

## حساسیت و اختصاصی بودن آریتمی های ریپرفیوژن در پیش گویی عملکرد بطن چپ در بیماران با سکته قلبی قدامی

دکتر حسین دوستکامی<sup>۱</sup>، دکتر سید هاشم سزاواری<sup>۲</sup>، فیروز امامی<sup>۳</sup>، دکتر عاطفه شادمان<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> نویسنده مسئول: استادیار بیماری های قلب و عروق گروه داخلی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

E-mail: h.doustkami@arums.ac.ir

<sup>۲</sup> دانشیار بیماری های قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی ایران <sup>۳</sup> مرتب آمار زیستی <sup>۴</sup> پزشک عمومی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

### چکیده

**زمینه و هدف:** بیماری های عروق کرونر و انفارکتوس حاد میوکارد جزو شایع ترین علت مرگ و میر در جهان و ایران می باشند. استفاده از روش های ریواسکولاریزاسیون نقش عمده ای در درمان این بیماری ها دارد. استفاده از ترموبولیتیک ها به خصوص استرپتوکیناز به جهت سادگی مصرف و عدم نیاز به پرسنل و تجهیزات خاص با استقبال همراه بوده است. یکی از عالیم اثربخش استرپتوکیناز در ایجاد ریپرفیوژن به ناحیه انفارکته، ایجاد آریتمی به دنبال ریپرفیوژن می باشد. مطالعه حاضر به منظور بررسی میزان حساسیت و اختصاصی بودن ایجاد آریتمی ریپرفیوژن جیت پیشگویی عملکرد بطن چپ در بیماران با سکته قلبی قدامی انجام شد.

**روش کار:** مطالعه از نوع توصیفی- مقطعي و آینده نگر بود. کلیه بیماران با سکته حاد قدامی قلب که در بخش Cardiac CCU (Care Unit) بیمارستان بوعلی سینا دریافت کرده بودند به تعداد ۱۰۰ نفر وارد مطالعه شدند. بیماران با سابقه نارسایی قلبی و منع مصرف استرپتوکیناز و یا بیمارانی که در عرض شش ساعت اول سکته قلبی فوت کردن و فرست برای اقدامات تشخیصی وجود نداشت از مطالعه حذف شدند. طی ۲۴ ساعت بعد از زمان بستره، بیماران تحت اکوکاردیوگرافی قرار گرفتند و عملکرد بطن چپ و میزان کسر جهشی (Ejection Fraction) تعیین شد. در نهایت اطلاعات جمع آوری شده به کمک برنامه آماری SPSS و با استفاده از روش آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** از بیماران حین دریافت استرپتوکیناز و پایش دچار آریتمی شدند که از این تعداد ۳۳٪ دارای عملکرد بطن چپ طبیعی و ۱۹٪ دچار اختلال عملکرد بطن چپ بودند. در ۴۸٪ باقیمانده که آریتمی اتفاق نیفتاد در ۲۱٪ عملکرد بطن چپ طبیعی و در بقیه مختل بود.

**نتیجه گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد که ایجاد آریتمی ریپرفیوژن می تواند با حساسیت ۶۱٪ و اختصاصی ۵۸٪ ابقامی عملکرد بطن چپ را پیش گویی کند و بین ابقامی عملکرد بطن چپ بعد از درمان با استرپتوکیناز و ایجاد ریپرفیوژن رابطه آماری معنی دار وجود داشت ( $p < 0.05$ ).

**واژه های کلیدی:** سکته قلبی قدامی حاد، استرپتوکیناز، آریتمی ریپرفیوژن، عملکرد بطن چپ

دریافت: ۸۴/۵/۳۱ اصلاح نهایی: ۸۵/۲/۱۴ پذیرش: ۸۵/۴/۱۷

### مقدمه

مرگ و میر زیادی داشته بلکه پیامدهای جسمی، روانی

و اجتماعی نیز برای مبتلایان به دنبال دارند [۱].

