

بررسی ارتباط وقوع بلوک دهلیزی- بطنی با الکتروکاردیوگرام اولیه بیماران سکته

حاد تختانی

چکیده

زمینه و هدف: وقوع تغییرات ایسکمیک در سطح قدامی و بلوک دهلیزی- بطنی پیش آگهی سکته حاد تختانی را بدتر می کند. میزان مورتالیتی با وقوع بلوک دهلیزی- بطنی (AV Block) در سکته حاد تختانی، افزایش می یابد.

هدف از این مطالعه، پیشگوئی و تشخیص بیماران در معرض خطر وقوع بلوک دهلیزی- بطنی با سکته حاد تختانی با استفاده از مشخصه های کلینیکی و الکتروکاردیوگرام می باشد.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی به صورت گذشتگر با بررسی پرونده ۵۰۰ بیمار بستری با تشخیص سکته حاد تختانی در فاصله سال های ۱۳۸۵-۸۶ در بیمارستان بولوی اردبیل انجام شد. ۱۹۶ بیمار به علت نداشتن ST بالا در لیدهای تختانی و یا نداشتن یافته های کافی از مطالعه خارج شدند. در دیگر بیماران وجود بلوک دهلیزی- بطنی و وجود ریسک فاکتور های فشار خون، دیابت، سیگار، ترموبولیتیک تراپی (درمان ضد انعقادی)، جنسیت، پاترن الکتروکاردیوگرام ($R \text{ wave} < 50\%$) (J point / R Wave $\geq 50\%$) (I) و (J point / R wave $\geq 50\%$) (II) به عنوان پاترن ۱ (J point / R wave $\geq 50\%$) (J point / R wave $\geq 50\%$) (III) به عنوان پاترن ۲ (II) در لیدهای تختانی avf، II، III و ایسکمی در لیدهای قدامی به عنوان متغیر در نظر گرفته شدند.

آزمون آماری به کار رفته Chi-square و مقدار احتمال برای معنی دار بودن، کمتر از 0.05 در نظر گرفته شد.

یافته ها: از ۳۰۴ بیمار مورد بررسی، ۷۵ بیمار (۲۴٪) دچار بلوک دهلیزی- بطنی شدند و ۲۹ (۷٪) بیمار بدون بلوک دهلیزی- بطنی بودند.

۱۷ بیمار از ۱۴۸ بیمار واجد پاترن ۱، دچار بلوک دهلیزی- بطنی شدند (۱۱٪). در حالیکه ۵۸ بیمار از ۱۵۶ بیمار دارای پاترن ۲، دچار بلوک دهلیزی- بطنی شدند (۲٪) ($P = 0.0001$).
۵۰ بیمار از ۱۶۳ بیمار دارای تغییرات ایسکمی، دچار بلوک دهلیزی- بطنی شدند (۷٪). در حالیکه ۲۵ بیمار از ۱۴۱ بیمار بدون تغییرات ایسکمی، دچار بلوک دهلیزی- بطنی شدند (۷٪) ($P = 0.011$).
درنتیجه وقوع بلوک دهلیزی- بطنی با پاترن ۲ الکتروکاردیوگرام و ایسکمی قدامی ارتباط معنی دار داشت. ولی وقوع بلوک دهلیزی- بطنی با حضور فشار خون، دیابت، سیگار، ترموبولیتیک تراپی و جنسیت تفاوت آماری معنی داری نداشت.

نتیجه گیری: در این بررسی به این نتیجه رسیده شد که وقوع بلوک دهلیزی- بطنی با پاترن ۲ (J point/R wave $\geq 50\%$) (J point/R wave $\geq 50\%$) (I) لیدهای تختانی الکتروکاردیوگرام در بدو مراجعه و ایسکمی قدامی ارتباط معنی دار دارد. در نتیجه مراقبت گسترشده و مونیتورینگ در این بیماران الزامی است.

