

مسائل روزمره طب عمومی

انفارکتوس میوکارد (۲)

دکتر محمد باقر یردانی *

I - عوارض انفارکتوس میوکارد در ماه اول و معالجه آنها

بطنی - بلك قلبی و فیبریلاسیون بطنی - پارگی جدار قلب.
اکنون این عوارض را مورد بررسی قرار میدهیم .

۱ - شوک انفارکتوس میوکارد

در ۱۵ درصد انفارکتوسها بوجود میآید - شوک از
Complication های بسیار خطرناک انفارکتوس است
که اغلب در اولین هفته رخ میدهد و درتزد اشخاص مسن و
انفارکتوس های Iteratif (دوم و سوم) و فوریشتری دارد.
آغاز شوک میتواند ناگهانی باشد و در عرض
چند دقیقه وحتى چند ثانیه فشار خون شدیداً سقوط نماید .
ولی گاهی از اوقات در دقایق وحتى ساعتی قبل از
وقوع شوک علامت هائی میتوانند نظر پزشک را جاب
نمایند :

- سقوط آهسته و پیشرونده فشارخون

- تندشدن ضربانات قلب

- اضطراب و بیقراری و یا برعکس بی تفاوتی و
خواب آلودگی

جستجوی مرتب این علامات از اصول مهم کنترل
بیمار مبتلا به انفارکتوس است و معالجه بموقع قادر است از
پیشرفت بیشتر سندرم شوک جلوگیری کند .

- علائم شوک عبارتند از :

پائین بودن فشار خون - فشار سیستولیک معمولاً

کمتر از ۸۰ میلیمتر جیوه است . ولی در صورتیکه قبلاً
فشارخون مریض بالا بوده است ممکن است فشار این بیمار

تقریباً در نیمی از موارد انفارکتوس میوکارد در
ماه اول بنحوی از انحاء همراه با عارضه ایست . هرچه
سن بیمار مبتلا بالاتر باشد و هرچه انفارکتوس وسیع تر
باشد ، امکان وقوع عوارض نیز بیشتر است .

برعکس امکان آنها هرچه از تاریخ وقوع انفارکتوس
دورتر میشویم نقصان می یابد . بطور کلی عوارض انفارکتوس
میوکارد را میتوان بدو گروه تقسیم نمود :

۱ - آنها که جان بیمار را مستقیماً بخطر نمی-
اندازند و براحتی میتوان گفت که شناخت آنها برای پزشک
عمومی لازم تر از عوارض خطرناک است . چون اغلب آنها
پیش قراول عارضه های مهمی هستند که تا اندازه قابل
پیشگیری میباشد . بدین جهت پزشک باید هر روز در معاینه
بیمار خود آنها را جستجو نماید . این عوارض عبارتند از
اختلالات ریتمی مانند اکستراسیتول - تاکیکاردی و یا
برادی کاردی سینوسی - بلك های شاخه - ترمبوز وریدی
اتدام تحتانی - بوجود آمدن سوفل سیستولیک بعلت
پاره شدن یکی از ستون های (Pilier) میترال - سندرم درسلر
(Dressler) - علائم نارسائی قلبی - کم شدن فشارخون .

۲ - عوارضی که اغلب بطور ناگهانی مخصوصاً
در روزهای اول بوقوع می پیوندند و اورژانس های پیشرفت
بیماری را تشکیل میدهند :

سندرم شوک و کلاپسوس - نارسائی بطن چپ بصورت
ادم حاد ریوی - اختلالات مهم ریتمی مانند تاکیکاردی

Cedilanide داخل وریدی (**Cedilanide**) روز های بعد این معالجه را باید بصورت غذای بی نمک - دیژیتالیک - دیورتیک ادامه داد .

۳ - نارسائی عمومی و پیشرونده قلب

از عوارض بالا کمیابتر است و معمولاً در اشخاص مسن - با سابقه فشارخون و با انفارکتوس های دوم و سوم اتفاق می افتند . علائم آن : ادم محیطی - کبد بزرگ و دردناک و کم شدن حجم ادرار برای همه شناخته است . معالجه آن مانند بالا شامل غذای بی نمک دیژیتالیک دیورتیک است ولی در اینجا بیش از همه جا داروهای ضدانعقاد برای پیشگیری ترمبو آمبولی لازم بنظر میرسد . متأسفانه اغلب این معالجات کم کم بی اثر میشود : تاکیکاردی سینوزال براحتی به دیژیتال جواب نمیدهند که مقادیر بیشتر آن تولید تهوع و اکستراسیستول مینماید - مصرف دیورتیکها مخصوصاً ترد آنها که مسن ترند هیپوکالمی بوجود می آورد و نیز در این جاست که اختلالات مهم هیدروالکترولیتی (هیپوناترمی - هیپوکلورمی و هیپرازوتمی) دیده میشود .

۳ - اختلالات ریتمی

تمام اختلالات ریتمی و هدایتی میتوانند در سیر انفارکتوس دیده شوند . آمارهاییکه در مراکز مراقبت شدید انفارکتوس تهیه شده است نشان میدهند که ۹۵ درصد این بیماران بصورتی اختلالات ریتمی مهم یا گذران پیدا میکنند . این اختلالات بترتیب و فور عبارتند از :

الف : اکستراسیستولها - در اغلب موارد با گرفتن نبض میتوان به وجود آنها پی برد . ولی الکتروکاردیوگرافی است که انواع مختلف آنرا مشخص میسازد دیدیم که در ساعات اول انفارکتوس غالباً چند اکستراسیستول روی الکتروکاردیوگرافی بچشم میخورد - این اکستراسیستولها معمولاً یک کانون دارد (همه بهم شبیه هستند) و اهمیت مخصوص ندارند - البته اگر مقدار آنها زیاد باشد بهتر است معالجه شوند چون میتوانند پیش قراول اختلالات ریتمی شدیدتری باشند ولی معمولاً در ساعات و روزهای بعد بخودی خود از بین میروند . اکستراسیستولهای بطنی چند کانونه از نقطه نظر پیش آگهی بدتر و نشانه تحریک پذیری زیاد میوکارد هستند . مخصوصاً اگر الکتروکاردیوگرافی نشان دهد که خینی زودرس هستند خطر تاکیکاردی بطنی و فیبریلاسیون بطنی و مرگ ناگهانی شدید است .

