

مقایسه نتایج آنژیوپلاستی اورژانس کرونری با ترمبولیتیک تراپی در مبتلایان به انفارکتوس حاد میوکارد

دکتر مرتضی صافی^{۱*}، دکتر مهری مومندپور شاطری^۲، دکتر مونا مجتهدزاده^۳، دکتر سلمان اتوکش^۳، دکتر مسین وکیلی^۱

۱. دانشیار، بیمارستان شهید مدرس، مرکز تحقیقات بیماریهای قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲. دستیار، بخش قلب و عروق، بیمارستان شهید مدرس، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۳. پزشک عمومی، مرکز تحقیقات بیماریهای قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: رواسکولاریزاسیون سریع، هدف اصلی درمان بیماران با انفارکتوس حاد میوکارد (MI) است که طی چندین سال گذشته با روش P-PCI (Primary- Percutaneous Coronary Intervention) انجام می‌گیرد. با توجه به این که ترمبولیتیک تراپی در بسیاری از مراکز کشور به دلیل عدم امکان آنژیوپلاستی انجام می‌گیرد، هدف از این مطالعه بررسی نتایج این دو روش، در مراکز دانشگاهی کشور است.

مواد و روش‌ها: تحقیق به روش همگروهی انجام گرفت. تشخیص بیماری با روش استاندارد انجام شد و ترمبولیتیک تراپی (TT) و P-PCI طبق روشهای استاندارد انجام شد. بیماران دو گروه همسان سازی شدند و بعد از درمان، در مدت بستری پیگیری شدند و تأثیر روش‌های درمانی با بررسی میزان Ejection Fraction (EF) و ST زولوشن بیش از ۵۰٪ و میزان عوارض در دو گروه مقایسه گردید. محل انفارکتوس میوکارد با نتیجه درمان در دو گروه، مقایسه شد.

یافته‌ها: تحقیق در ۲۸۷ بیمار شامل ۱۴۴ بیمار در گروه TT و ۱۴۳ نفر در گروه P-PCI انجام شد. میزان EF در گروه TT ۴۳/۸±۱۱/۹ و در گروه P-PCI ۴۲/۱±۹/۸ (p<۰/۲) و ST زولوشن بیش از ۵۰٪ در گروه TT برابر ۶۶/۷٪ و در گروه P-PCI برابر ۸۸/۶٪ بود (p<۰/۰۲). میزان عوارض در دو گروه مشابه بود. نتایج بر اساس محل MI نیز مشابه بود.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که P-PCI مؤثرتر از TT در درمان بیماران مبتلا به ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI) باشد و بنابراین بررسی یک تحقیق کارآزمایی بالینی توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: STEMI، ترمبولیتیک تراپی، P-PCI، Ejection Fraction، ST زولوشن

مقدمه

داروهای فیبرینولیتیک جدید برای درمان انفارکتوس میوکارد در دهه اخیر، در بقای این بیماران پیشرفت اندکی حاصل شده است که می‌تواند به علت تأثیر محدود در جریان خون کرونری، وقوع انفارکتوس مجدد و عوارض ناشی از خونریزی باشد (۲). در بیمارانی که تحت ترمبولیتیک تراپی با استرپتوکیناز و داروهای دیگر قرار می‌گیرند، فقط در یک سوم موارد برقراری کامل و زودهنگام جریان خون ایجاد می‌گردد و انسداد مجدد در ۱۰٪ بیماران در بیمارستان و در یک سوم بیماران طی ۳ ماه اول روی می‌دهد (۳). به دنبال درمان ترمبولیتیک، آزاد شدن و در معرض قرار گرفتن رشته‌های ترومبین، می‌تواند سبب فعال شدن متناقض سیستم انعقادی شود (۴). فیبرینولیتیک تراپی دارای محدودیتهای اجرایی است که برخی از آنها عبارتند از: وجود محدودیت در تجویز دارو در یک

بیماری عروق کرونری یک اپیدمی جهانی است که در تمام کشورهای جهان اعم از توسعه یافته و یا در حال توسعه دیده می‌شود و شایعترین علت مرگ در اثر بیماریهای غیر عفونی است. تخمین زده می‌شود که ۳۰٪ تمام مرگها در سراسر جهان به علت بیماریهای قلبی عروقی هستند. مراکز کنترل بیماریها برآورد کرده‌اند که اگر بیماریهای عروق کرونری و عوارض آن ریشه‌کن گردند، امید به زندگی ۷ سال افزایش می‌یابد (۱). Reperfusion therapy پیشرفت مهمی در درمان انفارکتوس میوکارد محسوب می‌گردد. علیرغم پیشرفت

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر مرتضی صافی؛ تهران، سعادت‌آباد، بیمارستان شهید مدرس؛ مرکز تحقیقات بیماریهای قلب و عروق؛ پست الکترونیک: mortezaaafi@yahoo.com