

بررسی پیش‌آگهی افت قطعه PR و ارتباط آن با عوارض احتمالی در بیماران با تشخیص انفارکتوس میوکارد

علیرضا رستم‌زاده¹، کمال خادم‌وطن^{2*}

تاریخ دریافت 1394/10/26 تاریخ پذیرش 1394/12/25

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: در این مطالعه هدف ما بررسی درجه اهمیت بالینی نزول PR بعد از MI در پیش‌آگهی افراد مبتلا به سکته قلبی حاد می‌باشد. **مواد و روش کار:** در این مطالعه توصیفی تحلیلی، اولین نوار قلب تمام بیمارانی که به دلیل سکته قلبی در بیمارستان طالقانی بستری شده بودند، از نظر افت قطعه PR مورد بررسی قرار گرفتند. بر این اساس، بیماران به دو گروه از نظر افت قطعه PR تقسیم شدند و هر دو گروه را از نظر عوارض قلبی ناشی از سکته قلبی مورد بررسی قرار دادیم.

یافته‌ها: در این مطالعه 413 نفر مورد بررسی قرار گرفتند که 283 نفر آن‌ها مرد و 130 نفر آن‌ها زن بودند. از 283 مردی که وارد مطالعه شدند 12 نفر از مردان و یک نفر از زنان افت قطعه PR داشتند. 325 نفر در گروه STEMI و 88 نفر در گروه NSTEMI قرار گرفتند. از نظر مدت بستری، بیماران گروه STEMI به طور میانگین 7.26 روز و بیماران گروه NSTEMI 6.75 روز مدت بستری‌شان بود. اختلاف موجود بین دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P > 0.05$). از 13 نفری که افت قطعه PR داشتند، هفت نفر از آن‌ها دچار عارضه شدند. همچنین بیماران بدون افت قطعه PR، 48 نفر دچار عارضه شدند که اختلاف بین گروه‌ها از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری: در این مطالعه بین افت قطعه PR و جنسیت، سن، EF، مدت‌زمان بستری، مقدار CK-MB ارتباط معناداری وجود نداشت در حالی که بین افت قطعه PR و وقوع عوارض قلبی ارتباط معناداری وجود داشت.

کلیدواژه‌ها: قطعه PR، زمان بستری، عوارض، انفارکتوس قلبی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هفتم، شماره دوم، ص 98-91، اردیبهشت 1395

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، گروه قلب، تلفن: 09141418525

Email: khademvatn2002@yahoo.com

مقدمه

داشته است ولی با این وجود مهم‌ترین دلیل مرگ در بین زنان و مردان می‌باشد (5-7) به طوری که طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، بیماری ایسکمیک قلبی سالانه در کشورهای پیشرفته و در حال پیشرفت سالانه منجر به مرگ به ترتیب 1.4 میلیون و 5.7 میلیون نفر می‌شود (8). در ایالات متحده آمریکا 915000 نفر دچار سکته قلبی جدید یا مجدد و مرگ ناشی از بیماری عروق کرونر می‌شود (3). در ایران نیز بیماری عروق کرونر مهم‌ترین دلیل مرگ ایرانیان می‌باشد به طوری که سالانه 138000 مرگ به دلیل این بیماری رخ می‌دهد و 50 درصد از آن‌ها به دلیل سکته قلبی حاد می‌باشد (9). از تغییرات نوار قلبی متعاقب سکته قلبی می‌توان به تغییرات موج T، قطعه ST، موج Q پاتولوژیک، بلوک‌های دهلیزی

سکته قلبی حاد یک واقعه جدی می‌باشد که موجب مرگ و میر و ناتوانی زیادی می‌شود و نیازمند اقدامات درمانی فوری و بستری شدن بیماران در بیمارستان می‌باشد (1-3). سکته قلبی حاد معمولاً به دلیل تحریک سیستم عصبی سمپاتیک به وسیله عوامل فیزیولوژیک و ترشح کاتکول آمین به دنبال آن ایجاد می‌شود ولی بعضی عوامل از جمله فصل زمستان، روزهای خاصی از هفته (روز دوشنبه در کشورهای خارجی)، زمان بیدار شدن از خواب، استرس روحی حاد، چاقی، افزایش شدید فشارخون سیستولیک و مصرف سیگار می‌توانند منجر به سکته قلبی شوند (14). در کشورهای پیشرفته از دهه 1970 میزان بروز بیماری‌های قلبی و عروقی کاهش

