

### قلب (دکتر محمدرضا نادریان)

۱- آقای ۲۳ ساله‌ای که از کودکی سابقه نقص دیواره بین بطنی (VSD) داشته جهت ویزیت مراجعه نموده است. در حال حاضر  $HR=70/min$ ,  $BP=130/75mmHg$  می‌باشد. در پالس اکسی‌متری اشباع اکسیژن ۸۰٪ است. کدام یک از یافته‌های زیر در این بیمار بیشتر مورد انتظار می‌باشد؟

الف) انحراف محور به چپ در نوار قلب

ب) سوفل هولوسیستولیک در فضای بین دنده‌ای سوم سمت راست

ج) سوفل دیاستولیک در فضای بین دنده‌ای دوم سمت چپ

د) پرخونی فیلد ریه‌ها در عکس قفسه سینه

پاسخ: گزینه ج صحیح است.

#### فصل بیماری‌های مادرزادی قلبی، کتاب قلب و عروق پارسه:

با توجه به اشباع اکسیژن پایین، کیس مطرح شده، مورد آیزن منگر در زمینه VSD می‌باشد. در آیزن منگر، انحراف محور به سمت راست رخ می‌دهد و با توجه به شانت راست به چپ، پرخونی در فیلد ریه‌ها مشاهده نمی‌گردد. سوفل VSD در حالت معمول، در بیشتر موارد یک سوفل هولوسیستولیک با شدت متوسط در محاذات تحتانی لبه چپ استرنوم سمع می‌شود اما با تبدیل شدن به آیزن منگر، سیانوز و اریتروسیتوز ثانویه رخ می‌دهد، ضربان بطن راست معمولاً در لبه تحتانی سمت چپ استرنوم افزایش می‌یابد و جز ریوی صدای دوم قلب ممکن است قابل لمس باشد. به‌طور معمول در آیزن منگر، هیچ سوفل سیستولیکی شنیده نمی‌شود اما به دلیل شریان ریوی شدیداً دیلاته و نارسایی پولمونری ثانویه به آن، غالباً یک سوفل دیاستولیک در حاشیه فوقانی سمت چپ استرنوم سمع می‌گردد.

۲- خانم ۶۰ ساله‌ای با شکایت از درد قفسه سینه در حالت استراحت به اورژانس مراجعه نموده است. بیمار ۶ ماه قبل بررسی قلبی شده بود و در آن زمان نوار قلب و اکوکاردیوگرافی در حد طبیعی بوده است. در حال حاضر  $BP=140/75mmHg$  می‌باشد و در نوار قلب ST-depression در لیدهای تحتانی مشهود است. وجود کدام یک از موارد زیر نشان دهنده نیاز به اقدام تهاجمی فوری می‌باشد؟

الف) ST depression

ب) High Troponin

ج)  $LVEF=30\%$

د) Moderate MR

پاسخ: گزینه د صحیح است.

#### فصل سندروم کرونری حاد بدون بالا رفتن قطعه ST، کتاب قلب و عروق پارسه:



به جدول ۴-۲۶۸ دقت کنید. طبق این جدول، اندیکاسیون‌های آنژیوگرافی فوری در عرض ۲ ساعت، عبارتند از: آنژین مقاوم به درمان

- علائم یا نشانه‌های نارسایی قلبی
- نارسایی میترا ل جدید یا تشدید شده
- ناپایداری همودینامیک
- آنژین یا ایسکمی مکرر در حالت استراحت یا با فعالیت اندک با وجود درمان مناسب دارویی
- تاکی کاردی بطنی پایدار یا فیبریلاسیون بطنی

۳- آقای ۵۱ ساله با احساس تنگی نفس فعالیتی که از شش ماه پیش شروع شده است به درمانگاه قلب مراجعه کرده است. تنگی نفس وی از دو هفته پیش تشدید یافته است. در معاینه قلب بیمار sustained apex beat در لمس یافت می‌شود. بیماری کدام یک از دریچه‌های زیر، می‌تواند توجیه کننده وضعیت فوق‌الذکر باشد؟

- الف) آنورت
- ب) میترا ل
- ج) پولمونر
- د) تریکوسپید

پاسخ: گزینه الف صحیح است.