برای معالجه آنها از کلرور پتاسیم (۳ - ۲ گرم در روز از راه دهان) استفاده میشود و در صورت لزوم اگر متعدد و یا چند کانونی باشند از گریلوکائین داخل وریدی استفاده میشود . مقدار ۵۰ - ۲۰ سانتی متر مکعب گریلوکائین ۲٪ را در یک لیتر سرم قندی ۵٪ قرار داده و با سرعت مناسبی که اکستراسیستولها را کنترل نماید می گذرانیم - البته در این مدت باید فشارخون را دقیقاً کنترل

که در حال شوک ، ۱۰۰ میلیمتر جیوه حتی بیشتر باشد .
- نبض شریانی بسیار ضعیف و یا بسختی قابل لمس است .

- سردی دست و پا - رنگ پریدگی - عرق منتشر - سیانور مختصر - لرز

- اضطراب و بی قراری یا گنگی و بی تفاوتی
- عود دردهای سینه - درد شکم - تهوع و استفراغ

- علائم نارسائی حاد بطن چپ : صدای گالوپ - علائم Stase ریوی یا ادم حاد .

- معالجه شوک انفارکتوس عملاً بوسیله متخصص در مراکز بیمارستانها باید انجام شود . اما همکار پزشکی عمومی همواره باید در نظر داشته باشد که معالجه شوک هرچه زودتر شروع شود بهتر است و حتی دیدیم که معالجه پزشک باید نقش پیشگیری داشته باشد . اساس معالجه سندرم شوک عبارت است از :

- برقراری فشار سیستولیک برابر ۱۰۰ میلیمتر جیوه . بعقیده بعضیها بوسیله داروهای سمپاتومی متیک (**Wyamine** و یا احیاناً **Levophed**) و بعقیده دیگران بوسیله ایزوپرنالین (**Isuprel**) .

- اکسیژن تراپی ماسیو

- تصحیح اسیدوز و هیپوولمی

- تصحیح اختلالات ریتمی اگر وجود دارند .

۲ - ادم ریوی

تقریباً در ۱۰ درصد انفارکتوسها دیده میشود . این پدیده نارسائی بطن چپ میتواند همراه با اولین درد بوجود بیاید و علائمش تا اندازه ای جانشین علائم بالینی انفارکتوس گردند : تنگی نفس شدید همراه با حس خفگی - عرق زیاد - سرفه - تنفس صدادار - رالهای دوطرف سینه - خالط کف آلود مایل به سرخ - سیانوز لبها و زیر انگشتان .

همین جهت است که مخصوصاً در نزد اشخاص مسن وقتی ادم حاد ریوی بدون علت بنظر میآید باید از الکترو - کاردیوگرافی کمک خواست که در عمق ادم حاد ، انفارکتوسی نهفته نباشد .

- در بعضی موارد علائم شوک و ادم حاد ریوی باهم همراهند و با متناوباً یکی جانشین دیگری میشوند و روشن است که در این موارد معالجه چقدر بغرنج تر میشود و چگونه بالا بردن فشار علائم ادم را تشدید نموده و عکس آن شوک را عمیق تر می نماید .

معالجه ادم حاد ریوی انفارکتوس میوکارد عبارت است از :

یک سانتی گرم مرفین (زیرجلدی یا احیاناً داخل وریدی آهسته) - دوسانتی گرم فوروسمید (**Furosemide** داخل وریدی (**Lasix**) دو میلی گرم لاناتوریدت

ناگهانی وبا احساس طپش قلب و حالت *Lipothymie* و احیاناً *Syncope* است. معاینه قلب تاکیکاردی حدود ۱۷۰ نشان میدهد. فشارخون اغلب پائین میآید و گاهی از اوقات باعث سندروم شوک میشود مخصوصاً اگر تاکیکاردی شدید باشد (۲۰۰ و گاهی از اوقات تا ۳۰۰) و با حمله تاکیکاردی زیاد طول بکشد. این عارضه اگر باعث کلاپسوس هم نشود از برون ده قلب و بالتیجه دبی کرونر میکاهد و بساعت تجدید ویا شدت درد قفسه صدری میگردد.

با اینکه علامات سمعی برای تشخیص این تاکیکاردی ذکر شده است ولی عملاً تشخیص بوسیله الکتروکاردیوگرافی انجام خواهد شد.

برای معالجه تاکیکاردی بطنی یکی از سه طریقه زیر را میتوان انتخاب نمود:

۱- پرکائینامید (*Pronestyl*) که یک آمپول یک گرمی آنرا در ۲۰۰ سانتیمتر مکعب سرم گلوکز ایزوتونیک حل نموده و تحت کنترل الکتریکی از طریق داخل وریدی میگذرانیم.

۲- لیدوکائین (گریلوکائین) که فعلاً از معالجه بالا خطرش کم تر است و باراحتی بیشتری میتوان از آن استفاده نمود (طریقه استفاده از گریلوکائین را در معالجه اکستراسیستول بطنی دیدیم).

