

معرفی یک مورد سندرم بروگادا و مرور مقالات مشابه: گزارش مورد

مرضیه باقری خلیلی^۱، ملیحه عباسی^{۲*}

تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۰۹/۲۲ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۱۱/۰۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: سندرم بروگادا بیماری است که باعث اختلال در ریتم طبیعی قلب می‌شود و یکی از علل نادر ایست قلبی ناگهانی است. این اختلال به صورت بالا بردن قطعه ST در لیدهای پیش کوردیال راست تظاهر می‌یابد، که باعث بروز آریتمی‌های بطنی می‌شود که اگر درمان نشود می‌تواند باعث بروز سنکوپ، تشنج، اختلال در تنفس یا مرگ ناگهانی شود.

معرفی مورد: بیمار آقای ۳۵ ساله‌ای بود که به دلیل درد قفسه سینه و از دست دادن هوشیاری به اورژانس منتقل شد. در نوار قلب (ECG) او، تغییرات مشخصه سندرم بروگادا مشاهده شد و بیمار به بخش مراقبت ویژه قلبی (CCU) منتقل شد.

نتیجه‌گیری: این بیماری به دلیل شیوع کم آن معمولاً جدی تلقی نمی‌شود و همین امر ممکن است باعث پیامدهای جبران‌ناپذیری برای بیمار شود، در حالی که با تشخیص به‌موقع می‌توان برای درمان آن اقدام کرد.

کلیدواژه‌ها: سندرم بروگادا، ایست قلبی ناگهانی، سنکوپ

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره دهم، پی‌درپی ۱۷۱، دی ۱۴۰۲، ص ۸۳۱-۸۳۵

آدرس مکاتبه: گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندر گز، بندر گز، ایران، تلفن: ۰۹۳۵۶۶۳۳۲۱۴

Email: maliheh.abbasi@gmail.com

مقدمه

رفتن مداوم قطعه ST در لیدهای پیش کوردیال راست (V1-V2-۳) مشخص می‌شود. طولانی شدن قطعه QT هم در این سندرم دیده می‌شود (۳). تظاهرات بالینی شامل ایست قلبی یا سنکوپ ناشی از تاکی‌کاردی سریع بطنی یا فیبریلاسیون بطنی است که مشخصه آن در حالت استراحت یا هنگام خواب رخ می‌دهد (۴). تظاهرات یا پنهان است و یا ممکن است توسط تعدادی از داروها و حالت‌های پاتوفیزیولوژیکی از جمله مسدودکننده‌های کانال سدیم، حالت تب، عوامل واگوتونیک، ضداسفردگی‌های سه حلقه‌ای و همچنین مسمومیت با کوکائین و پروپرانولول، پنهان یا تعدیل شود (۲). اخیراً یک جهش نادرست بیماری‌زا در بیماران مبتلا به سندرم بروگادا در ژن SCN5A (Sodium Voltage-Gated Channel 5) Alpha Subunit در کانال سدیم قلبی گزارش شده است (۴). این سندرم معمولاً در بزرگسالی با میانگین سنی مرگ ناگهانی ۱۵±۴۱ سال ظاهر می‌شود (۲). مردان بیشتر از زنان علامت‌دار هستند، احتمالاً به دلیل تأثیر هورمون‌ها و توزیع جنسیتی کانال یونی در سراسر قلب است (۳). جوان‌ترین بیمار که از نظر بالینی به این

