

فراوانی انفارکتوس بطن راست و عوارض آن در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد در بیمارستان توحید سنندج

دکتر نوشین هادی‌زاده^{۱*}، دکتر وحید امینی^۲

چکیده

مقدمه: اگرچه بیماران مبتلا به inferior MI پیش‌آگهی بهتری نسبت به سایر انواع MI از جمله انفارکتوس قدامی دارند اما همراهی با Right ventricular infarction (RV infarction) آن را مبدل به بیماری کشنده و وخیمی ساخته است. بر اساس مراجع معتبر بیماریهای قلب حدود یک سوم موارد inf MI با انفارکتوس بطن راست همراه است. در مطالعه اخیر فراوانی نسبی و عوارض RV infarction را در بیماران مبتلا به MI بستری شده در بخش CCU بیمارستان توحید سنندج در سال‌های ۷۸ و ۷۹ بررسی نمودیم.

مواد و روشها: این مطالعه به صورت توصیفی انجام شد و جمع‌آوری داده‌ها از طریق مراجعه به پرونده بیماران صورت گرفت. حجم نمونه ۱۷۹ نفر بود که کل موارد MI در طول سال ۷۸ و ۵ ماه نخست سال ۷۹ در بیمارستان توحید را تشکیل می‌داد.

نتایج: این مطالعه نشان داد که از مجموع ۱۷۹ نفر بیمار مبتلا به MI بستری شده در بخش CCU، ۱۳۴ نفر (۷۴٫۸ درصد) مرد و ۴۵ نفر (۲۵٫۲ درصد) زن بودند. اکثریت آنها ۱۰۵ نفر (۵۸٫۶ درصد) در محدوده سنی ۷۵-۵۵ سال قرار داشتند. inferior MI ۷۷ نفر (۴۳ درصد) از کل موارد MI را تشکیل می‌داد، که از میان کل بیماران مبتلا به inferior MI ۳۰ نفر (۳۸٫۹۶ درصد) دچار RV infarction نیز بودند. شیوع عوارض مهمی نظیر Cardiogenic Shock و Sinus bradycardia در گروه مبتلا به RV infarction به ترتیب ۱۸ نفر (۶۱٫۲ درصد) و ۲۳ نفر (۷۶٫۶ درصد) بود که در مقایسه با شیوع ۱۱ مورد (۷٫۴ درصد) و ۲ مورد (۱٫۳۵ درصد) در سایر انواع MI بسیار قابل توجه بود. ۱۴ مورد (۴۸٫۴ درصد) از موارد RV infarction دچار ایست قلبی - تنفسی شده بودند که در ۴ مورد (۱۳٫۳ درصد) CPR موفقیت‌آمیز بوده است. از کل بیماران مبتلا به MI بستری در CCU در طول مدت مطالعه، ۱۷ مورد مرگ رخ داد که ۱۳ مورد (۷۶٫۴ درصد) از موارد مرگ و میر در گروه مورد مطالعه بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه درصد زیادی از بیماران مبتلا به انفارکتوس تحتانی دچار انفارکتوس بطن راست هستند که با عوارض زیادی از جمله شوک کاردیوژنیک نیز همراه می‌باشد. بنابراین لازم است تشخیص انفارکتوس بطن راست همواره مورد توجه باشد.

واژه‌های کلیدی: انفارکتوس بطن راست، انفارکتوس تحتانی، عوارض

* - استادیار گروه قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی کردستان، بیمارستان توحید، سنندج، مؤلف مسئول
۲ - پزشک عمومی

