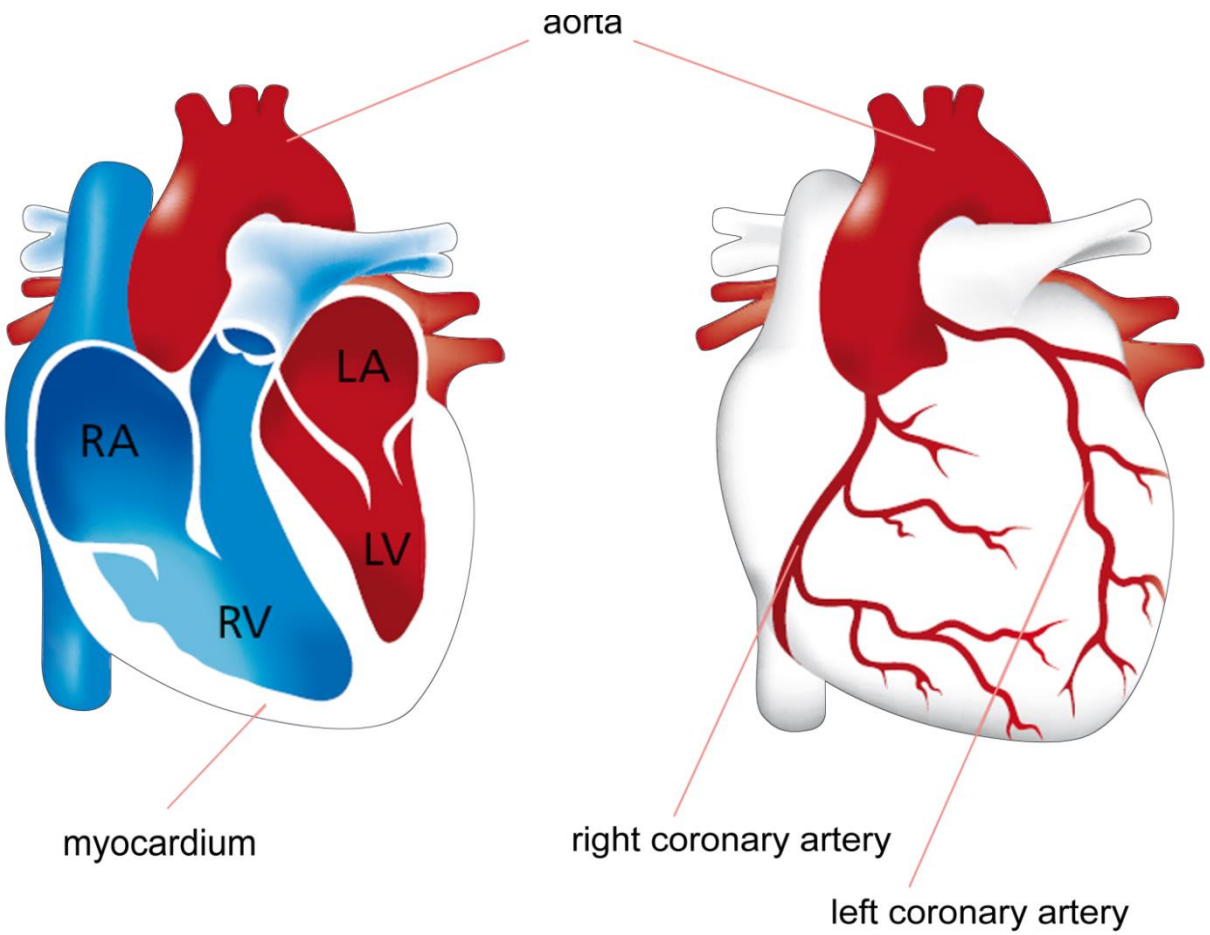
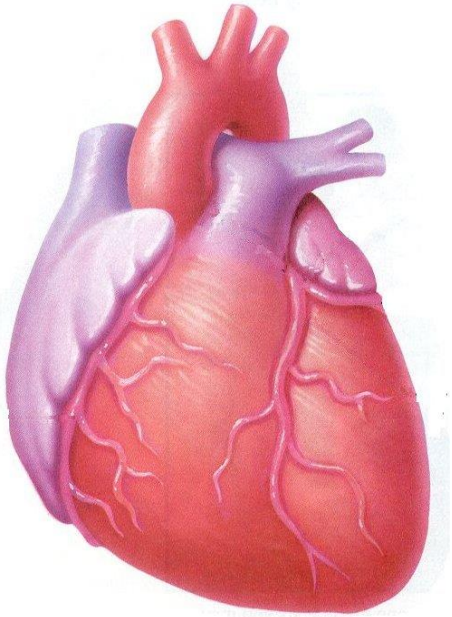
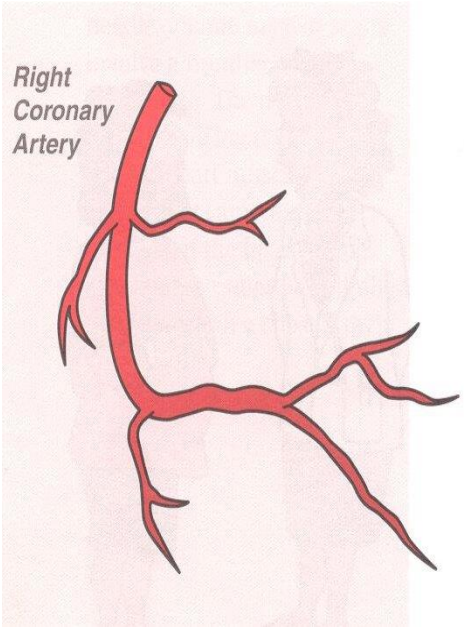
Coronary Artery Disease
CAD

