

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

حاد تحتانی

چکیده

زمینه و هدف: وقوع تغییرات ایسکمیک در سطح قدامی و بلوک دهلیزی- بطنی پیش آگهی سکنه حاد تحتانی را بدتر می‌کند. میزان مورتالیتی با وقوع بلوک دهلیزی- بطنی (AV Block) در سکنه حاد تحتانی، افزایش می‌یابد. هدف از این مطالعه، پیشگویی و تشخیص بیماران در معرض خطر وقوع بلوک دهلیزی- بطنی با سکنه حاد تحتانی با استفاده از مشخصه‌های کلینیکی و الکتروکاردیوگرام می‌باشد.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی به صورت گذشته‌نگر با بررسی پرونده ۵۰۰ بیمار بستری با تشخیص سکنه حاد تحتانی در فاصله سال‌های ۸۶-۱۳۸۵ در بیمارستان بوعلی اردبیل انجام شد. ۱۹۶۰ بیمار به علت نداشتن ST بالا در لیدهای تحتانی و یا نداشتن یافته‌های کافی از مطالعه خارج شدند. در دیگر بیماران وجود بلوک دهلیزی- بطنی و وجود ریسک فاکتورهای فشار خون، دیابت، سیگار، ترومبولیتیک تراپی (درمان ضد انعقادی)، جنسیت، پاترن الکتروکاردیوگرام ($J \text{ point} / R \text{ Wave} < 50\%$) به عنوان پاترن ۱ (I) و ($J \text{ point} / R \text{ wave} \geq 50\%$) به عنوان پاترن ۲ (II) در لیدهای تحتانی avf, III, II، ایسکمی در لیدهای قدامی به عنوان متغیر در نظر گرفته شدند. آزمون آماری به کار رفته Chi-square و مقدار احتمال برای معنی‌دار بودن، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. یافته‌ها: از ۳۰۴ بیمار مورد بررسی، ۷۵ بیمار (۲۴/۷٪) دچار بلوک دهلیزی- بطنی شدند و ۲۹۹ بیمار (۷۵/۳٪) بدون بلوک دهلیزی- بطنی بودند.

۱۷ بیمار از ۱۴۸ بیمار واجد پاترن ۱، دچار بلوک دهلیزی- بطنی شدند (۱۱/۵٪). درحالی‌که ۵۸ بیمار از ۱۵۶ بیمار دارای پاترن ۲، دچار بلوک دهلیزی- بطنی شدند (۳۷/۲٪) ($P=0/0001$). ۵۰ بیمار از ۱۶۳ بیمار دارای تغییرات ایسکمی، دچار بلوک دهلیزی- بطنی شدند (۳۰/۷٪). درحالی‌که ۲۵ بیمار از ۱۴۱ بیمار بدون تغییرات ایسکمی، دچار بلوک دهلیزی- بطنی شدند (۱۷/۷٪) ($P=0/011$). در نتیجه وقوع بلوک دهلیزی- بطنی با پاترن ۲ الکتروکاردیوگرام و ایسکمی قدامی ارتباط معنی‌دار داشت. ولی وقوع بلوک دهلیزی- بطنی با حضور فشار خون، دیابت، سیگار، ترومبولیتیک‌تراپی و جنسیت تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. نتیجه‌گیری: در این بررسی به این نتیجه رسیده شد که وقوع بلوک دهلیزی- بطنی با پاترن ۲ ($J \text{ point}/R \text{ wave} \geq 50\%$) لیدهای تحتانی الکتروکاردیوگرام در بدو مراجعه و ایسکمی قدامی ارتباط معنی‌دار دارد. در نتیجه مراقبت گسترده و مونیترینگ در این بیماران الزامی است.

کلیدواژه‌ها: ۱- بلوک دهلیزی- بطنی ۲- الکتروکاردیوگرافی ۳- سکنه قلبی

*دکتر عزیزاله ادیب‌آ

دکتر آزاده عباس‌زاده

دکتر عزیز یحیوی

مقدمه

مشخص شامل بالا رفتن قابل توجه قطعه ST و امواج T هاپیراکتیو در لیدهای تحتانی (I, II, avF)، پیدایش یک موج قابل توجه در لید III و پایین افتادن قطعه ST در لیدهای V1-5 می‌باشد. در مقایسه با سکنه حاد قدامی، پیش‌آگهی (پروگنوز) بهتری دارد. با این حال برخی بیماران با سکنه حاد تحتانی، در معرض خطر بالایی برای

انفارکتوس تحتانی قلب علاوه بر علائم بالینی که به صورت درد آنژینی (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 می‌یابد) مشخص می‌شود،^(۱) دارای تغییرات الکتروکاردیوگرافی

این مقاله خلاصه‌ای است از پایان‌نامه دکتر آزاده عباس‌زاده جهت دریافت درجه دکترای عمومی به راهنمایی دکتر عزیزالله ادیب و مشاوره دکتر عزیز یحیوی سال ۱۳۸۶.

