

Akut Miyokard Enfarktüsünde Hastane İçi Komplikasyonları*

INPATIENT COMPLICATIONS OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Füsun Yarış¹, Mustafa Dikici¹, Ömer Şenkal²

Özet

Akut miyokard infarktüsü, üretken çağ olan 30-65 yaş arasında sağlığı en fazla tehdit eden hastalık olup tedavi maliyeti yüksektir ve komplikasyonlarla maliyet daha da artmaktadır. Hastane içi ve dışı toplam mortalite %25-30 oranında olup bunun yarısından fazlası hastaneye ulaşılmadan oluşmaktadır. İşgücü kaybı ve tedavi maliyetini azaltmak için, hastayı ilk gören hekimin bilgi ve girişiminin önemine dikkat çekmek amacıyla komplikasyonları gözden geçirdik. Çalışmamız 1 Ocak 96 - 1 Mart 99 arasında Taksim Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde miyokard infarktüsü tanısıyla yatan 415 hastanın komplikasyonlar açısından retrospektif dosya taramasıdır. 415 hastanın 321'i (%77.3) erkek, 94'ü (%22.7) kadın olup, yaş ortalaması sırasıyla 57.2 ve 62.9 idi. 246 hastada (%59.3) en az bir komplikasyon gelişmiş, bunların 189'u (%76.8) birinci günde olmuştu. En sık görülen komplikasyon %58.1 oranıyla (241 hasta) aritmiydi. Komplikasyonların 93'ü (%37.8) inferior infarktüste görülmüştü. 82 (%19.7) hastada reinfarkt, 57 (%13.8) hastada mortalite görülüp, mortalitenin 33'ü (%57.9) birinci günde gelişmişti ve %94.3'ü kardiyojenik şoka bağlıydı.

Anahtar sözcükler: Miyokard infarktüsü, komplikasyon, lokalizasyon

Summary

Acute myocardial infarction, the most threatening disease of life seen in the reproductive ages of 30-65 is expensive in its management, its cost increasing with complications. Its inpatient and outpatient mortality rate is 25-30% more than half occurring before reaching the hospital. In order to decrease the cost of management and the loss of workpower and to point out to the importance of the knowledge and the management of the physician who sees the patient first, we a overlooked AMI's complications. Our study included the retrospective search for complications seen in 415 patients who were hospitalized in the Coronary Care Unit of Taksim Hospital with the diagnosis of AMI. 321 of 415 patients (77.3%) were male, 94 (22.7%) were female and the mean ages were 57.2 and 62.9 respectively. At least one complication had occurred in 246 patients (59.3%) and 189 (76.8%) of these were seen on the first day. The most frequent complication (37.8%) was arrhythmia (58.1%) and 93 of the complications (37.8%) were seen in inferior infarctions. 82 patients (19.7 %) had reinfarction, 57 (13.8%) resulted in mortality, 33 (57.9%) of which were seen on the first day, 94.3% being due to cardiogenic shock.

Key words: Myocardial infarction, complication, localization

Tüm dünyada ölüm nedenleri arasında birinci sırayı kardiyovasküler hastalıklar, bu grup içinde ise en önemli yeri iskemik kalp hastalıkları almaktadır.¹ Akut miyokard infarktüsü (Mİ), üretken çağ olan 30-65 yaş arasında sağlığı en fazla tehdit eden hastalıktır. Akut miyokard infarktüsünün hastane içi ve hastane dışı toplam mortalitesi değişik kaynaklara göre % 25-30 arasında değişmekte ve bunun yarısından fazlası hastaneye ulaşılmadan olmaktadır.²⁻⁵

Hastalığın tedavi maliyeti yüksektir ve gelişen komplikasyonlar maliyeti daha da artırmaktadır. Tedavi maliyetini azaltmak açısından komplikasyonları önlemede, hastayı ilk gören hekimin bilgi ve girişim becerisi önemlidir. ABD'de yılda yaklaşık 1.5 milyon Mİ olgusu görülmektedir.

