

به نام خدا

جزوه خلاصه رایگان آنژین صدری گروه آموزشی ویال



برای دریافت تدریس رایگان داروهای ترالی
به سایت vialteam.com مراجعه کنید



[vial_tadris](https://t.me/vial_tadris)



vialteam.com



[vial.ir](https://www.instagram.com/vial.ir)



vial_tadris

vial.ir

vialteam.com

تشخیص آنژین صدری



شرح حال دقیق:

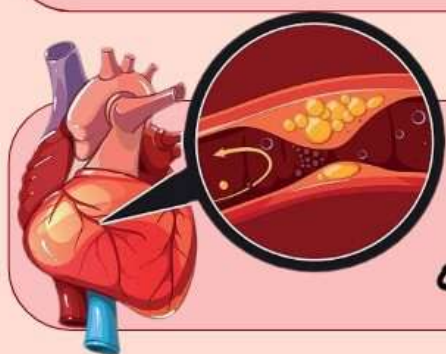
بررسی محل، کیفیت، شدت، مدت، عوامل تشدید/تسکین و علائم همراه

در حین درد:

مشاهده تغییرات قطعه ECG برای شناسایی ایسکمی T و موج ST

آزمایش خون:

اندازه‌گیری مارکرهای قلبی (مثل تروپونین) برای افتراق آنژین پایدار از MI



تست ورزش (Treadmill Test):

آشکار کردن ایسکمی در شرایط فعالیت بدنی کنترل شده

اسکن هسته‌ای قلب:

ارزیابی پرفیوژن میوکارد و مناطق دچار کاهش خون‌رسانی



آنژیوگرافی کرونر:

روش قطعی برای تعیین محل و شدت تنگی عروق کرونر

تظاهرات بالینی آنژین صدری



درد قفسه سینه: پشت جناغ، عمقی و غیرموضعی

کیفیت درد: احساس فشار، سنگینی، گرفتگی یا خفگی

انتشار درد: به گردن، فک، شانه‌ها، بازوی چپ (و گاهی راست)

شدت: از سوءهاضمه خفیف تا درد شدید همراه با احساس مرگ قریب الوقوع

ویژگی‌های خاص:



- بیماران دیابتی:

ممکن است درد کم یا بدون درد باشد (به علت نوروپاتی)

- زنان:

تظاهرات متفاوت‌تر به علت درگیری منتشرتر عروق

علائم همراه:

- ضعف یا بی‌حسی اندام‌ها

- تنگی نفس

- رنگ‌پریدگی و تعریق

- سرگیجه یا احساس سبکی سر

- تهوع و استفراغ

- اضطراب شدید



درمان آنژین صدری



هدف درمان:

- کاهش نیاز عضله قلب به اکسیژن
- افزایش تأمین اکسیژن میوکارد
- دستیابی از طریق دارو درمانی و کنترل عوامل خطر

روش‌ها:

1. استراحت (Bed Rest):

جلوگیری از فعالیت برای کاهش نیاز قلب به اکسیژن



2. اکسیژن‌تراپی:

- شروع همزمان با درد قفسه سینه
- افزایش اکسیژن تحویلی به میوکارد و کاهش درد
- کنترل اثربخشی با مشاهده ریتم و تعداد تنفس + پالس اکسیمتر
- مقدار طبیعی SpO_2 بالای 93٪ است



3. دارو درمانی

- نیتрат‌ها (نیتروگلیسرین)
- بتابلوکرها (متوپرولول، آتنولول)
- بلوک‌کننده‌های کانال کلسیم (آملودیپین، دیلتیازم)
- داروهای ضدپلاکت و ضدانعقاد



نیترات‌ها (نیتروگلیسرین):

- گشادکننده عروق، کاهش مصرف اکسیژن میوکارد، کاهش ایسکمی و درد
- تجویز انفوزیون وریدی در بیماران بستری
- توجه به پیشگیری از هیپوتانسیون

بتابلوکرها (متوپرولول، آتنولول):