مقدمه

انفارکتوس میوکارد از شایعترین علل بستری بیماران در CCU است. این بیماری از علل عمده mortality در میان بیماریهای قلبی می‌باشد. برخورد صحیح با هر یک از انواع MI می‌تواند در کاهش میزان مرگ و میر نقش مهمی داشته باشد. Inferior MI از جمله موارد MI است که بررسی دقیق بالینی را می‌طلبد. Inf MI به خودی خود به سبب درگیری کمتر عضله قلبی نسبت به سایر انواع MI از جمله Ant. MI بیماری خوش‌خیم‌تری است. آنچه که باعث افزایش مرگ و میر در این بیماری شده است، همراهی بالای آن با RV infarction (۳۳٪) می‌باشد. این مورد به خاطر شیوع بالای عوارضی همچون Cardiogenic Shock (۲۰٪) و Sinus bradycardia بسیار مرگ‌زا است. نکته قابل ذکر اینست که Rv infarction گاهی به شکل یک پدیده ایزوله بدون همراهی با inf MI نیز رخ می‌دهد که البته تعداد موارد مشاهده شده چنین حالتی انگشت شمار است. از آن جایی که اقدامات درمانی در RV infarction از بسیاری جهات با سایر انواع MI تفاوت دارد، تشخیص زود هنگام این بیماری می‌تواند بسیار مفید باشد. چه بسا اقدامات روتین در برخورد با بیماران سکته قلبی، در این بیماران خطرناک بوده و سریعاً آنها را به کام مرگ بکشاند. اتفاقاً تشخیص RV infarction در صورت مراجعه زود هنگام بیمار به مرکز درمانی بسیار ساده است، اخذ ECG به شکل روتین (lead های استاندارد) همراه با برخی lead های سمت راست قلبی (V3R- V4R) به راحتی تشخیص این بیماری را مسجل می‌سازد. در این تحقیق در پی آنیم تا با اثبات شیوع بالای این بیماری و نیز فراوانی ایجاد عوارض قلبی و مرگ و میر این بیماران لزوم یادگیری نحوه تشخیص و برخورد صحیح بالینی با این بیماران را هر چه بیشتر متذکر شویم.

مواد و روشها

مطالعه حاضر از نوع مشاهده‌ای- توصیفی است. از بین کلیه موارد MI بستری شده در CCU

بیمارستان توحید در سال ۷۸ و ۵ ماه نخست سال ۷۹ که ۱۷۹ نفر بودند، موارد مبتلا به inf MI که ۷۸ نفر بودند انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری از نوع غیراحتمالی و به صورت سرشماری بود.

روش جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه مراجعه به پرونده و تکمیل پرسشنامه‌ای بود که اطلاعات موجود در پرونده‌های بیماران در آن ثبت می‌گردید. داده‌های به دست آمده وارد محیط نرم افزاری SPSS Win شد و با استفاده از این نرم‌افزار و آمار توصیفی (فراوانی، میانگین) تجزیه و تحلیل گردید.

نتایج

نتایج نشان داد که در مدت زمان انجام مطالعه از مجموع ۱۷۹ نفر بیمار مبتلا به MI بستری شده در CCU، ۱۳۴ نفر (۷۴٫۸٪) مرد و ۴۵ نفر (۲۵٫۲٪) زن بودند.

اکثریت آنها، ۱۰۵ مورد (۵۸٫۶٪) در محدوده سنی ۷۵-۵۵ سال قرار داشتند. مابقی (۲۷٫۹٪) ۵۵-۳۵ سال، ۱۹ مورد (۱۰٫۶٪) بالای ۷۵ سال و ۵ نفر (۲٫۸٪) زیر ۳۵ سال بودند. ۷۷ مورد (۴۳٪) از کل موارد MI از نوع تحتانی، ۶۴ مورد (۳۵٫۷٪) Anteroseptal، ۲۳ مورد (۱۲٫۸٪) Extensive Anterior و ۱۱ مورد (۶٫۱٪) Anterolateral، و ۴ مورد (۲٫۲٪) Subendocardial بودند.

از میان کل بیماران مبتلا به inf MI ۳۰ نفر (۳۸٫۹۶٪) RV infarction را دارا بودند. ۱۴ نفر (۷٫۸٪) از بیماران (کل موارد MI) سابقه‌ای از سکته قلبی در گذشته داشتند. و در ۴۷ مورد (۲۶٫۳٪) از موارد، سابقه بیانگر یک بیماری غیرقلبی بود.

عوامل خطرزایی نظیر افزایش فشارخون، دیابت و هیپرلیپیدمی در درجات بعدی قرار داشتند. فاصله زمانی شروع علام بالینی و مراجعه به اورژانس در ۱۵۲ نفر (۸۴٫۹٪) از بیماران زیر ۶ ساعت بود. حداقل این فاصله زمانی یک ربع و حداکثر سه روز (۷۲ ساعت قبل) بود که تنها در ۲ بیمار یافت شد. شیوع عارضه cardiogenic

۱۳ مورد (۷۶,۴٪) از موارد مرگ و میر در گروه مورد مطالعه بوده است.