۳- در صورتیکه در یکی از معالجات بالا با عدم موفقیت مواجه شدیم میتوان براحتی از شوک الکتریکی استفاده نمود. در هر سه صورت اضافه نمودن پتاسیم از راه دهان مفید است.

معالجه تاکیکاردی بطنی نیز مانند بلوک دهلیزی بطنی باید در بخش قلب و در صورت امکان در مراکز مراقبت شدید انجام گیرد بخصوص اینکه تاکیکاردی بطنی اغلب نشانه انفارکتوس وسیع میوکارد است که از دیر وقت ضایعات متعددی داشته است و اغلب پس از بهبودی عود می نماید.

۵: فیبریلاسیون - فلوتر و تاکیکاردی های دهلیزی (فوق بطنی) مجموعاً در ۱۰٪ انفارکتوس های تازه دیده میشود (بخصوص انفارکتوس های *Posterieur* و یا *Lateral* بعالت اختصاصات آناتومیکی شریان های کرونر که دهلیزها را مشروب مینمایند) ولی اغلب عوارضی هستند گذران که بیشتر از چند ساعت یا چند روز طول نمیکشند و در هر صورت بندرت جان بیمار را بخطر میاندازند.

هر سه این عوارض باعث تاکیکاردی میشوند که اولی نامنظم و دوتای دیگر منظم هستند. در این جا نیز بیمار حس طپش قلب دارد و معاینه تاکیکاردی حدود ۱۵۰ و یا بیشتر را نشان میدهد. در این تاکیکاردی ها برعکس تاکیکاردی بطنی هیچگاه فشارخون سقوط نمیکند ولی براحتی باعث بوجود آمدن علائم نارسائی قلبی میشوند.

البته در این جا نیز تشخیص حقیقی بوسیله الکتروکاردیوگرافی است. یادآور شویم که گاهی اوقات الکترونیز خود عاجز میماند و انواع مختلف تاکیکاردی ها را نمیتواند

نمود. مدت معالجه لااقل ۲۴ ساعت است.

ب: تاکیکاردی و برادی کاردی سینوسی: تاکیکاردی سینوسی شایع تر است و در صورتیکه حدود ۱۰۰ باشد (مخصوصاً زمان تب) معالجه مخصوصی لازم ندارد ولی در صورتیکه ضربان سریع تر باشد استراحت مطلق و مهارکننده های بتا (مثلاً ۶۰ میلی گرم *Inderal* یا ۱۵۰ میلی گرم *Aptin* در ۲۴ ساعت) بسیار موثرند - دیربنا لین در این نوع تاکیکاردی اندیکاسیون ندارد.

برادی کاردی سینوسی در ساعات اول انفارکتوس دیده میشود ولی معمولاً جای خود را کم کم به تاکیکاردی میدهد - در صورت بجاماندن برادی کاردی کمتر از ۶۰ و اگر باعث پائین آمدن فشارخون شود تزریق $\frac{1}{4}$ میلی گرم سولفات آتروپین پیشنهاد میشود.

ج: بلوک های دهلیزی بطنی: پس از اختلالات بالا از همه فراوان ترند و مخصوصاً در انفارکتوس های خلفی مشاهده میشوند. معمولاً علامت بالینی ندارند و کمتر اتفاق می افتد که سندرم *Adams-Stokes* را بوجود بیاورند بلکه جزء عوارض الکتروکاردیوگرافی بشمار می آیند در $\frac{1}{3}$ موارد بلوک درجه اول (طول شدن *PR* بیش از ۲۰ صدم ثانیه) در $\frac{1}{3}$ موارد دیگر بلوک درجه دوم از نوع $\frac{2}{1}$ یا $\frac{3}{1}$ و بالاخره تقریباً در $\frac{1}{3}$ دیگر از نوع بلوک کامل است.

این عارضه در هفته اول بوجود میآید و حتی میتواند در لحظات اول انفارکتوس ظاهر شود - پیش آگهی خوبی ندارد، نه به دلیل اینکه خود خطرناک است بلکه چون نماینده انفارکتوس وسیع و ضایعات بزرگی است - ارجح است که در صورت امکان معالجه این نوع بیماران در مراکز مراقبت شدید انجام گیرد و با استفاده از *Monitoring* از این بیماران مواظبت شود. چون در هر لحظه امکان برادی کاردی شدید و ایست گردش خون وجود دارد. در تمام انواع آن کورتیکوتراپی بمقادیر معمولی باید شروع شود. در انواع درجه یک و درجه دو *Isoprenaline* از راه زیر زبانی و در بلوک کامل از راه وریدی بسیار مفید و موثر است. گاهی مجبور خواهیم شد که از تحریک الکتریکی قلب استفاده نمائیم (تحریک خارجی یا داخل قلبی بوسیله الکتروتود تحریک کننده که بطور موقتی از راه وریدی داخل بطن راست میشود). معمولاً انواع مختلف بلوک های دهلیزی بطنی در صورتیکه بیمار از انفارکتوس تمیرد کاملاً ترمیم مییابند و پس از انفارکتوس بجای نمی ماند.

د: تاکیکاردی بطنی - تاکیکاردی بطنی شیوع زیادی ندارد ولی عارضه خطرناکی است و از علل مهم مرگ و میر هفته اول بحساب میآید. شروع آن معمولاً بصورت

براحتی از هم تشخیص دهد. ولی این بحث استفاده برای پزشک عمومی ندارد. معالجه انواع مختلف تائیکاردی‌های فوق بطنی و فیبریلاسیون و فلوتر عبارت است از:

— دیژیتال بصورت دیژیتالین یا دیگوکسین و یا سدپالیند که گاهی از اوقات مجبور به مصرف مقادیر بسیار زیاد روزانه آنها می‌شویم.

