

HASTA EĞİTİMİ - KALP KRİZİ

Hazırlayan: Dr. Sabri Demircan

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Samsun

Özet

Kalp krizi, kalbi besleyen koroner arterlerdeki ani tıkanma sonucu oluşan kalp kası hasarını ifade eder. Kalp krizini de içine alan koroner arter hastalıkları tüm dünyada toplumun en önemli ölüm nedenidir. Kalp krizi geçiren hastaların yaklaşık üçte biri erken dönemde (özellikle ilk 1 saat içinde) aniden kaybedilmektedir. Bunun yanında, kalp krizi geçiren hastalar uzun dönemde kalp yetersizliği, ritm bozuklukları ve ani ölüm açısından risk taşırlar. Kalp krizine bağlı sonuçların engellenmesinde en önemli konu erken tanı ve acil tedavi yaklaşımlarının etkili kullanılmasıdır. Kriz geçirmemiş ancak sigara kullanımı, kan basıncı yükselmesi, şeker hastalığı, kolesterol yüksekliği, obezite, sedanter yaşam gibi riskleri taşıyan ve ailede erken yaşta kalp krizi öyküsü olan 45 yaş üstü erkek ve menopoz sonrası kadınlarda, bahsedilen risk faktörlerin düzeltilmesi kalp krizi riskini azaltabilir.

Kalp Krizi Nedir?

Kalp, vücuttaki hayati organların yaşamı ve fonksiyonları için gerekli enerji ve oksijeni sağlayan dolaşım sisteminin temel organıdır. Kalp günün 24 saati çalışarak bu işlevini kesintisiz olarak devam ettirir.

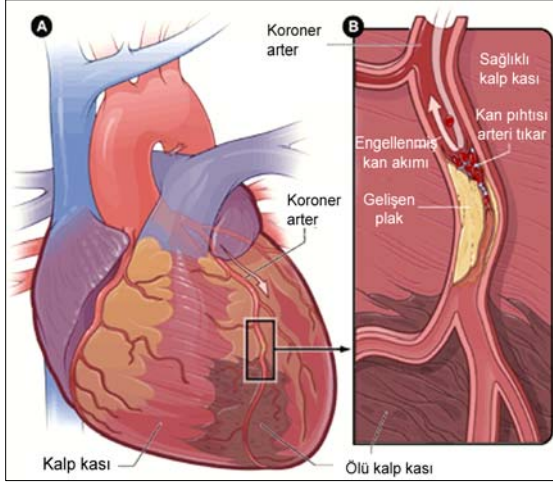
Vücuttaki diğer organ ve dokularda olduğu gibi, kalp bu fonksiyonlarını devam ettirebilmesi için enerjiye gereksinim duyar. Kalbin kan yoluyla taşınan bu enerji ve oksijen gereksinimleri kendi atar damarları olan koroner arterler tarafından sağlanır.

Koroner kan akımındaki ani kesilme, kalp hücrelerinde beslenme kaybına yol açar ve kalp kasının fonksiyon ve canlılığının yitilmesine sebep olur. Bu ani koroner tıkanma genellikle kalp kasını enerji açısından savunmasız yakaladığından tıkanan koroner arterin beslediği alanda çoğu zaman geri dönüşümsüz hasarla sonuçlanır. Bu olay **kalp krizi** veya tıbbi tabirle **miyokart infarktüsü** olarak adlandırılır.

Kalp Krizi Nasıl Oluşur?

Kalp kasının enerji ihtiyaçları ona kan sunumu yapan koroner arterler tarafından sağlanır. Ancak koroner arterlerin çeperinde doğumdan itibaren yaşla birlikte değişiklikler olur. Damar duvarı içinde yağ hücrelerinin depolanması bu sürecin ilk aşamasıdır. Koroner arter katmanları arasında zamanla yağ hücrelerinin depolanması artar. Yağ ve iltihabi hücreleri

ihativa eden ve pıhtılaşmaya oldukça yatkın bu içeriğin tamir mekanizmaları sayesinde kapsülle çevrenmesiyle damar iç lümeniyle teması engellenir.



Aterosklerotik plak olarak adlandırılan bu yapı özellikle erkeklerde orta yaşlardan itibaren, kadınlarda ise menopozdan sonra daha da belirginleşir ve arter iç lümeninde daralmaya sebep olarak koroner kan akımını kısıtlayabilir.

Aterosklerotik plak kapsülünde herhangi bir nedenle oluşan yırtılma veya zedelenme, plak içinde pıhtıya oldukça meyilli olan içeriğin kanla temasına neden olur. Bu olay sonrasında hızlı bir şekilde pıhtı oluşumu çoğu zaman lümeninde zaten mevcut olan daralma tam tıkanmaya ilerlemesine sebep olur ve **kalp krizi** gelişir.