¹ استادیار گروه قلب، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

² دانشیار گروه قلب، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

بطنی و بلوک‌های داخل بطنی مخصوصاً بلوک شاخه‌ای چپ اشاره کرد (10-13) که از میان آن‌ها تغییرات قطعه ST مهم‌ترین تغییرات نشان‌دهنده ایسکمی و پیش‌بینی کننده مرگ‌ومیر در سکته قلبی حاد می‌باشد (14,15). انحراف قطعه PR تقریباً به‌مانند انحراف کلاسیک سگمان ST اختصاصی بوده و در بسیاری از بیماران با تظاهر پریکاردیت آشکار شده است. هرچند این‌ها مثل انفارکتوس میوکارد مرتبط با پریکاردیت و نزول سگمان PR اغلب خیلی کم در بیماران MI حاد مشاهده می‌شود (16). گرچه افت PR در تعداد اندکی از بیماران با انفارکتوس میوکارد دیده می‌شود ولی تشخیص زودرس این درگیری از نظر بالینی بسیار مهم می‌باشد چراکه افت PR بیانگر درگیری و انفارکتوس وسیع و افزایش خطر عوارض مازور می‌باشد. عوارض مازور عبارت‌اند از: پریکاردیت، AF، تاکیکاردی بطنی پایدار، شوک کاردیوژنیک و نیاز به Pacing (16). به همین دلیل در این مطالعه هدف ما بررسی درجه اهمیت بالینی نزول PR بعد از MI و عوارض بعدی پس از MI همراه با افت PR از جمله میزان مورتالیته می‌باشد.

جمع‌آوری شدند. نوار قلبی اولین روز بستری مطالعه گردیده و آن‌هایی که تغییرات در قطعه PR داشتند را جدا و سیر درمانی آن‌ها را در مدتی که بستری بودند و دچار عوارض به علت MI شده بودند مطالعه نمودیم. برای این کار ابتدا نوار قلبی که دچار تغییرات شده بود را مشخص کرده و سپس توسط ذره‌بین نزول از خط ایزوالکتریک را نیز مشخص کردیم. تغییرات بزرگ‌تر و مساوی 0.5 میلی‌متر را انتخاب نمودیم. در کل MI ها در سال 92 را به دودسته عمده با تغییرات و بدون تغییرات PR- segment تقسیم کرده و سپس آن دسته پرونده‌هایی که با تغییرات PR بودند جدا نمودیم و هر دودسته در طول مدت بستری چه در بخش و چه در CCU از لحاظ نوع عوارض احتمالی بررسی شدند. تشخیص این عوارض (پریکاردیت - تاکیکاردی - فیبریلاسیون، آریتمی‌های فوق بطنی، شوک کاردیوژنیک، اختلال عملکرد سیستمی) نیز براساس مدارک و درمان‌های موجود در پرونده بود. در نهایت هر دودسته پرونده‌ها با هم از لحاظ مدت بستری و انواع عوارض و درصد شیوع عوارض و بقای داخل بیمارستان در مدت بستری مقایسه شدند.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر 413 نفر مورد مطالعه قرار گرفتند که 283 نفر آن‌ها مرد (68.5 درصد) و 130 نفر آن‌ها زن (31.5 درصد) بودند.

مواد و روش کار

این مطالعه توصیفی تحلیلی، با بررسی پرونده‌های بیماران بستری با تشخیص MI در سال 1392 در بیمارستان طالقانی طرح اجرا گردید. ابتدا کلیه پرونده‌های بیمارانی که به تشخیص قطعی MI (با توجه به نوار قلبی و آزمایش‌های مربوطه) رسیده بودند

جدول (۱): توزیع فراوانی بیماران مورد مطالعه از نظر متغیرهای مورد بررسی

متغیر	فراوانی	درصد
جنس		
مذکر	283	68.5
مؤنث	130	31.5
سن		
27-57 سال	137	33.17
58-69 سال	137	33.17
≥ 70	139	33.66
<50 کسر تخلیه قلبی	238	63.8
≥ 50 کسر تخلیه قلبی	135	36.2
STEMI	325	78.7
NSTEMI	88	21.3
پیامد		
فوت	45	10.9
ترخیص	368	89.1
CKMB <90	172	42.1
CKMB ≥ 90	237	57.9

مورد مطالعه هموژن و از شرایط توزیع نرمال تبعیت می‌کند. در گروه سنی یک (۵۷-۲۷ سال)، ۱۳۷ نفر (۳۳.۱۷ درصد)، در گروه سنی دو (۶۹-۵۸ سال)، ۱۳۷ نفر (۳۳.۱۷ درصد)، در گروه سنی سوم (بالای ۷۰ سال) ۱۳۹ نفر (۳۳.۶۶ درصد) قرار داشتند.