Son 20 yılda hospitalizasyon sonrası sağkalım eskiye göre artmakla birlikte, hastaların %5-10'u Mİ'nü takiben ilk yıl içinde kaybedilmektedir. Ayrıca hastane öncesi

* IV. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'nde (Ekim 1999, İstanbul) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

¹) Taksim Hastanesi, Aile Hekimliği Asistanı

²) Taksim Hastanesi, 1. Dahiliye Klinik Şefi, İç Hastalıkları Uzmanı

müdahalenin hızlandırılması, koroner yoğun bakım üniteleri, trombolitik tedavi, balon anjiyoplasti veya koroner arter by-pass cerrahisi gibi revaskülarizasyon girişimlerinin de koroner kalp hastalıklarında sağlanan bu olumlu sonuca katkısı vardır.²

Bu çalışmanın amacı, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde akut Mİ tanısıyla yatan hastalarda ortaya çıkan komplikasyonların sıklığının ve ortaya çıkış zamanının, infarktüsün lokalizasyonu ve mortaliteyle ilişkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmamızda, 1 Ocak 1996 ile 1 Mart 1999 tarihleri arasında Taksim Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde Mİ tanısı ile yatarak tedavi gören, 24-97 yaş aralığındaki 415 hastanın dosya bilgileri değerlendirildi. Hastaların cinsiyet ve yaş dağılımı, Mİ'ünün lokalizasyonu, yatış süresince gelişen aritmiler ve diğer komplikasyonlar, daha önce infarktüs geçirip geçirmediği, yatış süresince reinfarktüs gelişip gelişmediği, uygulanan tedavi ve mortalite kayıtları üzerinden incelendi.

Hastalarda, göğüs ağrısının 30 dakikadan uzun sürmesi ve niteliği, CK-MB yüksekliği, EKG'de ST ve T dalgası değişiklikleri ve/veya patolojik Q dalgası bulunması gibi Mİ tanı kriterlerinden en az ikisi vardı.

Hastalarımızın 321'i (%77.3) erkek, 94'ü (%22.7) kadındı. Erkek/kadın oranı 3.4/1 idi. Cinsiyet açısından belirlenen oran istatistiksel olarak anlamlıydı. Hastaların yaş ortalamaları erkekler için 57.2 ± 13.0, kadınlar için 62.9 ± 13.6 idi ve aradaki fark anlamlı değildi.

94 kadın hastanın 31'i (%32.9) ve 321 erkek hastanın 92'si (%28.6) 61-70 yaş grubundaydı. 61-70 yaş grubu diğer yaş gruplarına göre anlamlı derecede fazla hasta içerdiği saptandı (p < 0.05).

İnfarktüs lokalizasyonları incelendiğinde, inferior infarktüs frekansının birinci sırada yer aldığı görüldü (Tablo 1). Lokalizasyonlarla komplikasyonlar arasındaki

Tablo 1
Hastaların miyokard infarktüsü (Mİ) lokalizasyonlarına göre dağılımı

Mİ Lokalizasyonu	Frekans	Yüzde
Inferior	146*	35.2
Anterior	93	22.4
Anteroseptal	91	21.9
Non-Q	56	13.5
Anterior + Inferior	29	7.0
Toplam	415	100.0

* p < 0.05, diğer gruplara göre

doğrusal ilişki değerlendirildiğinde yine birinci sırada inferior infarktüsün yer aldığı görüldü (Tablo 2).

Tablo 2
Miyokard infarktüsü (Mİ) lokalizasyonlarına göre komplikasyonların dağılımı

Mİ Lokalizasyonu	Komplikasyon Frekans	Yüzde
Inferior	93 (69)*	63.7
Anterior	52 (40)	55.9
Anteroseptal	55 (47)	60.4
Non-Q	27 (17)	48.2
Anterior + Inferior	19 (14)	65.5

Parantez içindeki rakamlar, ilk 24 saatte görülen komplikasyonları ifade etmektedir.

