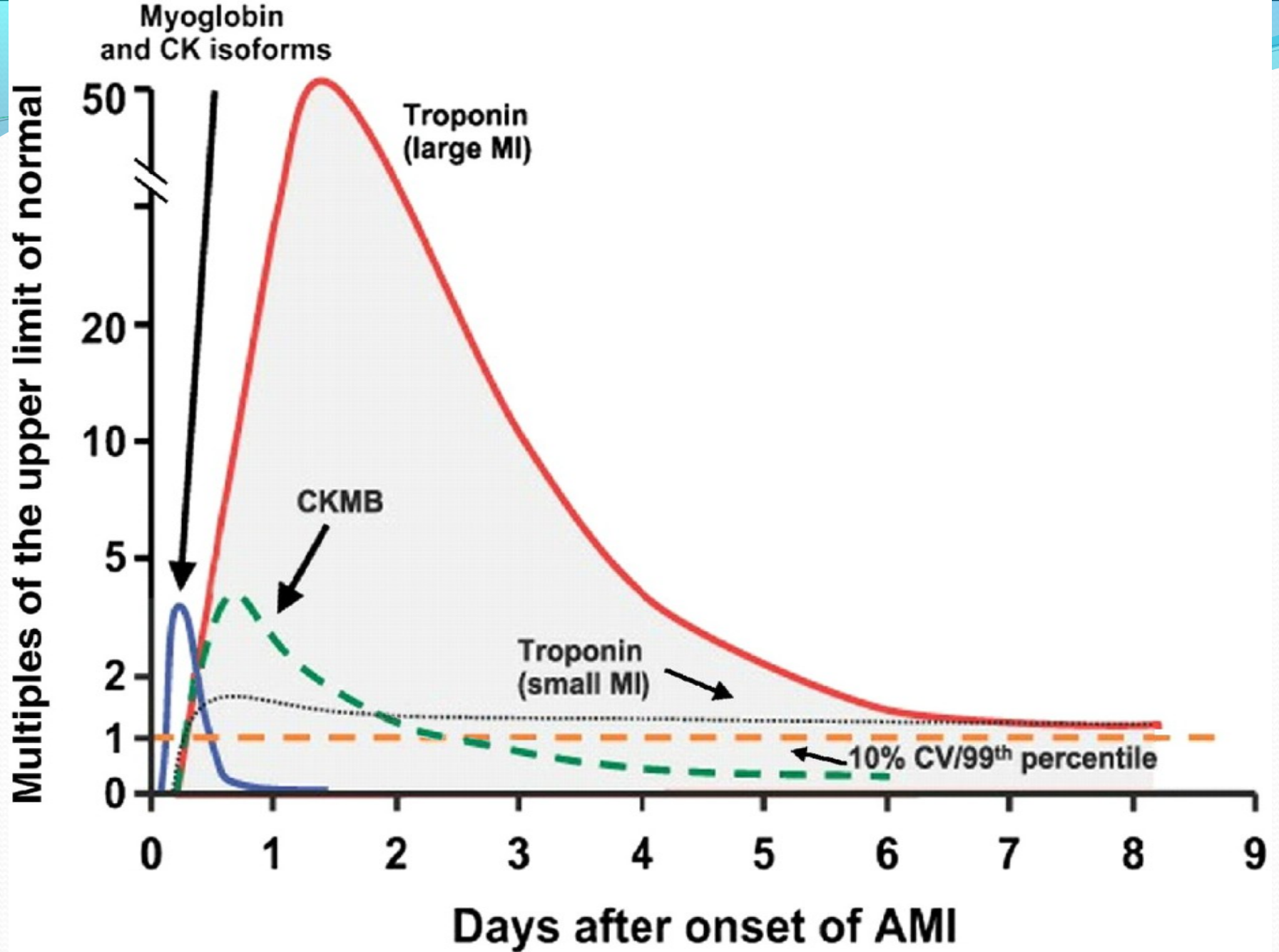
AMI'nin EKG LOKALİZASYONU

Enfarkt Alanı	EKG Değişikliği Olan Derivasyonlar	Katılan Olası Damar
İNFERİÖR	2, 3, AVF	RCA
SEPTAL	V ₁ , V ₂	LAD
ANTERİÖR	V ₃ , V ₄	LAD
ANTEROSEPTAL	V ₁ - V ₄	LAD
LATERAL	I, AVL, V ₅ - V ₆	CIRC
YÜKSEKLATERAL	I, AVL	CIRC
POSTERİÖR	V ₁ de belirgin R, Sadece Anteriorda ST depresyonu	RCA veya CIRC
SAĞ VENTRİKÜL	ST Yükselmesi ve daha spesifik olarak inferior infarktüste V ₄ R	RCA





Belirteç	Yükselme zamanı	Tepe	Bazale dönüş süresi
Miyoglobin	1 - 4 saat	6 - 7 saat	24 saat
Troponin I	3 - 12 saat	24 saat	5 - 10 gün
Troponin T	3 - 12 saat	12 - 48 saat	3 - 4 gün
CK	4 - 8 saat	12 - 24 saat	3 - 4 gün
CK-MB	4 - 8 saat	18 - 36 saat	2 - 3 gün
AST	8 - 12 saat	18 - 36 saat	3 - 4 gün
LDH	8 - 12 saat	3 - 6 saat	8 - 14 gün



CK-MB

- CK-MB düzeylerinde seri artış, sonra azalma (herhangi iki değer arasında %25'den fazla değişiklik)
- CK-MB > 10-13 U/lt veya total CK aktivitesinin > %5'i
- En az 4 saat ara ile alınan her iki değer arasında CK-MB aktivitesinde %50'den fazla artış
- Eğer tek örnek varsa CK-MB yüksekliğinin iki kat olması

Troponin

- Tanıda, risk sınıflamasında (derecelendirilmesinde) ve prognozu belirlemede
- CK-MB den daha sensitif ve spesifik