از نظر سنی تمام موارد در سه گروه با فاصله سنی مساوی تقسیم‌بندی شدند (میانگین سنی نمونه مورد مطالعه 62.46 ± 13.40 بود) ضمناً با توجه به این که میانه سن افراد نمونه ۶۲ سال و نما در گروه مطالعه ۶۰ سال می‌باشد به نظر می‌رسد توزیع سنی در نمونه

جدول (۲): توزیع انواع عوارض قلبی در بیماران مورد بررسی

عوارض قلبی	فراوانی	فراوانی نسبی (درصد)
بدون عارضه	356	86.2
تاکی کاردی بطنی پایدار	30	7.3
شوگ کاردیوژنیک	3	0.7
نیاز به پیس میکر	6	1.5
فیبریلاسیون دهلیزی	6	1.5
فیبریلاسیون دهلیزی و تاکی کاردی بطنی پایدار	2	0.5
تاکی کاردی بطنی پایدار و شوگ کاردیوژنیک	4	1
شوگ کاردیوژنیک و نیاز به پیس میکر	1	0.2
نیاز به پیس میکر و فیبریلاسیون دهلیزی	2	0.5
تاکی کاردی بطنی پایدار و نیاز به پیس میکر	3	0.7
جمع	413	100

از مجموع کل همه افراد مورد مطالعه ۴۵ نفر (۱۰.۹ درصد) فوت نمودند. از کل افراد تحت بررسی ۱۷۲ نفر (۴۲.۱ درصد) CK-MB کمتر از ۹۰ داشتند که ۱۶۴ نفر (۹۵.۳ درصد) در گروه STEMI و ۸ نفر (۴.۷ درصد) در گروه NSTEMI قرار گرفتند. ۲۳۷ نفر (۵۷.۹ درصد) CK-MB بالای ۹۰ داشتند که ۱۵۷ نفر (۶۶.۲ درصد) در گروه STEMI و ۸۰ نفر (۳۱.۸ درصد) در گروه NSTEMI قرار گرفتند. این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0.05$)

از نظر مدت بستری، ۳۲۵ نفری که در گروه STEMI قرار داشتند به‌طور میانگین ۷.۲۶ روز و گروه باقی‌مانده یعنی ۸۸ نفر که در دسته NSTEMI قرار گرفتند ۶.۷۵ روز مدت بستری‌شان بود. اختلاف موجود بین دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P > 0.05$). از ۲۸۳ مردی که وارد مطالعه شدند ۱۲ نفر افت قطعه PR داشتند و ۲۷۱ نفر (۹۵.۸ درصد) بدون افت قطعه PR بودند. همچنین ۱۳۰ نفر از افراد زن بودند که در ۱ مورد افت قطعه PR وجود داشت و ۱۲۹ مورد (۹۹.۲ درصد) بدون افت قطعه PR بودند، اختلاف موجود بین گروه‌ها از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P > 0.05$)

به‌طور کلی ۱۳۷ نفر (۳۳.۱۷ درصد) در گروه سنی یک (۵۷-۲۷ سال) قرار گرفتند که در ۵ مورد آن‌ها افت قطعه PR وجود داشت و ۱۳۲ نفر (۹۶.۳۵ درصد) بدون افت قطعه PR بودند. در گروه سنی دوم (۶۹-۵۸ سال) ۱۳۷ نفر (۳۳.۱۷ درصد) قرار داشتند که در ۳ مورد افت قطعه PR وجود داشت و ۱۳۴ مورد (۹۷.۸۸ درصد) بدون افت قطعه PR بودند.