کلیدواژه ها: ۱- بلوک دهلیزی- بطنی ۲- الکتروکاردیوگرافی ۳- سکته قلبی

مقدمه

مشخص شامل بالا رفتن قابل توجه قطعه ST و امواج T هایپر اکتیو در لیدهای تختانی (I, II, III)، avF، پیدایش یک موج قابل توجه در لید III و پایین افتادن قطعه ST در لیدهای VI-5 می باشد. در مقایسه با سکته حاد قدامی، پیش آگهی (پروگنووز) بهتری دارد. با این حال برخی بیماران با سکته حاد تختانی، در معرض خطر بالایی برای

انفارکتوس تختانی قلب علاوه بر علائم بالینی که به صورت درد آژنینی (بیشتر از نیم ساعت) طول کشیده و علائم افزایش فعالیت پاراسمپاتیک (که در نیمی از بیماران در یک ساعت اول به صورت برادیکاردی، هیپوتانسیون، تحریک معده و روده و لذا بروز استفراغ و اسهال تظاهر می یابد) مشخص می شود،^(۱) دارای تغییرات الکتروکاردیوگرافی

این مقاله خلاصه ای است از پایان نامه دکتر آزاده عباس زاده جهت دریافت درجه دکترای عمومی به راهنمایی دکتر عزیز الله ادیب و مشاوره دکتر عزیز یحیوی سال ۱۳۸۶

(I) استادیار و متخصص بیماری های قلب و عروق، دانشکده علوم پزشکی، میدان بسیج، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران (مؤلف مسؤول)

(II) پژوهش عمومی

(III) استادیار و متخصص بیماری های داخلی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

سبب افزایش مرگ و میر می‌شود یا همراهی آن با سکته حاد تحتانی قلب موجب افزایش مرگ می‌شود.^(۲)

در مطالعات دیگری محقق شد که پیش‌بینی بلوک AV در بدرو مراجعه بیمار مهم و حیاتی است.^(۴) در مطالعه بیرنباوم (Birnbaum)، الکتروکاردیوگرام ۱۳۳۶ بیمار مبتلا به سکته حاد تحتانی توسط سه کاردیولوژیست ماهر بررسی شد. در بیماران گروه پاترن I، بلوک AV ۶/۷٪ و در گروه پاترن II، ۱۱/۸٪ بود و میزان مرگ و میر در مبتلایان به بلوک AV پنج برابر مرگ و میر بیماران بدون بلوک بود. همچنین ارتباط بلوک AV با جنس زن و قرارگیری در پاترن II به طور مستقل در مطالعه بیرنباوم اثبات شد.^(۵)

هدف از مطالعه انجام شده، تشخیص بیماران در معرض خطر وقوع بلوک دهلیزی- بطئی با سکته حاد تحتانی و بررسی ارتباط وقوع آن با یافته‌های اولیه الکتروکاردیوگرام به منظور پیش‌بینی حدوث بلوک دهلیزی- بطئی در این بیماران است.

روش بررسی

در این مطالعه، بررسی به روش مقطعی و گذشته‌نگر بوده و جهت جمع‌آوری داده‌ها به بررسی پرونده ۵۰۰ بیمار بستری شده با تشخیص سکته حاد تحتانی در فاصله سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۸۵ پرداخته شده است. تشخیص سکته حاد تحتانی و ورود به مطالعه بر اساس معیارهای زیر بود:

۱- درد آنژینی ≤ ۳۰ دقیقه

۲- تغییرات الکتروکاردیوگرام به صورت صعود قطعه ST به میزان $\leq ۰/۱$ mv در ۲ لید تحتانی در زمان بستری ۳- افزایش آنزیم CK و اگر پیش از ۴۸ ساعت بود، افزایش تروپونین T و I و یا LDH^(۶)

میزان صعود قطعه ST در لیدهای تحتانی بر اساس میزان نقطه J بر موج R برای تمام بیماران، بر روی نوار قلب بدو مراجعه، اندازه‌گیری شد و بیماران به دو دسته

ابتلا به عوارض آن قرار دارند. به‌ویژه ایجاد بلوک دهلیزی- بطئی درجهات بالا (دو یا سه) در این بیماران با نتایج بدی همراه می‌باشد.