- Yüksek Troponin → Yüksek Mortalite
- Yüksek Troponin → Yüksek Komplikasyon
- Negatif ise; semptomların ortaya çıkışından 6-12 saat sonra biyobelirteçlerin tekrar ölçülmeli

Troponin Artışına Neden Diğer Durumlar

- Ağır konjestif kalp yetmezliği
- Aort diseksiyonu, aort kapağı hastalıkları
- Hipertrofik kardiyomyopati
- Kalp kontüzyonu,
- İnvaziv kardiyak girişimler (ablasyon, pacing, kardiyoversiyon, endomyokardiyal biyopsi)
- İnflamatuar hastalıklar (myokardit, endokardit, perikardit)
- Hipertansiyon krizi
- Taşiaritmi ve bradiaritmiler
- Pulmoner emboli, ağır pulmoner hipertansiyon
- Hipotiroidi

- ABY, KBY
- Akut nörolojik hastalıklar (Strok, subaraknoid kanama)
- İnfiltratif hastalıklar (Amiloidoz, hemokromatoz, sarkoidoz, skleroderma)
- İlaç toksisitesi (adriamisin, 5-fluorourasil, herseptin, yılan zehirleri)
- Yanıklar (Vücut yüzeyinin %30'dan fazlası)
- Rabdomyolizis
- Yogun bakım hastaları (Solunum yetmezliği, sepsis)

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

Dosya Düzen Görünüm Sık Kullanılanlar Araçlar Yardım

Hotmail ingilizce dersler ingilizce ... LingualNet - Learning Eng... VIP VIP İngilizce ile Ücretsiz İn... LearnEnglish British Coun... http--www.ingilizcem.org...

