

# Significance of lead avr st segment elevation In patients presenting with nstemi acute Coronary syndrome as a predictor of left main Coronary artery lesions

Ahmed Mohammed Mohammed Shaheen

يعتبر تخطيط القلب الكهربى من الطرق السهلة السريعة والمتاحة لتقييم الخطورة لدى مرضى قصور الشرايين التاجية وخاصة فى البلاد النامية ذات الموارد المحدودة. الهدف من هذه الرسالة هو معرفة وتقييم الخطورة لدى مرضى ST الارتفاع البطينى الحاد غير المصحوب بالارتفاع فى المقطع يعتبر فى غاية الأهمية عند تحديد أسلوب العلاج مما يفيد فى الاستخدام الأمثل لهذه الموارد. فى القطب ST ١- استكشاف إمكانية استخدام ارتفاع المقطع كطريقة لتقييم خطورة القصور فى الشريان التاجي aVR الكهربى الأيسر الرئيسى وارتباطه بتحديد درجة شدته كطريقة سهلة لتصنيف مرضى القصور وتحديد طريقة علاجهم. احتوت الدراسة على ١٠٠ مريضاً ، لكي يتم احتساب المريض ضمن هذه الرسالة ، كما يلزم له أن يشعر بالآلام الذبحة الصدرية لأكثر من عشرين دقيقة مع ارتفاع ملحوظ فى إنزيمات القلب . فى ST وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين طبقاً للارتفاع فى المقطع: aVR القطب الكهربى ST ١- المجموعة الأولى: لا يوجد ارتفاع ملحوظ فى المقطع. aVR القطب الكهربى 2 بمقدار ٠,٥ مم أو أكثر ST ٢- المجموعة الثانية: ارتفاع فى المقطع. aVR فى القطب الكهربى يستثنى من هذه الدراسة كل المرضى اللذين كان لديهم ارتفاع فأو انقطاع بالصفيرة الكهربى aVR فى أى قطب عدا ST المقطع اليسرى أو أجروا جراحة تغيير شرايين القلب فى أى وقت سابق أو لديهم منظم لضربات القلب أو تاريخ مرضى للاحتشاء بعضلة القلب تماستبعادهم. تمت مراجعة تقارير قسطرة الشرايين التاجية بالصيغة فى الفترة بين يونيو ٢٠١١ إلى سبتمبر ٢٠١٢ فى قسم أمراض القلب بمستشفى تكتلى طب بنها ومعهد القلب القومى ومستشفى شيبين الكوم التعليمى حيث تم تحديد النسبة المئوية لانتشار ضيق الشريان التاجي الأيسر الرئيسى وتم مقارنة المرضى المصابين بضيق فى الشريان التاجي الأيسر الرئيسى من ناحية العمر والجنس وعوامل الخطر وتغيرات رسم القلب المصاحبة. تم عمل الآتي لكل المرضى: أخذ التاريخ المرضى وعمل فحص طبي شامل وعمل رسم قلب عند الدخول وقياس إنزيمات القلب وتسجيل المضاعفات الإكلينيكية وعمل قسطرة قلبية تشخيصية فى خلال شهر من تاريخ الدخول. وجد أن الذكور ( ٤٦,٢ % بالمجموعة الأولى و ٧٥ % بالمجموعة الثانية) و مرضى ارتفاع الدهون بالدم ( ٦١,٥ % بالمجموعة الأولى و ٨١,١ % بالمجموعة الثانية) مصابين بارتفاع فى المقطع وعوامل الخطورة لتصلب الشرايين التاجية aVR القطب بالضغط ( ٩٦,٢ % بالمجموعة الأولى و ٥٤,١ % بالمجموعة الثانية) - ارتفاع سكر الدم ( ٤٦,٢ % بالمجموعة الأولى و ٤٠,٥ % بالمجموعة الثانية) - التدخين المزمن ( ٦١,٥ % بالمجموعة الأولى و ٦٢,٢ % بالمجموعة الثانية) - تاريخ مرضى القلب فى الأسرة ( ٣٨,٥ % بالمجموعة الأولى و ٣٥,١ % بالمجموعة الثانية) كانت كلها غير مصحوبة إحصائياً بارتفاع، كما هو موضح بالجدول ٤ والشكل ٢ aVR فى القطب ST فى المقطع 0.3 التغيرات فى رسم القلب الكهربائى والتى هى معروفة جيداً (ST بارتباطها بقصور الدورة الدموية التاجية (مثل الانخفاض فى المقطع وكانت هذه ، aVR فى القطب ST كانت مصاحبة للارتفاع فى المقطع والعلاقة ذات دلالة إحصائية ملحوظة. لجدار القلب الأمامي ( ٢٣ % بالمجموعة ST الانخفاض فى مونتاج لجدار ST الأولى و ٨٣,٨ % بالمجموعة الثانية)، الانخفاض فى مونتاج القلب الخارجي ( ١٥,٣ % بالمجموعة الأولى و ٥٤,١ % بالمجموعة) لجدار القلب السفلي ( ١١,٥ ST الثانية)، الانخفاض فى مونتاج بالمجموعة الأولى و ٣٢,٤ %

بالمجموعة الثانية) كما هو موضح بجدول ٥, ٥ والشكل MB-٤CK كما لوحظ أيضًا أن درجة ارتفاع إنزيمات القلبى القطب ST لم تكن مصاحبة إحصائيا بدرجة كبيرة لارتفاع المقطع (٤٧٤,٧٢ بالمجموعة  $\pm ٧٠,٦٩$ ) بالمجموعة الأولى (١٣,٣١  $\pm ٩,٢٩$ ). aVR. الثانية كما هو موضح بالجدول ١٠ والشكل ٩ المضاعفات الحادثة داخل المستشفى الذبحة الصدرية المتكررة (٦١,٥ % بالمجموعة الأولى ٧٨,٤ % بالمجموعة الثانية) -تكرار الجلطة (لم يحدث للمرضى بالمجموعة الأولى و ٨,١ % بالمجموعة الثانية) - هبوط عضلة القلب (لم يحدث للمرضى بالمجموعة الأولى و ٣,٨ % بالمجموعة الثانية) - الوفاة القلبية (لم يحدث للمرضى بالمجموعة الأولى و ١٠,٨ % بالمجموعة الثانية) كانت هذه المضاعفات فى مجموعها، aVR فى القطب ST أكثر حدوثا فى المرضى ذوى الارتفاع فى المقطع ST أن وهبوط عضلة القلب كان مصحوبا إحصائيا بالارتفاع فى المقطع. كما هو موضح بالجدول ١١ والشكل ١٠ فى ST ونخلص من ذلك إلى أن استخدام الارتفاع فى المقطع رغم كونه مهملًا من قبل) هى طريقة جديدة و سهلة و ( aVR القطب حساسة جدا لتقييم شدة الخطورة والتنبؤ بضيق الشريان التاجي الرئيسى الأيسر ودرجة شدته. كما نوصى بمزيد من الدراسات لبحث هذه النقطة فى تجارب أخرى على أعداد أكبر من المرضى وفي نوعيات أخرى من مرضى قصور الشرايين التاجية.