Kimler Kalp Krizi Riskine Sahiptir?

Yukarıda bahsedilen koroner arter hastalığının (ateroskleroz / damar sertliği) gelişimi ve ilerlemesinde etkisi net olarak kanıtlanmış bazı risk faktörleri vardır. Bunlarda bir kısmı kontrol edilebilirken bir kısmı değiştirilemez.

Kontrol edilebilen major risk faktörleri; sigara kullanımı, yüksek kan basıncı, yüksek kan kolesterol düzeyi, obezite, fiziksel inaktivite ve şeker hastalığıdır.

Değiştirilemeyen major risk faktörleri ise; yaş (erkeklerde > 45, kadınlarda > 55 yaş veya menopoz sonrası) ve erken yaşta koroner arter hastalığı (erkeklerde < 55 yaş, kadınlarda < 65 yaş) için aile öyküsü olmasıdır.

Bu faktörlerden herhangi birisi veya birkaçının kombinasyonu olan kişiler, hiç risk faktörü olmayan veya daha az sayıda risk faktörü olan kişilere göre daha az kalp krizi riski taşır.

Kalp Krizinin Belirtileri Nelerdir?

Kalp krizinin en tipik ve sık belirtisi göğüs ağrısıdır. Kalp krizine bağlı göğüs ağrısı sıklıkla göğüsün ön kısmında başlar ve dakikalar içinde şiddetlenir ve maksimal düzeye ulaşır. Bu his genellikle ağrı şeklinde olmakla beraber, bazen göğüs üzerinde baskı, ezilme, yanma veya nefes darlığı olarak tariflenebilir.

En sık tariflenen kriz ağrısı göğüs ön duvarından başlar, dakikalar geçtikçe çeneye, boğaza, omuzlara, kollara (genelde sol taraf) bazen de sırtta yayılır. Ağrıya çoğunlukla bulantı, terleme ve ölüm korkusu gibi belirtiler eşlik eder. Ağrı, hareketle, nefes almakla, konuşmakla, öksürmekle değişmez.

Tipik olarak tariflenen göğüs ağrılarının olması her zaman kalp krizi olduğu anlamına gelmez. Bazen koroner arterleri tıkalı olmaksızın ciddi darlığı olan hastalarda efor, stres veya kan

basıncında yükselme gibi fiziksel streslerle miyokarda oksijen sunumu yetersiz kalıp (*iskemi*) göğüs ağrısı oluşabilir. Bu durumlarda oluşan ağrı *angina pectoris* olarak isimlendirilir. Angina atakları stres faktörü ortadan kaldırıldığında (dinlenme gibi) azalarak kaybolur ve kısa sürelidir. Kalp krizi ağrıları ise en 20-30 dk devam eder ve genellikle dinlenmeyle geçmez.

Kalp krizi göğüs ağrısının dışında bulantı, kusma, karın üst bölgesinde ağrı, bilinç kaybı ve kalp durması olarak belirti verebilir.

Kalp Krizinden Şüphelenildiğinde Yapılması Gerekenler

Kalp krizine ait ağrı başladığında en erken sürede hastaneye başvurmak çok önemlidir. Çünkü koroner arterin tamamen tıkanmasından itibaren 20 dakika için kalp kası hasar görmeye başlar, süre geçtikçe hasar gören kalp kası miktarı artar ve geri dönüşümsüz doku kaybı oluşur.

Kalp krizine ait belirtiler oluştuğundan sonra 5 dakika içinde geçmiyorsa hemen 112 Acil Servis aranmalıdır. Ambulans gelene kadar mümkün olduğunca efordan kaçınılmalıdır. Ölçülebiliyorsa kan basıncı ölçülmeli, eğer düşük değilse özellikle dilaltı gibi daha önceden önerilen ilaçlar alınmalıdır.

Zaman açısından daha avantajlı olacaksa, hasta ambulans beklenmeden başka birisi tarafından en yakın hastaneye özel araçla taşınabilir.

Kalp Krizinin Sonuçları Nelerdir?

Kalp krizi geçiren kişilerin önemli bir kısmı hastaneye başvurmadan önce olmak üzere yaklaşık üçte biri tehlikeli ritm bozuklukları ve kalp durması nedeniyle ani olarak kaybedilir.

Bunun yanında kriz geçiren hastalar erken dönemde; ritm bozuklukları, tekrar kalp krizi, kalp duvarlarında delinme, kapaklarda fonksiyon kaybı ve hasar gören kalp kasının boyutuna göre kalp yetersizliği (nefes darlığı) ve şok riski taşırlar.

