



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اردبیل
دانشکده پزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه دکتری حرفه ای در رشته پزشکی

موضوع

بررسی مقایسه ای شیوع آریتمی های قلبی در بیماران با سکته قلبی حاد قدامی و تحتانی بستری در بیمارستان بوعلی اردبیل

استاد راهنما:

دکتر عدالت حسینیان

اساتید مشاور:

دکتر بهزاد باباپور – دکتر سعید صادقیه اهری

نگارش:

زهرا رسولی

سال تحصیلی: ۱۳۸۴-۸۵

شماره پایان نامه: ۰۲۵۷

ارائه شده در کنگره باشگاه پژوهشگران جوان (مشهد)

مهرماه سال ۱۳۸۴

پذیرفته شده در کنگره بین المللی قلب ، استانبول ترکیه،

مهرماه سال ۱۳۸۴

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

زندگی صحنه یکتای هنرمندی ماست

هر کسی نغمه خود خواند و از صحنه رود

صحنه بیوسته بجاست

خروج آن نغمه که مروج بسیارند به باد

تقدیم به:



محکم ترین و استوارترین پشتوانه ام
به پاس لحظه لحظه آسایش و آرامش زندگیم.

تقدیم به:



همراه همیشگی لحظات پر فراز و نشیب زندگیم
به پاس تمام زحمات و شب زنده داریهایش.

تقدیم به :

خواهر و برادرهای عزیزم ؛

که به پشتوانه آنها لحظات سخت غربت را

پشت سر گذاشتم

و

تقدیم به همه کسانی که دوستم دارند

و صعود بر قله معرفت آرزوی قلبی شان است.

تقدیم به :

استاد ارجمند ، جناب آقای دکتر عدالت حسینیان که با صبر و دلسوزی فویض در این راه
سفت راهنمای من بودند

تقدیم به:

ساتید گرانقدرم، آنان که معلم اخلاق بودند
مقامشان را ارج می نهیم و بر افتخار شاگردیشان می بالیم

تقدیم به :

همه بیمارانی که طب را بر بالینشان آموختم

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
چکیده	۱
مقدمه و اهمیت موضوع	۲
فصل اول: کلیات	
۱-۱: هدف اصلی	۳
۲-۱: اهداف اختصاصی	۳
۳-۱: اهداف کاربردی	۳
۴-۱: سئوالات پژوهش یا فرضیات	۳
فصل دوم: بررسی متون و مقالات	
۱-۲: آناتومی دستگاه هدایت کننده قلب	۴
۲-۲: اصول الکتروفیزیولوژیک و مکانیزم آریتمی	۵
۳-۲: آریتمی های بطنی	۸
۴-۲: برادی آریتمی ها	۱۵
۵-۲: تاکی آریتمی های سوپرا و نتریکولار	۲۴
فصل سوم: مواد و روشها	
۱-۳: روش تحقیق	۳۰
۲-۳: متغیرها	۳۰
۳-۳: متد مطالعه	۳۱
۱-۳-۳: نوع مطالعه	۳۱
۲-۳-۳: نوع طرح	۳۱
۳-۳-۳: جامعه آماری، روش نمونه گیری و حجم نمونه	۳۱

۳-۴: روش گردآوری اطلاعات ----- ۳۲

۳-۵: روش آماری ----- ۳۲

فصل چهارم: جداول و نمودارها ----- ۳۳

فصل پنجم:

بحث و نتیجه گیری ----- ۵۴

پیشنهادات ----- ۵۷

خلاصه انگلیسی ----- ۵۸

منابع ----- ۵۹

فهرست اشکال

عنوان	صفحه
شکل ۲-۱ آناتومی دستگاه هدایت کننده قلب	۴
شکل ۲-۲ مراحل پتانسیل عمل	۵
شکل ۲-۳ ضربان زودرس بطنی	۸
شکل ۲-۴ تاکیکاردی بطنی	۱۰
شکل ۲-۵ فیبریلاسیون بطنی	۱۲
شکل ۲-۶ برادیکاردی سینوسی	۱۶
شکل ۲-۷ بلوک درجه یک AV	۱۷
شکل ۲-۸ موبیتز تیپ I	۱۸
شکل ۲-۹ موبیتز تیپ II	۱۹
شکل ۲-۱۰ بلوک کامل قلبی	۲۰
شکل ۲-۱۱ تاکیکاردی سینوسی	۲۴
شکل ۲-۱۲ تاکیکاردی فوق بطنی حمله ای	۲۵
شکل ۲-۱۳ فلوتر دهلیزی	۲۶
شکل ۲-۱۴ فیبریلاسیون دهلیزی	۲۷
شکل ۲-۱۵ ریتم جانکشنال	۲۹

