



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ПРОЕКТ BG051PO001-6.2.02
„ПУЛСС - Практически увод в лечението на спешни състояния“
Инвестира във вашето бъдеще!



Европейски социален фонд

ОСТЪР ИНФАРКТ НА МИОКАРДА ►►►





Европейски съюз



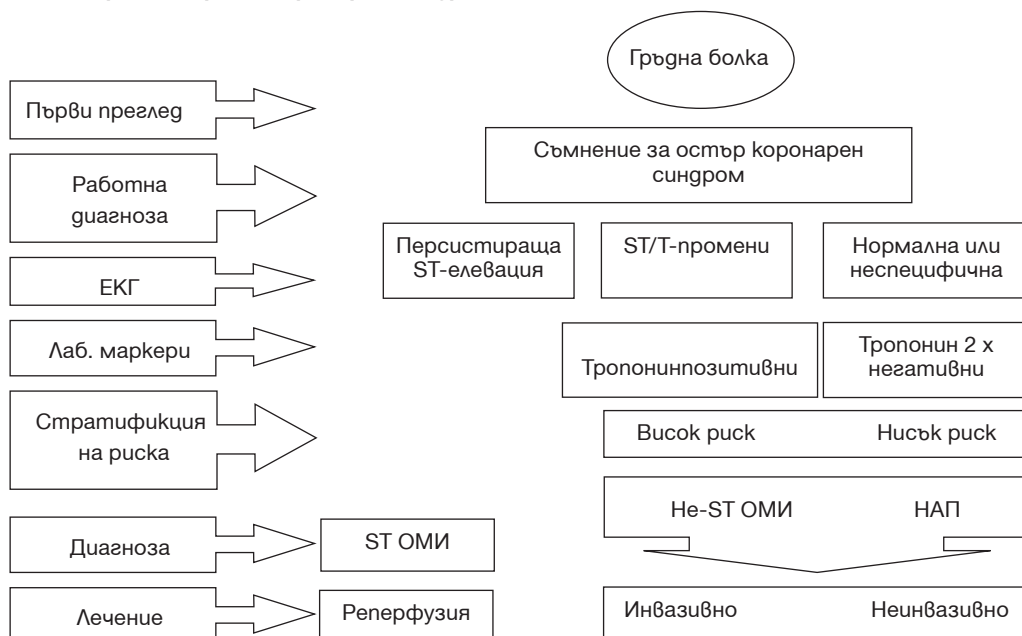
Европейски социален фонд

Увод, дефиниция основни понятия:

Различните клинични изяви на острите коронарни синдроми (ОКС) имат общ патофизиологичен субстрат. Водещият симптом, който слага начало на диагностичната и терапевтична каскада, е гръдна болка, но класификацията на пациентите се основава на електрокардиограмата (ЕКГ). Могат да се обособят две категории пациенти:

- 1. Пациенти с типична остра гръдна болка и персистираща(>20 мин.) елевация на ST-сегмента.** Това се нарича ОКС със ST-елевация и обикновено се дължи на остра пълна оклузия на коронарната артерия. Повечето от тези пациенти ще развият впоследствие миокарден инфаркт (МИ) със ST-елевация(STEMI). Терапевтичната цел е постигане на бърза, пълна и трайна реперфузия чрез първична ангиопластика или фибринолитична терапия.
- 2. Пациенти с остра гръдна болка, но без персистираща елевация на ST-сегмента.** Те имат персистираща или преходна ST-депресия или негативиране на Т-вълната, плоски Т-вълни, псевдонормализация на Т-вълните или са без промени в ЕКГ при първия преглед. При изходната оценка работната диагноза е ОКС без ST-елевация, като на базата на изследването на тропонина по-нататък може да бъде определена като миокарден инфаркт без ST-елевация или нестабилна ангина пекторис(НАП).

Спектър на острите коронарни синдроми:





Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ПРОЕКТ BG051PO001-6.2.02

„ПУЛС - Практически увод в лечението на спешни състояния“

Инвестира във вашето бъдеще!



Европейски социален фонд

Първична(първоначална оценка):

1. Анамнеза за гръдна болка/гискомфорт.