سندرم بروگادا یا سندروم مرگ ناگهانی شبانه در ژاپن و کشورهای آسیای شرقی از شیوع بالایی برخوردار است. قربانیان این سندرم غالباً مردان جوانی هستند که از نظر ظاهری کاملاً سالم هستند و مرگ آن‌ها غالباً در نیمه‌های شب در طی خواب رخ می‌دهد. این سندرم مسئول ۴ درصد همه مرگ‌های ناگهانی قلبی و بیش از ۱۲ درصد مرگ ناگهانی در بیمارانی است که قلب‌های سالم دارند (۱). شیوع این بیماری ۵ نفر در هر ۱۰۰۰۰ نفر تخمین زده می‌شود و جدای از تصادفات، علت اصلی مرگ‌ومیر در مردان کمتر از ۴۰ سال است به‌ویژه در کشورهایی که سندرم آندمیک است (۲). سندرم بروگادا یک بیماری با الگوی انتقال اتوزومال غالب است (۳). از زمان معرفی سندرم بروگادا به‌عنوان یک موجودیت بالینی در سال ۱۹۹۲، سندرم بروگادا از یک بیماری نادر به بیماری‌ای تبدیل شده است که پس از تصادفات اتومبیل به‌عنوان عامل مرگ در بین جوانان برخی کشورها در رتبه دوم قرار دارد (۲). سندرم بروگادا یک آریتمی قلبی نادر است که همراه یا بدون بلوک شاخه سمت راست و بالا

^۱ دانشجوی کارشناسی پرستاری، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه پرستاری، واحد بندر گز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندر گز، ایران^۲ گروه پرستاری، واحد بندر گز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندر گز، ایران (نویسنده مسئول)

نوار قلب، هم‌زمان توسط پزشک متخصص قلب ویزیت شد، بررسی‌های آزمایشگاهی به‌خصوص آنزیم‌های قلبی (troponin negative و CK-MB: 10 U/L) و اکوکاردیوگرافی (EF ۵۵ درصد) گزارش شد و در ECG انجام‌شده بالا بودن قطعه ST در لیدهای V 1 -V 3 و لیدهای جانبی مشاهده شد. بررسی‌های تکمیلی توسط الکتروفیزیولوژیست تشخیص سندرم بروگادا را قطعی کرد و به CCU منتقل شد. علائم حیاتی بیمار در هنگام پذیرش شامل ضربان قلب ۸۳، فشارخون، ۱۰۸/۷۱، درجه حرارت بیمار ۳۶/۶ بود. داروی پروپرانولون ۱۰ میلی‌گرم دو بار در روز تجویز شد و تحت نظر قرار گرفت. شرایط بیمار پس از ۳ روز نرمال شد و با دستور پزشک و توصیه مبنی بر کاهش هیجانات و حفظ آرامش و تجویز داروی پروپرانولول مرخص شد.

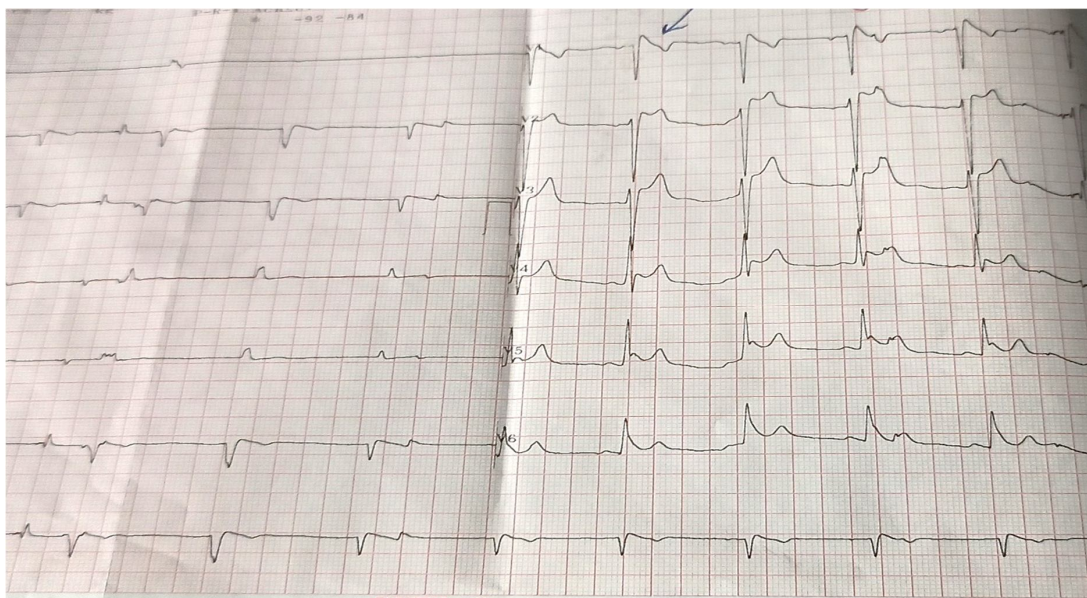
تشخیص:

بر مبنای معیارهای بین‌المللی، بالا بودن قطعه ST بیشتر از ۲mm حداقل در دو لید از لیدهای سمت راست (V-V₃)، همراه با بلوک کامل یا ناکامل شاخه راست هدایتی قلب برای تشخیص لازم است که در E.C.G بیمار مشهود است.

سندرم مبتلا بود ۲ روزه و مسن‌ترین بیمار ۸۴ ساله است (۲). در این مقاله یک مورد تشخیص سندرم بروگادا که به دلیل درد قفسه سینه و کاهش سطح هوشیاری به بیمارستان منتقل شد، معرفی می‌گردد.

معرفی مورد

بیمار آقای جوان ۳۵ ساله که دچار درد ناگهانی قفسه سینه و تنگی نفس شده و سپس به دلیل اختلال در سطح هوشیاری از هوش رفت (faint) و توسط کارکنان ۱۱۵ به بیمارستان حکیم جرجانی گرگان منتقل شد. بیمار در همان روز دچار تشنج عصبی شده و بهبودی خودبه‌خود داشته و متأسفانه مراجعه پزشکی نداشته بود. بیمار سابقه جراحی و بیماری خاصی ندارد فقط دچار ریزش موی سکه‌ای است و داروی خاصی مصرف نمی‌کند و فقط ۸ سال پیش به دلیل مسمومیت با سموم کشاورزی بستری شده بود. سابقه مصرف سیگار و مواد مخدر را ندارد و در تاریخچه خانوادگی نکته مثبت دیگری وجود نداشت. بیمار پس از ویزیت توسط پزشک اورژانس به دلیل تغییرات در



شکل (۱): E.C.G بیمار

بحث

سندرم بروگادا یک الگوی الکتروکاردیوگرافیک منحصربه‌فرد دارد و بیشتر در مردان جوان دارای قلب با ساختار طبیعی به‌صورت ایست ناگهانی قلبی تظاهر می‌کند. سندرم بروگادا سه تیپ دارد که این سه تیپ، خطر مرگ‌ومیر متفاوتی دارند. تشخیص این سه نوع با مطالعات الکتروفیزیولوژیک صورت می‌گیرد و گاهی بیماران بدون

درمان:

در حال حاضر تنها راهبرد مؤثر و اثبات‌شده برای پیشگیری استفاده از دفیبریلاتورهای قلبی قابل کاشت (ICD) است که با بی‌نظمی‌های کشنده‌ی بطنی (VF) مبارزه می‌کند، اما این اقدام برای بیمار انجام نشد.

نشد و سالم بودند. در این مطالعه میزان شیوع سندرم بروگادا در جمعیت مورد مطالعه ۰/۰۴ درصد محاسبه شد که میزان شیوع کمتر از میزان گزارش شده از ژاپن (۰/۰۵٪) و اروپا (۰/۱٪) بود. با توجه به کم بودن تعداد مبتلایان فراوانی سنی، جنسی و میزان همراهی آن‌ها با RBBB را نمی‌توان محاسبه کرد (۷).