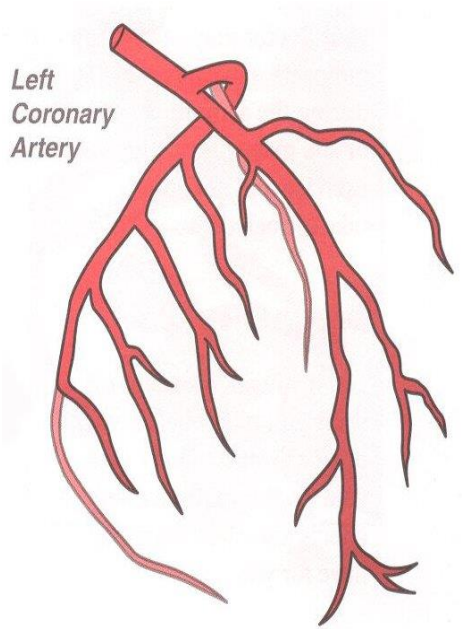
مرض الاوعية الاكليلية والمتلازمة الاكليلية

الشرايين المغذية للقلب:

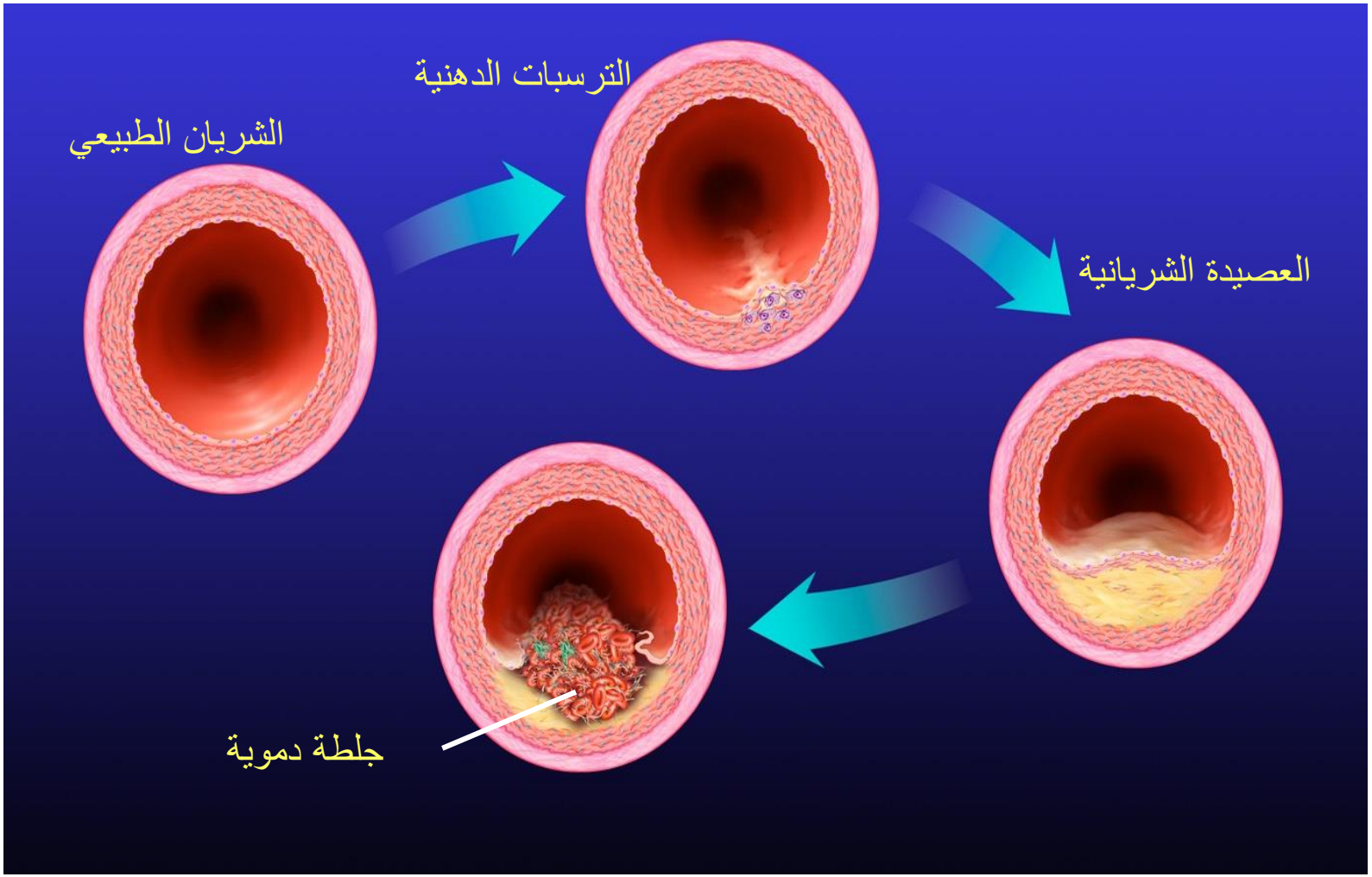