جدول شماره ۱-۱: توزیع فراوانی نسبی هر یک از انواع MI در بیماران مبتلا به انفارکتوس بستری در بخش CCU

فراوانی	
۱۱(۶/۱)	Anterolateral
۶۳(۳۵/۲)	Anteroseptal
۲۳(۱۲/۸)	Extensive Anterior
۷۸(۴۳/۶)	Inferior
۴(۲/۲)	sub endocardial
۱۷۹(۱۰۰)	مجموع

inf MI شایعترین مورد یافت شده از انواع MI بود. ۱۱ نفر (۷/۳۹٪) از کل موارد inf MI انفارکتوس بطن راست را دارا بودند. RV infarction در سنین پایین بخصوص زیر ۴۵ سال نسبت به سایر موارد MI از شیوع بسیار پایینتری برخوردار است. در کل شایعترین گروه سنی جهت ابتلا به MI جدا از مسئله وجود RV infarction سنین بین ۷۵-۵۵ سالگی است. شایعترین عامل خطرزا در بین هر دو گروه سیگار (۶۷/۷) و سپس در مراحل بعدی فشار خون بالا، دیابت و هیپرلیپیدمی است. شیوع عوامل خطرزا در بین دو گروه، تفاوت قابل ملاحظه‌ای را دارا نیست. شایعترین علامت در معاینه بالینی بیماران RV infarction در درجه اول TR Murmur (۲۲,۵٪) و در درجات بعدی وجود صداهای قلبی S3 و S4، نشانه‌های افزایش فشار ورید جوگولار و در نهایت در موارد محدودی Paradoxical Pulse و Kussmal sign است.

بیشترین میزان افزایش آنزیمی در هر دو گروه بین ۱۰۰۰-۲۰۰۰ می‌باشد. مقایسه سایر گروه‌ها در همین زمینه تفاوت فاحشی را نشان نمی‌دهد. جز آنکه مقادیر آنزیمی بالای ۳۰۰۰ در گروه RV infarction فراوانی بیشتری را داراست (۲۵,۹٪) در برابر ۱۳,۳٪.

شایعترین میزان افزایش LDH در هر دو گروه در محدوده ۱۰۰۰-۲۰۰۰ می‌باشد. در سایر موارد

shock در گروه مبتلا به Rv infarction ۱۸ نفر (۶۱,۲٪) بود. که

در مقایسه با شیوع ۱۲ مورد (۸/۱٪) در سایر موارد MI بسیار قابل توجه به نظر می‌رسید.

در گروه دارای RV infarction شایعترین آریتمی مشاهده شده sinus bradycardia بود، که در ۲۳ نفر (۷۶,۶٪) از کل موارد RV infarction یافت شد. این در حالیست که این آریتمی تنها در ۲ مورد (۱,۳۵٪) از کل موارد MI جدا از Rv infarction دیده شد. شایعترین انواع آریتمی‌های غیرسینوسی مشاهده شده در بیماران MI به ترتیب شیوع ۴۱ مورد (۲۳٪) PVC و ۲۳ مورد (۱۳٪) VT بود. جالب آنکه به جز یک مورد PAT در سایر بیماران آریتمی‌های دهلیزی مشاهده نشد.

شایعترین علامت در بیماران MI جدا از موارد آریتمی، صداهای قلبی S3 و S4 بود که در ۲۵ مورد (۱۴,۲٪) از موارد گزارش شده بود.

سایر موارد به ترتیب شیوع شامل TR murmur ۱۹ مورد (۱۰,۷٪)، jvp ۱۷ مورد (۹,۶٪)، kussmal sign ۵ نفر (۳٪) و paradoxical pulse ۳ مورد (۱,۸٪) بود. البته این علائم در اکثریت قریب به اتفاق در موارد مبتلا به RV infarction یافت شده بودند (جدول شماره ۱-۱).

۴۱ مورد (۲۲,۹٪) از کل موارد MI تحت thrombolytic therapy قرار گرفته بودند. mortality در بین گروه‌های دریافت‌کننده ۲ مورد (۴,۸٪) بود که در مقایسه با ۱۵ مورد (۱۰,۶٪) در گروهی که عوامل ترومبولیتیک را دریافت ننموده بودند در مقادیر پایینتری قرار داشت. مقایسه افزایش آنزیمها

(LDH و CPK) در غالب موارد MI در محدوده ۲۰۰۰-۱۰۰۰ بود. مقایسه افزایش آنزیمی در موارد RV infarction نسبت به سایر موارد MI نشان دهنده تفاوت فاحشی نبود. ۱۴ مورد (۴۸,۴٪) از موارد RV infarction دچار Cardiorespiratory Arrest شده بودند که در ۴ مورد (۱۳,۳٪) CPR موفقیت‌آمیز بوده است.