* p < 0.05, diğer gruplara göre

415 hastanın 148'inde (%35.6) trombolitik tedavi, 201'inde (%48.4) beta bloker, 398'inde (%95.9) antiagregan, 397'sinde (%95.6) antikoagülan, 153'ünde (%36.8) anjiyotensin konverting enzim (ACE) inhibitörleri uygulanmıştı. Beta bloker, antiagregan ve antikoagülan tedavi, kontrendikasyonu olmayan tüm hastalarda, trombolitik tedaviyse kontrendikasyonu olmayan, sosyal güvencesi ve maddi olanağı olan hastalarda uygulandı. Bu hastaların ileri revaskülarizasyon olanakları yoktu. Trombolitik tedavi alan 148 hastanın 91'inde (%61.4) en az 1 komplikasyon (76 aritmi) ve 10'unda (%6.7) mortalite gelişmiş, beta bloker alan 201 hastanın 92'sinde (%45.7) komplikasyon ve 4'ünde (%1.9) mortalite, antiagregan tedavi alan 398 hastanın 225'inde (56.5) komplikasyon ve 39'unda (%9.7) mortalite, antikoagülan tedavi alan 397 hastanın 232'sinde (%58.4) komplikasyon ve 45'inde (%11.3) mortalite, ACE inhibitörü alan 153 hastanın 79'unda (%51.6) komplikasyon ve 10'unda (%6.5) mortalite gelişmişti. Hastaneye başvurmadan önce, 12 hastanın (%2.9) beta bloker, 78 hastanın (%18.8) antiagregan, 4 hastanın (%0.9) antikoagülan tedavi, 51 hastanın (%12.3) ACE inhibitörü almakta olduğunu saptadık. Bunlardan beta bloker almakta olanların 1'inde, antiagregan almakta olanların 8'inde, ACE inhibitörü almakta olanların 9'unda mortalite geliştiğini, antikoagülan kullanmakta olan 4 hastanın hiçbirinde mortalite gelişmediğini saptadık.

Komplikasyonlar açısından hastalar değerlendirildiğinde 246 hastada (%59.3) en az bir komplikasyonun geliştiği ve bunların 189'unun (%76.8) birinci güne, 33'ünün (%13.4) ikinci güne, 24'ünün (%9.8) sonraki günlere ait olduğu anlaşıldı. Bu çalışmada gözlenen komplikasyonların ortaya çıkış zamanlarıyla lokalizasyonlar arasında belirgin bir fark olmamakla birlikte inferior Mİ'lü grupta ilk 24 saat içinde biraz daha fazla komplikasyon gelişme eğilimi görüldü.

Tablo 3
Miyokard infarktüsünün komplikasyonları

Mİ Lokalizasyonu	Frekans	Yüzde
Aritmi	171*	41.2
Kalp yetersizliği ve/veya akciğer ödemi	98	24.6
Kardiyojenik şok	53	12.8
Sağ ventrikül Mİ	39	9.3
Reinfarktüs	82	19.8
Perikardit	7	1.6
Mortalite	57	13.7

* p < 0.05

Tablo 3'den anlaşılacağı gibi en sık görülen komplikasyon aritmi olup, 70 hastada birden fazla aritmi gözlenmişti. 415 hastanın 171'inde (%41.2) en az bir, toplam 241 hastada (%58.1) aritmi görüldü. Trombolitik tedavi alan 148 hastanın 76'sında (%51.3) aritmi görüldü. Lokalizasyonlara göre aritmiler değerlendirildiğinde 56 non-Q Mİ'nün 14'ünde (%25), 91 anteroseptal Mİ'nün 39'unda (%38.5), 93 anterior Mİ'nün 38'inde (%39.5), 146 inferior Mİ'nün 65'inde (%40.8), 29 "anterior + inferior" Mİ'nün 15'inde (%51.7) aritmi geliştiği saptandı. Aritminin görüldüğü 171 hastanın 141'i (%82.5) ilk infarktüslerini geçirmekteydi. 30 hasta ise (%17.5) daha önce en az bir kez infarktüs geçirmişti.

Q ve non-Q miyokard infarktüsündeki aritmi sıklıkları karşılaştırıldığında ise sırasıyla %43.7 ve %25 bulundu ve aradaki fark anlamlı düzeydeydi.

