

سندروم حاد کرونری

Acute Coronary Syndrome



Corresponding author:
Dr. Majid Jalal Yazdi, MD

Email: jalalyazdim@mums.ac.ir

نویسنده مسئول: دکتر مجید جلال یزدی؛
متخصص قلب، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

How to cite this article: Jalal Yazdi M. Acute Coronary Syndrome. *J Mashhad Med Counc* 2018;22:57-9.

درد قفسه سینه حاد یکی از شایع‌ترین دلایل درخواست مراجعت در دپارتمان اورژانس (ED) است. نزدیک به ۱۰٪ علل مراجعه افراد به اورژانس درد قفسه سینه می‌باشد.

با وجود این که درد قفسه سینه امکان سندروم حاد کرونری (ACS) را بالا می‌برد، بعد از ارزیابی تشخیصی تنها ۱۰ تا ۱۵٪ از بیماران با درد قفسه سینه حاد، سندروم حاد کرونری (ACS) دارند. قسمت مهم کار در افتراق دادن بیماران با ACS و سایر شرایط تهدیدکننده حیات است. سندروم حاد کرونری در ۰.۲٪ بیماران تشخیص داده نمی‌شود، که در نتیجه منجر به پیامدهای قابل توجهی می‌شود. برای نمونه؛ میزان مرگ در بیماران با انفارکت میوکارد حاد (AMI) که به اشتباه از اورژانس مرخص شده‌اند، حدود دو برابر نسبت به میزان قابل انتظار برای بیمارانی که بستری شده‌اند افزایش می‌یابد. با این وجود، برای بیماران با ریسک کمتر عوارض قلبی، باید به هزینه بستری در برابر ریسک عوارض اقدامات تشخیصی توجه کرد. پیشرفتهای اخیر، دقت در ارزیابی بیماران با درد حاد قفسه سینه را افزایش داده است که شامل موارد زیر می‌باشد:

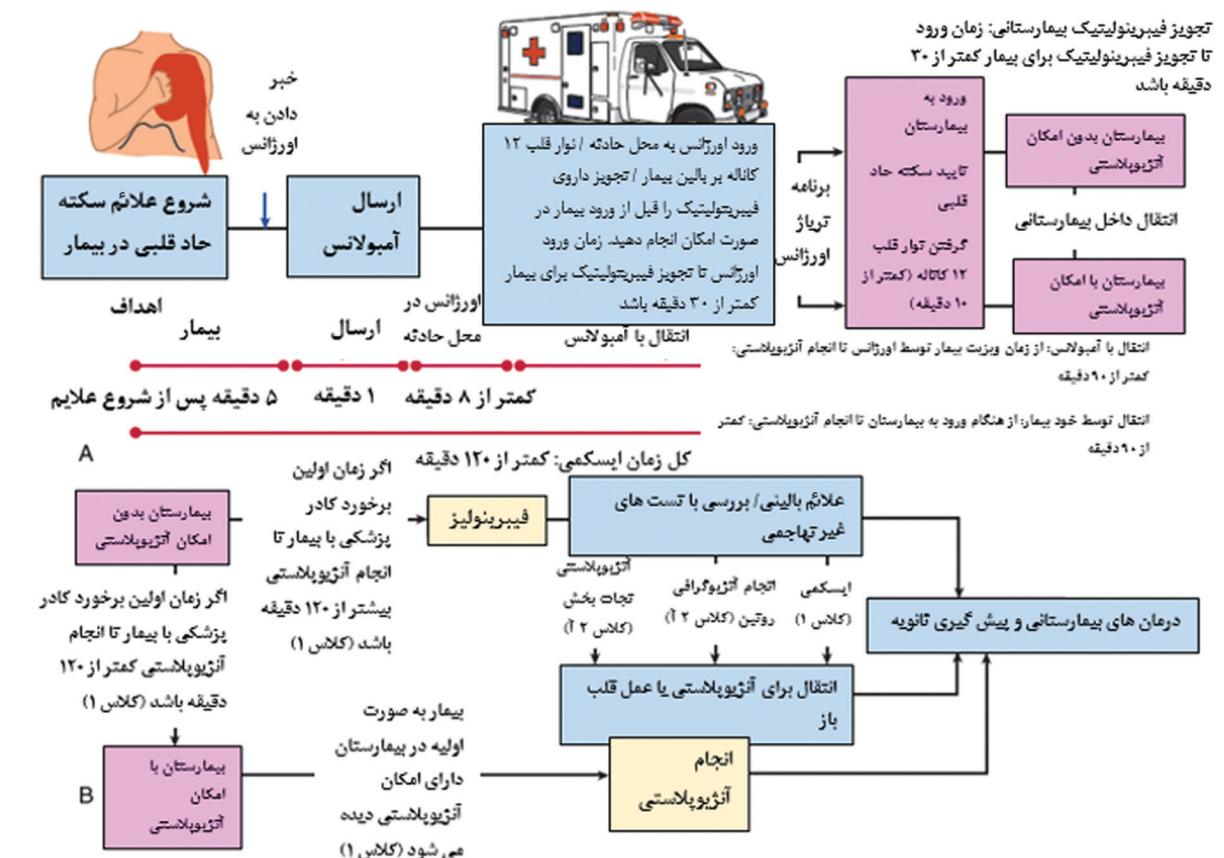
۱. مارکرهای بهتر برای آسیب میوکاردی؛
۲. الگوریتم‌های تصمیم‌گیری برای طبقه‌بندی بیماران بر اساس ریسک و بروز عوارض؛
۳. اسکن رادیونوکلئید برای زیر مجموعه‌های بیماران با ریسک کم؛
۴. سی‌تی آنژیوگرافی برای ارزیابی بیماری شریان کرونری (CAD)، آمبولی ریوی (PTE)، و دایسکشن آئورت؛
۵. استفاده از واحدهای درد قفسه سینه برای ارزیابی مؤثر و سریع بیماران با ریسک کم.

