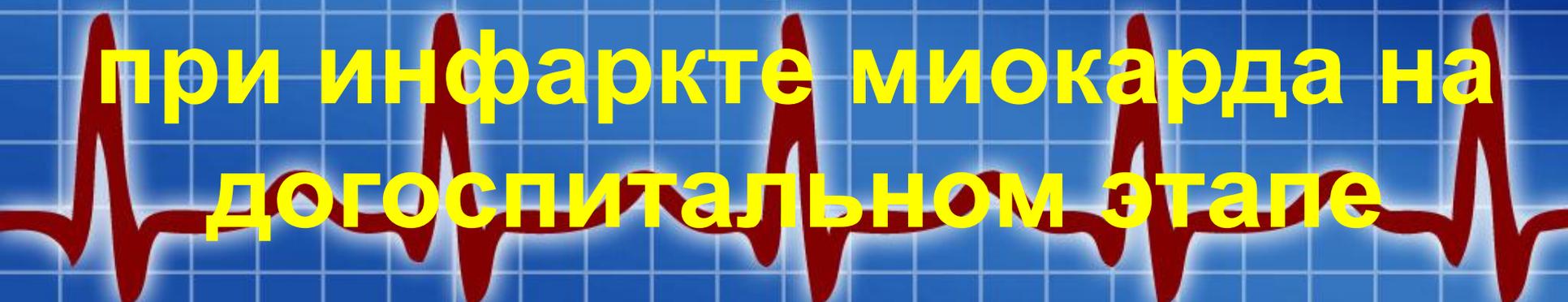


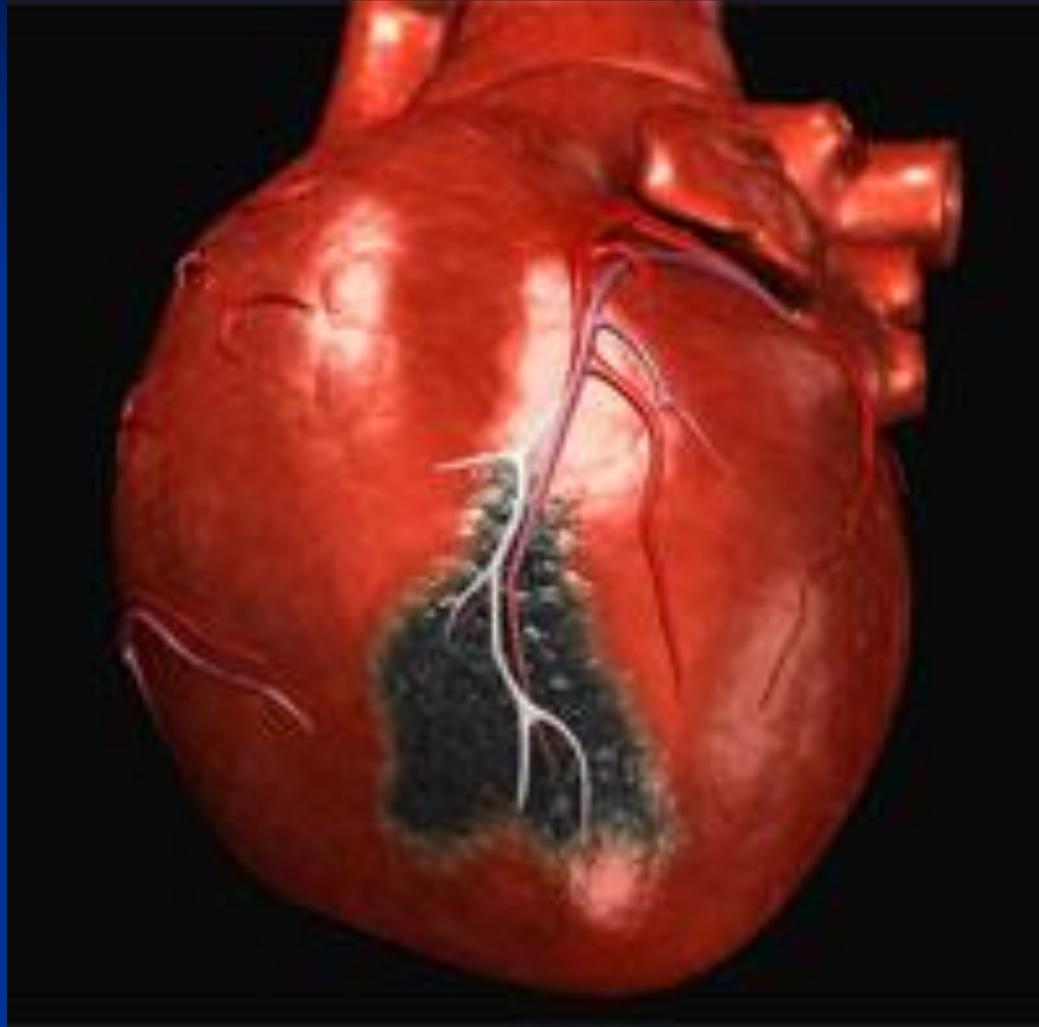
Сестринский процесс в оказании первой помощи при инфаркте миокарда на догоспитальном этапе



