

اثر ورزش درمانی

همراه با داروهای ضدانعقاد در انفارکتوس میوکارد

* دکتر سیف الدین نبوی

مجله علمی نظام پزشکی

شماره ۳، صفحه ۲۰۲، ۱۳۴۹

اصول ایده شده کسانیکه ورزش‌های فرم و مداوم در محیط آزاد انجام میدهند کمتر به ضایعات عروقی قلب مبتلا می‌شوند و بهمان ترتیبی که دانشگاه میتوختا در روى سعدسته ۷۰۰ نفری بیماران آزمایش کرده، کسانیکه ورزش‌های سبک از نوع پیاده روی و نرمش بطور مداوم انجام میدهند، کمتر به بیماریهای عروقی قلب مبتلایمیشوندو 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 به حمله دوم انفارکتوس معمولاً مبتلاینگردیده‌اند و حتی در اثر گسترش سیستم کلاترال، تغذیه قسمت انفارکتوسی میوکارد قلب تأمین گردیده و نمایش الکتریکی قلب (الکترو کاردیو گرام) طبیعی شده و ضایعات قبلی که در الکترو کاردیو گرام نیز دیده می‌شده بکلی آزمایان رفته است.

ورزش و درمان بیماران عروقی مدتی است که مورد بررسی تمام پژوهشان جهان است و بطوریکه کمیته علمی ششمین کنگره جهانی متخصصین قلب اعلام داشته است دهه‌ها کار علمی در مورد ورزش و درمان بیماریهای عروقی میوکارد به کمیته مذکور واصل شده است. و این جایب نیز گزارشی در این زمینه به کنگره مذکور تسلیم داشتمام 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 باورزش سبک سروکار داشته‌اند بررسی کنیم باین نکته برمیخوریم که اکثر کسانیکه زندگی توأم باورزش‌های سبک مثل پیاده روی در محیط آرامی داشته‌اند نوار قلبی آنان طبیعی نشان داده شده 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 به پشت خوابانید و یا نشسته اورا درمان کرد مورد بحث محاذف پزشکی و دانشمندان قلب و عروق است.

تجربه نشان داده است که در بین بیماران انفارکتوسی گاه بیمارانی یافت می‌شوند که فشار خون آنها درحال دراز کشیدن و یا درحال نشستن اصولاً پائین نمی‌افتد و از قدرت کمپلکس‌های بطنی قلب، با وجود انفارکتوس میوکارد، کاسته نشده است و فشار خون سطحی قدرت خود را بین ۱۱۰ تا ۱۶۰ 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 فشار خون بویژه در نزد بیماران دسته اخیر، دانشمندان را بر آن داشته است که توصیه نماینده اصولاً در انفارکتوس‌هایی که فشار خون درحال ارتوستاتیک سقوط نمی‌کند نیاز به پشت خوابانیدن بیمار نبوده و میتوان آنها را نشسته و درحال ارتوستاتیک درمان نمود و حتی برخی معتقدند که در نزد دسته اخیر از بیماران، نشستن بیمار باعث فعالیت بطنها شده و کار کرد (Out put) قلب را کمی زیادتر کرده و جزیره‌ان خونی کلاترال‌های شریان کرونر بیماردا بهتر نموده و در نتیجه شبکه‌های جنبی نزودتر نموده 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 آنجه گفته شد باین نتیجه میرسیم که اصولاً افزایش کار کرد قلب خود یک وسیله درمان و پیشگیری نزد کسانیست که خطر بروز ویا برگشت وعود بیماری آنرا تهدید می‌کند.

بیماران انفارکتوسی جدار قدامی قلب و دسته چهارم ناقه‌بین بیماری انفارکتوس میوکارد، کلیه این بیماران تحت مداوای با داروهای ضد انعقاد بوده‌اند.

در بیماران انفارکتوس میوکارد خلفی نتیجه ورزش درمانی توأم با داروهای ضد انعقاد خون بسیار رضایت‌بخش بوده است در دسته سوم ورزش درمانی بی نتیجه نبوده و در بهبود وضع سوپرکتیو و ابژکتیو بیمار نتیجه رضایت‌بخش داشته است.

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

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

محافل پزشکی ورزشی فرانسه نشان داده‌اند که معمولاً قهرمانان بخصوص قهرمانهای دوکه بلافاصله پس از پایان مسابقه، مورد آزمایش الکتروکاردیوگرافی قرار گرفته‌اند، آثار ایسکمی زودگذر عروقی داشته‌اند و با استفاده از اطلاعات مذکور اینجانب عده‌ای از بیماران را تحت نظر قرارداده واز بررسی‌های مداوم نتایج زیر بدست آمده است.

بیماران مذکور به چهار دسته تقسیم شدند:
دسته اول بیمارانی که مبتلا به دردهای ناحیه قلبی آنژین دوپو اترین 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 populatoion Minneapolis 1967 M.C.