

مداخله کرونری از طریق پوست در انفارکتوس حاد میوکارد با صعود قطعه ST

هما فال سلیمان*

رپرپیوژن تراپی اولیه یک درمان نجات دهنده زندگی در بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد با صعود قطعه ST می باشد. علیرغم استفاده گسترده و سود اثبات شده ترومبولیتیک تراپی، در حال حاضر آنژیوپلاستی اولیه (primary PCI) یک روش برتر برای برقراری مجدد جریان خون کرونری است، مشروط به اینکه در زمان مناسب با تجهیزات کافی و پرسنل مجرب انجام شود.

ارجحیت primary PCI بر ترومبولیتیک تراپی در برقراری سریعتر و کاملتر جریان خون (TIMI 3) کرونری، عود کمتر اکلوژن و MI، کاهش مورتالیتی و کاهش ریسک خونریزی اینتراکرانیاال است.

در حالیکه سود ترومبولیتیک تراپی با گذشت زمان از شروع علائم کاهش می یابد، اثر مفید PCI در مراجعه تأخیری بیماران نیز همچنان حفظ می شود. بخصوص در بیماران با اثرین مقاوم، اختلال همودینامیک، ناپایداری الکتریکی و شوک کاردیوژنیک بعد از ۱۲ ساعت از شروع MI هم سود ثابت شده دارد.

استنت گذاری اولیه متد برتر نسبت به بالون آنژیوپلاستی برای بیماران AMI می باشد و استفاده از استنت دارویی گرچه مورتالیتی و عود MI را نسبت به استنت غیر دارویی تغییر نمی دهد، ولی بطور مهمی باعث کاهش میزان ری استنوزیس می شود.

ایترونشن در رگ حاوی ترومبوس با ریسک آمبولیزیشن دیستال و پدیده no-Reflow همراه است که می تواند به افزایش بیشتر سائز اینفارکت، نارسایی قلبی و مرگ منجر شود. استفاده از ترکیب آنتی پلاکت ها بویژه مهارکننده های گیرنده های IIb IIIa پلاکتی، ترومبوساکشن مکانیکال وسایر وسایل محافظتی در بطور مؤثر این عارضه را کاهش داده اند.

اقدامات تهاجمی قلب در بیماران با UA/NSTEMI

محسن موهبتی*

اقدامات تهاجمی قلب در بیماران با UA/NSTEMI سندروم کرونری حاد (ACS) طیفی از حوادث حاد کرونری شامل آنژین ناپایدار (UA)، انفارکتوس میوکارد بدون بالارفتن قطعه ST (STEMI) می باشد. بیماران UA/NSTEMI به محض اثبات تشخیص بایستی تحت درمانهای لازم دارویی و غیر دارویی (تهاجمی) قرار گیرند. در غیر اینصورت پیش آگهی این بیماران شعیف و خطر مرگ و میر قلبی بالا خواهد بود.

به محض اثبات تشخیص بایستی درمانهای دارویی شامل داروهای ضد پلاکت و ضد انعقاد شروع شود. سپس بیماران بر اساس راهنماهای موجود مثل TIMI RISK SCORE یا Grince risk score به گروههای کم خطر، متوسط و پرخطر تقسیم شوند. درمان تهاجمی این بیماران می تواند شامل پروتکل Early invasive یا تهاجمی اولیه و روش Conserved یا غیر تهاجمی باشد.

برای تمامی بیماران UA/NSTEMI که بر اساس رتبه بندی در گروه متوسط یا پرخطر قرار می گیرند پروتکل تهاجمی اولیه ارجح است و بایستی هر چه سریعتر این بیماران تحت آنژیوگرافی کرونر به قصد برقراری مجدد جریان خون طبیعی کرونر قرار گیرند. اندیکاسیون مداخله بصورت PCI در این بیماران مشابه سایر بیماران کرونری است، انتخاب نوع استنت نیز شرایط مشابه دارد. در صورت بیمار کاندید مناسبی نباشد CABG پیشنهاد می گردد.

در گروه کم خطر می توان از درمان دارویی استفاده نمود ولی در صورتیکه بیمار دچار حملات ایسکمی مجدد یا اثبات ایسکمی جدی در تستهای غیرتهاجمی گردد این بیماران نیز کاندید آنژیوگرافی و PCI خواهند بود.

در PCI این بیماران استفاده از دارای مهارکننده IIb/IIIa توصیه می گردد. PCI در این بیماران می تواند طول مدت بستری را کوتاه نماید ولی با توجه به مطالعات انجام شده مصرف آسپرین و پلاویکس بمدت ۶-۱۲ ماه در تمامی بیماران که چه با روش غیرتهاجمی درمان شده باشند و یا اینکه تحت PCI با استنت غیردارویی قرار گرفته باشند، توصیه می گردد. در بیماران با استنت دارویی حداقل یکسال توصیه می گردد.



دومین همایش کشوری پژوهش در توسعه سلامت - آترواسکلروز
بیرجند ۸ الی ۱۰ اسفند ۱۳۹۱
ارائه پنل اختصاصی



PCI vs. CABG

مصطفی داستانی*

حدود ۳ دهه پیش زمانی که اولین بار آقای گرونتریک با احتیاط بالون دست ساز خود را بر روی وایر به درون کرونر بیمار می فرستاد، هیچکس تصور نمی کرد که این یافته و پروسیجر بظاهر فانتری در محیط استیلای مطلق عمل جراحی بای پس کرونری زمانی آنقدر رشد کند که عمل جراحی بای پس را به حاشیه رانده و بعنوان پروسیجر انتخابی اولیه در اکثر ضایعات کرونری مطرح شود و اکنون با رشد روز افزون تکنولوژی در زمینه وایر، بالون و استنت ها و علی الخصوص استنت های دارویی با قابلیت مهار تنگی مجدد بعنوان پاشنه آشیل آنژیوپلاستی قدم بقدم این پروسیجر سنگرهای مستحکم بای پس کرونری را فتح کرده و حال این عمل جراحی بای پس کرونری است که بایستی با نوآوری های جدید تلاش نماید تا محدود جایگاه های باقیمانده خود در درمان ضایعات کرونری را حفظ نماید جالب است که این تغییر جایگاه نه تنها در مورد ضایعات و بیماری های کرونری بلکه در مورد بیماری های مادرزادی قلب و بیماری های دریچه ای نیز بوقوع پیوسته است. در این فرصت جدای از آنچه در عالم واقع می گذرد تلاش بر این است که جایگاه علمی و البته مبتنی بر شواهد هر یک از این دو روش مهم درمان شایعترین بیماری تهدید کننده حیات نوع بشر مورد بحث قرار گیرد.