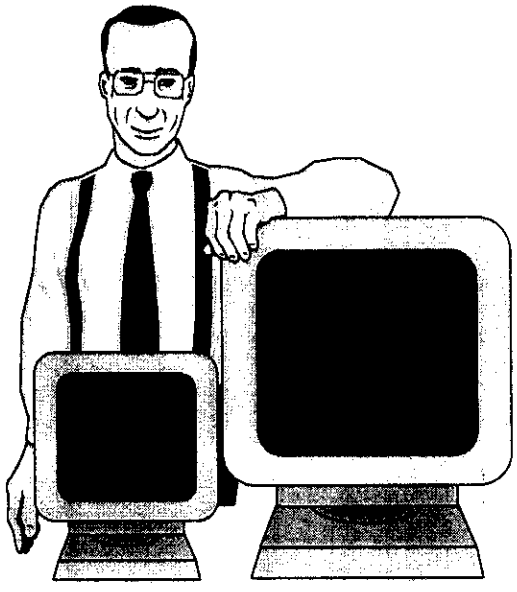

Arabic Summary

ملخص الرسالة

الاحتشاء الحاد لعضلة القلب هو تنكرز جزء من عضلة القلب نتيجة القطع الكامل لامدادات الدم لها .انة واحد من المظاهر الأكلينيكية الرئيسية لمرض شرايين القلب التاجية وانة لسبب هام للمرض والموت فى هؤلاء المرضى .

يحدث الاحتشاء الحاد اعضلة القلب غالباً بسبب مرض تصلب شرا يين القلب كما أنة يحدث غالباً فى الرجال بين ٤٠و ٨٠ سنة .

من أهم أسباب هذا القطع الحاد لجريان الدم فى الشريين التاجية تكون جلطة فوق القشرة الناتجة عن مرض تصلب الشريين ومن أهم العوامل المتداخلة فى تكوين هذه الجلطة تصلب الشرايين التاجية وتقلصها وجرح بطانتها وتغلغل الخلايا الأحادية فيها . لايحدث التنكرز مرة واحدة فى كل المنطقة المغذاه بالشريان المغلق ولكن فى الحقيقة هناك منطقة متنكرزة محاطة بأخرى أسكيمية وبمرور الوقت يحدث تنكرز أكثر فى الخلايا الاسكيمية حتى يصبح الاحتشاء كاملا شاملا كل المنطقة المغذاه بالشريان المغلق .

متوسط الوقت الذى يحدث فية أكتمال الاحتشاء هو ٦ ساعات ويعتمد على عدة عوامل مثل شدة ووقت الانسداد وكمية جريان الدم التكميلى وعودة جريان الدم فى الاوعية المسدودة اما من تلقاء نفسة أو بالعلاج هذا الى جانب احتياجات عضلة القلب من الأكسجين وقت الانسداد .

هذا الوقت هو الوقت المتاح لأى علاج باعادة الدم للمنطقة المصابة ليكون نافعاً قبل الموت الكامل للجزء المصاب من عضلة القلب .

يعتمد تشخيص الاحتشاء الحاد لعضلة القلب اساساً على شكوىالمريض ورسم القلب وتقدير انزيمات فى الدم .

هناك حالياً طرق أكثر تطوراً مثل التصوير الصبغى للشرايين التاجية وتشخيص المضاعفات.

ليس هناك شك أن الاحتشاء الحاد لعضلة القلب أساساً مشكلة طبية وليست جراحية ويتكون الاعلاج من الأوكسجين والمسكنات والنيتروجلسرين ومثبطات البيتا وحديثاً أذابة الجلطة .

يتبع هذا استخدام مضادات التجلط مثل الهيبارين ومضادات تجمع الصفائح الدموية مثل الاسبرين .

فى حوالى ٣٠ ٪من حالات الاحتشاء الحاد لعضلة القلب يمنع استخدام اذابة الجلطة فى هؤلاء المرضى يمكن اعادة تدفق الدم اما جراحياً بعملية توسيع للشرايين التاجية ميكانيكياً عن طريق توسيع الشرايين التاجية بالقسطرة البالونية.

بصفة عامة تستخدم الجراحة للمنطقة المصابة .

أولا: أعادة تدفق الدم للمنطقة المصابة .