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

(II) پزشک عمومی

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

ابتلا به عوارض آن قرار دارند. به ویژه ایجاد بلوک دهلیزی-بطنی درجات بالا (دو یا سه) در این بیماران با نتایج بدی همراه می باشد.

درجات بالای بلوک دهلیزی-بطنی حتی انواع گذرا آن، می تواند میزان مرگ و میر تا ۲۰٪ داشته باشد. در بیمارانی که وقوع بلوک قلبی شان در ۲۴ ساعت اول بوده است، مرگ و میر و درجات بالای اختلال عملکرد بطن چپ بیشتر می باشد. هدف از مطالعه انجام شده تشخیص بیماران در معرض خطر وقوع بلوک دهلیزی-بطنی با سکته حاد تحتانی و بررسی ارتباط وقوع آن با یافته های اولیه الکتروکاردیوگرام بوده است. در تحقیقات و مقالات مرتبط با بلوک بطنی در مبتلایان سکته تحتانی، بررسی جامعی توسط آلفرد تنس 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 بلوک های AV انجام شد، ۳۲ بیمار (۲۲٪) مردند. درحالی که از ۶۹۹ بیمار فاقد بلوک قلبی، تنها ۶۵ بیمار (۹٪) فوت نمودند. اگرچه بلوک قلبی عموماً به درمان طبی پاسخ می دهد، ولی سبب افزایش مرگ و میر نیز می شود.^(۲)

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

اگر $J \text{ point} / R \text{ wave} < 50\%$ باشد، آن را پاترن I و اگر بیشتر یا مساوی ۵۰٪ باشد، پاترن II می نامند. در این مطالعه ۱۰/۲٪ مبتلایان به سکته حاد تحتانی، دچار بلوک AV درجه بالا شدند (۲۱ از ۲۰۵ نفر)؛ درحالی که 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 نمی دانند که آیا خود بلوک قلبی

سبب افزایش مرگ و میر می شود یا همراهی آن با سکته حاد تحتانی قلب موجب افزایش مرگ می شود.^(۳)

در مطالعات دیگری محقق شد که پیش بینی بلوک AV در بدو مراجعه بیمار مهم و حیاتی است.^(۴) در مطالعه بیرنباوم (Birnbäum)، 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-بطنی با سکته حاد تحتانی و بررسی ارتباط وقوع آن با یافته های اولیه الکتروکاردیوگرام به منظور پیش بینی حدوث بلوک دهلیزی-بطنی در این بیماران است.

روش بررسی

در این مطالعه، بررسی به روش مقطعی و گذشته نگر بوده و جهت جمع آوری داده ها به بررسی پرونده ۵۰۰ بیمار بستری شده با تشخیص سکته حاد تحتانی در فاصله سال های ۱۳۸۶-۱۳۸۵ پرداخته شده است.

تشخیص سکته حاد تحتانی و ورود به مطالعه بر اساس معیارهای زیر بود:

۱- درد آنژیینی ≤ 30 دقیقه

۲- تغییرات الکتروکاردیوگرام به صورت صعود قطعه ST به میزان $\leq 1 \text{ mv}$ 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، اندازه گیری شد و بیماران به دو دسته

زیر تقسیم شدند:

۱- Pattern 1 با $50\% < \text{موج R} / \text{نقطه J در } \leq 2$ لید

تحتانی

۲- Pattern 2 با $50\% \geq \text{موج R} / \text{نقطه J در } \leq 2$ لید

تحتانی

در ضمن الکتروکاردیوگرافی بیماران جهت بررسی ایسکمی، از نظر وجود سقوط قطعه ST در لیدهای V_1 و V_6 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-بطنی و وجود ریسک فاکتورهای پرفشاری خون، دیابت، سیگاری بودن، درمان ضد انعقادی، جنسیت، پاترن ECG و ایسکمی قدیمی به عنوان متغیر در نظر گرفته شدند.

از آزمون آماری Chi-square جهت بررسی نتایج استفاده شد و مقدار احتمال برای معنی دار بودن، $P\text{value} < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

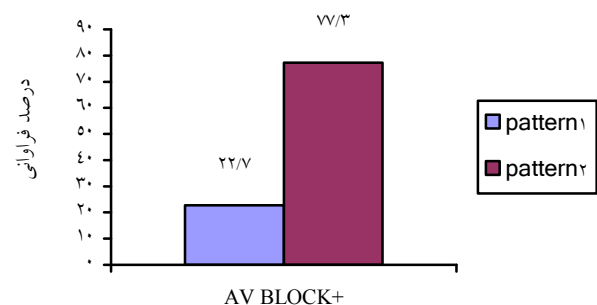
از ۵۰۰ بیمار تحت مطالعه با تشخیص سکنه حاد تحتانی، ۱۹۶ بیمار به علت تغییرات Non ST elevation در لیدهای تحتانی و نبود اطلاعات (Data) کافی از مطالعه خارج شدند. از ۳۰۴ بیمار مبتلا به سکنه حاد تحتانی دارای شرایط این تحقیق، ۷۵ بیمار (۲۴/۷٪) دچار بلوک دهلیزی-بطنی شدند و ۲۹۹ بیمار (۷۵/۳٪) بلوک دهلیزی-بطنی نداشتند.