Ritm ya da ileti bozukluğu gelişen 171 olgunun 37'si (%64.9), aritmi gelişmeyen diğer 244 olgunun ise 20'si (%35.1) kaybedildi. İki oran arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p < 0.05).

Aritmilerin niteliği ayrıca ele alındığında, birinci sırayı %32.7'lik (56 hasta) bir oranla ventriküler erken atım (VEA)'ların aldığı gözlemlendi. İnförior Mİ'nün %40.8'inde, "inferior + anterior" Mİ'nün %51.7'sinde VEA gözlemlendi. VEA için inferior Mİ'lü grupta gözlenen yüksek oran diğer lokalizasyonlar için saptanan oranlara kıyasla anlamlı derecede farklı bulundu (p<0.05). VEA'ların 47'si (%83.9) ilk 24 saatte ortaya çıktı.

Mİ'ne bağlı komplikasyonlar arasında sıklık açısından ikinci sırayı (%23.6) kalp yetersizliği almaktadır. Hemodinamik değişikliklerin en uç noktası olan kardiyojenik şok çalışmamızda 53 hastada (%12.8) görüldü. Kalp yetersizliği açısından Mİ lokalizasyonları arasında anlamlı bir fark görülmezken, kardiyojenik şok gelişen hastaların %36'sının inferior, %28'inin anterior olması istatistiksel açıdan anlamlı ve literatüre uygun bulundu.

Mortalite, Mİ'nün en ciddi komplikasyonu veya sonucudur. İnfarktüsün lokalizasyonu ile mortalite hızı arasında bir ilişki olup olmadığı bu çalışma kapsamında değerlendirilen bir diğer noktadır. Lokalizasyondan bağımsız genel mortalite oranı %13.8 (415 hastanın 57'si) idi. Tüm ölümlerin 33'ü (%57.9) birinci günde, 12'si (%21.1) ikinci günde ve kalan 12'si (%21.1) daha sonraki günlerde görüldü. Mİ'nün lokalizasyonu göz önüne alındığında, en yüksek mortalite hızının anterior ve non-Q Mİ gruplarında olduğu hesaplandı (Tablo 4). Ancak "inferior Mİ" ve "anterior + inferior Mİ" grupları için hesaplanan mortalite hızları bir arada değerlendirildiğinde, gerçekte inferior Mİ'nün mortalite hızının en yüksek olduğu görüldü ve istatistiksel anlamlılığa ulaştı (p < 0.05). Mortalite genel olarak değerlendirildiğinde %36.8 oranında inferior Mİ lokalizasyonuna rastlandı.

Tablo 4
Miyokard infarktüsünün lokalizasyonuna göre mortalite hızı

Mİ Lokalizasyonu	Mortalite Sayısı	Mortalite Hızı (%)
İnförior	21 (146)*	14.4
Anterior	15 (93)	16.1
Anteroseptal	9 (91)	9.9
Non-Q	9 (56)	16.1
Anterior + Inferior	3 (29)	10.3

* p < 0.05

Parantez içindeki rakamlar o lokalizasyondaki toplam olgu sayısını göstermektedir.

Toplam 415 hastanın 57'sinde (%13.8) mortalite gözlemlendi, bunun %94.3'ü kardiyojenik şoka bağlıydı.

Non-Q Mİ'nün komplikasyon gelişme oranının tüm gruplardan daha düşük olduğu, ancak görece düşük bu orana karşın komplikasyon geliştiğinde mortalite hızının daha yüksek olduğu görüldü.

415 hastanın 70'i (%16.8) hastaneye başvurduğunda reinfarktüs saptanıp bunların 14'ü kaybedilirken, 12 hastada (%2.9) hastanede yattığı süre içinde ikinci bir infarktüs gelişip bunların da 3'ünde mortalite gözlemlendi. Reinfarktüs gelişen toplam 82 hastanın 17'sinde (%20.7) mortalite gözlemlendi.