از مجموع افراد مورد مطالعه ۲۳۸ نفر (۶۳.۸ درصد) کسر تخلیه قلبی (EF) کمتر از ۵۰ درصد و ۱۳۵ نفر (۳۶.۲ درصد) کسر تخلیه قلبی (EF) مساوی و یا بیشتر از ۵۰ درصد داشتند و از کل افراد در مورد ۴۰ نفر نیز فرم اکوکاردیوگرافی در پرونده موجود نبود.

در بررسی عوارض، ۳۵۶ نفر (۸۷.۲ درصد) هیچ نوع عارضه‌ای نداشتند. در ۳۰ مورد تاکی کاردی بطنی (VT) دیده شد، ۳ مورد دچار شوگ کاردیوژنیک شده بودند، ۶ مورد نیاز به پیس میکر پیدا کرده بودند، ۶ مورد دچار فیبریلاسیون دهلیزی (AF) شده بودند، ۲ نفر به‌طور هم‌زمان تاکی کاردی بطنی پایدار (VT) و فیبریلاسیون دهلیزی (AF) را تجربه کرده بودند، ۴ نفر VT همراه با شوگ کاردیوژنیک داشتند، ۱ نفر دچار شوگ کاردیوژنیک و نیاز به پیس میکر پیدا کرده بود، ۲ نفر به‌طور هم‌زمان فیبریلاسیون دهلیزی (AF) و نیاز به پیس میکر پیدا کرده بودند و در نهایت ۳ نفر نیز به تاکی کاردی بطنی پایدار و نیاز به پیس میکر داشتند.

در مورد نوع MI از کل موارد مورد مطالعه ۳۲۵ نفر (۸۷.۷ درصد) در گروه STEMI و ۸۸ نفر (۲۲.۳ درصد) در گروه NSTEMI قرار گرفتند. همچنین در بررسی دیواره درگیر، ۲۰۰ نفر (۶۱.۷ درصد) درگیری دیواره قدامی، ۹۱ نفر (۲۸.۱ درصد) درگیری دیواره تحتانی، ۱ نفر درگیری دیواره خلفی، ۳۱ نفر (۹.۶ درصد) درگیری هم‌زمان دیواره‌های خلفی و تحتانی، ۱ نفر درگیری هم‌زمان دیواره‌های قدامی، تحتانی و خلفی را داشتند. ۸۹ نفر (۲۱.۳ درصد) نیز به علت نوع MI دیواره مشخصی تعیین نشده بود.

شوگ کاردیوژنیک، 1 نفر شوگ کاردیوژنیک و نیاز به پیس میکر،
2 نفر فیبریلاسیون دهلیزی و نیاز به پیس میکر و 3 نفر تاکی کاردی
بطنی پایدار و نیاز به پیس میکر پیدا کرده بودند.

با توجه به نوع MI و رابطه آن با رخداد مرگ نتایج زیر حاصل
شد از گروه STEMI، 40 نفر فوت نمودند و 285 نفر (87.7 درصد)
ترخیص شدند، از گروه MSTEMI نیز 5 نفر فوت نمودند و 83 نفر
ترخیص شدند. اختلاف بین گروه‌ها از نظر آماری معنی‌دار بود
($P>0.05$).

در مورد CK-MB، از 172 نفری که CK-MB کمتر از 90
داشتند، 5 نفر افت قطعه PR داشتند و 167 نفر (97.1 درصد) آن‌ها
بدون افت قطعه PR بودند. 237 نفر نیز CK-MB بیشتر از 90
داشتند که 8 نفر افت قطعه PR داشتند و 229 نفر (96.6 درصد)
بدون افت قطعه PR بودند. اختلاف موجود بین گروه‌ها از نظر آماری
معنی‌دار نبود ($P>0.05$).

در مورد میانگین روزهای بستری، 13 نفری که افت قطعه PR
داشتند به‌طور میانگین 6.077 روز بستری شده بودند و 400 نفری
که افت قطعه PR نداشتند به‌طور میانگین 7.193 روز بستری شده
بودند. اختلاف موجود از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P>0.05$).

139 نفر (33.66 درصد) نیز در گروه سنی سوم (بالای 70
سال) قرار داشتند که 5 مورد از آن‌ها افت قطعه PR داشتند و 134
مورد (96.40 درصد) بدون افت قطعه PR بودند. در این مورد نیز
اختلاف بین گروه‌ها معنی‌دار نبود ($P>0.05$).