- کاهش مصرف اکسیژن میوکارد
- عوارض: هیپوتانسیون، برادی کاردی، بلوک AV، نارسایی قلبی
- منع مصرف در آسم و بیماری‌های انسدادی ریوی
- هشدار: قطع ناگهانی = تشدید آنژین یا MI

بلوک‌کننده‌های کانال کلسیم (آملودیپین، دیلتیازم):

- کاهش ضربان و قدرت انقباضی ← کاهش بار کاری قلب
- مصرف در عدم تحمل نیترات/بتابلوکر یا اسپاسم عروقی
- پرهیز از نسل اول (نیفدیپین) در نارسایی قلبی
- عوارض: هیپوتانسیون، بلوک AV، برادی کاردی، یبوست و مشکلات گوارشی

داروهای ضدپلاکت و ضدانعقاد:

- = آسپیرین: مهار فعالیت پلاکت‌ها، کاهش خطر MI و مرگ
- = کوپیدوگرل و تیکلوپیریدین: در حساسیت به آسپیرین و با همراه با آسپیرین در بیماران که در معرض خطر MI هستند. اثر ضدپلاکتی با تأخیر چندروزه
- = هپارین وریدی: جلوگیری از تشکیل لخته جدید، کاهش بروز MI در آنژین ناپایدار
- = LMWH (لئوکسپارین، دالتپارین): جایگزین هپارین معمولی در آنژین ناپایدار یا MI بدون STEMI



مراقبت‌های اولیه:

- استراحت با وضعیت نیمه‌نشسته
- گرفتن شرح حال دقیق از درد و علائم همراه

پرسش‌های کلیدی درباره درد:

- محل درد کجاست و آیا انتشار دارد؟
- کیفیت درد چگونه است و شبیه دفعات قبل است؟
- شدت درد از ۰ تا ۱۰ چقدر است؟
- زمان شروع و مدت درد؟
- چه عواملی درد را ایجاد یا تسکین می‌کند؟
- علائم همراه وجود دارد یا خیر؟

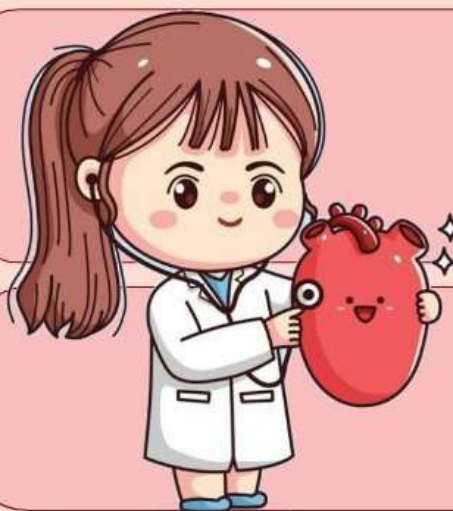


پایش و اقدامات بالینی:

- کنترل علائم حیاتی و نشانه‌های دیسترس تنفسی
- گرفتن ECG و توجه به تغییرات ST و موج T
- تجویز نیتروگلیسرین زیرزبانی و در صورت نیاز تکرار تا ۳ دوز (بر اساس پاسخ بیمار)
- کنترل فشار خون، ضربان قلب و قطعه ST
- اکسیژن‌تراپی (۲ لیتر/دقیقه با کانولا بینی)، حتی بدون دیسترس تنفسی

مداخلات در صورت عدم پاسخ:

- بررسی بیشتر احتمال انفارکتوس میوکارد
- انتقال به بخش مراقبت پرستاری سطح بالاتر یا ویژه



حمایت روانی:

- کاهش اضطراب بیمار با حمایت عاطفی
- توجه به نیازهای روحی بیمار و خانواده

Myocardial Infarction (MI)



ACS وضعیتی اورژانسی با شروع ناگهانی و حاد ایسکمی میوکارد که در صورت عدم درمان سریع منجر به مرگ سلول های میوکارد (MI) می شود.

