

## AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜNDE İLK SAATLER (\*)

Dr. Semir Abbasoğlu (\*\*)

Akut miyokard infarktüsü geçirmekte olan hastalar için en tehlikeli süre koroner bakım ünitesi (KBU) veya bu imkânın olmadığı yerlerde dahiliye servisine varıncaya kadar geçirdikleri saatlerdir. Bu kısa süre içinde konacak teşhisin doğruluğu ve alınacak acil tedbirler prognoz yönünden çok önemlidir.

Akut miyokard infarktüsünden sonra, ilk dört hafta içindeki ölümlerin büyük bir çoğunluğu ilk iki saatte ortaya çıkar. İstatistiklere göre ilk 4 hafta içinde ölenlerin % 35'i ilk saatte ve yaklaşık olarak % 55'i ilk 2 saatte kaydedilir. Hasta adedine göre bir rakam vermek gerekirse hastaların % 15'i ilk saatte ve % 20'den biraz fazlası da ilk 2 saatte ölür. İşte bir hekim olarak bu ilk 2 saatte ölen hastalara, genellikle, yardım etmek imkânından uzağız, zira en organize şehirlerde bile KBU'ne giriş 4 saat civarında bir zamana ihtiyaç gösterir. Hastayı ilk 2 saat içinde görebilmek imkânı nisbeten azdır, kaldı ki bu erken devrede ölümlerin başlıca sebebi disritmilerdir ve bunların en kısa zamanda ve kesin bir şekilde bertaraf edilmeleri gerekir.

Hastalara en kısa zamanda nasıl erişilebilir? Bunun için birçok çareler düşünülmüştür. Mobil koroner bakım ünitesi (MKBU) bunlardan bir tanesidir (1).

İlk saatlerde önemli olan bir diğer gerçek, hastaların hastalık belirtilerinin ciddiyetini önemsememeleridir. Hekim olarak karşılaşılan en ciddi zorluklardan biri işte bu önemsemezliktir. İnsanı şaşırtan bir diğer husus, daha önce bir koroner krizi geçirmiş olanların yani semptomlarını daha iyi tahlil edebileceklerine inandıklarımızın hastane veya doktora başvurmada gösterdikleri yavaşlıktır. Hiç bir koroner krizi geçirmemiş olanları bu yönden aydınlatmanın ne kadar zor olduğu kolayca anlaşılır. Gazete, radyo veya TV gibi yayın araçlarıyla klasik bir kalb krizini izah etmek çok olumlu sonuç vermeyebilir. Zira kalb krizi ancak % 60-70 vak'ada klasik belirtilerle kendini gösterir. Vak'aların en aşağı % 30 veya % 40'ının klasik belirtiler

(\*) 10.12.1975 tarihli ilmi toplantıda tebliğ edilmiştir.

(\*\*) Şişli Çocuk Hastanesi, 3. Dahiliye Kliniği.

göstermediklerini hepimiz biliriz. Bunun gibi, kalb dışı sebeplerden mütevellit göğüs ağrısı şikâyetiyle hastanelere başvuracak şahısların hastane işlerini ne kadar arttıracakları da ayrı bir konudur. Gaye ilk saatlerdeki mortaliteyi azaltmak ve hakikî kalb hastalarını bir an önce hastaneye nakletmek olduğuna göre ne gibi tedbirler alınmalıdır?

