

دانشگاه علوم پزشکی تهران

دانشکده داروسازی

پایان نامه

برای دریافت درجه دکترا داروسازی

موضوع :

بررسی اثرات هیپارین در انفارکتوس میوکارد

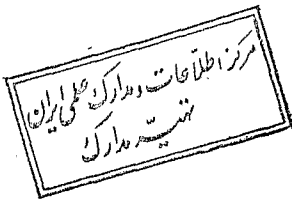
استادان راهنما :

جناب آقای دکتر منوچهر قارونی

جناب آقای دکتر محمد رضا نیاکان

پژوهش و نگارش :

محمد حسین تهرانی



شماره پایان نامه : ۳۰۷۴

سال تحصیلی : ۱۳۷۱-۷۲

+++

۱۷۰۵

۲۹۳

با سپاس فراوان از اساتید ارجمند
جناب آقای دکتر قارونی و جناب
آقای دکتر نیاکان که در تهیه
پایان نامه مرا راهنمایی
نموده اند .



تقدیم به :

پدر و مادر که از جان و تن خود ما پیه گذاشته و مرا که نهال
زندگیشان بودم در مشکلات و سختی های زندگی در پناه خود گرفتند. ضمن
قدردانی بی پایان به پاس لطف بی دریغشان ، امیدوارم بتوانم دسته باشم
قطره ای از دریای بیکران زحمات و محبتشان را جبران نموده باشم .





تقدیم به

همسر خوب و مهر با نم نفیسه که آینده زندگیمان را
با کمک و همفکری او بهترین و نیکوتر بنا خواهیم

نمود.

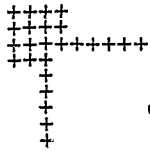




تقدیم به :

خواهرم شکوفه ، که در طی سالهای زندگی
یا رشعیق ومهربان من بودومشوق من
در بهترین آموختن و رسیدن به فردا وفرداهای
بهتر .





تقدیم به :

برادر خوب و مهربانم حسین

که در نیل به اهدا همواره بهترین

دوست من بود و موجبات دلگرمی مرا

در این چند صباح زندگی فراهم

نمود.

تقدیم به غنچه‌ها و امیدهای فردای
زندگانی‌ام حمد رضا والهه



تقدیم به :

روح پاک شہدا

احمد حسین تهرانی - حاج محمد ولد آبا دی.

فهرست مطالب

صفحه

الف

عنوان

* آناتومی و فیزیولوژی قلب	
۱	آناتومی عروق کرونری
۳	فصل اول: ریسک فاکتورهای عروق کرونری
۴	مقدمه
۴	هایپرکلسترولیمیا
۴	لیپوپروتئین ها
۵	مصرف سیگار
۶	هایپرتنشین
۷	فعالیت فیزیکی
۸	هایپرتری گلیسریدها
۹	تا ریخچه فامیلی
۱۰	چاقی
۱۰	استرس شغلی
۱۱	استرس و تیپ شخصیتی
۱۱	دیابت
۱۲	استروژن و جنس
۱۳	الکل
۱۴	ریسک فاکتورهای مینور (Minor)
۱۴	فصل دوم: آنفارکتوس میوکارد
۱۴	مقدمه: تعریف آنفارکتوس میوکارد و علائم مربوط به آن
۱۴	تا ریخچه درد
۱۶	تغییرات (ECG)

فهرست مطالب

صفحه

ب

عنوان

۱۹	تغییرات آنزیمی سرم
۲۲	تغییرات فرمول خونی و (E.S.R)
۲۴	تغییرات کاتکل آمین ها و کورتیکواستروئیدها و قند خون
۲۵	تغییرات تری گلیسرید و کلسترول خون در آنفا رکتوس میوکا رد
۲۶	تغییرات حجم خون و تغییرات گازهای خون
۲۷	عوارض مشترک آنفا رکتوس میوکا رد
۲۷	آریتمی بطنی
۲۹	پا رگی قلب
۳۰	سندرم بعد از آنفا رکتوس میوکا رد
۳۰	سندرم شانه و دست
۳۰	آمبولی ریه
۳۲	تشخیص
۳۳	پا توژنزا آمبولی ریه
۳۳	علائم بالینی آمبولی ریه
۳۵	عوارض آمبولی ریه
۳۹	علائم ECG و تشخیص قطعی آمبولی ریه
۴۰	استفاده از آنتی کوآگولانتها در درمان آمبولی ریه و آنفا رکتوس میوکا رد
۴۲	فاکتورهای مستعد کننده ترومبوزوریدهای عمقی پا
۴۶	آنتی کوآگولانت تراپی در مدت طولانی
۴۶	فصل سوم: هیپارین
۴۶	مقدمه: مختصری درباره روهای آنتی کوآگولانتها
۴۷	اشارات هیپارین