Kardiyojenik şok, Mİ'nün ciddi ve öldürücü bir komplikasyonudur. Çalışmamızda 415 hastanın 53'ünde (%12.8) kardiyojenik şok geliştiği gözlemlendi. Bunların 35'i (%66.1) birinci günde ve kalan 18'i (%33.9) birinci günden sonra ortaya çıktı. Bu olguların 50'sinde (%94.3) hastalığın seyri mortaliteyle sonuçlandı. Kardiyojenik şok nedeniyle kaybedilen hastaların 18'i (%36) inferior, 14'ü (%28) anterior, 8'i (%16) non-Q, 7'si (%14) ante-

roseptal ve 3'ü (%6) anterior + inferior lokalizasyonunda idi. Lokalizasyonlar arasında kardiyojenik şok gelişmesi açısından saptanan farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p < 0.05$).

Hastalarımızın 7'sinde (%1.6) perikardit gelişti; bunların 4'ü (%57.2) ilk 48 saat içinde, 3'ü (%42.8) ise sonraki günlerde ortaya çıktı. Bunlardan anteroseptal ve anterior lokalizasyonlu birer hasta olmak üzere toplam iki hasta (%28.6) öldü. Perikardit açısından lokalizasyonlara göre anlamlı bir fark saptanamadı.

Tartışma

Çalışmaya dahil edilen 415 hastanın çoğunluğunun (%77.3) erkek olması literatür ile uyumludur. Erkeklerde Mİ'nün daha sık görülmesinin nedenleri arasında üzerinde en çok durulanı hormonal farklılıklardır. Bu çalışmada erkek ve kadın hastaların ortalama yaşları açısından anlamlı bir fark gözlenmedi. Yaş açısından fark olmamasına karşın erkeklerde gözlenen oranın anlamlı derecede yüksek olması da yukarıda ifade edilen gerekçeyi destekler niteliktedir.³

Hastaların yaş dağılımları incelendiğinde her iki cins için de en sık rastlanan yaş grubunun 61-70 yaş grubu olması literatürdeki bir çok çalışmada öne çıkan yaş gruplarıyla uyum içindedir. Ancak infarktüsün, daha genç yaşlardaki erkeklerde aynı yaş grubundaki kadınlara kıyasla daha fazla görüldüğü bilinmektedir. Bu saptama bizim çalışmamızda elde edilen bulgular tarafından da doğrulanmaktadır.³

Akut Mİ gelişen hastalarda infarktüsün lokalizasyonu değerlendirildiğinde, sıklık açısından birinci sırayı inferior Mİ grubunun aldığı görülmektedir. Tek başına inferior Mİ grubuna ait frekansa bir de "anterior + inferior" grubuna ait frekans eklendiğinde bu fark daha da açılmaktadır. Daha önce yapılan araştırmalarda elde edilen bulgular da bu yöndedir.⁶

İnfarktüsün lokalizasyonu ile gelişen komplikasyonların frekansı birlikte değerlendirildiğinde yine inferior Mİ'nün öne çıktığı gözlemlendi. Tek başına inferior Mİ grubu ile elde edilen frekansa "anterior + inferior" grubuna ait komplikasyon frekansı da eklendiğinde diğer gruplarla olan farkın daha da açıldığı görülmektedir. Nitekim, bu iki grubun frekansları toplamı diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. "Anterior + inferior" grubunda baskın olan komponentin "inferior Mİ" olduğu düşünülmektedir. Bilimsel literatürde var olan veriler bu saptamamızı doğrular niteliktedir.⁶

Bu kapsamda dikkat edilmesi gereken bir diğer nokta ise komplikasyonların ortaya çıkış zamanlarıdır. Bu çalışmada gözlenen komplikasyonların ortaya çıkış za-

manları açısından, lokalizasyonlar arasında belirgin bir fark saptanamamıştır. Bununla birlikte inferior Mİ'lü gruplarda komplikasyonların ilk 24 saat içinde ortaya çıkma eğilimindedir. Tüm gruplarda Mİ'nün komplikasyonlarının büyük oranda (%76.8) ilk 24 saat içinde geliştiği, bu oranın diğer günlerde giderek azaldığı rahatlıkla söylenebilir. Daha önceki çalışmalarda da Mİ'ünden sonraki ilk 24 saatin komplikasyon gelişmesi açısından en kritik dönem olduğu vurgulanmaktadır.⁷

