

مجله دانشکده پزشکی تهران

شماره هفتم از سال بیست و ششم

فروردین ماه ۱۳۴۸

سندرم ولف - پارکینسون - وایت^۱

و مطالعه یک مورد آن در بیمارستان بهرامی

دکتر صادق مختارزاده* دکتر احمد بهادری** دکتر محمد حسن مهرخواست***

تاریخچه: در دوم آوریل ۱۹۲۸ مرد جوانی که از حملات طپش قلب شکایت داشت به کلینیک دکتر وایت (Paul D. White) مراجعه کرد. در آنجا پس از معاینات بالینی و انجام الکتروکاردیوگرافی معلوم شد که بیمار دچار یک فیبریلاسیون پارو-کسیستیک دهلیزی است. وجود چنین عارضه‌ای در نزد شخصی که ظاهراً سالم بنظر میرسید باعث تعجب دکتر وایت گردید. بیمار مرد ورزشکار ۳۵ ساله‌ای بود که از ده سال قبل از مراجعه‌اش به کلینیک فوق‌الذکر دچار حملات متناوب طپش قلب میشد در بعضی از این حملات تاکیکاردی ریتم قلب منظم بود و با یک نفس عمیق بحران

1- Wolff-Parkinson-White Syndrome

* استاد و رئیس بخش کودکان بیمارستان بهرامی

** دانشیار بیماریهای داخلی بیمارستان پهلوی

*** استادیار بخش کودکان بیمارستان بهرامی

اریتم مارژینه و نودول زیر جلدی دیده نمیشد. مفاصل دردناک نبودند و تورم و محدودیت حرکتی نداشتند. رویهمرفته بیمار کاملاً سالم بنظر میرسید. تعداد نبض ۸۰ در دقیقه و فشارخون $\frac{9}{9}$ بود. درسمع قلب صداهای اول و دوم طبیعی بودند و مطلقاً سوفل یا صدای غیرطبیعی دیگری بگوش نمیرسید. سایر معاینات هیچگونه علامت مرضی بخصوصی را نشان نمیدادند. متأسفانه در تمام مدت دو ماهیکه بیمار در بیمارستان بهرامی تحت نظر بود هیچوقت طپش قلب عارض وی نگردید و فرصت معاینه طفل درضمن یکی از این حملات تا کیکاردی پیش نیامد. نتیجه آزمایشات انجام شده بدینقرار بود: تعداد گلبولهای سفید ۱۰۸۰۰ بسا فورمول ۵۳ درصد سگمانته ۴ درصد لنفوسیت ۴ درصد مونوسیت ۳ درصد ائوزینوفیل همتاوکریت ۳۹ درصد بود.

آزمایش ادرار آلبومین نداشت و میکروسکپی سدیمان آن طبیعی بود. تیراژ آنتی استرپتولایزین (ASO) ۱۶۶ واحد وسی-ر آکتیوپروتئین (CRP) فقط یک + مثبت بود. تست لاتکس منفی جواب داده شد. فیبرینوژن $\frac{7}{6}$ گرم در لیتر بود و سرعت سدیمان تا سیون بیمار در ساعت اول ۱۰ و در ساعت دوم ۲۰ میلی متر بود.

در رادیوگرافی که از قفسه صدری بعمل آمد در نسج ریتین تغییرات مرضی مشاهده نشد. سایه قلب و مدیاستن طبیعی و سینوسهای جنبی آزاد بودند.