Bu hususta en etkili tedbirlerin Belfast'ta (İrlanda) alınmış olduğunu görüyoruz. Belfast halkı, kendi şehirlerinde kalb hastalıkları yönünden mükemmel şekilde organize edilmiş bir sistem bulunduğunu ve bu sistemin nasıl işlediğini öğrenmiştir. Bu şekilde birçok hastayı krizden sonra 1.5 saat gibi çok önemli bir dönemde hastaneye getirebilir ve hayatlarının korunmasını sağlayabilirler. Bu sistemin mali portesi korkutucu olmamakla beraber fazla miktarda doktor zamanının kaybına sebep olur. Dolayısıyla doktor zamanının tasarrufu düşünülmüş ve başka bir dayanak aranmıştır. Bu da ev kadınlarının ve özellikle hemşirelik, laborantlık, tıp teknisyenliği veya hekimlik yapmış veya tahsil etmiş, ev kadınlarının kalb hastalıkları yönünden eğitilmesidir. Diğer bir ifadeyle kalb krizi anında ve yerinde, doktor dışında bir zümrenin kullanılması ve onlardan istifade edilmesidir. Bu şekilde doktor zamanının kaybı önlenmiş olur.

Ancak Belfast sistemi, dünyanın milyon üzerinde nüfus barındıran büyük şehirlerinde aynı mükemmellikte yürüyor mu? Maalesef hayır. Nüfus kesafeti, telefon ve trafik problemi bir yana, birkaç milyon nüfuslu şehirlerde muhtelif noktalarda istasyonlanan müteaddit mobil koroner bakış üniteleri bulunmalıdır ki hastalara birkaç dakika içinde erişilebilsin.

Problemin hastane dışı yönünü bırakıp hastane içine dönelim. Burada karşılaşılan sorun paramedikal personelden beklenecek yardımdır. Hemşireler, ilk yardım ekipleri ve hatta servis personeli o şekilde eğitilebilir ki göğüs ağrısı geçirdikten sonra rengi kül gibi olmuş, düzensiz nabız gösteren, âdeta ölüye benzer bir şekilde yerinde serilip kalmış bir hastaya eksternal kalb masajı yapmak gereği düşünülebilir. Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere'de paramedikal personel defibrilatör kullanacak ve gereğinde entavenöz lidokain verecek şekilde eğitilmiştir. Çok zaman defibrilatörü hastaya tatbik eden de hemşiredir, zira doktor henüz gelmeden o, serviste hazır beklemektedir.

Halkın ve paramedikal personelin eğitimi bir yana, bizzat hasta olması muhtemel şahıslara yönelelim. Acaba elimizde şahsın ilerde kalb krizi geçirebileceğini düşündüren bulgular var mı? Biliyoruz ki

böyle bulgular mevcuttur. Bunlar koroner risk faktörleri adını verdiğimiz hiperkolesterolemi, hipertansiyon, diabetes mellitus, aşırı şişmanlık, fazla sigara içmek, enfarktüs şahsiyeti, sedanter hayat, soy geçmişinde kalb hastalığı bulunması, hiperürisemi v.s. dir ve gene biliyoruz ki kalb krizi geçirmiş bir hastada bu faktörlerden bir veya birkaçı mevcut olabilir. Ancak ilginç bir nokta bütün bu faktörleri gösteren şahısların cüz'i bir kısmı kalb krizi geçirmektedir. Buna sebep ne olabilir? İşte önemli nokta budur. Burada angina pektoris dikkati çekelim. Angina bir sinyaldir, bu sinyali veren 5 kişiden 1 tanesi kalb krizi geçirme şanssızlığına uğrayacaktır. Acaba anginalı şahıs bu kalb krizini ne zaman geçirecektir? İstatistikler gösteriyor ki krizlerin çoğu, angina başladıktan sonra ilk 6 haftada ortaya çıkmaktadır.

Acaba kalb krizi geçiren hastalar, kalb krizi geçirmeyenlere nazaran fizik, biyosimik, metabolik ve diğer çeşit özellikler gösterir mi? Bu da üzerinde çalışılan bir konudur. Sokakta yürürken, işyerinde veya evinde otururken, görünürde hiçbir sebep mevcut değilken aniden ölenler olduğunu duymuşuzdur. Bunlar ölmeden önce klasik angina pektoris veya kalb hastalığının klasik semptomlarını göstermemiş kimselerdir. Bunlar, doktorda kalb hastalığı şüphesi uyandıracak hiçbir semptom göstermeden aniden ölen kimselerdir. Aslında bunlar semptomsuz şahıslar değildi. Birçoğu, kalb krizi geçiren hastalar kadar birçoğu, ölmeden önce doktorlarına muayene olmuştur. Doktora gidiş şikâyetleri ise yorgunluk, terleme, işle başa çıkamama, depresyon v.s. olmuş ve bunlar ani ölümün bir semptomu telâkki edilmiştir.