در کل در طول ۱۷ ماه مطالعه بر روی بیماران MI بستری در CCU، ۱۷ مورد مرگ رخ داده است که

برتری جنسی خاصی در ابتلاء به RV infarction به دست نیامد. که البته با توجه به مراجع این مسئله قابل پیش‌بینی بود. فاصله زمانی شروع علائم بالینی تا مراجعه به اورژانس متغیری بود که می‌توانست نقش مخدوش‌کننده‌ای را در تحقیق انجام شده بازی کند. به این صورت که Gold standard تغییرات ECG در RV infarction شش ساعت نخست پس از شروع نشانه‌های قلبی است که در صورت مراجعه دیر هنگام بیماران به اورژانس شاید علیرغم وجود RV infarction تغییرات ECG را محو شده می‌یافتیم که این موضوع خود می‌توانست اثر منفی در نتایج حاصل از این تحقیق داشته باشد. خوشبختانه در ۸۴٫۹٪ از موارد، مراجعات بیماران، قبل از ۶ ساعت اول پس از شروع نشانه قلبی بوده است. در ارتباط با عوامل خطرزای قلبی، سیگار همچنان در رتبه اول قرار داشت (۶۷٫۷٪) و این امر باز هم تأییدکننده اثرات تخریبی سیگار بر وضعیت سیستم قلبی - عروقی است. شیوع بالای Cardiogenic Shock در این بیماران بیانگر RV infarction و به دنبال آن کاهش out put قلبی است. شیوع بالای این وضعیت می‌تواند تأییدکننده لزوم فراگیری دقیق نحوه برخورد با این بیماران در چنین شرایطی باشد. گاهی اوقات در چنین بیمارانی تنها مایع درمانی در مراحل اولیه می‌تواند حیات‌بخش باشد. شناخت ممنوعیت‌های دارویی از جمله دیورتیکها و گشاد کننده‌های عروقی در وضعیت مورد نظر نیز از اهمیت به‌سزایی برخوردار است.

انواع آرتیمی‌ها خصوصاً سینوس برادی کاردیا در بیماران RV infarction شیوع بالاتری دارد (۷۶٫۶٪) که البته این مسأله نیز با مراجع قلبی همخوانی دارد. برادی کاردی سینوسی در این بیماران با سه مکانیسم توجیه می‌شود: رفلکس بزولد- جاریش، اختلال ثانویه SA node و در نهایت RV failuer. نتایج حاصل از تحقیق انجام شده همچنین نشان دهند این موضوع است که آرتیمی‌های دهلیزی شیوع چندانی بالایی پس از ابتلاء به RV infarction ندارند.

یافته‌های بالینی در معاینه قلبی این بیماران به نسبت، بسیار شایعتر از گروهی است که RV

تفاوت فاحشی از جهت افزایش آنزیمی بین دو گروه مورد مطالعه مشاهده نمی‌شود.

موارد ایست قلبی تنفسی در گروه RV infarction ۱۵ مورد (۴۸٪) در مقایسه با سایر موارد MI ۷ مورد (۴۷٪) بسیار بالاتر است. در کل از مجموع ۱۷۹ بیمار مبتلا به MI بستری در CCU در این مدت زمانی ۲۲ نفر (۱۲٫۳٪) Cardiorespiratory Arrest داشته‌اند.

موارد مرگ و میر در گروه RV infarction در مقایسه با سایر موارد MI بسیار بالاتر است ۱۳ مورد (۴۱٫۹٪) در برابر ۴ مورد (۲٫۷٪). در طول مدت زمانی بررسی این تحقیق ۱۷ مورد (۱۲٫۳٪) مرگ در بین بیماران MI بستری در CCU رخ داده است. همچنین ۵ مورد CPR موفق با توجه به ۲۳ مورد ایست قلبی وجود داشته است.

۴۱ مورد (۲۲٫۹٪) از کل موارد MI تحت

Thrombolytic Therapy قرار گرفته‌اند.