### فصل معاینه فیزیکی در بیماری‌های قلب و عروق، کتاب قلب و عروق پارسه:

مشاهده و لمس قلب در قدام قفسه سینه، می‌تواند اطلاعات خوبی از بیماری‌های قلبی به ما بدهد. در حالت نرمال PMI یا نقطه لمس حداکثری ضربان قلب که ناشی از ضربان آپکس قلب است، در فضای پنجم بین‌دنده‌ای در خط میدکلاویکلار لمس می‌گردد و اندازه آن کمتر از ۲ سانتی‌متر است. این حالت نرمال، در چند حالت زیر تغییر می‌کند:

- بزرگ شدن بطن چپ، باعث تغییر مکان PMI به پایین و سمت چپ می‌شود.
- افزایش فشار روی بطن چپ مثل حالتی که در تنگی دریچه آنورت و افزایش فشار خون دیده می‌شود، باعث طولانی شدن لمس PMI می‌شود که به آن Sustained PMI گفته می‌شود.
- آنوریسم بطن چپ که در اثر انفارکتوس میوکارد ایجاد می‌گردد، باعث ایجاد یک مجزا نسبت به PMI می‌گردد.
- کاردیومیوپاتی هایپر تروفیه انسدادی باعث ایجاد نبض ۳ گانه می‌شود که ۲ جز آن مربوط به نبض دوکوهانه است و یک جز آن، مربوط به صدای چهارم قلبی.
- جدای از PMI، صدای سوم و چهارم قلبی نیز ممکن است در لمس فضای جلوی قلب حس شود.

- افزایش فشار یا حجم روی بطن راست در شرایطی مثل نارسایی دریچه تریکوسپید یا افزایش فشار شریان ریوی، می تواند باعث ایجاد Parasternal Lift گردد.

۴- خانم ۶۳ ساله با تشخیص فشار خون که تحت درمان با والسارتان و هیدروکلروتیازید است، به درمانگاه مراجعه کرده است. فشار خون بیمار در چند نوبت اندازه گیری 150/90mmHg است. بیمار سابقه دیابت و آسم داشته و آنژیوپلاستی عروق کرونر سه سال پیش برای او انجام شده است. سایر داروهای مصرفی بیمار، آسپیرین، آتورواستاتین و دیلتیازم است. کدام یک از اقدامات زیر در جهت کنترل فشار خون بیمار می تواند مؤثر باشد؟

الف) حذف هیدروکلروتیازید و اضافه کردن فورزماید

ب) اضافه کردن اسپرونولاکتون به داروهای بیمار

ج) حذف دیلتیازم و اضافه کردن بیزوپرولول

د) اضافه کردن انالاپریل به داروهای بیمار

پاسخ: گزینه ب صحیح است.

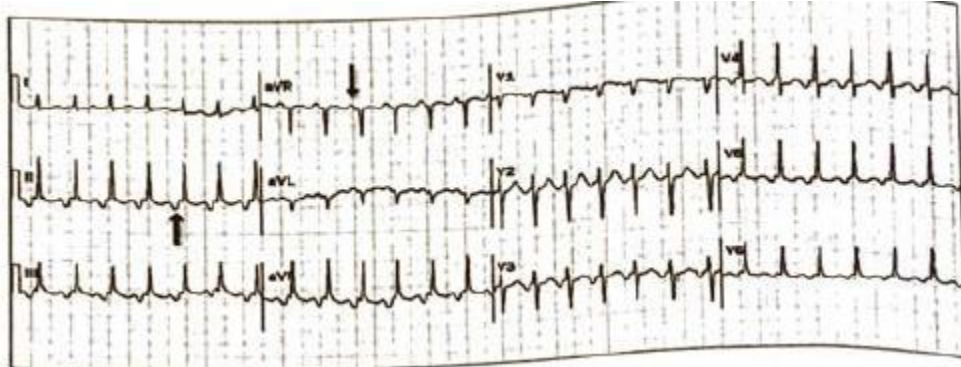
### فصل فشار خون، کتاب قلب و عروق پارسه:

تعریف فشار خون مقاوم به درمان، یعنی فشار خون بالاتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه با وجود دریافت سه داروی ضد فشار خون که یکی از آن ها دیورتیک باشد. کنترل فشار خون در این افراد کار دشواری خواهد بود، اما قبل از آن باید «فشار خون مقاوم کاذب» را کنار گذاشت. «مقاومت کاذب» به معنای افزایش فشار خون در مطب و طبیعی بودن سطح فشار خون در منزل است. سایر عللی که باید مدنظر داشت، عدم مصرف مرتب داروها، چاقی و مصرف زیاد الکل و داروهای است که منجر به افزایش فشار خون می گردد. اندازه گیری غیردقیق فشار خون در اثر اسکروتیک شدن عروق در افراد مسن نیز ممکن است یکی از این علل باشد.