Erken ölümlerin başlıca sebebi aritmilerdir. Bu hastalar yaşamak için acil tedaviye ihtiyaç gösterirler. Varsayalım ki bu hastaların aritmisi anında etkili bir şekilde bertaraf edildi ve hastalar yaşadı. Bunların, aritmi gibi bir komplikasyon göstermeyen ve fakat kalb krizi geçirmiş hastalara göre gelecekteki durumları ne olur? Vak'aların takibi gösteriyor ki resüsitasyon veya defibrilasyon gibi bir metod tatbik edilmeseydi ölümleri beklenen hastaların kalb krizi geçirdikten 1 ve 2 yıl sonraki durumları, kalb krizi geçiren fakat resüsitasyona lüzum göstermeden iyileşen hastalarinki kadar iyidir, hatta bazı durumlarda daha da iyidir. İlk saatlerde ortaya çıkan aritmi etkili ve tam bir şekilde bertaraf edilirse aritminin yeniden meydana çıkması uzak bir ihtimaldir. Bu şahıslar aritmisiz kalb krizi geçirenler gibi, iş hayatlarına başarılı bir dönüş yaparlar.

Kalb krizi geçirmekte olan hasta en kısa zamanda, monitörle takip ve defibrilasyon imkânı olan bir kliniğe yatırılmalıdır. Bu hususta bir gecikme fatal sonuç doğurabilir.

Kriz geçirmekte olan hasta ister evinde, ister iş yerinde veya hekim muayenehanesinde bulunsun, derhal kalbi dinlenir, ritm düzensizliği olup olmadığı araştırılır ve atım sayısına bakılır. Prematüre kontraksiyonlar tesbit edilir ve atım sayısı 60'ın üstünde bulunursa, bu arada şok ve konjestif kalb yetmezliği de yoksa 50 mg lidocaine i.v. ve hemen akabinde 250 mg i.m. verilir (3). Hasta şok veya konjestif kalb yetmezliği belirtileri gösteriyorsa bu doz yarıya indirilir. Hastanın kalb atım sayısı 60'ın altında ise derhal 1 mg atropine i.v. zerk edilir (\*). Bu inisyel antiaritmik tedaviye başlandıktan sonra ağrının geçirilmesine çalışılır. Bu hususta morfin veya meperidine kullanılabilir. Ağrının şiddetine göre doz ayarlanır ve i.v. veya i.m. tatbik edilir. İşte bundan sonradır ki hasta en kısa zamanda hastaneye nakledilir.

Hastaneye getirilen hastanın ilk kabul yeri acil polikliniktedir. Burada derhal monitöre bağlanır, defibrilatör hazır bulundurulur ve % 5 Glukoz/Su enfüzyonuna başlanır. Bu şekilde, gerekirse lidocaine vermek üzere i.v. yol hazırlanmış olur. Lidocaine kullanılmasını gerektiren aritmiler şöyle sıralanabilir:

1. Prematüre ventriküler kontraksiyonların çiftler halinde ortaya çıkması,
2. Bir önceki kompleksin T dalgasına oturan prematüre ventriküler kontraksiyonlar «PVC on T fenomeni»,
3. Mültifokal prematüre ventriküler kontraksiyonlar,
4. Dakikada 5 veya daha fazla prematüre ventriküler kontraksiyon.