بحث

اکثریت موارد MI را مردان (۷۴٫۸٪) تشکیل می‌دادند که البته با توجه به شیوع بالاتر انواع عوامل خطرزا در افراد مذکور، چنین نتیجه‌ای قابل پیش‌بینی بود و کاملاً با کتب مرجع تطابق داشت. سن شایع ابتلاء به MI ۷۵-۵۵ سال بود. وجود ۲۲ مورد (۱۳٫۴٪) ابتلاء به MI در سنین زیر ۴۵ سالگی بیانگر افزایش شیوع ابتلاء به بیماری در سنین پایین‌تر در سالیان اخیر است. بنابراین لزوم انجام تحقیقی در زمینه علل ایجاد این وضعیت و عوامل مرتبط با کاهش محدوده سنی ابتلاء به MI احساس می‌شود. نتایج نشان می‌دهد که موارد ثبت شده RV infarction به نسبت، معدل بالاتری از سایر موارد MI را دارا می‌باشند. با توجه به لزوم درگیری RCA در بیماران مورد نظر احتمالاً وضعیت انسدادی در این شریان نیازمند شرایط آترواسکلروتیک وسیعتر می‌باشد.

در کل شیوع RV infarction در همراهی با inf

MI در تحقیق انجام شده ۳۹٫۷٪ است که البته با ارقام ثبت شده در مراجع معتبر قلبی همخوانی دارد.

برقراری درمان مناسب طبق پروتکل‌های گفته شده برای این بیماران حیات‌بخش باشد.

References:

- Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher, KJ, editors. Harrison's principles of internal medicine. 14th ed; McGraw Hill; 1998. p. 1361-1365.
- Braunwald E. Heart disease a text book of cardiovascular medicine. 5th ed. W.B. Saunders company; 1997. p. 1205-1147
- Schlant RC, Alexander R. Hurst's the heart. 8th ed. McGraw Hill; 1996. p. 1115-1116.
- Harvey M, Goyal R, Knight BP, Man KC, Strickberger SA. Influence of right ventricular site of stimulation and infarct location on the inducibility of ventricular tachycardia in patients with coronary artery disease. J Electrocardiol 1998; 31:287-80.
- Shinomiya H, Fukuda N, Takeichi N, Soeki T, Shinohara H, Yui Y, et al. Echocardiographic assessment of right atrial function in patients with myocardial infarction with reference to obstructive lesions of the coronary arteries. Jpn Circ J 1998; 62:393-8.
- Pu SY, Huang JL, Chen CK, Lee WL, Hwang DS, Chen Y CT. Prediction of right ventricular infarction from standard surface ECG in patients with inferior myocardial infarction. Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei) 1998; 61:253-9.
- Goldstein JA. Right heart ischemia: pathophysiology, natural history, and clinical management. Prog Cardiovasc Dis 1998; 40:325-41.

infarction نداشته‌اند. خصوصاً سمع T R murmur که پان‌سیستولیک بوده و در LSB قابل سمع است. این علامت در (۲۲,۵٪) از کل موارد RV infarction قابل سمع بود. در درجات بعدی یافته‌هایی مثل صداهای قلبی S3 و S4 ، Paradoxical pulse و kussmal sign قرار داشتند که همگی بیانگر RV infarction هستند.

همچنین مقایسه‌ای جهت تعیین وضعیت افزایش آنزیمی بین دو گروه inf MI به تنهایی و inf MI در همراهی با RV infarction انجام گرفت. این مقایسه اختلاف فاحشی در افزایش آنزیمی بین دو گروه مورد نظر را نشان نداد. در ارتباط با Thrombolytic Therapy با توجه به نتایج به دست آمده تنها در ۲۲,۹٪ از کل موارد MI صورت گرفته بود.

با نگاهی به نتایج حاصل از تحقیق مشخص می‌شود که موارد Cardio Respiratory Arrest و به دنبال آن mortality در گروه RV infarction اختلاف فاحشی با سایر موارد MI دارد. این مسأله احتمالاً در ارتباط با شیوع بالاتر عوارض قلبی از جمله Cordiogenic shock و انواع آریتمی‌ها خصوصاً Sinus bradycardia میباشد. طبق مراجع قلبی نیز این وضعیت تأیید می‌شود. مجموعه موارد گفته شده لزوم تشخیص سریع این بیماران را بر ما روشن می‌سازد. چه بسا تشخیص زودهنگام و