

مواضيع الساعة

حالات الخثرة في مستشفيات المناطق*

قاسم سارة⁽¹⁾

يشكل احتشاء عضل القلب مشكلةً صحية واجتماعية كبيرة في البلدان النامية . وقد تنبه إلى خطورة هذه الحالة الكثير من الأطباء الممارسين لطب القلب وللطب الداخلي ، ورسموا لها ملامح تميزها عن ملامح احتشاء عضل القلب في البلدان الأخرى [1] . فالاحتشاء في البلدان النامية يحدث في أي عمر ، وبصفة خاصة في الأعمار المتوسطة . وهو حصيلة تضافر عوامل الخطر المعروفة ويكون وخيماً منذ البداية . فمن النادر أن يتخذ مساراً مهاوذاً . ويغلب أن ينتهي خلال وقت قصير بفاجعة الموت المفاجئ أو يخلف مضاعفات تعيق الاستمتاع بحياة سوية مثل اعتلال عضل القلب ، وأمهات الدم البطينية ، وعودة الإحتشاء ، وحدوث أمراض وعائية مرافقة في أوعية الدماغ أو الأطراف أو الاحتشاء . [2]

إن في ذلك ما يدعو المجتمع الطبي خاصةً والمجتمع العالمي بأسره وعلى كافة المستويات الرسمية والشعبية للتكاتف والتعاون لمجابهة هذا المرض وللتخفيف من وطأة آثاره .

أبرز التطورات الطبية

ولئن استعرضنا التطورات الطبية في مضمار احتشاء عضل القلب خلال السنوات العشرين المنصرمة ، فإننا سنجد الكثير . فعلى مستوى الوقاية الأولية تعرف الأطباء على عوامل الخطر [3] ، واعتقدوا أن بإمكانهم التكهن بوقوع المرض عند الفئات المعرضة للخطر [4] ، وأنهم قد يستطيعون تأخير ذلك ، وربما الحيلولة دون وقوعه [5] إذا خضع كل فرد لسلسلة مترابطة الحلقات من الفحوص الطبية الدورية . ان بعض هذه الفحوص بسيط ، والبعض الآخر معقد ويحمل في طياته احتمالات الخطر . كما أن تكلفته عالية ويحتاج إلى تقنيات رفيعة المستوى . وعلى مستوى المعالجة هناك الكثير من التطورات التي تتعلق بتدبير ومعالجة المصاب باحتشاء عضل القلب ساعة إصابته ، يغلب على بعضها سمة المحافظة ، مثل المداواة بحالات الخثرة والمُمَيِّعات ومضادات اضطراب النظم والموسِّعات وحافظات العضلة القلبية . ويغلب على بعضها الآخر صفة الهجومية مثل التوسيع الباكر للشريان التاجي بالبالون ، والجراحة الباكرة ، ودمم وظيفية البطين الأيسر بالبالون داخل الأبهري . إلا أن الشرط الضروري للنجاح في أي منها هو التطبيق الباكر ، حيث أن معدلات النجاح تتناسب بشكل وثيق مع قصر الفترة الزمنية بين بدء الأعراض وبين تطبيق المعالجة [6] . وللبلدان النامية خصوصيتها في هذا المضمار فافتتاح المختبرات القلبية لإجراء القثطرة واستعمال البالونات والجراحة القلبية يكاد ينحصر في المراكز الرئيسية والأكاديمية ولا يمكن تعميمه (وقد ينطبق ذلك على البلدان المتقدمة) . إلا أن المراكز

* Current Topics

Thrombolytic agents in district hospitals. Kassem Sara, WHO consultant, Syrian Arab Republic

(1) أخصائي الأمراض الباطنة ، دير الزور ، الجمهورية العربية السورية .
مشار منظمة الصحة العالمية .

المتخصصة باستقبال مرضى احتشاء عضل القلب في المناطق (المحافظات) تطبّق جميع الإجراءات المحافظة المتاحة ومنها الأدوية الحالة للخثرة التي سنخصها فيما يلي بشيء من التفصيل .

