اثر ورزش درمانی
همراه باداروهای ضدانعقاد در انفارکتوس میوکارد

دکتر سیف‌الدین نبوی *

مجله علمی نظام پزشکی
شماره ۳ ، صفحه ۲۰۲ ، ۱۳۴۹

اصولا در درمان بیماریهای عروقی قلب بخصوص انفارکتوس میوکارد ، موضوع اینکه آیا بایستی بیمار را استراحت کامل‌داد و به‌پشت خوابانید ویانشسته اورا درمان‌کرد مورد بحث محافل پزشکی ودانشمندان قلب وعروق است .

تجربه نشان داده است که در بین بیماران انفارکتوسی گاه بیمارانی یافت میشوند که فشارخون آنها درحال درازکشیدن ویا درحال نشستن اصولا پائین نمی‌افتد واز قدرت کمپلکسهای بطنی قلب، باوجود انفارکتوس میوکارد، کاسته نشده است وفشارخون سطحی قدرت خود را بین ۱۱۰ تا ۱۴۰ نگاهداری نموده است . البته این‌شکل اخیر معمولا درنزد بیماران انفارکتوسی ازنوع خلفی و دیافراگماتیك مشاهده میشود .

اساس این تجربه ومشاهده ، عدم سقوط فشارخون بویژه درنزد بیماران دسته اخیر ، دانشمندان را برآن داشته است که توصیه نمایند اصولا درانفارکتوس‌هائی که فشارخون درحال ارتوستاتیك سقوط نمیکند نیازبه‌پشت خوابانیدن بیمار نبوده ومیتوان آنهارا نشسته ودرحال ارتوستاتیك درمان نمود وحتی برخی معتقدند که درنزد دسته اخیر ازبیماران، نشستن بیمار باعث فعالیت بطنها شده و کارکرد (Out put) قلب راکمی‌زیادتر کرده وجریان خونی کلاترالهای شریان‌کرونر بیماررا بهتر نموده ودرنتیجه‌شبکه‌های جنبی زودتر نموکرده و تغذیه محل آزرده بهتر میشود .

البته اصل درمان با داروهای ضد انعقاد را، درصورتیکه استعمال آن مجاز باشد، نباید بدست فراموشی سپرد .

از آنچه گفته شد باین‌نتیجه میرسیم که اصولا افزایش کار کرد قلب خود یك وسیله درمان و پیشگیری نزد کسانیست که خطر بروز ویا برگشت وعود بیماری آنانرا تهدید میکند .

اصولا دیده شده کسانیکه ورزشهای نرم ومداوم درمحیط آزادانجام میدهند کمتر به‌ضایعات عروقی قلب مبتلا میشوند وبهمان ترتیبی که دانشگاه مینوزتا درروی سه‌دسته ۷۰۰ نفری بیماران آزمایش کرده ، کسانیکه ورزشهای سبك ازنوع پیاده روی ونرمش بطور مداوم انجام‌میدهند، کمتر به‌بیماریهای‌عروقی‌قلب مبتلامیشوندوآن دسته کسانی هم‌که مبتلا به‌بیماری عروقی قلب بوده‌اند وزیر نظر پزشك ورزشهای یادشده را انجام داده‌اند درمان ضایعات عروقی آنان تسریع‌شده وبه‌حمله‌دوم انفارکتوس‌معمولا مبتلانگردیده‌اند وحتی در اثر گسترش سیستم کلاترال، تغذیه قسمت انفارکتوسی میوکارد قلب تأمین گردیده ونمایش الکتریکی‌قلب (الکترو کاردیوگرام) طبیعی‌شده وضایعات قبلی‌که درالکتروکاردیوگرام نیز دیده میشده بکلی‌ازمیان رفته‌است.

ورزش و درمان بیماران عروقی مدتی است‌که مورد بررسی تمام پزشکان جهان است وبطوریکه کمیته علمی ششمین کنگره جهانی متخصصین قلب اعلام داشته است ده‌ها کار علمی در مورد ورزش ودرمان بیماریهای‌عروقی‌میوکارد به‌کمیته مذکور واصل‌شده‌است.