NCBI Resources How To My NCBI Sign In

PubMed.gov
US National Library of Medicine
National Institutes of Health

PubMed diagnostic markers of myocardial infarction Search

RSS Save search Advanced Help

Choose additional filters

Clear all

Text availability
Abstract available
Free full text available
Full text available

Publication dates
5 years
10 years
✓ From 2011/05/31 to 2012/05/31

Species
Humans
Other Animals

Display Settings: Summary, 20 per page, Sorted by Recently Added

Send to:

Filters: Manage Filters

Results: 1 to 20 of 361

Filters activated: Publication date from 2011/05/31 to 2012/05/31 Clear all

1. [Hsp 70, hsCRP and oxidative stress in patients with acute coronary syndromes.](#)
Amanvermez R, Acar E, Günay M, Baydın A, Yardan T, Bek Y.
Bosn J Basic Med Sci. 2012 May;12(2):101-7.
PMID: 22642594 [PubMed - in process]

2. [Atherosclerosis burden and coronary artery lesion complexity in acute coronary syndrome patients.](#)
Korkmaz L, Adar A, Korkmaz AA, Erkan H, Agac MT, Acar Z, Kurt IH, Akyuz AR, Celik S.
Cardiol J. 2012;19(3):295-300.
PMID: 22641549 [PubMed - in process]
[Related citations](#)

3. [A comprehensive review of upper reference limits reported for \(high-\)sensitivity cardiac troponin assays: the challenges that lie ahead](#)

Titles with your search terms

Diagnostic value of serial measurement of cardiac markers in [Am Heart J. 2004]

Diagnostic value of biohumoral markers of necrosis and inflammatio [Prilozi. 2007]

See more...

407 free full-text articles in PubMed Central

Decreased circulating endothelial progenitor cell levels ar [PLoS One. 2012]

Krill oil attenuates left ventricular dilatation after m [Lipids Health Dis. 2011]

Human cardiac stem cells isolated from atrial appendages stabl [PLoS One. 2011]

See all (407)...

Diğer kardiyak belirteçler

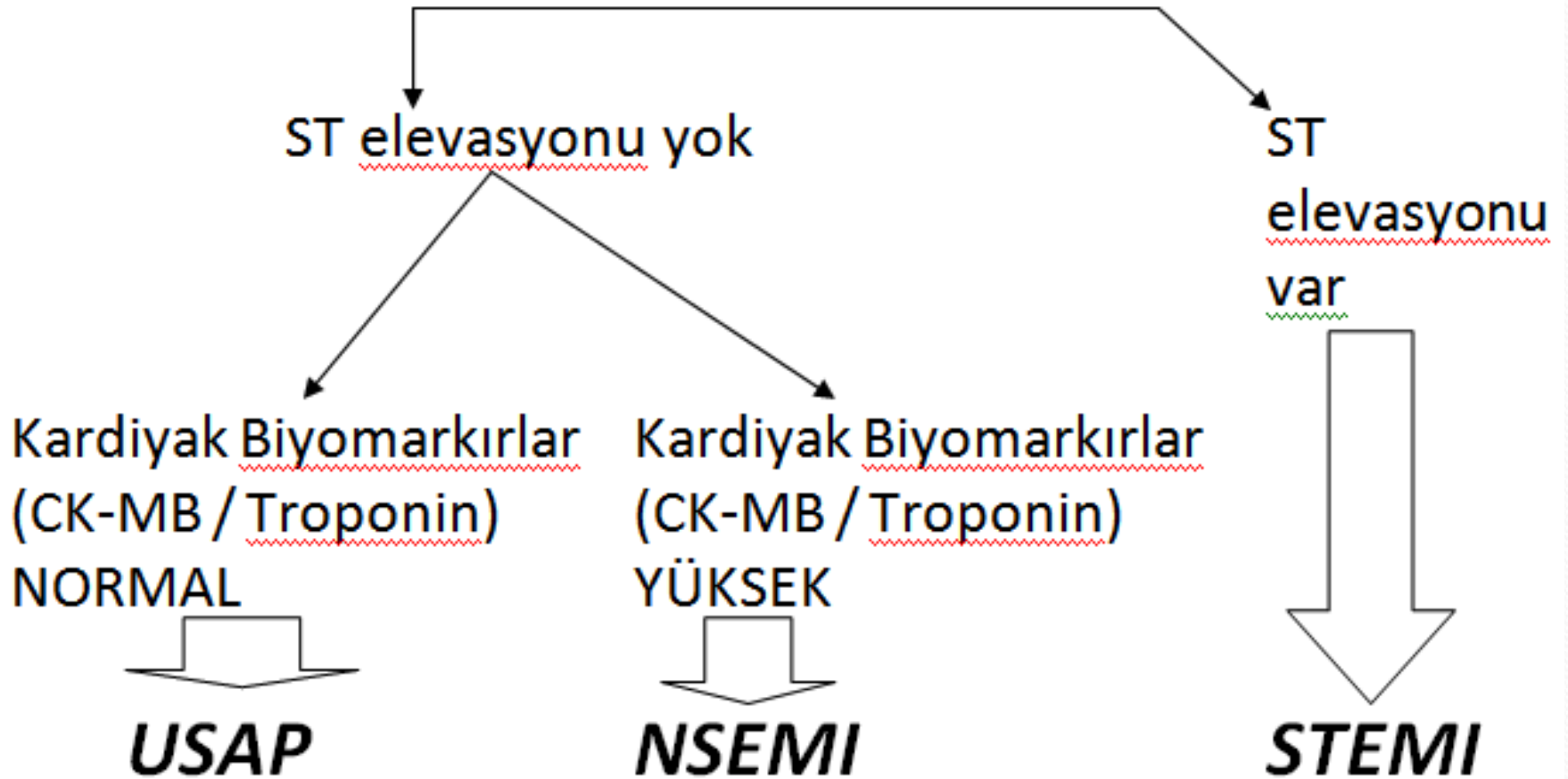
- BNP, pro BNP
- D-DİMER
- Hs-CRP
- İnterlökin 6
- Copeptin
- CRP
- IL-6
- D-Dimer
- Myeloperoksidaz
- Makrofaj kemotaksis protein
- Gebelik ilişkili protein
- İskemi modifiye albumin
- Kalp tipi yağ asidi bağlayıcı protein