— استفاده از داروهای ضد انعقاد

— دیورتیک

— روزانه حدود ۲ گرم پتاسیم

و: بلوک‌های شاخه راست و یا چپ در انفارکتوس دیده می‌شود ولی معمولاً هیچگونه علامت بالینی ندارند و به همین جهت برای پزشک عمومی اهمیت خاصی ندارند. کشف آنها با الکتروکاردیوگرافی است. اغلب وقتی که بوجود آمدند بجا می‌مانند ولی گاهی از اوقات بعات التهاب بافت اطراف انفارکتوس ظاهر می‌شوند و در این صورت گذران هستند.

در پایان بحث اختلالات ریتمی که انفارکتوس را کمپلیکه مینماید و با توجه بوفور آنها و خطر لزوم معالجه اورژانس تعدادی از آنها بار دیگر توجه همگی را به اهمیت اندازه گیری و ثبت نبض و فشارخون بیمار مبتلا به انفارکتوس جلب مینمایم — بیمار مبتلا به انفارکتوس باید لااقل روزی دوبار بوسیله پزشک معاینه گردد ولی منحنی نبض و فشارخون در ساده‌ترین انفارکتوس‌ها هم باید هر دو ساعت یکبار و در روزهای اول خیلی بیشتر کنترل و ثبت گردد.

۵ — پاره‌شدن جدار قلب — سیتوم — ستون‌های

قلب — مسئله بوجود آمدن سوفل سیستولیک در جریان

انفارکتوس:

این عوارض بیشتر در روزهای اول ظاهر می‌شود.

الف — جداره بطن چپ می‌تواند پاره شود که معمولاً در عرض چند لحظه باعث هموپریکارد و تا بوشوک شده و بیمار را از پا در می‌آورد. علت اصلی آن مساملاً وسعت انفارکتوس و اهمیت آن است که میبایستی با بررسی علائمی که در مقاله قبل ذکر شد برآورد شده و استراحت مطلق و مراقبت‌ها را تشدید نمود (درد شدید و طولانی — تب — تائیکاردی — هیپرلوکوسیتوز — سدیماتاسیون — بالا و تیتربالای ترانس آمینازها) علاوه بر وسعت انفارکتوس، فشارخون زیاد — حرکت بیمار (قبل از بستری شدن یا هنگام بستری بودن) — مصرف زباده از حد داروهای بالا برنده فشار خون و داروهای ضدانعقاد و احیاناً دیژیتالیک‌ها در پاره شدن جدار بطن سهم دارند. ولی مسماً عدم رعایت استراحت مطلق در انفارکتوس‌های وسیع بیش از هر چیز عامل خطرناکی از این جهت بنظر می‌آید.

ب — پاره‌شدن سمپتوم ارتباط بین دو بطن بوجود می‌آورد — درد آثرینی — سندرم شوک و کلاپسوس و ظهور سوفل سیستولیکی که در دو طرف استخوان جناغ سینه شنیده

میشود از علائم آن هستند. پرنوستیک آن بسیار بد است و در ۵۰٪ موارد به مرگ بیمار منتهی می‌شود — چنانچه بیمار زنده بماند این ارتباط بین دو بطن را میتوان در صورت لزوم از ماه دوم با عمل جراحی اصلاح نمود.

ج — پاره‌شدن یکی از ستون‌های میترال (Pilier)

باعث بوجود آمدن يك نارسائی میترال شدید وحاد می‌شود که در آن درد آثرینی — شوک و کلاپسوس و علائم ادم حاد ریوی باهم بوجود می‌آیند. معمولاً سوفل سیستولیک نارسائی میترال با انتشار به زیر بغل تشخیص را آسان میکند. ولی ممکن است سوفل در ساعات اول غایب باشد — در صورتیکه بیمار در ساعات اول از پا در نیاید روزهای بعد سوفل سیستولیک مشخص می‌شود. ولی تابلوی نارسائی بطن چپ می‌ماند که بزودی علائم نارسائی بطنی راست نیز بآن پیوسته و نارسائی قلبی را کامل میکند.

د — بدین ترتیب سوفل سیستولیکی که هنگام انفارکتوس بوجود می‌آید بیشتر در نتیجه پاره‌شدن سمپتوم و یکی از ستون‌های میترال است. اما علاوه بر آن پاره‌شدن یکی از وترها (Cordage Tendineux) با علائم عمومی خفیفتر میتواند نارسائی میترال و سوفل سیستولیک تولید نماید.

بعلاوه فروتمان پریکاردیک نیز میتواند گاهی از اوقات طنین کاملاً مشخص سوفل سیستولیک را بخود بگیرد.

در پایان این چند سطر مربوط به پارگی‌های قلب برای همکار پزشک عمومی متذکر شدیم که بهترین معالجه همه آنها پیشگیری است: استراحت مطلق — عدم استفاده نابجای داروهای بالا برنده فشار خون — پائین آوردن فشارخون چنانچه بیش از ۱۸۰ میلیمتر جیوه است — کنترل درجه انعقاد خون.

۶ — عوارض ترمبوآمبولیک

می‌ظور از عوارض ترمبوآمبولیک عبارت است از عود انفارکتوس یا وسیع شدن آن — ترمبوزهای داخل بطن چپ (ترمبوز چسبیده به جداره داخلی بطن در محل انفارکتوس) و آمبولی‌های شریانی — ترمبوزهای وریدی و آمبولی‌های ریوی. این عوارض در سراسر ماه اول و دوم و در تمام انواع انفارکتوس چه وسیع و چه محدود میتوانند ظاهر شده و زندگی بیمار را در بعضی موارد به مخاطره بیندازند.

