بررسي نقش آغازكننده ها (Triggers) در وقوع انفاركتوس حاد ميوكارد

ميرم صالحيان

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی
سال دوم، شماره سوم، زمستان ۱۳۸۳

پیش نمایش

بیماری عروق کرونر یکی از علل اصلی مرگ و میر در ایالات متحده امریکا به شمار می‌رود. بر این بیماری سالانه حدود ۲۰۰۰۰ نفر جان خود را از دست می‌دهند و حدود ۱۵۰۰۰۰۰ نفر نیز از آن برای یک یا چندین بار تجربه می‌کنند. بیماری را از دو گروه می‌توان بازگردانی بیماری‌زا در سندروم‌های حاد میوقارد مشخص کرد که سندروم‌های ویژه‌ای مانند سینگ پلک توسط وب‌سایت آغاز‌کننده‌های خارجی ۲ به جمله می‌رود. 

اخلاصی که در عین حال در هم‌کنش فعالیت هم‌جنسی در بروز حوادث و قواعد نادر نظر زنل نسبت به عوامل در این مقاله اشارات و اهمیت استرس روحی و فعالیت فیزیکی به عنوان پاتوفیزیولوژیکی آنها مورد می‌شود همچنین استراتژی‌های بهبودی بیشگیری پیشنهاد می‌گردد.

واژه های کلیدی: آغاز کننده، سندروم حاد کرونر، انفارکتوس حاد میوکارد

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، سال دوم، شماره سوم، ص ۱۶۶-۱۶۹، زمستان ۱۳۸۳

۱ کارشناسی ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی بجنورد

۲ external triggers
مقدمه

بیماری عروق کروناری یکی از علل اصلی مرگ و میر در ایالات متحده آمریکا است که سالانه حدود 450000 نفر بر اثر آن فوت می‌نماید و یک میلیون نفر نیز آن را برای یک یا چندین بار تجربه می‌کنند (۱۰). پلاک پلاک و متعاقب آن ایجاد ترومبوز در محل شایع‌ترین مکانیسم زمینه‌ای بیماری‌زا در سندرم حاد کروناری شناخته شده است. تظاهرات کلینیکی سندرم‌های حاد کروناری شامل مرگ ناگهانی قلب، انفارکوس حاد می‌باشد و آن‌ها در نتیجه تغییرات حاد فیزیولوژیک شود به وقایع قلبی افزایش می‌یابد. این بحران‌های گزینه‌ها و سایر عوامل می‌باشند.

بحث

نقطه قلب سیستمیک و عوامل آگگ مربوط به افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع قلبی که اشاره شد حاصل از افزایش حاد نیست. این تغییرات حاد فیزیولوژیک به وقایع C4

1. External triggers
2. Multicenter Investigation of Limitation of Infarct Size
عروق و افزایش انعقادی‌ی خون، بارگی پلاک و روند حملات قلبی را در افراد مستعد، تسری‌های نمایند (9، 8، 7).

همچنین اعتقاد بر این است که انقباض عروق و افزایش قشار خون بارگی‌ی شریانی کشنده فیزیکی در محل پلاک و در تیزه پارگی آن و ایجاد ترومبوز می‌کند (8، 6). ایجاد ترومبوز نیز منجر به افت بیشتر جریان خون و در نتیجه ایسکمی خواهد شد (9).

انجمن قلب آمریکا (2002) عنوان می‌کند که استرس روحی با کاهش جریان خون قلب، به عنوان یک عامل خطر برای بیماری‌های عروق کرونر محسوب می‌شود.

این انجمن اضافه می‌کند که خطر مربوط به بیماری‌های شریانی کرونر ناشی از استرس روحی، به اثر بیشتر از افزایش نیاز به اکسیژن است. استرس ناشی‌است از تغییرات فیزیکی و انقباض شریان کرونر، ذخیره خونی به‌افت می‌کند که خطر مرتبط با خونی یک سبب‌کننده می‌باشد (2).

نتایج مطالعات متعدد نشان می‌دهد که 4 تا 8 درصد بیماران متیلا به انفارکتوس حاد می‌کردند با عروق حمله، دچار استرس بوده‌اند (7).

2. Ischemic
3. Levy
4. Leor

1. Ischemia
مطالعه، بیش از ۱۰۰۰ بیمار مورد بررسی قرار گرفته‌اند که از آن‌ها در مورد انجام فعالیت بلافاصله یک ساعت قبل از حمله انفارکتوس حاد می‌کرد. نشان داد که خطر وقوع حمله در هر دو جمعیت مطالعه در حین فعالیت کم و یا عدم فعالیت بوده است. یافته قابل ارزشی که از آن دو مطالعه حاصل شد این است که افزایش خطر در وقوع حمله بعد از فعالیت کم و یا عدم فعالیت بوده است. یافته قابل ارزشی دیگری که از آن دو مطالعه حاصل شد این است که افزایش خطر در وقوع حمله بعد از فعالیت شدید محدود به افرادی بوده است که به طور معمول فعالیت منظمی نداشته‌اند (۱).

