

اثر ورزش درمانی

همراه با داروهای ضد انعقاد در انفارکتوس میوکارد

دکتر سیف‌الدین نبوی *

مجله علمی نظام پزشکی

شماره ۳، صفحه ۲۰۲، ۱۳۴۹

اصولاً دیده شده کسانیکه ورزشهای نرم و مداوم در محیط آزاد انجام میدهند کمتر به ضایعات عروقی قلب مبتلا میشوند و بهمان ترتیبی که دانشگاه مینوزتا در روی سده‌سته ۷۰۰ نفری بیماران آزمایش کرده، کسانیکه ورزشهای سبک از نوع پیاده روی و نرمش بطور مداوم انجام میدهند، کمتر به بیماریهای عروقی قلب مبتلا میشوند و آن دسته کسانی هم که مبتلا به بیماری عروقی قلب بوده‌اند و زیر نظر پزشک ورزشهای یادشده را انجام داده‌اند درمان ضایعات عروقی آنان تسریع شده و به‌حمله دوم انفارکتوس معمولاً مبتلا نگردیده‌اند و حتی در اثر گسترش سیستم کلاترال، تغذیه قسمت انفارکتوسی میوکارد قلب تأمین گردیده و نمایش الکتریکی قلب (الکتروکاردیوگرام) طبیعی شده و ضایعات قلبی که در الکتروکاردیوگرام نیز دیده میشده بکلی ازمیان رفته‌است.

ورزش و درمان بیماران عروقی مدتی است که مورد بررسی تمام پزشکان جهان است و بطوریکه کمیته علمی ششمین کنفرانس جهانی متخصصین قلب اعلام داشته است ده‌ها کار علمی در مورد ورزش و درمان بیماریهای عروقی میوکارد به کمیته مذکور واصل شده‌است. و این جانب نیز گزارشی در این زمینه به کنفرانس مذکور تسلیم داشته‌ام که بتصویب کمیته علمی رسیده و در کتاب تفحصات علمی قلب و عروق چاپ شده که خلاصه آن بدین شرح است: بیماران مبتلا به انفارکتوس بخصوص در نوع انفارکتوس خلفی و دیافراگماتیک پس از مدتی ورزش، نوار قلبی آنان طبیعی میگردد و چنانچه زندگی ورزشکارانی را که با ورزش سبک سروکار داشته‌اند بررسی کنیم باین نکته برمیخوریم که اکثر کسانیکه زندگی توأم با ورزشهای سبک مثلاً پیاده روی در محیط آرامی داشته‌اند نوار قلبی آنان طبیعی نشان داده‌شده و کمتر به بیماری انفارکتوس میوکارد

اصولاً در درمان بیماریهای عروقی قلب بخصوص انفارکتوس میوکارد، موضوع اینکه آیا بایستی بیمار را استراحت کامل داد و به‌پشت خوابانید و یا نشسته او را درمان کرد مورد بحث محافل پزشکی و دانشمندان قلب و عروق است.

تجربه نشان داده است که در بین بیماران انفارکتوسی گاه بیمارانی یافت میشوند که فشارخون آنها در حال دراز کشیدن و با در حال نشستن اصولاً پائین نمی‌افتد و از قدرت کمپلکسهای بطنی قلب، با وجود انفارکتوس میوکارد، کاسته نشده است و فشارخون سطحی قدرت خود را بین ۱۱۰ تا ۱۴۰ نگاهداری نموده است. البته این شکل اخیر معمولاً در نزد بیماران انفارکتوسی از نوع خلفی و دیافراگماتیک مشاهده میشود.

اساس این تجربه و مشاهده، عدم سقوط فشارخون بویژه در نزد بیماران دسته اخیر، دانشمندان را بر آن داشته است که توصیه نمایند اصولاً در انفارکتوس‌هایی که فشارخون در حال ارتوستاتیک سقوط نمیکند نیاز به‌پشت خوابانیدن بیمار نبوده و میتوان آنها را نشسته و در حال ارتوستاتیک درمان نمود و حتی برخی معتقدند که در نزد دسته اخیر از بیماران، نشستن بیمار باعث فعالیت بطنها شده و کارکرد (Out put) قلب را کمی زیادتر کرده و جریان خونی کلاترلهای شریان کرونر بیمار را بهتر نموده و در نتیجه شبکه‌های جنبی زودتر نمو کرده و تغذیه محل آزرده بهتر میشود.

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

از آنچه گفته شد باین نتیجه میرسیم که اصولاً افزایش کارکرد قلب خود یک وسیله درمان و پیشگیری نزد کسانیکه خطر بروز و یا برگشت وعود بیماری آنان را تهدید میکند.

* تهران - خیابان نادری - شماره ۲۷۲

بیماران انفارکتوسی جدار قدامی قلب و دسته چهارم ناقهین بیماری انفارکتوس میوکارد. کلبه این بیماران تحت مداوای با داروهای ضد انعقاد بوده اند .

در بیماران انفارکتوس میوکارد خلفی نتیجه ورزش درمانی توأم با داروهای ضد انعقاد خون بسیار رضایت بخش بوده است در دسته سوم ورزش درمانی بی نتیجه نبوده و در بهبود وضع سوپراکتیو و ایترکتیو بیمار نتیجه رضایت بخشی داشته است .

در دسته چهارم یعنی دسته ناقهین نیز نتیجه رضایت بخش بوده و ورزش درمانی توأم با داروهای ضد انعقاد خون سیستم کلاترال را گسترش داده و تغذیه میوکارد را تأمین و در بعضی از حالات آثار ایسکمی موجود در روی الکتروکاردیوگرام را تقریباً از میان برده است .

مبتلا میشوند ، در صورتیکه ورزشکارانی که با ورزشهای سنگین قهرمانی و باستانی سروکار دارند زودتر به بیماریهای عروقی میوکارد مبتلا میشوند .

محافل پزشکی ورزشی فرانسه نشان داده اند که معمولاً قهرمانان بخصوص قهرمانهای دو که بلافاصله پس از پایان مسابقه ، مورد آزمایش الکتروکاردیوگرافی قرار گرفته اند، آثار ایسکمی زودگذر عروقی داشته اند و با استفاده از اطلاعات مذکور اینجانب عده ای از بیماران را تحت نظر قرارداد و از بررسی های مداوم نتایج زیر بدست آمده است .

بیماران مذکور به چهار دسته تقسیم شدند :

دسته اول بیمارانی که مبتلا به دردهای ناحیه قلبی آنزیم دوپواترین بودند، دسته دوم بیماران انفارکتوسی جدار خلفی قلب، دسته سوم

- 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'exercice 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 determinants 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 Chinoises populatoin Minneapolis 1967 M.C.