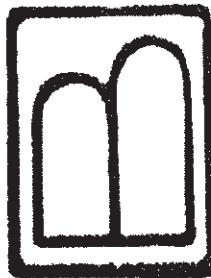




الْفَلَق



دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
دانشکده پزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه دکتری حرفه ای در رشته پزشکی

موضوع :

**بررسی یافته های اکوکاردیوگرافی بیماران با ریتم فیبریلاسیون
دهلیزی دائم و گذرا بستری در بخش قلب بیمارستان بوعلی
اردبیل در سال ۸۴**

استاد راهنما :

دکتر عدالت حسینیان

استاد مشاور :

دکتر فیروز امانی

نگارش :

ایلناز صمدیان

سال تحصیلی ۱۳۸۳-۸۴

شماره پایان نامه: ۰۲۵۱

تقدیم به :

همه بیمارانی که طب را بر بالینشان آموختم

باشد که التیام بخش جزئی از درد هایشان باشم

« دو عزیزم ، پدر و ماردم »

تقدیم به :

ممکم ترین و استوار ترین پشتونه زندگیم
او که ، هستی پر مهرش امید بخش زندگانیم است

« پدرم »

تقدیم به :

مظہر عشق و محبت ، اسوه صیر و فدایکاری
او که ، قلب پر مهرش گرمی بخش وجوده است

« مادرم »

تقدیم به :

برادر عزیزم، اشکان

به پاس وجود پاک ، بس ریا و دوست داشتنی اش

وتقديم به

الهام عزیز

با هزاران آرزو برای خوشبختی اش



تقدیم به :

دو بزرگوارم ، مادر بزرگان عزیزم

با امید به طول عمر و سلامتی شان

تقدیم به :

مادر عزیزم ، حاجیه خانم غریبانی

با آرزوی سلامتی و سر افزایی



تقدیم به :

همسر عزیزم

دکتر مجید محمد خریپانی

به پاس وجود استوارش که در پناہش ترس و ناامیدی برایم معنا ندارد

عائمه اختصاری :

AF : Atrial Fibrillation

AF-P : Atrial Fibrillation – Permanent

AF-T : Atrial Fibrillation

AV – node : Atrioventricular node

BP : Blood Pressure

CCU: Coronary Care Unite

C.C : Chief Complient

COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease

CVA : Cerebral Vein Accident

DM : Diabetes Mellitus

Echo : Echocardiography

ECG : Electrocardiogram

EF : Ejection Fraction

HF: Heart Failer

HLP : Hyperlipidemia

HR : Heart Rate

HTN : Hypertention

IHD : Ischemic Heart Disease

LA : Left Atrial

LVH : Left Ventricular Hypertrophy

RR : Respiratory Rate

SPSS : Statistical Paekage For Social Sciences

SSS : Sick – Sinus – Syndrom

WPW : Wolf – Parkinson White – Syndrom



فهرست مطالب

صفحه

عنوان

۱	چکیده (مقدمه و هدف- مواد و روش‌ها- یافته‌ها- نتایج)
۴	مقدمه و اهمیت موضوع

فصل اول : کلیات

۶	انگیزه و اهداف بررسی
۶	اهداف پژوهشی
۶	اهداف فرعی
۷	فرضیات پژوهش

فصل دوم : بررسی متون

۸	بخش ۱-۲ کارهای انجام شده در زمینه تحقیق
۹	بخش ۲-۲ فیبریلاسیون دهلیزی

فصل سوم: مواد و روش‌ها

۲۹	مواد و روش‌ها
۲۹	نوع مطالعه و روش تحقیق
۲۹	جامعه مورد مطالعه
۲۹	حجم نمونه‌گیری
۲۹	ابزار و روش گردآوری اطلاعات
۲۹	روش تجزیه و تحلیل آماری
۳۰	نمونه پرسشنامه