نتیجه‌گیری

میزان شیوع این بیماری در ایران بسیار کم است به همین دلیل بیماری جدی‌ای در نظر گرفته نمی‌شود و غربالگری‌هایی از نظر مبتلا بودن به این بیماری صورت نمی‌گیرد و اقدامات درمانی به موقع شروع نمی‌شود به همین دلیل باعث به وجود آمدن پیامدهای جبران‌ناپذیری می‌شود. از آنجایی که این بیماری ژنتیکی است، آموزش به والدین جهت مشاوره‌ی ژنتیک به‌ویژه قبل از بارداری بسیار مهم است، مخصوصاً زوج‌هایی که مبتلا به این سندرم هستند و یا در خانواده و نزدیکان مبتلا به این سندرم وجود دارد. اعضای خانواده‌ی بیمار به‌منظور غربالگری حتماً باید مورد بررسی قرار بگیرند تا در صورت ابتلا اقدامات درمانی به موقع انجام شود. یکی از محدودیت‌ها در این پژوهش نادر بودن سندرم بروگادا است که منابع قدیمی هستند و تعدادشان کم است.

تشکر و قدردانی:

بدین‌وسیله مجربان طرح، از بیمار و خانواده بیمار که اطلاعات را در اختیار ما قرار دادند، تقدیر می‌نمایند.

حمایت مالی:

ندارد.

تضاد منافع:

هیچ‌گونه تضاد و تعارض منافی در خصوص پژوهش انجام‌شده حاضر وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی:

این گزارش موردی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی بندر گز با کد اخلاق IR.IAU.BABOL.REC.1402.090 است.

علامت، نیاز به مطالعه الکتروفیزیولوژیک ندارند (۱). یک سوم بیماران بدون علامت در معرض خطر آریتمی‌های بطنی هستند (۲). تحلیل اطلاعات رجیستری بروگادای (France, Italy, Netherland, Germany 2010) FINGER نشان داده است که خطر بروز حوادث قلبی در این بیماران ۰/۵ درصد در سال است و نوع سندرم بهترین پیشگویی‌کننده این حوادث قلبی است و جنسیت بیمار، سابقه خانوادگی مرگ ناگهانی و داشتن موتاسیون SCN5A مربوط به سندرم بروگادا پیشگویی‌کننده نیستند (۵).

در مطالعه‌ی معرفی مورد که مرادی مقدم و همکاران در سال ۱۳۹۱ با عنوان ایست قلبی به دلیل سندرم بروگادا: معرفی یک مورد و مرور مقالات مشابه انجام دادند، یک بیمار آقای ۳۹ ساله‌ای که به دلیل ایست قلبی ناگهانی در اورژانس تحت احیای قلبی ریوی (CPR) قرار گرفت و پس از احیای موفق، به بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) منتقل و با تشخیص هیپوکسیک ایسکمیک انسفالوپاتی تحت درمان قرار گرفت. بررسی‌های تکمیلی با مشاوره الکتروفیزیولوژیست تشخیص سندرم بروگادا را قطعی کرد. در ویزیت قبل از عمل بیماران با سابقه خانوادگی ایست قلبی ناگهانی، بایستی این سندرم را مدنظر داشت و در بیهوشی این بیماران از عوامل مساعدکننده آریتمی نظیر تب، برادیکاردی، اختلالات الکترولیتی به‌خصوص اختلالات پتاسیم و کلسیم اجتناب کرد و یا در صورت وجود درمان نمود (۶).