إحصائيات حول حالات الخثرة

- يعتبر بعض الباحثين حالات الخثرة الإنجاز الطبي الأكثر أهمية في طب القلب في القرن الحالي [7] .
- لتوضيح ذلك نستعرض أهم الإحصائيات حول نتائج المعالجة بحالات الخثرة :
- إنقاص الوفيات بنسبة 50-90% إذا أعطيت حالات الخثرة خلال الساعة الأولى من بدء الألم الصدري [8] .
- إنقاص الوفيات بنسبة 30% . إذا أعطيت حالات الخثرة خلال الساعات الست الأولى من بدء الألم الصدري [9] .
- إنقاص الوفيات بنسبة 15% إذا أعطيت حالات الخثرة خلال 6-12 ساعة من بدء الألم الصدري [10] .
- نقص معدل الوفيات من 15-30% عند غير المعالجين بحالات الخثرة إلى 2-10% عند المعالجين بحالات الخثرة [8] .
- إن 60% على الأقل من المصابين باحتشاء عضل القلب مؤهلون eligible لتلقي المعالجة بحالات الخثرة [11] .
- يتلقى 85% من المصابين باحتشاء عضل القلب الحاد في بريطانيا المعالجة بحالات الخثرة في المستشفيات [11] ، بينما في الولايات المتحدة الأمريكية يتلقى 30% فقط منهم المعالجة بحالات الخثرة [12] في المستشفيات .

الفوائد المباشرة للمعالجة بحالات الخثرة

- روال الألم الصدري [13] .
- نقص تغيرات المخطط الكهربائي للقلب [14] .
- نقص مستويات الأنزيمات النوعية للعضلة القلبية MB وخصوصا كيناز الكرياتينين [16] .
- نقص معدلات وقوع المضاعفات غير المميتة مثل عودة الاحتشاء ، فشل القلب الإحتقاني والصدمة [16] .
- نقص معدلات وقوع الوفيات [17] .
- والخطر الوحيد للمعالجة بحالات الخثرة يتمثل في زيادة معدلات النزف [18] ، وخاصة من مواقع القنيات الوريدية وفي الجهاز العصبي المركزي .

استنتاجات

- 1 - للوقت دور حاسم في الانتفاع بالمعالجة بالأدوية الحالة للخثرة [19] ويمكن تقسيم الوقت إلى :
 - الفترة من بدء الأعراض إلى الوصول إلى غرفة الإسعاف في المركز الطبي .
 - الفترة من لحظة الوصول إلى غرفة الإسعاف حتى تلقي القطرة الأولى من الدواء .
- 2 - للوصول إلى نتائج طيبة لابد من تقصير الفترة الزمنية بين بدء الأعراض ولحظة تلقي المعالجة بحالات الخثرة [20] ، ويقتضي ذلك :
 - توفير الأدوية الحالة للخثرة في غرف الإسعاف أو غرف العناية المركزة .

- منح الهيئة الطبية المشرفة على غرفة الإسعاف أو غرفة العناية المركزة حق اتخاذ القرار للبدء بالمعالجة، وذلك وفق بروتوكول معتمد .
 - تنفيذ حملة إعلامية بين أفراد الهيئة الطبية لتوجيه حالات احتشاء عضل القلب الحاد المشتبهة إلى غرفة الإسعاف بالسرعة القصوى .
 - تنفيذ حملة إعلامية لدى الجمهور للتوجه نحو غرفة الإسعاف عند الشعور بالألم الصدري . وإتاحة عربات الإسعاف السريعة والأمنة لهم .
 - تحسين الخدمة المقدمة في غرفة الإسعاف لتشجيع إقبال المواطنين ، وتزويدها بالأطباء المتخصصين ، في أمراض القلب الذين يستطيعون اتخاذ القرار الصائب ببدء المعالجة بحالات الخثرة .
 - تجهيز غرف الإسعاف بلوازم المعالجة بحالات الخثرة ، ولوازم معالجة المضاعفات المحتملة : حُصْن الكورتيزون ، سلفات البروتامين ، البلازما الطازجة المُجمّدة ، الدم الطازج .
- 3 - فتح سجل خاص بمرضى الاحتشاء عامة ، ومن يعالج منهم بحالات الخثرة بشكل خاص . وتوفير الاستثمارات أو الاستبيانات الخاصة بذلك في غرف الإسعاف أو العناية المركزة ، حتى يقوم الأطباء بملئها ، وتقديمها بشكل نظامي للسجل الخاص ، أو لقاعدة معطيات على الحاسوب ، تمهيداً للقيام بدراسات محلية أو وطنية .
- 4 - تزويد غرف الإسعاف والعناية المركزة باستثمارات الموافقة المستنيرة informed consent من قبل المرضى .