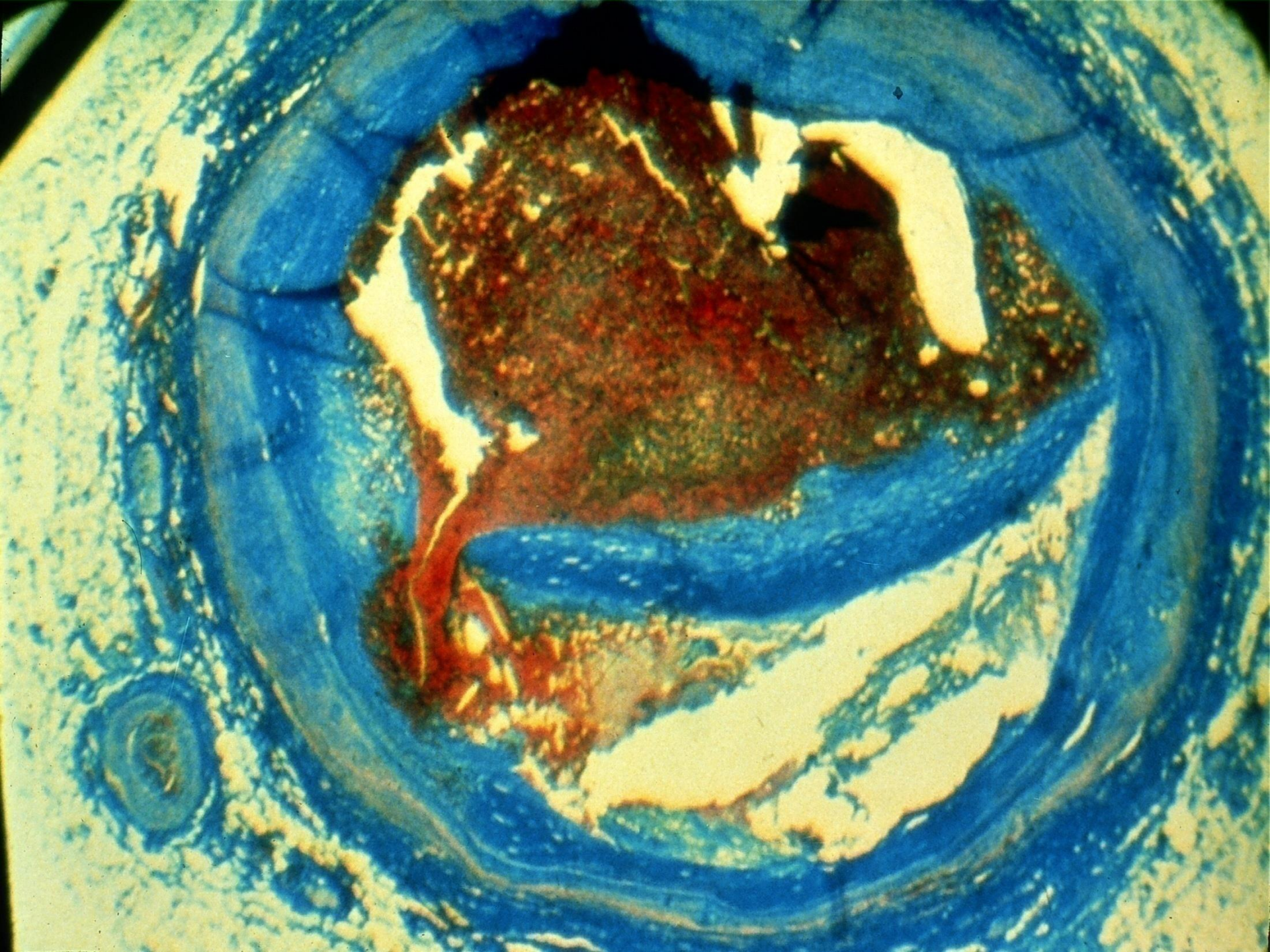



Right
Coronary
Artery

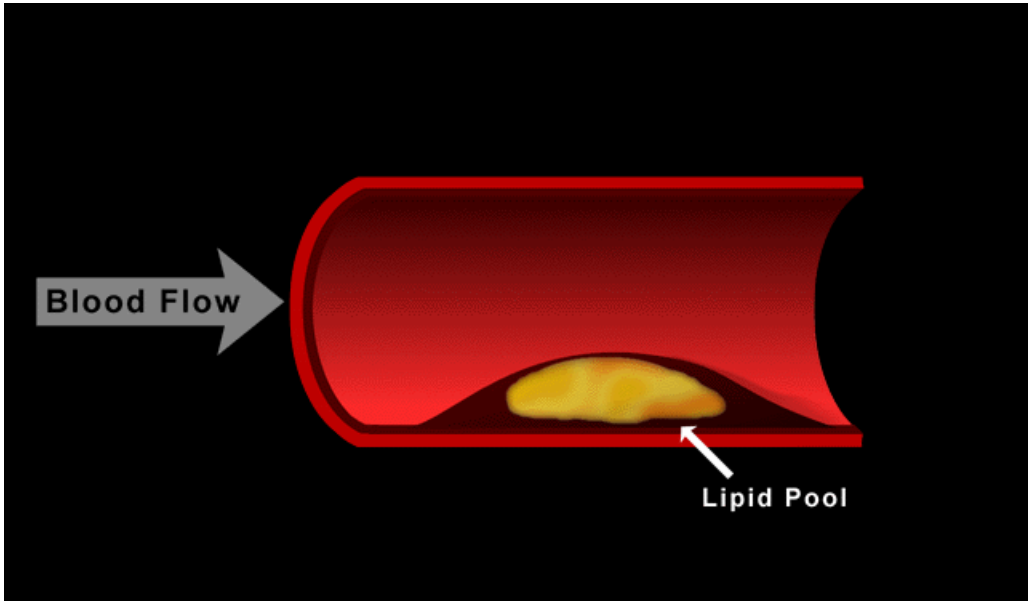

Left
Coronary
Artery

آلية حدوث التصلب العصيدي