اسپرینولاکتون، آنتاگونیست گیرانتهابی برای آلدوسترون است که به تنهایی یا در ترکیب با دیورتیک های تیازیدی کاربرد دارد. به خصوص در افرادی که سطح پایینی از رنین دارند، افرادی که فشار خون مقاوم به درمان دارند یا در افرادی که آلدوسترونیزم اولیه دارند، کاربرد دارد. این دارو به خصوص در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، باعث بهبود پیامدهای قلبی عروقی می گردد. اسپرینولاکتون، به رسپتورهای پروژسترون و آندروژن متصل می گردد، بنابراین می تواند باعث ژنیکوماستی، ناتوانی جنسی و اختلالات قاعدگی گردد. اپلرون که آنتاگونیست انتخابی تر برای آلدوسترون است، این عوارض را ندارد.



۵- آقای ۳۵ ساله‌ای با تپش قلب مراجعه نموده و الکتروکاردیوگرافی زیر از او به ثبت رسیده است. کدام تشخیص زیر جهت این بیمار مطرح است:



- الف) فلوتر دهلیزی
- ب) ریتم تسریع شده جانکشنال
- ج) تاکی آریتمی دهلیزی
- د) تاکی کاردی سینوسی

پاسخ: گزینه ج صحیح است.

### فصل آریتمی‌های قلبی، کتاب قلب و عروق پارسه:

نوار قلب مشخصه یک تاکی کاردی با QRS باریک است که احتمالاً تاکی کاردی با منشأ سوپراونتریکولار را مطرح می‌سازد. مورفولوژی موج P در لیدهای تحتانی (II, III, aVF) منفی بوده و در لید aVR مثبت است و لذا منشأ متفاوتی با موج P سینوسی را به ذهن متبادر می‌کند. نمای دندان‌اره‌ای مشخصه فلوتر دهلیزی دیده نمی‌شود و همچنین وجود موج P به صورت Long RP-Short PR احتمال ریتم تسریع شده جانکشنال را کم می‌کند، گرچه ردکننده نمی‌باشد. در مجموع به نظر می‌رسد بهترین گزینه برای سؤال، تاکی آریتمی دهلیزی باشد.

۶- کدام یک از درمان‌های زیر نقش شناخته شده‌ای در بهبود پیش‌آگهی بیماران با نارسایی مزمن قلبی ندارد؟

- الف) ACEIs
- ب) Statins
- ج) B-Blockers
- د) Mineralocorticosteroid receptor antagonists

پاسخ: گزینه ب صحیح است.

### فصل درمان نارسایی قلبی، کتاب قلب و عروق پارسه:

مطالعات کارآزمایی بسیار زیادی بر روی داروهای مختلف و استراتژی‌های مختلف درمانی در این بیماران انجام گرفته است، با این حال فقط ۵ دسته دارویی در این بیماران با کاهش قطعی مورتابلیته و افزایش امید به زندگی همراه بوده است و سایر داروهای مورد استفاده، اثری روی مرگومیر نداشته است. این ۵ دسته دارویی عبارتند از:

- **Angiotensin converting enzyme (ACE) Inhibitors**
- **Angiotensin receptor antagonists (ARBs)**
- **Beta-blockers**
- **Mineralocorticoid receptor antagonists (MRAs)**
- **Combination of Hydralazine and Isosorbide Dinitrate**

علاوه بر این ۵ گروه دارویی، استفاده از **Intracardiac Defibrillator (ICD)** و همچنین **Cardiac Resynchronization Therapy (CRT)** نیز باعث بهبود بقای این بیماران می‌گردد.

موسسه فرهنگی انتشاراتی  
**پیشگامان پارس**