درجات بالای بلوک دهلیزی- بطئی حتی انواع گذرا آن، می‌تواند میزان مرگ و میر تا ۲۰٪ داشته باشد. در بیمارانی که وقوع بلوک قلبی‌شان در ۲۴ ساعت اول بوده است، مرگ و میر و درجهات بالای اختلال عملکرد بطن چه بیشتر می‌باشد. هدف از مطالعه انجام شده تشخیص بیماران در معرض خطر وقوع بلوک دهلیزی- بطئی با سکته حاد تحتانی و بررسی ارتباط وقوع آن با یافته‌های اولیه الکتروکاردیوگرام بوده است. در تحقیقات و مقالات مرتبط با بلوک بطئی در مبتلایان سکته تحتانی، بررسی جامعی توسط آفرید تنفس و همکارانش انجام شده است. طی این تحقیق که در یک دوره ۵ ساله (از ۱۹۷۲ تا ۱۹۷۶) بر روی ۸۴۳ بیمار مبتلا به سکته حاد تحتانی جهت بررسی وضعیت بالینی و پروگنوز بلوک‌های AV انجام شد، ۳۲ بیمار (۲۲٪) مردند. درحالیکه از ۶۹۹ بیمار فاقد بلوک قلبی، تنها ۶۵ بیمار (۹٪) فوت نمودند. اگرچه بلوک قلبی عموماً به درمان طبی پاسخ می‌دهد، ولی سبب افزایش مرگ و میر نیز می‌شود.^(۷)

در یک مطالعه که توسط ایتزراک هرتز و همکارانش بر روی ۲۰۵ بیمار مبتلا به سکته حاد تحتانی انجام شد، پیش‌بینی پیشرفت سریع بلوک AV از طریق متغیر میزان فاصله نقطه J از خط ایزو (J point) بررسی شد. ارتفاع موج R

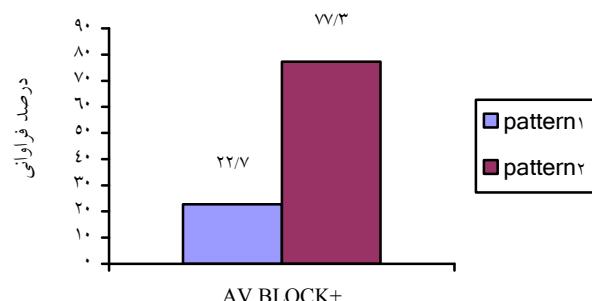
اگر $J \text{ point} / R \text{ wave} < 50\%$ باشد، آن را پاترن I و اگر بیشتر یا مساوی 50% باشد، پاترن II می‌نامند. در این مطالعه $۱۰/۲\%$ مبتلایان به سکته حاد تحتانی، دچار بلوک AV درجه بالا شدند (۲۱ از ۲۰۵ نفر؛ درحالیکه ۵% افراد دچار بلوک AV با درجه بالا در پاترن I و ۱۶% در پاترن II قرار داشتند ($P = 0/014$)).