Sayılan bu aritmilerden herhangi biri ortaya çıkarsa 75 mg lidocaine i.v. verilir ve buna dakikada 2 mg gidecek şekilde verilen i.v. lidocaine enfüzyonu ile devam edilir. Bu sırada kandaki lidocaine seviyesinin 6-10 mcg/ml.'ı aşmamasına dikkat edilir. Bu seviyenin üstünde, lidocaine'in merkezi sinir sistemi depresyonu ve grand mal konvülsiyonlar gibi majör yan etkileri ortaya çıkar.

---

(\*) Hastaya i.v. 1.0 mg atropine zerk etmekle akut glokom veya idrar retansiyonu ortaya çıkarma riski, zerk etmemeden dolayı oluşması muhtemel ventriküler disritminin yaratacağı risk yanında önemsiz kalır.

Acil dahiliye polikliniğinde tedavisine başlanan hasta, bundan sonra KBÜ'ne sevk edilir. Bu aradaki nakilde dahi, gerek koridorlarda gerekse asansörde, monitörle takip edilir ve defibrilatör refaktindedir. Bu gaye için portabl, transiztörlü monitör -defibrilatör- kullanılır.

Hastanın acil dahiliye polikliniğine getirilişinden KBÜ'ne kabulüne kadar geçen zaman süresinde gecikme ölüme sebebiyet verebilir. Los Angeles hastanelerinde yapılan bir araştırma acil müdahale odasıyla KBÜ arasında geçen zamanın bazı vak'alarda hastanın hastaneye getirilmesi için geçen zamandan fazla olduğunu göstermiştir.

Akut miyokard infarktüsünün erken saatlerinde EKG normal veya nondiagnostik olabilir. Bu devrede teşhiste klinik muhakeme rol oynar. Bu bakımdan koroner bakım ünitesine kabul için muhakkak anormal bir EKG şart değildir.

KBÜ'ne yatırılan hasta buradaki imkânlar dahilinde incelenir ve orijinal teşhis doğrulanır ya da red edilir. Dikkat edilecek olursa, hastaya hastane dışında ve çok zaman hastanedeki acil müdahale odasında uygulanan tedavinin dayanağı akut miyokard enfarktüsü düşündürülen anamnezdır. KBÜ'nde bu anamnez dikkatli bir şekilde fizik muayene ve laboratuvar araştırmasıyla değerlendirilir ve buna uygun daha geniş kapsamlı tedavi uygulanır. Koroner bakım ünitelerinin hayat kurtarmadaki başlıca rolü, hastaları aritmilerden koruyan, aritmileri erken teşhis ve etkili bir şekilde tedavi eden imkânlar sağlayabilmelerindedir. KBÜ bulunmayan hastanelerde, söz konusu edilen hastalar, varsa kardiyoloji servisine, bu yoksa genel dahiliye servisinin uygun bölümüne yatırılarak eldeki imkânlar dahilinde tedavi edilir.

#### *Materyel ve metod*

1. Vak'alar Şişli Çocuk Hastanesi III. Dahiliye Kliniğinde yatarak tedavi gören hastalar arasından rasgele seçilmiştir. Vak'aların seçiminde özel bir sıra veya kriter takip edilmemiştir.
2. Vak'a adedi 50'dir, 38'i erkek 12'si kadındır. Yaşları 31-80 arasındır, erkeklerin 31-80, kadınların 53-75'tir.
3. Vak'aların hepsi akut miyokard infarktüsü geçirmiştir. Bu husus tipik bir anamnez dışında elektrokardiyogramla tesbit edilmiştir. Ayrıca vak'aların büyük bir çoğunluğunda teşhis, serum enzim tetkikleriyle de ispatlanmıştır.

4. Vak'alar kalb krizi geçirdikten sonra hekime ve/veya hastaneye başvuruncaya kadar geçen zaman itibariyle gruplara ayrılmıştır.