ثانياً: علاج المضاعفات.

و اعادة تدفق الدم جراحياً يتم أساساً لحالات فشل اذابة الجلطة أوفشل توسيع الشرايين التاجية بالقسطرة البالونية هذا بالاضافة الى حالات منع اذابة الجلطة .

ولكن حتى الأن فما زال بعض الباحثين يستخدمون اعادة تدفق الدم جراحياً كعلاج أولى لحالات الأحتشاء الحاد لعضلة القلب ولكن هذة المحاولات على نطاق ضيق جداً.

بالاضافة الى ذلك فعمليات ترقيع الشرايين التاجية تستخدم بعد نجاح أذابة الجلطة أو بعد أنتهاء الاحتشاء تماماً لاصلاح أى أصابات خطيرة بالشرايين التاجية مازالت موجودة والتى من الممكن أن تتسبب فى اعادة الاحتشاء بآثاره الخطيرة جداً.

الاستخدام الاساسى الثانى للجراحة هو علاج مضاعفات الاحتشاء الحاد لعضلة القلب وفى هؤلاء المرضى يجب دعم الدورة الدموية أولا وقبل أى تدخل جراحى وذلك باستخدام مقويات عضلة القلب وتقليل التحميل على عضلة القلب واستخدام المضخة البالونية داخل الأورطى .

فى حالات الاحتشاء المصاحبة بصدمة قلبية يمكن استخدام اذابة الجلطة والتوسيع العاجل للشرايين التاجية بالقسطرة البالونية .

أما اذا فشلت هذة المحاوُلات وكان وقت الاحتشاء أقل من ٨ ساعات فالجراحة هى العلاج بنسبة موت حوالى ٣٠ ٪.

فى مثل هؤلاء المرضى لو كان دمار القلب ساحق وغير مرتجع فنقل القلب العبور الية بالقلب الصناعى هو الحل الامثل .

فى حالات الاصابة بثقب بين البطينين بعد الاحتشاء تكون نسبة الموت فى المرضى المعالجين طبياً عالية جداً حوالى ٨٥ ٪ بنهاية الاسبوع الثانى وذلك تعتبر هذة الحالات حالات جراحية طارئة بنسبة موت داخل المستشفى حوالى ٤٣٪.

فى حالات الاصابة بارتجاع حاد فى الصمام الميترالى بعد الاحتشاء فالجراحة العاجلة هى الحل الامثل فى حالات تمزق العضلات الحليمية ولكنها تتجنب فى حالات الارتجاع الناتج عن الاختلال الوظيفى العام للبطين.

فى حالات الارتجاع نتيجة الأختلال الوظيفى للعضلة الحليمية الخلفية يمكن استخدام اذابة الجلطة أو توسيع الشرايين التاجية بالقسطرة البالونية فى البداية أما لو استمر الارتجاع فيجب اجراء جراحة لاصلاحة .

بالنسبة لنسبة موت عمليات ارتجاع الصمام الميترالى بعد الاحتشاء فهى متفاوتة جداً وتتراوح بين صفر و٥٤ ٪ بمتوسط ٢١ ٪. فى حالات تمزق الجدار الحر للبطين الايسر فالموت دائماً وأبداً هو النهاية .الا انة هناك حالات نادرة قد سجلت وفيها تم بذل تجويف التامور لتحرير ضغط الدم على القلب ثم نقل المرضى مباشرة لحجرة العمليات لغلق الفتحة .

بالنسبة لأنورسما البطين فأصلاحها أصبح شىء ثابت فى جراحة القلب بنسب موت معقولة فى حدود ٩٪ . وتؤدى هذة العمليات الى ضياع كامل ومستمر لشكو المريض .وحديثاً فالجراحة دور هام فى التحكم فىحالات عدم أتساق نبضات القلب البطينية الخبيثة التى لاتستجيب للعلاج بالعقاقير . ويتم هذا باستئصال جزء من

الجدار الداخلى للقلب بتوجية خريطة كهربائية للقلب قبل وأثناء العملية وذلك لاستئصال الجزء الذى يحدث هذا الاضطراب . فى حالات أخرى يزرع عاكس رفرفة اوتوماتيكى كى ماينهى عدم أتساق النبض حينمايحدث .