

يك مورد تورساده و پوانت بعد از مصرف پرنیل آمین

دکتر فریدون بهرامی دکتر محمد دانش پژوه دکتر منوچهر رخسار
دکتر اصغر جمشیدی
دکتر منوچهر رزم آراء

نیز متفاوت است، در نزد بیمار مورد مطالعه ما، این فاصله زمانی در حدود سه ماه بوده است.

با در نظر گرفتن این دو نکته، تصور اینکه علل دیگر نیز - علاوه بر مصرف دارو - در بروز تاکیکاردی دخالت داشته باشند فوق العاده تقویت می گردد و ما این عوامل را بررسی می نمائیم:

ب- عوامل دیگری که دخالت آنها میتواند موجب تورساده گردد:

۱- عوامل دارویی

علاوه بر پرنیل آمین، داروهای دیگری نیز هستند که بوجود آورنده این نوع اختلال ریتم، تشخیص داده شده اند. در مورد بیمار ما همراه با مصرف داروی فوق، روزانه ۲۲۵ میلی گرم Dipyridamole و ۴ میلی گرم Diazepam نیز مصرف شده که تا آنجا که ما اطلاع داریم، هیچیک از آنان موجب اختلال ریتم قلبی نیستند.

۲- نارسائی کرونر:

چنانچه نوشته شد، داروی فوق الذکر درمداوای بیمارانی که به نارسائی کرونر دچارند بکار برده میشود؛ بنابراین نارسائی کرونر همیشه وجود دارد ولی این سؤال مطرح میگردد که آیا تشدید شدن نارسائی کرونر در نزد بیمارانی که پرنیل آمین مصرف می نمایند، نقشی در بوجود آمدن تورساده بازی مینماید یا خیر؟ جواب به این سؤال بنظر عده ای از پژوهشگران مثبت

این اختلال ریتم را متخصصین قلب فرانسوی بنام Torsade De Pointe نوشته و در زمره تاکیکاردی های بطنی محسوب داشته اند و انگلیسی زبانان آنرا نوعی فیبریلاسیون بطنی میدانند. در هر حال این اختلال ریتم را قابلیت برگشت خود بخود ان به ریتم سینوسی، از فیبریلاسیون های بطنی عادی متمایز می سازد. علل مختلفی ممکن است باعث بوجود آمدن این اختلال ریتم گردند از جمله Prenylamine که دارویی است که جهت مبتلایان به آنژین صدری بکار میرود.

اخیراً ما، يك مورد آنرا در يك مرد ۵۶ ساله که ازدو سال پیش به دردهای آنژین صدری دچار شده و از سه ماه پیش روزانه ۱۸۰ میلی گرم از این دارو مصرف نموده است، مشاهده نمودیم.

در این مقاله سعی شده مسئولیت این دارو در بوجود آوردن این اختلال ریتم قلبی بررسی نمائیم.

الف - نقش پرنیل آمین در بوجود آوردن تورساده:

در مقالاتی که تاکنون در این باره انتشار یافته به مسئولیت این دارو تأکید شده است؛ ولی با وجود شیوع تجویز این دارو، موارد این نوع اختلال ریتم با این منشاء نادر است و از طرفی فاصله زمانی پیدایش اختلال ریتم از تاریخ شروع مداوا با این دارو

است .

درمورد بیمار ما از نظر فونکسیونل هیچگونه علائمی که حاکی بر شدت یافتن بیماری باشد وجود نداشت؛ ولی از نظر الکتروکاردیوگرافی، در نوارهای اخیر بیمار نسبت به نوارهای ماههای پیش، موجهای T منفی تر و عمیق تر گردیده بودند و این تشدید علائم، حدود دوماه بعد از بروز اختلال ریتم به حالت اول خود برگشتند .

۳- برادی کاردی:

آهسته شدن فرکانس قلب، یکی از عوامل ایجاد بی نظمی در ضربان قلب است که در مورد تورساده در بعضی از مواقع- به تنهایی عامل بوجود آورنده شناخته شده است .