از 238 نفری که کسر تخلیه قلبی (EF) کمتر از 50 درصد
داشتند 9 نفر افت قطعه PR داشتند و 229 نفر (96.2 درصد) بدون
افت قطعه PR بودند. از 135 نفر (36.2 درصد) کسر تخلیه قلبی
بزرگ‌تر از 50 درصد داشتند 3 نفر افت قطعه PR داشتند و 132
نفر (97.8 درصد) بدون افت قطعه PR بودند. اختلاف موجود بین
گروه‌ها از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P>0.05$).

در بررسی عوارض از کل گروهی که افت قطعه PR داشتند
شش نفر بدون عارضه بودند، 5 نفر تاکی کاردی بطنی پایدار، 1
مورد نیاز به پیس میکر، 1 مورد تاکی کاردی بطنی پایدار به‌علاوه
شوگ کاردیوژنیک را دارا بودند اما از گروهی که افت قطعه PR
نداشتند، 350 نفر (87.5 درصد) بدون عارضه بودند، 25 نفر تاکی
کاردی بطنی پایدار 3 نفر شوگ کاردیوژنیک، 5 نفر نیاز به پیس
میکر، 6 نفر فیبریلاسیون بطنی، 2 نفر تاکی کاردی بطنی پایدار به
همراه فیبریلاسیون دهلیزی، 3 نفر تاکی کاردی بطنی پایدار به
همراه

جدول (۳): توزیع فراوانی افت قطعه PR در بیماران مورد مطالعه

متغیر	افت قطعه PR		جمع
	دارد	ندارد	
مرد	271 (95.8%)	12 (4.2%)	283 (100%)
زن	129 (99.2%)	1 (0.8%)	130 (100%)
جمع	400 (96.9%)	13 (3.1%)	413 (100%)
27-57 سال	132 (96.35%)	5 (3.64%)	137 (100%)
58-69 سال	134 (97.81%)	3 (2.18%)	137 (100%)
مساوی و بیشتر از 70 سال	134 (96.4%)	5 (3.59%)	139 (100%)
جمع کل	400 (96.9%)	13 (3.1%)	413 (100%)
کسر تخلیه قلبی کمتر از 50%	329 (96.2%)	9 (3.8%)	238 (100%)
کسر تخلیه قلبی بزرگ‌تر و مساوی 50%	131 (97.03%)	4 (2.96%)	135 (100%)
جمع کل	360 (96.51%)	13 (3.48%)	373 (100%)
CK-MB کمتر از 90	167 (97.1%)	5 (3.9%)	172 (100%)
CK-MB بزرگ‌تر و مساوی 90	229 (96.6%)	8 (3.4%)	237 (100%)
جمع کل	396 (96.8%)	13 (3.2%)	409 (100%)

عارضه بودند. اختلاف بین گروه‌ها از نظر آماری معنی‌دار بود
($P<0.05$).

از نظر بررسی نوع MI و بروز عوارض، 325 نفر در گروه
STEMI قرار داشتند که 46 نفر دچار عارضه شدند و 279 نفر

از نظر بررسی مقایسه‌ای بروز عوارض در کل موارد، از 13 نفری
که افت قطعه PR داشتند 7 نفر از آن‌ها دچار عارضه شدند و 6 نفر
بدون عارضه بودند. همچنین از 400 نفری که افت قطعه PR
نداشتند، 48 نفر دچار عارضه شدند و 352 نفر (88 درصد) بدون

و 150 نفر (87.2 درصد) بدون عارضه بودند. از کل 237 نفری که CK-MB بالاتر از 90 داشتند، 32 نفر عارضه دار بودند و 205 نفر (86.5 درصد) عارضه‌ای نداشتند. در این مورد نیز اختلاف بین گروه‌ها از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P>0.05$).

(58.8 درصد) بدون عارضه بودند. 88 نفر نیز در گروه NSTEMI قرار گرفتند که در 9 نفر آن‌ها عارضه بروز کرده بود و 79 نفر (89.8 درصد) بدون عارضه بودند. اختلاف موجود بین گروه‌ها از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P>0.05$).