الكتروکارڈ پوگرافی

ECG، یک منبع اطلاعات ارزشمند است که باید طی دقیقه بعد از رسیدن افراد با ناراحتی صدری در حال پیشرفت و در سریع ترین زمان ممکن در کسانی که یک سابقه از ناراحتی قفسه سینه سازگار با سینдром حاد کرونری دارند اما ناراحتی آنها تا زمان ارزیابی برطرف شده است و برای شناسایی بیمارانی که ممکن است از مزایای درمان ریپروفیوژن فوری سود ببرند، گرفته شود. گرفتن ECG پیش از بیمارستان زمان "ورود بیمار تا تشخیص" و برای MI با افزایش قطعه ST (STEMI)، زمان "ورود بیمار تا بالون" را کوتاه می‌کنند.

ECG هم به تشخیص و هم به تعیین پروگنوز کمک می‌کند. موارد غیر طبیعی جدید یا گذرا در قطعه ST ($\leq 0,5$ mm) حین یک اپیزوود علامت‌دار در استراحت ایجاد می‌شود و با بطرف شدن علائم، رفع می‌شوند، به طور قطعی ایسکمی حاد و بیماری عروق کرونری شدید را مطرح می‌کند. به طور غیراختصاصی، تغییرات قطعه ST یا موارد غیرطبیعی موج T ($/2$ میلی‌ولت یا کمتر) برای طبقه‌بندی ریسک کمک‌کننده هستند. ECG کاملاً طبیعی سندروم حاد کرونری را رد نمی‌کند بلکه ریسک سکته حاد قلی در بیماران با سابقه CAD نزدیک به ۴٪ و در افراد بدون سابقه CAD نزدیک به ۰,۲٪ است. بیماران با پایتهای طبیعی یا نزدیک به