(اکثر آدرنلوکهای دهلیزی بطنی و ندرتاً در برادی کاردی- های سینوسی شدید) پرنیل آمین با وجودیکه از نظر فارماکولوژی دارای اثر بازدارنده بر روی گیرنده های B سمپاتیک میباشد ولی این اثرش زیاد نیست؛ و تا آنجا که ما اطلاع داریم ، مصرف این دارو باعث برادیکاردی های شدید نیست .

در بیمار مورد مطالعه، متأسفانه فرکانس قلب در ساعات قبل از بروز اختلال ریتم، برای ما نامعلوم است؛ ولی در بین حملات تورساده فرکانس قلب بیمار نسبت به نوارهای قبلی و نوارهایی که بعد از بهبودی از او گرفته شد، بیشتر بود.

۴- هیپوکالیمی:

پائین بودن پتاسیم خون نیز جزء عواملی است که به تنهایی قادرند موجب بی نظمی ضربانی قلب بصورت تورساده باشند. حدود طبیعی پتاسیم خون در آمارها، مختلف ذکر گردیده است. اگرما

حداقل آن را ۳/۵ میلی اکیوالانت در نظر بگیریم، بیمار مورد بررسی ما هیپوکالیمی کمی داشته است (۳/۴) که نمیتوان ارزش زیادی برای آن قائل شد .

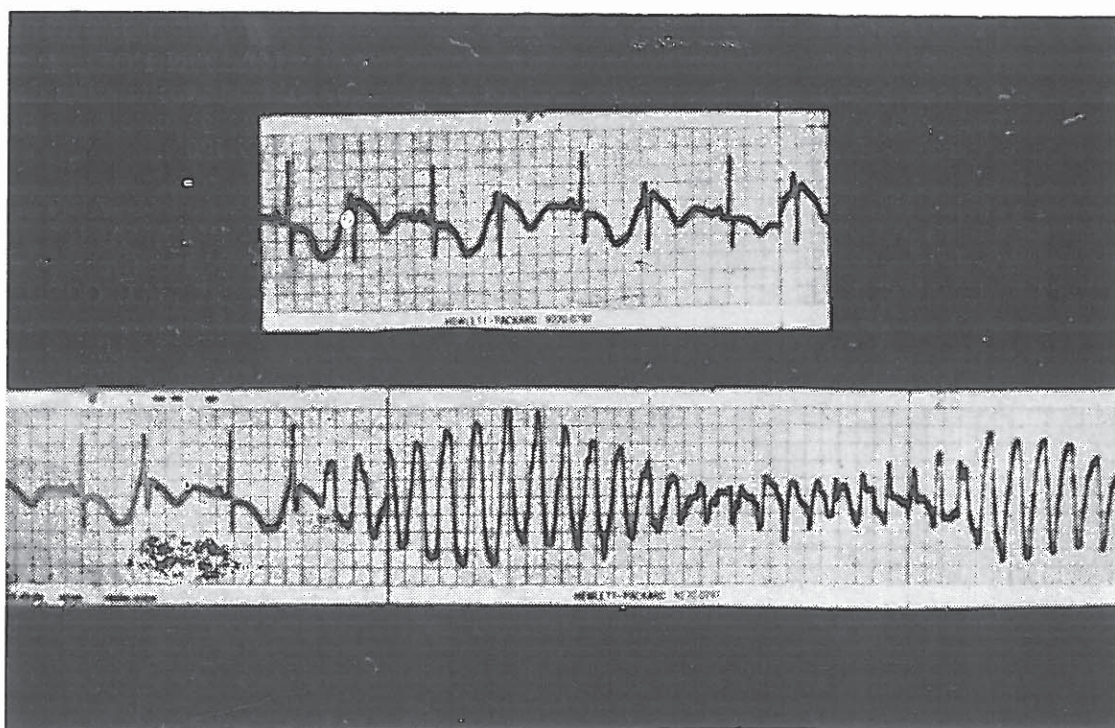
ولی بایستی خاطر نشان ساخت که پتاسیم خون نمایانگر وضع پتاسیم بدن نیست و بخصوص پتاسیم داخل سلولی را مشخص نمی سازد.