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۳۶	جدول ۱-۴: میانگین سنی بیماران بر حسب جنس
۳۸	جدول ۲-۴: شیوع آریتمی در Ant-MI و Inf - MI
۳۹	جدول ۳-۴: شیوع Q پاتولوژیک در بیماران AMI همراه با آریتمی
۴۰	جدول ۴-۴: شیوع برادیکاردی سینوسی در Ant-MI و Inf- MI
۴۱	جدول ۵-۴: شیوع تاکیکاردی سینوسی در Ant-MI و Inf- MI
۴۲	جدول ۶-۴: شیوع PVC در Ant-MI و Inf- MI
۴۳	جدول ۷-۴: شیوع VT در Ant-MI و Inf- MI
۴۴	جدول ۸-۴: شیوع Slow -VT در Ant-MI و Inf- MI
۴۵	جدول ۹-۴: شیوع VF در Ant-MI و Inf- MI
۴۶	جدول ۱۰-۴: شیوع RBBB در Ant-MI و Inf- MI
۴۷	جدول ۱۱-۴: شیوع LBBB در Ant-MI و Inf- MI
۴۸	جدول ۱۲-۴: شیوع بلوک درجه یک AV در Ant-MI و Inf- MI
۴۹	جدول ۱۳-۴: شیوع بلوک درجه دو AV در Ant-MI و Inf- MI
۵۰	جدول ۱۴-۴: شیوع CHB در Ant-MI و Inf- MI
۵۱	جدول ۱۵-۴: شیوع PAC در Ant-MI و Inf- MI
۵۲	جدول ۱۶-۴: شیوع AF در Ant-MI و Inf- MI
۵۳	جدول ۱۷-۴: شیوع آریتمی در بیماران فوت شده

فهرست نمودارها

عنوان	صفحه
نمودار ۱-۴: توزیع فراوانی بیماران بر حسب جنس	۳۴
نمودار ۲-۴: توزیع فراوانی بیماران بر حسب جنس و محل MI	۳۵
نمودار ۳-۴: فراوانی انواع AMI بر حسب محل	۳۷

فهرست علائم اختصاری

AF: Atrial Fibrillation
AIVR: Accelerated Idioventricular Rhythm
AMI: Acute Myocardial Infarction
Ant – MI: Anterior Myocardial Infarction
AV- Block: Atrioventricular Block
AV- node: Atrioventricular node
CABG: Coronary artery Bypass Graft
CCB: Calcium Channel Blocker
CCU: Cardiac care unit
CHB: Complete Heart Block
CHF: Congestive heart failure
CI: Cardiac Index
CK- MB: Creatin kinase – MB
CNS: central nervous system
CPK: Creatin phospho kinas
ECG: Electro cardio gram
EMD: Electromechanical dissociation
Inf – MI: Inferior Myocardial Infraction
IVCD: Intraventricular conduction defect
LBBB: Left Bundle Branch Block
LDH: lactate dehydrogenase
PAC: Premature atrial contraction
PCWP: pulmonary capillary wedge pressure
PVC: Premature ventricular contraction
PSVT: Paroxysmal supraventricular Tachycardia
RBBB: Right Bundle Branch Block
RV – MI: Right ventricular myocardial infarction
S. A node: Sinoatrial node
SK: streptokinase
Slow- VT : Slow – Ventricular tachycardia
VF: Ventricular Fibrillation
VPB: Ventricular Premature Beat
VT: Ventricular Tachycardia
WPW: Wolf – Parkinson - White

چکیده:

مقدمه و هدف: انفارکتوس میوکارد حاد شایعترین علت مرگ و میر بشر در جهان امروزی می باشد. در این بیماران تظاهرات کلینیکی که منجر به مرگ می شوند، شوک کاردیوژنیک و آریتمی های قلبی می باشد. در واقع علت اصلی مرگ بیماران قبل از پذیرش در بیمارستان، آریتمی و بعد از پذیرش شوک کاردیوژنیک می باشد. در این مطالعه تلاش کردیم شیوع آریتمی های قلبی در بیماران با سکنه قلبی حاد قدامی و سکنه قلبی حاد تحتانی بعد از پذیرش در بیمارستان را ارزیابی کنیم و شیوع آریتمی ها را در ۲ گروه مقایسه کنیم.