فعالیت فیزیکی به خصوص در افراد با مشکلات قرون، بسیار یک‌شیوه دوبل است. در افراد غیر‌زیسته، فعالیت حمایتی و دانش‌گاهی می‌تواند منجر به وقایع ایسکمیک قلبی گردد. از طرف دیگر، دانش‌نوازانی که بدنی منظم انتظار می‌دهند در طول زمان داشت به میزان مزگ و میر ناشی از بیماری کرون قلبی کاهش می‌سازد (۲).

فعالیت فیزیکی ممکن است در پاره‌ی یکاک‌نور از اثر انفارکتوس‌ها و در نتیجه سنت‌های حاد کرون درخالت داشته باشد (۳). در زمینه‌ی افزایش فعالیت فیزیکی به عنوان «آگاز کننده‌ها با مطالعات بسیاری انجام شده است. از جمله مطالعات ارزشمندی که می‌توان از آن‌ها نام برد، پژوهش میلت از (۱۹۹۳) در امریکا و ویلیج (۱۹۹۳) در آلمان است. در هر دو

می‌تواند در پاره‌ی یکاک‌نور وقوع حملات حاد قلبی موثر باشد (۳).

مور ۳ و همکارانش (۱۹۹۶) نیز شبیه بالایی از وقایع
ایسکمیک قلبی به خصوص انفارکتوس حاد می‌کرد. در ساعات اولیه صحیح در مقایسه با سایر اوایل روز گزارش نموده‌اند (۴). ادامه ۱ (۲۰۰۴) با تاکید نتایج مور، فعالیت‌های استرخی برای وقایع صبح‌گاهی انفارکتوس می‌کرد و با بهمن فعالیت فندی و فیزیکی بعد از بیماری می‌داند که با آزاد شدن کانتول آمیز، افزایش ترشح کوره‌بوئی و بالا رفتن نیاز می‌کارد به اکسیژن همراه است (۸).

فعالیت فیزیکی

فعالیت فیزیکی ممکن است در پاره‌ی یکاک‌نور اثر انفارکتوس‌ها و در نتیجه سنت‌های حاد کرون درخالت

۱. Muller
۲. Ooman
۳. Mittelman
۴. Wilich
تارکه‌ای منجر به افزایش در فعالیت پلاکت و سیستم انعقادی شده و می‌تواند فراوان تشکیل ترومبوپودر در تجربه وقوع حمله‌ای خود کلیه را تسهیل نماید. بنابراین فعالیت منظم نقش حفاظتی در تروموپودر، و حملات ایسهکمیک قلبی ندارد.

تمرین‌های بدنی منظم از طریق بالا نگه داشتن جریان خون با چگالی بالا، اثر حفاظتی در دیگر در مقابل انفارکت‌های توده محسوب می‌شود (۱).

سایر آغاز کندنهای احتمالی برای وقایع کرونری عبارتند از: فعالیت جنسی، اندیشگری چند که اغلب با ایجاد استرس غیرعمومی و قلیب، وقوع حملات حاد قلبی را تسهیل می‌کند.

نتیجه‌گیری و کاربردهای پرستاری

نقش آغاز کندنهای خارجی در وقوع سندرم‌های حاد میکروکرون در ۵۰ درصد بیماران به اشتباه رسیده است. کاهش و یا از بین بردن فعال کننده می‌تواند در پیشگیری از حملات حاد موتور باشد. هرچند علائم کامل عوامل آغاز کندنه امکان پذیر نیست اما می‌توان با هر کارگری روش‌های متعدد آنها را تدوین نمود. در چنین مواردی حفاظتی دارویی در جمعیت در معرض خطر به خصوص در ساعات اولیه صبح نقش حفاظتی مفیدی خواهد داشت. اعتقاد بر این است که، با تا

۱. اکسیداسیون فعالیت فیزیوکینیک منظمی،

تغییر در پاسخ‌های فیزیولوژیک بدن در مقابل فعالیت است. پاسخ‌های فیزیولوژیک شامل افزایش در حجم بطن چپ و در تجربه افزایش حجم ضربه‌ای قلب، اتساع شریان‌ها و نیز افزایش در عملکرد آنزیم اکسیداتوها در عضلات می‌باشد. تغییر تغییر فیزیولوژیک منجر به انتقال موثرتری اکسیژن و خون به عضلات می‌شود. انتقال موثرتری اکسیژن به عضلات نیز منجر به کاهش دامنه تبیکرات (افزار های F) و بار افزایش فشار خون، نیبسم و فعالیت سیستم عصبی سمباتیک می‌گردد. بنابراین در افراد ورزشکار، با کم‌بودن میزان فشار خون نیبسم و به هنگام فعالیت، احتمال پارگی پلاک کاهش می‌یابد.