از آنجائیکه در نوار قلب بیمار (شکل ۱) موجهای U منفی و عمیقی وجود داشت، احتمال اختلال در نسبت کالیمی خیلی وجود دارد .

۵- طولانی شدن Q.T:

طویل شدن فضای Q.T و همراهی آن با موج U منفی- که مجموع آن شکل عجیبی به رپولاریزاسیون بطنی میدهد- قبل از کریزهای تورساده با تیولوژی های مختلف دیده میشود که در مورد بیمار ما نیز وجود داشت.

در نوارهایی که در حدود سه ماه قبل از بروز تکیکاردی از بیمار گرفته شده، فضای Q.T بلندتر از فضای Q.T تئوریک برای فرکانس قلبی بیمار است؛ که ما این طولانی شدن را به- حساب نارسائی کرومر گذاشتیم. ولی این مختصر طولانی شدن Q.T- یا بهتر بگوئیم Q.T.U- با طویل شدن Q.T.U در بین حملات تکیکاردی فرق دارد. در ضمن این نکته شایان توجه است که هنگام یکی از حملات تکیکاردی، که بیش از حد طول کشید و برای قطع آن مجبور به بکار بردن شوک الکتریکی گردیدیم، بلافاصله بعد از شوک، شکل رپولاریزاسیون برای مدت چند ثانیه بصورت طبیعی درآمد و سپس دوباره شکل عجیب قبلی را بخود گرفت.



شکل (۱)

نارسائی کرونو و بخصوص اختلالات یونیک، بنظر نویسندگان عوامل مساعدکننده لازم میباشد و به همین جهت توصیه میشود در بیماران که با این دارو مواجه میگرددند، توجه بخصوصی به وضع پتاسیم بیمار گردد و تا حد امکان از بکار بردن داروهائی که بوجود آورنده هیپوکالیمی هستند، پرهیز شود.

و در صورتیکه بیماران در حالات نارسائی حاد کرونو هستند و یا در وضع آنان تغییری - در جهت شدت یافتن بیماری آنان - مشاهده گردید، لااقل موقتاً مصرف دارو قطع گردد.

نتیجه

بدر نظر گرفتن عواملی که در بالا ذکر گردید و مطابقت دادن آنها با وضع بیمار خودمان این نتایج گرفته شد :

۱- پرنیل آمین نمیتواند به تنهایی عامل بوجود آورنده تورداد باشد و احتیاج به عوامل مساعدکننده دیگری دارد.

۲- در بین عوامل مساعدکننده، احتمالاً شدت یافتن

RESUME

L'intervalle de temps variable existante entre le debut du traitement par la prenylamine et la survenue de torsade de pointe et d'autre part la rareté de telle complication est considérée par les auteurs comme une indice de l'intervention de d'autres facteurs, parmi les quelles, la perturbation electrolytique doit jouer le rôle principal.

REFERENCES

- 1— BENS. J. L - QUIRT. J.C- DUBOISSET. M- LESBRE J.PH- BERNASCONI. P Syncopes par torsades de pointes d'origine iatrogene (importance d'un terrain predisposant a propos de 7 observations coeur- 1973. 6 171.
- 2— BROCHIER. M- MOTTE. G- FAUCHIER J. P. Tachycardie ventriculaire en torsade de pointe ACT cardio. vasc. Med. chir. MASSON editeur 1 Vol. PARIS 1972.
- 3— HAIAT. R- CHICHE. P. manifestations cardio- vasculaires de l'hypokaliemie. Coeur et Med- int 1975, XIV, 43.
- 4— MALLION J. M- AVEZOU. F- DENIS. B YACCOUB. M- MARTIN NOEL. P Syndrome de Q.T long avec torsades de pointe, syncopes et insuffisance coronarienne Arch. Mal Coeur (1972, 65 1209).
- 5— MOTTE. G- COOMEL. PH- ABITBOL. G- DESSERTENNE. F- SALAMA. R Le syndrome Q.T LONG et Syncopes par torsades de pointes ARCH MAL COEUR 1970, 63, 831.
- 6— SALAMA. R- BEAUFILS. ph- Sebastien- ph LES torsades de pointe rev. prat 1975, 25, 3349.