واین جانب نیز گزارشی دراین زمینه به‌کنگره مذکور تسلیم داشته‌ام که بتصویب کمیته علمی رسیده و در کتاب تفحصات علمی قلب و عروق چاپ شده که خلاصهٔ آن بدین شرح است :

بیماران مبتلا به‌انفارکتوس بخصوص درنوع انفارکتوس خلفی ودیافراگماتیك پس‌ازمدتی ورزش، نوار قلبی آنان‌طبیعی‌میگردد وچنانچه زندگی ورزشکارانی‌راکه باورزش‌سبك سروکارداشته‌اند بررسی کنیم باین‌نکته برمیخوریم که اکثر کسانیکه زندگی توأم باورزشهای سبك مثلا پیاده روی درمحیط آرامی داشته‌اند نوار قلبی آنان‌طبیعی نشان داده‌شده و کمتر به‌بیماری‌انفارکتوس‌میوکارد

* تهران ـ خیابان نادری ـ شماره ۲۷۲

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-08]

مبتلا میشوند ، درصورتیکه ورزشکارانی که بـاورزشهای سنگین قهرمانی و باستانی سروکاردارند زودتر به بیماریهای عروقی میوکارد مبتلا میشوند.

محافل پزشکی ورزشی فرانسه نشان داده‌اندکه معمولاقهرمانان بخصوص قهرمانهای دوکه بلافاصله پس از پایان مسابقه ، مورد آزمایش الکتروکاردیوگرافی قرارگرفته‌اند، آثار ایسکمی زود-گذر عروقی داشته‌اند و با استفاده از اطلاعات مذکور اینجانب عده‌ای ازبیماران را تحت نظر قرارداده واز بررسی‌های مداوم نتایج زیر بدست آمده است .

بیماران مذکور به‌چهار دسته تقسیم شدند :

دسته اول بیمارانی که‌مبتلا به‌دردهای‌ناحیه‌قلبی آنژین‌دوپواترین بودند،دسته دوم بیماران انفارکتوسی‌جدارخلفی‌قلب، دسته سوم بیماران انفـارکتوسی جدار قدامی قلب و دسته چهـارم ناقهین بیماری انفارکتوس میوکارد. کلیه این بیماران تحت مداوای بـا داروهای ضد انعقاد بوده‌اند .

دربیماران انفارکتوس‌میوکارد خلفی‌نتیجه ورزش درمانی‌توأم با داروهای ضدانعقاد خون‌بسیار رضایت‌بخش‌بوده‌است دردسته سوم ورزش‌درمانی‌بی‌نتیجه نبوده ودر بهبود وضع سوبژکتیووابژکتیو بیمار نیتجه رضایت بخشی داشته است .

در دسته چهارم یعنی دسته ناقهین نیز نتیجه رضایت بخش بوده و ورزش درمانی توأم باداروهای ضد انعقاد خون سیستم کلاترال راگسترش داده وتغذیه میوکارد را تأمین ودر بعضی از حـالات آثار ایسکمی موجود در روی الکتروکاردیوگرام را تقریباً از میان برده است .

1- R. A. Bruce, and coll. (U.S.A.): Introductory report on ST responses to maximal exercise, quantitative measurements, time course and relationships. 1969 M.C.

2- N. H. Areskog (Suède): ECG and pain reaction to work test, physical work capacity and coronary angiogram in coronary artery disease. 1969 M.C.

3- A. Cherchi (Italie): Diagnostic électrocardiographique à l'effort de l'insuffisance coronaire. 1969 M. C.

4- H.W.H. Weeda (Hollande): ECG changes during and after Maximal Exercise Test in patients with myocardial infarction.

5- H. Roskamm (Allemagne) : Comparison between ECG during exercise and ECG during hypoxia in patients with angina pectoris.

6- D. Dorossiev (Bulgarie): A method for quantitative evaluation of disturbances in heart rhythm during physical activity.

7- A. Cherchi (Italie) : Electrocardiogramme et métabolisme au cours de l'exercise physique chez les normaux et les cardiaques.

8- T. Kobayashi, and coll. (Japan). Radio - telemetering of Electrocardiogram and Blood pressure. 1969 M.C.

9- G. Grimby, and coll. (Suède): Radio - Transmitted ECG and Measurements of Energy Expenditure During Exercise Therapy in patients with Myocardial Infarction.

10- J. Hakkila (Finlande): ECG changes during the rehabilitation period following myocardial infarction. 1969 M.C.

11- N. Makous, and coll. (U.S.A.) : The post Two-step electrocardiogram and hemodynamic deter - m nants of myocardial oxygen consumption. 1969 M.C.

12- G. Folli, and coll (Italie): Exercise tolerance in patients old myocardial infarction. 1969 M.C.

13- W. L. Haskell, S. M. Fox (U.S.A.) : Some factors to consider when selecting an exercise stress testing procedure for the detection of myocardial ischemia. Discussion.

14- Bruce R. A. Alexander (U.S.A.) E. C. G. responses to maximal exercise in American et Chinèses populatoin Minneapolis 1967 M.C.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-08]