Выполнила:
Алешкина Юлия,
студентка 312 группы

Преподаватель:
Ковригина Л. В.

Что такое инфаркт миокарда?



- **Инфáркт миока́рда** — одна из клинических форм ишемической болезни сердца, протекающая с развитием ишемического некроза участка миокарда, обусловленного абсолютной или относительной недостаточностью его кровоснабжения.

Причины инфаркта миокарда



Факторы риска, способствующие развитию ИБС и ИМ

Управляемые:

- курение;
- высокий уровень общего холестерина, ХС ЛПНП, триглицеридов;
- низкий уровень ХС ЛПВП;
- низкая физическая активность (гиподинамия);
- избыточная масса тела (ожирение);
- менопауза и постменопаузальный период;
- употребление алкоголя;
- психосоциальный стресс;
- питание с избыточной калорийностью и высоким содержанием животных жиров;
- артериальная гипертензия;
- сахарный диабет;
- высокое содержание в крови ЛПа;
- гипергомоцистеинемия. Неуправляемые:
- мужской пол;
- пожилой возраст;
- семейный анамнез раннего развития ИБС;
- перенесенный ИМ;
- тяжелая стенокардия;
- тяжелый коронарный атеросклероз (по данным КАГ). Патогенез ИМ

Признаки инфаркта миокарда

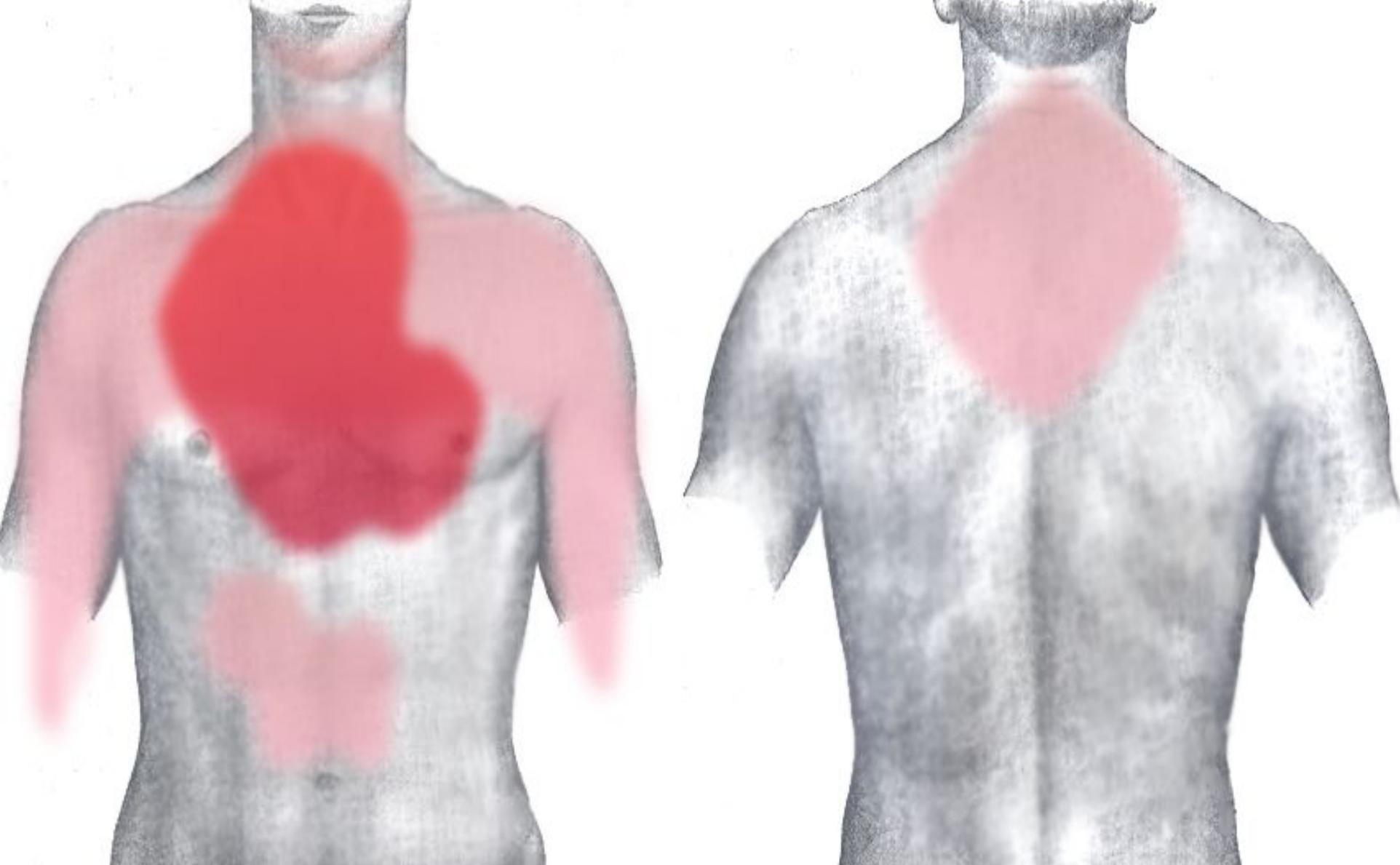
Основной клинический признак — интенсивная боль за грудиной . Однако болевые ощущения могут носить переменный характер. Пациент может жаловаться на чувство дискомфорта в груди, боли в животе, горле, руке, лопатке.¹ Нередко заболевание имеет безболевой характер, что характерно для больных сахарным диабетом.

Болевой синдром сохраняется более 15 минут (могут длиться 1 час) и купируется через несколько часов, либо после применения наркотических анальгетиков, нитраты неэффективны.

В 20-30 % случаев при крупноочаговых поражениях развиваются признаки сердечной недостаточности. Пациенты отмечают одышку, непродуктивный кашель.

