

اکسترا سیستول معرف نارسائی کورونر

دکتر سیاوش تولمی - دکتر بهرام مشیری

در اینجا معرفی یک مورد بیماری میباشد که از لحاظ بالینی علائم واضح آژین صدری داشته است ولی در الکتروکاردیوگرام هیچگونه نشانه‌ای از نارسائی کورونر وجود نداشت مگر موج T منفی بعد از اکستراسیستول بطنی.

شرح بیماری - خانم م. ۵۵ ساله خانه دار از سن ۴۸ مبتلا به دردهای پشت جناغی با انتشار بهرد و بازو گشته است ابتدا درهنگام فعالیت ولی مدت ۲ سال بود که در همه حالات درد ظاهر می‌شد و با تری نیترین تسکین مییافت.

الکتروهای متعددی که حتی درهنگام درد برداشته شده‌اند علائم مرضی نشان نمیداده اند.

شکایت دیگر بیمار از دله ره با تیر کشیدن سریع و زودگذر زیر پستانی چپ بوده است.

در معاینه: بیمار خانمی است کمی چاق متوسط مایل بکوتاه رنگ صورت سبزه تیره که در تاریخ ۲۷ فروردین ۱۳۴۴ مورد معاینه قرار می‌گیرد.

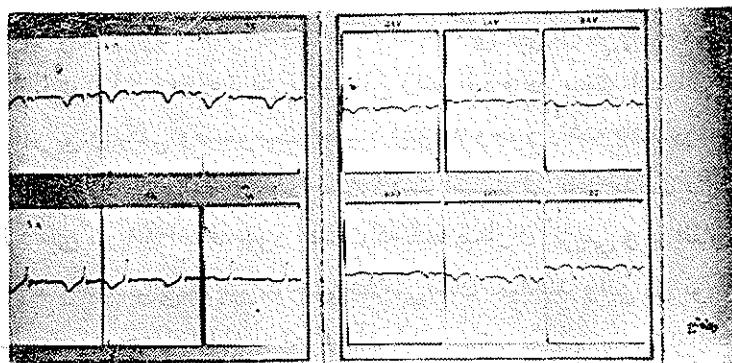
از لحاظ قلب ریتم منظم و آرام بود. و فقط یک انشقاق صدای اول در نوک قلب شنیده می‌شد و هر ۱۶ یا ۳۲ و یا ۴۸ بار یک مرتبه یک اکستراسیستول بگوش میرسید. فرکانس این اکستراسیستولها در بدو امتحان زیاد بوده و بعد با تسکین هیجان بیمار کمتر شده هر ۴۸ بار یا ۴۶ بار یکدفعه ظاهر می‌شد.

سایر دستگاههای بدن طبیعی، علائم تصلب سرخرگها وجود نداشته است.

سابقه بیمار: نکته مرضی مخصوصی را حکایت نمیکند فشارخون ۱۴ ماکزیما و ۹ سانتی متر جیوه مینیما بوده است.

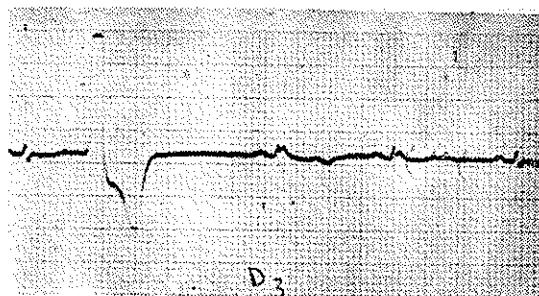
کلسترول ۳۵۰ رگرم و اوره ۹۵ رگرم و قند ۴۵ رگرم در لیتر بوده است در خانواده برادر بزرگ ویک خواهر کوچکتر مبتلا به انفارکتوس بوده‌اند.

سیر پیمایش: بیمار در مهرماه ۴۶ مبتلا با انفارکتوس میوکارد با تمام علائم بالینی و آزمایشگاهی واژ لحاظ الکتروکاردیوگرافیک، انفارکتوس قدامی و جانبی زیر درون شامه دل می‌شود که تحت معالجه معمولی قرار گرفته و بتدریج نشانه‌های «ضایعه» از بین رفته است و فعلاً فقط علائم «ایسکمی» در ناحیه انفارکتوس سابق وجود دارد.



شکل ۱

در این بحث فقط به ارائه الکترووهای قبل از انفارکتوس قناعت می‌شود الکتروکاردیوگرام شماره ۱: ریتم سینوسی در حدود ۷۴ در دقیقه با محور الکتریکی در حدود ۴۰ درجه دارد.



شکل ۲

در اشتاقاق D_3 تغییرات تنفسی موج QRS دیده می‌شود هیچگونه ناهنجاری رپلاریزاسیون در هیچ اشتاقاقی دیده نمی‌شود والکترو در حدود طبیعی می‌باشد.

الکتروکاردیوگرام شماره ۲ از اشتقاق D یک اکستراسیستول بطنی را نشان می‌دهد و موج QRS بعدی دارای نامنچاری رپلاریزاسیون می‌باشد بدین معنی که کاملاً T منفی و قرینه‌ای می‌باشد و بلافاصله در موج بعدی این اختلال ترمیم می‌شود. این علامت ایسکمی همیشه در این بیمار در هر اشتقاقی که موفق به ضبط یک اکستراسیستول می‌شد وجود داشت.

علت به وجود آمدن دوره‌ای اکستراسیستول با ضریب ۱۶ پاراسیستولی می‌باشد که از بحث ما خارج است.

نتیجه: با وجود اینکه اکستراسیستول بنهایی نمی‌تواند نشانه مرضی باشد و در بیشتر اوقات اولین و ساده ترین نابسامانی ریتم بود و در بیشتر اشخاص سالم بعل عصبی - عفونی و انگلکی و مسمومیت وغیره میتواند وجود داشته باشد در اشخاصی که از لحاظ قلبی مشکوک میباشند وجود چنین اکستراسیستولی باید بدقت بررسی شود. نکته‌ای که باید اضافه شود اینست که همه بیماران آنژینی و یا انفارکتوسی که مبتلا به اکستراسیستولی می‌شوند چنین علامتی نشان نمیدهند و این در نوع خود کم نظیر است و بهمین جهت اقدام به معرفی آن شد. برای مأخذ به کتاب زیر مراجعه شود.

Friedberg. C.H.K. Maladie du Coeur édité par Maloine S.A
Paris 1959 Tome I, P. 362.