Uzun dönemde ise kriz sonrası yara iyileşmesinin bir sonucu olarak yine kalp yetersizliği ve ölümcül ritm bozuklukları gibi riskleri taşımaktadırlar.

Kalp Krizi Sırasında ve Sonrasında Tedavi

Kalp krizine maruz kalan kişilerde tedavi, kalp kasının oksijen ihtiyacının karşılanmasına veya kalp kasının oksijen ihtiyaçlarının azaltılmasına yöneliktir.

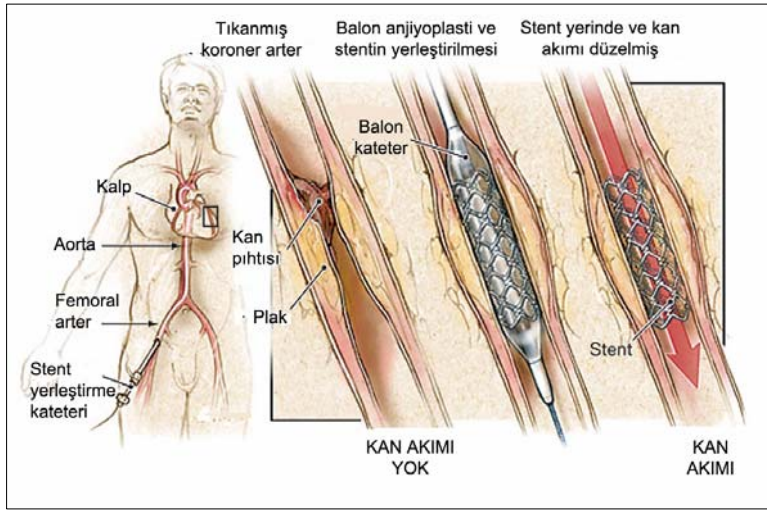
En erken yapılması gereken aspirin çiğnetilmesidir. Bunun yanında damardan veya dilaltı damar genişleticileri, oksijen tedavisi ve göğüs ağrısının azaltılmasına yönelik tedaviler acilen uygulanır.

Göğüs ağrısı devam eden ve elektrokardiyografik olarak kalp krizi tanısı kesinleştirilen hastalarda tedavinin ana basamağını ani damar tıkanmasına sebep olan pıhtının eritilmesi

veya darlığın giderilmesi oluşturmaktadır. Bu durum ya pıhtı eritici ilaçlarla (trombolitik) ya da acil anjiyografi sonrası mekanik yollarla sağlanmaktadır.

Pıhtı eritici ilaçlarla erken vakalarda daha yüksek oranda olmak üzere, tüm olguların yaklaşık üçte birinde koroner arterde kısmi kan akımı sağlanabilmektedir. Çoğu merkezde kolaylıkla uygulanabilmesi ve tedaviye hemen başlanılabilmesi pıhtı eritici ilaçların avantajları, olguların önemli bir kısmında kan akımını sağlayamaması ve kanama riski ise dezavantajlarıdır.

Koroner arterlerin acil anjiyografiyle görüntülenmesi sonrası, tıkalı bölgenin kılavuz tel yardımıyla geçilmesi ve tel üzerinden önce balonla kısmen, daha sonra da stent ile tam olarak açılması kalp krizi sırasında mümkünse asıl tercih edilmesi gereken yöntemdir.



Primer PTCA olarak isimlendirilen bu yöntemin en önemli avantajı %90'un üzerinde bir oranla krize sebep olan damardaki sorunu mekanik olarak tamamen ortadan kaldırması ve yeni kriz riskinin en düşük düzeye indirilmesidir. En önemli dezavantajı ise her merkezde yapılamayıp, özellikle mesai dışı saatlerde zaman kaybına yol açabilmesidir.

Kalp krizinin başlangıcından itibaren en yoğunu en erken safhalarında (özellikle ilk 1 saat) olmak üzere, yaklaşık 48-72 saat hayati tehlike devam eder ve bu süreden sonra giderek azalır. Bu dönem içinde, mutlak yatak istirahati halinde koroner yoğun bakım ünitelerinde hastaların kalp ritmi sıkı bir şekilde takip edilir.

Kalp krizinin diğer sonuçları açısından stabilize edildikten sonra, çoğu hastada anjiyografiyle koroner arterler görüntülenir. Koroner arterlerdeki mevcut duruma göre hastalara ilaç tedavisi, balon anjiyoplasti veya koroner arter baypas cerrahisi uygulanır.

Kalp krizinden sonra 6-12 hasta içinde hastalar günlük olağan aktivitesine dönebilir. Kriz sonrası özellikle 4-6 haftalık istirahat önemlidir.