از نظر بررسی مقدار CK-MB و رابطه آن با بروز عوارض، از 172 نفری که CK-MB کمتر از 90 داشتند، 22 نفر عارضه داشتند

جدول (۴): توزیع فراوانی میزان عوارض در بیماران مورد مطالعه که از نظر افت قطعه PR، نوع MI، EF و CK-MB تقسیم‌بندی شده‌اند

متغیر	عوارض		جمع
	ندارد	دارد	
افت قطعه PR دارد	6 (46.2%)	7 (53.8%)	13 (100%)
افت قطعه PR ندارد	352 (88%)	48 (12%)	400 (100%)
جمع	358 (86.7%)	55 (13.3%)	413 (100%)
STEMI	279 (85.8%)	46 (14.2%)	325 (100%)
NSTEMI	79 (89.8%)	9 (10.2%)	88 (100%)
جمع	358 (86.7%)	55 (13.3%)	413 (100%)
جمع کل	400 (96.9%)	13 (3.1%)	413 (100%)
کسر تخلیه قلبی کمتر از 50%	329 (96.2%)	9 (3.8%)	238 (100%)
کسر تخلیه قلبی بزرگ‌تر و مساوی 50%	131 (97.03%)	4 (2.96%)	135 (100%)
جمع کل	360 (96.51%)	13 (3.48%)	373 (100%)
CK-MB کمتر از 90	167 (97.1%)	5 (3.9%)	172 (100%)
CK-MB بزرگ‌تر و مساوی 90	229 (96.6%)	8 (3.4%)	237 (100%)
جمع کل	396 (96.8%)	13 (3.2%)	409 (100%)

بحث و نتیجه گیری

افت قطعه PR معمولاً در افیوژن پریکارد و آسیب حاد پریکارد دیده می‌شود (17، 18). به‌طوری‌که در یک مطالعه به این نتیجه رسیدند که در افراد مبتلا به پریکاردیال افیوژن، وجود افت قطعه PR با افیوژن منتشر و کلسیفیکاسیون، تامپوناد، آریتمی‌های قلبی و عواقب نامطلوب همراه بود (19). در مطالعه‌ای مشخص شد که در بیماران مبتلا به سکتة قلبی، تغییرات قطعه PR می‌تواند نشان‌دهنده وجود ایسکمی دهلیزی به‌دلیل درگیری شریان دهلیزی باشد (20) که می‌تواند به‌دلیل عدم وجود علائم بالینی و عدم مشخص بودن پیش‌آگهی مورد غفلت قرار گیرد (21، 22). در این مطالعه بین افت قطعه PR و جنسیت، سن دسته‌بندی‌شده، EF، مدت‌زمان بستری، مقدار CK-MB ارتباط معناداری وجود نداشت درحالی‌که بین افت قطعه PR و وقوع عوارض قلبی ارتباط معناداری وجود داشت. Lu ML و همکاران در تحقیق که بر روی افراد مبتلا به STEMI انجام داده بودند، 31 درصد بیماران مورد مطالعه تغییر مکان قطعه PR داشتند و به این نتیجه رسیدند که در افراد دارای تغییر مکان قطعه PR در هر لید قلبی، مدت‌زمان بستری، درگیری

کرونر اصلی چپ و مرگ‌ومیر 30 روزه و یک‌ساله به‌طور معناداری بالاتر بود. افت قطعه PR در لیدهای پره کوردیال یا II، III و aVF و همچنین صعود این قطعه در لیدهای aVR و aVL با افزایش میزان مرگ‌ومیر یک‌ساله همراه بود (23) Jim MH و همکاران به این نتیجه رسیدند که در بیماران مبتلا به سکتة قلبی دیواره تحتانی قلب، وجود افت قطعه PR بیشتر مساوی 1.2 میلی‌متر در لیدهای تحتانی با ایجاد عوارض در مدت بستری در بیمارستان همراهی داشت و این بیماران بیشتر در ریسک بلوک دهلیزی قلبی، آریتمی‌های فوق بطنی و پارگی دیواره قلب بودند (24) Porela P و همکاران در جهت افتراق میوپریکاردیت از STEMI، دریافتند که در میوپریکاردیت، افت قطعه PR در بیشتر موارد در لید II اتفاق می‌افتد (55.9 درصد). افت قطعه PR برای تشخیص میوپریکاردیت دارای حساسیت 88.2 درصد و اختصاصیت 78.3 درصد می‌باشد که در صورت وجود هم‌زمان در لیدهای اندامی و پره کوردیال ارزش تشخیصی آن در افتراق میوپریکاردیت از STEMI بیشتر می‌شود (25).