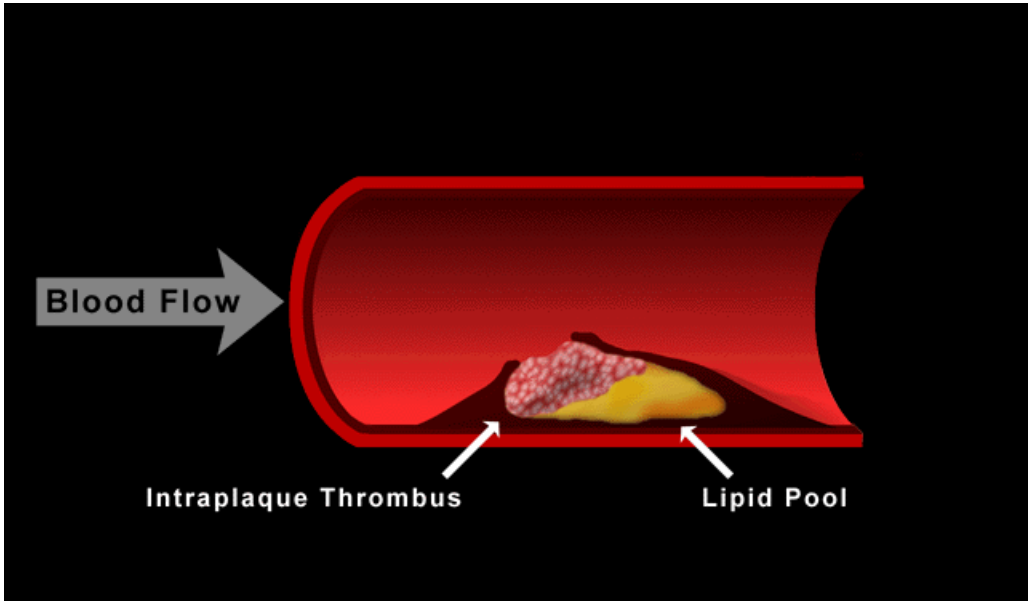


أمراض الشرايين القلبية



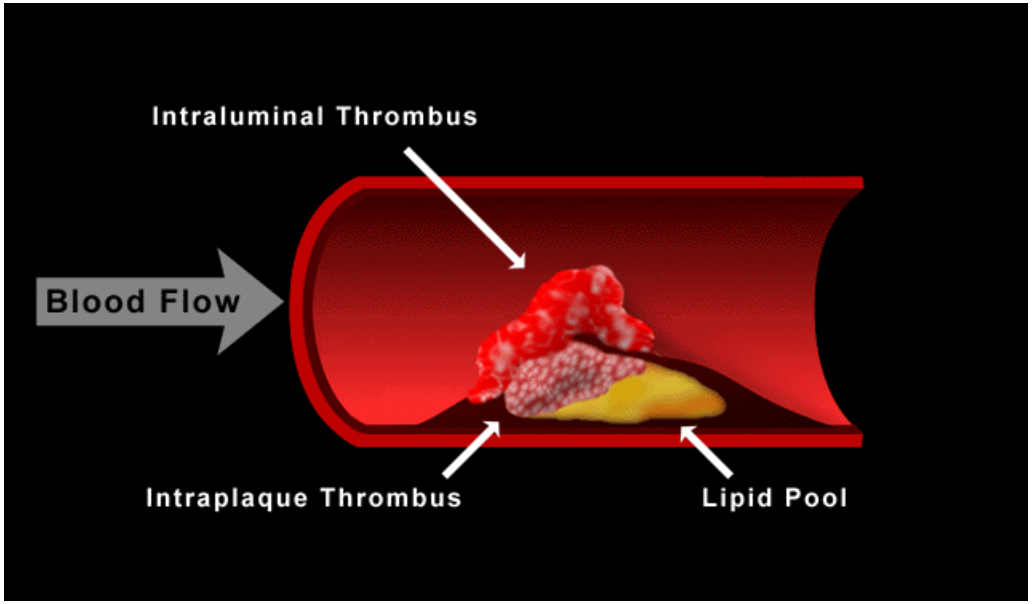
Davies MJ. Circ 1990;82(SupplII)