امکان چنین عوارضی بیش از هر چیز مصرف داروهای ضد انعقاد را اجتناب ناپذیر میکند. چون بهترین راه پیشگیری آنها است. يك آمار بین‌المللی درباره ۲۶۰۰ انفارکتوس نشان میدهد که این عوارض ترمبوآمبولیک در نزد نیمی از آنها که داروی ضدانعقاد داشته‌اند در حدود ۵ درصد و در نزد نیمی دیگر که داروی ضدانعقاد مصرف نکرده‌اند بیش از ۲۵ درصد میباشد.

الف — عود انفارکتوس و با وسیع‌تر شدن میتواند

ج - ترمبوزهای وریدی اندام تحتانی و آمبولی ریوی نیز از عوارض شایع انفارکتوس هستند - این ترمبوزها باید در معاینه همدروزه بیمار جستجو شوند و با معالجه ضدانعقاد و حرکت و ماساژ پاها در تخت خواب از آنها جلوگیری بعمل آید . تنها بدین وسیله است که میتوان از بروز آمبولی ریوی که حادثه خطرناک و گاهی از اوقات کشنده است جلوگیری نمود .

۷ - مرگ ناگهانی

بعضی از عوارض بالا مانند کلاپسوس - تاکیکاردی بطنی آمبولی ریوی و پاره شدن جداره قلب میتوانند باعث مرگ ناگهانی بیمار شوند . اما علاوه بر این ایست قلبی ناگهانی و فیبریلاسیون بطنی نیز در انفارکتوس کمیاب نیستند و مجموعاً ۶٪ بیمارهایی که برای انفارکتوس بستری میشوند به مرگ ناگهانی میمیرند . (Jean Lenégre) معالجه یا لاقل سعی به معالجه چنین عارضه جز در مراکز مراقبت شدید و یا لاقل در بیمارستان عمومی مجهز عملی نیست برای پزشک عمومی چنانچه احیاناً مرگ ناگهانی در حضور خودش و در خارج از بیمارستان رخ دهد تریق ادرتالین داخل قلبی و یا ماساژ خارج قلبی همراه با تنفس مصنوعی دهان بدهان توانسته است در بعضی از موارد استثنائی قلب بیمار را دوباره برآورد تا او را به مراکز مجهز برساند .

عارضه روزهای اول و یا هفته‌های بعد باشند و با ظهور دوباره درد - تب و یا عوارض ذکر شده بالا مانند اختلالات ریتمی شروع میشود - الکتروکاردیوگرافی تشخیص را مسلم میکند .

چنین حادثه پروبوستیک را وخیم‌تر میسازد و امکان همه عوارض انفارکتوس را تشدید می‌نماید .

ب - ترمبوزهای داخل بطن و آمبولی های شریانی: بدون معالجه ضد انعقاد ، درنیمی از موارد داخل بطن چپ چسبیده به محل انفارکتوس ترمبوز بوجود می‌آید .

که درتقریباً ۱۵ درصد موارد انفارکتوس آمبولی - های شریانی میدهد البته این اعداد پس از مصرف سیستمتیک داروهای ضد انعقاد کمتر شده است . ترمبوز داخل بطن چپ خودبخود علامت بخصوصی ندارد و آمبولی های شریانی شایع عبارتند از : آمبولی های مغزی با همی پاری - آمبولی سرخرگ های کلیه - طحال و شریانهای مزانتریک - آمبولی سرخرگ های اندامهای تحتانی فوقانی .

این آمبولی ها مسائل تشخیص خاصی بوجود نمی‌آورند (باستثناء آمبولی سرخرگ های شکم) ولی برای پزشک عمومی قابل توجه است که بعضی از اوقات این آمبولی ها - مخصوصاً در اشخاص مسن - از اولین علائم انفارکتوس است که روزهای قبل اتفاق افتاده است و بنام مسمومیت غذائی یا تنگی نفس مربوط به سیگار و بموقع معالجه نشده است .

II - دوره نقاهت و عوارض این دوره

اگر سن بیمار بالا باشد و یا از نظر جسمانی کار خسته کننده داشته باشد میتوان پیش بینی نمود که کار ساده تری بگیرد یا از فعالیت خود بکاهد .

۲ - نیمی دیگر از بیماران پس از حرکت دوباره دچار دردهای آثرینی و یا تنگی نفس میشوند - دردهای قفسه صدی را با مشتقات نیتروگلیسیرین و در صورتیکه علائم نارسائی قلبی وجود نداشته باشد با مهارکننده های رسپتوربتا میتوان تسکین داد - تنگی نفس و علائم دیگر نارسائی بطن چپ ما را مجبور به تجویز رژیم بدون نمک مطلق و احیاناً دیتالین و دیورتیک می‌نماید . این سری بیماران اغلب نمی‌توانند برنامه نیمه اول را عملی کنند و دوره نقاهت بیشتر طول میکشد . بعضی از اوقات نیز در مورد اینها مجبور میشویم کار نیمه وقت و یا تغییر شغل را پیشنهاد نماییم .

۳ - سه عارضه مخصوص این دوره است که با اینکه در ماه اول و گاهی پس از ماه سوم نیز میتواند ظهور نمایند اما بیشتر در دوره نقاهت انفارکتوس دیده میشوند . الف - آنکیلوز در دناک شان چپ و یا هر دو شانیه (Ankylose) از عوارض نادر ولی مزاحم انفارکتوس است

با ماه دوم دوران نقاهت شروع میشود و بیمار سعی میکند زندگی معمولی را دوباره از نو بگیرد . از هفته چهارم در صورتیکه عارضه وجود نداشته باشد بیمار از تخت پائین آمده است و کمی راه رفته است و روی صندلی راحتی نشسته است - سپس کم کم باید با اجازه حرکت بیشتری داد .