- EKO;
Kalp duvar hareket bozukluğu,
Etkilenen alan büyüklüğü,
AKS komplikasyonları
- PA- Akciğer grafisi;
Diğer nedenler ekartasyonu,
Akciğer ödemi
- BT
- MR
- Miyokard Perfüzyon Sintigrafisi

AKUT GÖĞÜS AĞRILI HASTA

%15-20 AKS



Daga LC, Kaul U, Mansoor A. Supplement to Japi. December 2011;59:19-25.

Ne yapalım???

- İstirahat
- Monitörizasyon
- Defibrilatör hazırlanmalı
- KPR ortam hazırlanmalı
- Oksijen??
- Damar yolu
- Aspirin
- Analjezik
- Nitrat

- Klopidoğrel
- Heparin; **DMAH / Unfraksiyone Heparin**
- β - Blokör
- ACE- inh
- Statinler
- **KORONER REVASKÜLARİZASYON**



NSTEMI

TIMI RİSK SKORLAMA SİSTEMİ

Skor Hesaplama (her biri için 1 puan)	Skor	Ölüm/MI/revaskülarizasyon (14 gün süresince)
Yaş >65	0 - 1	% 5
KAH risk faktörü >3	2	% 8
Bilinen KAH (> % 50 darlık)	3	% 13
Son 7 gündür ASA kullanımı	4	% 20
Son 24 saatte 2den fazla anjinal atak	5	% 26
0,5 mm ST deviasyonu	6 - 7	% 41
(+) Kardiyak enzimler		
Puanları Topla 0-7		