برگر و همکارانش پس از تحقیقات وسیع اعلام کردند هنوز به طور واضح نمی‌دانند که آیا خود بلوک قلبی

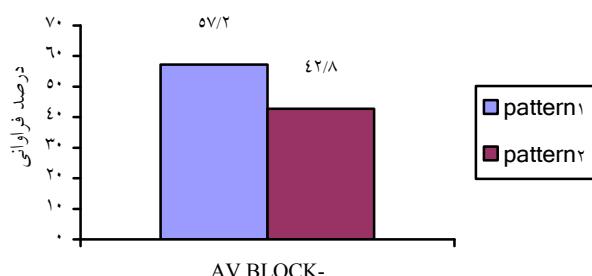
جدول شماره ۱- ارتباط وضعیت بلوک دهلیزی- بطئی بر حسب

Total	وضعیت پاترن			Pattern
	- AVB	+ AVB	درصد	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	
%۱۰۰	۱۴۸	%۸۸/۵	۱۲۱	%۱۱/۵
%۱۰۰	۱۵۶	%۶۲/۲	۹۸	%۳۷/۲
%۱۰۰	۳۰۴	%۷۵/۳	۲۲۹	%۲۴/۷
			۷۵	

در طی این مطالعه همچنین مشخص شد که ۷۷/۳٪ بیماران مبتلا به بلوک دهلیزی- بطئی، دارای پاترن ۲ هستند. در حالیکه ۲۲/۷٪ این بیماران، دارای پاترن ۱ بودند (نمودار شماره ۱). ولی در بیماران فاقد بلوک دهلیزی- بطئی، ۴۲/۷٪ دارای پاترن ۲ بودند و ۵۷/۲٪ دارای پاترن ۱ بودند (نمودار شماره ۲).



نمودار شماره ۱- درصد فراوانی پاترن ۱ و ۲ در بیماران مبتلا به بلوک AV



نمودار شماره ۲- درصد فراوانی پاترن ۱ و ۲ در بیماران بدون بلوک AV

۲۴ نفر از ۱۱۶ نفر بیمار مبتلا به فشار خون (۲۰/۷٪)،

زیر تقسیم شدند:

۱- ۱ Pattern با $\geq ۵۰\%$ موج R / نقطه J در ≤ ۲ لید

تحتانی

۲- ۲ Pattern با $\geq ۵۰\%$ موج R / نقطه J در ≤ ۲ لید

تحتانی

در ضمن الکتروکاردیوگرافی بیماران جهت بررسی

ایسکمی، از نظر وجود سقوط قطعه ST در لیدهای V₁ و

V₆ مورد بررسی قرار گرفتند:

۱- در صورت وجود $\sum ST \downarrow V_1 V_6$ ، ایسکمی +

۲- در صورت عدم وجود $\sum ST \downarrow V_1 V_6$ ، ایسکمی -

از کل تعداد بیماران بررسی شده، تعداد ۳۰۴ نفر واجد شرایط این مطالعه بودند که وجود بلوک دهلیزی- بطئی و وجود ریسک فاکتورهای پرفسنال خون، دیابت، سیگاری بودن، درمان ضد انعقادی، جنسیت، پاترن ۲ و ایسکمی قدامی به عنوان متغیر در نظر گرفته شدند.

از آزمون آماری Chi-square جهت بررسی نتایج استفاده شد و مقدار احتمال برای معنی دار بودن، Pvalue < 0.05 در نظر گرفته شد.

یافته ها

از ۵۰۰ بیمار تحت مطالعه با تشخیص سکته حاد تحتانی، ۱۹۶ بیمار به علت تغییرات Non ST elevation در لیدهای تحتانی و نبود اطلاعات (Data) کافی از مطالعه خارج شدند. از ۳۰۴ بیمار مبتلا به سکته حاد تحتانی دارای شرایط این تحقیق، ۷۵ بیمار (۲۴/۷٪) دچار بلوک دهلیزی- بطئی شدند و ۲۹۹ بیمار (۷۵/۳٪) بلوک دهلیزی- بطئی نداشتند.