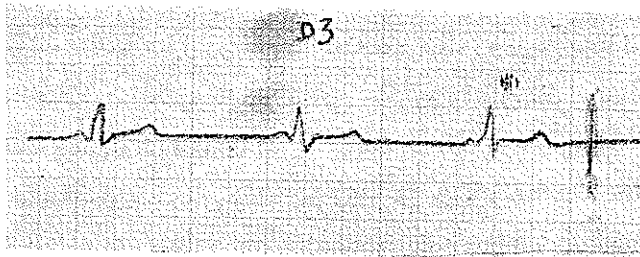
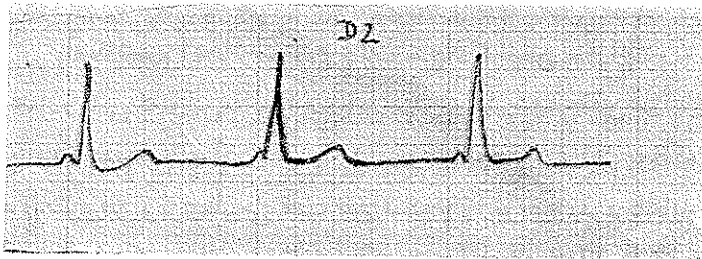
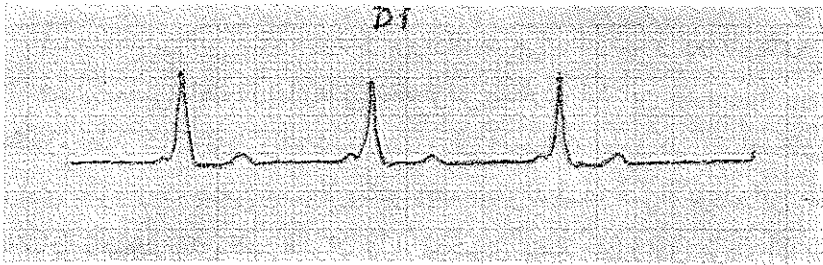
باتوجه بمعاینات بالینی و جواب آزمایشهای فوق، تشخیص کاردیت رماتیسمی مورد تأیید قرار نگرفت. بعلاوه وجود یک ضایعه عضوی قلبی بعید بنظر میرسید. معهداً از بیمار یک الکتروکاردیوگرافی بعمل آمد. در این موقع متوجه شدیم که تراسه الکتروکاردیوگرام طفل کاملاً بایک فرد سالم و طبیعی مطابقت نمیکند. نکاتی که در الکتروکاردیوگرام بیمار جلب توجه میکردند عبارت بودند از:

۱- کوتاه شدن فاصله P-R.

۲- پهن شدن کمپلکس QRS

۳- طبیعی بودن موج P

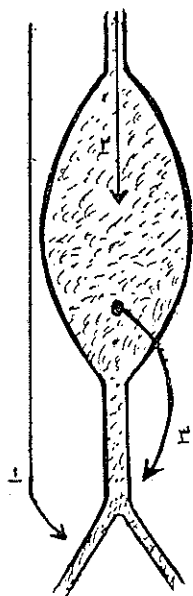
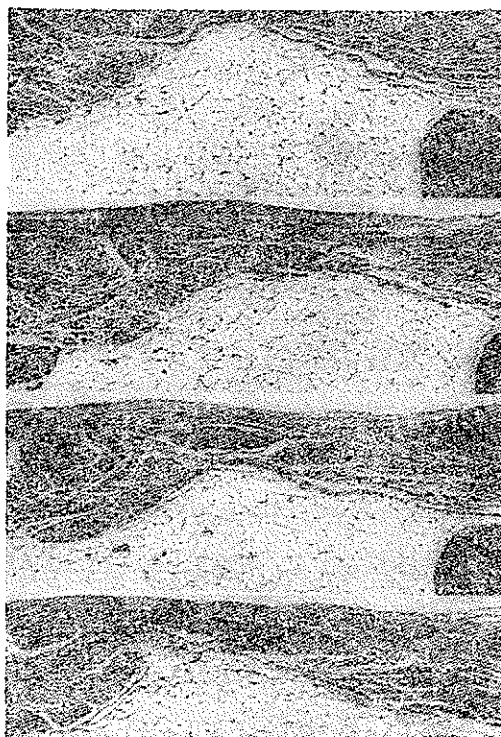
ملاحظات فوق مارا بفکر سندرم ولف - پارکینسن - وایت میانداخت و بسا چنین تشخیص بحرانه‌های پاروکسیستیک طپش قلب توجه میشد. الکتروکاردیوگرام



و خود بیمار توسط بخش قلب بیمارستان بهلوی نیز مورد مطالعه و معاینه قرار گرفت و تشخیص فوق تائید گردید.