Типичният и най-чест симптом е ретростернален натиск или тежест(ангина) с ирадиация към лявата ръка, шията или челюстта, с интермитентен характер или персистиращи. Тези оплаквания могат да бъдат свързани с други симптоми като изпотяване, гадене, абдоминална болка, диспнея или синкоп. Атипичната клинична картина не е рядкост. Тя включва епигастрална болка, , нововъзникнала диспнея, пронизваща гръдна болка, гръдна болка с плеврален характер или нарастваща диспнея. Атипични оплаквания се срещат по-често при по-млади (25-40 години) или по-възрастни (над 75 години) пациенти, при жени или при пациенти с диабет, хронична бъбречна недостатъчност или геменция.

2. Елевация на ST-сегмента или (предполагаемо) нов лъв бедрен блок от ЕКГ при приемането за остър миокарден инфаркт със ST-елевация или персистираща, или преходна ST-депресия, или негативиране на Т-вълната, плоски Т-вълни, псевдонормализация на Т-вълните за остър миокарден инфаркт без ST-елевация. Често са необходими повторни ЕКГ записи. ЕКГ при първия преглед може да е нормална!

3. Повишени маркери за миокардна некроза (СК-МВ, тропонини). Не трябва да се чакат резултатите, за да се започне реперфузионно лечение при пациенти с остър миокарден инфаркт със ST-елевация!

4. Двумерната екокардиография (2Р-ЕхоКГ) и перфузионната сцинтиграфия са полезни при отхвърлянето на остър миокарден инфаркт.

Анамнезата, ЕКГ промените и биомаркерите (в частност тропонин I или Т) са съществени за поставяне на диагнозата и имат прогностично значение.



Диференциална диагноза:

Други сърдечни и несърдечни заболявания, които могат да имитират острия миокарден инфаркт са представени в следната таблица:

Сърдечни	Белодробни	Хематологични	Съдови
Нестабилна ангина пекторис Миокардит Перикардит Миоперикардит Кардиомиопатия Клапни Заболявания Апикално Балониране (Тако-Tsubo синдром)	Белодробна тромбемболия Белодробен инфаркт Пневмония Плеврит Пневмоторакс	Сърповидно- Клетъчна анемия	Аортна дисекция Аортна аневризма Аортна коарктация Мозъчно-съдови заболявания
Гастроинтестинални		Ортопедични	
Езофагеален спазъм Езофагит Пептична язва Панкреатит Холецистит		Цервикална дископатия Фрактура на ребро Мускулно увреждане/възпаление Костохондрит	

Поведение на спешния екип на мястото и по време на транспорт:

1. Обездвижване и транспорт без активни движения на пациента.
2. Възможност за незабавна дефибрилация и ЕКГ мониториране по време на транспорта.
3. Обезболяване чрез интравенозни опиати (напр. 4 до 8 мг. Morphine) с допълнителни дози от 2 мг. през интервал от 5 мин. С успех се използват синтетични опиати като Fentanyl 1 ml=0.01 mg 1- 2 път през 5-10 мин.
4. Насално или чрез лицева маска подаване на O₂ 2-4 л/мин. при наличие на задух или сърдечна недостатъчност.
5. Ако пациентът не е с хипотония се дава Nitroglycerin като таблетки 0.5 mg или като спрей (Isoket/Nitrolingual) сублингвално, който може да се повтори след 5-10 мин. като се следи за внезапно спадане на артериалното налягане.
6. Acetysal 160-325 mg (не в ентеросолвентна форма) п.о. при липса на противопоказания като се съобщава от пациента.
7. Бензодиазепините (Diazepam 5 mg п.о.) могат да бъдат от полза за овладяване на тревожността.



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ПРОЕКТ BG051PO001-6.2.02

„ПУЛС - Практически увод в лечението на спешни състояния“

Инвестира във вашето бъдеще!



Европейски социален фонд

Пациентите с остър миокарден инфаркт със ST-елевация с давност на инфарктната гръдна болка < 12 часа се насочват за реперфузионна терапия. Ако до 2 часа от първия контакт с лекар не могат да се транспортират до лечебно заведение с възможност за спешна PCI се транспортират до лечебно заведение с възможност за фибринолиза.

Поведение в спешно отделение на спешно отделение за болнична помощ:

Поведението в спешно отделение за болнична помощ включва потвърждаване на диагнозата ОКС/ОМИ, диференциална диагноза, продължаване на започнатото от спешния екип по време на транспорта лечение, стратификация на риска и определяне на пациентите, подходящи за спешна реваскуларизация.

