

سوفل قلبی، بی آزار یا پاتولوژیک

دکتر عبد الرسول نیک یار*، زهرا نیک یار**، هادی نیک یار***.

* استاد بیماری‌های قلب کودکان، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

** دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

*** دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

تاریخ دریافت: 85/12/13

تاریخ پذیرش: 86/6/20

چکیده

اغلب بیماری‌های قلبی کودکان با شنیده شدن سوفل قلبی به طور اتفاقی، ضمن معاینات روزمره مشخص می‌گردند. اطمینان دادن به والدین مبنی بر بی‌آزار بودن سوفل قلبی، در صورت وجود بیماری ممکن است عوارض جبران‌ناپذیری در پی داشته باشد. بر آن شدیم تا در یک پژوهش، مواردی اینچنین را مطالعه نماییم تا به کارگیری نتایج، کیفیت برخورد با کودکان دارای سوفل قلبی را بهبود بخشد.

مطالعه از نوع مقطعی در یک فاصله‌ی زمانی 18 ماهه بود. کلیه‌ی کودکان مبتلا به بیماری قلبی ارجاع شده به پژوهشگر که پیشتر قلب آنان با تشخیص سوفل بی‌آزار، سالم تلقی شده بود دوباره توسط متخصص قلب کودکان با معاینه و پاراکلینیک بررسی شدید. به این ترتیب 36 کودک که بیماری قلبی آنان تأیید شد، مورد مطالعه و بررسی قرار گرفتند.

8 نوع بیماری مختلف قلبی، در 17 پسر و 19 دختر مشخص گردید. سن متوسط تشخیص بیماری 43/5 ماه بود، در صورتی که سن تشخیص اولیه سوفل قلبی 24 ماه است. 27% بیماران در زمان تشخیص به اقدام درمانی و جراحی نیاز داشتند که 60% آنان، بهترین زمان مطلوب را از دست داده بودند.

هرچند در بیشتر موارد تشخیص سوفل قلبی بی‌گناه برای کودکان صحیح است ولی احتیاط و دقت بیشتر در تشخیص سوفل کودکان ضروری می‌باشد. در این راستا نقش و اهمیت پزشک خانواده بسیار زیاد است و بایستی در هر مراجعه، معاینه‌ی فیزیکی دقیق و کامل از بیمار به عمل آید و تنها به علت مراجعه وی اکتفا نشود.

سوفل قلبی، سوفل بی‌آزار، بیماری مادرزادی قلب

مقدمه:

روش‌ها:

یافته‌ها:

نتیجه‌گیری:

واژگان کلیدی:

تعداد صفحات: 5

تعداد جدول‌ها: 1

تعداد نمودارها: -

تعداد منابع: 15

دکتر عبد الرسول نیک یار، گروه اطفال، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

E-mail: nikyar@med.mui.ac.ir

آدرس نویسنده‌ی مسئول:

مقدمه

در این مدت به دلیل داشتن سوفل قلبی به پژوهشگر مراجعه کرده یا ارجاع شدند، انجام گردید؛ پیش‌تر، قلب این بیماران سالم تلقی شده و سوفل بی‌آزار تشخیص داده شده بود. تمام بیماران توسط متخصص قلب کودکان معاینه و بیماری قلبی آن‌ها با پاراکلینیک تأیید گردید. به این ترتیب 36 کودک که چنین خصوصیتی داشتند، مورد مطالعه و بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها

8 نوع بیماری مختلف قلبی، در 17 پسر و 19 دختر مشخص گردید. سن متوسط تشخیص بیماری 43/5 ماه بود، در صورتی که سن تشخیص اولیه سوفل قلبی 24 ماه است. 80% بیماران توسط پزشک ارجاع شدند که 75% آن‌ها زمانی بود که بیمار توسط پزشکانی دیگر (غیر از پزشک همیشگی) معاینه شده بودند. 27% بیماران در زمان تشخیص به اقدام درمانی و جراحی نیاز داشتند که 60% آنان، بهترین زمان مطلوب را از دست داده بودند. میانگین سنی تشخیص هر بیماری و تشخیص اولیه‌ی سوفل قلبی و متغیرهای دیگر در جدول شماره‌ی 1 آورده شده است.