۱ - نیمی از بیماران در دوران نقاهت که عملاً تا دوماه ونیم و سه ماه پس از حمله قلبی اولیه طول میکشد کاملاً سالم میشوند یعنی هیچگونه دردی ندارند - تب نمی‌کنند - سدیمانتاسیون طبیعی شده است . در الکتروکاردیو - گرافی البته موج Q باقی مانده است ولی علائم لزیون بکلی از بین رفته است و ایسکمی تثلیث پیدا کرده است - پس از پانزده روز استراحت با اجازه حرکت در منزل با اجازه بیرون رفتن از خانه داده میشود . روزانه یکی دو ساعت در سرکار خود حاضر میشود و بالاخره پس از مدتی فعالیت معمولی خود را از سر میگیرد .

معالجه این نوع بیماران در دوره نقاهت عبارت است از رژیم کم نمک یا بی نمک داروهای ضدانعقاد و کمی مسکن یا بهتر آرام بخش .

ثالثاً - بالاخره اثر عالی استروئیدها بر این عارضه بسیار شایان توجه است چون مقداری معادل ۴۰ - ۳۰ میلی گرم Prednisolone پس از چهل و هشت ساعت علائم مهم عارضه را از بین میبرد - البته کمیاب نیست که بمحض تقلیل مقدار استروئیدها و یا قطع نمودن آنها علائم دوباره بوجود بیایند و در هر صورت میبایستی مقدار دارو را به تدریج کم کرد . هیچ معالجه دیگری از قبیل آنتی بیوتیک و غیره لازم نیست .

ج : آنوریسم جداره بطن چپ - در نتیجه نازک شدن و اتساع آن قسمت از دیواره که نکروزه شده است بوجود میآید . مجموعاً عارضه شایعی است که از نقطه نظر پاتولوژیکی در ۲۰ درصد انفارکتوسها بوجود میآید . منتها قطر نیمی از آنها به اندازه میرسد که تولید اختلالات کالینیکی نمایند .

این عارضه گاهی میتواند زودرس باشد و علائم آن با علائم خود انفارکتوس اشتباه و مخلوط شود ولی معمولاً دیرتر و پس از ماه سوم بروز میکند . در این صورت نیز گاهی بدون هیچ علامت بالینی بخصوص است . گاهی بصورت دردهای آثرینی و بالاخره گاهی بصورت نارسائی قلبی ظاهر میشود .

معاینه بالینی قلب بخصوص در آنوریسم های قدامی و حجیم انقباض آنوریسم را زیر جداره قفسه صدری، Galop Presystolique و سوفل سیستولیک نشان میدهد . رادیوسکپی : بزرگ شدن مجموعی قلب ، برجستگی محل آنوریسم و بالاخره اتساع آنوریسم را هنگامیکه بقیه قلب منقبض میشود .

تمام این علامات در آنوریسم های قدامی واضحتر است و برعکس در آنوریسم های خلفی باید از گردانیدن بیمار یا روش های دیگر پرتونگاری کمک گرفت .

الکتروکاردیوگرافی : مدت QRS طویل شده است - محور QRS بطرف چپ انحراف پیدا کرده است و بالاخره علامت بسیار شایع و بارز اینست که لزیون (انحراف ST از خط ایژوالکتریک) که قاعداً باید در اواخر ماه اول از بین رفته باشد بجا می ماند . از عوارض خود آنوریسم : نارسائی قلبی - آمبولی های شریانی و حملات تاکیکاردی بطنی است ولی در بعضی موارد مدت های مدید آنوریسم هیچگونه اشکالی برای بیمار بوجود نمیآورد - معالجه آن در صورت لزوم عمل جراحی است .

که از چند هفته تا چندماه پس از انفارکتوس میتواند ظاهر شود - درد شانه با حرکت اندام تشدید می یابد - بیمار برای مبارزه با درد بازو را به بدن می چسباند و حرکتی که بازو را از بدن دور می سازد دردناک است (Abduction) گاهی این درد شانه با درد قلبی اشتباه میشود (یا با آن مخلوط میشود) .

در نزد بعضی از بیماران این عارضه با درد دست نیز همراه است در کف دست ضایعات مخصوصی از نوع آتروفی بافت زیر جلدی : سکاروز آپونوروز (Aponevrose) کف دست نیز بوجود میآید . رادیوگرافی شانه و دست استئوپوروز (Osteoporose) شدیدی نشان میدهد - این عارضه بطوریکه دیدیم دردناک و بسیار مزاحم است ولی خطرناک نیست و معمولاً پس از چند هفته بهبودی می یابد - معالجه بخصوصی جز مسکن نمیتوان پیشنهاد نمود چون نه کورتیکوتراپی و نه رادیوتراپی کمک زیادی نمی نمایند البته درد را کمتر میکنند .

ب : سندرم Post-Infarctus یا سندرم Dressler : این عارضه که برای اولین بار در ۱۹۵۹ چهل و چهار موردش معرفی شد بعداً معلوم شد که شیوع زیادی دارد یعنی تقریباً در ۵٪ انفارکتوسها دیده میشود (بنظر میآید که در ایران کمیابتر است) . علائم آن عبارتند از درد که در قفسه صدری و یا شانه چپ حس میشود و ممتد است . تغییر موقعیت بدن ، بلع ، سرفه و نفس عمیق آن را تشدید می نماید . تب که در همه موارد وجود دارد و معمولاً بیش از ۳۸ درجه است .