بر اساس مطالعه‌ای که حیدری و همکاران در سال ۱۳۸۱ با عنوان سندرم بروگادا در نوار قلب افراد سالم مراجعه‌کننده به مراکز درمانی اصفهان، بر روی ۵۰۰۰ نفر از مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی غیر قلبی شهرستان اصفهان انجام گرفت، افراد مورد مطالعه کسانی بودند که سابقه بیماری قلبی نداشتند و بنا به دلایل دیگری از آن‌ها نوار الکتروکاردیوگرام گرفته شد و تنها ۲ مورد مبتلا به سندرم بروگادا مشاهده شد که یک نفر مرد و دیگری زن بود. سن یکی از افراد ۵۰ و بیمار دیگر ۵۴ بود و یکی از مبتلایان دارای نمای بلوک شاخه‌ای سمت راست (RBBB) و دیگری فاقد نمای RBBB بود. هر دو مورد سابقه مرگ ناگهانی قلبی در فامیل‌های خود بودند ولی خود بیماران علامت‌دار نبودند. این افراد از نظر سایر علل بیماری‌های قلبی عروقی مورد بررسی قرار گرفتند که مشکلی دیده

genes in patients with brugada syndrome. J Shahid Sadughi Univ 2014;22(1):981-88.

2. Antzelevitch C, Brugada P, Borggrefe M, Brugada J, Brugada R, Corrado D, et al. Brugada syndrome: report

¹ Right Bundle Branch Block (RBBB)

References:

1. Khatami M GYZ. Novel nucleotide changes in mitochondrial COXII, cytochrome B and tRNAGlu

- of the second consensus conference: endorsed by the Heart Rhythm Society and the European Heart Rhythm Association. *Circulation* 2005;111(5):659-70. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000152479.54298.51>
3. Bayrak F, Brugada P. Recent status in Brugada Syndrome. *Turk Kardiyol Dern Ars* 2022;50(2):137–44. <https://doi.org/10.5543/tkda.2022.21020>
 4. Corrado D, Buja G, Basso C, Nava A, Thiene G. What is the Brugada syndrome? *Cardiol Rev* 1999;7(4):191–5. <https://doi.org/10.1097/00045415-199907000-00010>
 5. Probst V VC, Eckardt L, Meregalli P, Gai-ta F, Tan H, et al.. Long-term prognosis of patientsdiagnosed with Brugada syndrome results from the FINGER Brugada Syndrome Registry. *Circulation* 2010;121(5):635-43. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.887026>
 6. Moradimoghadam O SA, Niakan M, Hajiesmaeili MR, Seifi Sh, Soleimanirad R. Sudden Cardiac Arrest due to Brugada Syndrome: a Case Report and Literature Review. *J Shahid Sadughi Univ* 2013;21(1):113-7.
 7. Heydari R HS. Brugada syndrome In electrocardiogram healthy people referred to the center of city. *J Isfahan Med Sch* 2004;21(71):32-4.

INTRODUCING A PATIENT WITH BRUGADA SYNDROME AND A REVIEW OF SIMILAR LITERATURE: A CASE REPORT

Marziye Bagheri Khalili¹, Maliheh Abbasi^{2*}

Received: 13 December, 2023; Accepted: 21 January, 2024

Abstract

Background & Aim: Brugada syndrome is a disease that disrupts the normal rhythm of the heart and is one of the rare causes of sudden cardiac arrest. This disorder manifests as ST segment elevation in the right precordial leads, causing ventricular arrhythmias. It can also cause syncope, convulsions, breathing disorders, or sudden death if it is not treated.

Case introduction: The patient was a 35-year-old man who was taken to the emergency room due to chest pain and loss of consciousness (fainting). In his electrocardiogram (ECG), Brugada syndrome-specific changes were observed, and the patient was transferred to the CCU.

Conclusion: Due to its low prevalence, this disease is usually not considered serious, and this may cause irreparable consequences for the patient, while it can be treated successfully with timely diagnosis.

Keywords: Brugada Syndrome, Sudden Cardiac Arrest, Syncope

Address: Department of Nursing, Islamic Azad University Bandar Gaz, Bandar Gaz, Iran

Tel: +989356633214

Email: maliheh.abbasi@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Nursing Undergraduate Student, Member of Student Research Committee, Islamic Azad University Bandar Gaz, Bandar Gaz, Iran

² Department of Nursing, Islamic Azad University Bandar Gaz, Bandar Gaz, Iran (Corresponding Author)