بیماری های عروق کرونری طیف گسترده خود را از جهان غرب به کشورهای در حال توسعه کشانده و

علی رغم کاهش میرایی نسبت به چند دهه گذشته، بیماری های عروق کرونری علت عمدۀ مرگ در کشورهای در حال توسعه است. این بیماری ها نه تنها

مطالعه کالیف<sup>۴</sup> نشان داد که با یک معیار از پنج معیار فوق نمی‌توان به خوبی ریپر فیوژن را تخمین زد و برای اطمینان از ریپر فیوژن باید از مجموع معیارهای فوق استفاده کرد [۷]. اما در اغلب این مطالعات که از ریپر فیوژن آریتمی به عنوان مشخصه ریپر فیوژن استفاده شده است AIVR<sup>۵</sup> را بدین منظور استفاده کرده اند نه کلیه آریتمی‌هایی که در اثر ریپر فیوژن ایجاد می‌شود [۸،۷]. مطالعه حاضر به منظور بررسی حساسیت و ویژگی ایجاد کلیه آریتمی‌های ریپر فیوژن جهت پیشگویی اباقی عملکرد بطن چپ در بیماران مبتلا به انفارکتوس قدمی تحت درمان با SK انجام شده است.

## روش کار

این مطالعه به صورت توصیفی - مقطعي و آینده‌نگر بود که به مدت یک سال از اول بهمن سال ۱۳۸۲ تا اول بهمن سال ۱۳۸۳ در بخش CCU بیمارستان بوعلی انجام شد. در طی این مدت تعداد ۱۰۰ نفر از بیمارانی که با تشخیص MI قدامی حاد در بخش CCU بستره شده و تحت درمان با استرپتوکیناز قرار گرفته وارد مطالعه شدند. پرسشنامه‌ای شامل مشخصات کامل از نظر سن، جنس، عوامل خطر (شامل مصرف سیگار، هیپرلیپیدمی، دیابت، فشار خون) در مورد هر بیمار تکمیل شد. بیماران از زمان شروع دریافت SK تا یک ساعت بعد از اتمام SK در کل دو ساعت از نظر آریتمی بررسی شدند. تغییرات آریتمی به وجود آمده در بیماران ثبت شد. سپس ۲۴ ساعت بعد از زمان بستره بیماران تحت اکوکاردیوگرافی قرار گرفته و عملکرد بطن چپ و میزان EF تعیین و بیماران بر حسب EF به دو دسته تقسیم شدند ( $EF > 40\%$  طبیعی و  $EF \leq 40\%$  غیر طبیعی در نظر گرفته شد). معیارهای خروج از مطالعه شامل وجود سابقه انفارکتوس میوکارد، ایجاد عوارض مکانیکال، عدم امکان بررسی عملکرد بطن چپ و عدم امکان اتمام درمان با

سبب اتلاف سرمایه‌های انسانی فراوان شده اند [۲]. این در حالی است که طی ۲۵ سال گذشته کاهش چشمگیری Coronary Artery (CAD) در کشورهای صنعتی و پیشرفته ایجاد شده که علت عمدۀ آن را می‌توان شناخت بهتر عوامل مستعد کننده این بیماری‌ها دانست. در ایران نیز این بیماری‌ها به صورت یک مشکل اجتماعی رو به تزايد درآمده و مهمترین علت میرایی به حساب می‌آید به طوری که ۳۸٪ مرگ و میرهای کشور ایران ناشی از بیماری‌های عروق کرونر است [۳]. MI<sup>۱</sup> معمولاً به دنبال انسداد حاد یک شریان کرونری و قطع ناگهانی جریان خون و اکسیژن به عضله قلب ایجاد می‌شود [۴]. انسداد شریان کرونری با اختلال در عملکرد میوکارد همراه است معمولاً انسداد شریان کرونری چپ باعث ایجاد اختلال قابل توجه در عملکرد بطن چپ می‌گردد. استفاده از ترومبوولیتیک‌ها (SK<sup>۲</sup>) و عامل بافتی فعال کننده پلاسمینوژن و غیره) با لیز کردن لخته و برقراری مجدد خونرسانی به میزان ۳۳٪ از تغییرات غیرقابل برگشت عملکرد میوکارد جلوگیری می‌کند. برقراری مجدد خونرسانی به ناحیه انفارکته معمولاً با بروز آریتمی‌های گذرا (انقباضات بطنی زودرس متعدد، ریتم ایدیو ونتریکولر) همراه است [۵]. ایجاد نارسایی قابل توجه بطنی ( $EF \leq 40\%$ ) به معنی عدم تأثیر SK در برقراری خون رسانی مجدد است، در حالی که در صورت خون رسانی مجدد مثلاً در اثر SK عملکرد بطن حفظ خواهد شد بنابراین تنها در عده‌ای از بیماران خونرسانی مجدد در اثر SK یا خود بخود ایجاد می‌شود و در تعدادی از این بیماران ایجاد این خون رسانی همراه با ایجاد آریتمی ریپر فیوژن خواهد بود [۶]. البته عالیم ریپر فیوژن فقط ایجاد آریتمی نیست بلکه افت قطعه ST، معکوس شدن قسمت آخر موج T، رفع درد سینه و مشخصه‌های بیوشیمیایی نیز دلالت بر ایجاد یا عدم ایجاد ریپر فیوژن دارند.