طبق این تحقیق ۱۴۸ بیمار (۴۸/۷٪) با توجه به نوار قلبی بدو مراجعه دارای پاترن ۱ بودند. درحالیکه ۱۵۶ بیمار (۵۱/۳٪) با توجه به نوار قلبی بدو مراجعه، دارای پاترن ۲ بودند. تنها در ۱۱/۵٪ بیماران با پاترن ۱ (۱۷ از ۱۴۸ نفر) بلوک دهلیزی-بطنی دیده شد؛ درحالیکه ۳۷/۲٪ بیماران دارای پاترن ۲ (۵۸ از ۱۵۶ نفر)، دچار بلوک دهلیزی-بطنی شده بودند ($P < 0/001$) (جدول شماره ۱).

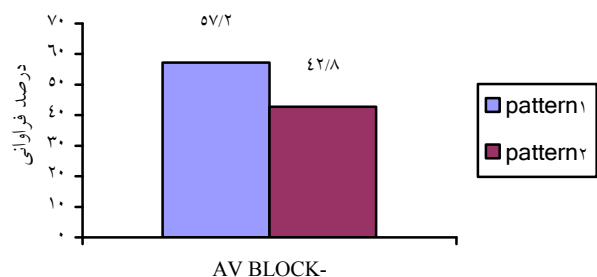
جدول شماره ۱- ارتباط وضعیت بلوک دهلیزی-بطنی بر حسب وضعیت پاترن

وضعیت پاترن	AVB +		AVB -		Total
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
پاترن ۱	۱۷	۱۱/۵٪	۱۳۱	۸۸/۵٪	۱۴۸
پاترن ۲	۵۸	۳۷/۲٪	۹۸	۶۲/۲٪	۱۵۶
	۷۵	۲۴/۷٪	۲۲۹	۷۵/۳٪	۳۰۴

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

ایسکمی قدامی داشتند. درحالیکه در افراد فاقد بلوک، تغییرات ایسکمی $49/3\%$ بود. به این ترتیب اهمیت حضور پاترن ۲ در ECG اولیه بیماران انفارکتوس تحتانی قلب، برای پیشگویی بروز بلوک دهلیزی- بطنی در مطالعه روشن گردید.

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

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

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

بررسی Birnbaum نیز حاکی از ارتباط بلوک دهلیزی- بطنی 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- بطنی بودند، درحالیکه ۹۲ نفر از ۱۳۷ بیمار فاقد فشار خون ($27/7\%$)، دچار بلوک بطنی- دهلیزی شده بودند. $18/3\%$ بیماران مبتلا به دیابت (۱۱ نفر از ۶۰ بیمار)، دچار بلوک دهلیزی- بطنی شده بودند، درحالیکه 26% بیماران (۶۴ از ۲۲۴ نفر) حتی بدون سابقه دیابت، مبتلا به بلوک دهلیزی- بطنی بودند.

با توجه به این تحقیق، متغیرهایی که با وقوع بلوک دهلیزی بطنی ارتباط دارند عبارتند از حضور ($J \text{ Point/R wave} \geq 50\%$) 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 ($J \text{ Point/R wave} \geq 50\%$) که در الکتروکاردیوگرافی اولیه به دنبال انفارکتوس تحتانی قلب مشخص شده بود ($P < 0/0001$)، طبق مطالعه بلوک دهلیزی- بطنی به میزان $37/2\%$ به وقوع پیوست؛ درحالیکه این مقدار در بیمارانی که در الکتروکاردیوگرافی اولیه دارای پاترن ۱ ($J \text{ Point/R wave} < 50\%$) 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- بطنی در ۵۰ بیمار از ۱۶۳ بیمار دارای تغییرات ایسکمی به صورت $ST \downarrow$ در لیدهای $V_1 - V_6$ در مقابل ۲۵ مورد بلوک دهلیزی- بطنی از بین ۱۴۱ بیماری که تغییرات ایسکمی در سطح قدامی نداشت؛ یعنی $30/7\%$ وقوع بلوک در حضور ایسکمی قدامی در مقابل $17/7\%$ بلوک در بیماران بدون حضور ایسکمی قدامی در مطالعه مشخص گردیده است. همچنین از کل بیماران مبتلا به بلوک دهلیزی- بطنی، $66/7\%$ تغییرات

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.

نتیجه گیری

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-بطنی می‌باشند:

- ۱- وجود پاترن ۲ با الگوی الکتروکاردیوگرام ($J \text{ point}/R \text{ wave} \geq 50\%$) در زمان بستری
- ۲- تغییرات ایسکمی در سطح پره کوردیال ($\sum \text{ST} \downarrow V_1 V_6$)

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