الأزمات القلبية الحادة



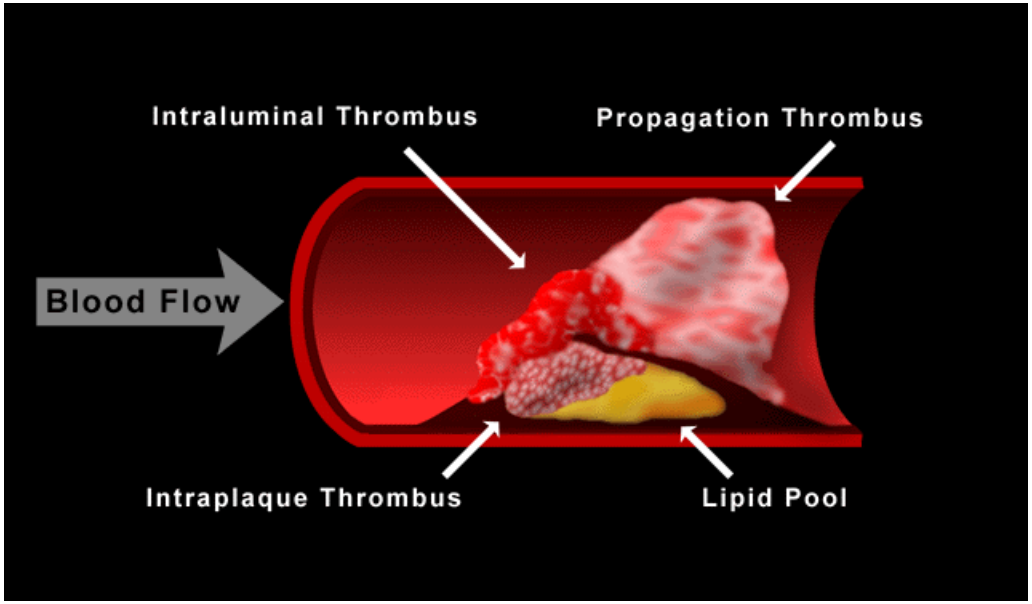
Davies MJ. Circ 1990;82(SupplII)