فهرست مطالب

صفحه

ج

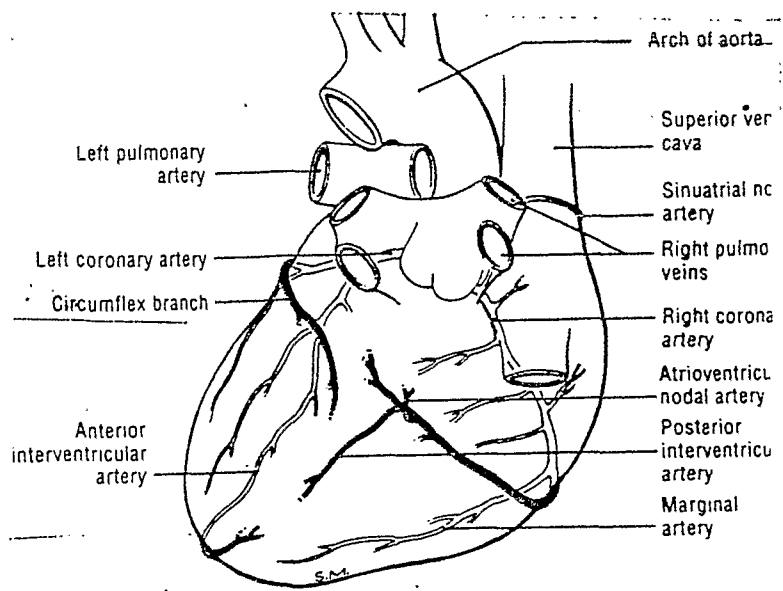
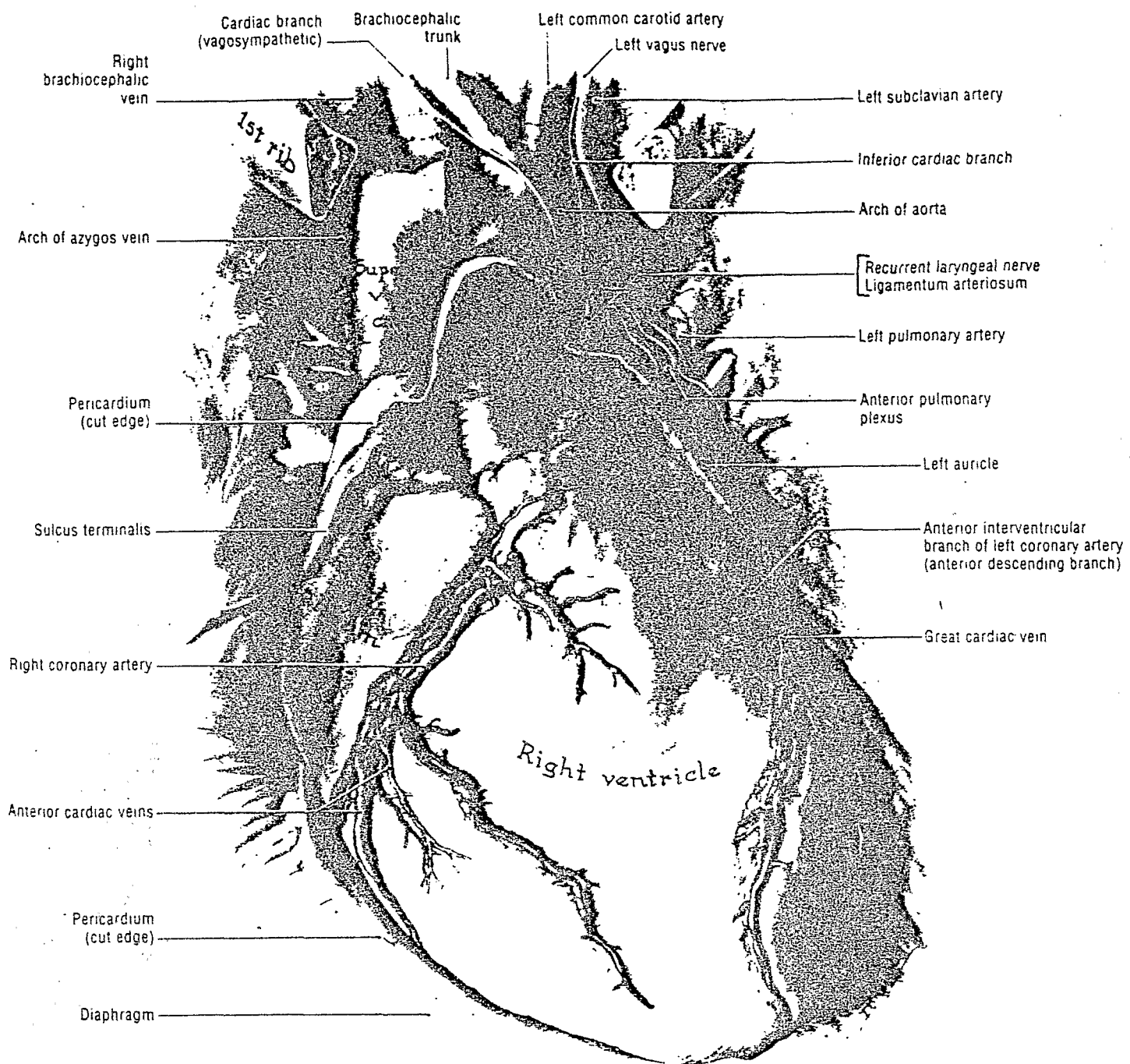
عنوان