Mİ sonrasında en sık görülen komplikasyonun aritmi olduğu anlaşılmaktadır. Aritmi Mİ'nün bir komplikasyonu olabileceği gibi tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan reperfüzyondan da kaynaklanabilmektedir.⁸ Aritminin Mİ komplikasyonları arasında birinci sırada yer alması literatür ile uyumludur. Aynı şekilde, döküme (Tablo 3) yer alan diğer komplikasyonlar da çalışmalarda sıkça kyer almaktadır. Klasik kitaplarda sözü edilen ve nadir görüldüğü bildirilen birçok komplikasyon tanı olanaklarımız kısıtlı olduğu için çalışmamızda görülmemiş olabilir.⁶

İlk kez Mİ geçirenlerde aritmi gelişme oranının reinfarktüsülere kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulguyu destekleyen birçok çalışma vardır ve büyük oranda bu durumu açıklamada Mİ sonrasında gelişmiş rekanalizasyon (kollateraller) üzerinde durulmaktadır. Benzer bir durum Q ve non-Q Mİ'lerinde aritmi gelişmesi açısından da yaşanmaktadır.

Gelişmiş nekrozun gösteren olan patolojik Q dalgasının görüldüğü olgularda aritmi frekansının non-Q grubuna göre belirgin ölçüde düşük çıkması yine ortaya çıkan iskeminin şiddetini değiştiren etmenlere duyarlıdır denilebilir.

Ritm ya da ileti bozukluğu ise mortaliteyi artıran ciddi bir sorundur.⁶

VEA'nın en çok görülen aritmi olduğu anlaşılmaktadır. Başka birçok çalışmada da VEA'nın Mİ sonrasında en sık görülen aritmi olduğu net bir biçimde görülmektedir.⁶

Antiagregan, antikoagulan, beta bloker, ACE inhibitörü ve trombolitik tedavi uygulananlarda en az 1 komplikasyon ve mortalite gelişme yüzdeleri sırasıyla 56.5 ve 9.7, 58.4 ve 11.3, 45.7 ve 1.9, 51.6 ve 6.5, 61.4 ve 6.7 olup beta bloker alanlarda görülen %1.9 luk mortalite oranı en düşük değerd. Ancak hastalarımıza birden fazla tedavi uygulandığı için, komplikasyon ve mortaliteyi hangisinin azalttığına dair yorum yapmak mümkün değildi.

Mİ kalbin hemodinamiğini bozan önemli bir sorundur ve kardiyojenik şokla birlikte mekanik komplikasyonlar arasında değerlendirilmektedir. Kalpteki hemodinamik değişiklikler hem sistemik hem de kalbin lokal perfüzyonunu olumsuz yönde etkileyebilir. Gerçekten

hemodinamik yetersizliğin en ekstrem biçimi olan kardiyojenik şok Mİ olgularında mortaliteyi de önemli ölçüde artırmaktadır. Mİ lokalizasyonu ile kardiyojenik şok gelişmesi arasındaki ilişki ele alındığında inferior ve anterior yerleşimin riski artırdığı anlaşılmaktadır.⁹ Kardiyojenik şok gelişen hastalarımızın %94.3'ünde mortalite görülmesi koroner yoğun bakım ünitemizde ileri revaskularizasyon ve intraaortik balon pompası gibi olanaklardan yoksun olmamıza bağlanabilir. Kalp yetmezliği açısından Mİ lokalizasyonları arasında anlamlı bir fark görülmezken, kardiyojenik şok gelişen hastaların %36'sının inferior, %28'inin anterior olması istatistiksel açıdan anlamlı ve literatüre uygun bulundu. Ancak bu bulgu değerlendirilirken, inferior Mİ'nin de tüm gruplara göre daha fazla rastlanan bir form olduğu ve kardiyojenik şokla arasındaki ilişkinin temelde sözünü ettiğimiz bu oransal yükseklığe bağlı olabileceği akıld tutulmalıdır.

Bu çalışmada sağ ventrikül Mİ ve perikardit sıklıklarının literatürde ifade edilen ve beklenen insidanslarının altında¹⁰ olmasının nedeni, tanısal olanaklarımızın kısıtlı olması sonucu vakaların bir kısmına muhtemelen tanı koyamamış olmamızdır.