اگر بیمار به مداخله سریع به دلیل کلپس گردش خونی قریب الوقوع یا واقع شده یا عدم کفایت تنفسی، احتیاج ندارد، ارزیابی پزشک باید با یک شرح حال بالینی آغاز شود که وینزگی های درد بیمار را شامل کیفیت، مکان، انتشار (زمان و نوع شروع (ناگهانی یا تدریجی)), مدت زمان نشانه ها (فعالیت های بهتر یا بدتر کننده) و هر نشانه همراه، به خصوص نشانه های ریوی و گوارشی بررسی کند. بیماران معمولاً شرح حال سندروم حاد کروناوی را به شکل یک فشار قفسه سینه ساب استثنال توصیف می کنند که به تدریج شروع می شود، در فک یا نشانه ها انتشار می یابد که با فعالیت بدتر و با استراحت یا نیتروگلیسیرین بهتر می شود. به دلیل این که آنژین به یک شکل در یک بیمار بروز می یابد، مقایسه اپیزود جاری با هر اپیزود قبلی مستند شده ای از آنژین مفید است. پاسخ به نیتروگلیسیرین ممکن است به طرز قابل اعتمادی درد قفسه سینه قلبی را از غیر قلبی تمایز دهد. در مقابل نوع شروع تدریجی درد قفسه سینه در سندروم حاد کروناوی، شروع درد از آمبولی ریوی، دایسکشن آثورت، و پنوموتوراکس معمولاً ناگهانی و شدید است. بیش از این، درد پلورتیک یا وضعیتی معمولاً آمبولی ریوی، پریکاردیت، پنومونی، یا شرایط موسکلواسکلتال را مطرح می کند. ارزیابی بالینی به تنها یک برای تأیید یا رد سندروم حاد کروناوی کافی نیست. ارزیابی بالینی با معاینه فیزیکی همراه با نوار قلب و بیومار که ها، قدرت تشخیصی را تا حد زیادی محدود می بخشند.



تصویر ۱. توصیه‌های کلاس I و II از گایدلاین‌های ACCF/AHA

آید و ممکن است به انتقال از یک مرکز غیر مجهز به امکانات آنژیوپلاستی به یک مرکز اولیه مجهز به امکانات آنژیوپلاستی نیاز باشد. بیمار معمولاً با آمبولانس اورژانس (EMS) منتقل می‌شود. هدف سیستم‌های درمانی STEMI این است که زمان کل ایسکمی کمتر از ۱۲۰ دقیقه باشد. علاوه بر این هدف کلی، سه هدف زمانی نیز وجود دارد؛ (۱) اگر آمبولانس دارای امکانات فیبرینولیتیک است، فیبرینولیز پیش از بیمارستان می‌تواند در نظر گرفته شود و به علاوه اگر از امکانات فیبرینولیتیک استفاده می‌شود، باید طی ۳۰ دقیقه یا کمتر از رسیدن EMS به بالین بیمار آغاز شود، (۲) برای بیماران منتقل شده به بیمارستان بدون امکانات PCI، باید فیبرینولیتیک تجویز شود و زمان ورود بیمار تا تزریق باید ۳۰ دقیقه یا کمتر باشد، (۳) در پروژه ۲۴۷ بیمار هر زمان از شبانه روز که با اورژانس به بیمارستان دارای کلت لب فعال مشمول در طرح ۲۴۷ منتقل شود از اولین تماس پزشکی (FMC) تا به کارگیری اولین وسیله PCI (زمان FMC تا آنژوپلاستی) باید ۹۰ دقیقه یا کمتر باشد. بیماری که با وسیله شخصی خود منتقل شده است، اگر به بیمارستان بدون PCI برسد و نیاز به تجویز فیبرینولیتیک باشد، زمان ورود بیمار تا تزریق باید ۳۰ دقیقه یا کمتر باشد. اگر بیمار به بیمارستان دارای PCI برسد، زمان در ورودی تا بالون باید ۹۰ دقیقه یا کمتر باشد. همچنین، در نظر داشتن انتقال بین بیمارستانی بیمار به بیمارستان مجهز به منظور روسکولاریزاسیون مکانیکی اگر استفاده از فیبرینولیتیک کنtra اندیکه باشد، یا اگر PCI بتواند سریعاً آغاز شود (زمان پیشینی شده FMC تا آنژوپلاستی ≥ 120 دقیقه) و یا اگر فیبرینولیز موقعيت آمیز نباشد (برای مثل PCI نجات بخش)، ضروری است. انتقال داخل بیمارستانی غیراورژانس می‌تواند برای علائم ایسکمی مکرر یا انجام آنژیوگرافی برای همه، ۳ تا ۲۴ ساعت بعد از فیبرینولیز در نظر گرفته شود. در تصویر ۱، توصیه‌های کلاس I و II از گایدلاین‌های ACCF/AHA که برای مدیریت STEMI می‌باشد، نشان داده شده است.