اتیولوژی سندرم ولف - پارکینسون - وایت *

امروزه معتقدند که علت این سندرم وجود يك اختلال مسادر زادی در نسج هدایت کننده قلب میباشد . باید متذکر شد که اگرچه این اختلال از بدو تولد وجود



شکل ۱ و ۲ برش‌های بی دربی از عضله قلب که علامت A۱ مسیر فرعی دهلیزی بطنی را نشان می‌دهند
شکل ۳ - مسیرهای مختلف انتشار تحریکات قلبی بطور شماتیک

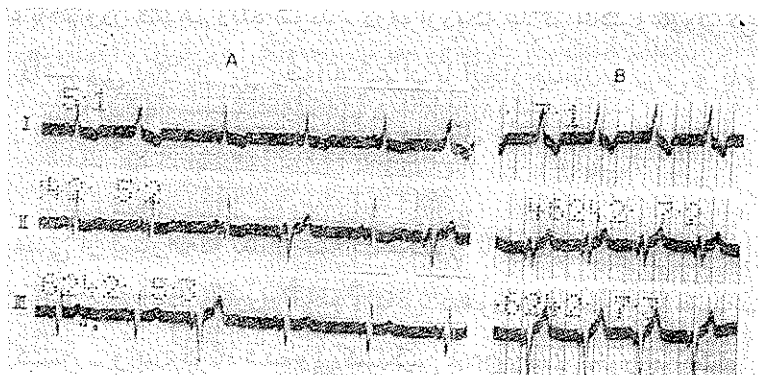
علائم بالینی و فیزیکی

این سندرم در تمام سنین عمر ممکن است دیده شود و چون امروزه انجام الکترو

کاردیوگرافی برای بیماران مختلف قلبی و غیر قلبی متداول شده است لذا تعداد بیشتری از این سندرم کشف شده و گزارش داده میشوند. شیوع این سندرم چندان نادر نیست و بین یک تا سه در هزار تخمین زده شده است. بنظر میرسد که شیوع سندرم ولف پارکینسون وایت در نزد اطفال و جوانان بیشتر باشد. طبق بعضی آمار تعداد مردهای مبتلا بیشتر از زنها گزارش داده شده است (۷۰ درصد بیماران را مردها تشکیل داده اند). در بعضی ممالک که قبل از ورود به نظام وظیفه و همچنین در موقع بستن قراردادهای بیمه عمر از اشخاص الکتروکاردیوگرافی بعمل میآید، گاهگاه این سندرم بطور اتفاقی کشف میشود.

شایعترین ناراحتی این بیماران حملات تکیکاردی میباشند که تقریباً در ۷۵ درصد موارد دیده میشود. حملات تکیکاردی در هر سنی ممکن است عارض شوند چنانچه حتی در موقع تولد نیز مواردی را گزارش داده اند. همانطوریکه در نزد بیمار بستری در بیمارستان بهرامی ذکر شد در فواصل بین حملات تکیکاردی معمولاً هیچگونه اختلالی، چه از نظر بالینی و چه از نظر فیزیولوژیکی و همودینامیک، در این بیماران دیده نمیشود. برای این افراد توصیه هیچگونه محدودیتی از نظر فعالیتهای معمولی زندگی لازم نیست؛ چون آنها میتوانند بدون ترس و واهمه مانند یک فرد عادی به فعالیت خود ادامه داده و از لذایذ زندگی برخوردار شوند. بندرت اتفاق میافتد که بیمار در اثر یکی از این حملات تکیکاردی دچار سنکوپ شده و بیهوش شود. باید متذکر شد که اگر چه سیر و پیش آگهی این بیماران همانطور که ذکر شد اکثراً خوب میباشد ولی موارد فوق العاده نادری هم از مرگهای ناگهانی گزارش داده شده است.

در فواصل بین حملات تکیکاردی با وجود غیر طبیعی بودن الکتروکاردیوگرام - فشار خون، نبض و صداهای قلبی معمولاً طبیعی هستند. بندرت ممکن است اکسترا - سیستمهای دهلیزی یا بطنی و یا فیبریلاسیون و فلو تریدهلیزی مشاهده گردد. در مواردی که حملات تکیکاردی ساعتها یا روزها بطول بیانجامد و با درمانهای مختلف تحت کنترل در نیابند، ممکن است قلب نارسا شده و علائمی از این نظر پدیدار شوند. همانطوریکه قبلاً گفته شد ممکن است همراه با سندرم ولف - پارکینسون - وایت ناهنجاریهای مادرزادی قلب نیز دیده شود که در آنصورت علائم مختص بخود را



شکل ۴ - تراسة الكتروكارديوگرام كه تغييرات مختلف در سندرم W.P.W را نشان ميدهد .