طبق این تحقیق ۱۴۸ بیمار (۴۸/۷٪) با توجه به نوار قلبی بدرو مرارجعه دارای پاترن ۱ بودند. در حالیکه ۱۵۶ بیمار (۵۱/۳٪) با توجه به نوار قلبی بدرو مرارجعه، دارای پاترن ۲ بودند. تنها در ۱۱/۵٪ بیماران با پاترن ۱ (۱۴۸ از ۱۷۶ نفر) بلوک دهلیزی- بطئی دیده شد؛ در حالیکه ۳۷/۲٪ بیماران دارای پاترن ۲ (۵۸ از ۱۵۶ نفر)، دچار بلوک دهلیزی- بطئی شده بودند (P < 0.0001) (جدول شماره ۱).

ایسکمی قدامی داشتند. درحالیکه در افراد فاقد بلوک، تغییرات ایسکمی $49/4\%$ بود. به این ترتیب اهمیت حضور پاترن ۲ در ECG اولیه بیماران انفارکتوس تحتانی قلب، برای پیشگویی روز بلوک دهلیزی- بطئی در مطالعه روشن گردید.

ثالثاً: بر اساس یافته‌ها از لحاظ جنسیت در کل زنان موجود در مطالعه که دارای MI تحتانی بودند، $29/2\%$ دچار بلوک شده بودند. تعداد مردان $22/3\%$ بود ولی از کل حدوث بلوک‌ها، زنان $41/4\%$ و مردان $59/5\%$ مشمول بودند. در مجموع، بر اساس آمارهای قید شده از یافته‌ها جنسیت و ریسک فاکتورهایی مثل هیپرتانسیون و دیابت تأثیری در بروز بلوک Birnbaum و Abid Assal و مطالعات داشته‌اند. فقط دو مطالعه توسط Abid Assal و Birnbaum برای تعیین نقش پیش‌بینی کننده الکتروکاردیوگرام و متغیرهای کلینیکی در وقوع بلوک دهلیزی- بطئی در بیماران مبتلا به سکته حاد تحتانی قلب انجام شده است.

مطالعات Abid Assal نشان داد که وقوع بلوک دهلیزی- بطئی با حضور پاترن ۲ در لیدهای تحتانی مرتبه بوده و در $20/0\%$ موارد است ($P=0/003$) و این رقم در مطالعه حاضر $2/37\%$ بود ($P=0/001$). همچنین بررسی آن‌ها نیز حاکی از عدم ارتباط فشار خون، دیابت، سیگاری بودن و درمان ترمبولیتیک با وقوع بلوک دهلیزی- بطئی بوده است. با توجه به اینکه بلوک دهلیزی- بطئی با افزایش اندازه انفارکت و به دنبال آن افزایش سطح آنژیمی کراتین کیناز (CK) همراه می‌باشد.^(۷)

برگر در مطالعه خود برای احتمال وقوع بلوک AV به اندازه‌گیری سایز انفارکت با محاسبه مجموع ST در لیدهای تحتانی پرداخت که این مطالعه تحت تأثیر عواملی مانند ضخامت عضله، عمق قفسه سینه و فاصله الکترود قرار گرفت و لذا معیار مناسبی عنوان نشد؛ درحالیکه استفاده از نسبت point/R wave J با این محدودیت همراه نبود.^(۸)

بررسی Birnbaum نیز حاکی از ارتباط بلوک دهلیزی- بطئی با پاترن ۲ و همچنین جنس مؤنث بود؛ درحالیکه مطالعه Assal همسو با مطالعه حاضر ارتباط جنس مؤنث را در حدوث بلوک نشان نداد. با توجه به

دچار بلوک دهلیزی- بطئی بودند، درحالیکه 92 نفر از 137 بیمار فاقد فشار خون ($7/27\%$)، دچار بلوک بطئی- دهلیزی شده بودند. $18/3\%$ بیماران مبتلا به دیابت (۱۱ نفر از 60 بیمار)، دچار بلوک دهلیزی- بطئی شده بودند، درحالیکه $26/26\%$ بیماران 64 از 224 نفر) حتی بدون سابقه دیابت، مبتلا به بلوک دهلیزی- بطئی بودند. با توجه به این تحقیق، متغیرهایی که با وقوع بلوک دهلیزی بطئی ارتباط دارند عبارتند از حضور (J Point/R wave $\geq 50\%$) و حضور تغییرات ایسکمیک در سطح قدامی ($\sum st \downarrow V_1 - V_2$).