Kararsız Anjina ve NSTEMI

AKS Risk Değerlendirmesi

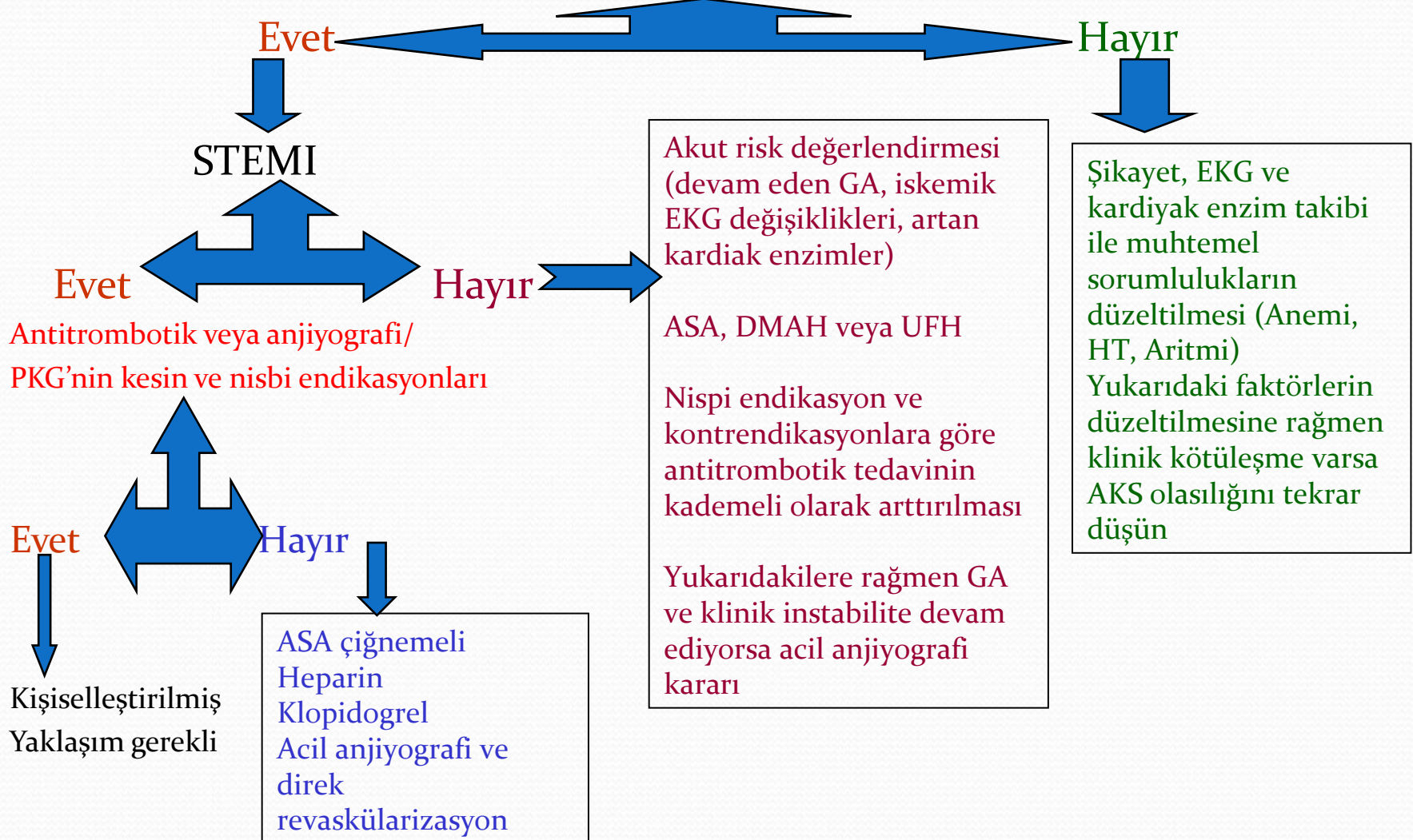
	Yüksek risk	Düşük risk
Hikaye	Uzamış anjinal göğüs ağrısı veya maksimal tıbbi tedavi ile rahatlamış göğüs ağrısı	Son 2 hafta içinde yeni anjina var fakat > 20 dak.
EKG	2 komşu derivasyonda ST depresyonu * 0,5 mm veya AVR ve V ₁ hariç derin T dalga inversiyonları > 2 mm	
Troponin	(+) troponin	(-) troponin
TIMI risk skoru	≥ 3	≤ 2