طیف ACS:

- آنژین ناپایدار

- NSTEMI: انفارکتوس بدون بالا رفتن ST

- STEMI: انفارکتوس با بالا رفتن ST

علل MI:



- انسداد کامل شریان به علت پاره شدن پلاک و تشکیل ترومبوز

- اسپاسم عروقی کرونر

- کاهش اکسیژن رسانی (در اثر کم خونی، خونریزی، افت فشار)

- افزایش نیاز قلب به اکسیژن (در اثر تاکی کاردی، تیروتوکسیکوز، مصرف کوکائین)

- عدم تعادل شدید بین عرضه و تقاضای اکسیژن

طبقه بندی MI:

STEMI-

- بر اساس الکتروکاردیوگرام: NSTEMI-

- تحتانی (Inferior)

- قدامی (Anterior)

- بر اساس محل آسیب:

- جانبی (Lateral)

- خلفی (Posterior)

- قدیمی

- کامل (تکامل یافته)

- بر اساس زمان: حاد

تظاهرات بالینی MI:

- درد ناگهانی قفسه سینه (به صورت ادامه دار حتی با استراحت و دارو)

- سوء هاضمه

- تنگی نفس

- تاکی کاردی و تاکی پنه

- تهوع

- پوست سرد و رنگ پریده



vial_tadris

vial.ir

vialteam.com

فرآیند پرستاری مرتبط با MI



تشخیص های پرستاری مربوط به MI:

- درد شدید مربوط به افزایش تقاضای اکسیژنی میوکارد و کاهش اکسیژن رسانی به آن
- کاهش خون رسانی میوکارد به دلیل کاهش جریان خون کرونر ناشی از ترومبوز کرونر و یا پلاک آترواسکلروتیک
- خطر عدم تعادل حجم مایعات
- خطر خون رسانی ناکافی بافت محیطی به دلیل کاهش برون ده قلب ناشی از بروز اختلال در عملکرد بطن چپ
- اضطراب به دلیل رویداد قلبی و مرگ احتمالی

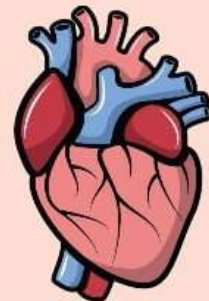
عوارض احتمالی MI:

- ادم حاد ریه
- نارسایی قلب
- شوک کاردیوژنیک
- دیس ریتمی و ایست قلبی
- افیوژن پریکارد / تامپوناد قلبی

اهداف مراقبتی در MI:

- رفع یا تسکین درد و علائم ایسکمی
- پیشگیری از صدمه بیشتر میوکارد
- برطرف شدن اختلالات تنفسی
- حفظ یا رسیدن به خون رسانی کافی بافت
- کاهش اضطراب
- رعایت برنامه مراقبت از خود
- شناسایی زودرس عوارض





۱- تسکین درد و علائم ایسکمی

- اکسیژن تراپی: ۲-۴ لیتر/دقیقه با کانونلای بینی و حفظ اکسیژن اشباع درحد ۹۶-۱۰۰٪ (مگر بیماری مزمن ریوی)

- استراحت در تخت با بالا بودن سر برای کاهش درد قفسه سینه و دیسپنه باعث:

* کاهش فشار شکم روی دیافراگم و افزایش حجم جاری

* ارتقای تخلیه لوب‌های فوقانی ریه

* کاهش پیش بار قلبی و کار قلب



۲. بهبود عملکرد تنفسی

- بررسی منظم وضعیت تنفس و علائم ریوی

- پایش مایعات برای جلوگیری از فشار به قلب و ریه

- تشویق به تنفس عمیق و تغییر وضعیت مکرر بدن برای جلوگیری از رکود مایعات

در ریه

- استفاده از پالس اکسی متری برای نظارت بر اکسیژن تراپی

۳. بهبود خون رسانی بافتی

- استراحت در بستر یا صندلی باعث کاهش مصرف اکسیژن میوکارد

- استراحت کردن تا رفع درد و تثبیت همودینامیک

- بررسی مکرر دمای پوست و نبض‌های محیطی برای خون رسانی کافی

۴. کاهش اضطراب

- کاهش پاسخ سمپاتیک باعث کاهش کار قلب و رفع علائم ایسکمی می‌شود

- قرارگیری در محیط آرام، پیشگیری از اختلال خواب، آموزش آرام سازی

- حمایت مذهبی بیمار

- فرصت دادن به بیمار برای صحبت درباره ترس‌ها و نگرانی‌ها

- موسیقی درمانی و حیوان درمانی



هدف درمان طبی:

به حداقل رساندن صدمه میوکارد، حفظ عملکرد عضله میوکارد و پیشگیری از عوارض

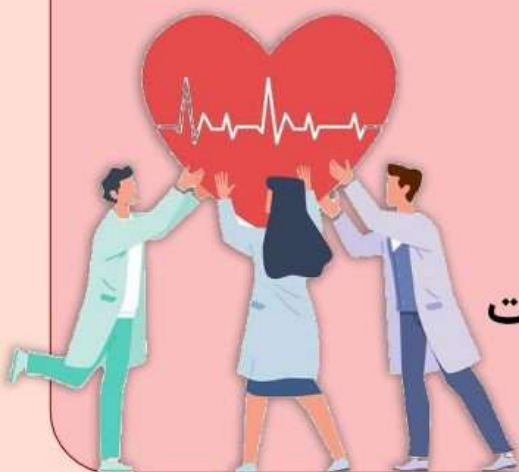
راهنمای درمان طبی انفارکتوس حاد میوکارد

(نخستین اقدامات):

- انتقال سریع به بیمارستان
- گرفتن ۱۳ اشتقاق ECG و خواندن آن به مدت ۱۰ دقیقه
- گرفتن نمونه‌های آزمون خون از نظر شاخص‌های حیاتی قلب، شامل تروپونین
- گرفتن سایر اقدامات تشخیصی جهت روشن‌سازی تشخیص

شروع مداخلات روزمره طبی:

- اکسیژن تکمیلی
- نیتروگلیسرین
- مورفین برای کاهش درد و اضطراب (داروی انتخابی، کاهش پرهلود و افت‌رلود، نیاز به پایش دقیق هیپوتانسیون و کاهش تنفس)
- آسپرین ۱۶۲ تا ۳۲۵ میلی‌گرم
- بتابلوکر (در صورت بروز دیس‌ریتمی)
- بازدارنده آنزیم تبدیل‌کننده آنژیوتانسین طی ۲۴ ساعت
- ضد انعقاد به همراه هپارین و بازدارنده پلاکت





ارزیابی شاخص‌های درمان خون‌رسانی مجدد

مداخله جراحی کرونری (PCI):

- در بیمار با STEMI، انجام PCI فوری در کتلب برای باز کردن شریان کرونر مسدود و اصلاح پرفیوژن
- زمان از پذیرش تا PCI کمتر از ۶۰ دقیقه (Door to balloon)

درمان ترومبولیتیک (فیبرولیتیک):

- وقتی دسترسی به PCI مقدماتی امکان‌پذیر نباشد
- داروها: آلتپلاز (t-PA)، رته‌پلاز (r-PA)، تنکتپلاز (TNKase)
- هدف: حل لخته کرونر، برقراری جریان خون (رپرفیوژن)، کاهش اندازه انفارکتوس و محافظت از عملکرد بطن چپ
- منع مصرف: خونریزی یا نیاز به بندآوردن خونریزی
- تجویز: طی ۳۰ دقیقه از پذیرش (Door to needle)
- پس از ترومبولیتیک: آمادگی برای کاتتریزاسیون و سایر روش‌های تهاجمی

درمان مداوم (در صورت نیاز):

- هپارین داخل وریدی یا هپارین با وزن مولکولی پایین
- کلوپیدوگرل (پلاویکس)
- بازدارنده گلیکوپروتئین IIb/IIIa
- استراحت در بستر حداقل ۱۳ تا ۲۴ ساعت



کنترل بیمار بستری:

- پایش قلب با مانیتورینگ
- پایش حجم ادرار و سطوح سدیم، پتاسیم و کراتینین سرم
- شروع درمان جایگزینی نیکوتین و مشاوره ترک سیگار در بیماران سیگاری