بحث

در تفسیر یافته‌های به دست آمده موارد زیر مورد توجه است:

اولاً: در حضور پاترن ۲ (J Point/R wave $\geq 50\%$) (J) که در الکتروکاردیوگرافی اولیه به دنبال انفارکتوس تحتانی قلب مشخص شده بود ($P<0/001$)، طبق مطالعه بلوک دهلیزی- بطئی به میزان $2/37\%$ به وقوع پیوست؛ درحالیکه این مقدار در بیمارانی که در الکتروکاردیوگرافی اولیه دارای پاترن ۱ (J Point/R wave $< 50\%$) (J) بودند، از میزان کمتری یعنی $11/5\%$ برخوردار بود. متقابلاً از کل کسانی که مبتلا به بلوک دهلیزی شدند، اکثریتی در حد $77/3\%$ پاترن ۲ داشتند، درحالیکه حدوث بلوک در بیماران پاترن ۱ تعداد کمتری را ($22/7\%$) شامل بود.

ثانیاً: وقوع بلوک دهلیزی- بطئی در 50 بیمار از 163 بیمار دارای تغییرات ایسکمی به صورت $\downarrow ST$ در لیدهای $V_6 - V_1$ در مقابل 25 مورد بلوک دهلیزی- بطئی از 141 بیماری که تغییرات ایسکمی در سطح قدامی داشت؛ یعنی $7/30\%$ وقوع بلوک در حضور ایسکمی قدامی در مقابل $7/17\%$ بلوک در بیماران بدون حضور ایسکمی قدامی در مطالعه مشخص گردیده است. همچنین از کل بیماران مبتلا به بلوک دهلیزی- بطئی، $7/66\%$ تغییرات

و از آنجایی که مورتالیتی در بیماران با بلوک دهلیزی- بطئی، بالا می‌باشد، لذا مانیتورینگ گستردگی تمهیدات لازم با مراقبت‌های ویژه در آن‌ها ضروری می‌باشد. در صورت وجود پاترن ۲ و تغییرات ایسمکیک در پره‌کوردیال توصیه می‌شود آمادگی برای گذاشتن pace maker مهیا شود. همچنین برای جلوگیری از خونریزی در گذاشتن pace maker به جای ترومبوولیتیک تراپی از پرفیوژن به صورت آنژیوپلاستی استفاده شود. با توجه به بررسی و مباحث فوق این مطالعه نشان داد که تغییرات ایسمکیک در الکتروکاردیوگرافی لیدهای قدامی و همچنین حضور پاترن ۲ در لیدهای تحتانی به شرحی که گذشت، برای پیشگویی حدوث بلوک دهلیزی- بطئی در بیمارانی که انفارکتوس تحتانی کرده‌اند ارزشمند است.

نوع مطالعه، محدودیت پژوهش مربوط به نقص پرونده‌ها (از جهت عدم وجود الکتروکاردیوگرافی سریال در برخی بیماران) بود، که با حذف این بیماران مشکلی ایجاد نگردید.

نتیجه‌گیری

بدین ترتیب بیماران مبتلا به سکته حاد تحتانی در صورت داشتن دو یافته الکتروکاردیوگرام زیر در ساعت‌های اول بستری، در ریسک بالای وقوع بلوک گره دهلیزی- بطئی می‌باشند:

- ۱- وجود پاترن ۲ با الگوی الکتروکاردیوگرام $\geq 50\%$ (J point/R wave)
- ۲- تغییرات ایسمکی در سطح پره کوردیال ($\Sigma ST \downarrow V_1 V_6$)