علائم پریکاردیت یعنی فروتمان - زیاد شدن حجم قلب در رادیوگرافی و علائم الکتریکی پریکاردیت . احياناً علائم پلورزی (Pleuresie) و بالا رفتن سرعت سدیمان تاسیون و هیپرلوکوسیتوز .

اهمیت شناخت چنین عارضه در سدنکته زیر است : اولاً این دردها میتواند با دردهای آثرینی و یا دردهای « عصبی » اشتباه شود و فقط معاینات بالینی ، آزمایشگاهی و رادیوگرافی است که تشخیص را مسلم میکند .

ثانیاً در صورت بروز چنین عارضه باید داروهای ضد انعقاد را تقلیل داد و پس از بین رفتن علائم حاد عارضه این داروها را از سر گرفت .

III - آینده و زندگی بیماری که انفارکتوس او بهبودی یافته است

براحتی نمیتوان خواص مشخصه دردهای « عصبی » را از دردهای آثرینی و دردهای سندرم Dressler تفکیک نمود .
نارسائی زودرس قلبی - ترد ده درصد بیماران مبتلا به انفارکتوس ظاهر میشود بیشتر وقتی باید منتظرش بود که انفارکتوس وسیعی نزدیک سیکه فشارخون داشته است و یا بیماری دریچه قلب و یا قلب ریوی مزمن وجود داشته است سرمیرسد . این نارسائی قلبی بیشتر بصورت نارسائی بطن چپ است و با معالجات همه روزه نارسائی قلبی به بیمار اجازه زندگی تقریباً معمولی میدهد ولی گاهی از اوقات نارسائی قلبی او را مجبور به فعالیت بسیار کمتر و استراحت بیشتر مینماید . و بالاخره در بعضی موارد کمیاب نارسائی قلبی بسیار شدیدی که متأسفانه به استراحت مطلق و معالجات نارسائی قلبی جواب نمیدهد بیمار را در مدتی کمتر از یکسال بسوی مرگ سوق میدهد .

۲ - ادامه یا قطع داروهای ضد انعقاد

از مسائلی است که در چند سال اخیر بسیار مورد بحث و گفتگو قرار گرفته است و درباره آن موافقت همگانی وجود ندارد ادامه داروهای ضد انعقاد تا اواخر ماه سوم که بیمار فعالیت معمولی خود را از سر میگیرد تقریباً مورد موافقت همه است .

پس از ختم این دوره گروهی از پزشکان معالجه ضد انعقاد را در صورتیکه همه شرایط زیر جمع باشند قطع مینمایند .

۱ - اگر بهبودی بالینی کامل بدون درد آثرینی بدست آمده باشد .

۲ - حجم قلب از نقطه نظر رادیولوژیکی طبیعی باشد .

۳ - هیچگونه علامت نارسائی قلبی وجود نداشته باشد .

۴ - بیمار توانائی جسمانی خود را کاملاً بازیافته باشد .

۵ - آزمایشات خون نشان دهد که بیمار در برابر داروهای ضد انعقاد مانند شخص طبیعی عکس العمل نشان میدهد و تمایل به Hyper Coagulabilité ندارد (تست تحمل هیپارین In Vitro و احياناً ترمبولاستوگرافی) .

۳ - رژیم غذایی

۱ - رژیم بدون نمک - در دو یا سه ماه اول لازم است و یکی از عواملی است که از ظهور نارسائی قلب جلوگیری میکند . پس از این دوره غذای بی نمک در صورتی اندیکاسیون دارد که فشارخون شریانی بالا بماند و یا علائم نارسائی قلبی وجود داشته باشد .

اگر انفارکتوس میوکارد با یکی از عوارض ذکر شده بالا بیمار را از یا در نیاورد و با بطرف آنورسم جداره بطن پیشرفت نکند از ماه سوم و چهارم بهبودی یافته تلقی میشود . از نقطه نظر آسیب شناسی محل انفارکتوس تبدیل به بافت فیبروزه (Plaque Fibreuse) شده است که اطراف آنرا میوکارد سالم فرا گرفته است قطر آن از بتیه میوکارد کمتر است ولی مجموعاً شکل عادی قلب را تغییر نمیدهد .

۱ - علائم فونکسیونل این دوره

اشخاصی را که از انفارکتوس خود بهبودی یافته اند میتوان بر سه گروه تقریباً مساوی تقسیم نمود .

الف : $\frac{1}{3}$ بیماران هیچگونه علامت فونکسیونل ندارند و حمله قلبی شان با آن درد کشنده دیگر در این دوره خاطره ای بیش نیست - حتی گاهی از اوقات بیمارانی که قبل از انفارکتوس دردهای آثرینی مسالم داشته اند دیگر درد ندارند .

ب : $\frac{1}{3}$ دیگر بیماران خود را « جان بدر بردگان » انفارکتوس میدانند و علائم مختلف ابراز میدارند . خستگی پذیری زیاد - دردهای موضعی که اغلب بیمار آنها را بصورت خط افقی زیر پستان چپ نشان میدهد - « تیر کشیدن » نواحی مختلف سینه بخصوص اطراف پستان چپ و یا بازوی چپ - احساس اینکه موتور قلب « ریپ میزند » که قاعدتاً پدیده بالینی اکستراسیستول نزد این بیماران است . تمام این اختلالات یا خیلی گذرانند و یا برعکس ساعتها و روزها دوام دارند .