5. Hastaların akut miyokard infarktüsünden sonraki ölüm zamanları kabil olduğu kadar tesbit edilmeğe çalışılmıştır.

6. Hastaların akut miyokard infarktüsünden sonra hekim tarafından ilk görüldüğü andaki aritmileri, elden geldiği kadar objektif olarak, elektrokardiyogramla tesbit edilmiştir. Yatış anıyla taburcu olma zamanı arasında çıkabilecek aritmiler de, hastaların servise kabulünden sonra yapılan serial EKG tetkikleriyle yakalanmağa çalışılmıştır.

### *Sonuçlar*

- I. Akut miyokard infarktüsünün lokalizasyonuna göre,
- |                      |   |          |
|----------------------|---|----------|
| a) Ön cidar          | : | 22 vak'a |
| b) Arka cidar        | : | 23 »     |
| c) Yüksek yan cidar  | : | 2 »      |
| d) Subendokardial    | : | 1 »      |
| e) Tesbit edilemeyen | : | 2 »      |
- II. Krizin ortaya çıkışından hastaneye başvuruncaya kadar geçen zaman,
- |                                |   |   |
|--------------------------------|---|---|
| a) İlk 2 saatte gelenler       | : | 2   |
| b) İlk 24 saatte »             | : | 23  |
| c) İlk haftada gelenler        | : | 15. Bunların 9'u ilk 2 gün içinde hastaneye başvurmuştur. |
| d) İlk haftadan sonra gelenler | : | 9   |
| e) Üç haftadan » »             | : | 1 vak'a.  |
- III. Krizin ortaya çıkışından ölüme kadar geçen zaman itibariyle hastanede ölenler,
- |                               |   |         |
|-------------------------------|---|---------|
| d) İlk haftadan sonra ölenler | : | 2 vak'a |
| a) İlk 2 saatte ölenler       | : | —       |
| b) İlk 24 » »                 | : | 2       |
| c) İlk hafta »                | : | 2       |
- IV. A — Krizden sonra hastanede hekim tarafından ilk görüldüğü anda tesbit edilen aritmi,
- |                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| a) Sinüzal bradikardi                 | : | 5 |
| b) Sinüzal taşikardi                  | : | 7 |
| c) Prematüre ventriküler kontraksiyon | : | 6 |

d) Atrial fibrilasyon	: 3
e) Wolff-Parkinson-White (WPW) sendromu	: 1
f) Birinci derece atrio-ventriküler blok	: 1
g) Tam atrio-ventriküler blok	: 5
h) Komple sağ şube bloku	: 5
i) Komple sol şube bloku	: 4

B — Hastaların hastanede kaldıkları süre içinde yapılan takiplerde tesbit edilen elektrokardiyografik bozukluklar,

a) Sinüzal bradikardi	: 3
b) Sinüzal taşikardi	: 1
c) Prematüre ventriküler kontraksiyon	: 2
d) Tam atrio-ventriküler blok	: 2
e) Komple sol şube bloku	: 3

V. Ritm bozukluğu dışında görülen komplikasyonlar,

a) Konjestif kalb yetmezliği	: 10
b) Ventriküler anevrizma	: 2

### *Tartışma*

Sonuçların incelenmesi gösteriyor ki 50 vak'a içinde, akut miyokard infarktüsünün ortaya çıkışından itibaren ilk 2 saatte hastaneye gelen veya getirilenler 2 dir. Gerçekte bu rakam 2 değil 1 dir. Zira vak'alardan bir tanesi (No. 18) başka bir sebeple hastanede bulunmakta ve dahiliye servisinde tedavi edilmekteydi. Bu tedavi sırasında serviste akut miyokard infarktüsü geçirmiş ve atrial fibrilasyon gibi bir ritm bozukluğu göstermiştir. İkinci vak'a (No. 23) hastanenin hemen civarında bulunan bir okulun öğretmeni idi. Talebelelerinin okula bitişik tehlikeli bir inşaat sahasına girmeleri sonucu heyecana kapılmış, bir kazayı önlemek gayesiyle peşlerinden koşarken prekordial ağrı hissetmiş ve derhal hastaneye baş vurmuştur.