۴۸	مکانیسم مسیرخارجی
۵۰	مکانیسم مسرداخلی
۵۰	مکانیسم جلوگیری از لخته شدن خون در سیستم رگی
۵۲	مکانیسم اثر هیپارین در عمل ضد انعقاد
۵۴	کنترل آزمایشگاهی هیپارین
۵۷	فارماکوکینتیک
۵۸	طریق و روشهای تجویز هیپارین
۶۰	درمان پیشگیری با دوز پائین هیپارین
۶۱	درمان هیپارین با دوز بالا
۶۱	عوارض درمان با هیپارین
۶۳	درمان با اثرات سوء هیپارین
۶۴	تداخلات دارویی
۶۵	اثرات دیگر هیپارین
۶۸	موارد استفاده هیپارین در پزشکی
	فصل چهارم :
۷۱	خلاصه
۷۲	اصول درمان انفارکتوس میوکارد
۷۵	معرفی دوبیمارنمونه
۷۹	نتیجه

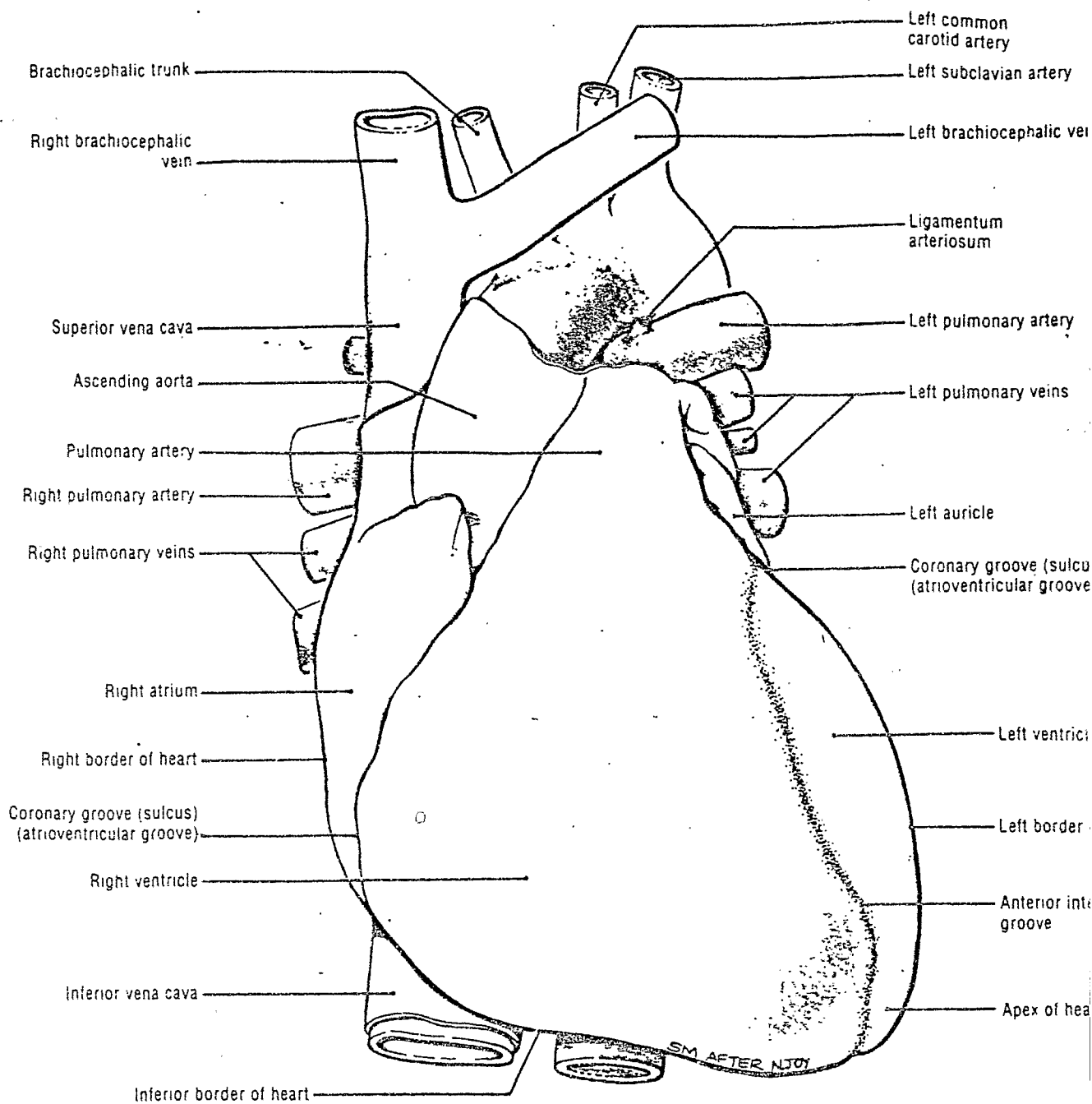
آنا تومی عروق کرونری

شرائین کرونری خصوصیات داشته که آنها را از دیگر شرايين که سايز متوسط دارند از لحاظ بيماري وسلامت متمایز می کنند. در میان کوچک ترین عروق از نظر اندازه و قطراولين شاخه های بوده که مستقيماً از آئورت منشعب می گردند. و بیک جریان ضربانی دارند که پیک جریان در زمان دیاستول می باشد. از آنجا که عروق کلاترال در قلب یک انسان سالم خیلی کم پیشرفت کرده، این عروق مانند عروق انتهایی عمل می کنند و در مواردی که انسداد مزمن عروق کرونری داریم عروق کلاترال توسعه پیدا می کنند، و قلب سه جریان کرونری بزرگ وجود داشته که از این ها ۲ تا در سمت چپ و یکی در قسمت راست قرار گرفته است. شريان کرونر چپ پس از جدا شدن از آئورت به دو شاخه تقسیم می شود، شريان نزولي قدامی و شريان سيرکومفلکس، تمام سطح قدامی قلب را در نزدیکی دیوارهء بين بطنی سير کرده و قلب را دور می زند. این شريان جریان شاخه های بسياری به سمت راست می دهد که شامل عروق پرفورا