اغلب بیماری‌های قلبی کودکان با شنیده شدن سوفل قلبی به طور اتفاقی، ضمن معاینات روزمره، مشخص می‌گردند. تشخیص هرچه زودتر این بیماری‌ها منجر به نتیجه‌ی بهتر اقدامات درمانی خواهد شد (2-1). اطمینان دادن به والدین مبنی بر بی‌آزار بودن سوفل قلبی، در صورت وجود بیماری ممکن است عوارض جبران‌ناپذیری در پی داشته باشد (4-2). تجربه‌ی 20 ساله‌ی برخورد و پیگیری کودکان مبتلا به بیماری قلبی، یادآور مواردی است که سن تشخیص بیماری دیرتر از بهترین زمان مناسب برای اقدامات درمانی بوده است. موضوع وقتی آزردهنده است که پیش از این سوفل قلبی، بی‌آزار تلقی شده، به والدین اطمینان داده شده باشد که قلب سالم است. به این جهت بر آن شدیم تا در یک پژوهش، مواردی از بیماری قلبی مادرزادی که در ابتدا «سوفل بی‌آزار» تشخیص داده شده است را مطالعه نماییم؛ با این امید که ارائه‌ی نتایج حاصل راه‌گشا بوده، کیفیت برخورد با کودکان دارای سوفل قلبی را بهبود بخشد.

روش‌ها

مطالعه از نوع مقطعی در یک فاصله‌ی زمانی 18 ماهه بود و بر روی کلیه‌ی کودکان مبتلا به بیماری قلبی که

جدول 1. اطلاعات بالینی و دموگرافیک بیماران مورد مطالعه

نوع بیماری	تعداد	پسر	دختر	متغیر		مراجعه‌ی والدین
				میانگین سنی تشخیص بیماری (ماه)	میانگین سنی تشخیص اولیه (ماه)	
سوراخ بین دو دهلیز	7	3	4	28	15	1
سوراخ بین دو بطن	2	1	1	14	4	-
کوارکناسیون آئورت	7	4	3	64	42	2
تنگی دریچه سرخرگ ششی	8	3	5	59	30	1
تنگی دریچه آئورت	2	2	-	34	18	-
نارسایی دریچه میترال	2	1	1	20	11	-
دریچه آئورت دولتی*	5	2	3	98	62	1
کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک	3	1	2	31	10	2

* دریچه‌ی آئورت دولتی، جزء بیماری‌های قلبی مادرزادی نمی‌باشد.

بحث

تشخیص هر چه زودتر و درمان مناسب، یک اصل مهم در مبتلایان به بیماری قلبی مادرزادی است؛ حتی در مواردی، اگر در روزهای اول عمر اقدامات درمانی انجام نگیرد، ادامه حیات ناممکن است (6-2،4). متوسط سن تشخیص 43/5 ماهه در بیماران مورد مطالعه دیر است و عوارضی به همراه داشته است. اغلب موارد بیماری در مالنا، عمان و ترکیه به ترتیب تا 3 ماهگی، یکسالگی و 2/2 سالگی تشخیص داده شده‌اند (8-1،7).

تشخیص دیرهنگام بیماران مورد مطالعه و وجود فاصله‌ی زمانی 19/5 ماهه از بی‌آزار تشخیص دادن سوفل قلبی تا تشخیص بیماری، پیامدهای کلی و اختصاصی زیادی خواهد داشت. عدم برنامه‌ریزی و آینده‌نگری هماهنگ با بیماری و عدم دریافت خدمات خاص بر اساس بیماری، به ویژه واکسیناسیون و تغذیه، از این جمله است. نیاز به درمان طی و جراحی هرچه زودتر، به خاطر تشخیص دیر بیماری، باعث می‌گردد که والدین آمادگی پذیرش بیماری، درمان و جوانب دیگر در این رابطه را نداشته باشند (12-8). از آن جایی که بیماری قلبی مشخص نگردیده، تدابیر و دستورات لازم جهت پیش‌گیری از آندوکاردیت هم اعمال نشده و کودک در معرض ابتلای به آندوکاردیت عفونی قرار گرفته است (13-4،12).