بطوریکه می بینیم مشخصات این دردها کاملاً با مشخصات درد آثرینی صدری فرق دارد که پشت جناغ سینه قرار گرفته و بیمار آنرا بصورت خط عمودی حس میکند و هنگام فعالیت بوجود میآید یا تشدید میشود .

این دردها معمولاً جلوگیری از یک زندگی معمولی و کارهای روزمره نمیکند ولی در نزد اشخاص مضطرب درجه این ناراحتیها میتواند طوری شود که کمک متخصص بیماریهای روانی لازم بنظر آید .

ج : بالاخره $\frac{1}{3}$ آخر پس از خروج از دوره سه ماهه

نیز بهبودی کامل باز نمی یابند یعنی یا دردهای آثرینی قطع نمیشود و یا بیمار یکسره بسوی نارسائی قلبی میرود :

دردهای آثرینی تقریباً در $\frac{1}{5}$ بیماران مبتلا به انفارکتوس بجا میماند یا احياناً قبل از انفارکتوس وجود نداشته است و حال وجود دارد و مشخصات واضح در فعالیت را دارد و باتری نپترین تسکین می یابد - البته گاهی از اوقات

۲ - متأسفانه در سالهای بعدامکان عود دردهای آثرینی وجود دارد : دردهای *Typique* و تغییرات الکترو-کاردیوگرافی ، استراحت مطلق و شروع درمان را ایجاب میکند .

۶ - مسافرت با هواپیما

بعات اینکه انفارکتوس میوکارد در طبقه مرفه اجتماع و در سنین پنجاه و شصت سالگی شیوع بیشتری دارد مسئله مسافرت با هواپیما برای آنان زیاد مطرح میشود مجموعاً باید دانست که مسافرت تا دو یا سه ماه پس از حمله قلبی اولیه غدقن است بهمین ترتیب اگر نارسائی مسلم بطن چپ و دردهای آثرینی مسلم وجود دارند مسافرت با هواپیما غدقن است (مگر مسافرت های «طبی» و اجباری تحت نظر و بهمراهی پزشک) .

۳ - مصرف چربی و بخصوص چربی های حیوانی ویا چربی های نباتی که بعلت ضرورت های صنعتی اشباع شده اند (برای منجمد نمودن آنها) بدو دلیل باید بحداقل تقابیل داده شود اولاً چون انرژی زاترین ماده غذائی هستند (۹ کالری در هر گرم در برابر ۴ کالری برای قندها و پروتئین ها) . ثانیاً چون با وجود بحث های زیادی که درین باره شده است ، تصاب شرائین کرونر را تشدید می نمایند .

۴ - مسئله سیگار

درین مورد نیز موافقت صد درصد ایجاد نشده است ولی در اغلب تحقیقاتی که درین مورد انجام یافته و مقالاتی که وجود دارد نقش مضر سیگار یادآوری شده است. عملاً بنظر میرسد که عکس العمل پزشک درین مورد تا اندازه بستگی به عمقیده خودش داشته باشد و اینکه خودش معتاد باشد یا نه ...!

در صورتیکه بیمار ترك اعتیاد را قبول نماید بهتر است که یکباره و صد درصد عملی کند در غیر اینصورت با شکست مواجه خواهد شد و برخلاف شایعات باید دانست که ترك اعتیاد حتی در ترد آنها که تعداد زیادی سیگار مصرف مینمودند هیچگونه اختلالی بوجود نمیآورد .

۵ - نوع فعالیت و مقدار استراحت لازم

کار و فعالیت معمولی بیمار باید حتی الامکان حفظ شود مضار بازنشستگی اجباری زودرس ویا تغییر شغل در بیمارانی که هیچ علامتی از انفارکتوس آنها بجا نمانده است از منافع آن بیشتر است بنابراین بهتر است که بیمار پس از دو یا سه ماه شغل اولیه خود را ادامه دهد ولی به نکات زیر توجه نماید :

۱ - بهتر است از فعالیت جسمانی خسته کننده - پیاده روی تند و طولانی - بالا رفتن سریع از پله - حمل بار اجتناب نماید .

۲ - خستگی ها و فشارهای عصبی - روانی و ماهیچه را میبایستی حتی الامکان از بین برد . بیماری که انفارکتوس بهبودی یافته است باید زندگی آرام و مرتبی داشته باشد یعنی شبها ۱۰ - ۹ ساعت در رختخواب باشد و هشت ساعت بخوابد . غذاهای خود را بدون عجله صرف نماید و پس از آن حداقل يك ساعت در صندلی راحتی استراحت کند .

۷ - عمل های جراحی

خطر عمل های جراحی در دو یا سه ماهی که از انفارکتوس بیمار گذشته است زیادتر از معمول است ولی آمار نشان میدهد که با پیشرفت بیهوشی و رأینماسیون عمل جراحی در نزد اشخاصی که به نارسائی کرونر دچارند ولی هیچ علامت حادی ندارند خطر بیشتر از معمول در بر ندارد مراقبت های زیر از خطر میکاهید :

۱ - عمل جراحی هر چه از تاریخ وقوع انفارکتوس دورتر باشد بهتر است .

۲ - بیهوشی با اثر - اکسیژن بنظر میآید کم خطرتر باشد .

۳ - بیهوشی هر چه سطحی تر باشد بهتر است و میبایستی از سقوط فشارخون و هیپوکسی جلوگیری شود .

۴ - قبل از عمل و بعد از آن بمدت چندین روز داروهای متسع کننده عروق کرونر تجویز نمود .

۵ - پس از عمل جراحی نیز از گلاپسوس و ستوت فشارخون مثلاً بعلت هیپوولمی جلوگیری بعمل آید .