References

1. Alwan A, ed. *Prevention and control of cardiovascular diseases*. Alexandria, Egypt, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1995 (unpublished document WHO-EM/CVD/27, available on request from Non-Communicable Diseases Unit, WHO/EMRO).
2. Alwan A. Cardiovascular diseases in the Eastern Mediterranean Region. *World health statistics quarterly*, 1993, 46:97-100.
3. *Prevention in childhood and youth of adult cardiovascular diseases: time for action*. Geneva, World Health Organization, Technical Report Series, No. 792.
4. NIH Consensus Development Panel on Triglyceride, High-Density Lipoprotein, and Coronary Heart Disease. NIH Consensus Conference. Triglyceride, high-density lipoprotein, and Coronary Heart Disease. *Journal of the American Medical Association*. 1993, 269(4):505-10.
5. Summary of the second report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel II). *Journal of the American Medical Association*, 1993, 269(23):3015-23.
6. Gomez-Marin O et al. Improvement in long-term survival among patients hospi-

- talized with acute myocardial infarction, 1970 to 1980. The Minnesota Heart Survey. *New England journal of medicine*, 1987, 316(22):1353-9.
7. ج. ريني هناك علاج للنوبة القلبية لا يؤبه به إلى حد خطر مرحلة العلوم (الترجمة العربية مجلة مجلة مارس/آذار 1976 المجلد 12 - العدد 3 مارس/آذار 1976)
 8. Global Utilization of Streptokinase and Tissue Plasminogen Activator for Occluded Coronary Arteries Investigators. An international randomized trial comparing four thrombolytic strategies for acute myocardial infarction. *New England journal of medicine*, 1993, 329(10):673-82.
 9. Lee KL et al. Predictors of 30 day mortality in the era of reperfusion for acute myocardial infarction. Results from an international trial of 41 021 patients. GUSTO Investigators. *Circulation*. 1995; 91(6):1659-68.
 10. Mueller HS et al. Predictors of early morbidity and mortality after thrombolytic therapy of acute myocardial infarction. Analyses of patient subgroups in the Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI) trial, phase II. *Circulation*, 1992, 85(4):1254-64.
 11. Fibrinolytic Therapy Trialists (FTT) Collaborative Group. Indications for fibrinolytic therapy in suspected acute myocardial infarction: collaborative overview of early mortality and major morbidity results from all randomised trials of more than 1000 patients. *Lancet*. 1994. 343(8893): 311-22.
 12. Marder VJ, Sherry S. Thrombolytic therapy: current status. *New England Journal of Medicine*, 1988, 318(23):1512-20; 318(24):1585-95.
 13. Weaver WD et al. Comparisons of characteristics and outcomes among women and men with acute myocardial infarction treated with thrombolytic therapy. GUSTO-I investigators. *Journal of the American Medical Association*, 1996, 275(10):777-82.
 14. TIMI Study Group. The thrombolysis in myocardial infarction. *New England journal of medicine*, 1985, 312(14):932-6.
 15. Sheehan FH et al. The effect of intravenous thrombolytic therapy on left ventricular function: a report on tissue plasminogen activator and streptokinase from the Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI phase I) trial. *Circulation*, 1987, 75(4):817-29.
 16. Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto Miocardico (GISSI). Long-term effects of intravenous thrombolysis in acute myocardial infarction; final report of the GISSI study. *Lancet*, 1987, 2(8564):871-4.
 17. The ISAM Study Group. A prospective trial of intravenous streptokinase in acute myocardial infarction (ISAM). Mortality, morbidity and infarct size at 21 days. *New England journal of medicine*. 1986, 314(23): 1465-71.
 18. Maggioni AP et al. For the Gruppo Italian per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto Miocardico II (GISSI-2) and the International Study Group. The risk of stroke in patients with acute myocardial infarction after thrombolytic and anti thrombolytic treatment. *New England journal of medicine*. 1992. 327(1):1-6.
 19. Mathey DG et al. Time from onset of symptoms to thrombolytic therapy: a major determinant of myocardial salvage in patients with acute transmural infarction. *Journal of the American College of Cardiology*. 1985. 6(3):518-25.
 20. Weaver WD for the National Registry of Myocardial Infarction Investigators. Factors influencing the time to hospital administration of thrombolytic therapy: result from a large national registry. *Circulation*, 1992, 86(1):1-16