Използват се сладните групи медикаменти:

1. Антиисхемични медикаменти:

- Нитрати. По възможност интравенозна инфузия на Глицерилтринитрат (Нитронал, Перлинганит) при стойности на систолното АН над 90-100 mmHg. Задължителен мониторинг на АН.
- Бета-блокери се препоръчват при липса на противопоказания (хипотония, брадикардия, II и III ст. АВ-блок, тежък бронхоспазм) и особено при пациенти с тахикардия и хипертония.

2. Антикоагуланти:

В Спешното отделение може да се започне приложението на нефракциониран хепарин (НФХ) в доза 60-70 Е/кг. (макс. 5000 Е) и.в. болус и инфузия в доза 12-15 Е/кг (макс. 1000 Е/ч). Необходимо е преди приложението му да е взета венозна кръв за изследване на изходната стойност на Aptt.

3. Антиагреганти:

Ако от екипа на ЦСМП в дома на пациента или при транспорта не е даден Ацетизал, в Спешното отделение всеки пациент с ОКС/ОМИ трябва да получи неентеросолвентен (обикновен препарат) Ацетизал (Аспирин) в насищаща доза 160-325 мг., за предпочитане сгъван за по-бърза резорбция.

Насищаща доза Клопидогрел се назначава след консултация с Кардиолог.

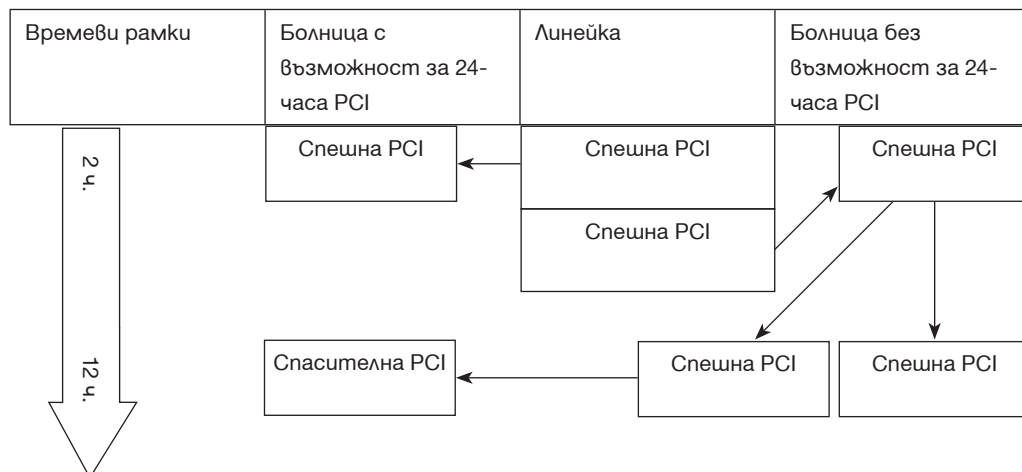
Вторична оценка:

За пациентите с остри коронарни синдроми (което включва остър миокарден инфаркт със и без ST-елевация) е важна своевременната преценка за насочването им за инвазивна диагностика и реваскуларизация.



Европейски съюз

При пациенти с остър миокарден инфаркт със ST-елевация важат следните правила:



Забележка: ПМК-първи медицински контакт

От пациентите с остър миокарден инфаркт без ST-елевация за спешна реваскуларизация се насочват тези с висок риск. В следващата таблица са посочени характеристиките на тези пациенти.

Данни за продължаваща или рекурентна исхемия
Спонтанни динамични ST-промени(ST-генресия>0.1 mV или транзиторна ST-елевация)
Дълбока ST-генресия в прекордиалните отвеждания V2-V4, показваща продължаваща трансмурална исхемия на задната стена на лява камера
Хемодинамична нестабилност
Значима камерна аритмия

Лечение според клиничното протичане-към конвенционалната терапия:

- нискодебитна сърдечна недостатъчност: кислород, катехоламини интравенозно, мониториране на хемодинамиката, насочване за инвазивна диагностика;
- пълнен AV-блок, брадикардия под 40 уд./мин. или променяща хемодинамиката-атропин 0,5-1 мг.интравенозно, поставяне на временен електрокардиостимулатор;
- застойна сърдечна недостатъчност-фурантрил i.v., нитрат i.v., кислород, при показания неинвазивна вентилация(при възможност в СО) или интубация с апаратна вентилация;
- надкамерни и камерни аритмии-медиакментозно лечение или електрокардиоверсия според хемодинамичното състояние.