<sup>4</sup> Califf

<sup>5</sup> Accelerated Idio Ventericular Rhytm

<sup>1</sup> Myocardial Infarction

<sup>2</sup> Streptokinase

<sup>3</sup> Ejection Fraction

از ۱۰۰ نفر بیمار مورد مطالعه ۵۲ بیمار حین دریافت SK و پایش دچار آریتمی شدند که در ۳٪ EF طبیعی ( $>40\%$ ) و در ۱۹٪ EF غیر طبیعی ( $\leq 40\%$ ) به دست آمد (جدول ۲).

در ۸ بیمار باقی‌مانده نیز آریتمی ایجاد نشد که در ۲۱٪ EF طبیعی و در بقیه موارد مختلف بود. با استفاده از آزمون آماری کای دو مشخص گردید که بین EF و ایجاد آریتمی ریپرفیوژن ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد ( $p=0.000$ ). بیشترین نوع آریتمی ایجاد شده مربوط به PVC متعدد بیشتر از شش عدد در دقیقه با ۴۳٪ Slow VT و در نهایت ریتم ایدیو ونتریکولر با ۹٪ بود (جدول ۳).

جدول ۳. توزیع فراوانی توان با ایجاد آریتمی یا عدم ایجاد آریتمی ریپرفیوژن به تفکیک نوع انفارکتوس میوکارد

	نوع MI			ایجاد آریتمی
	نترولتراال انتروپیتال	اکستنسیوانتریور	MI	
۱۵	۱۰	۲۷		ثبت
۱۸	۱۲	۱۸		منفی
۳۳	۲۲	۴۵	جمع کل	
$x^2=4.1$		$p=.013$		$df=2$

بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه از کل افراد دچار آریتمی در ۲۷ نفر (۵۲٪) نوع MI انترولتراال بود و با استفاده از آزمون آماری مجذور کای مشخص گردید که بین ایجاد یا عدم ایجاد آریتمی به تفکیک نوع MI اختلاف معنی‌دار وجود ندارد یعنی ایجاد آریتمی در تمام حالت‌های مختلف MI یکسان می‌باشد.

از ۱۰۰ نفر بیمار مورد مطالعه ۵۲ نفر (۵۲٪) دچار آریتمی شدند که از این میان ۳۵ نفر (۶۷٪) مرد و بقیه زن بودند. نسبت آریتمی‌های مثبت در مردان برابر ۵/۴۵٪ و در زنان برابر ۷۴٪ با نسبت جنسی زن به مرد ۱/۶ بود. با استفاده از آزمون آماری مجذور کای مشخص گردید که بین ایجاد یا عدم ایجاد آریتمی به تفکیک مرد و زن اختلاف معنی‌دار آماری وجود دارد ( $p=.03$ ). با توجه به اطلاعات به دست آمده میزان حساسیت و ویژگی ایجاد آریتمی‌های ریپرفیوژن جهت پیشگویی عملکرد بطن چپ به ترتیب برابر ۶۱٪ و ۵۸٪

استرپتوکیناز به علت ایجاد عوارض بود.

اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی و به کمک آزمون‌های مجذور کای تجزیه و تحلیل شد، همچنین حساسیت و ویژگی آزمون بر اساس فرمول‌های مربوط به آزمون‌های غربالگری محاسبه گردید. در طول یک سال از مدت مطالعه ۱۳۴ نفر با تشخیص سکته قلبی قدامی حاد در شش ساعت اول شروع علایم در بخش CCU بیمارستان بوعلی مورد بررسی قرار گرفتند. از این تعداد هشت نفر به علت فوت و عدم تکمیل بررسی و ۱۰ نفر به دلیل سابقه اختلال عملکرد بطن چپ و ۱۶ نفر نیز به علت داشتن کنترال اندیکاسیون دریافت SK از مطالعه کنار گذاشته شده و در نهایت بررسی بر روی ۱۰۰ بیمار صورت پذیرفت.

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی افراد مورد مطالعه  $44.7 \pm 11.6$  سال و دامنه سنی ۵۷ سال به دست آمد. ۷۷٪ از بیماران مرد و بقیه زن با نسبت جنسی مرد به زن برابر ۳/۳ بودند (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی عوامل خطر مهم در افراد مورد مطالعه

عوامل خطر	فراآوانی	تعداد	درصد
هیپرلیپیدمی	هیپرلیپیدمی	۱۸	۱۸
سیگار و دخانیات	سیگار و دخانیات	۱۷	۱۷
هیپرتانسیون	هیپرتانسیون	۲۸	۲۸
دیابت	دیابت	۷	۷
چاقی	چاقی	۶	۶
سابقه فامیلی	سابقه فامیلی	۸	۸
بدون علت	بدون علت	۱۶	۱۶
جمع کل		۱۰۰	۱۰۰

جدول ۲. توزیع فراوانی عملکرد بطن چپ بر حسب ایجاد آریتمی

ایجاد آریتمی	طبعی	غیر طبیعی	جمع
ثبت	۱۹	۳۳	۵۲
منفی	۲۷	۲۱	۴۸
جمع کل	۴۶	۵۴	۱۰۰

در حالی که در مطالعه حاضر علاوه بر AIVR، تاکی کاردی بطنی، برادیکاردی سینوسی و انقباضات زودرس بطنی متعدد نیز به عنوان آریتمی ریپرفیوژن در نظر گرفته شده است. در بررسی دیگری میزان ایجاد ریپرفیوژن آریتمی در ۱۲۰ بیمار مبتلا به AMI در حدود ۷۵٪ بود [۱]. در حالی که در مطالعه حاضر این میزان ۵۲٪ به دست آمد.

### نتیجه گیری

- شایع ترین آریتمی بعد از شروع استرپتوکیناز در بیماران با AMI ایجاد PVC های متعدد می باشد.
- ثبت و گزارش ایجاد کلیه آریتمی ریپرفیوژن ها علاوه بر AIVR در بیماران با AMI حائز اهمیت است.
- ایجاد آریتمی ریپرفیوژن به عنوان معیار پیش گویی کننده ابقاء عملکرد بطن چپ با حساسیت و اختصاصیت متوسط می باشد.

### تشکر و قدردانی

در پایان از خدمات پرسنل بیمارستان بوعلی، کادر و پرستاران CCU بیمارستان بوعلی و همه کسانی که در انجام این مطالعه ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

محاسبه گردید و همچنین میزان ارزش اخباری مثبت و ارزش اخباری منفی به ترتیب برابر ۶۳٪ و ۵۶٪ محاسبه گردید.