Vak'aların çoğunluğunu ilk 24 saatte müracaat edenler teşkil etmiştir, 23 vak'a (% 46). Bunlara ikinci gün müracaat eden 9 kişi de eklenirse ilk 48 saatte 32 hastanın (% 64) hastaneye baş vurduğunu görürüz. Sosyo-ekonomik imkânlarımız ve kültür seviyemiz göz önünde tutulursa bu nisbetin oldukça tatminkâr olduğu ortaya çıkar.

Krizden sonraki ilk 2 saat içinde hastanede ölen olmamıştır. İlk 24 saatte 2 vak'a ölmüştür (Vak'a No. 14 ve 37). Bunlardan birincisi (No. 15) geliş anında komple sol şube bloku göstermekteydi ve kro-

nik konjestif kalb yetmezliği sebebiyle müteaddit defalar servisimizde tedavi edilmişti. Bu defaki gelişı 24 saatte kardiyojenik şok sonucu ölümlle sonlanmıştır. İkinci vak'a (No. 37) ön cidar miyokard infarktüsü geçirmektedir, komplikasyon olarak tam atrioventriküler blok ortaya çıktı ve vak'a kaybedildi. Tam kalb bloku, vak'amızda olduğu gibi, genellikle yaygın ön cidar infarktüsleriyle müterafıktır ve akut miyokard infarktüsünün ciddi bir komplikasyonudur. Pacemaker tatbikine rağmen % 50 civarında bir mortalite gösterir (2).

İlk hafta içinde 2 vak'a kaybedilmiştir (Vak'a No. 4 ve 31). Bunlardan birincisi (No. 4) ilk 48 saat içinde yatırılmıştı. Geldiğinde premature ventriküler kontraksiyonlar tesbit edilmiş, akabinde komple sol şube bloku ve daha sonra tam atrio-ventriküler ortaya çıkmış ve kardiyojenik şokla 4. gün kaybedilmiştir. İkincisi (No. 31) ilk 24 saat içinde baş vurmuş, geliş anında atrial fibrilasyon ve komple sol şube bloku göstermiş ve 2. gün vefat etmiştir.

İlk haftadan sonra ölenler 2 dir (Vak'a No. 16 ve 33). Bunlardan birincisi (No. 16) ilk 24 saat içinde yatırılmış, geliş anında WPW sendromu göstermiş ve 21. gün konjestif kalb yetmezliği sonucu kaybedilmiştir. İkincisi (No. 33) yatırılış sırasında bir aritmi göstermemişken serial takiplerde sinüzal taşikardi, ventriküler bigemine ve daha sonra komple sol şube bloku ortaya çıkmış ve hasta 14. gün vefat etmiştir.

Yalnız aritmi göz önünde tutulursa komple sol şube bloku 3 vak'ada, tam atrio-ventriküler blok 2 vak'ada, WPW sendromu ise 1 vak'ada terminal hadise olmuştur. Bu küçük sayı dahi her üç iletim bozumluğunun ne derece fatal olabileceğini göstermesi bakımından ilginçtir.

Konjestif kalb yetmezliği gösteren 10 vak'a içinde 2 tanesi ölmüştür. Bunlardan birincisi (No. 15) komple sol şube bloku ile, ikincisi (No. 16) WPW sendromu ile müterafıktı.