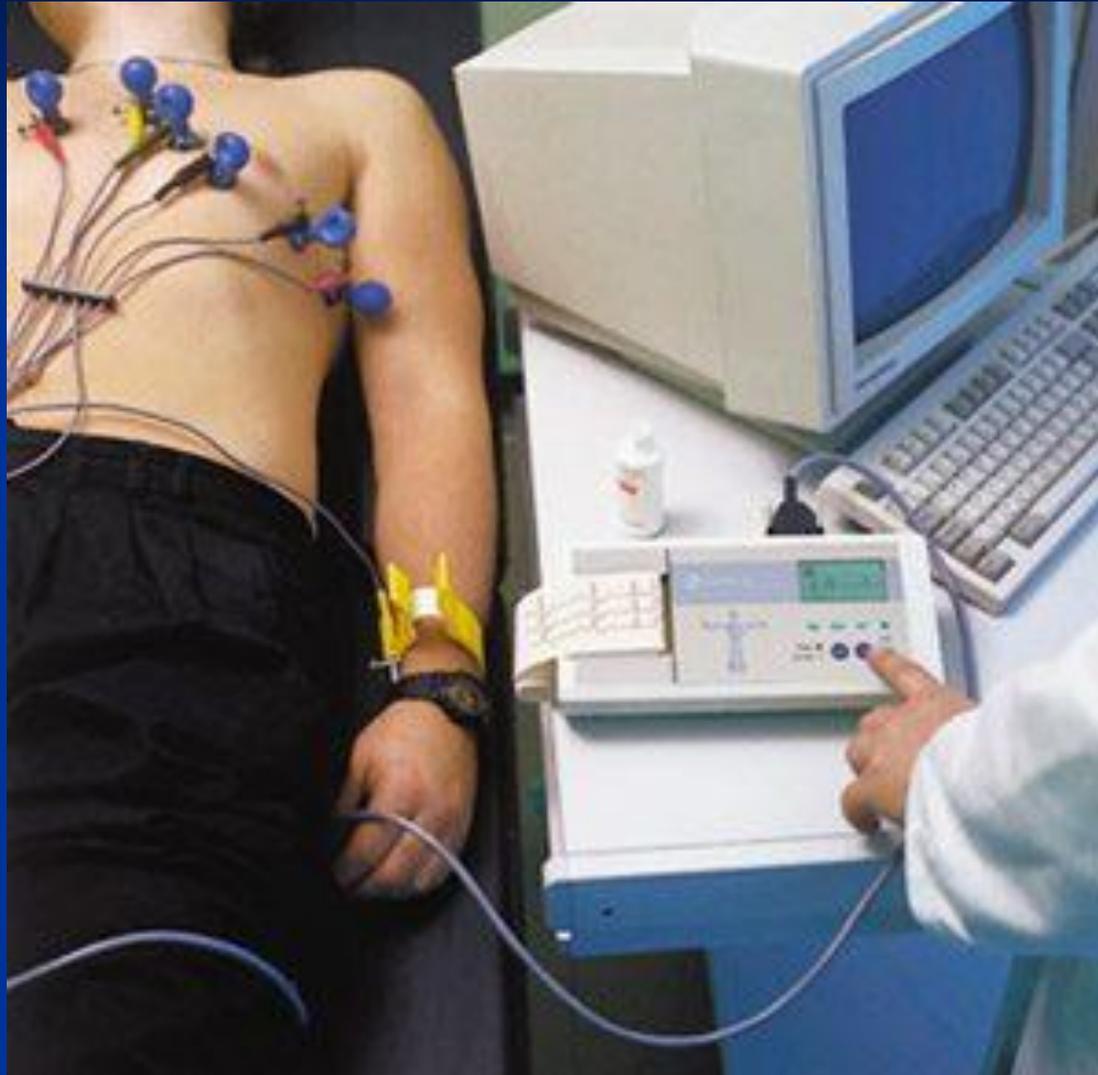
Атипичные формы инфаркта миокарда

- **Абдоминальная форма** — симптомы инфаркта представлены болями в верхней части живота, икотой, вздутием живота, тошнотой, рвотой..
- **Астматическая форма** — симптомы инфаркта представлены нарастающей одышкой. Симптомы инфаркта напоминают симптомы приступа бронхиальной астмы.
- **Атипичный болевой синдром** при инфаркте может быть представлен болями локализованными не в груди, а в руке, плече, нижней челюсти, подвздошной ямке.
- **Безболевая ишемия миокарда** наблюдается редко. Такое развитие инфаркта наиболее характерно для больных сахарным диабетом, у которых нарушение чувствительности является одним из проявлений болезни (диабета).