علائم و كتوگرافي شبیه به و كتوگرام بلوك شاخه چپ هيس و يا هيپر-

این علائم بدو صورت دیده میشوند :

۱- موج دلتای کمپلکس QRS با هستگی بطرف بالا و سمت چپ کشیده شده و در همان قسمت اولیه تأخیر نشان میدهد . بقیه کمپلکس QRS پهن شده و بطرف بالا و عقب میروند . چنین و كتوگرافی شبیه به و كتوگرام بلوك شاخه چپ هيس و يا هيپر- تروفي بطن چپ میباشد .

۲ - در دسته دوم موج دلتای کمپلکس QRS که در واقع قسمت اولیه این کمپلکس را تشکیل میدهد بطرف پائین و سمت چپ کشیده میشود . در اینجا نیز همین قسمت ابتدائی است که يك تأخیر نشان میدهد . بقیه تغییرات کمپلکس QRS مانند دسته اول است .

پیش آگهی سندرم ولف - پارکینسن - وایت

تحریرکات غیرطبیعی عضله قلب که در این سندرم وجود دارد بخودی خود هیچگونه تظاهر بالینی ندارند . این سندرم در اغلب موارد هیچگونه ناراحتی برای بیمار ایجاد نمیکند و فقط علائم مرضی ممکن است منحصرأ در ضمن حملات تاکیکاردی یا اینکه درخاتمه و شروع آنها بروز کنند . علائم مرضی فوق معمولاً شدید نیستند و بیماران مبتلا به این سندرم میتوانند عموماً از يك زندگی فعال و طبیعی بهره‌مند گردند. در بعضی موارد دیده شده که بعد از حمله تاکیکاردی يك حالت ضعف و ناتوانی موقتی به بیمار دست داده است. ضمناً چون مرگ ناگهانی نیز بوسیله چند نفر از محققین

گزارش داده شده است امروزه بعضی از شرکت‌های بیمه بغلط معتقدند که مرگ و میر در این افراد سه برابر اشخاص عادی میباشد .

درمان سندرم ولف - پارکینسن - وایت

وجود الکتروکاردیوگرام غیرطبیعی فی نفسه احتیاج به هیچگونه درمانی ندارد و لازم نیست که سعی شود علائم الکتروکاردیوگرافیک غیرطبیعی این بیماران را با تجویز داروهای مختلف برطرف کرد . درمان حملات تاکیکاردی این بیماران معمولاً با داروهائی که برای سایر انواع تاکیکاردیها مصرف میشود تفاوتی ندارد و غالباً نتیجه خوب حاصل میشود . فقط در مواردیکه تاکیکاردی با یک فیبریلاسیون پاروکسیستیک دهلیزی همراه است تجویز دیژیتال ممکن است مثرتر واقع نشده و اگر مقدار زیادی از این دارو را جهت کنترل تاکیکاردی مصرف کنیم احتمال زیاد دارد که علائم مسمومیت با دیژیتال ظاهر شود بدون اینکه نتیجه مورد انتظار بدست بیاید .

مؤثرترین دارو در نزد این دسته از بیماران (موارد فیبریلاسیون پاروکسیستیک دهلیزی که همراه با سندرم ولف - پارکینسن - وایت میباشد) کینیدین و پروکائین آمید (Quinidine and Procaine amide) میباشد که باعث قطع شدن مسیر غیر طبیعی تحریکات شده و در نتیجه فیبریلاسیون دهلیزی را از بین میبرد. در مورد درمان حملات تاکیکاردی سندرم ولف - پارکینسن - وایت معتقدند که کینیدین نه تنها تاکیکاردی را خوب میکند بلکه علائم الکتروکاردیوگرافی این بیماران را نیز کاملاً از بین میبرد در صورتیکه دیژیتال پس از برطرف کردن حمله تاکیکاردی تاثیری روی علائم الکتروکاردیوگرافی نداشته و این علائم مجدداً ظاهر میگرددند.

برای بیماران مبتلا به سندرم ولف - پارکینسن - وایت که دچار حملات مکرر و شدید تاکیکاردی میشوند صلاح است که درمان پروفیلاکتیک جهت جلوگیری از این حملات ناراحت کننده بعمل آید .

درمان پیشگیری کننده در این موارد با درمان پیشگیری کننده ای که در تاکیکاردی - های بطنی انجام میشود تفاوتی ندارد . در موقع بارداری و زایمان و یا در هنگام انجام اعمال جراحی مراقبت و درمان بخصوصی برای بیماران مبتلا به سندرم ولف -