نکته‌ی جالب توجه این که 61% بیماران زمانی که به پزشک خود دسترسی نداشته، به اجبار به پزشک دیگری مراجعه کرده‌اند، با اصرار این پزشک به متخصص قلب کودکان ارجاع شده، بیماریشان تشخیص داده شده است. این موضوع نقش و اهمیت پزشک خانواده را بیش از پیش مشخص کرده، نشان

می‌دهد که لازم است در هر مراجعه، معاینه‌ی فیزیکی دقیق و کامل به عمل آید و فقط به علت مراجعه بیمار اکتفا نشود.

چهار مورد از هفت مورد سوراخ بین دو دهلیز، ترمیم سوراخ در زمان تشخیص ضرورت داشته که در نیمی دیرتر از بهترین زمان مناسب بود (11،14).

با توجه به این که همه‌ی موارد کوارکتاسیون آئورت به اقدام درمانی نیاز دارند، ترمیم و رفع تنگی در شیرخواری (و در آنهایی که بدون علامت هستند، در 3-2 سالگی) لازم است. جالب است که 5 مورد از 7 مورد اشاره شده در جدول، در زمان تشخیص بیماری به اقدام درمانی نیاز داشتند که در اغلب موارد این زمان بعد از بهترین زمان ترمیم و رفع تنگی بود (14،11،4).

فقط یک مورد از 8 مورد تنگی در سرخرگ ششی در زمان تشخیص به رفع تنگی نیاز داشت؛ گرچه مبتلایان به سوراخ بین دو بطن، تنگی دریچه‌ی آئورت، نارسایی دریچه‌ی میترال و اغلب موارد تنگی سرخرگ ششی در زمان تشخیص به اقدام درمانی نیاز نداشتند ولی تشخیص دیرهنگام بیماری منجر به عدم ارائه‌ی تدابیر پیش‌گیری از آندوکاردیت، عدم آمادگی و برنامه‌ریزی خانواده هماهنگ با بیماری، عدم پیگیری بالینی منظم بیمار، واکسیناسیون خاص، تغذیه و از این قبیل موارد گردیده است. با توجه به این که احتمال ایجاد تنگی و تشدید آن و نیز ایجاد آندوکاردیت در دریچه‌ی آئورت دولتی وجود دارد و در اغلب موارد یک استعداد فامیلی نیز دخیل است، این مورد را نیز پاتولوژیک به حساب آوردیم (15-12،14).

تشخیص هر چه زودتر کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک نیز در کودکی از نظر بررسی فامیلی، اقدام درمانی و در صورت لزوم پیش‌گیری از مرگ ناگهانی اهمیت دارد (16).

نتیجه گیری: هرچند در بیشتر موارد تشخیص سوفل قلبی بی گناه برای کودکان صحیح است ولی

احتیاط و دقت بیشتر در تشخیص سوفل کودکان ضروری می باشد.

منابع

می گردند، بررسی 1827 مورد. مجله دانشکده پزشکی اصفهان 1374(41): 49-54.

10. Abad Sinden A, Sutphen JL. Growth and Nutrition In: Allen HD, Gutgesell H, Clark EB, Driscoll D. Moss and Adams' heart disease in infants, children, and adolescents: Including the fetus and young adult. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.p.325-32.

11. نیک یار ع. قلب کودک من. چاپ اول. اصفهان: انتشارات کنکاش؛ 1380. ص. 104-79.

12. Durack DT. Prophylaxis of Infective Endocarditis. In: Mandel GL, Bennett JE, Dolin R. Principles And Practice Of Infectious Disease, 6th Ed. Churchill Livingston; 2005.p.1044-50.

13. Stephensen SS, Sigfusson G, Eiriksson H, Sverrisson JT, Torfason B, Haraldsson A et al. [Congenital heart defects in Iceland 1990-1999.]. Laeknabladid 2002; 88(4):281-7.