طبیعی در ECG، به هر حال، پروگنوز بهتری نسبت به آن‌هایی دارند که در ارزیابی اولیه ECG آن‌ها غیرطبیعی نشان داده شده است. بالا رفتن قطعه ST و افت قطعه PR مطرح‌کننده پریکاردیت است. تاکی کاردی به همراه انحراف محور راست، بلوک شاخه راست، وارونگی موج T در لید های V₁ تا V₄، و یک موج S در لید I و وارونگی موج‌های T و Q در لید III مطرح‌کننده آمبولی ریه می‌باشد.

دسترسی به ECG قبلی دقت تشخیص را افزایش می‌دهد و از میزان پذیرش بیماران با نوار قلب‌های غیرطبیعی که جدید نیست می‌کاهد. گرفتن سریالی الکتروکاردیوگرافی توانایی متخصص بالینی را در تشخیص سکته حاد قلبی افزایش می‌دهد، بهویژه در بیمارانی که عالمدار باقی می‌مانند و بهخصوص اگر با اندازه‌گیری سریالی بیومارکرهای قلبی ترکیب شود. لیدهای خلفی می‌توانند به شناسایی ایسکمی در منطقه خونرسانی شریان کرونری سیرکومفلکس که یک ناحیه خاموش در ECG استاندارد می‌باشد، کمک کند.

بیومارکرهای

بیومارکرهای آسیب میوکاردی باید در بیماران با ناراحتی قفسه سینه احتمالاً مرتبط با ACS، اندازه‌گیری شوند. بیومارکر ترجیحی تروپونین قلبی T(cTnT) یا I(cTnI) یا ایزو آنژیم کراتین CK-MB کنیاز (CK-MB) کمتر حساس است.

کاربرد تشخیصی

مطالعات کاربرد تشخیصی CK-MB، cTnI، cTnT، و Bیناگر این هستند که اگر هر کدام از این یافته‌های آزمایشگاهی غیرطبیعی باشند، بیمار به احتمال زیاد مبتلا به ACS است. این تحقیقات اگر در همراهی بررسی بالینی باشند، به تشخیص حتمی MI کمک می‌کنند و حساسیت و اختصاصیت بسیار خوبی دارند.

اهداف پروژه ۲۴۷ و درمان ریپفیوژن اولیه بیماران با STEMI
ریپفیوژن در بیماران سکته حاد قلبی می‌تواند به شکل دارویی (فیبرینولیز) یا به وسیله کاتتر (PCI اولیه در طرح ۲۴۷) به دست

References

- O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE Jr, Chung MK, de Lemos JA et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction: Executive Summary: a Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: Developed in Collaboration with the American College of Emergency Physicians and Society for Cardiovascular Angiography and Interventions. *Catheter Cardiovasc Interv* 2013;82:E1-27.
- Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC)1, Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blömstrom-Lundqvist C et al. ESC Guidelines for the Management of Acute Myocardial Infarction in Patients Presenting with ST-Segment Elevation. *Eur Heart J* 2012;33:2569-619.
- Nabel EG, Braunwald E. A Tale of Coronary Artery Disease and Myocardial Infarction. *N Engl J Med* 2012;366:54-63.
- Van de Werf F. The History of Coronary Reperfusion. *Eur Heart J* 2014;35:2510-5.
- Puymirat E, Simon T, Steg PG, Schiele F, Guéret P, Blanchard D et al. Association of Changes in Clinical Characteristics and Management with Improvement in Survival among Patients with ST-Elevation Myocardial Infarction. *JAMA* 2012;308:998-1006.

لطفاً به این مقاله از ۱ تا ۲۰ امتیاز دهید و به شماره پیامک مجله (۳۰۰۰۷۸۳۸) ارسال فرمایید.

نحوه امتیازدهی: امتیاز-شماره مقاله

کد مقاله: ۷۷۰۴