- **Церебральная форма** — симптомы инфаркта представлены головокружениями, нарушениями сознания, неврологическими симптомами.
- В ряде случаев у пациентов с остеохондрозом грудного отдела позвоночника, к основному болевому синдрому при ИМ присоединяется характерная для межрёберной невралгии опоясывающая боль в грудной клетке, усиливающаяся при прогибании спины назад, вперед, в обе стороны.



Болевые зоны при инфаркте миокарда: тёмно-красный = типичная область, светло-красный = другие возможные области.

Диагностика при инфаркте миокарда



■ Ранняя диагностика:

- Электрокардиография
- Эхокардиография
- Анализ крови на кардиотропные белки (МВ-КФК, АсАТ, ЛДГ₁, тропонин)

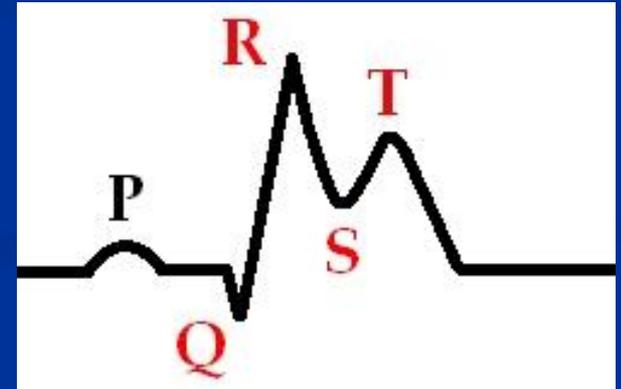
■ Отсроченная диагностика:

- Коронарография
- Сцинтиграфия миокарда (в настоящее время применяется редко)

Описания ЭКГ при инфаркте миокарда

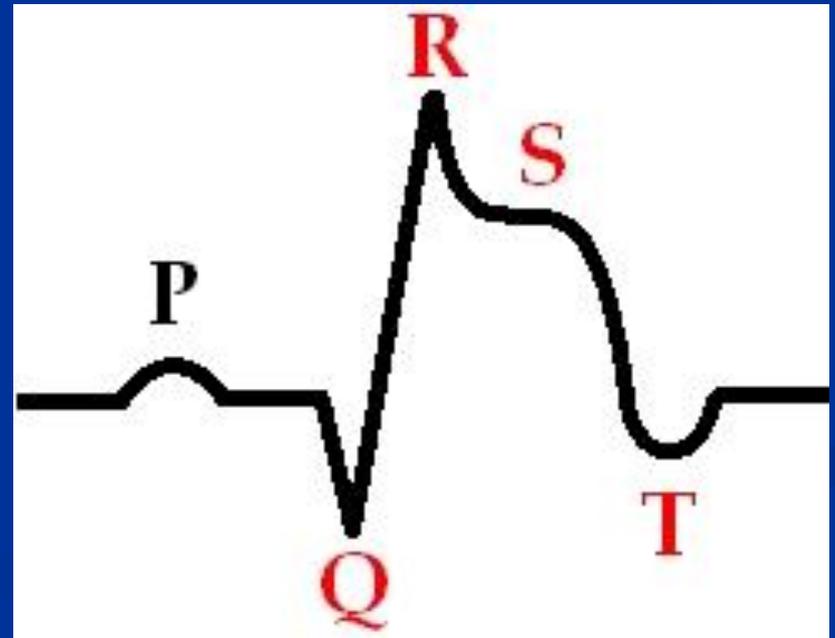
Стадия развивающегося инфаркта миокарда (0-6 часов)

- Стадия развивающегося инфаркта миокарда
- Куполообразный сегмент ST выше изолинии
- Сегмент ST сливается с зубцом T
- Зубец R высокий
- Зубец Q невысокий



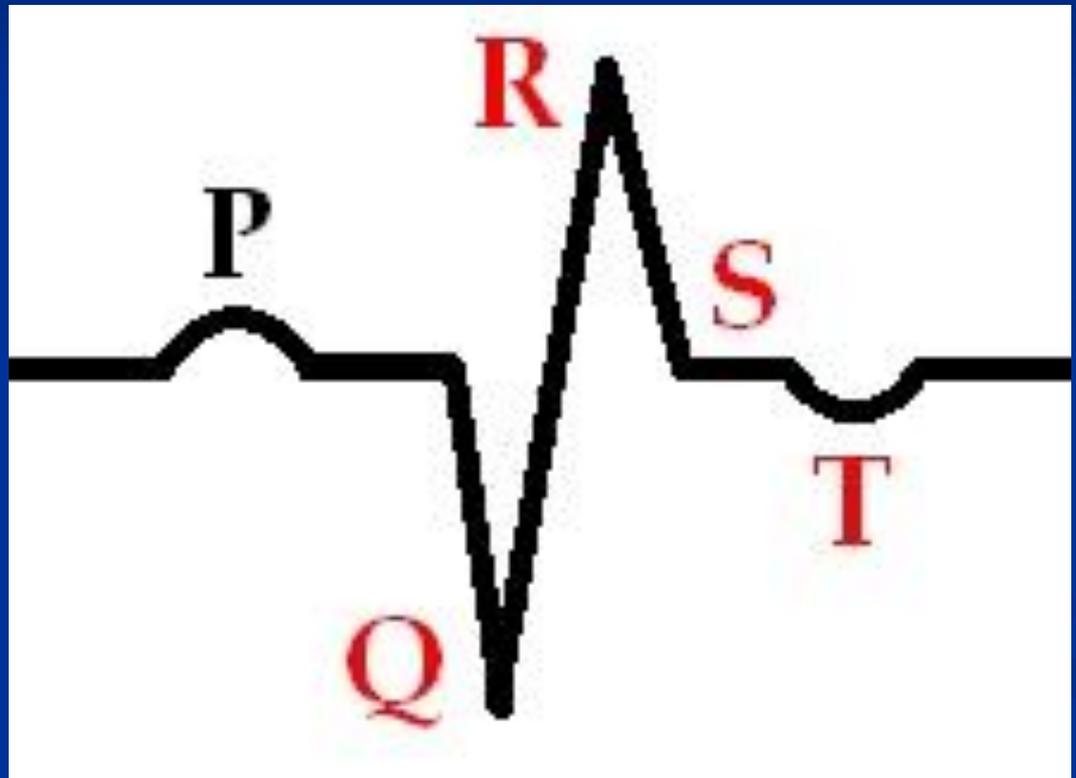
Острая стадия инфаркта миокарда (6-7 суток)