Mortalite, Mİ'nin en ciddi komplikasyonudur. Çalışmamızda ölümlerin en önde gelen nedeni kardiyojenik şoktur. Mortalite büyük oranda ilk 24 saat içinde karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamızda da gözlediğimiz gibi mortalite açısından en riskli Mİ lokalizasyonu inferior Mİ'dür. Saptadığımız %13.8'lik mortalite oranı değişik kaynaklardaki yaklaşık % 7-10'luk yoğun bakım değerlerine göre yüksektir.^{3,4,11} Bu sonuç, hastaların hastanemize geç ulaşması ve maddi nedenlerle trombolitik tedavinin sadece 148 hastada (%35.6) uygulanabilmiş olmasına ve intraaortik balon uygulama olanağımızın bulunmamasına bağlanabilir.

Sonuç

Mİ halen en ciddi hastalıklardan birisi olarak karşımızda durmakta olup, son yirmi yılda mortalitesi önemli ölçüde azaltılmıştır ve bu azalma, yaşam biçimindeki değişimlere, hastane öncesi müdahalenin hızlandırılmasına, yoğun bakım birimlerinde ve trombolitik tedavide sağlanan gelişmelere atfedilmektedir. Mİ'nün morbidite ve mortalitesinin azaltılması, yapılacak ilk müdahalenin niteliğiyle yakından ilişkilidir. Başta acil servisler olmak üzere ilk müdahale birimlerinde aile hekimlerinin sayısı ve sorumluluğu giderek artmaktadır. Bu hastalığın tedavisinde, hastalığa ilişkin doğru bilgilerin ve olası gelişmelerin saptanması ve hekimlere bu bilgilerin aktarılması çok önemlidir. Bu anlamda, aldıkları eğitimin niteliği ve üstlendikleri sorumluluklar göz önüne alındığında aile hekimlerine önemli görevler düşmektedir.

Kaynaklar

1. **Schroeder SA.** The importance of relating medicine and public health. *Am J Med Sci* 1992; 303: 355.
2. **Gök H.** Klinik Kardiyoloji. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 1996; 97-8.
3. **Sobel BE.** Acute myocardial infarction. Cecil Textbook of Medicine'de. Ed. Goldman L., Bennet J.C. 21. baskı. London, WB. Saunders Co., 2000; 304-20.
4. **Çalangu S, Güler K.** Miyokard infarktüsü. Acil Dahiliye'de. Güzel Sanatlar Matbaası, İstanbul, 1995; 99-239.
5. **Swanton RH.** Acute myocardial infarction. *Cardiology* de. Ed. Swanton RH. WIN8AA 3'üncü baskı. Osney Mead. Oxford, 1994; 200.
6. **Farmer JA, Gotto AM.** Acute myocardial infarction. Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine'de. Ed. Braunwald EA. WB Saunders Company, Philadelphia, 1997; 1184-266.
7. **Erman M, Arıcı M.** Miyokard infarktüsü tedavisi. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1995; 8(1): 9-16.
8. **Kayaalp SO.** Antiaritmik ilaçlar. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji 'de. Ed. Kayaalp SO. 8. Baskı. 1. Cilt. Ankara, Hacettepe TAŞ Kitapçılık Ltd. Şti., 1998; 497-521.
9. **Pongrac B.** Cardiogenic shock in acute myocardial infarct. *Liject Vjesn* 1995; 2: 40-2.
10. **Widimski P, Gregor P.** Pericardial involvement during the course of myocardial infarction. *Am Heart J* 1995; 108(1): 89-93.
11. **Lerner DJ, Kannel WB.** Patterns of CHD morbidity and mortality. *Am Heart J* 1986; 111: 383-91.

Geliş tarihi: 18.04.2000

Kabul tarihi: 28.11.2000

İletişim adresi:

Dr. Füsün Yarış
Raşit Rıza Sokak
Berkay Apt. 7-6
Mecidiyeköy-İSTANBUL
Tel: (0212) 211 94 36