NSEMI İÇİN TEDAVİ STRATEJİSİ	Düşük Risk	Yüksek Risk
ASPİRİN	X	X
NİRTOGLİSERİN	X	X
MORFİN	X	X
HEPARİN veya DMAH	X	X
ENOKSAPARİN (1 mg/kg SC 12 SAATTE BİR)		X
KLOPİDOGREL		X
β-BLOKÖR	X	X
ACE İNHİBİTÖRLERİ		X
STATİNLER		X
ERKEN KAG / REPERFÜZYON		X

AKS ŞÜPHEİNDE TEDAVİYE YAKLAŞIM

Muhtemel AKS nedeni ile takip edilen hastada:

(3 klinik kriterden en az ikisinin varlığı: GA, EKG değişikliği, (+) biyomarker)



STEMI'de PKG'E karşı trombolizis

PKG'e yönlendirilmiş angiyoğrafi tercih edilir.

Trombolitik tercih edilir.

Cerrahi desteği olan yetenekli PKG laboratuvarı olan (kapı*balon zamanı <90dak.) veya hızlı transportun (<2 saat) mümkün olduğu deneyimli merkez

Erken müracaat(şikayet başlangıcı<3 saat) invazif strateji için > 2 saat gecikme olasılığı

Kardiyojenik şok

Uygun PKG laboratuvarının olmaması

Trombolitiklere kontrendikasyon

Trombolitiklere kontrendikasyon yok

Geç müracat: ağrı başlangıcından > 3 saat geçmesi

STEMI tanısı şüpheli

NSTEMI ve STEMI ana hedef

- STEMI da total tıkanıklık → Fibrinolitik tedavi veya Perkütan Koroner Anjiyoplasti
- USAP veya NSTEMI → trombüsün daha fazla büyümesini önle (tam tıkanıklık olmaması için)

İSTİRAHAT

- Acil Servisden itibaren ilk 24 h süresince mutlak istirahat ve en az efor sağlanmalıdır.
- 24h sonra sandalyede oturma ve yatak başı eşyalarını kullanmaya izin verilir.
- Yoğun bakımda komplikasyon yoksa 2-3 gün kalan hasta 4. gün taburcu edilebilir.
- Ancak ağır efor sarf etmesine izin verilmez. Efor yavaş arttırması önerilir.



VENÖZ DAMAR YOLUNUN AÇILMASI

- Acil ünitesinde bir adet ancak trombolitik kullanılacaksa 2 adet venöz yol gerekir.
- Hasta hipotansif veya şokta ise Santral Venöz Yol
- İntramüsküler uygulamadan kaçınılmalıdır.
- MÖ; Diazem + Novalgin İM

OKSİJEN

- Hipoksemisi olmayan hastaya O₂ vermek

(deneysel çalışmalarda iskemik miyokard hasarını arttırmaktadır)

(Sistemik vasküler rezistansı arttırır)

- O₂ Satürasyonu <%90
- KY bulguları
- Şok
- Şuur bozukluğu
- Nazal kanül ile 2-4 L/dk.

ASPIRİN

- 162-325 mg Aspiririn (ağızda çiğnet.) USAP da AMI gelişim riskini %50 azaltmaktadır.
- İdame: 75-150 mg/ gün
- Mümkün olduğu kadar erken ver
- Yüksek riskli hastalarda Non fatal MI riskini %30, AKS bağlı ölümleri %17 azaltıyor....