- Острая стадия инфаркта миокарда
- Отрицательный зубец T
- Уменьшение амплитуды зубца R
- Углубление зубца Q



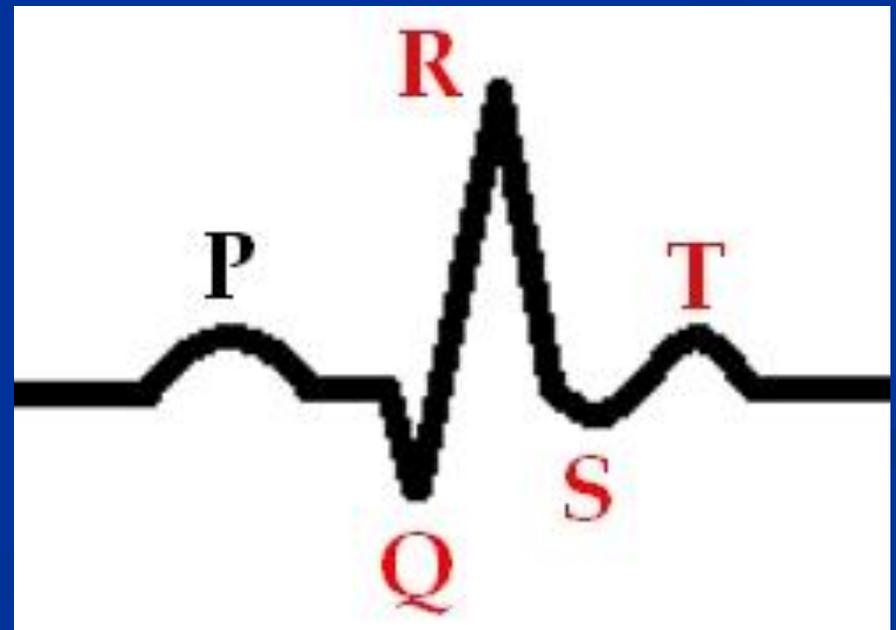
Заживающий инфаркт миокарда (7-28 суток)

- Отрицательный зубец Т
- Сегмент ST приближается к изолинии



Заживший инфаркт миокарда (на 29 сутки - до нескольких лет)

- Стойкий зубец Q
- Сниженная амплитуда зубца R
- Положительный зубец T
- Комплекс ST на изолинии



Осложнения

- острая сердечная недостаточность
- кардиогенный шок
- нарушения ритма и проводимости. вплоть до фибрилляция желудочков;
- тромбэмболические осложнения
- разрыв миокарда с развитием тампонады сердца. Вероятность данного осложнения при современной терапии составляет около 1 %.[↓]
- перикардит
- рецидив ангинозной боли
- артериальная гипотензия (в том числе медикаментозная);
- острая сердечная недостаточность (отек легких, шок);
- артериальная гипотензия, аллергические, аритмические, геморрагические осложнения при введении стрептокиназы
- нарушения дыхания при введении наркотических анальгетиков

Лечение в сестринском процессе при инфаркте миокарда

Неотложная помощь при ангинозном приступе

При возникновении у больного болей в области сердца следует немедленно вызвать врача, до прихода которого медицинская сестра должна оказать первую доврачебную помощь.