الأزمات القلبية الحادة

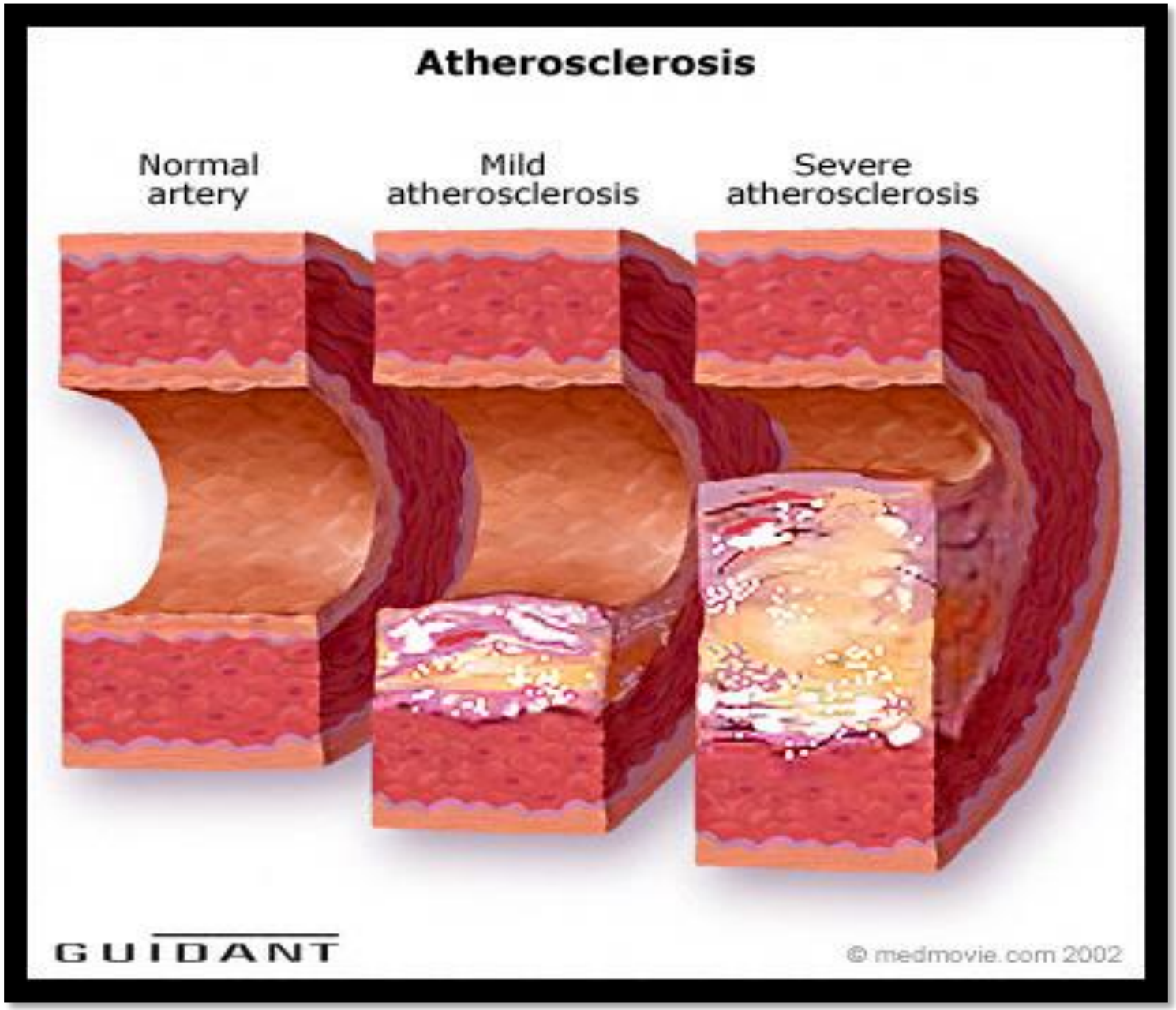


Davies MJ. Circ 1990;82(SupplII)

الأزمات القلبية الحادة



Davies MJ. Circ 1990;82(SupplII)


Atherosclerosis
Normal artery
Mild atherosclerosis
Severe atherosclerosis
GUIDANT
© medmovie.com 2002

الدورة الجانبية

- في الحالة الطبيعية توجد بعض الفروع الجانبية ضمن الدورة التاجية

- سبب نمو الدورة الجانبية هو ١- القابلية الموروثة
٢-نقص تروية مزمن

- عندما تغلق الجريان الدموي ويكون نقص التروية مزمنا تتطور دورة جانبية متزايدة

- عندما يحدث اغلاق الشرايين التاجية ببطء يكون هناك فرصة اكبر لحدوث دورة جانبية وبالتالي تتلقى العضلة القلبية كمية من الاكسجين

- الفيزيولوجية المرضية:
- العصيدة الكولسيترولية تترسب على جدر بطانة الاوعية الرئيسية ← اعاقة امتصاص المغذيات ويعوق جريان الدم
- يحدث اقفار ببطانة الاوعية تمتد وتتسع
- يحدث ميل ونزعة للتخثر

- تتهيج الياف العضلة القلبية بحمض اللبن المتزايد وتنقل رسالة الم للاعصاب القلبية ولجذور العصب الصدري الخلفية

- تحافظ الخلايا القلبية في حالات نقص التروية على حيويتها لمدة **٢٠ د** وعند عودة جريان الدم يعود الاستقلاب الهوائي وتسترجع القلوصية ويبدا الاصلاح الخلوي

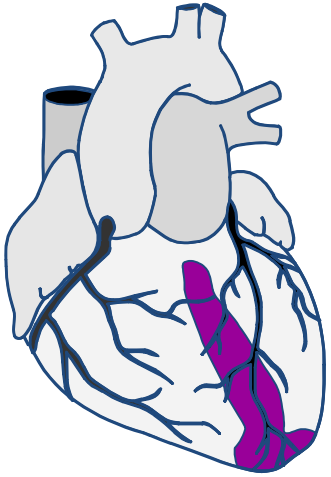
- ينتج خناق الصدر عن نقص تروية متسبب باذية عكوسة
- بينما MI نقص مستمر يؤدي لموت خلوي غير عكوس
- تتوقف الوظيفة القلوصية للقلب في اماكن التنخر وتعتمد درجة الوظيفة المتغيرة على مكان حدوث التنخر

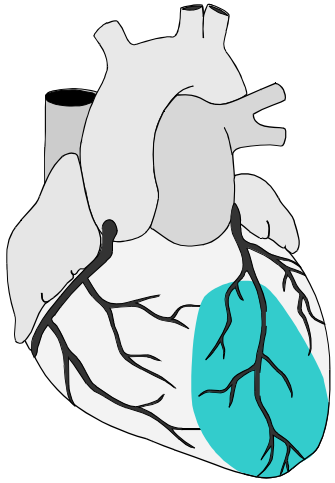
- يحدث MIمنتشر عندما يشمل الاحتشاء كامل سماكة العضلة القلبية ويوصف حسب مكان حدوثه الى : امامي- جانبي- خلفي