### بحث

با توجه به نتایج به دست آمده از آریتمی ریپرفیوژن می توان جای پیشگویی عملکرد بطن چپ استفاده کرد و ریپرفیوژن آریتمی با حساسیت ۶۱٪ و اختصاصیت ۵۸٪ می تواند ابقاء عملکرد بطن چپ را پیشگویی کند. مطالعه حاضر نشان داد که عدم ایجاد آریتمی ریپرفیوژن به مفهوم اختلال در عملکرد بطن چپ می باشد (p=0.004).

در یک بررسی ایجاد آریتمی ریپرفیوژن در ۲۰ بیمار از ۲۷ بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد حد یعنی ۷۴٪ اتفاق افتاد [۸]. در مطالعه دیگری ۴۹٪ بیماران دچار ریپرفیوژن آریتمی شدند که با نتایج مطالعه حاضر که در ۵۲٪ بیماران آریتمی ریپرفیوژن اتفاق افتاد همخوانی دارد [۹].

در مطالعه ای مشخص شد که بروز آریتمی ریپرفیوژن می تواند با میزان حساسیت ۴۵٪ و ویژگی ۹۷٪ ابقاء عملکرد بطن چپ را پیشگویی کند [۱۰] در حالی که در مطالعه حاضر میزان حساسیت ۶۱٪ و میزان ویژگی ۵۸٪ برآورد شد. حساسیت کم و اختصاصیت بالای این مطالعه به علت استفاده از AIVR در آن مطالعه به عنوان آریتمی ریپرفیوژن بود [۱۰].

### References

- 1- Deaton C, Namasivayam S. Nursing outcomes in coronary heart disease. H Cardio Vasc Nurs. 2004 Sep-Oct; 19(5): 308-15.
- 2- Clark AM, Barbour RS, McIntyre PD. Preparing for change in the coronary heart diseases: a qualitative evaluation of cardiac rehabilitation within a region of Scotland. J Adv Nurs. 2002 Sep; 39 (6): 589-98.
- 3- محمدی محمدعلی، دوستکامی حسین. بررسی میزان آگاهی، تگرشن و عملکرد مردم شهر اردبیل در مورد عوامل خطرساز بیماری عروق کرونری. ۱۳۸۰، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، سال اول، شماره چهارم، تابستان ۱۳۸۱، صفحات ۴۲ تا ۴۸.
- 4- عسگری محمدرضا. مراقبت‌های ویژه در بخش‌های ICU و دیالیز، چاپ دوم، تهران: انتشارات نشر و تبلیغ شری، سال ۱۳۷۸، صفحه ۱۴۰.
- 5- Elliot M, Antma NE, Eugene B. Acute myocardial infarction. Braunwald. Textbook of heart

- disease, 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W B Saunders, 2001: 1145-56.
- ۶- ذاکری مقدم معصومه، علی اصغرپور معصومه. مراقبت‌های پرستاری ویژه در بخش‌های CCU و ICU چاپ اول، تهران: انتشارات اندیشه رفیع، سال ۱۳۸۱، صفحه ۸۷.
- 7- Califf RM, O'Neil W, Stack RS, Aronson I. Failure of simple clinical measurements to predict perfusion status after intravenous thrombolysis. *Am Intern Med*. 1988 May; 108(5): 658-62.
- 8- Golberg S, Urban P, Greenspon A, Berger B, Walinsky P, Muza B, et al. Limitation of infarct size with thrombolytic agents: electrocardiographic indexes. *Circulation*. 1983 Aug; 68: 177-82.
- 9- Shah PK, Cercek B, Lew AS, Ganz W. Angiographic validation of bedside markers of reperfusion. *J Am Coll Cardiol*. 1993 Jan; 21(1): 55-61.
- 10- Clemmensen P, Ohman EM, Serilla DC, Peck S, Wagner NB, Quigley PS, et al. Changes in standard electrocardiographic ST-segment elevation predictive of successful reperfusion in acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*. 1990 Dec; 66(20): 1407-11.
- 11- Zhange LY, Ren TH, Liu YQ, Liu XZ. The evaluation on the therapeutic effect of IV streptokinase for thrombolytic therapy in patient, with AMI. *Chinese Pharmaceutical J*. 2000; 35 (6): 420-2.