Лечение в сестринском процессе при инфаркте миокарда

Тактика медицинской сестры до прихода врача:

- успокоить больного, измерить АД, подсчитать и оценить характер пульса;
- помочь принять положение полусидя или уложить больного, обеспечив ему полный физический и психический покой;
- дать больному нитроглицерин (1 таблетку - 5 мг или 1 каплю 1% спиртового раствора на кусочке сахара или таблетку валидола под язык);
- поставить горчичники на область сердца и на грудину; при затянувшемся приступе показаны пиявки на область сердца;

Лечение в сестринском процессе при инфаркте миокарда

- внутрь принять корвалол (или валокордин) 30-35 капель;
- до прихода врача внимательно наблюдать за состоянием больного.

Действие нитроглицерина наступает быстро, через 1-3 мин. При отсутствии эффекта через 5 мин после однократного приема препарата его следует назначить повторно в той же дозе.

При болях, не снимаемых двукратным назначением нитроглицерина, дальнейший прием бесполезен и небезопасен. В этих случаях надо думать о развитии предынфарктного состояния или ИМ, что требует назначения врачом более сильных лекарственных средств.

Эмоциональное напряжение, явившееся причиной приступа и сопровождавшее его, может быть устранено применением седативных средств.

Лечебные мероприятия на ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

- Для купирования болевого приступа применяют:
 - ингаляцию кислорода;
 - нитроглицерин;
 - бета-блокаторы при отсутствии явных клинических противопоказаний (выраженная гипотензия, брадикардия, застойная сердечная недостаточность);
 - при отсутствии эффекта от антиангинальной терапии средством выбора для купирования болевого синдрома считается морфин в/в по 2-5 мг каждые 5-30 мин до купирования боли. Кроме морфина, чаще всего используют промедол;

Лечебные мероприятия на ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

- - в большинстве случаев к наркотическим анальгетикам добавляют реланиум или дроперидол;
- всем больным при первом подозрении на ИМ показано возможно более раннее назначение аспирина (первая доза составляет 300-500 мг препарата, не покрытого оболочкой), далее аспирин принимают по 100 мг в день;
- при наличии соответствующего аппарата и навыков боли могут быть устранены использованием наркоза закисью азота с кислородом;
- при трудно поддающемся купированию болевом синдроме используют повторное введение наркотических анальгетиков, инфузии нитроглицерина, назначают бета-блокаторы.

- В соответствии с существующим законодательством абсолютных противопоказаний к госпитализации больных ИМ нет. Транспортировка производится независимо от сроков развития заболевания и только на носилках. Больного госпитализируют в той одежде, в которой его застает врач или фельдшер.

До начала транспортировки необходимо ликвидировать болевой синдром или уменьшить его интенсивность, купировать приступ сердечной астмы или отек легких; принимают необходимые меры, направленные на поддержание АД и уменьшение клинических проявлений кардиогенного шока. В пути постоянно наблюдают за состоянием больного. Возникшие в процессе перевозки ангинозные боли снимают повторным введением наркотических анальгетиков, а при перевозке специализированной машиной скорой помощи - дачей наркоза закиси азота с кислородом и использованием других антиангинальных средств.

Профилактика

- Антитромботическая терапия аспирином и/или клопидогрелом снижает риск рецидива инфаркта миокарда, но в то же время повышает риск развития кровотечений
- Бета-блокаторы могут применяться для профилактики инфаркта миокарда у людей, перенёсших инфаркт миокарда в прошлом
- Терапия статинами после инфаркта миокарда снижает смертность
- Применение полиненасыщенных длинноцепочечных омега-3 жирных кислот (докозагексаеновой и эйкозапентаеновой) в больших дозах также улучшает прогноз после перенесенного инфаркта миокарда
- Применение нефракционированного гепарина внутривенно или низкомолекулярного гепарина подкожно у лиц с первичной нестабильной стенокардией снижает риск инфаркта миокарда
- Ингибиторы АПФ также применяют для профилактики инфаркта миокарда у людей со сниженной фракцией выброса левого желудочка ниже 40%