فهرست مطالب

عنوان

فصل چهارم : نتایج

٣١ ----- نتایج

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

٤٥ ----- تفسیر نتایج

٥٠ ----- خلاصه انگلیسی

٥٢ ----- منابع

فهرست جداول



عنوان

صفحه

۱۹	جدول ۱-۲
۲۴	جدول ۲-۲
۲۷	جدول ۳-۲
۲۸	جدول ۴-۲
۳۲	جدول ۱-۴ : توزیع فراوانی بیماران بر حسب سن
۳۵	جدول ۲-۴ : توزیع فراوانی بیماران بر حسب علت های زمینه ای
۴۰	جدول ۳-۴ : میانگین قطر دهلیز چپ در بیماران مورد مطالعه بر اساس جنسیت
۴۱	جدول ۴-۴ : میانگین EF% بیماران مورد مطالعه بر اساس جنسیت
۴۲	جدول ۵-۴ : HR بیماران مورد مطالعه بر اساس جنسیت
۴۳	جدول ۶-۴ : فشار خون (BP) بیماران مورد مطالعه بر اساس جنسیت
۴۶	جدول ۷-۴ : توزیع فراوانی بیماران علت دار و بدون علت AF بر اساس جنسیت
۴۷	جدول ۸-۴ : میانگین سنی بیماران در AF دائم و گذرا
۴۸	جدول ۹-۴ : میانگین EF% در بیماران AF دائم و گذرا
۴۹	جدول ۱۰-۴ : توزیع فراوانی LVH در اکوکاردیوگرافی بیماران AF دائم و گذرا
۵۰	جدول ۱۱-۴ : میانگین LA Size در بیماران AF دائم و گذرا



فهرست نمودارها

عنوان

صفحه

۳۱	نمودار ۱-۴ : توزیع جنسی بیماران مورد مطالعه
۳۲	نمودار ۲-۴ : توزیع فراوانی بیماران بر حسب AF دائم یا گذرا
۳۴	نمودار ۳-۴ : توزیع فراوانی بیماران بر اساس AF علت دار و بدون علت
۳۶	نمودار ۴-۴ : توزیع فراوانی بیماران بر اساس سابقه CVA
۳۷	نمودار ۵-۴ : توزیع فراوانی بیمار بر اساس AF در اکوکاردیوگرافی
۳۸	نمودار ۶-۴ : توزیع فراوانی بیماران بر اساس ECG در LVH
۳۹	نمودار ۷-۴ : توزیع فراوانی بیماران بر اساس پاسخ بطنی هنگام مراجعت (HR)
۴۴	نمودار ۸-۴ : نمودار رگرسیون میان افزایش سن با EF%
۴۵	نمودار ۹-۴ : نمودار رگرسیون میان افزایش سن با LA Size

چکیده:

مقدمه و هدف : فیبریلاسیون دهلیزی شایعترین آریتمی قلبی است که در ۰/۴ درصد از کل جمعیت وجود دارد . ۲ تا ۳ درصد از آنان بیش از ۴۰ سال و ۸ تا ۹ درصد بیش از ۸۰ سال دارند . سن متوسط افراد مبتلا به ۷۵ سال است و دو سوم این ابتلا در افراد با سن ۶۵ تا ۸۵ سال اتفاق می افتد . ریتم AF بر دو نوع گذرا و دائم تقسیم بندی می شود . AF گذرا در ۲۲ تا ۶۰ درصد بیماران با ریتم فیبریلاسیون دهلیزی گزارش شده است .

مواد و روشها : این تحقیق یک مطالعه توصیفی - تحلیلی بود . در طی تحقیق بیمارانی که با ریتم قلبی فیبریلاسیون دهلیزی بستره می شدند وارد مطالعه شده ، اطلاعات مربوط بیماران از طریق معاینه و شرح حال و تاریخچه بیماری ، اخذ آزمایشات و ECG و در نهایت مشخصات اکوکاردیوگرافی ، اخذ t-test شده و در پرسشنامه ای ثبت شد . برای هر یک از داده ها میانگین و انحراف معیار محاسبه شد و برای محاسبه میانگین ها استفاده گردید و در تمامی آنها احتمال خطای کمتر از ۰/۰۵ درصد معنی دار تلقی شد .