دلیل توصیه می‌شود که در این افراد توجه بیشتری نسبت به سایر بیماران از نظر کنترل عوارض شود.

با توجه به نتایج فوق به نظر می‌رسد بررسی افت قطعه PR در بیماران مبتلا به سکته قلبی حاد موجب زودتر شناسایی شدن بیماران در معرض عوارض ناشی از سکته قلبی می‌شود. به همین

References:

1. Lucinda LB, Prosdócimo AC, de Carvalho KA, Francisco JC, Baena CP, Olandoski M, et al. Evaluation of the prevalence of stress and its phases in acute myocardial infarction in patients active in the labor market. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2015;30(1):16-23.
2. Dianati M, Mosavi GA, Hajibagheri A, Alavi NM. The pre-hospital delay in seeking treatment in patients with acute myocardial infarction referring to a central hospital in Kashan, Iran. *Indian J Med Sci* 2010 Oct;64(10):448-54.
3. Tataris K, Kivlehan S, Govindarajan P. National trends in the utilization of emergency medical services for acute myocardial infarction and stroke. *West J Emerg Med* 2014 Nov;15(7):744-8.
4. Hong JS, Kang HC. Seasonal variation in case fatality rate in Korean patients with acute myocardial infarction using the 1997-2006 Korean National Health Insurance Claims Database. *Acta Cardiol* 2014 Oct;69(5):513-21.
5. Malki N, Koupil I, Eloranta S, Weibull CE, Tiikkaja S, Ingelsson E, et al. Temporal trends in incidence of myocardial infarction and ischemic stroke by socioeconomic position in Sweden 1987-2010. *PLoS On*. 2014 29;9(8):e105279.
6. Mirzaii-Dizgah I, Riahi E. Salivary troponin I as an indicator of myocardial infarction. *Indian J Med Res* 2013;138(6):861-5.
7. Wildi K, Gimenez MR, Twerenbold R, Reichlin T, Jaeger C, Heinzelmann A, et al. Misdiagnosis of Myocardial Infarction Related to Limitations of the Current Regulatory Approach to Define Clinical Decision Values for Cardiac Troponin. *Circulation*. 2015 9;131(23):2032-40.
8. Gao Q, Yang B, Guo Y, Zheng F. Efficacy of Adenosine in Patients With Acute Myocardial Infarction Undergoing Primary Percutaneous Coronary Intervention: A PRISMA-Compliant Meta-Analysis. *Medicine (Baltimore)* 2015;94(32):e1279.
9. Momeni M, Salari A, Shafighnia S, Ghanbari A, Mirbolouk F. Factors influencing pre-hospital delay among patients with acute myocardial infarction in Iran. *Chin Med J (Engl)* 2012 Oct;125(19):3404-9.
10. Shirafkan A, Mehrad M, Gholamrezaezhad A, Shirafkan A. Conduction disturbances in acute myocardial infarction: a clinical study and brief review of the literature. *Hellenic J Cardiol* 2009;50(3):179-84.
11. Reddy K, Khaliq A, Henning RJ. Recent advances in the diagnosis and treatment of acute myocardial infarction. *World J Cardiol* 2015 26;7(5):243-76.
12. Yokoyama H, Tomita H, Nishizaki F, Hanada K, Shibutani S, Yamada M, et al. Deeply reinverted T wave at 14 days after the onset of first anterior acute myocardial infarction predicts improved left ventricular function at 6 months. *Clin Cardiol* 2015;38(3):157-63.
13. Vihonen H, Tierala I, Kuisma M, Puolakkka J, Westerbacka J, Nurmi J. Ultra-acute increase in blood glucose during prehospital phase is associated with worse short-term and long-term survival in ST-elevation myocardial