همچنین مشخص شده است که در افرادی در حمله، و به‌طور کلی، افزاری با فعالیت فیزیوکینیک منظمی فعالیت فیزیوکینیک
اثرات استرس را کاهش دهیم

1- دفترچه یادداشتی تهیه کنید و خوامش و نیازهای خود را بررسی اولویت بخش نماید. لازم است که بین توانتای‌ها و اهداف خود تعادل برقرار سازید.

2- استرس را به عنوان جزئی طبیعی از زندگی بپذیرید.

3- آرامش خود را حفظ کنید. تنفس‌های عمیق انجام دهید قسمت‌های مختلف بدن را ابتدا سفت و سپس شل سازید.

4- در هنگام استرس دوش یا حمام آب گرم گیری‌د.

5- از قوه تخلی استفاده کنید.

6- احساسات خود را با یک دوست یا فرد قابل اطمینان در میان بگذارید.

7- واقعین باشد.

8- از خود توقع بی‌گناخته باشید. هیچکس کامل نیست. نابرابری به دنبال کمال گرایی محض نباشد.

9- برای انجام هر کاری، زمان کافی اختصاص دهید.

10- در یک زمان به چند کار نپردازید.

11- شیوه‌های زیب را به‌دست آورید که بهبود کیفیت زندگی و مقابله با استرس به کار بگیرید.

بلوکرها با کم کردن پاسخ هموگلوبینکس به استرس، احتمال پارای پلاک را کاهش می‌دهد، اسپرین نیز با جلوگیری از بهم‌چسبیدگی پلاک‌ها، منع از تشکیل ترومبوز می‌شود (8، 4، 3).

تمرين‌های بدنی منظم نیز با کاهش اثرات فعالیت شدید جهت پیشگیری از بی‌صرفه‌بی‌آموزن عروق کرونر

تصویب می‌گردد (11، 10).

آموزش به بیمار: جهت تبدیل رفتارهای جوان خشم و عصبانیت، به کارگیری روش‌های آرام‌سازی در کاهش تأثیر استرس انجام تمرين‌های بدنی منظم و مستمر و پرهیز از هرگونه فعالیت شدید و ناگهانی (به خصوص در افراد غیر ورزیده با زمین مشکلات قلبی عروقی) توصیه می‌شود و اما برپاسار، به عنوان یک اعضا کادر درمان با تنظیم طرح زمانی اجرای برنامه‌داری مطالب با ساعاتی بپذیردی نقش مهمی در پیشگیری از وقایع قلبی می‌تواند داشته باشد.

اثرات استرس را کاهش دهیم
ساير روش‌های درمانی عبارتند از:

1- راحتی عضلانی (Relaxation exercise)
2- تعریف‌گری هوشیار (Cognition therapy)  
3- ایکستریک بیوفیدک (EEG biofeed back)
4- هیپناسیم پزشکی (Medical Hypnosis)

3-11- رژیم غذایی معادل داشته باشید از سیگار، 
الکل و کافئین اجتناب بوزید از مواد غذایی سرشار از 
ویتامین‌های گروه B و ویتامین C استفاده نمایید. به 
هنگام استرس از مواد شیرین پرهیز نمایید.
4-11- حداکثر روزی ۳۰ دقیقه، به انجام ورزش‌های 
ایروپیک برده‌اید.
5-11- در طی روز زمانی را صرف علاقه شخصی 
خود کنید (موسیقی - مطالعه کتاب مورد علاقه-
صحت با دوستان قدیمی ...) 
6-11- اگر مجرد هستید، ازدواج کنید.
7-11- هر ماه مقداری بول سیانودار نمایید.
8-11- به وضعیت جسمی خود توجه کنید.
آزمایش‌های منظم دوره‌ای انجام دهید.
9-11- با همسایگان خود ارتباط برقرار کنید.
10-11- بعد از یک دوره فعالیت ۹۰ دقیقه، 
استراحت کنید (تریدیان بروک (Itradian break )
13، 15، 16).

1. Aerobic


5-Leor J: Sudden cardiac Death triggers by an Earthquake. HEJM; 334: 1673-1686.


Triggering of Acute myocardial Infarction

M. Salehian

Abstract

Coronary heart disease (CHD) is the leading cause of death in the United States; each year about 450,000 people die from CHD, and 1,000,000 experience an initial or recurrent coronary event. Plaque rupture and its subsequent thrombosis at the site of the plaque rupture is the most common underlying pathophysiological mechanisms of acute coronary syndromes. Plaque rupture may be precipitated by external triggers (including physical activity and emotional stress or rare events such as earthquakes) imposed on coronary plaque.

In this article the impressions and importance of emotional stress and physical activities as triggers of acute myocardial complaints especially AW and their pathophysiological consequences are reviewed and strategies for preventing are given.

Key words: triggers, coronary syndrome, acute myocardial infarction

Faculty member of Bojnord. Nursing and Midwifery College