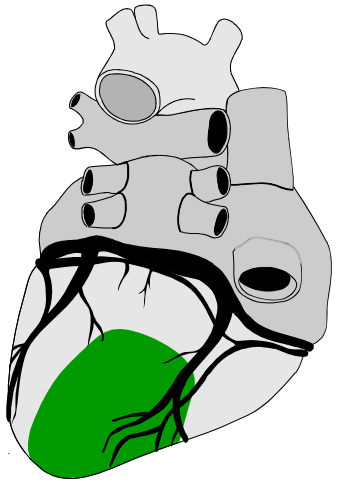
- يعتبر الاحتشاء الامامي الجانبي والامامي الحاجزي من الاماكن الشائعة التي يحدث بها الاحتشاء

- نسمي MIالسفلي بال حاجزي

AMI Localization







I جانبي	aVR	V_1 حاجزي	V_4 امامي
II inferior	aVL جانبي	V_2 حاجزي	V_5 جانبي
III inferior	aVF inferior	V_3 امامي	V_6 جانبي

- **مضاعفات احتشاء العضلة القلبية:**
- اضطراب نظم
- قصور قلب احتقاني
- صدمة قلبية
- التمدد البطيني
- الابهر واجراء عملية قلب مفتوح
- اضطراب وظيفة العضلة الحليمية
- الصمة الرئوية
- متلازمة دريسلرDressler(التهاب يصيب التاموربسبب رد مناعي نتيجة ضرر انسجةالقلب)
- التهاب شغاف القلب

الدراسات التشخيصية

- القصة والفحص السريري
- صورة صدر
- تخطيط القلب
- الانزيمات
- شحوم المصل-تعداد دم-بروتين تفاعلي
- اختبار الجهد
- تصوير نووي
- تصوير بشعاع الالكترون
- تصوير شرايين تاجية
- ايكو القلب

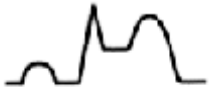
12-Lead ECG Variations in AMI and Angina



Baseline



Ischemia—tall or inverted T wave (infarct),
ST segment may be depressed (angina)



Injury—elevated ST segment, T wave may invert



Infarction (Acute)—abnormal Q wave,
ST segment may be elevated and T wave
may be inverted



Infarction (Age Unknown)—abnormal Q wave,
ST segment and T wave returned to normal

ST Elevation Infarction

Here's a diagram depicting an evolving infarction:

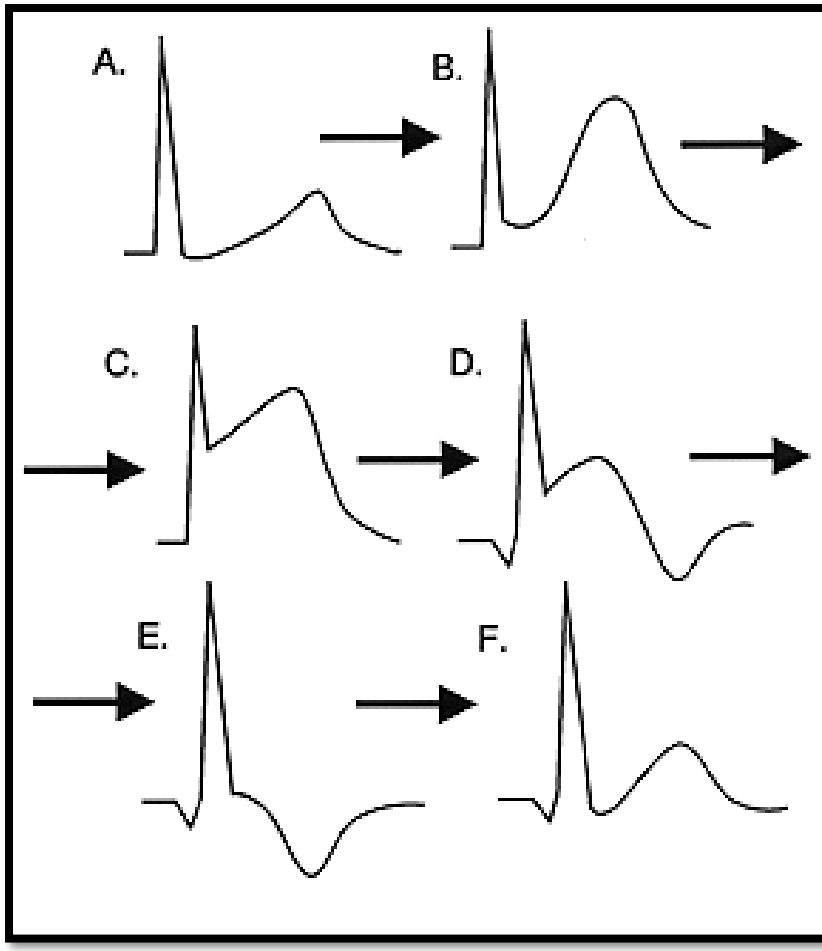
A. **Normal ECG prior to MI**

B. Ischemia from coronary artery occlusion results in ST depression (not shown) and peaked T-waves

C. Infarction from ongoing ischemia results in marked ST elevation

D/E. Ongoing infarction with appearance of pathologic Q-waves and T-wave inversion

F. Fibrosis (months later) with persistent Q- waves, but normal ST segment and T- waves



الرعاية التشاركية:

الخناق

١- علاج دوائي:

- مضاد تجمع صفيحات
- نترات
- حاصرات بيتا
- حاصرات قنوات الكالسيوم

٢- PCIتدخل على الشريان التاجي

٣- شبكات

٤- جراحة لازالة التصلب

ترميم الشريان بالليزر

اعادة توعية القلب

الاحتشاء

١- اجراءات عامة:

- علاج وريدي
- مراقبة الحالة الدموية
- ECG
- O2

٢- حالات الخثرات بسرعة (ساعة اولى)

٣- قثطرة

٤-PCI تدخل على الشريان التاجي

٥- العقاقير:

- **حاصرات بيتا**
- **مورفين**
- **مضادات اضطراب النظم**
- **نتروغليسرين وريدي**
- **مثبطات الانظيم المحول للانجيوتنسين**
- **مليئات**

٦- معالجة غذائية

التدبير التمريضي للاحتشاء والذبحة

- التقييم
- التخطيط
- التشاخيص
- التنفيذ

التقييم

- **البيانات الشخصية:**
- التاريخ الصحي السابق: خناق- قصة سابقة MI- امراض رئة- فرط شحوم....
- استعمال الادوية: نترات- حاصرات كالسيوم- بيتا- لارتفاع ضغط- للشحوم..
- قصة عائلية لمرض قلب
- طبيعة الحياة السكونية –
- عسر هضم- غثيان – تقيؤ- تجشؤ
- زلة تنفسية- دوخة- ضعف- خفقان
- الالم

- البيانات الموضوعية:
- قلق- خوف- عدم راحة
- جلد شاحب –دبق-
- تسرع او بطء قلب- تغيرات نبض- لانظميات- اضطراب ضغط- نفخات

- **النتائج المحتملة:**
- فرط شحوم- ارتفاع كريات بيض- اختبار الجهد ايجابي- احتقان رئوي بالصورة- تغيرات تخطيط قلب – توسع قلبي...

التشاخيص التمريضية:

- الم
- عدم فعالية ارواء النسج
- قلق
- عدم تحمل نشاط
- عدم فعالية ادارة نظام التغذية العلاجية

التخطيط:

- اهداف العلاج:
- تخفيف الالم
- لايتطور الى احتشاء
- يتلقى معالجة فورية
- يتكيف مع القلق
- يتعاون مع خطة التاهيل
- يعدل عوامل الخطورة

التنفيذ التمريضي لخناق الصدر

تعزيز الصحة

تدبير عوامل الخطورة

تحديد الاشخاص عالي الخطورة

التداخل الحاد

O2

ECG

تخفيف الالم بالنترات ثم مسكن

اصغاء اصوات القلب

وضع مريح للمريض

الرعاية المنزلية

- تثقيف المريض حول CAD
- اتصال مباشر بين المريض والممرض
- تحديد عوامل تسبب خناق
- تعليم المريض ان لاياكل وجبات ثقيلة
- التعرف على عوامل الخطورة وتعديلها
- الحمية (منخفضة صوديوم..)
- الالتزام ببرنامج تمارين شخصي منتظم
- طريقة استعمال النتروغلسيرين

التنفيذ التمريضي MI

التداخل الحاد :

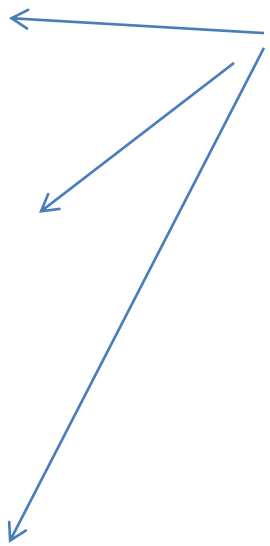
١. تقيم الالم وتخفيفه
٢. المراقبة الفيزيولوجية
٣. تعزيز الراحة
٤. تخفيف الضغط والقلق

٥. فهم ردود الافعال السلوكية والعاطفية

- تقييم الالم

- مورفين
- تحديد مستوى الالم على مقياس
- تمييز مظاهر الالم الاخرى
- تقييم وتوثيق استجابة المريض بعد تدبير الالم

- المراقبة الفيزيولوجية:
  - ECG
  - O2
  - تقييم فتحتي الانف
  - تقيم اصوات الرئة-القلب-البحث عن احتباس سوائل



- تعزيز الراحة:
  - تنظيم الراحة بالسرير خلال الايام الاولى
  - يمكن ان يستريح على كرسي بعد ١٢-٢٤ سا من الحدث
  - استعمال المبولة
  - تخفيض وقت الاجراءات التمريضية بحيث تتلاءم مع فترات راحة كافية
  - العناية الفموية- الدفء- اضاءة خافتة- ...
  - توضيح اسباب تحديد الفعالية
  - وضع مقايس تجنب مخاطر عدم الحركة

الرعاية المنزلية

- يجب ان يدرك ان CADمرض مزمن
- ان الشفاء ياخذ وقت
- ان يستانف النشاط بعد الاحتشاء بشكل تدريجي وببطء

- تعليم المريض

- التمرين الفيزيائي

- استئناف النشاط الجنسي