- infarction. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2014 May 1;22:30.
14. Sayadi O, Puppala D, Ishaque N, Doddamani R, Merchant FM, Barrett C, et al. A novel method to capture the onset of dynamic electrocardiographic ischemic changes and its implications to arrhythmia susceptibility. *J Am Heart Assoc* 2014; 3(5):e001055.
 15. de Andrade L, Lynch C, Carvalho E, Rodrigues CG, Vissoci JR, Passos GF, et al. System dynamics modeling in the evaluation of delays of care in ST-segment elevation myocardial infarction patients within a tiered health system. *PLoS One* 2014;9(7):e103577.
 16. Nagahama Y, Sujiura T, Takehana K, Tarumi N, iwazaka T, Inada M. PQ segment depression in acute Q wave inferior wall myocardial infarction. *Circulation* 1995; 91: 641-4.
 17. Kudo Y, Yamasaki F, Doi Y, Sugiura T. Clinical correlates of PR-segment depression in asymptomatic patients with pericardial effusion. *J Am Coll Cardiol* 2002;39(12):2000-4.
 18. Baljepally R, Spodick DH. PR-segment deviation as the initial electrocardiographic response in acute pericarditis. *Am J Cardiol* 1998;81(12):1505-6.
 19. Kudaiberdiev T, Dzhumagulova A, Joshibayev S, Tilemanbetova K, Imanalieva G. Electrocardiographic abnormalities in patients with pericardial disease - Association of PR segment depression with arrhythmias and clinical signs: Experience of cardiac surgery center. *J Electrocardiol* 2015 Nov 11. pii: S0022-0736(15)00368-4.
 20. Korhonen P, Väisänen J, Nousiainen J, Huhtala H, Yli-Mäyry S, Raatikainen P. Detection of concurrent atrial ischemia with continuous monitoring of dynamic PR-segment changes in patients with acute myocardial infarction. *J Electrocardiol*;46(4):324-30.
 21. Lazar EJ, Goldberger J, Peled H, Sherman M, Frishman WH. Atrial infarction: Diagnosis and management. *Am Heart J* 1988;116:1058-63.
 22. James MR. Atrial myocardial infarction. *Arch Intern Med* 1984;144:573-4.
 23. Lu ML, Nwakile C, Bhalla V, De Venecia T, Shah M, Figueredo VM. Prognostic significance of abnormal P wave morphology and PR-segment displacement after ST-elevation myocardial infarction. *Int J Cardiol* 2015;197:216-21.
 24. Jim MH, Siu CW, Chan AO, Chan RH, Lee SW, Lau CP. Prognostic implications of PR-segment depression in inferior leads in acute inferior myocardial infarction. *Clin Cardiol* 2006;29(8):363-8.
 25. Porela P, Kytö V, Nikus K, Eskola M, Airaksinen KE. PR depression is useful in the differential diagnosis of myopericarditis and ST elevation myocardial infarction. *Ann Noninvasive Electrocardiol* 2012;17(2):141-5.

A SURVEY ON EFFECT OF PR SEGMENT DEPRESSION IN ECG OF PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION ON PATIENTS' OUTCOME AND PROBABLE COMPLICATIONS

Alireza Rostamzadeh¹, Kamal Khademvatani^{2*}

Received: 16 Jan, 2016; Accepted: 16 Mar, 2016

Abstract

Background & Aims: The aim of this study was to determine the clinical importance of PR segment depression after MI in prognosis of patients with acute myocardial infarction.

Materials & Methods: This descriptive analysis study was conducted on 413 patients (283 patients were men and 130 women). The first ECG of all myocardial infarction patients was checked to determine PR segment depression. All patients were divided into two groups according to PR segment depression and then both groups were examined for cardiac complications.

Results: Accordingly, 12 men and 1 woman had PR segment depression. 325 patients had STEMI and 88 patients had non-STEMI. The average length of stay in patients with STEMI and non-STEMI was 7.26 and 6.75 days, respectively. There was no correlation between the kind of MI and length of stay ($P>0.05$). Cardiac complications were seen in 7 patients with PR segment depression and not observed in 48 patients. There was significant correlation between cardiac complications and PR segment depression ($P<0.05$).

Conclusion: There were no significant correlation between PR segment depression and sex, age, EF, length of stay and CK-MB level. But there was a significant correlation with cardiac complications.

Keywords: PR segment, Length of stay, Complications, Myocardial infarction

Address: Cardiology Department, Seyed-al-Shohada Cardiac Specialized Hospital, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +989141418525

Email: khademvatn2002@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2016; 27(2): 98 ISSN: 1027-3727

¹ Assistant Professor, Cardiology Department, Seyed-al-Shohada Cardiac Specialized Hospital, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Associate Professor, Cardiology Department, Seyed-al-Shohada Cardiac Specialized Hospital, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)