تورسپتال و بیک یا بیشتر عروق دیاگوتال که به سمت چپ می روند می باشد. این شريان خود دیواره قدامی بطن چپ را که شامل سپتوم بين بطنی قدامی می باشد را تا مين می کند. دومين شريان منشعب از آئورت شريان سيرکومفلکس بوده که در جهت مخالف از شاخه اصلی کرونری چپ جدا شده و زاویه ۹۰ درجه با آن میسازد پس از جدا شدن به شيار دهلیزی بطنی قدامی چپ وارد شده و سطح خلفی قلب را دور می زند و این شريان چندین ^{عروق} به نام عروق ماژینال که خون دیوارهء خارجی و قسمتی از دیوارهء بطنی چپ را تا مين می کند می دهد. شريان **Right Coronary artery** | آئورت در پشت لت راست در چپه آئورت منشعب شده و تمام بطن راست را طی می کند. این شريان شاخه های ماژینال هلیزی و بطنی راست را دور زده در ناحیه کراکس قلب، شريان **posterior descending**

را می سازد (۹۰٪ افراد شریان کرونر راست غالب است).
 در حدود ۱۰٪ از مردم **left dominance** بوده یعنی شریان سیر-
 کو مفلکس چپ در ناحیه **CRUX** قلب شریان **PDA** را می سازد.
 گره **A۶** و گره سینوسی در بیشتر اوقات به وسیله **R.C.A** تا می-
 می شوند. اما قسمت اصلی سیستم هدایتی که شامل شاخه های **Bundle** میباشند
 (در نزدیک به سطح سپتوم بین بطن قدامی طی مسیری کنند) به وسیله
 شریان نزولی قدامی چپ خون می گیرند. تفهیم ارتباط آنها تومیک بین
 عروق کرونر میوکاردیوم مهم بوده و از آن جهت که خیلی از تظاهرات کلینیکی
 تنگی ولوی لیزه شرايين کرونری که به طور تیپیک بیماری آرترواسکلروزی
 باشند بدین وسیله توضیح داده شد.



B. Posterior-inferior view



A, *Sternocostal view*