Hastanedeki ölümlerin % 30'u altıncı günden sonra görülür. Bunların yarısı beklenmedik bir şekilde ortaya çıkar. Nitekim bizim 6 ölüm vak'asından 2'si (No. 16 ve 33) altıncı günden sonra (sırasıyla 21. ve 14. günler) ölmüştür. Bu ölümlerden bir tanesi beklenmemektedir (No. 16), hasta taburcu olmak ümidiyle hazırlık yaparken kaybedildi. Bu bakımdan KBÜ'nden dahiliye servisine gönderilen hastaların, bu serviste de bir süre monitörle takibi arzu edilir. Şayet mevcutsa, portabl teyp elektrokardiyogram hastaların taburcu olmadan hemen önceki devrelerinde çok faydalıdır. Zira rutin elektrokardiyografik tetkiklerin tesbit edemediği ve ambülosyonun ortaya çıkardığı aritmiler bu teknikle yakalanabilir.



50 vak'anın toplu ve kısa olarak takdim edildiği aşağıdaki tabloda yalnız akıbetler belirtilmiştir.

<i>Vak'a</i>	<i>Prot. No.</i>	<i>Yaş</i>	<i>Cinsiyet</i>	<i>Akıbet</i>
1	9179	31	E	
2	11204	58	K	
3	14208	57	K	
4	5588	62	E	Ex 4. gün
5	1779	53	K	
6	4629	61	E	
7	11213	56	E	
8	10750	60	E	
9	14802	52	E	
10	18383	54	E	
11	18405	80	E	
12	17775	75	E	
13	16202	53	E	
14	11157	47	E	
15	8146	61	K	Ex ilk 24 saat
16	6134	52	E	Ex 21. gn
17	15090	63	E	
18	62	80	E	
19	6177	41	E	
20	79	57	E	
21	18463	63	E	
22	18553	75	E	
23	18759	42	E	
24	10990	59	E	
25	7766	53	E	
26	4903	59	E	
27	4869	71	K	
28	335	51	E	
29	5180	50	K	
30	3200	45	E	
31	6978	75	K	Ex 2. gn
32	5474	57	E	
33	9094	71	K	Ex 14. gn
34	7231	56	K	
35	3277	58	E	

<i>Vak'a</i>	<i>Prot. No.</i>	<i>Yaş</i>	<i>Cinsiyet</i>	<i>Akıbet</i>
36	12936	62	E	
37	174	59	K	Ex ilk 24 saat
38	3735	48	E	
39	15079	60	E	
40	11272	78	E	
41	11460	50	E	
42	15527	54	E	
43	6443	67	E	
44	3148	44	E	
45	8559	47	E	
46	5091	58	E	
47	10283	45	E	
48	1446	53	E	
49	13092	50	E	
50	12777	70	K	

### *Özet*

Akut miyokard infarktüsü teşhisiyle hastanemiz III. Dahiliye Kliniğinde yatırılarak tedavi edilen 50 vak'anın, koroner epizodundan ne kadar zaman sonra hekim veya hastaneye başvurdukları araştırıldı. Vak'aların % 64'ünün ilk 48 saatte servise yatabilmiş oldukları görüldü. Erken teşhis ve erken tedavini, özellikle disritmi ve iletim bozukluklarının önlenmesi ve etkili tedavilerinin prognoz üzerindeki rolü gözden geçirildi. Bu münasebetle akut miyokard infarktüsünün hastane dışı ve hastane acil dahiliye polikliniğinde tedavi prensipleri tartışıldı.

### *Summary*

For myocardial infarction patients the hours before they reach the coronary care unit are the most dangerous. Most of the early deaths are due to arrhythmias, and these patients need immediate help to survive.

**LİTERATÜR**

- 1 — Abbasoğlu, S.: Mobil Koroner Bakım Ünitesi. Hastane, Aylık Tıp Dergisi, Sayı: 5, Eylül-Ekim 1971.
- 2 — Killip, T.: Arrhythmias in Myocardial Infarction. Med. Clin. N. Amer. Vol. 60, No. 2, March 1976.
- 3 — Wyman, M.G., Blankenhorn, D.H.: Treatment of Acute Myocardial Infarction. Clinician. Managing Medical Emergencies. 1972.