ARABIC SUMMARY

الملخص العربي

ان مرض احتشاء عضلة القلب المصحوب بارتفاع قطعة س- ت هو احد الشائعة والتى لها اثر بالغ على المجتمع.

ولقد ثبت من الابحاث الباثولوجية وكذلك من تصوير الشرايين التاجية أن حالات الاحتشاء القلبى الحاد الكلي يحدث نتيجة لتكون جلطة انسدادية بالشريان التاجي.

و بناء علي هذا فان الهدف الاساسي من العلاج هو سرعة اعادة التروية واستعادة سريان الدم الكامل في الشريان المسبب للجلطة , يترتب على هذا تقليل حجم احتشاء عضلة القلب مما يساعد على الحفاظ على كفاءة عضلة القلب و تقليل نسبة الوفيات نتيجة للجلطة الحادة في الشريان التاجي.

و بما ان التوسيع الاولى للشريان المسبب للجلطة و كذلك اعطاء العقارات المذيبة للجلطة عن طريق الوريد كلاهما يحقق سريان الدم في الشريان المسبب للجلطة فان هناك اختلاف علي أي الطريقتين هي الافضل لعلاج حالات الاحتشاء القلبي الحاد, و هذا البحث هو دراسة مقارنة بين كلا من الطريقتين.

تمت هذه الدراسة على (60) مريضا تم حجزهم بمستشفى وادى النيل ومستشفى كوبرى القبة العسكرى مصابين باحتشاء قلبي حاد في عضلة القلب المصحوب بارتفاع قطعة س- ت فى رسم القلب مقداره 1 مم او اكثر فى اثنتين او اكثر من مؤشرات رسم القلب المتجاورة كهربيا , مع مقارنة (30) مريضا تم علاجهم بواسطة عقار الاستربتوكيناز المذيب للجلطة و (30) مريضا تم علاجهم بواسطة التوسيع الاولى للشريان التاجى المتسبب في الجلطة, فى الفترة من يناير 2005 الى نوفمبر 2005 .

كان متوسط عمرالمرضى الذين تم علاجهم بواسطة عقار الاستربتوكيناز المذيب للجلطة لهذه المجموعة هو (55±15)عاما, اما متوسط عمرالمرضى الذين تم علاجهم بواسطة التوسيع الاولى للشريان التاجى هو (60±10) عاما. (وهذه نسبة ليس لها دلالة احصائية هامة).

كلا المجموعتين متشابهين من حيث العوامل المساعدة علي ازدياد نسبة المرض (ارتفاع ضغط الدم- نسبة السكر في الدم- تاريخ المرض العائلي ووجود تاريخ مرضي سابق لجلطات القلب). (ليس لها دلالة احصائية هامة).

وجد من الدراسة ان الوقت المطلوب لاعطاء عقار الاستريبتوكيناز اقل من الوقت المطلوب لعمل التوسيع الاولى للشريان التاجى حيث وجد ان عامل الوقت ذو اهميه محدودة بالسبة الى استخدام التوسيع الاولى للشريان التاجى فى حين ان مذيب الجلطة الدوائى (عقار الاستريبتوكيناز) يعتمد بقوه على هذا العامل .

اما عن مضاعفات المرض الحادثة اثناء وجود المريض داخل المستشفى, فان نسبة ضعف عضلة القلب اكلينيكيا كانت (23%) فى المرضى الذين تم علاجهم بعقار الاستريبتوكيناز عن اولئك الذين اجريت لهم عمليات توسيع الشريان التاجى (16.6%). (وهذه نسبة لها دلالة احصائية هامة).

وتم قياس كفاءة عضلة القلب بالموجات فوق الصوتية على القلب قبل خروج المريض من المستشفى وكانت (40.8%) فى المرضى الذين تم علاجهم بعقار الاستريبتوكيناز عن اولئك الذين اجريت لهم عمليات توسيع الشريان التاجى (50.2%). (وهذه نسبة لها دلالة احصائية هامة)

كما وجد ايضا ان نسبة تكرار حدوث القصور فى الشريان التاجى المصحوب بتغيرات فى رسم القلب كانت اكثر فى المرضى الذين تم علاجهم بعقار الاستريبتوكيناز (36.6%) عن اولئك الذين اجريت لهم عمليات توسيع الشريان التاجى (16.6%). (وهذه نسبة لها دلالة احصائية هامة).

كما ان نسبة الوفاة فى هؤلاء المرضى كانت 13.3% فى حين كانت نسبة الوفاة فى المجموعة التى تم علاجهم بالتوسيع الاولى للشريان التاجى 3.3% . (وهذه نسبة لها دلالة احصائية هامة).

وجد ان نسبة نجاح عقار الاستربتوكيناز فى فتح الشريان المسبب للجلطة وازالة الانسداد بعد عمل قسطرة تصويرية للشرايين التاجية هى 59%, فى حين ان هذه النسبة كانت 90% مع التوسيع الاولى. (وهذه نسبة لها دلالة احصائية هامة).

ولقد كانت نسبة فشل عقار الاستربتوكيناز فى اذابة الجلطة المسببة للانسداد 41% حيث وجد ان الشريان المسبب للجلطة به انسداد كلى عند عمل القسطرة, اما التوسيع الاولى للشريان التاجى لم ينجح فى ازالة انسداد الشريان التاجى بنسبة 10% عند عمل القسطرة التصويرية للشرايين التاجية. (وهذه نسبة لها دلالة احصائية هامة).

كانت نسبة استعادة تدفق الدم فى الشريان المسبب للجلطة هى 23% فى المرضى الذين تم علاجهم بواسطة عقار الاستربتوكيناز, فى حين كانت نسبة استعادة تدفق الدم فى الشريان المسبب للجلطة هى 83% فى المرضى الذين تم علاجهم بواسطة التوسيع الاولى بالبالون. (وهذه نسبة لها دلالة احصائية هامة).

من هذه الدراسة تم استنتاج ان التوسيع الاولى للشريان التاجى بالبالون فى حالات الاحتشاء القلبى الحاد هو اكثر فاعلية من مذيبات الجلطات حيث يحقق نسبة اعلى من النجاح ازالة الجلطة ,كما ان درجة الضيق المتبقى داخل الشريان تكون اقل ,وكذلك فان نسبة تدفق الدم داخل الشريان المسبب للجلطة تكون اعلى مما يترتب عليه تحسن الحالة المرضية للمريض .