الملخص العربى

ينتشر الإرتجاف الأذينى فى مرضى قصور الشرايين التاجية حيث يصاب به مريض من كل 7 مرضى تقريبا. و يسبب زيادة معدل الوفيات فى المرضى الذين يعانون من جلطة الشريان التاجى ولكن معظم الدراسات السابقة قد أجريت على تلك المصحوبة بإرتفاع مقطع ال (ST) فى رسم القلب ولذا فإن تأثيره على المرضى المصابين بقصور الشريان التاجي الغير مصحوب بإرتفاع جزء ال (ST) في رسم القلب لم تتم دراسته بشكل كاف.

أجريت هذه الدراسة بوحدة رعاية القلب بمستشفى بنها الجامعى فى الفترة من ديسمبر 2009 إلى يونيو 2010 وإشتملت على 50 مريض من مرضى قصور الشرايين التاجيه والذين تتراوح أعمارهم بين 40- 75 عاما وتمت متابعتهم لمده 3 أشهر من تاريخ الدخول.

تم تقسيم المرضى إلى مجموعتين :

1- المجموعه الأولى وتشتمل على 25 مريضا من مرضى قصور الشرايين التاجيه المصحوب بالإرتجاف الأذينى.
2- المجموعه الثانيه وتشتمل على 25 مريضا من قصور الشرايين التاجيه الغير مصحوب بالإرتجاف الأذينى.

المعايير المدرجة:

لقد تم إدراج مرضى قصور الشريان التاجي الحاد الغير مصحوب بارتفاع جزء ST في رسم القلب:

1) **مرضى الذبحة الصدرية الغير مستقرة** وهم الذين يعانون من:
   - ألم حديث بالصدر أو ألم يزداد في خصائصه.
   - وجود تغيرات برسم القلب أو عدم وجودها.
   - عدم ارتفاع إنزيمات القلب المصاحب لإحتشاء عضلة القلب.
2) **مرضى إحتشاء عضلة القلب الغير مصحوب بارتفاع جزء ST** وهم الذين يعانون من:
   - ألم بالصدر مستمر لأكثر من 20 دقيقة.
   - عدم وجود ارتفاع بجزء ST في رسم القلب.
   - ارتفاع إنزيمات القلب.

المعايير الغير مدرجة:

مرضى إحتشاء عضلة القلب المصحوب بارتفاع جزء ST وهم الذين يعانون من:

- ألم بالصدر مستمر لأكثر من 20 دقيقة.
- ارتفاع بجزء ST في رسم القلب 1 ملليمتر أو أكثر في 2 أو أكثر من أجزاء رسم القلب أو إنسداد حديث بضفيرة القلب اليسرى.

طرق الدراسة:

لقد تم جمع هذه البيانات:

1) **الخصائص العامة المريض:**
   - السن و النوع.
   - تفاصيل دخول المريض:
     - عوامل الخطورة (إرتفاع ضغط الدم - السكرى - التدخين - إرتفاع نسبه الدهون بالدم).
     - التاريخ المرضى السابق (قصور الشرايين التاجيه - السكته الدماغيه – ضعف عضله القلب).
     - الفحص الطبي (النبض وضغط الدم).
2) **الفحوصات الطبية:**
   - رسم القلب.
   - الفحوصات المعملية(إنزيمات القلب- نسبة الكرياتينين - نسبة الدهون بالدم- نسبة الصوديوم و البوتاسيوم).
   - الأشعة التلفزيونية على القلب.
3) **العلاج الدوائى بالمستشفى.**
4) **متابعه المرضى اثناء الحجز بالمستشفى**(وفاة المريض- إحتشاء عضلة القلب- السكتة الدماغية- النزيف).
5) **المتابعة(خلال ثلاثة أشهر):**
   - وفاة المريض.
   - مضاعفات أمراض القلب والمخ.
   - أعراض قصور الشريان التاجي.

لقد كان مرضى المجموعه الأولى أكبرعمرا حيث تراوحت أعمارهم بين 43- 78 عاما بمتوسط 65.2 ± 8.4 عاما بينما تراوحت أعمار مرضى المجموعه الثانيه بين 43-70 عاما بمتوسط 57.9 ± 7.5 عاما.

وإشتملت المجموعه الأولى على 25 مريضا من بينهم 11 من الذكور (44%) و14 من الإناث (56%) بينما إشتملت المجموعه الثانيه على 25 مريضا من بينهم 15 من الذكور (60%) و10 من الإناث (40%).

وقد أثبتت هذه الدراسه أنه لا يوجد فرق بين المجموعتين من حيث التاريخ المرضى السابق (إرتفاع ضغط الدم - السكرى - التدخين - إرتفاع نسبه الدهون بالدم - قصور الشرايين التاجيه - السكته الدماغيه - ضعف عضله القلب).

عند دخول المرضى إلى المستشفى كان مرضى المجموعه الأولى يعانون من زياده عدد ضربات القلب بنسبه أكبر من مرضى المجموعه الثانيه (122.92 ± 30.64 مقابل 74.28 ± 14.19) ولكن لم يوجد فرق بين المجموعتين فى ضغط الدم.

لقد تم تشخيص 15 مريضا من المجموعه الأولى (60%) بجلطه الشريان التاجى الغير مصحوبه بإرتفاع جزء ال (ST) و 10 مرضى (40%) بالذبحه الصدريه الغير مستقره, والعكس بالنسبه للمجموعه الثانيه حيث تم تشخيص 15 مريضا (60%) بالذبحه الصدريه الغير مستقره و 10 مرضى (40%) بجلطه الشريان التاجى الغير مصحوبه بإرتفاع جزء ال (ST).

ولقد أوضحت الموجات الصوتيه على القلب فرق كبيربين المجموعتين حيث أن الأبعاد الإنقباضيه والإنبساطيه للبطين الأيسر بالنسبه لمرضى المجموعه الأولى كانت أكبر منها لمرضى المجموعه الثانيه , بينما كانت الوظيفه الإنقباضيه للبطين الأيسر بالنسبه لمرضى المجموعه الأولى أقل من نظيرتها لمرضى المجموعه الثانيه. ولقد تأثرت أيضا الوظيفه الإنبساطيه للبطين الأيسر بنسبه كبيره فى مرضى المجموعه الأولى.

أثناء حجز المرضى بالعنايه كان إستخدام مرضى المجموعه الأولى لمضادات التجلط أكبر منه فى المجموعه الثانيه بينما كان إستخدامهم لمضادات الصفائح الدمويه أقل.

أثبتت هذه الدراسه أن الأرتجاف الأذينى فى مرضى قصور الشرايين التاجيه الغير مصحوب بإرتفاع جزء ال (ST) في رسم القلب يؤدى إلى بعض المضاعفات السيئه مثل فشل عضله القلب والسكته الدماغيه وهو أيضا مصاحب بإرتفاع فى نسبه الوفيات سواء أثناء الحجز بالمستشفى أو خلال فتره المتابعه.

ولذا قد أوصت الدراسه بالإهتمام بتقييم هذا النوع من المرضى وإستخدام العلاج المكثف متضمنا عمل توسيع للشرايين التاجية للقلب سواء عن طريق القسطرة التداخلية أو ترقيع الشرايين التاجية للقلب وذلك لتحسين نتائج حالات قصور الشريان التاجى الحادة المصحوبه بالإرتجاف الأذينى وتقليل معدل الوفيات.