14. Webb GD. Congenital Heart Disease. In: Braunwald E, Zipes DP, Libby P, Bonow R. Braunwald's Heart Disease, A Textbook Of Cardiovascular Medicine. 7th ed. Philadelphia: Saunders; 2005. p.1489-1552.

15. Anderson JL. Infective Endocarditis. In: Fuster V, Alexander RW, O'Rourke RA, Roberts R, King SB, Prystowski EN et al. Hurst's The Heart. 11th ed. Philadelphia: McGraw Hill; 2004. p.2024-5.

Wynne J, Braunwald E. The Cardiomyopathies. In: Braunwald E, Zipes DP, Libby P, Bonow R. Braunwald's Heart Disease, A Textbook Of Cardiovascular Medicine. 7th ed. Philadelphia: Saunders; 2005. p. 1667-73.

1. Grech V. The evolution of diagnostic trends in congenital heart disease: A population-based study. J Paediatr Child Health 1999; 35(4):387-91.

2. Brown KL, Ridout DA, Hoskote A, Verhulst L, Ricci M, Bull C. Delayed diagnosis of congenital heart disease worsens preoperative condition and outcome of surgery in neonates. Heart 2006; 92(9):1298-302.

3. Allen HD, Gutgesell H, Clark EB, Driscoll D. Moss and Adams' heart disease in infants, children, and adolescents: Including the fetus and young adult. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.p.143-52.

4. Massin MM, Dessy H. Delayed recognition of congenital heart disease. Postgrad Med J 2006; 82(969):468-70.

5. Bendriss L, Sedrati M, Haddour L, Arharbi M. [Ventricular septal defects: anatomic, clinical, therapeutic and prognostic aspects. 44 cases]. Presse Med 2006; 35(4 Pt 1):593-7.

6. Ramaciotti C, Vetter JM, Bomemeier RA, Chin AJ. Prevalence, relation to spontaneous closure, and association of muscular ventricular septal defects with other cardiac defects. Am J Cardiol 1995; 75(1):61-5.

7. Subramanian R, Joy J, Venugopal an P, Sapru A, al Khusaiby SM. Incidence and spectrum of congenital heart disease in Oman. Ann Trop Paediatr 2000; 20(4):337-41.

8. Baspinar O, Karaaslan S, Oran B, Baysal T, Elmaci AM, Yorulmaz A. Prevalence and distribution of children with congenital heart diseases in the central Anatolian region, Turkey. Turk J Pediatr 2006; 48(3):237-43.

9. نیک یار ع. بیماری های کونژیتال قلبی چگونه و چه زمانی مشخص

Received: 4.3.2007
Accepted: 11.9.2007

Heart Murmurs: Innocent or Pathologic

Abdul Rasul Nikyar MD*, Zahra Nikyar **, Hadi Nikyar**.

* Professor of Pediatric Cardiology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences
** Student of Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences

Background:

Abstract

Many normal children have heart murmurs. Most of these murmurs are innocent but differentiation of innocent murmurs from those due to structural heart disease, pathological murmurs, is important. Some clinicians do not refer the suspected patients to cardiologist due to anxiety-provoking for the family. The aim of this study was to assess the children with heart murmurs who previously their murmurs labeled as an innocent murmur.

Methods:

During 18 months, 36 children with heart murmur been labeled as innocent were reassessed prospectively as outpatients by a pediatric cardiologist.

Findings:

Overall, 8 different type of congenital heart diseases in 36 patients (17 boys, 19 girls) were diagnosed. The mean age of diagnosis of innocent murmur was at 24 months old. The mean age of detection of congenital heart defects in these patients was 43.5 months old. Physicians referred 80% of patients while 75% of these were referred when were visited by other physicians than their family physicians. About 27% of patients needed medical and surgical attention at diagnosis time.

Conclusion:

Although, the diagnosis of innocent murmurs is correct in most of cases, more attention is needed in assessment and clinical examination of suspected children.

Key words:

Heart murmurs, innocent murmurs, congenital heart disease

Page count:

5

Tables:

1

Figures:

0

References:

15

Address of Correspondence:

Abdul Rasul Nikyar MD, Professor of Pediatric Cardiology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
E-mail: nikyar@med.mui.ac.ir