نتایج : ۱۵۰ بیمار مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی در این طرح بررسی شدند که ۵۰٪ زن و ۵۰٪ مرد بودند . ۷۰٪ بیماران دارای فیبریلاسیون دهلیزی دائم و ۳۰٪ دیگر نیز ریتم گذرا داشتند . سن بیماران AF در محدوده ۲۶ تا ۸۵ سال ، میانگین سنی ۶۵/۵ سال و انحراف معیار ۱۳/۱ بود . ۴۸/۶٪ بیماران دائم مرد و ۵۱/۴٪ نیز زن بودند که در آزمون خی دو رابطه معنی دار نبود . میانگین قطر دهلیز چپ در بیماران AF با ریتم دائم $1/4 \pm 0/95$ سانتی متر و در بیماران با ریتم گذرا $3/7 \pm 0/72$ بود . در آزمون t-test ارتباط معنی دار بود . میانگین کسر جهشی بطن چپ (EF) در بیماران AF دائم $42 \pm 11/7$ درصد و در بیماران AF گذرا $47 \pm 10/2$ درصد بود که در آزمون t-test این ارتباط معنی دار بود .

بحث و نتیجه گیری: با توجه به یافته های فوق، اختلاف آماری معنی داری میان کاهش کسر جهشی بطن چپ (EF) در بیماران AF گذرا و دائم وجود داشت . همچنین افزایش میانگین قطر دهلیز چپ در گروه AF دائم نسبت به گذرا معنی دار بود. با اینحال شیوع LVH در اکوکاردیوگرافی در هر دو نوع دائم و گذرا برابر و فاقد ارتباط معنی دار بود .

کلمات کلیدی : آریتمی ، فیبریلاسیون دهلیزی ، دائم ، گذرا ، اردبیل.

مقدمه و اهمیت موضوع

مقدمه و اهمیت موضوع :

فیبریلاسیون دهلیزی (AF) شایعترین آریتمی قلبی است که در $4/40$ درصد از کل جمعیت وجود دارد . AF یک فعالیت الکتریکی نامنظم و سازمان نیافته از سوی دهلیزها می باشد . امواج P وجود ندارند و خط مبنا از شکل های نامنظمی تشکیل می یابد که شکل ، دوام ، بزرگی و جهت آنها مدام در حال تغییر است . زیرا ضربانات دهلیزی و نیز واکنش بطئی نامنظم می باشد . [۱]

عوامل زمینه ساز متعددی در ایجاد این ریتم دخالت دارد که شایعترین آنها ، هیپرتانسیون و بیماریهای اسکمیک قلب می باشد . سایر علل شامل نارسایی قلبی ، بیماری روماتیسمی قلبی و بیماری غیرروماتیسمی دریچه میترال ، بیماری ریوی مزمن ، تیروتوکسیکوز و برخی اختلالات دیگر قلبی . برخی بیماران نیز بدون علت زمینه ای خاص دارای ریتم فیبریلاسیون دهلیزی خواهند بود . [۲و۳]

فیبریلاسیون دهلیزی (AF) را می توان بر اساس سرعت حمله ، علت ، واکنش به درمان و الگوی آریتمی طبقه بندی کرد . بر اساس الگوی آریتمی دو نوع AF خواهیم داشت : Transient یا گذرا و Permanent یا دائم . شیوع AF گذرا در جمعیت های مورد مطالعه از ۲۲ درصد تا ۶۵ درصد تغییر می کند . حدود یک چهارم افرادی که دارای اپیزورهای پارکسیمال هستند ، بیماریشان به سوی پایداری پیشرفت می کند . [۱و۳]

وجود بیماری دریچه قلبی ، گشادی دهلیز یا بطن ، هایپرترونی بطئی یا اختلال عملکرد سیستولی ، خطر پیشرفت بسوی فیبریلاسیون دهلیزی دائمی را افزایش می دهد . باید در نظر داشت که با گذشت زمان آریتمی ممکن است از شکل گذرا به شکل دائمی تبدیل گردد . [۱]

AF گذرا در غیاب بیماری قلبی زمینه ای ۱-۴۸ ساعت طول می کشد و نیاز به درمان نگذارنده دارد . استراحت ، خواب آوری خفیف ، بلوک کننده های کانال کلسیم ، بتا بلوکر ها و دیژتیال ها برای کنترل