فهرست منابع

- 1- Braunwald E, Zipes L. Heart disease. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2001. P.443-932.
- 2- Tans AC, Lie KI. Clinical setting and prognostic significance of high degree atrioventricular block. ANI 1980; (45): 241-246.
- 3- Berger ND, Ruose TR. Incidence implicating inferior myocardial infarction. JAM Cardial 1992; (62): 153-161.
- 4- Post morto ND. Complete Heart block in acute myocardial infarction. Am J Cardiol 1996; (80): 111-116.
- 5- Birnbaum MD. Admission clinical and Electrocardiography predicting in hospital development of high degree AV block in inferior MI. JAM Cardial 1997; (92): 662-870.
- 6- Aryl L, Gold L. Electrocardiography. In: Harrison TR, editors. Harrisons Principles of Internal Medicine (Vol. 1). 15th ed. NewYork. MC Grawhill Company; 2001. P.1262-1265.
- 7- Abid A. Early development of Atrioventricular block in inferior myocardial infarction. Department of Cardiology London 1998; (6): 304-309.
- 8- Berger PB, Ryan TJ. Inferior myocardial infarction: High risk subgroups. Circulation 1990; (45): 401-411.

Evaluation of the Association Between AV Block and Initial ECG in Patients with Acute Inferior Myocardial Infarction

*A. Adib, MD^I

A. Abbaszadeh, MD^{II}

A. Yahyavi, MD^{III}

Abstract

Background and Aim: Presence of ischemic changes on the anterior surface of heart and AV block worsen the prognosis of acute Inferior Myocardial Infarction (MI). The rate of mortality increases with the occurrence of AV block in inferior MI.

The aim of this study was to predict and diagnose acute Inferior MI in patients with AV block based on ECG and clinical features.

Patients and Methods: In this cross sectional study that was conducted retrospectively, we reviewed the medical records of 500 patients with acute Inferior myocardial infarction admitted in Ardabil Bu Ali hospital during 2006-2007.

196 patients were excluded because of non ST segment elevation in the inferior leads and/or lack of substantial data. In the other patients presence of atrioventricular block, diabetes melitus, hypertension, smoking, thrombolytic therapy, initial ischemic pattern (J point / R wave < 50% - pattern 1, J point / R wave ≥ 50% - pattern 2 in inferior leads II, III, avF and ischemia in anterior leads) and gender were recorded. The Chi square test was applied to compare differences between discrete variables. P value < 0.05 was considered as statistically significant.

Results: The study population included 304 patients. AV block occurred in 75 patients (24.7%) and 299 patients (75.3%) were without AV block.

AV block occurred in only 17 patients (11.5%) of 148 patients with initial pattern 1 compared to 58 patients (37.2%) of 156 patients with initial pattern 2 ($P_v=0.0001$). 50 patients (30.7%) of the 163 patients with ischemic changes, had AV block. While AV block occurred in 25 patients of the total 141 patients without ischemic changes (17.7%) ($P_v=0.011$).

Therefore ECG pattern 2 and ischemic changes in anterior leads were associated significantly with AV block. However significant statistical association between AV block and hypertension, diabetes melitus, smoking, thrombolytic therapy and gender was not detected.

Conclusion: In this study, it was demonstrated that the occurrence of atrioventricular block is associated with pattern 2 in the inferior leads and anterior ischemia on initial electrocardiogram. Therefore these patients need extensive care and monitoring.

Key Words: 1) Atrioventricular block 2) Electrocardiography
3) Myocardial Infarction

This article is a summary of the thesis by A. Abbaszadeh, MD under supervision of A. Adib, MD and consultation with A. Yahyavi, MD, (2007).

I) Assistant Professor of Cardiology, Baseej Sq., Faculty of Medicine, Azad Islamic University, Ardabil, Iran (*Corresponding Author)

II) General Physician

III) Assistant Professor of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Azad Islamic University, Ardabil, Iran