KLOPIDOGREL

- 300 mg hemen
- KAG yapılacak ise 600mg
- 75 mg/gün idame
- Stent konmuş ise 12-15 ay
- Aspirin ve Heparine ilave ilk 4 saat içinde verildiğinde, İnme ve Kardiyak komplikasyonları azaltır

Glikoprotein IIb/IIIa Reseptör Antagonisti

- Absiksimab: 0,25mg/kg İV bolus, 0,125µg/kg/dk (maksimum 10 µg/dk) 12 saat infüzyon
- Tirofiban 25 µg/kg İV bolus, 0,15 µg/kg/dk 12 saat infüzyon
- Fibrinolitik ile birlikte kanama riski artar

ANELJEZİ

- İV yolla 3-5 mg morfinsülfat kullanılır. 5-15 dk ara ile doz tekrarlanır.
- İnferior infarktüs, sağ ventrikül infarktüsü, bradiaritmi ve hipotansiyon olanlarda meperidine(dolantin) 10-20 mg uygulanır.
- İM uygulama

NİTRAT

- Dilaltı nitrat (3-5 dk ara ile rahatlayıncaya kadar)
- İV NİTRAT
 - 10mcg/dk başlanır
 - 200 mcg/dk maksimum
 - Klinik ve hemodinamik yanıtı göre her 5-10 dk doz arttırılır. 24-48 saatlik perfüzyon yeterli olup doz azaltılarak kesilir.

Kullanılmaması gereken durumlar:

- Sistolik kan basıncı < 90 mmHg
- Son 24 saat Sildenafil / son 48 saat tadalafil almış
- Sağ Ventrikül MI

- **UNFRAKSIYONE HEPARİN**

DOZ: 80Ü/Kg Yükleme, 12Ü/Kg/h idame.

aPTT: 60-80 sn / 2-2.5 katı tutulmalı.

3-5 gün sürdürülebilir (72 saat yeterli).

- **DMAH**

U-Heparine üstünlük net değil,

Yan etki riski az,

Monitörizasyona gerek yok (GÜVENLİ)

Kolay uygulanabilir

Enoxaparin 1 mg/kg günde 2 kez 3-5 gün

Fondaparinux 2.5 mg /gün (güvenli, etkili)

BETA -BLOKER

- Kontrendikasyon yoksa
- Membran stabilize edici etki
- Miyokarda oksijen sunumu ile ihtiyacı arasındaki dengesizliği azaltır (negatif kronotropik ve negatif inotropik etkilerine bağlı)
- Reinfaktan koruyucu etkisi
- Oral tercih
- İV sadece Hipertansif hastada

ACE İNHİBİTÖRLERİ

- Gelişte ilk 6 saatte başlanır.
- Erken dönemde remodellingi önlüyor.
- 6 hafta sonra EF %45'in altında ise ömür boyu ACE inhibitörü verilir.
- Kısa etkili ACE inhibitörleri tercih sebebi (kaptopril).
- Hipotansiyona dikkat edilmelidir.

Trombolitik Kontraendikasyonları

MUTLAK

- Hemorajik atak (inme, strok) veya herhangi bir zamanda geçirilmiş nedeni bilinmeyen atak
- Bilinen yapısal serebrovasküler lezyon (AVM)
- Son 3 ayda geçirilmiş iskemik atak (inme, strok) (<3 saat dışında)
- MSS hasarı veya neoplazileri (primer veya metastatik)
- Bilinen kanama bozuklukları veya aktif kanama (menstruasyon dışında)
- Şüpheli Aort Diseksiyonu
- Ciddi Kafa Travması veya 3 ay içinde geçirilmiş yüz travması

Trombolitik Kontraendikasyonları

RÖLATİF

- > 3 ay geçirilmiş TİA veya Demans
- Oral Antikoagulan Tedavş (Yüksek INR kanam için yüksek risk oluşturur)
- Gebelik
- Kompresyonu mümkün olmayan girişimler
- Travmatik veya uzamış KPR (> 10dk)
- < 3 hafta içinde cerrahi girişim
- İnatçı HT (Sistolik >180mmHg veya Diastolik >110mmHg)
- 2-4 hafta içinde iç organ kanaması
- Aktif Peptik Ulcus