مواد و روشها: ۳۰۰ بیمار با انفارکتوس میوکارد حاد در عرض یکسال به صورت آینده نگر مقطعی و توصیفی - تحلیلی مورد مطالعه قرار گرفتند. ۲۸ بیمار بدلیل عوامل مخدوش کننده حذف گردیدند. تشخیص انفارکتوس میوکارد حاد با گرفتن شرح حال، معاینه فیزیکی سریال، ECG های سریال و اندازه گیری آنزیم های قلبی انجام گرفت. اطلاعات بدست آمده در فرم های مخصوص جمع آوری شد. و با نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: از ۲۷۲ بیمار مورد مطالعه ۱۸۸ بیمار (۶۹/۱۲٪) مرد و ۸۴ بیمار (۳۰/۸۸٪) زن بودند. میانگین سنی کل بیماران ۶۰/۰۷ بود در حالی که این عدد در گروه مردان ۵۶/۶۰ سال و در گروه زنان ۶۱/۶۲ سال بود. در کل ۱۵۵ بیمار (۵۶/۹۸٪) Ant-MI، و ۱۱۷ بیمار (۴۳/۰۲٪) Inf-MI داشتند. از کل بیماران، ۱۳۰ بیمار (۴۷/۰۸٪) حداقل یکی از انواع آریتمی ها را در طی زمان بستری داشتند. ۷۱/۴۳٪ از بیمارانی که Ant-MI داشتند و ۴۷/۰۱٪ از بیمارانی که Inf-MI داشتند همراه با آریتمی بودند. ۵۶/۷۱٪ از بیماران با موج Q و ۲۶/۸۳٪ بیماران بدون موج Q آریتمی از خود نشان دادند. ۲۱ بیمار (۱۷/۷۲٪) از کل بیماران مورد مطالعه در طی ایام بستری فوت کردند که ۷۱/۴۳٪ از آنها حداقل یکی از انواع آریتمی را داشتند. ۴۸/۳۳٪ از بیماران با Ant-MI و ۴۷/۰۱٪ از بیماران با Inf-MI در طی بستری یکی از انواع آریتمی را داشتند.

بحث و نتیجه گیری: شیوع AMI بطور مشخصی در مردان بیشتر از زنان می باشد همچنین به طور مشخصی افزایش سن همراه با افزایش AMI می باشد. سن متوسط زنان با AMI بالاتر از سن متوسط مردان می باشد شیوع آریتمی ها در این مطالعه پایین تر از مطالعات جهانی می باشد. که می تواند ناشی از دیر رسیدن به بیمارستان، فوت تعدادی از بیماران قبل از رسیدن به بیمارستان و از قلم افتادن برخی بیماران باشد. شیوع کلی آریتمی در مطالعه ما در Ant-MI و Inf-MI تفاوتی نداشت. ارتباط معنی دار مثبت بین شیوع آریتمی و انفارکتوس میوکارد حاد همراه با موج Q وجود داشت. همچنین رابطه معنی دار مثبت بین شیوع آریتمی و مرگ و میر وجود داشت.

کلمات کلیدی: انفارکتوس میوکارد حاد قدامی (Ant-MI)، انفارکتوس میوکارد حاد تحتانی (Inf-MI)، آریتمی، اردبیل.

مقدمه و اهمیت موضوع:

بیماری های عروقی کرونر نه تنها مهمترین عامل بیماری قلبی ، بلکه براساس اطلاعات آماری از مهمترین علل مرگ و میر در کشورهای صنعتی غرب می باشد(۱). در ایالات متحده سالانه تقریباً ۱۲۰۰۰۰۰ بیمار دچار انفارکتوس میوکارد حاد می شوند که میزان مرگ و میر یک ماهه آن ۳۰٪ می باشد و بیش از ۵۰٪ مرگ و میر قبل از رسیدن به بیمارستان می باشد(۲) . در کشور ما ایران هم امروزه، شایعترین علت مرگ و میر بیماری های قلبی - عروقی می باشند. بطوریکه مرگ و میر روزانه بیماران به ۱۱۰۰۰۰ (۳۸٪ کل مرگ و میر در ایران) در سال رسیده است. (به نقل قول از معاون وزیر محترم بهداشت در تاریخ ۲۵ شهریور ۸۵)

اختلالات ریتم قلب از عوارض عمده ایسکمی بوده و موجب مرگ ناگهانی می شوند. امروزه تصور می شود که مرگ در اثر بروز اینگونه رخداد های الکتریکی قلب اجتناب ناپذیر است. شایعترین زمان مرگ و میر در این بیماران در روز اول بخصوص ساعات اولیه بعد از سکته قلبی حاد می باشد. در بررسی های بعمل آمده شایعترین علت مرگ و میر اینها شوک کاردیوژنیک و آریتمی ها می باشد. تا قبل از راه اندازی بخشهای مراقبت های ویژه (CCU) بیشترین علت مرگ و میر در سکته قلبی حاد، آریتمی های قلبی بوده است . ولی در چند دهه اخیر مرگ و میر ناشی از آریتمی های قلبی در بیماران کاهش یافته است و شایعترین علت مرگ و میر این بیماران را بعد از رسیدن به بیمارستان، شوک کاردیوژنیک تشکیل می دهد و آریتمی ها در درجه دوم اهمیت قرار می گیرند(۱). در بیشتر موارد تشخیص اختلالات ریتم قلب متکی بر معاینات غیر تهاجمی و بررسی و تجزیه و تحلیل علائم بالینی حاصل از آنها می باشد. ECG یکی از ابزارهای اساسی و غیر تهاجمی برای تشخیص اختلالات ریتم قلب محسوب می شود. و با این روش می توان در هر لحظه چگونگی تغییرات بالقوه فعالیت الکتریکی قلب را مشخص کرد(۱).