STREPTOKİNAZ

- 4 gün- 2 yıl içinde kullanılmış olanlarda
- Allerjisi olanlarda KULLANMA
- 1.5 milyon Ü/30-60dk
- <60 kg 1 milyon Ü/30-60 dk
- Allerji için önlem
- Doz ile ilişkili hipotansiyon yapar. İlacı kes, mayi ver, trendelenburg pozisyonu ile düzelir.

r-TPA

- Yarı ömrü 4dk
- Damar açıklığı 90.dk da %76 olmasına rağmen mortaliteye katkısı Streptokinazdan farklı değildir.
- >60kg:15mg bolus, 50mg/30dk da, 35mg/60dkda verilir
- <60kg:15mg bolus, 0,75mg/kg/30dk, 0,50mg/kg/60dk

REPERFÜZYON KRİTERLERİ

- ST yüksekliğinin %50 den fazla azalması (en önemlisi)
- Göğüs ağrısının geçmesi
- Enzim piki oluşması
- Aritmilerin ortaya çıkması

SAĞ İNFAKTÜS

- Ön yük arttır, ard yükü azalt, pozitif inotropi, ERKEN REPERFÜZYON
- TA normal olsa bile hipotansiyon gelişebilir
- (TA↓~)Nitrat kullanma!
- Volüm yükle (300-500 cc yeterli olacaktır)
- Volüm yüklemeye rağmen yeterli sonuç alınamıyorsa DOBUTAMİN
- (Dobutamin pulmoner direnci arttırmadığı için tercih)
- Hemodinami düzelmez ise İntraaortik balon pompası yönünden değerlendirilir.

ÖNERİLER

- Profilaktik antiaritmik mortaliteyi arttırır (defibrilasyon hemen sağlandığı için)
Defibrilasyon imkanı yoksa bile yararı gösterilememiştir
- NSAİ ilaçları kes
- Fibrinolitik veya PKA amaç reperfüzyonu 120dk altında tutmak

MI ile ilgili çalışma

Browser window showing a search for "myocardial infarction" on PubMed. The search results are displayed, showing 1 to 20 of 7667 results. The search criteria are: Publication date from 2011/05/31 to 2012/05/31. The results list includes:

- 1. [Current status of \$\beta\$ -blockers for the treatment of hypertension: an update.](#)
Chrysant SG, Chrysant GS.
Drugs Today (Barc). 2012 May;48(5):353-66.
PMID: 22645723 [PubMed - in process]
- 2. [Diverse spectrum of presentation of coronary slow flow phenomenon: a concise review of the literature.](#)
Chaudhry MA, Smith M, Hanna EB, Lazzara R.
Cardiol Res Pract. 2012;2012:383181. Epub 2012 May 8.
PMID: 22645695 [PubMed - in process]
- 3. [Cardiometabolic complications after androgen deprivation therapy in a man with prostate cancer: effects of 3 years intermittent testosterone supplementation.](#)
Aversa A, Francomano D, Lenzi A.
Front Endocrinol (Lausanne). 2012;3:17. Epub 2012 Feb 10.

The browser window also shows the NCBI logo, search bar, and various filters and settings. The search bar contains "myocardial infarction" and the search button is labeled "Search". The "Display Settings" section shows "Summary, 20 per page, Sorted by Recently Added". The "Send to" section is empty. The "Filters" section shows "Manage Filters". The "Related searches" section lists: acute myocardial infarction, definition myocardial infarction, post myocardial infarction, st elevation myocardial infarction, risk myocardial infarction. The "Titles with your search terms" section lists: Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction [Lancet. 2004], Mediterranean-style diet and risk of ischemic stroke, m [Am J Clin Nutr. 2011], Intracoronary cardiosphere-derived cells for heart regeneration after [Lancet. 2012].

EVEET,
SÖYLE
BAKALIM...
TEDAVİ
NEDİR?



SS...SANA
SORUYORLIM...
TEDAVİ
NEDİR?..



MAALESEF TEDAVİYE
CEVAP VERMİYOR...



TEŞEKKÜRLER